



Omahoidon ohjaus - osa potilastyytyväisyyttä kirurgisella osastolla

Jan Skutnabb

2020 Laurea





Laurea-ammattikorkeakoulu

**Omahoidon ohjaus - osa potilastyytyväisyyttä
kirurgisella osastolla**

Jan Skutnabb
Sairaanhoitajakoulutus
Opinnäytetyö
Maaliskuu 2020

Jan Skutnabb

Omahoidon ohjaus - osa potilastyytyväisyyttä kirurgisella osastolla

Vuosi 2020 Sivumäärä 62

Kommunikaatio ja kyky löytää oikea tapa sekä oikeat sanat hoitotyössä ovat sairaanhoidon kulmakiviä. Terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan välisen kommunikaation tulisi lähteä potilaan tarpeista. Tämän tutkimuksen tarkoitus oli selvittää, kuinka potilaat kokevat saaneensa omahoidon ohjausta polven tekonivelleikkauksen jälkeen.

Potilaan toipumiseen olennaisesti liittyvän omahoidon ohjauksen onnistuminen heijastuu myös hänen potilastyytyväisyyteensä. Pidemmällä aikavälillä tämä saattaa heijastua hoitavan yksikön maineeseen ja sitä kautta sen tulevaisuuden menestykseen muuttuvassa terveydenhuollon toimintaympäristössä.

Tutkimuksen teoriaosuuden muodostivat hoitotyötä, omahoidon ohjausta sekä palvelujen markkinointia käsittelevät teokset. Teoriaosuudessa keskityttiin kirurgiseen hoitotyöhön ja siihen liittyvään potilaan omahoidon ohjaamiseen, jonka lisäksi tutkimusaihetta pohdittiin myös isommassa kuvassa organisaation menestyksen kannalta.

Tutkimus oli kirjallinen kysely ja kohderyhmänä olivat Hyvinkään sairaalan kirurgian osaston 4 B osastolla polven tekonivelleikkauksessa olleet henkilöt. Kysymykset olivat yleisluontoisia, mutta tärkein aihe oli potilaiden saama omahoidon ohjaus osastolla ennen kotiutumista. Vastauksia saatiin 6, jotka kuitenkin olivat keskenään hyvin samansuuntaisia.

Tutkimuksen lopputuloksena voidaan todeta, että kohdeosaston potilaat olivat kokonaisuutena varsin tyytyväisiä leikkaukseen, tiloihin ja osaston henkilöstöön. Monessa kysymyksessä, samoin kuin jo tutkimuksessa käytetyistä lähteistä kävi ilmi, että kenties noin viidesosa potilaista tarvitsee enemmän huomiota omahoidon ohjauksessa. Vaikka tutkimuksen tulos kertoi Hyvinkään sairaalan osaston 4B asiakkaiden olevan tyytyväisiä, jatkuva kehittyminen ja uuden oppiminen ovat terveydenhuollon murroksessa tarpeen. Tämän tutkimuksen perusteella voisi olla tarpeen selvittää, millä tavalla varmistetaan omahoidon ohjauksen onnistuminen kotiutumisen jälkeen myös sille viidennekselle, joka koki kaipaavansa enemmän tukea.

Asiasanat: omahoito, ohjaus, arvot, palvelunlaatu, potilastyytyväisyys

Communication and the ability to find the right ways and words in nursing are the corner stones in healthcare. The needs of the patient should be the starting point of the communication between healthcare professionals and the patient. The aim of this study was to find out how patients felt about the given guidance for self-care after knee joint replacement surgery.

The success of the self-care reflects to the patient's recovery process and has an influence on patient satisfaction. In the long term, this might influence the reputation of the caring unit in question and in that way to its success in changing the operational environment within healthcare.

The theory of the study was based on nursing, patient guidance and service marketing literature. The focus in the theory part of the study was surgical nursing and self-care guidance. In addition, the topic was further evaluated as to how it reflected how successful the organization was.

The survey was conducted as a questionnaire, where the target group was patients who had received knee joint replacement surgery in Hyvinkää Hospital, surgical ward 4B. Questions were generalized but the most important topic was the self-care guidance given to patients. The amount of the answers was 6 and they were very homogeneous.

The study found that patients were happy with the operation, the space and personnel in the ward. According to the answers in the survey and based on the review for the study, about one fifth of the patients might need more attention in self-care guidance given to patients. Even though the study concluded that patients operated in Hyvinkää Hospital's ward 4B were mostly satisfied, development and learning is still needed to change the healthcare system. Based on this study, it can be said that there is a need to have further research to ensure that even the one fifth of patients who felt that they needed more attention will receive self-care guidance enough to feel satisfied.

Keywords: self-care, guidance, values, service quality, customer satisfaction

Sisällys

1	Johdanto.....	9
1.1	Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoitopiiri, Hyvinkään sairaalan kirurgian osasto	10
2	Nivelrikko.....	11
3	Kirurginen hoitotyö	11
3.1	Preoperatiivinen leikkaushoitotyö	12
3.1.1	Ennen leikkausta.....	12
3.1.2	Leikkauksen jälkeisten komplikaatioiden ennaltaehkäisy	13
3.2	Intraoperatiivinen leikkaushoitotyö	13
3.2.1	Polven tekonivelleikkaus	14
3.3	Postoperatiivinen leikkaushoitotyö	15
3.3.1	Polviproteesipotilaan kirurginen postoperatiivinen hoitotyö.....	15
3.3.2	Postoperatiivinen sairaanhoitaja	16
3.3.3	Leikkauksen jälkeen.....	16
3.3.4	Kivunhoito	17
3.3.5	Leikkauspotilaan kuuntelu ja emotionaalinen tuki	18
3.3.6	Potilaan omahoidon ohjaaminen	19
3.3.7	Polven tekonivelleikkauksen jälkeisen omahoidon ohjaus.....	21
4	Palvelun laatu ja arvot	22
4.1	Arvot	22
4.2	Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin arvot	23
4.3	Asiakaslähtöisyys arvona	23
4.4	Palvelun laadun mittaaminen	24
4.5	Potilastyytyväisyys	24
5	Opinnäytetyön toteutus	25
5.1	Työn tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset.....	25
5.2	Tutkimusmenetelmä	25
5.3	Tutkimuksen otos	27
5.4	Aineistonkeruu.....	27
5.5	Aineiston analysointi.....	28
6	Tulokset	29
6.1	Omahoitoon liittyvät kysymykset	32
6.2	Henkinen kuormittavuus	37
6.3	Yleiset kysymykset	38
7	Johtopäätökset ja pohdintaa	41
7.1	Tutkimusetiikka	43

7.2	Tutkimuksen luotettavuus	44
7.3	Tutkimusprosessi	45
7.4	Lopuksi.....	46
	Lähteet.....	48
	Kuviot	54
	Liitteet	55

1 Johdanto

Idea opinnäytetyöhöni tuli tutkimuksen kohteena olevalta Hyvinkään sairaalan kirurgiselta osastolta. Osastohoitaja sairaanhoitaja Pia Malinin kanssa keskusteltaessa, esiin nousi tarve saada tarkempaa tietoa potilaiden tuntemuksista ja ajatuksista hoidon aikana ja sen jälkeen. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirillä on olemassa valmis prosessi potilastyytyväisyyden kartoittamiseksi, mutta tämän tutkimuksen tavoitteena on saada tarkempaa, juuri osasto 4B:hen kohdistuvaa informaatiota. Erityisesti potilaiden saama omahoidon ohjaus ja heidän kokemuksensa siitä olivat keskustelun keskiössä. Taustalla on myös sosiaali- ja terveydenhuollon tulevaisuuden muutokset. Parlamentaarisisessa päätöksenteossa mukana ollut käsite valinnanvapaus hakee vielä muotoaan, mutta yksityinen terveydenhuolto on edelleen mukana suomalaisen terveydenhuoltojärjestelmän kokonaisuudessa ja varmasti pyrkii kasvattamaan markkinaosuuttaan. Julkisten palveluiden, johon Hyvinkään sairaalakin kuuluu, on hyvä valmistautua uuteen kilpailutilanteeseen. Vaikka sosiaali- ja terveydenhuoltouudistus keväällä 2019 kaatuikin, sen taustalla olevat tekijät, väestön ikääntyminen, ikääntymisen myötä tuleva sairastuvuuden lisääntyminen sekä pienevä syntyvyys vaikuttavat vääjäämättä päätöksentekoon. Edellä mainitut seikat tuovat painetta yhteiskunnalliseen vaikuttamiseen ja sosiaali- ja terveydenhuoltouudistus tullee olemaan edelleen lähiaikoina uutisten vakioaiheena.

Julkinen palvelu ja yksityinen tarjonta tukevat molemmat kansalaisten hyvinvointia, mutta samalla on muistettava se, että julkinen terveydenhuolto kantaa viimeisimmän vastuun sairauksien hoidosta. Verovaroin kustannettava terveydenhuolto on aina jatkuvan ja kriittisen kustannustarkastelun alla ja sen tulee myös kertoa toiminnastaan läpinäkyvästi veronmaksajille. Julkisen terveydenhuollon yksikön toiminta lähtee kuitenkin samoista lähtökohdista kuin minkä tahansa yrityksen. Arvot toimivat päätöksenteon työkaluina, joka helpottaa päätöksentekoa. Organisaation arvot ovat osa julkisen organisaation päivittäistä toimintaa, myös julkisen palvelun ylläpitäminen vaatii jatkuvaa toiminnan tehostamista. Julkisen terveydenhuollon on vaikea lähteä kilpailemaan hinnalla, mutta palvelun laadun ylläpitäminen ja parantaminen, imagosta huolehtiminen ja ydintuotteeseen keskittyminen auttavat sielläkin palvelun tuottamisessa.

Omien vahvuuksien, heikkouksien, muutoksen tuomien mahdollisuuksien ja uhkien pohtimien sekä tiedon haku ennakkoon, osoittaa mielestäni hyvin organisaation kykyä kehittää omaa toimintaansa alati muuttuvassa toimintaympäristössä. Toivon opinnäytetyöni antavan Hyvinkään sairaalan kirurgian osastolle pienen lisäedun osaston kehitettäessä toimintaansa vastaamaan paremmin mahdollisesti edessä olevaa haastavampaa kilpailuasetelmaa mahdollisten sosiaali- ja terveydenhuoltouudistuksen tuomien mahdollisten muutosten mukana.

Opinnäytetyöni on tutkielma, jossa kyselyn avulla pyrin muodostamaan tilannekuvan osasto 4B potilaiden kokemuksista saadusta omahoidon ohjaamisesta ennen kotiutumista. Tämän tiedon toivon tukevan osaston henkilökuntaa tulevaisuuden potilaan omahoidon ohjaamisessa ja osaston toiminnan luonnollisessa kehittämisessä.

Hoidossa olevaa potilasta kutsutaan tätä nykyä monissa yhteyksissä asiakkaaksi. Hoidon tarpeessa olevaa henkilöä kutsutaan edelleen potilaaksi, joka on ehkä hoitotyön kannalta perustellumpi kuin asiakas. Asiakas viittaa enemmän kaupallisuuteen, joka sekkin terveydenhuollon murroksessa on yhä useammin toimintaan sopiva käsite. Tässä opinnäytetyössä tutkimuksen kohteena olevista henkilöistä käytetään käsitettä potilas ja asiakastyytyväisyyden sijaan puhutaan potilastyytyväisyydestä. (Peltokorpi 2006.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on hakea tietoa siitä, kuinka polven keinonivelleikkauksessa olleet potilaat kokevat hoitonsa ja erityisesti kotiutuessa saadun omahoidon ohjauksen Hyvinkään sairaalan kirurgian vuodeosastolla 4 B. Potilaan saama hänelle sopivasti ja ymmärrettävästi annettu tieto jatkohoidosta sairaalajakson jälkeen vaikuttanee hänen kokemukseensa hoitotapahtumasta ja sitä kautta tukee saman palveluntuottajan valintaa seuraavan vaivan kohdatessa. Ydinkysymyksenä on: **kokeeko polvileikkauksesta toipuva potilas saaneensa riittävästi omahoidon ohjausta kotiutumisen koittaessa?**

Tutkimuksen tavoitteena onkin tuoda hoitohenkilökunnalle suoraa tietoa kyseisen osaston potilasaineksen tarpeista omahoidon ohjauksen suhteen, auttaa kehittämään hoitohenkilökunnan omahoidon ohjausta. Potilaan ohjaaminen on tärkeä osa hoitotyötä, jossa haasteena lieenee annettavan tiedon paketoiminen sellaiseen muotoon, jonka potilas ymmärtää, muistaa ja osaa toimia sen mukaan. Kyseessä ei ole mekaaninen hoitotoimi, jossa sama muotti toimii kaikille potilaille, mutta omahoidon ohjaustakin voi aina kehittää ja muuttaa potilaan tarpeen mukaan.

1.1 Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoidopiiri, Hyvinkään sairaalan kirurgian osasto

Hyvinkään sairaala on Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoidopiiriin kuuluva päivystävä sairaala, jossa on tarjolla monia lääketieteen erikoisalojen palveluja. Sairaalan yhteispäivystys toimii ympäri vuorokauden vuoden jokaisena päivänä. Sairaala toimii myös opetussairaalana tuleville lääkäreille ja sairaanhoitajille. Potilaat kirurgian vuodeosastolla 4 B:lle tulevat lääkärin lähetteellä päivystyksestä, LEIKO-yksiköstä tai muista hoitolaitoksista. Tyypillisiä toimenpiteitä ovat ortopediaan ja traumatologiaan liittyvät tekonivelleikkauksesta, raajojen murtumien ja selkärangan alueen vammojen ja sairauksien leikkaushoidot. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoidopiiri 2018a.)

2 Nivelrikko

Ihmiseloon kuuluu luonnollisena osana elimistön kuluminen ja nivelvaivat ovatkin varsin tavallisia vaivoja elinvuosien kertyessä. Arthroosi eli nivelrikko onkin maailman yleisin nivelsairaus. Alle 45-vuotiailla nivelrikko on harvinainen, mutta yli 55-vuotiaiden miesten joukossa lähes kymmenellä prosentilla nivelrikkoa jo löytyy. Yli 75-vuotiailla naisilla joka kolmannella todetaan nivelrikko. Sen aiheuttajaa ei tiedetä, mutta niveleen kohdistuva kuormitus on altistava tekijä. Ylipaino on yleisin kuormituksen aiheuttaja, mutta myös työn tai urheilun aiheuttama normaalista poikkeava rasitus nostaa riskiä sairastua nivelrikkoon. Nivelrikko kehittyy hitaasti, ensimmäisiä oireita ovat nivelten jäykkyys esimerkiksi istumaan mentäessä tai siitä noustessa. Se aiheuttaa muitakin suoritusrajoitteita, kuten kävelyn vaikeutumista portaissa tai esimerkiksi hankaluutta sukien pukemisessa. (Polvi- ja lonkkanivelrikko: Käypä hoito -suositus, 2018; Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2016.)

Kipu on tärkein nivelrikon oireista ja se usein pahenee niveleen kohdistuvassa fyysisessä rasituksessa. Siihen ei ole olemassa selkeää raja-arvoa, mutta leikkaus voi tulla kysymykseen, kun kipu häiritsee päivittäistä elämää ja unta, eikä se ole lievittynyt riittävästi konservatiivisella hoidolla. Lääkäri diagnosoi nivelrikon perustuen potilaan kuvaamiin oireisiin, löydöksiin kliinisessä-, radiologisessa- sekä laboratoriotutkimuksissa. Nivelrikon hoito aloitetaan konservatiivisilla, lääkkeettömillä hoidoilla. (Polvi- ja lonkkanivelrikko: Käypä hoito -suositus 2018; Kipu: Käypä hoito -suositus 2017.)

Useimmiten hoidon lähtökohta on painonpudotus ja sitä kautta niveleen kohdistuvan rasituksen vähentäminen. Lääkehoito on tarvittaessa tukena, mutta sitä ei käytetä ainoana hoitona. Jos nivelten vajaatoiminnan ja kivun hallinta ei onnistu, harkitaan kirurgisia toimenpiteitä. Tällöinkin kyse on hoitokokonaisuudesta, jossa konservatiiviset hoidot ja lääkehoito tukevat potilaan toimintakyvyn paranemista. (Leikkausta edeltävä arviointi: Käypähoito -suositus 2014; Suomen Artroplastia yhdistys 2015.)

3 Kirurginen hoitotyö

Kirurginen toimenpide voi olla ennalta suunniteltu eli elektiivinen tai päivystyksellinen, jolloin toiminta on luonnollisesti nopeampaa ja suoraviivaisempaa. Kirurginen hoitopolku on jaotettu kolmeen osaan, pre-, intra- ja postoperatiiviseen hoitotyöhön, joissa kussakin on tutkittuun tietoon perustavat tavat toimia ja jotka linkittyvät toisiinsa. Hoitopolku on pitkälti standardoitu, tutkittuun tietoon ja hyväksi havaittuun toimintänäyttöön perustuva ja ennalta koiva toimintamalli, jossa keskiössä on potilasturvallisuus. Hoitotyössä on aina keskeistä potilaan hyvinvointi ja se, että annettu hoito kokonaisuudessaan parantaa potilaan toimintakykyä

ja nostaa elämän laatua. Perioperatiivisella hoitotyöllä tarkoitetaan sairaanhoitajien leikkaus-toimintaan liittyvää hoitotyötä, joka alkaa leikkauspäätöksen tekemisestä ja jatkuu aina kun- touksen päättymiseen saakka. (Karma, Kinnunen, Palovaara, Perttunen 2016, 8.)

3.1 Preoperatiivinen leikkaushoitotyö

Leikkausta edeltävää jaksoa kutsutaan preoperatiiviseksi, joka alkaa leikkauspäätöksen teke- misestä ja jatkuu siihen saakka, kun potilas siirtyy leikkausosastolle. Preoperatiivisessa vai- heessa tulee tehdä huolellinen anamneesi, jossa potilaan taustatietojen perusteella arvioi- daan mahdollisia leikkaukseen tai sen jälkeiseen paranemiseen liittyviä riskitekijöitä. Riskien minimoiseksi lääkäri arvioi potilaan leikkaukkeloisuuden, johon vaikuttavat muun muassa pe- russairaudet, päihteiden käyttö sekä fyysinen- ja henkinen hyvinvointi. Lääkäri myös määrää tarvittaessa laboratoriotutkimuksia ja ohjeistaa tarvittaessa lääkitysmuutokset. Ennen leik- kausta potilaan tulee peseytyä ja hänen on oltava ravinnotta kuusi tuntia. Paastolla estetään mahan happaman sisällön aspiroituminen ja siitä johtuva altistuminen esimerkiksi pneumoni- alle. Jotta minimoidaan potilaan mahdollinen altistuminen sairaalaympäristön mikrobeille, preoperatiivisen hoitoajan tulisi olla mahdollisimman lyhyt. (Karma ym. 2016, 8,11; Koivu- sipilä, Tarnanen, Jalonen, Mattila 2015.)

3.1.1 Ennen leikkausta

Ennen leikkausta potilaan tulee käydä hammaslääkärin tarkistuksessa mahdollisten suun infek- tioiden hoitamiseksi. Myös muut tulehdukset tulee hoitaa ennen leikkausta, samoin kuin ihori- kot. Mahdolliset perussairauksien, kuten esimerkiksi diabetes tai verenpainetauti, tulee olla hoitotasapainossa ennen leikkausta. Hiljattain sairastettu sydäninfarkti voi olla peruste leik- kauksen siirrolle myöhäisempään ajankohtaan. Tupakoinnin ja alkoholin käytön vähentäminen tai mieluummin niistä kokonaan pidättäytyminen edesauttavat leikkauksrasituksen kestämistä ja siitä toipumista. Leikkauksen vasta-aiheena voi myös olla potilaan puutteellinen hoito- myönteisyys. Rungas päihteiden väärinkäyttö tai pitkälle edennyt neurologinen sairaus, kuten Alzheimer, voivat aiheuttaa haasteita leikkauksesta toipumiseen, jolloin leikkaukseen ryhty- mistä on syytä tarkastella kriittisesti. Leikkauspäätöstä pitää myös harkita tarkemmin, jos po- tilaalla on verenkiertoa heikentäviä sairauksia, kuten valtimonkovettumistauti tai jos ky- seessä on vuodepotilas. Leikkauspäätöstä tehdessä on myös huomioitava odotettavissa oleva elinikä. Liikuntaa voi ja sitä olisi hyvä tehdä aina leikkaukseen asti. Se auttaa lihasvoiman ja nivelten liikkuvuuden ylläpitämisessä, joka myös vaikuttaa positiivisesti leikkauksesta palau- tumiseen. Ylipainoisilla potilailla jokainen laihdutettu kilo vähentää niveleen kohdistuvaa ra- situsta. Ennen leikkausta tulee myös miettiä mahdollisten apuvälineiden tarve. Kynnärsauvat ovat välttämättömät polvinivelleikkauksen toipumisvaiheessa, joskus myös rollaattori. Kodin esteettömyys ja arkiaskareiden sujuminen leikkauksen jälkeen on myös hyvä pohtia etukä- teen. Ennen leikkaukseen menoa tulee peseytyä huolellisesti ja olla ravinnotta ainakin kuusi

tuntia ennen leikkausta. (Polvi- ja lonkkanivelrikko: Käypä hoito -suositus, 2018; Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2016; Suomen Artroplastia yhdistys. 2015.)

Ennen leikkausta tulee ottaa vähintään seuraavat verikokeet: tulehdusta mittaavaa arvo (CRP), pieni verenkuva (PVK), verihiutaleiden (trombosyyttien) määrä, munuaisten toimintaa kuvaavat kreatiini-arvo (Krea) sekä glomerulussuodosnopeus eli munuaisten hiussuonikerästen suodatusnopeus (GFR). Näiden lisäksi tulee tarkistaa potilaan veriryhmä ja ottaa sokerihemoglobiini (HbA1c). Jos potilaalla on varfariini-lääkitys tai epäillään hänellä olevan maksan vajaatoiminta, tulee myös tromboplastiiniaika eli veren hyytymisaipumuksesta kertova arvo (INR-arvo) tarkistaa. Yli 65-vuotiailta tekonivelleikkaukseen tulevilta otetaan sydänfilmi eli EKG. Kipulääkkeen mahdollinen sopimattomuus potilaalle tulee pyrkiä selvittämään jo preoperatiivisessa vaiheessa potilaan anamneesin yhteydessä. (Suomen Artroplastia yhdistys 2015.)

3.1.2 Leikkauksen jälkeisten komplikaatioiden ennaltaehkäisy

Kuten oikeastaan kaikessa inhimillisessä toiminnassa, ennakoiva tapa toimia on usein myös helpoin ja tehokkain tapa vähentää vahinkoja. Leikkaus on aina kajoava toimenpide, joka raskastaa elimistöä ja mahdollistaa vieraiden taudinaiheuttajien pääsyn elimistöön normaalin elimistön suojajärjestelmän ulkopuolelta. Terveystoimihenkilökunnan tekemä preoperatiivinen arviointi helpottaa myös varautumista mahdollisiin komplikaatioihin. Leikkauriskia nostavat muun muassa korkea ikä, tupakointi, lihavuus, suomalaisille hyvin tyypilliset sydän- ja verisuonitaudit sekä lukemattomat muut sairaudet. Komplikaatiot eivät rajoitu vain leikkauksalisiin, vaan niiden mahdollisuus on huomioitava myös leikkauksen jälkeisessä valvonnassa ja sen jälkeisessä osastohoidoissa. Molemmissa paikoissa hoitohenkilökunnan tulee huolellisesti tarkkailla potilaan elintoimintoja, tunnistaa poikkeamat ja tarvittaessa aloittaa tilanteen korjaavat toimenpiteet ripeästi. Yleisimpiä komplikaatioita ovat keuhkokomplikaatiot, kuten pneumonia ja keuhkoembolia eli keuhkoveritulppa, sydänkomplikaatiot, kuten verenpaineen muutokset, ruuansulatuselimistön vaivat, kuten suolilama ja virtsaelinkomplikaatiot, kuten vähäinen virtsaeritys. Liikkumattomuus altistaa verisuonitukoksille. Kirjaamisen ja raportoinnin merkitystä tässäkin ei voi vähätellä. Tiedon tulee siirtyä hoitopolun jokaisessa vaiheessa ja potilaan hoitohistoriassa näkyvä kirjaus voi olla ratkaisevassa asemassa komplikaation hoidossa. (Koivusipilä, ym. 2015; Karma ym. 2016, 174; Ahonen ym. 2016, 125-126.)

3.2 Intraoperatiivinen leikkaushoitotyö

Kun potilas siirtyy leikkauksosastolle, käynnistyy intraoperatiivinen vaihe, johon lasketaan kaikki toiminta siihen saakka, kunnes potilaan hoitopolku jatkuu anestesiavaltuutustasolla eli heräämössä. Tässä hoitoketjun vaiheessa leikkauksalissa moniammatillinen ryhmä pitää huolen potilaan perus- ja erityistarpeista. Varsinaisesta leikkauksesta vastaa kirurgi, jota avustaa instrumenttihoitaja. Heidän lisäksi toimintaan osallistuu joukko muita ammattilaisia, joilla

jokaiselle on oma roolinsa. Anestesia­lääkäri vastaa potilaan tajunnantason alentamisesta, ki­vun lievityksestä ja elintoimintojen sujuvuudesta leikkauksen aikana. Potilaan anestesian yllä­pitämisessä ja seurannassa suuri rooli lankeaa usein anestesiahoitajalle. Leikkaussalissa on myös vastaava hoitaja. Hänen tehtävänä on yhdessä instrumenttihoitajan kanssa valmistella potilas leikkausvalmiiksi ja myöhemmässä vaiheessa avustaa muissa leikkauksen aikana tarvit­tavissa tehtävissä. Potilaan asettamisessa leikkausasentoon on usein apuna myös lääkintävah­time­stari. (Karma ym. 2016, 8,11.)

3.2.1 Polven tekonivelleikkaus

Tekonivelleikkauksen tavoitteena on parantaa potilaan toimintakykyä ja vähentää kipua. Pää­lös leikkauksesta tehdään yksilöllisesti ja hyötyjen on oltava haittoja suuremmat. Leikkaus tehdään useimmiten elektiivisesti eli ei-päivystyksellisesti, mutta esimerkiksi kehittymässä oleva luunekroosi eli luun akuutti patologinen solukuolema tai nopeasti etenevä niveldefor­maatio eli epämuotoisuus voivat olla perusteena pikaiselle leikkaukselle. Leikkauspäätöksen perusteena tulee olla nivelrikkoon sopiva radiologinen löydös sekä kliinisesti havaittava nive­len virheasento tai liikevajaus tai nivelkipu, jota ei pystytä hallitsemaan ei-operatiivisin kei­noin. (Polvi- ja lonkkanivelrikko: Käypä hoito -suositus, 2018.)

Polven tekonivelleikkauksia tehtiin Suomessa vuonna 2018 yli 12000 (THL 2018). Kyseessä on siis hyvin yleinen hoitomuoto, mutta se ei poista sitä tosiasiaa, että leikkaus on aina riski. Kun leikkauksen suorittaa paljon vastaavia leikkauksia tehnyt kirurgi ja hoitohenkilökunta on koke­nutta, komplikaatioiden mahdollisuus on vähäisempi. (Polvi- ja lonkkanivelrikko: Käypä hoito -suositus, 2018.)

Polven tekonivelleikkaus tehdään usein spinaali- eli selkäydinpuudutuksessa, jolloin potilas on hereillä. Se voidaan myös suorittaa nukuttamalla potilas eli yleisanestesiassa. Anestesian te­kee anestesia­lääkäri ja potilaan anestesiaa valvoo anestesiahoitaja koko leikkauksen ajan. Po­tilas saa ennen leikkausta rauhoittavaa- sekä kipulääkettä. Korkeintaan tunti ennen viiltoa po­tilas saa antibioottiprofylaksia lääkkeen. (Suomen Artroplastia­yhdistys 2015; Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2017; Terveys­kylä 2017.)

Leikkauksessa polven etuosaan tehdään viilto, jonka jälkeen polven ympärillä olevat pehmyt­kudokset vedetään sivuun. Viilto tulee tehdä verenkierto huomioiden mahdollisimman kes­kelle tai hieman mediaalisesti. Tämä avautapa on turvallinen polvilumpion eli patellan ve­renkierron säilyttämiseksi. Tämän jälkeen nivel avataan ja polven vahingoittuneet pinnat hio­taan pois. Pinnat muotoillaan sopivaksi tekonivelen kiinnittämistä varten. Tekonivel kiinnite­ttään useimmiten luuhun tarttuvan sementin avulla. Lopuksi nivelen oikea asento varmistetaan röntgenkuvalla. (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 2017; Suomen Artroplastia­yhdistys 2015.)

3.3 Postoperatiivinen leikkaushoitotyö

Leikkaussalin jälkeen alkaa postoperatiivinen hoitotyö, joka fyysisenä tilana aluksi tarkoittaa heräämössä tehtyä hoitotyötä. Tämä vaihe jatkuu, kunnes potilas ei enää tarvitse leikkaukseen liittyvää hoitotyötä. Sen tarkoitus on varmistaa potilaan hyvinvointi toimenpiteen tai leikkauksen jälkeen. Tässä tapauksessa hyvinvoinnilla tarkoitetaan potilaan toipumista anestesista sitä edeltävälle tasolle. Potilaan tärkeät elintoiminnot ja toimintakyky ovat palautuneet ja edellytykset itsenäiseen selviytymiseen ovat palautuneet. (Karma ym. 2016, 178.)

Heräämö-nimitys on Suomessa yleisesti käytössä, mutta myös nimityksiä valvomo, valvontayksikkö, valvontasali tai anestesian jälkivalvontayksikkö käytetään. Jos leikkauksen aikana on ilmennyt komplikaatioita, jälkivalvonta voidaan hoitaa myös teho-osastolla. Joissakin tapauksissa potilaan leikkauksen jälkeinen valvonta hoidetaan suunnitellusti tehovalvontaosastolla. (Karma ym. 2016, 178.)

Heräämön jälkeen potilas siirtyy osastolle tai nopeutetun hoitoprosessin, kuten päiväkirurgisen tai leikkaukseen kotoa (LEIKO) ollessa kyseessä, potilas kotiutuu. Perusteena potilaan siirtymiselle osastolle on hänen kliinisen tilansa tarkkailu. Tavoitteen on tunnistaa potilaan tilan mahdollinen heikentyminen ajoissa. (Karma ym. 2016, 17; Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Ekola, Partamies, Sulosaari, Uski-Tallqvist 2016, 111.)

3.3.1 Polviproteesipotilaan kirurginen postoperatiivinen hoitotyö

Polven tekonivelen saaneen potilaan postoperatiivinen hoitovaihe alkaa siitä, kun hän siirtyy heräämööseen, jossa hänen tilaansa seurataan intensiivisesti. Potilaan verenpainetta, veren happipitoisuutta ja hengitystä seurataan tarkoin. Heräämön hoitohenkilökunta seuraa myös leikkauksen mahdollista erityistä, samoin kuin mahdollisten dreerien eli haavaan asetettujen laskuputkien kautta tulevan eritteen määrää ja väriä. Potilaan nestetasapainosta, siis riittävästä nesteytyksestä on pidettävä huolta, samoin kuin on seurattava diureesia eli virtsaneritystä. Heräämön hoitajien tehtäviin kuuluu myös potilaan heräämisen, tajunnan tason ja puudutuksen laimenemisen seuraaminen. (Ahonen ym. 2016, 109.)

Potilaan siirtäminen heräämöstä osastolle tulee kysymykseen, kun potilaan elintoiminnot ovat vakaat eli hengitys on esteetöntä, hengitystaajuus on normaalilukemissa 10-20 kertaa minuutissa, kehon lämpö lähellä normaalilämpöä, potilaan happisaturaatio, joka kertoo hapen määrästä verenkierrossa, on vähintään 95 %, potilas on tajuissaan ja on orientoitunut aikaan ja paikkaan. Hänen on myös oltava heräteltävissä. Vuodon haavasta tulee olla vähäistä. Siirtopäätökseen vaikuttaa myös potilaan kyky noudattaa ohjeita. Kokonaisharkinnan, jossa myös huomioidaan potilaan mahdolliset perussairaudet ja muut hoitoon vaikuttavat seikat perusteella anestesia- ja lääkäri antaa siirtomääräyksen, jolloin potilas voidaan siirtää osastolle. Siirron

yhteydessä heräämön hoitaja antaa raportin osaston potilasta vastaanottavalle hoitajalle IS-BAR-menetelmän mukaisesti. (Ahonen ym. 2016, 109-110.)

Osastolla potilaan tilan huolellinen tarkkailu jatkuu samojen mittareiden kanssa kuin heräämössäkin. Potilaan tullessa osastolle, hänen tilaansa seurataan vähintään puolen tunnin välein, myöhemmin potilaan tilan tasaantuessa tarkkailuväliä voidaan pidentää pariin tuntiin. Pahoinvointi on tyypillistä leikkauksen jälkeen ja ennaltaehkäisevä lääkitys siihen onkin usein tarpeen. (Ahonen ym. 2016, 110-111, 729-730.)

3.3.2 Postoperatiivinen sairaanhoitaja

Sairaanhoitajan tehtäväkuva postoperatiivisessa hoidossa heräämössä ja osastolla on huolehtia ja tarkkailla potilasta ja tarpeen vaatiessa puuttua hänen hyvinvointiansa heikentäviin tekijöihin. ABCDE-menetelmä toimii tässäkin. Hengittäminen, verenkierto ja tajunnantaso on luonnollisesti ne elintoiminnot, joiden täytyy sujua. Sen lisäksi postoperatiivisen sairaanhoitajan tulee seurata potilaan kivuliaisuutta, nesteytystä, erittämistä, mahdollista pahoinvointia sekä henkistä hyvinvointia. Kirurgisen operaation jälkeen haava-alueen kuntoa tulee luonnollisestikin seurata, mutta haavaan ei kosketa ensimmäisen vuorokauden aikana, ellei se ole aivan välttämätöntä. Näissä tilanteissa haavanhoito tulee suorittaa steriilisti. Ortopedisen operaation jälkeen potilaan liikkumiskyvyn palautuminen tai ainakin paranemisen harjoittelu tulee aloittaa leikkausta seuraavalla osastojaksolla, usein jo seuraavana päivänä. Lääkäri on ohjeistanut varausluvut ja muut leikkauksen jälkeiseen liikkumiseen vaikuttavat seikat, mutta ensimmäisessä ylösnousussa sairaanhoitajan tulee olla läsnä. Fysioterapeutin konsultaatio on usein myös tarpeen. Kipu ja sen lääkitys tulee ehdottomasti huomioida liikkumisen yhteydessä. (Eskola 2014; Ahonen ym. 2016, 109-116.)

3.3.3 Leikkauksen jälkeen

Polven tekonivel kestää astumista heti leikkauksen jälkeen, eikä useimmitenkaan rajoita tulevaa liikunnan harrastamista, ainakaan merkittävästi. Tosin juokseminen tai kyykkyyntä voi olla haasteellista. Polvinivelpotilaiden tulee aloittaa leikatun raajan liikuttaminen varovaisesti, mutta tekonivelen kestoon leikkauksen jälkeisillä liikuntaharrastuksilla ei ole vaikutusta. Täydellinen toipuminen voi viedä vuodenkin. Painonhallinta leikkauksen jälkeenkin edesauttaa toipumista. (Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2018; Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2016; Ahonen ym. 2016, 121-122; Haukipuro 1996.)

Leikkaushaavalle on asetettu steriili haavasidos, eikä siihen kosketa ensimmäiseen vuorokauden. Jos sidos jostain syystä on pakko avata, se tehdään steriilisti. Punoittava, kuumottava ja turvonnut haavanalue sekä kohonnut kuume voivat olla merkinä infektiosta, joka vaatii haavan puhdistamista ja mahdollisesti antibioottihoitoa. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2016; Ahonen ym. 2016, 121-122; Haukipuro 1996.)

3.3.4 Kivunhoito

Kiputuntemus johtuu kipuärsyksen muuttumisesta nelivaiheisen tapahtumaketjun myötä epämiellyttäväksi tuntemukseksi. Edellä mainitut vaiheet ovat transduktio eli ääreishermoston aktivoituminen, transmissio eli välittyminen, modulaatio eli muuntelu sekä perseptio eli kokeminen), joihin kuhunkin voidaan eri lääkeaineilla tai puudutustekniikoilla vaikuttaa (Niemi-Murola ym. 2012, 143-144; Kipu: Käypä hoito -suositus 2017; Duodecim 2020.)

Kipu on elimistön luonnollinen varoitusmerkki, jonka tarkoitus on suojata elimistöä. Koko hoitoketjun aikana on tärkeää saada potilaan kokema kärsimys mahdollisimman lieväksi. Leikkaustilanne voi olla potilaalle hyvinkin stressaava, jota kipu tai kivun pelko voi pahentaa. Kipu aiheuttaa elimistössä todellisia reaktioita, joilla voi olla hyvinkin vakavia vaikutuksia potilaan hyvinvointiin. Kivun aiheuttama sympaattisen hermoston stimulaatio nostaa verenpainetta ja sydämen sykettä sekä voi aiheuttaa rytmihäiriöitä. Kipu voi myös vaikeuttaa hengittämistä ja hankaloittaa yskimistä, jolloin vaarana on aspiroituminen eli aineen ajautuminen keuhkoihin sisäänhengityksen mukana ja siitä johtuva altistuminen esimerkiksi pneumonialle eli keuhko-kuumeelle. Kipu vähentää myös antidiureettisten eli virtsanmäärää vähentävien hormonien erittymistä ja sitä kautta vähentää diureesia eli virtsaneritystä. Samoin se aiheuttaa maha-suolikanavan lamaantumista eli ummetusta. Kivunhoidon riittämättömyys hidastaa toipumista ja viivästyttää kotitumista ja sitä kautta aiheuttaa lisäkustannuksia terveydenhuollolle. (Niemi-Murola, Metsävainio, Saari, Vahtera, Vakkala 2012, 141-144; Karma ym. 2016, 184-185; Kipu: Käypä hoito -suositus 2017.)

Kipu on subjektiivinen kokemus ja paras tapa arvioida kipua on kysyä sitä potilaalta. Potilaan kokemaan kipuun vaikuttavat sosiaalinen- ja kulttuuritausta, persoonallisuus, kasvatus, jännitys, pelko ja mahdolliset aikaisemmat kokemukset. Kivunhoitoon on kaikilla potilailla juridinen ja eettinen oikeus, mutta hyvä kivunhoito myös edesauttaa leikkauksesta toipumista ja sitä kautta nopeuttaa kotiutumista, samoin kuin sairausloman pituutta. Edellä mainitut seikat vähentävät suoraan hoidon aiheuttamia kokonaiskustannuksia ja parantanevat myös potilaskokemusta. Kivunhoito on prosessi, joka alkaa ennen leikkausta ja jatkuu, kunnes potilas on kivuton. Leikkauskipua voidaan ja sitä pitää hallita. Hyvä kivunhoito vähentää myös verenkierron, hengityselimistön ja sydämen komplikaatioita ja vähentää riskiä laskimotukokseen. (Aho- nen ym. 2016, 114-119.)

Kipua pitää hoitaa. Huonosti hoidettu kipu voi aiheuttaa hankalasti hoidettavan kroonistuneen kivun. Kivun hoitoon löytyy useita menetelmiä, joita voidaan käyttää yhdessä, ristiin tai toista kompensoiden. Kipu voi olla nosiseptiivista eli kudosaivaurion aiheuttamaa, jolloin itse kivunvälitysjärjestelmä on terve tai se voi olla kivunvälitysjärjestelmässä oleva vaurio, joka aiheuttaa neuropaattista hermovauriokipua. Akuutti kipu on usein merkki kudosaivuriosta, joka on koh-

tuullisen helppo hoitaa, mutta jatkuvana sekin hidastaa toipumista. Jos kivun kesto ylittää kudosaaurion tavallisen paranemisajan tai kipu on kestänyt yli 3 kuukautta, kyseessä voi olla krooninen kiputila, jonka hoito on vaikeampaa. (Niemi-Murola ym. 2012, 141-144; Karma ym. 2016, 54, 184-185; Kipu: Käypä hoito -suositus 2017.)

3.3.5 Leikkauspotilaan kuuntelu ja emotionaalinen tuki

Maailman terveysjärjestön WHO:n määritelmän mukaan terveys sisältää fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista hyvinvointia. Terveys on muuttuva tila, johon vaikuttavat potilaan omat kokemukset, asenteet, arvot, elinympäristö ja sairaudet. Jokainen ihminen kokee terveytensä omalla tavallaan. Leikkaus on rasitus keholle, mutta myös mielelle. Kyky kuunnella potilasta onkin tärkeä osa onnistunutta hoitotyötä ja potilaskokemusta. (Huttunen, 2018.)

Tunne on mielen liikkumista, johon liittyy kehon sähkökemiallista viestintää ja tähän viestintäjärjestelmään voidaan lääkkeillä vaikuttaa. Ihminen ei voi vaikuttaa tunteisiin, joita hänessä herää, mutta sitä kuinka pitkään tunne on päällimmäisenä mielessä, pystyy rajoittamaan. Tämä kuitenkin vaatii itsetuntemusta ja kykyä tunnistaa omat tunteet. Hyvinvointiin vaikuttaa se, kuinka ihminen pystyy hallitsemaan kielteisiä tunteita. Jo Freud huomasi, kuinka psyykinen olotila voi heijastua somaattisena vaivana. Potilaan emotionaalinen tuki tarkoittaa potilaan auttamista kuuntelemalla ja antamalla hänen avoimesti purkaa tuntojaan. Potilaan tunteita voidaan havainnoida kuuntelun lisäksi tarkkailemalla potilaan käyttäytymistä, olemusta sekä ilmeitä ja esittämällä kysymyksiä. On ensiarvoisen tärkeää antaa potilaan puhua tunteistaan. Tavoitteena on tasapainoinen tunne-elämä ja hyvä olo. (Eriksson, Kuuppelomäki 2000, 131-132, 141-142.)

Herkkyyttä toisen ihmisen tunteille kutsutaan empatiaksi. Hoitotyössä tällä tarkoitetaan hoitajan osaamista miettiä asiaa potilaan näkökulmasta, mennä hänen asemaansa. Tämä edellyttää, että myös hoitotyön ammattilaisella itsellään on tasapainoinen mieliala ja terve itsetunto. Potilaan emotionaalisessa tuessa empaattiseen toimintaan kykenevä hoitaja on välttämätön. Käytännön työssä potilasta voidaan houkutella tai tukea kertomaan tunteistaan esimerkiksi vastamaalla ”ymmärrän kyllä” tai ”niin” tai kysymällä, jos potilas haluaisi puhua asiasta enemmän. Hyvä katsekontakti ja vastaanottava kehonkieli ovat myös tärkeässä asemassa potilaan luottamuksen saavuttamisessa. On myös hyväksyttävä tilanne, jossa potilas ei halua keskustella asiasta tai keskustele mieluummin jonkun toisen kanssa. (Eriksson, Kuuppelomäki 2000, 143-144.)

Ihminen on fyysispsykinen kokonaisuus ja kun fyysistä puolta koetellaan myös henkinen puoli voi kokea vastoinkäymisiä. Leikkaus, kipu ja kivun pelko voivat aiheuttaa henkistä painetta, joka voi vaikuttaa myös omaohjauksen vastaanottamiseen sekä kokonaistoipumiseen.

Sairaanhoito on somaattisen osaamisen ja käden taitojen lisäksi mitä suurimmassa määrin potilaan kuuntelemista, tukemista sekä motivointia. (Eriksson, Kuuppelomäki 2000, 131-132, 141-142; Huttunen, 2018.)

3.3.6 Potilaan omahoidon ohjaaminen

Ohjaamisesta käytetään synonyymeina käsitteitä koulutus, kasvatus tai valmennus. Motivoiva keskustelu, neuvonta ja opettaminen ovat ohjaamisen rinnakkaiskäsitteitä. Sanalla ohjaus voidaan myös tarkoittaa asiakkaan johtamista tai johdattamista tai hänen toimintaansa vaikuttamista. Ohjaamista kuvaa kuitenkin paremmin määritelmä, jossa potilaan kyky ja aloitteellisuus on tärkeässä osassa ja hän on aktiivinen ja tasa-arvoinen haasteen ratkaisija. Ohjauksen tavoitteena on parantaa ohjauksen kohteen elämänlaatua. Ohjauksella tarkoitetaan suunnitelmallista tiedon antamista tilanteessa, jossa potilas ei itse pysty asiaa ratkaisemaan. Ohjaus on vuorovaikutteista, aktiivista ja tavoitteellista potilaan ja hoitajan välistä toimintaa, joka on sidoksissa molempien osapuolten taustatekijöihin. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen, Renfors 2007, 25-26; Ahonen ym. 2016, 34.)

Potilaan hoito on pitkälti ihmisten välistä kommunikaatiota ja hoitajan tuleekin osata kuunnella potilasta ja kertoa hänelle hoitoon liittyvistä asioista selkeästi ja ymmärrettävästi, tarvittaessa sama asia montakin kertaa. Potilaan ohjaus on tärkeä osa potilasturvallisuutta, mutta myös tärkeää sairaanhoitajan oman oikeusturvan vuoksi. Käsitteillä neuvonta, valmentaminen, motivoiva keskustelu ja opettaminen tarkoitetaan samaa. Se on tiedon jakamista potilaalle siten, että hän ymmärtää sen ja osaa toimia annetun tiedon mukaisesti. Tiedon välitys tapahtuu usein kasvokkain, mutta mikään ei estä käyttämästä kirjallista tai esimerkiksi audiovisuaalista materiaalia ohjaamisen tukena. Potilaat kokevat tärkeäksi saada tietoa sairaudesta, sen hoidosta ja mahdollista komplikaatioista. Myös hoidon jälkeinen aika, kuinka sairaus vaikuttaa elämään, kotihoito ja tuet, ovat asioita, joita moni sairaalahoitossa olleensa pohtii. Haasteellisemmaksi terveydenhoitohenkilökunnan antaman ohjauksen tekee internetin tarjoama loputon tiedon määrä, jossa lähdekritiikki on olennaisen tärkeää. Hanna Vilkan teoksessa Tutki ja mittaa (Vilka 2007, 34) lähdekritiikin perusta on kerrottu selkeästi: Riippumatta siitä onko tieto peräisen kirjallisuudesta, sähköisistä lähteistä tai vaikka mediasta, jokaisen tulisi pohtia, kuka tiedon on tuottanut, kuka se on julkaissut, milloin se on julkaistu ja minkälainen maine julkaisijalla on luotettavan tiedon julkaisijana. On ymmärrettävää, että potilas haluaa positiivista tietoa ja mieluummin uskoo epämääräiseen, mahdollisesti jopa väärään tietoon, jos se vain on hänen tilanteeseensa lohtua tuovaa. Terveydenhuollon ammattilaisten antaman tiedon tulee perustua tutkittuun tietoon. Se ei kuitenkaan poissulje empaattista ja samalla asiallista tiedon välitystä. Sairaanhoitajan työ on mitä moninaisimmassa määrin ihmisten välistä kommunikaatiota ja kanssakäymistä. Onnistunut ohjaaminen helpottaa toimintaa myös hoitoprosessin muissa vaiheissa ja vahvistaa potilaan tai omaisen

kykyä omahoitoon. Tätä kautta onnistuneella ohjauksella on myös positiivinen kytkös terveydenhuollon kokonaistalouteen. (Ahonen 2016, 34-38.)

Ohjaus lähtee tilanteesta, tunteesta tai tavoitteesta, joka ohjauksen avulla muuttuu erilaiseksi. Potilaan ja hoitajan taustatekijät voivat olla fyysisiä, psyykkisiä, sosiaalisia tai ympäristöön liittyviä. Näistä kaikista voi syntyä erilaisia käsityksiä ja tulkintoja, jotka ohjauksessa on huomioitava. Haasteita voivat aiheuttaa potilaan ikä, sairaus tai kognitiiviset taidot, myös motivaatio vaikuttaa. Ohjaajan onkin hyvä tunnistaa ohjaukseen mahdollisesti vaikuttavat tekijät ja säätää ohjaustaan sen mukaan. (Kyngäs ym. 2007, 26-37.)

Ohjaus on aina vuorovaikutteista ja siihen liittyvä viestintä on sekä sanallista että sanatonta. Tässä on huomioitava kulttuurilliset erot sekä erityisesti se, että käsitteet eivät aina ole täsmälleen samanlaisia eri taustoiltaan tulevien ihmisten mielissä. Luonnollisesti yhteisen kielen puuttuminen on haaste, joka varsinkin pääkaupunkiseudulla on arkipäivää. Sitäkin voidaan kompensoida sanattomalla viestinnällä tai muilla ohjausta tukevilla työkaluilla. Joka tapauksessa vastuu ohjauksesta säilyy hoitajalla. Hyvään ohjaukseen liittyy myös olennaisesti hoitajan ammatillinen asiantuntemus. Samalla on myös muistettava, että potilas on oman elämänsä asiantuntija. Osana hyvää ohjaamista on myös kuuntelu. Hoitajan tulee huomioida potilaan kertomus, mutta samalla pitää ja tarvittaessa johdatella keskustelu takaisin käsiteltävään aiheeseen. (Kyngäs ym. 2007, 38-39, 79.)

Omahoito tarkoittaa potilaan aktiivista osallistumista oman hoitonsa ja elintapojensa parantamiseen tähtäävän hoidon suunnitteluun, toteuttamiseen ja arviointiin. Tavoitteena on potilaan elämänlaadun kohentaminen, mutta myös vähentää tarvetta terveydenhuollon palveluiden käyttämiseen. Onnistuneen omahoidon ohjauksen tuloksena on hoitomyönteinen ja itsestään mahdollisimman paljon huolehtiva kansalainen, joka saa onnistumisen tunteita omasta hoitoaktiivisuudestaan. (Ahonen ym. 2016, 36-40.)

Omahoito on potilaan omaa aktiivisuutta oman hyvinvoinnin ylläpitämisessä. Potilaan kotiutuksessa sairaanhoitajan tulee kertoa potilaalle jatko- ja omahoidon tarpeesta sekä antaa niihin liittyvä ohjaus. Sairaanhoitajan tulee myös varmistaa annetun tiedon ymmärtäminen, johon usein voi liittyä myös hoitoon osallistuva omainen. Omaisen huomioiminen on erityisen tärkeää lasten tai iäkkäiden potilaiden kohdalla. Siihen voi liittyä varsinaisen sairauden hoidon lisäksi informaatiota avun- ja tiedon tarpeesta ja miten niihin saa tukea. Sosiaalityöntekijän konsultaatio voi olla tarpeen. Hoitoon liittyvä materiaali tukee viestin perille menoa ja auttaa potilasta ja omaista myöhemmässä tiedon tarpeessa. Tärkeää on myös selvittää ennen kotiutumista mahdollisesti epäselväksi jääneet asiat ja käydä ne läpi uudestaan. Onnistunut omahoito parantaa hoitotuloksia ja sen avulla potilaan tarve terveydenhuollon palveluihin vähenee. Leikkauksesta toipumisessa apuvälineet ovat usein välttämättömiä eikä luonnollisesti ole järkevää hankkia niitä omaksi, kun käyttö todennäköisesti jää kohtalaisen lyhyeksi.

Hyvinkään sairaalan apuvälinevarasto sijaitsee samassa rakennuskompleksissa ja tarvittavat apuvälineet ovat sieltä helposti saatavilla. (Lipponen, Kyngäs, Kääriäinen 2004; Eskola 2014; Ahonen ym. 2016, 36; Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2015.)

Ihmisen hyvinvoinnissa on olennaista potilaan itsensä toimet oman terveydentilansa parantamisessa ja elämänlaadun ylläpitämisessä. Leikkauksen aiheuttama stressi ja kehon toiminnallisuuden muutokset vaativat usein aikaa ja harjoittelua palautuakseen entiselleen tai lähelle sitä. Omahoidon onnistuminen vaatii terveydenhuollon ammattilaisen ohjausta ja motivointia ja siinä onnistuminen tehostaa potilaan toipumista. Yhden potilaan nopeampi toipuminen vaikuttaa pienen askeleen verran myös kansalaisten hyvinvointiin ja sitä kautta kokonaistuottavuuteen sekä yhteiskunnan tarjoamien terveystalouden aiheuttamiin kuluihin pienentävästi. Potilaan ei luonnollisestikaan voida olettaa osaavansa kuntouttaa itseään ilman ohjeistamista ja tietoa omahoidosta onkin hyvä antaa jo ennen leikkausprosessia, mutta erityisesti sen jälkeen. Potilaan omahoidon ohjaaminen on moniammatillista yhteistyötä, jonka tulee perustua tutkittuun tietoon ja olla tasalaatuista. Tämä asettaa haasteita myös omahoitoa ohjaavalle hoitohenkilöstön edustajalle. Omahoidon ohjauksessakin voi oppia paremmaksi ja elinikäinen oppiminen toimii myös hoitohenkilöstölle. Kertaus on opintojen äiti ja näin lienee myös omahoidon ohjauksen suhteen. Ihmisten kognitiiviset kyvyt ovat erilaiset ja lyhyen hoitajakson aikana on haasteellista löytää kullekin potilaalle toimiva tapa oppia ja ymmärtää saatuja ohjeita. (Hupli, Rankinen, Virtanen 2012, 60-66; Ahonen ym. 2016, 247-249.)

Jo Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) vaatii terveydenhuollon ammattihenkilöstöä antamaan tietoa potilaalle hänen terveyteensä liittyvissä asioissa siten, että potilas varmasti ymmärtää annetun tiedon. Potilaan omahoidon ohjaus on aivan terveydenhuollon keskiössä ja se tulisi aloittaa jo ennen sairaalaan tuloa, koska kotiutusvaiheessa kerrotut asiat eivät välttämättä jää riittävän hyvin mieleen. Riittävän huolellinen omahoidon ohjaus jo ennen leikkausta vaikuttaakin positiivisesti potilaan toipumiseen. Potilaat kaipaavat tietoa leikkauksen biofysisistä vaikutuksista, kuten mahdollisista komplikaatioista ja kuinka niitä voidaan estää. Leikkauksen jälkeinen toiminnallisuus, kuten tuleva liikkuminen ja kehon toimivuus, on myös aihe, josta potilaat kaipaavat informaatiota. Vähemmän potilaita kiinnostavat leikkaukseen liittyvät sosiaaliset asiat ja mahdollinen henkisen tuen tarve, mutta näitäkään ei voi potilaan omahoidon ohjauksessa sivuttaa. (Hupli, Rankinen, Virtanen 2012, 60-66; Ahonen ym. 2016, 247-249.)

3.3.7 Polven tekonivelleikkauksen jälkeisen omahoidon ohjaus

Kuten oikeastaan lähes kaikessa terveyteen liittyvässä asiassa, hoidon onnistumiseen tarvitaan potilaan omaa motivaatiota paranemisprosessiin. Ihmisen kehon painosta puolet on suuren osan hereilläoloajasta toisen polven varassa. Polven kuntoutuminen vaikuttaakin lähes kaik-

keen normaaliin elämään kuuluviin asioihin. Polvessa oleva tekonivel mahdollistaa käytön välittömästi asennuksen jälkeen, mutta toki liikkeellelähdössä on huomioitava puudutuksen mahdollinen vaikutus, kipu ja lääkärin ohjeistus liikkumiselle. (Ahonen ym. 2017, 730-731.)

Potilaan kuntoutuminen polven tekonivelleikkauksesta edellyttää hoitavan henkilökunnan antamaa ymmärrettävää omahoidon ohjausta sekä potilaan itsensä aktiivista osallistumista toipumisprosessiin. Olennaisia asioita ovat kivun- ja haavanhoito, liikunta ja oikeanlainen sekä riittävä ravitsemus. Kivunhoito on tärkeää toipumisen edistämisessä. Kivunhoidossa voidaan kipulääkkeiden lisäksi käyttää kylmä- ja asentohoitoa sekä tarvittaessa puudutusta. Leikkaushaavan tulee antaa parantua rauhassa ja haavan ompeleiden annetaan tukea haavaa noin pari viikkoa. Ensimmäisen vuorokauden jälkeen leikkaushaavaa voi jo suihkuttaa, saunomista ja uintia ei kuitenkaan suositella ennen ompeleiden poistoa. Omaehtoinen liikunta kivun antamissa rajoissa on tärkeää toipumisen kannalta. Lääkäri kertoo, kuinka paljon ja missä vaiheessa operoidulle polvelle voi varata. Fysioterapeutti ohjeistaa potilaalle käytännön harjoitteita omatoimiseen harjoitteluun. Apuvälineiden, kuten kynnärsauvojen tai rollaattorin käyttö on suositeltavaa. Leikkauksen jälkeisen ravitsemuksen riittävyteen ja monipuolisuuteen tulee myös kiinnittää huomiota. Elimistö tarvitsee leikkauksen jälkeen tavallista runsaammin proteiinia, samoin vitamiinien ja kivennäisaineiden riittävään saamiseen tulee kiinnittää huomiota. (Terveyskylä 2018.)

4 Palvelun laatu ja arvot

Organisaation sisäisenä tavoitteena mainittu laadun parantaminen voi olla haasteellista, jos samalla ei käsitellä, mitä palvelun laadulla tarkoitetaan. Asiakkaan kannalta laatu voi olla mitä tahansa he kokevat laaduksi. Teknisen suorituksen taso on osa laatukokemusta, mutta siihen liittyy myös vuorovaikutusta ja asiakkaan odotuksia. Se, mitä asiakas saa palvelutapahtumasta on merkittävä tekijä asiakaskokemusprosessissa. Palvelutapaamisissa rakennetaan laadukasta toimintaa, joka parhaimmillaan tukee varsinaista teknistä suoristusta. Laadun perusasiat ovatkin tekninen laatu eli mitä asiakas saa sekä toiminnallinen laatu eli miten asiakas palvelun saa. Kolmantena ulottuvuutena voidaan pitää palvelun tuottamisen fyysistä ympäristöä eli missä toiminta tapahtuu. (Grönroos 2009 100-103.)

4.1 Arvot

Organisaation arvot ohjaavat sen toimintaa ja niiden tulisi näkyä päivittäisessä toiminnassa. Arvot toimivat myös päätöksenteon työkaluna ja auttavat keskittämään toiminnan ja päätöksenteon oikeaan suuntaan. Arvot voivat liittyä asiakkaiden odotuksiin, työyhteisön toimivuuteen, yritysvastuuseen ympäristöstä ja yhteisöstä, jatkuvaan toiminnan kehittämiseen ja viimeisenä, mutta ei suinkaan vähäisimpänä, taloudelliseen menestykseen. Arvot ovat lähtöpiste

strategian rakentamiseen ja sitä kautta niiden tulisi sulautua organisaatioon, henkilöstön mieleen ja lopuksi näkyä myös tuloksissa. (Reinboth 2008, 21.)

4.2 Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin arvot

Hyvä arvo sisältää tietoa ja tunnetta. Arvoja voidaankin pitää yrityskulttuurin perustana. Arvot kertovat myös henkilöstölle minkälaisessa toiminnassa yritys tai organisaatio on mukana, ja ne auttavat kehittämään ja suuntaamaan toimintaa. Arvot ovat osa yrityksen kulttuuria ja ne kuuluvat kaikkeen tekemiseen. (Talouselämä 2011.)

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin arvot ovat ihmisten yhdenvertaisuus, potilaslähtöisyys, luovuus ja innovatiivisuus, korkea laatu ja tehokkuus sekä avoimuus, luottamus ja keskinäinen arvostus (Linden 2017). Terveystieteiden tutkimuksessa potilas on luonnollisesti keskiössä ja hänen hyvinvointinsa ja elämänlaadun parantaminen täytyy olla jokaisen organisaation toimijan mielessä ensimmäisenä. Korkea laatu on suora jatkumo potilaan hyvinvoinnille ja yhdenvertaisuus on suomalaisen yhteiskuntaan tiiviisti nivottu. Tehokkuutta pidetään joskus henkilökunnan hyvinvointia heikentävänä tekijänä, mutta parhaimmillaan se sisältää työn ja toiminnan järkevöittämistä, jolloin henkilöstö pystyy paremmin keskittymään olennaiseen ja samalla kehittämään itseään ja osaamistaan. Ilman luottamusta pitkäjänteinen toiminta on haasteellista, avoimuus ohjaa toimintaa ja keskinäisen arvotuksen tulisi olla osa normaalia ihmisten välistä kanssakäymistä. Luovuus ja innovatiivisuus sen sijaan saattavat olla haasteellisia. Tämä saattaa johtua perinteisesti hierakisista toimintatavoista terveydenhuollossa, mutta ehkä kuitenkin enemmän siitä syystä, että kaiken toiminnan tulee perustua vertaisarvioituun tutkittuun tietoon. Uusien toimintamallien käyttöönotto voi toimia paikallisesti, mutta niiden mahdollisia vaikutuksia tulee miettiä laajemmassa kuvassa. Joka tapauksessa organisaatio ei voi jäädä polkemaan paikoilleen. (Linden 2017.)

4.3 Asiakaslähtöisyys arvona

Sanonta ”*asiakas on aina oikeassa*” kuulostaa ehkä hyvältä, mutta käytännössä ei palvelusektorillakaan voida aina toimia täysin asiakkaan joskus loputtomien ja joskus mahdottomien toiveiden mukaisesti. Kaikki organisaatiot ovat jollakin tavalla tuotantolähtöisiä, mutta se ei ole vastakohta asiakaslähtöisyydelle. Asiakaslähtöisyyden puute sen sijaan on. Tyytyväiset asiakkaat kuitenkin ovat myös taloudellisen tuloksen perusta. Asiakkaan arvostaminen, kuunteleminen ja toiminnan ohjaaminen mahdollisimman hyvän palvelun suuntaan ovat palveluorganisaation keskiössä. Terveystieteiden tutkimuksen tulee erityisesti kiinnittää huomiota toiminnan eettisyyteen ja siihen, että päätöksenteko perustuu tutkittuun tietoon. Asiakkaalla on mielessään palvelutaso, jota palvelun tuottaja ei välttämättä tiedä tai ymmärrä. Asiakaslähtöinen toiminta mielletään usein asiakkaan odotukset ylittäväksi toiminnaksi, mutta tällöin toiminnan taloudellinen järkevyytensä tai haitat tuotannon kokonaisuudelle eivät välttämättä tue toimien oikeutusta pitkällä aikavälillä. (Reinboth 2008, 22-23.)

4.4 Palvelun laadun mittaaminen

Asiakas, kuten terveydenhuollon palveluita tarvitseva potilas ei osta itselleen palvelua, vaan palvelun tuottamaa hyötyä. Palvelun tuottaman höydyn mittaamiseen vaikuttavat asiakkaan odotukset ja niiden poissulkeminen mittaustuloksesta on haastavaa. Joka tapauksessa se on asiakkaan subjektiivinen näkemys, johon hänellä luonnollisesti on täysi oikeus. Omaan terveyteen ja hyvinvointiin liittyvät odotukset todennäköisesti nostavat asiakkaan toivomaa palvelutasoa, jolloin mahdollinen pienempi pettymyskin voidaan kokea todellisuutta suurempana haittana. Tutkimuksessakin on huolehdittava siitä, että tutkimus kohdistuu tuotettuun palveluun, eikä odotuksiin. (Grönroos 2009, 25, 113-126.)

4.5 Potilastyytyväisyys

Potilastyytyväisyys on asiakkaan eli potilaan itsensä kokema subjektiivinen käsitys, joka koostuu potilaan hoitokokemuksesta, ajatuksista, tuntemuksista sekä arvomaailmasta. Potilastyytyväisyyttä arvioidessa verrataan potilaan odotuksia siihen, kuinka ne potilaan itsensä mielestä toteutuivat suhteessa hänen odotuksiinsa. (Reponen & Roine, 2016; Falco, Rutledge, Elisha 2017.)

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirille on käytössä erilaisia tapoja potilaille osallistua ja vaikuttaa asiakaskokemuksen kehittämistyöhön. Toisin kuin tässä tutkimuksessa, palvelun käyttäjiä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin omassa viestinnässä kutsutaan asiakkaiksi. Asiakastyytyväisyyskysely on käytössä Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin palveluita käyttäneille henkilöille, mutta myös muilla on mahdollisuus antaa avointa palautetta. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirillä on myös asiakasraateja ja kokemusasiantuntijoita, joiden ajatuksia ja ehdotuksia käytetään hyväksi toiminnan parantamiseksi. Asiakaspalautteen tulokset ovat julkisesti nähtävillä ja vuoden 2018 tuloksista onkin mielenkiintoista havaita heikoimman tuloksen tulevan kysymyksestä ”saamani tieto hoidosta oli ymmärrettävää”. Tosin siinäkin yli 80 % vastaajista koki ymmärtäneensä kaiken. Tämän voi kääntää niinkin, että joka viides potilas ei ymmärtänyt kaikkea hänelle omaan hoitoon liittyvää asiaa. Saadun palautteen myötä tehdään tarvittaessa korjaavia toimenpiteitä. Hyvinkään sairaalassa on palautteen perusteella muun muassa otettu käyttöön sähköisiä hoitopolkuja ja takaisinsoittojärjestelmä, myös tiedonkulkua hoitopolun eri vaiheessa on pyritty parantamaan potilailta saadun palautteen perusteella. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2018b.)

5 Opinnäytetyön toteutus

5.1 Työn tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksen tarkoitus on selvittää, kuinka potilaat kokevat saaneensa omahoidon ohjausta polven tekonivelleikkauksen jälkeen. Tavoitteena on tuottaa hoitohenkilökunnalle suoraa tietoa kyseisen osaston potilasaineuksen tarpeista omahoidon ohjauksen suhteen ja auttaa kehittämään hoitohenkilökunnan omahoidon ohjausta. Tutkimuksen keskeisenä ajatuksena on hakea vastausta seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

1. Kuinka polvileikkauksesta osastolla toipuvat potilaat ovat kokeneet saaneensa omahoidon ohjausta kotiutumisen koittaessa?
2. Kuinka osastolla toipuvat potilaat ovat kokeneet saadun omahoidon ohjauksen riittävyyden?
3. Kuinka potilaat ovat ymmärtäneet osastolla saadun omahoidon ohjauksen?

5.2 Tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyössä laadukas aineisto helpottaa työtä, mutta se ei automaattisesti tuo esille kätkeyttä tietoa, jota ollaan hakemassa. Aineistolla ja tutkimusmenetelmällä on läheinen yhteys ja niitä onkin hyvä pohtia yhdessä. Tutkimuksessa käytän kyselylomaketta, joka on hyvin perinteinen aineiston keruutapa, mutta edelleen toimiva. Kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus hakee frekvenssejä. Se pyrkii säännönmukaisuuksien löytämiseen tutkitusta aineistosta. Tutkittavaa aineistoa kuvataan numeraalisten suureiden avulla, jolloin tulokset saa helposti taulukkomuotoon. Suureiden ei välttämättä tarvitse olla numeraalisia, vaan kyseeseen voi tulla myös nominaalimuuttujien käyttö, kuten esimerkiksi kysyttäessä vastaajan sukupuolta. Kvantitatiivinen toimii hyvin nykytilanteen selvittämissä, mutta se ei välttämättä toimi riittävän hyvin tutkimuskohteen juurisyiden selvittämisessä. Tässä tutkimuksessa tiedonkeruumenetelmänä on kirjallinen kysely ennalta määrätylle kohderyhmälle. Tutkija käsittelee tutkittavia muuttujia, joita hän mittaa, luokittelee tai järjestää tarkoituksenmukaisella tavalla. Tutkimuksen tarkoitus on selittää, kartoittaa, kuvata, vertailla tai ennustaa tutkimusaiheeseen liittyviä ilmiötä, syitä ja niiden keskinäisiä suhteita, jotka pyritään kuvaamaan lukujen avulla. Kvantitatiivinen tutkimus vastaa kysymyksiin, kuinka usein, kuinka paljon, kuinka moni. Myös se, kuinka paljon jokin asia vaikuttaa toiseen, voi olla tutkimuksen kohteena. Tämä tutkimus on selittävä tutkimus, jossa haetaan perusteltua lisätietoa tutkittavasta asiasta. (Alasuutari 2014, 34-35; Heikkilä 2014, 15-17; Vilka 2007, 14-25.)

Kyselytutkimuksessa olennaista ovat oikein muotoillut ja selkeät kysymykset. Tutkijan tulee asettaa itsensä vastaajan asemaan ja pyrkiä kriittisesti miettimään, ymmärtääkö vastaajan

kysymyksen samalla tavalla kuin kysymyksen keksinyt tutkija. Kysymysten muotoilu luo perustan tutkimukselle. Joskus eteen voi tulla tilanne, jossa tutkittavaa aihetta on haasteellista saada mitattavaan muotoon. Tällöin tutkijan tulee itse operationalisoida käytetyt käsitteet kysymyksiksi. Kysely sopii hyvin henkilökohtaisten asioiden, kuten terveyteen liittyvien asioiden tutkimiseen. Kyselyyn usein tyypillisesti liittyy vastausten hidas palautuminen, mutta tässä tutkimuksessa vastausten saamista pyrittiin edistämään sillä, että kysely tehtiin hoitajakson aikana ja tutkija pystyi hakemaan vastaukset päivittäin. (Valli 2018, 92-93; Heikkilä 2014, 53-55; Vilka 2007, 28.)

Kyselyssä ei kysytty henkilötietoja, ei edes sukupuolta tai ikää, koska nämä tiedot olivat tutkimuksen kannalta vähämerkityksellisiä. Yhdistävänä tekijänä vastaajilla oli polven tekonivelleikkaus samassa sairaalassa ajallisesti lähellä toisiaan. Tutkimus perustuu potilaan kokemukseen saamastaan ohjauksesta ja siinä luonnollisesti voi vaikuttaa potilaan kognitiivinen kyky tai mahdollinen muistisairaus, mutta nämäkin ovat seikkoja, jotka ovat sairaanhoitajan työssä arkipäivää. (Malin 2018 a.)

Kysymysten tulee olla tarpeeksi lyhyitä, mahdollisimman yksiselitteisiä, ymmärrettäviä ja niihin vastaamisen tulee olla helppoa. Vastaajalle on myös jätettävä mahdollisuus olla vastaamatta. Huolellisella kohderyhmän valinnalla varmistetaan se, että vastaajilla on tietoa asiasta. Luonnollisesti tekstin tulee olla hyvää suomen kieltä ja kohteliasta. Vierasperäiset- ja sivistyssanat saattavat olla tuntemattomia vastaajille. Termit, jotka saattavat olla haasteellisia ymmärtää, on syytä selventää. Kysymykset eivät saa olla johdattelevia, eikä siinä saa olla kaksinkertaista kieltoa. Teitittely on kohteliasta, mutta nuoremman ikäpolven ollessa kyseessä, se voi tuntua teennäiseltä. Henkilökohtaisesti pidän teitittelyä hyvänä tapana, joka sopii myös tämän kaltaiseen kanssakäymiseen. (Valli 2018, 93; Heikkilä 2014, 53-55; Krause & Kiikkala 1997, 109-117.)

Kysymyksissä mitta-asteikoksi valikoitui Likertin asteikko, jossa vastausten lukumäärä on aina pariton ja siinä on myös ”en osaa”- tai ”en halua”-vaihtoehdot. Näin Likertin asteikko antaa mahdollisuuden vastaajalle olla ottamatta kantaa niin halutessaan. (Valli 2018, 106-107; Heikkilä 2015, 46.)

Kysymyslomakkeessa oli 25 kysymystä, joista suurin osa (22) oli helposti vastattavia monivalintakysymyksiä. Kolmeen kysymykseen pyydettiin vastausta kirjallisena ja lopuksi vastaajilla oli vielä mahdollisuus antaa avointa palautetta. Ensimmäiset kysymykset olivat niin kutsuttuja ”lämmittely”-kysymyksiä, joilla pyrittiin herättämään vastaajan kiinnostus. Omaha-hoitoon liittyvät kysymykset olivat tutkimuksen keskiössä. Henkiseen hyvinvointiin liittyvät kysymykset tulivat mukaan hieman myöhemmässä vaiheessa. Lopuksi vastaajilta kysyttiin mielipidettä asioihin, jotka tälläkin hetkellä ovat lähes päivittäin uutisvirrassa mukana. Lomakkeen rakentamisessa keskeisenä ajatuksena oli vaivattomuus vastaajille. Leikkaus on potilaalle kuitenkin aina

rasite, joka vaatii lepoa. Toisaalta toipuminen voi myös tuntua pitkäväteiseltä, jolloin pieni ylimääräinen ohjelmanumero voi olla myös mieltä piristävää.

5.3 Tutkimuksen otos

Jotta tutkittavat kohdehenkilöt olisivat mahdollisimman yhtenäinen ryhmä, tutkittavien piiri rajataan henkilöihin, joille oli tehty tekonivelleikkaus Hyvinkään sairaalassa ja joiden post-operatiivinen hoito tapahtuu Hyvinkään sairaalan kirurgian vuodeosastolla 4 B. Osaston potilaat ovat suurimmaksi osaksi ortopedisiä potilaita ja jotta tutkittavat olisivat toimenpiteen osalta homogeeninen ryhmä, osastonhoitajan kanssa keskusteltuani tulimme siihen tulokseen, että keskitymme polviproteesin saaneisiin potilaisiin.

Tutkimuksessa tutkittavien määrän tulee olla mahdollisimman selkeästi rajattu. Kokonaisuudessaan Hyvinkään sairaalassa tehdään vuositasolla noin 400 polven tekonivelleikkausta. Samassa sairaalassa ja samoihin aikoihin polven tekonivelen saaneet potilaat muodostavat homogeenisen ryhmän. Tavoitteena oli saada 10 vastausta kyselyyn, jonka oletettiin täyttyvän viikossa olettaen, että kaikki polviproteesin saaneet suhtautuvat positiivisesti kyselyyn vastaamiseen. (Malin 2018 b.)

Tutkimus oli rajattu yhteen hoitoyksikköön, yhdenlaiseen hoidolliseen toimenpiteeseen ja ajallisesti pariin viikkoon. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin tutkimusprosessi vaatii tutkimusluvan, jossa tulee kuvata tutkimus, kuinka se tehdään, kustannusarvio ja tutkimukseen mahdollisesti liittyvät riskit. Tutkimuslupa myönnettiin 13.11.2019 ja se oli voimassa 30.11.2019 saakka. Kysely aloitettiin 18.11.2019 ja sitä jatkettiin tutkimusluvan päättymiseen saakka. Vastausten määrä oli toivottua vaatimattomampi, N=6, mutta vastaukset olivat kuitenkin keskenään hyvin samansuuntaiset.

5.4 Aineistonkeruu

Osaston henkilökuntaa tiedotettiin tutkimuksesta etukäteen ja osastonhoitaja hyväksyi tutkimuksen käytännön toimet. Kyselykaavakkeet vastauskuorineen toimitettiin osaston kansliaan, josta hoitohenkilökunnan oli helppo toimittaa kyselykaavake potilaille, jotka halusivat osallistua. Tutkija kävi hakemassa vastaukset heti tutkimusluvan päättymistä seuraavana päivänä 1.12.2019.

Kysely tehtiin halukkaille polvileikkauksesta vielä osastolla toipuville potilaille, mutta juuri ennen kotiutumista. Ajankohdan valinta perustuu olettamukseen, että kotiutumispäivänä kyselyyn osallistuvalla potilaalla on jo ainakin alustava käsitys sairaalahoidon onnistumisesta hänen kohdallaan. Erityisenä mielenkiinnon kohteena oli potilaan oma kokemus hänen saamastaan ohjauksesta kotiutumisen kynnyksellä.

5.5 Aineiston analysointi

Tieteellisessä tutkimuksessa tehtyjen havaintojen tulisi olla johdonmukaisia, suunnitelmallisia, tietoisesti valittuja ja ennalta rajattuja. Tutkimuksessa haetaan mitattavia seikkoja ja mittaaminen tutkimuksessa tarkoittaa erojen havaitsemista. Keskeistä tutkimuksessa on aineiston analysointi, tulkinta ja johtopäätösten teko eli juuri ne seikat, joihin tutkimuksen alusta lähtien tähdättiin. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2007, 216; Valli 2018, 156-162; Heikkilä 2014, 175-176.)

Tutkimuksen tavoite on ratkaista tutkimusongelma. Tämä tapahtuu analysoimalla saadut vastaukset ja laadukkaita vastauksia varten tulee kysymysten asettelussa olla huolellinen. Tutkimuksessa, kuten oikeastaan kaikessa muussakin, hyvin suunniteltu on puoliksi tehty. Kyseessä on kyselytutkimus ja tavoitteena oli tehdä siitä selkeä ja helposti ymmärrettävä vastaajan kannalta, mutta myös mahdollisimman yksiselitteinen tutkijan kannalta. (Heikkilä 2014, 138.)

Kvantitatiivinen analyysi perustuu lukuihin ja niiden välisiin systemaattisiin ja tilastollisiin yhteyksiin. Se perustuu tilastollisten säännönmukaisuuksien etsimiseen, jolloin käytettyjä muuttujia pitää pystyä erottelamaan toisistaan. Keskeisiä käsitteitä ovat havaintoyksikkö, muuttuja ja arvo. Tutkimuksen kvantitatiivisessa eli määrällisessä tutkimuksessa edetään teoriasta käytäntöön ja varsinaisen kohderyhmälle tehdyn kyselyn jälkeen palataan teoriaan tulosten, tulkinnan ja analyysin avulla. Tässä tutkimuksessa havaintoyksikkö on vastaaja, muuttuja on vastaus ja arvo on niiden luokka kyselytutkimuksen asteikolla.

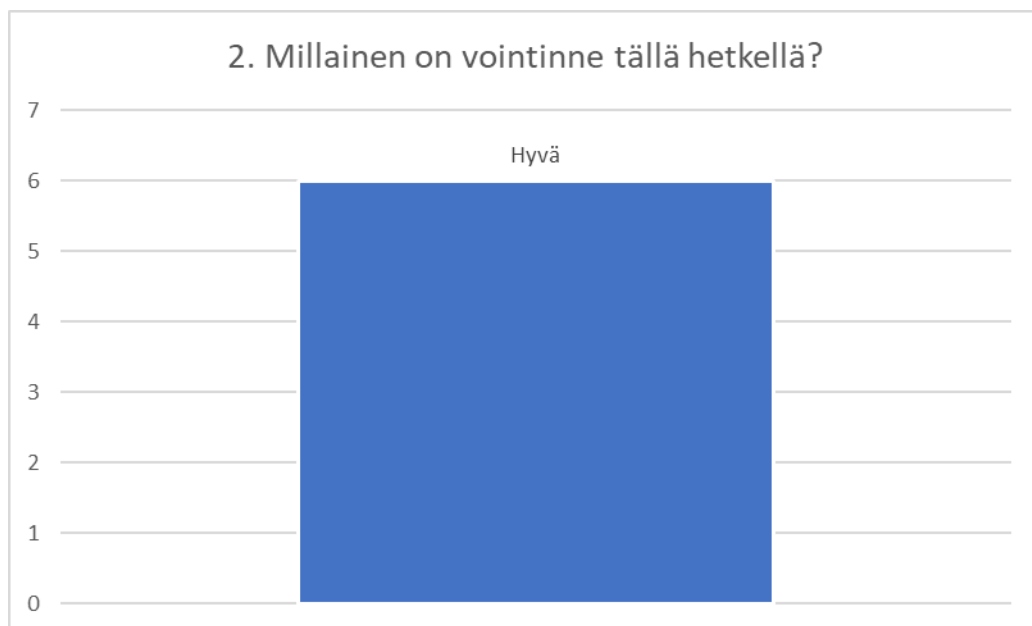
Aineisto käsiteltiin taulukkomuodossa, jolloin suurenkin tietomäärän käsittely helpottuu. Aineiston käsittelyä varten tutkija rakensi etukäteen exel-tilukon, jossa oli sisäänrakennettu valmiiksi kyselyn vastauksiin perustuva kysymyskohtainen grafiikka. Exel-tilukon ensimmäiselle sivulle tutkija siirsi manuaalisesti jokaisen kyselylomakkeen vastauksen yksitellen. Exel-tilukko oli rakennettu siten, että syötettyjen vastausten perusteella rakentui graafinen kuvaus vastauksista. Aineistoa käsitellessä on huomioitava myös nollahypoteesin mahdollisuus eli se, että tulos oli odotettu. Nykyaikaiset taulukointiohjelmat mahdollistavat lukemattomia tapoja käsitellä tuloksia ja tehdä niistä hyvinkin erilaisia visuaalisia esityksiä. Selvyyden vuoksi nollatulokset jätettiin pois taulukoista, samalla kuitenkin varmistaen, että jokaisen taulukon prosenttilukujen summa oli aina 100. Johtuen odottamattoman vaatimattomasta vastausten määrästä, tutkija muokkasi Exel-tilukkoa siten, että prosenttilukujen sijaan esitettiin vastaajien määrä. (Alasuutari 2014, 34-37; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 129-132; Vilka 2007, 25.)

6 Tulokset

Ensimmäiset kaksi kysymystä käsittelivät potilaan tyytyväisyyttä polven tekonivelleikkaukseen ja hänen vointiaan vastaamisen hetkellä. Molemmissa kysymyksissä vastaajat olivat yksimielisesti tyytyväisiä ja kertoivat kokevansa vointinsa hyväksi.



Kuvio 1. Kysymys 1: Oletteko tyytyväinen polvenne tekonivelleikkauksen lopputulokseen tällä hetkellä?



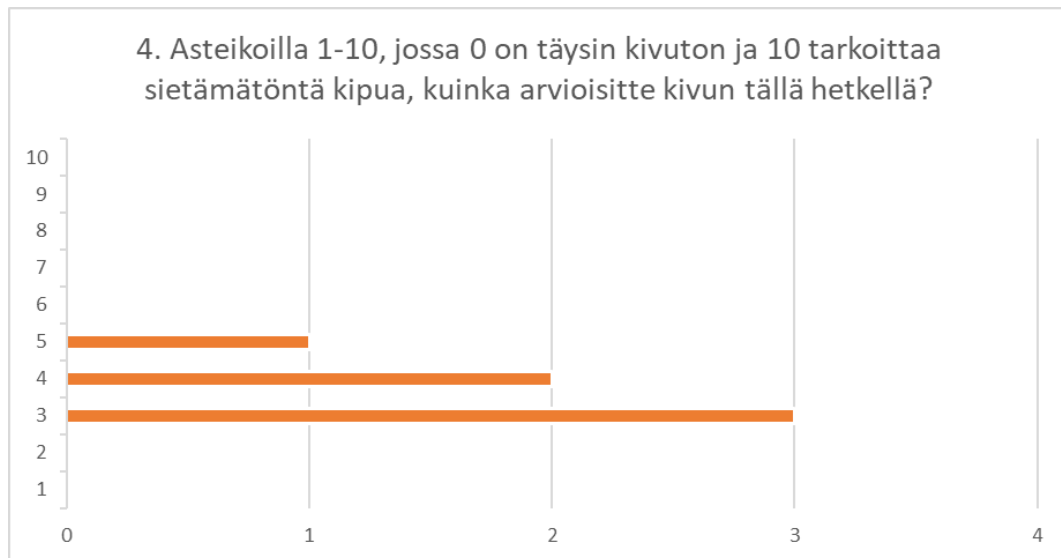
Kuvio 2. Kysymys 2: Millainen on vointinne tällä hetkellä?

Kolmannessa kysymyksessä pyydettiin vastaajia arvioimaan, kuinka leikkaus sujui heidän mielestään. Puolet vastaajista kertoi leikkauksen ja hoidon sujuneen erinomaisesti ja toinen puoli oli sitä mieltä, että se sujui hyvin. Vastausvaihtoehtoja olivat myös tyydyttävästi, huonosti ja en osaa sanoa. Leikkaus on potilaille iso asia ja potilaan kokemus puoleen tai toiseen voi olla pienestä kiinni. Tämän tutkimuksen perusteella vastaajat olivat erittäin tyytyväisiä kokonaisuuteen, joka luonnollisesti tukee ajatusta siitä, että leikkausprosessi kokonaisuutena oli sujunut potilasta miellyttäen.

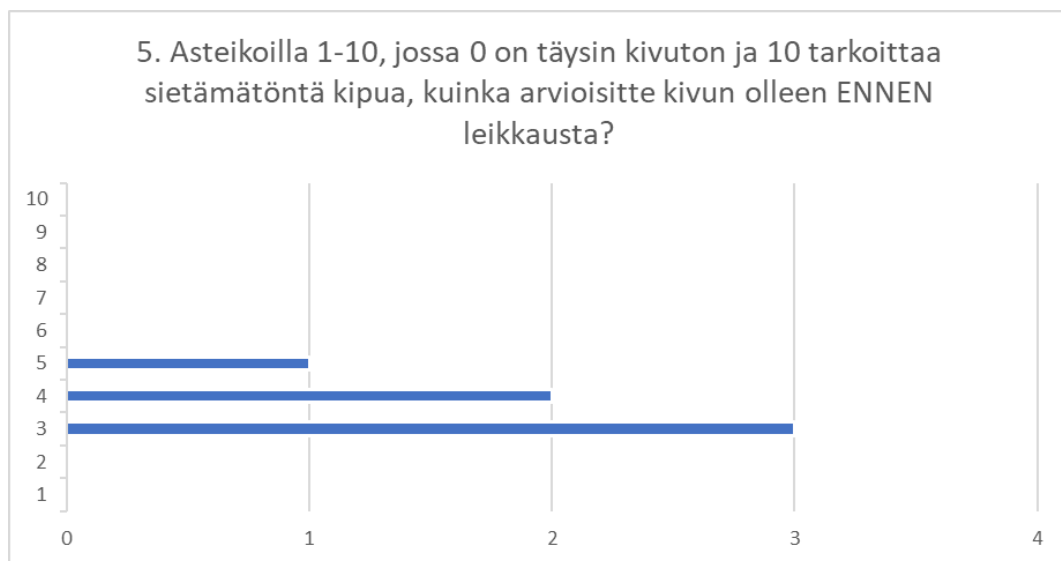


Kuvio 3. Kysymys 3: Kuinka leikkaus ja siihen liittyvä hoito kokonaisuutena mielestänne sujui?

Seuraavissa kahdessa kysymyksessä kysyttiin potilaan kokemaa kipua ennen ja jälkeen leikkauksen. Vastaajat kertoivat kivun leikkauksen jälkeen olevan 3-5 NRS-asteikolla. Vaikuttaa siltä, että leikkauksen jälkeinen kivunhoito oli toiminut hyvin. Vastaajista suurimmalla osalla oli kipua ollut samaa luokkaa, NRS 3-4, jo ennen leikkausta. Tämä kertonee siitä, että polven tekonivelleikkaukseen tulevilla potilailla kivut olivat hallinnassa.



Kuvio 4. Kysymys 4: Asteikoilla 1-10, jossa 0 on täysin kivuton ja 10 tarkoittaa sietämätöntä kipua, kuinka arvioisitte kivun tällä hetkellä?



Kuvio 5. Kysymys 5: Asteikoilla 1-10, jossa 0 on täysin kivuton ja 10 tarkoittaa sietämätöntä kipua, kuinka arvioisitte kivun olleen ENNEN leikkausta?

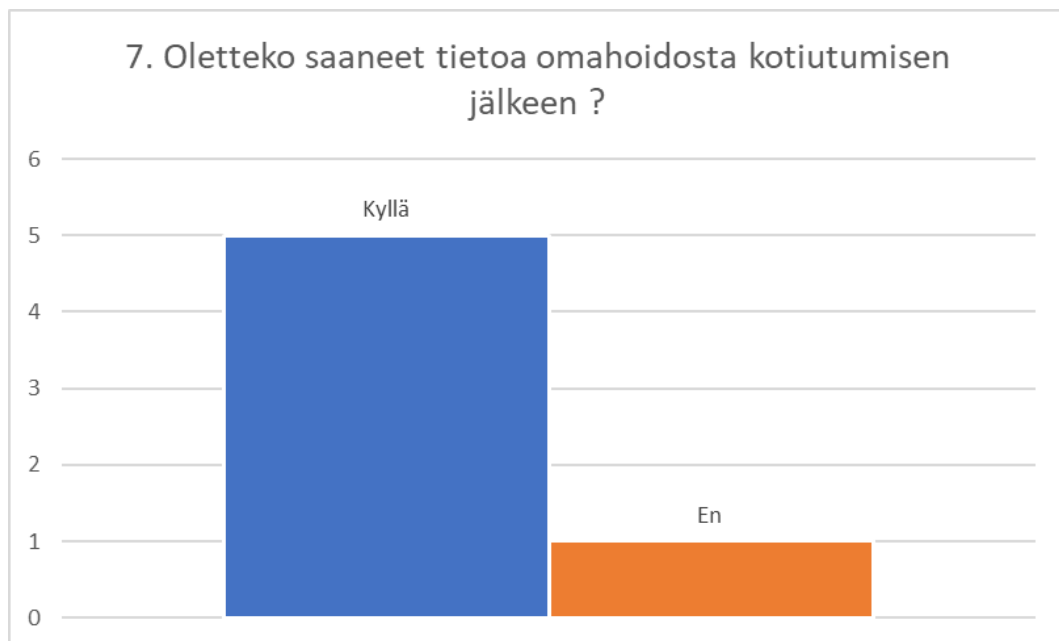
Kivunlievitys on olennainen osa potilaan hoitoa ja kaikki vastaajat kertoivatkin saaneensa kivunlievitystä sitä halutessaan. Tämä kertoo siitä, että osastolla oli huolehdittu kivunlievityksestä, kuten tuleekin.



Kuvio 6. Kysymys 6: Oletteko saaneet kivunlievitystä sitä halutessanne?

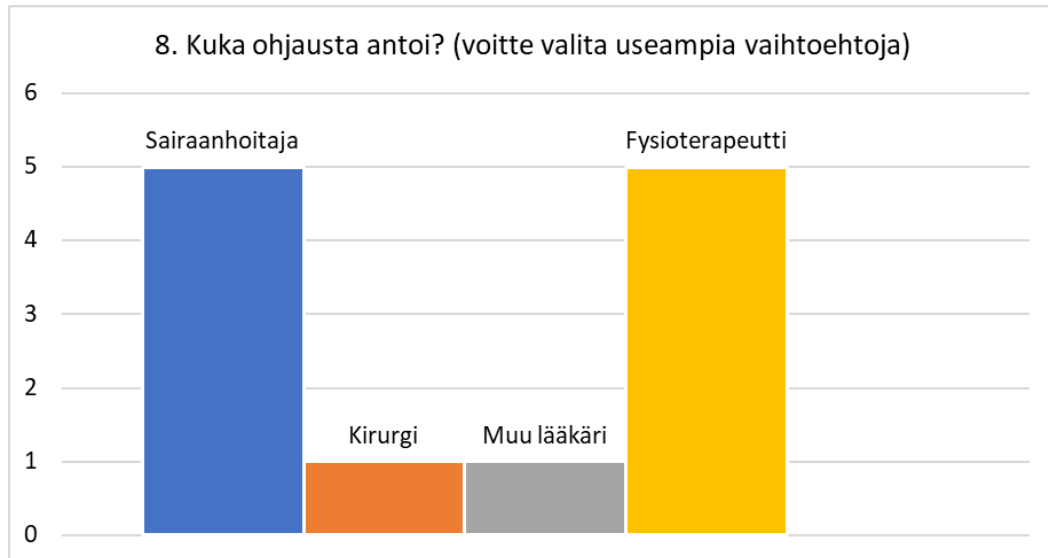
6.1 Omahoitoon liittyvät kysymykset

Seitsemännessä kysymyksessä vastaajilta tiedusteltiin, olivatko he saaneet tietoa kotiutumisen jälkeen toipumista edistävästä omahoidosta. Suurin osa kyselyyn vastanneista kertoi saaneensa tietoa kotiutumisen jälkeen tarvittavasta omahoidosta. Yksi vastaaja kertoi, ettei ollut saanut omahoidon ohjausta.



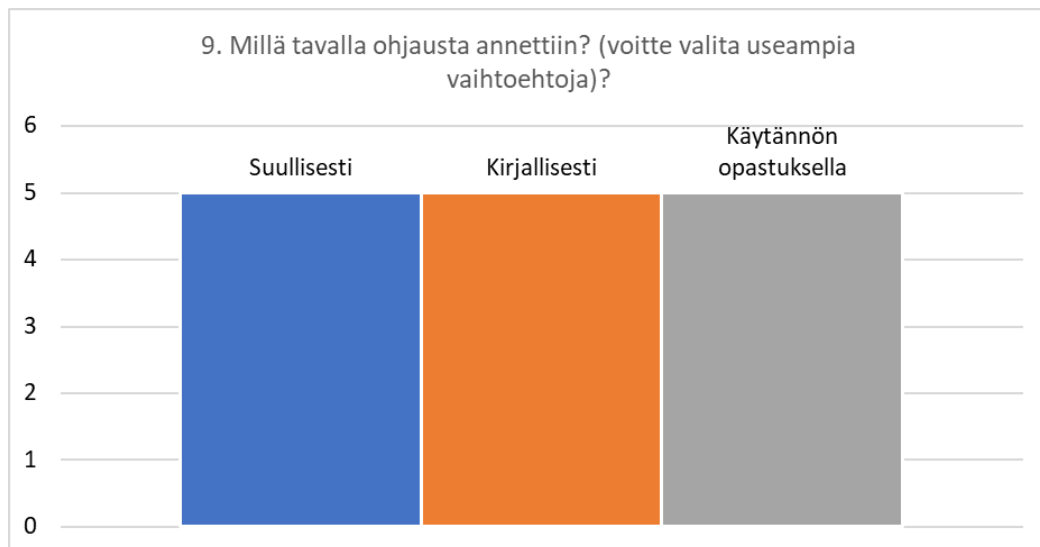
Kuvio 7. Kysymys 7: Oletteko saaneet tietoa omahoidosta kotiutumisen jälkeen?

Neljä viidesosaa vastaajasta kertoi saaneensa omahoidon ohjausta sairaanhoitajilta sekä fy-
sioterapeuteilta, muutama mainitsi saaneensa omahoidon ohjausta myös kirurgilta tai muulta
lääkäriltä.



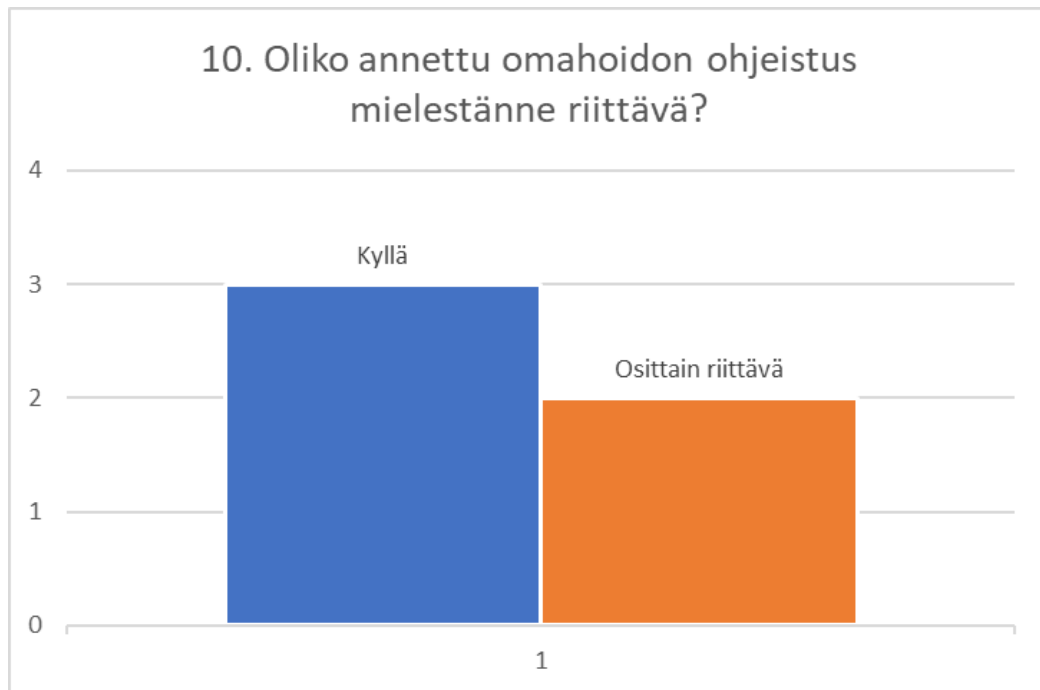
Kuvio 8. Kysymys 8: Kuka ohjausta antoi? (voitte valita useampia vaihtoehtoja)

Suurin osa vastaajista kertoi saaneensa ohjausta sekä suullisesti, kirjallisesti että käytännön
opastuksella.



Kuvio 9. Kysymys 9: Millä tavalla ohjausta annettiin? (voitte valita useampia vaihtoehtoja)

Kaksi vastaajista piti ohjausta riittävänä ja kaksi osittain riittävänä. Kukaan vastaajista ei pi-
tänyt saatua ohjausta riittämättömän tai liian vähäisenä.



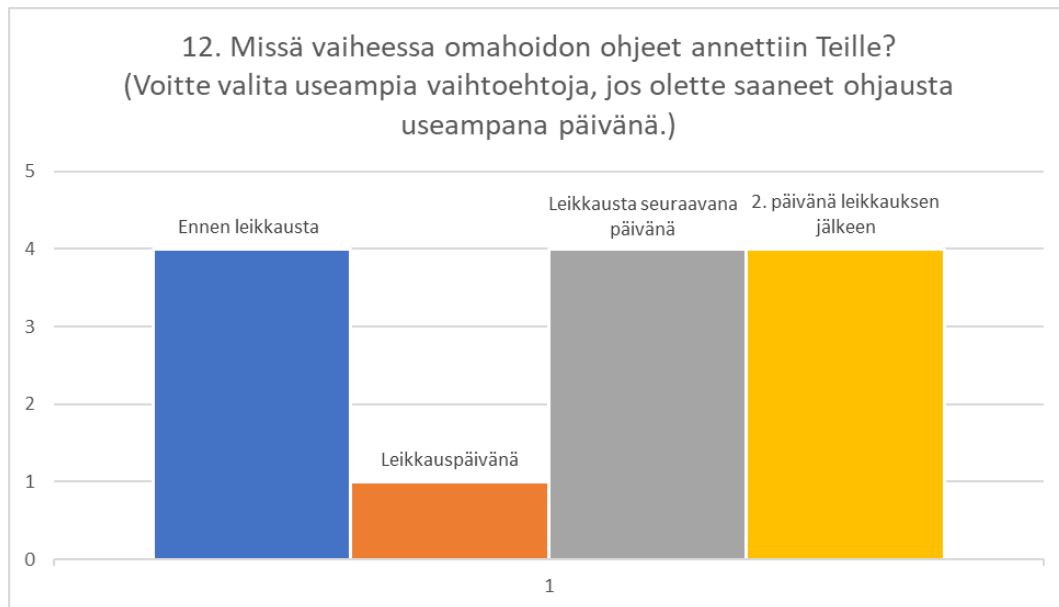
Kuvio 10. Kysymys 10: Oliko annettu omahoidon ohjeistus mielestänne riittävä?

Kysymyksessä 11 vastaajia pyydettiin kertomaan omin sanoin, minkälaista omahoidon ohjeistusta he mahdollisesti kaipaisivat lisää, mutta yksikään vastaaja ei varsinaisesti vastannut tähän. Kaikki kirjoitetut kommentit olivat positiivisia, joissa vastaajat kertoivat omahoidon ohjeistuksen olleen riittävää, tämä olikin odotettavissa edellisen kysymyksen vastausten jälkeen.

”En mitään muuta, ohjeistus riittävää”

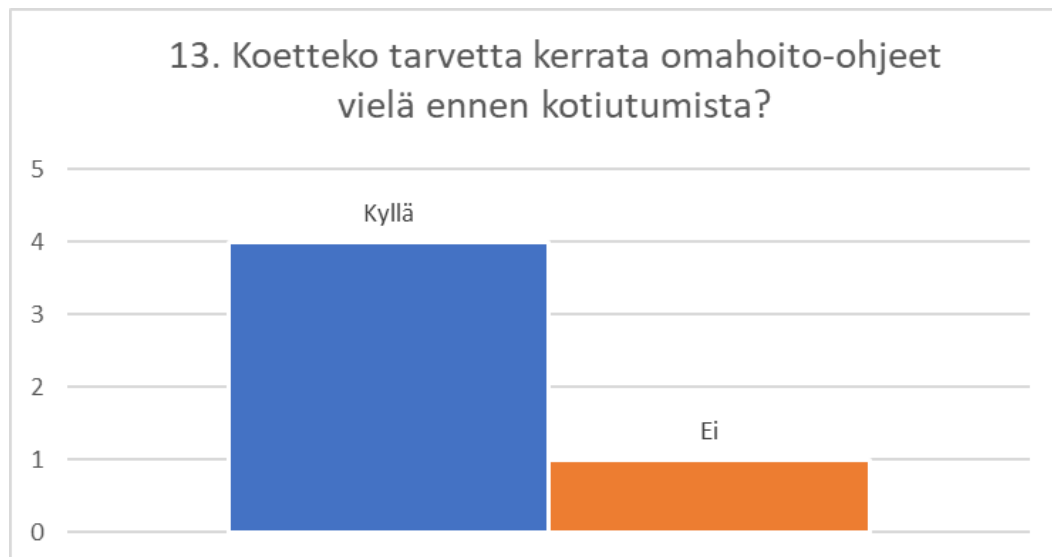
”En oikeastaan mitään, kaikki olennainen on käyty läpi”

Kysymyksessä 12 kysyttiin ajankohtaa, milloin potilaat olivat saaneet omahoidon ohjausta. Omahoidon ohjausta oli saatu erityisesti leikkausta seuraavana ja toisena leikkausta seuraavan päivän aikana. Noin kolmannes kertoi saaneensa ohjeistusta myös ennen leikkausta.



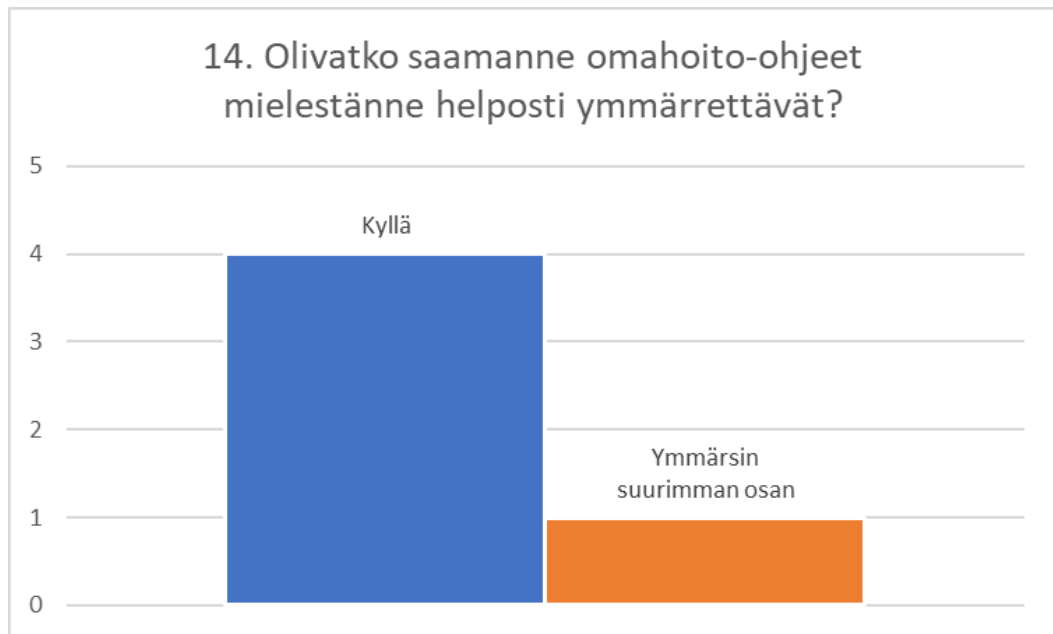
Kuvio 11. Kysymys 12: Missä vaiheessa omahoidon ohjeet annettiin Teille? (Voitte valita useampia vaihtoehtoja, jos olette saaneet ohjausta useampana päivänä.)

Kysymys 13 käsitteli tarvetta omahoidon kertaukselle vielä ennen kotiutumista. Suurin osa vastaajista olisi vielä kaivannut kertausta ennen kotiutumista.



Kuvio 12. Kysymys 13: Koetteko tarvetta kerrata omahoito-ohjeet vielä ennen kotiutumista?

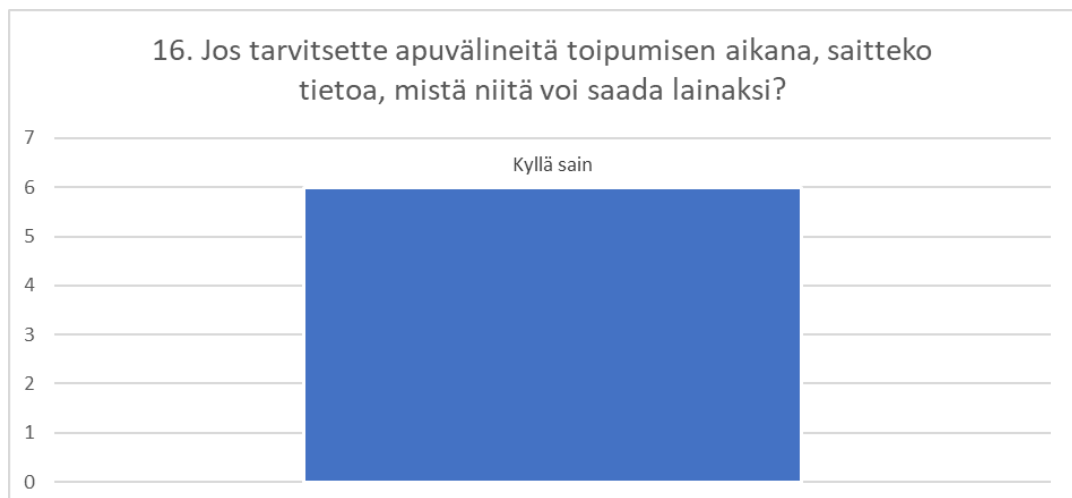
Kysymyksessä 14 kysyttiin vastaajien kokemuksia omahoidon ohjeistuksen ymmärrettävyydestä. Suurin osa vastaajista kuitenkin katsoi saaneensa helposti ymmärrettävää omahoidon ohjausta ja loputkin kertoivat ymmärtäneensä suurimman osan saadusta ohjeistuksesta.



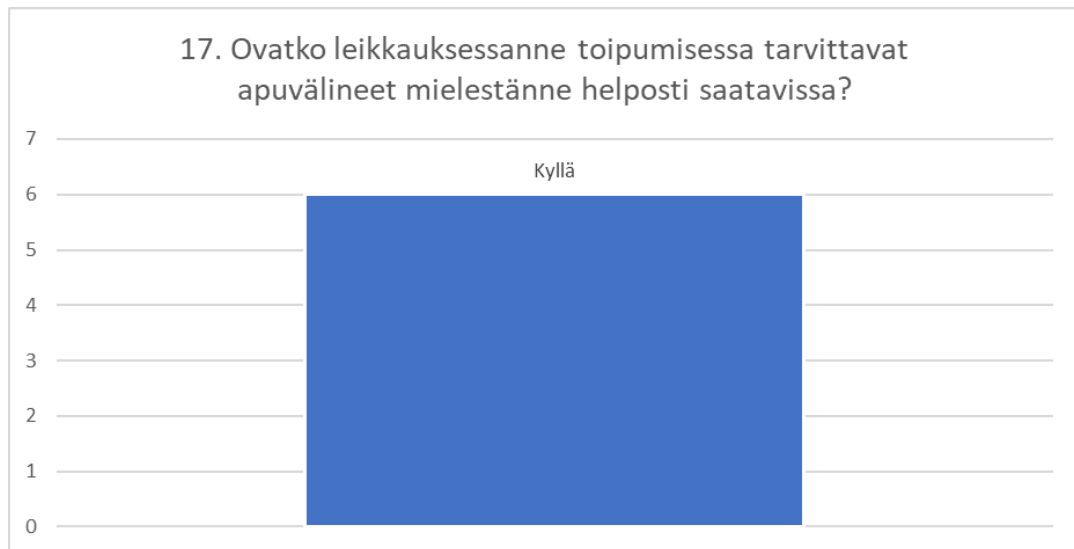
Kuvio 13. Kysymys 14: Olivatko saamanne omahoito-ohjeet mielestänne helposti ymmärrettävät?

Kysymyksessä 15 pyydettiin tarkennusta, jos vastaaja oli kokenut saamansa omahoito-ohjeet jollakin tavalla haasteellisiksi, vaikeasti ymmärrettäviksi, monimutkaisiksi tai muulla tavalla hankaliksi, mitä he olisivat kaivanneet lisää omahoito-ohjeiden selkeyttämiseksi. Edellisen kysymyksen vastauksista johtuen tähänkään ei juuri tullut vastauksia. Ainoa kommentti oli: ”Ohjeet olivat riittävät”.

Kysymyksissä 16 ja 17 käsiteltiin apuvälineitä ja niiden saatavuutta. Kaikki vastaajat kertoivatkin apuvälineiden olleen helposti saatavilla.



Kuvio 14. Kysymys 16: Jos tarvitsette apuvälineitä toipumisen aikana, saitteko tietoa, mistä niitä voi saada lainaksi?

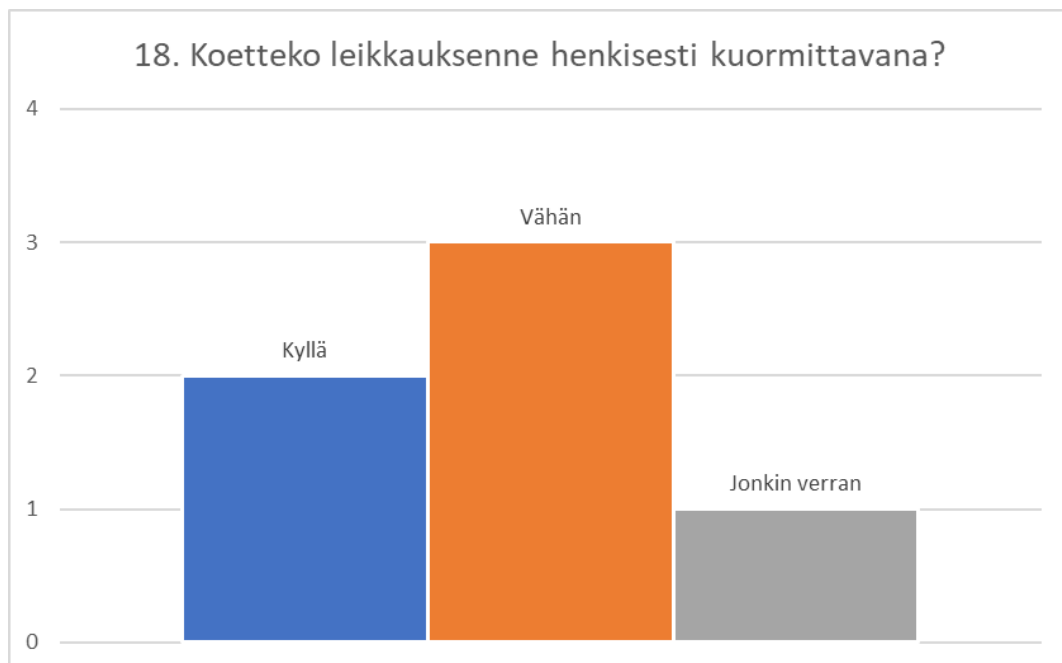


Kuvio 15. Kysymys 17: Ovatko leikkauksessanne toipumisessa tarvittavat apuvälineet mielestänne helposti saatavissa?

6.2 Henkinen kuormittavuus

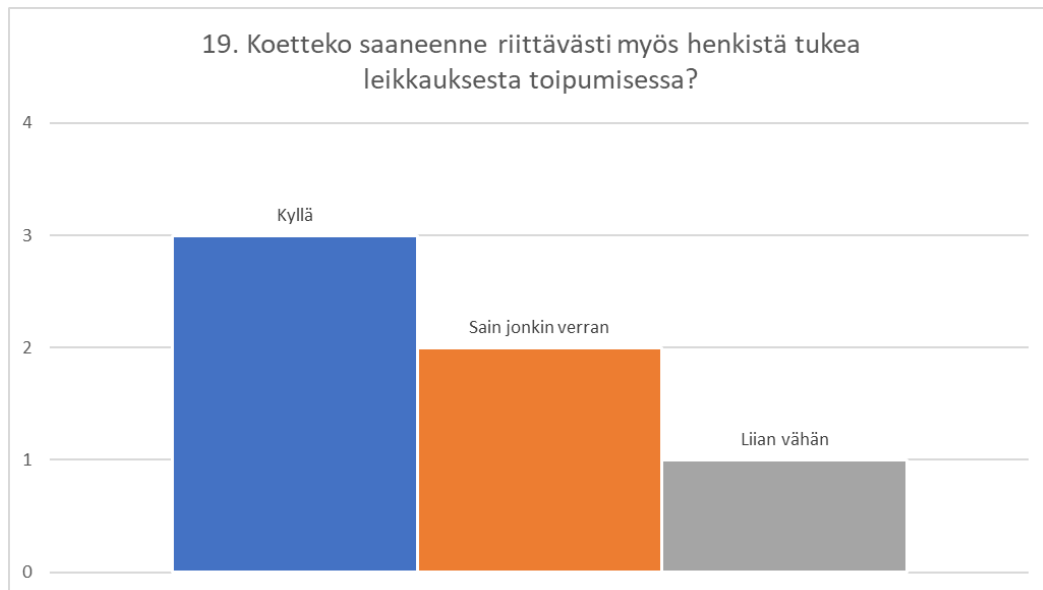
Psyykkiseen vointiin liittyvät kysymykset tulivat mukaan tutkimuksen teoriaosuuden edetessä ja ne osoittautuvatkin mielenkiintoisiksi ja kokonaisuuteen sopiviksi. Kysymyksissä 18 ja 19 käsiteltiin leikkauksen aiheuttamaa henkistä kuormaa potilaalle.

Kolmasosa vastaajista piti leikkausta henkisesti kuormittavana, puolet piti leikkausta vähän kuormittavana ja yksi vastaaja koki leikkauksen jonkin verran kuormittavana.



Kuvio 16. Kysymys 18: Koetteko leikkauksenne henkisesti kuormittavana?

Suurin osa vastaajista koki saaneensa henkistä tukea riittävästi tai jonkin verran. Vajaa viidennes kaipasi sitä lisää.

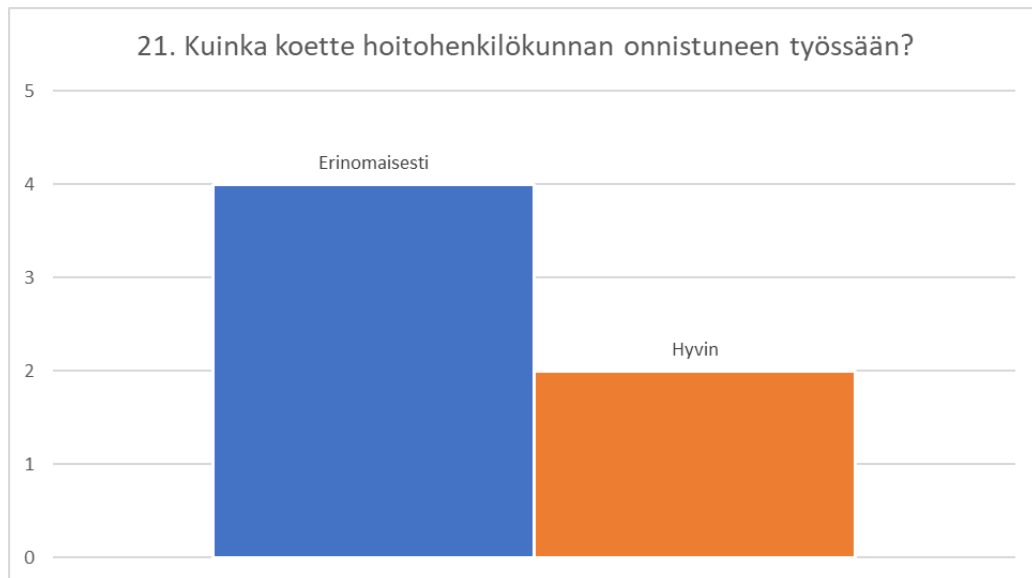


Kuvio 17. Kysymys 19: Koetteko saaneenne riittävästi myös henkistä tukea leikkauksesta toipumisessa?

Kysymyksessä 20 kysyttiin avointa palautetta siitä, minkälaista henkistä tukea olisi kaivattu. Avoimeen kysymykseen henkisen tuen muodosta ei juurikaan tullut kommentteja. Eräs vastaaja mainitsi saaneensa tukea omasta lähipiiristään.

6.3 Yleiset kysymykset

Kyselyn lopuksi haettiin tietoa potilaan kokemuksista hoitohenkilökunnasta sekä sairaalan fyysisistä tiloista. Kaikki vastaajat kertoivat henkilökunnan onnistuneen työssään joko erinomaisesti (2/3) tai hyvin (1/3). Osaston viihtyvyys ei liene kiinni vain tilojen rakennusvuodesta, sillä kaikki vastaajat pitivät osastoa hyvänä. Vastausvaihtoehtoina olivat myös aiemmin mainittujen vaihtoehtojen lisäksi tyydyttävänä, huonona tai en osaa sanoa/asialla ei ole minulle merkitystä.



Kuvio 18. Kysymys 21: Kuinka koette hoitohenkilökunnan onnistuneen työssään?



Kuvio 19. Kysymys 22: Kuinka koette osaston viihtyvyyden?

Kysymyksessä 23 kysyttiin, jos vastaaja oli harkinnut yksityistä palveluntuottajaa leikkauksen suorittajaksi. Vastaaajista vain yksi kertoi harkinneensa leikkausta muulla kuin julkisessa terveydenhuollossa, mutta hänetkin hoidettiin lopuksi julkisessa sairaalassa



Kuvio 20. Kysymys 23: Harkitsitteko leikkausta muualla kuin julkisessa terveydenhuollossa?

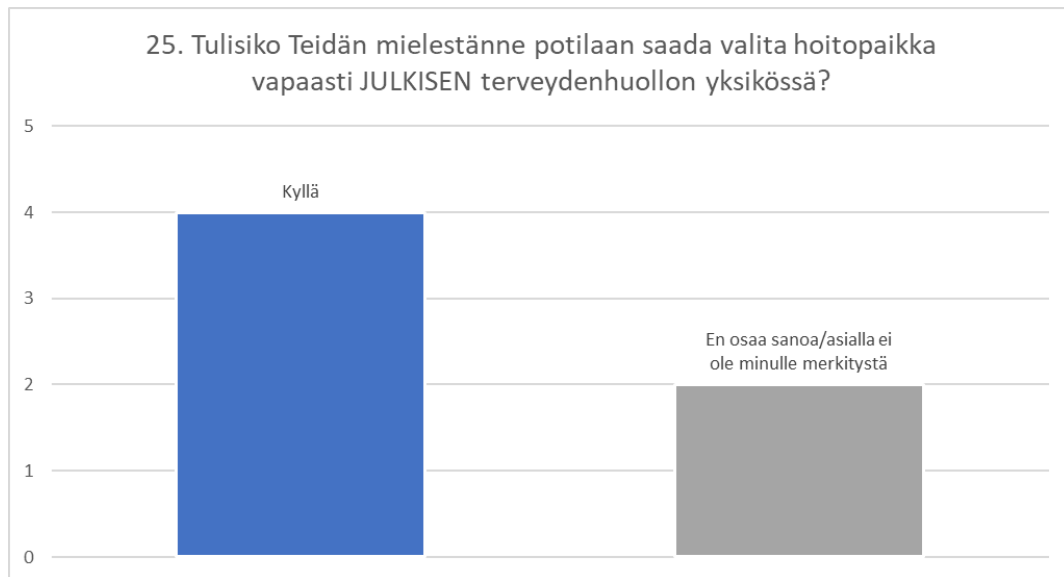
Kysymyksessä 24 vastaajilta kysyttiin, suosittelisivatko he hoitopaikkaa muille vastaavaan leikkaukseen tuleville. Kaikki vastaajat suosittelisivat Hyvinkään sairaalaa potilaille, jotka tarvitsevat polven tekonivelleikkauksen.



Kuvio 21. Kysymys 24: Suosittelettko Hyvinkään sairaalaa muille polven tekonivelleikkaukseen tuleville?

Viimeisenä kysymyksenä vastaajia pyydettiin ottamaan kantaa siihen, että tulisiko potilaan saada valita hoitopaikka julkisen terveydenhuollon sisällä. Kaksi kolmesta vastaajasta oli sitä

mieltä, että hoitopaikka tulisi saada valita julkisen terveydenhuollon yksiköiden välillä. Lopuille sillä ei ollut väliä.



Kuvio 22. Kysymys 25: Tulisiko Teidän mielestänne potilaan saada valita hoitopaikka vapaasti JULKISEN terveydenhuollon yksikössä?

Lopuksi vastaajilta pyydettiin palautetta, joista alla suoria lainauksia.

- *"Hoitajien empaattisuus ja muutenkin mukana olo, oli tosi mahtavaa. Jaksamista myös hoitajille. Kiitos."*
- *"Kaikki toimi."*
- *"Kiitos kaikille hyvästä hoidosta."*
- *"Henkilökunnan hyvä henki kaiken kiireen keskellä."*
- *"Todella hienot leikkaussalit, ystävällinen henkilökunta siellä, samoin odotteluvaiheessa hyvä huolenpito potilaista. Osastolla ihana, ystävällinen, avulias henkilökunta. Sain apua aina pyydettyäessä."*

7 Johtopäätökset ja pohdintaa

Tulosten analyysi ei vielä riitä, vaan tutkijan tulee pohtia tutkimustuloksia ja tehdä niiden perusteella omia johtopäätöksiä.

Kipu saattaa vaikuttaa henkilön elämänlaatuun hyvinkin haitallisesti ja sen seuraaminen on hyvin olennainen osa sairaanhoitoa. Tekonivelleikkaukseen ryhtyminen vaatii harkintaa ja kipu on olennainen osa leikkauspäätöstä tehdessä. Kyselyn tulosten perusteella kivunlievitystä olikin saatavilla ja leikkauspotilaiden kokema kipu oli hallinnassa, tosin useimmat vastaajat arvioivat kivun lähes samaksi ennen ja jälkeen leikkauksen. Suurin osa vastaajista arvion kivukseen numeraalisesti 3-5 ennen ja jälkeen leikkauksen. Tämä saattanee selittyä hyvällä kivunhoidolla jo ennen leikkaukseen tuloa, mutta tätä asiaa ei tässä tutkimuksessa kysytty. Joka tapauksessa potilaiden saama hyvä apu kivunhallinnassa saattoi auttaa heitä osallistumaan tähän tutkimukseen, josta tutkija on varsin kiitollinen.

Potilaat kokivat saaneensa omaohjausta sekä fysioterapeutilta ja useimmat pitivät saatua ohjausta riittävänä. Tutkimuksen taustamateriaalissa sekä tässä tutkimuksessa tuli kuitenkin esille se, että noin viidesosa koki jollain tavalla saaneensa riittämättömästi omahoidon ohjausta. Tämä on seikka, joka on hyvä pitää mielessä jokapäiväisessä hoitotyössä. Tutkimuksessa tuli myös esille kertauksen tarve vielä ennen kotiutumista, jota vastaajista viidennes olisi kaivannut. Tämä korreloi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin vuoden 2018 asiakaspalautteesta saatuun tulokseen. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2018b.)

Ohjauksessa käytettävät työkalut, suullinen ja kirjallinen ohjaus sekä käytännön opastus koettiin toimiviksi ja niitä myös käytettiin monipuolisesti. Sähköiset oppimista tukevat menetelmät tulevat varmasti osaksi terveydenhuollonkin jokapäiväistä toimintaa, mutta on myös huomioitava potilaiden historia ja koulutustausta. Ikääntynyttä, polven tekonivelen juuri saanutta potilasta tuskin kannattaa lähteä opettamaan iPadin avulla, jos hän ei ole kyseistä laitetta aiemmin käyttänyt. Perinteinen, paperille painettu materiaali lienee toimivampi ratkaisu. Toisaalta tekniseltä ja pedagogiselta kehitykseltä ei silmiään voi ummistaa. Yhä useampi, myös vanhusväestöstä käyttää arkipäivää helpottavia teknologisia innovaatioita enemmän ja enemmän. Potilaan ohjaukseen teknologia tuo lisää työkaluja, joilla helpotetaan oppimista ja sitä kautta parannetaan potilaan kuntoutumista. Isossa kuvassa tämäkin auttaa osaltaan ohjaamaan terveydenhuollon rajallisia resursseja hoidollisesti ja taloudellisesti tehokkaampaan suuntaan.

Leikkaus on rasite keholle, mutta myös mielelle. Puolet vastaajista kertoi vähäisestä henkisestä stressistä leikkaukseen liittyen, mutta toinen puolisko taas koki leikkauksen aiheuttavan henkistä kuormitusta. Samoin puolet vastaajista koki saaneensa riittävästi henkistä tukea, mutta toinen puolisko olisi kaivannut sitä enemmän. Jälkimmäisestä puolikkaasta 2/3 koki saaneensa henkistä tukea jonkin verran, mutta noin 1/3 olisi kaivannut sitä enemmän. Kysyttäessä avoimessa kysymyksessä, minkälaista tukea henkilö olisi kaivannut, vastauksia ei valitettavasti tullut. Joka tapauksessa vastaukset osoittavat sen, että kirurginenaan hoito ei ole vain jonkin fyysisen korjaamista, vaan hoitohenkilökunnan tulee huomioida myös potilaan henkinen hyvinvointi. Potilaan läheisiltään saama tuki on varmastikin ensiarvoisen tärkeää ja

ehkä perheen tai muiden läheisten ohjaaminen potilaan leikkauksen jälkeiseen toipumiseen voisi olla asia, jota voisi jatkossa kehittää.

Tämän tutkimuksen perusteella Hyvinkään sairaalan osasto 4B:n imago on hyvä ja potilaat tyytyväisiä palvelun laatuun. Tämän pienemmänkin otannan perusteella voi yleisesti ottaen päätellä, että osastolla toipuvat potilaat olivat varsin tyytyväisiä, henkilökuntaa arvotettiin ja tilojakin pidettiin viihtyisinä. Omahoidon ohjaaminen osastolla toimii hyvin, toisaalta tutkimusta tehdessä kävi esille, että noin viidennes ihmisistä ei välttämättä sisäistä annettua ohjeistusta. Haasteena onkin tämän viidenneksen löytäminen ja tehostetun ohjauksen tarjoaminen.

7.1 Tutkimusetiikka

Tutkimuksen tarkoitus on tuottaa tietoa, joka on avointa ja kestää myös eettisen tarkastelun. Sanan etiikka alkuperäinen kreikan sanan *ethos* voidaan käsittää tarkoittavan kahta hieman eri asiaa. Se tarkoittaa sitä, että ihminen ymmärtää tekonsa merkityksen ja seuraukset. Teko voi olla ympäröivän yhteisön normien vastainen, mutta yksilö katsoo päämäärän olevan tärkeämpi arvo. Toinen etiikan määritelmä tarkoitti totuttujen tapojen noudattamista ihmisten keskinäisessä vuorovaikutuksessa. Tapojen kaavamainen seuraaminen varmisti eettisesti oikean toiminnan. Käsitteinä etiikka ja moraalit, varsinkin puhekielessä, usein sekoittuvat ja moni kokeekin ne samaksi asiaksi. Etiikka voidaan käsittää moraalin teoriana. Moraali on joukko periaatteita, normeja ja arvoja, jotka auttavat henkilöä tai ryhmää päätöksenteossa. Tutkimusetiikka on taasen joukko toimia, jolla järjestelmällisesti pyritään muokkaamaan perustavanlaatuisia normeja, arvoja ja periaatteita. (Mäkinen 2006, 10-11.)

Huolimatta siitä, että etiikan peruskysymykset käsittelevät hyvää ja pahaa, oikean tai väärän tekemistä, meillä jokaisella on myös oma käsityksemme asiasta. Tutkijan on kuitenkin oltava neutraali ja avoin tiedolle ja seurattava hyvää tieteellistä käytäntöä. Viime kädessä tutkija itse vastaa aina tuotoksestaan. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2007, 23.)

Terveystieteiden tutkimuksessa tuttu termi *itseäänkäyttöoikeus* tulee myös huomioida tutkimustyössä. Tutkimustyöhön liittyy myös se mahdollisuus, ettei henkilö halua osallistua tutkimukseen tai hän jättää leikin kesken. Tutkijan on hyväksyttävä tilanne, jossa hän ei pystykään toimimaan oman suunnitelmansa mukaisesti. Tutkijan täytyy muutenkin selvittää kohdehenkilöille tutkimuksen tarkoitus ja pyytää erillinen suostumus osallistumiseen. Tässä tutkimuksessa selvitettiin kohdehenkilöille tutkimuksen tavoite ja tarkoitus esikirjeen avulla ja pyydettiin erillinen suostumus osallistumiseen. Tutkimukseen osallistumisen tulee aina olla vapaaehtoista, vapaata mistään pakosta. Tutkijan täytyy myös arvioida kohdehenkilön kyky tuottaa tutkimukseen sopivaa informaatiota esimerkiksi, jos kyseessä ovat lapset. (Hirsjärvi ym. 2007, 25.)

Tieteellisen tutkimuksen periaatteita ovat plagioinnin ehdoton välttäminen, johon kuuluu myös omien aiempien tekstien plagiointi. Tärkeää on myös tulosten kriittinen arvioiminen, niitä ei saa kaunistella, samoin raportoinnin tulee olla huolellista. Mahdolliset puutteet tulee tuoda esille. Jos tutkimusta tekee useampi henkilö, kaikkien osuus tulee tuoda avoimesti esille. Viimeisenä, mutta ei suinkaan vähäisimpänä periaatteena, on rahan käyttö. Jos tutkija on saanut taloudellista tukea tutkimukseen tekemiseen, nämä varat tulee käyttää vain siihen. Tässä tutkimuksessa rahaa tai muita etuisuuksia ei ole liikkunut. (Hirsjärvi ym. 2007, 26-27.)

7.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tiedon saaminen varsinkin sähköisten lähteiden avulla on helppoa, mutta tärkein kriteeri onkin tiedon luotettavuus. Vaikka tutkimuksessa usein tietoa on muokattava, tulkittava ja yhdisteltävä, kaiken pohjana tulee olla kriittinen suhtautuminen tiedon lähteisiin. (Hirsjärvi ym. 2007, 184.)

Kyselytutkimuksen riskinä on vastaajan kiltteys, eikä henkilökohtaisia asioita kuten esimerkiksi omaan hyvinvointiin liittyviä tekijöitä välttämättä haluta avata muille. Vastaja saattaa vastata siten, kun uskoo tutkimuksen tekijän haluavan. Samoin kyselytilanne ja -paikka voi vaikuttaa vastauksiin. Tulosten yleistämisessä tulee käyttää harkintaa. (Hirsjärvi ym. 2007, 201.)

Luotettavuus on tutkijayhteisön kesken luotu sosiaalinen sopimus siitä, mitä pidetään tieteellisenä tutkimuksena. Luotettavuus ei liity vain lähteisiin, vaan se kulkee mukana kaikessa tekemisessä koko tutkimusprosessin ajan. Tutkijan tulee kriittisesti arvioida omia ratkaisujaan ja pystyä perustelemaan tutkimukseen liittyvät seikat kattavasti. Tutkija on kuitenkin vain oman tutkimuksensa tutkimusväline, yksi työkaluista haettaessa vastausta tutkimusongelmaan. (Haltian & Nieminen 2013, 2.)

Realistisen luotettavuusnäkökulman mukaan tutkimuksen kirjallinen tuotos on ikkuna todellisuuteen, jossa pitää näkyä sekä validiteetti eli pätevyys, jota on sisäistä ja ulkoista sekä reliabiliteetti, joka tässä tapauksessa tarkoittaa tutkimusaineiston tulkinnan ristiriidattomuutta. Sisäisellä validiteetilla tarkoitetaan sopusointua tutkimuksen teoreettisen ja käsitteellisten määrittelyjen välillä. Ulkoisella validiteetilla tarkoitetaan aineiston, johtopäätösten ja tehtyjen tulkintojen välistä pätevyyttä. Reliabiliteetti kertoo tutkimuksen tarkkuudesta, täsmällisyydestä sekä johdonmukaisuudesta. (Haltian & Nieminen 2013, 5; Kajaanin Ammattikorkeakoulu 18.8.2019; Hiltunen 2009.)

Vaikka tutkimuksen kohderyhmä pyrittiin rajaamaan mahdollisimman tarkasti, tutkimuksen validiteettiin saattaa vaikuttaa henkilöiden ikä, tausta tai sairaushistoria, kuten esimerkiksi aiemmin tehty vastaavanlainen operaatio ja siitä saatu potilaskokemus. Mahdollinen muistisairaus saattaa vaikuttaa vastaajan kognitiivisiin kykyihin. Fyysiset rajoitteet, kuten ylipaino

tai päihteiden liikkakäyttö voivat vähentää mielenkiintoa omahoidon ohjaukseen ja tutkimukseen. Vastausten pieni määrä, N=6, heikentää tulosten uskottavuutta. Toisaalta tutkimuksen rajaus polven tekonivelleikkauksessa olleisiin potilaisiin, joiden hoitopolku on tapahtunut samassa sairaalassa kohtalaisen lyhyen ajanjakson aikana vaikuttanee positiivisesti tutkimuksen validiteettiin. Tutkimustilanne on kuitenkin ollut kiireetön ja kyselyyn on vastattu juuri ennen kotiutumista, jolloin saatu omahoidon ohjaus vastaa sitä, mitä se voi parhaimmillaan olla ennen kotiin pääsyä. Tutkimuksen reliabiliteettia tukee Helsingin ja Uudenmaansairaanhoitopiirin yleisen asiakaspalautteen tulos, joka on samansuuntainen tämän tutkimuksen kanssa.

Tässä tutkimuksessa vastaajien määrä jäi valitettavan alhaiseksi, N=6, jolloin yksittäinen vastaus voi vaikuttaa tuloksiin huomattavan paljon. Tästä syystä perusteellisten johtopäätösten vetäminen tutkimuksen aiheesta vaatinee lisää tutkimusta. Suurin osa vastauksista oli kuitenkin keskenään hyvin samansuuntaisia. Tutkijan mielestä tärkein löydös oli se, että pieni osa, noin viidennes, potilaita ei välttämättä sisäistä kaikkea hänelle annettua ohjeistusta. Tämä on linjassa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin oman yleisen palauteseurannan kanssa. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2018b). Haasteena on myös oikean ohjaamistavan löytäminen lisätukea kaipaavalle viidennekselle potilaista. Monipuolinen, ohjaamista tukevien työkalujen käyttö voisi tuoda helpotusta sekä potilaan oppiseen sekä hoitajan työn helpottamiseen. Tähän samaan lopputulokseen on tullut myös Kaisa Lipponen väitöskirjassaan ”Potilasohjauksen toimintaedellytykset”. (Lipponen 2014, 59-60.)

Tulkinnan tulee kuitenkin pohjautua analyysissä nousseisiin merkityksiin ja niitä on pohdittava monitasoisesti. On muistettava, että tulkinta voi olla erilaista vastaajan, lukijan tai tutkijan kannalta katsottuna. Myös tulkintaerimielisyydet ovat mahdollisia, mutta siitäkin huolimatta tutkijan tulee välttää oman toiminnan puolustamista. Tärkeämpää on hakea yhteisiä tulkituksia ja lopputuleman tulee olla mahdollisimman *abstrahoitu* eli pelkistetty. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2007, 224-225.)

7.3 Tutkimusprosessi

Tutkimusprosessi oli tutkijan mielestä haastava, välillä suorastaan henkisesti raastava, mutta mielenkiintoinen. Tutkimuksen tekemistä ei helpottanut sairaanhoitajien tällä hetkellä kokemana työpaikan saamisen helppous, joka tarjosi myös allekirjoittaneelle täystyöllisyyden vielä opintojen ollessa kesken. Kokemattomuus kirurgisesta hoitotyöstä toi usein eteen asioita, joiden käsittely olisi ollut huomattavasti helpompaa, jos taustalla olisi ollut muutakin kuin opintoihin liittyvä harjoittelu kirurgisella osastolla. Toisaalta oppimisen ilo on usein vieläkin parempaa, kuin tiedonhankintaan on käytetty omia voimavaroja ja maaliin pääsy on täysin omaa ansiota. Kokemuksen puute voi olla myös tutkimuksellinen etu. Pedagogiasta tuttu käsite, ta-

bula rasa, tyhjä taulu, ehkä kuvastaa tutkijan alkutilannetta. Prosessin myötä tauluun tuli tietoa, jota tuli kriittisesti pohtia eri suunnista, sitä piti muokata ja joskus myös unohtaa, ennen kuin sen sai sopimaan omaan opinnäytetyöhön.

Tämän tutkimuksen luotettavuus pohjautuu sopiviin ja kriittisesti arvioituihin lähteisiin, oppilaitoksen opinnäytetyön ohjeistukseen ja tutkijan omatuntoon. Tutkija on prosessin aikana monesti joutunut nöyrästi nielemään palautteen, palaamaan pohdinnassaan usean askeleen takaisin tai puhumattakaan valmiin tekstin hylkäämisestä. Kaikki tämä on kuitenkin osa oppimisprosessia, työelämää ja normaalia ihmiseloa.

7.4 Lopuksi

Julkisen terveydenhuollon tuottama leikkaustoiminta, joka on tämän tutkimuksen kohdalla organisaation ydintoimintaa, lienee tasoltaan vähintään yhtä hyvää kuin yksityisen palveluntuottajan toimittama. Käypähoito-suositukset toimivat ohjeistuksena kaikille terveydenhuollon parissa toimiville ja useinhan samat terveydenhuollon ammattilaiset toimivat sekä julkisessa että yksityisessä terveydenhuollossa. Haasteellisemmat sairaudet tai vammat hoidetaan joka tapauksessa useimmiten julkisen terveydenhuollon toimesta ja tämä tosiasia jo sinänsä luo painetta tuottaa laadukasta hoitoa ja uutta osaamista. Joka tapauksessa ydintoiminnan hyvän tason ylläpitäminen lienee automaatio kaikissa suomalaisissa leikkaushoitoa tarjoavissa yksiköissä ja sillä erottuminen positiivisesti kilpailijoista on vaikeaa. Kliinisen laadun voidaan olettaa olevan tärkein seikka asiakkaan valitessa palveluntuottajaa, mutta palvelukokemus ei ole vain operatiivista hoitoa.

Tutkimuksen aikana tutkijan ajatukset monesti harhautuivat sivuraiteelle, joka joskus olikin tarpeen suunnan hakemiseksi. Samalla eteen tuli asioita, joita ehkä tulisi miettiä hieman lisää, esimerkiksi opinnäytetyön avustuksella. Erityisesti mieleeni jäi ajatus siitä, että viidenes asiakkaista kokee, etteivät he ole ymmärtäneet kaikkea heille kerrottua. Tämän potilasryhmän löytyminen ja lisäpanostus heidän ohjaustarpeisiinsa voisi olla yksi askel, jolla helpottaa terveydenhuollon kustannuspaineita. Toinen seikka, joka saattaisi tukea omaohjauksen onnistumista on pohtia juuri ennen kotitumista tapahtuva omaohjauksen kertaus. Tai ehkä se voisi tapahtua potilaan kotona, tutussa ympäristössä. Joka tapauksessa käsitykseni potilaalle annettavan ohjauksen tärkeydestä on noussut ja tämän opinnäytetyön tekeminen on antanut minulle lisäeväitä omahoidon ohjauksen huolelliseen ja potilaslähtöiseen suorittamiseen.

Toinen aihe, joka mielestäni sopisi esimerkiksi opinnäytetyön aiheeksi on potilaan henkisten voimavarojen kartoittaminen ja niiden tukeminen. Henkisen tuen merkitystä ei voi väheksyä, samoin kuin omahoitoon liittyvää motivointia. Tämäkin lienee pitkälti resurssointi kysymys, mutta siihen löytynee työkaluja, jotka voivat helpottaa myös kirurgisen sairaanhoitajan työtä. Asiaa voisi ehkä lähestyä myös läheisten kautta ja selvittää voisiko potilaan omaa valmista turvaverkkoa jotenkin valmistaa läheisen leikkaukseen ja saada siitä apua toipumiseen.

Kolmas mielestäni tutkimusta vaativa asia on omahoidon tukeminen ennakoivasti. Käsite käänteinen oppiminen on jo käytössä monessa oppilaitoksessa, mutta sillä voitaneen helpottaa myös leikkauspotilaan oppimista. Siinä ikään kuin ennakkoon käydään asia läpi omatoimisesti, jonka jälkeen varsinainen oppimistapahtuma voi keskittyä haasteellisimpiin asioihin. (Itä-Suomen Yliopisto.). Potilaan omahoidon ohjauksen aloittaminen ennen leikkausta voisi auttaa omahoidon sisäistämistä osastolla tapahtuvan ohjauksen aikana.

Useita vuosia ulkomailla asuneena kunnioitukseni suomalaista terveydenhuoltoa kohtaan on vain kasvanut tätä tutkimusta tehdessä. Sairaanhoidajakoulutuksen myötä saatu oppi ja kokemus ovat laajentaneet ymmärrystäni siitä, kuinka tässä maassa pidetään huolta myös heistä, jotka eivät välttämättä omin voimin pärjää yhtä lailla kuin myös parempiosaisistakin avuntarvitsijoista. Toivoisin kansalaisten todella ymmärtävän, kuinka hieno ja reilu systeemi meillä täällä Suomessa on.

Lähteet

Painetut

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V., Uski-Tallqvist, T., 2016. Kliininen hoitotyö. 6. painos. Sanoma Pro.

Alasuutari, P., 2014. Laadullinen tutkimus. 5. painos. Riika: Vastapaino.

Eriksson, E., Kuuppelomäki, M. (toim.). 2000. Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. Porvoo. WSOY.

Eskola, J., Suoranta, J., 2001. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 5.painos. Jyväskylä: Gummerus

Grönroos, R. 2009. Palvelujen johtaminen ja markkinointi. 3. painos. Juva: Bookwell.

Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. 9. painos. Porvoo: Bookwell.

Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. painos. Keuruu: Otavan kirjapaino.

Hupli, M., Rankinen, S., Virtanen, H. (toim.). 2012. Potilasohjauksen ulottuvuudet 2. Turun Yliopisto.

Kankkunen, P., Vehviläinen-Julkunen, K., 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Karma, A., Kinnunen, T., Palovaara, M., Perttunen, J., Perioperatiivinen hoitotyö. 2016. Sanoma Pro.

Krause, K., Kiikkala, I., 1997. Hoitotietotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. 1.-2. painos. Tampere: Tammer-Paino.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E., Renfors, T., 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. WSOY oppimateriaalit.

Mäkinen, O., 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Niemi-Murola, L., Metsävainio, K., Saari, T., Vahtera, A., Vakkala, M. (toim.). 2012. Anestesiologian ja tehohoidon perusteet. 3. painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Reinboth, V., 2008. Johda ja kehitä asiakaspalvelua. Helsinki: Tammi.

Valli, R., 2018. Ikkunoita tutkimusmetodeihin. Jyväskylä: PS-kustannus.

Vilka, H., 2007. Tutki ja mittaa. Jyväskylä: Gummerus.

Sähköiset

Alasuutari, P., Mitä on laadullinen tutkimus. Viitattu 3.10.2019. http://wwwedu oulu.fi/toh-torikoulutus/jarjestettava_opetus/Alasuutari/Mita_laadullinen_tutkimus_on.pdf

Duodecim oppiportti. 2020. Kivunhoito. Kustannus Duodecim. Viitattu 21.1.2020. <https://www.oppiportti.fi/op/dvk00063/avaa>

Eskola, N. 2014. Kirurgisen potilaan hoito, 2014 - perioperatiivinen hoitotyö. Viitattu 9.5.2019. <https://www.slideshare.net/NinaEskola/kirurgisen-potilaan-hoito>

Falco, D., Rutledge, D., Elisha, D., 2017. Patient Satisfaction With Anesthesia Care: What Do We Know? Viitattu 6.2.2020. <https://pdfs.semanticscholar.org/5de2/cfac85bf5028b78ee975a98a6c25d8265578.pdf>

Haltian, N., Nieminen, M., 2013. Turun Yliopisto. Viitattu 18.8.2019. <http://users.utu.fi/ra-ka-hu/luotettavuus.ppt?viewType=Print&viewClass=Print>

Haukipuro, K. 1996. Leikkausalueen infektiot. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 18.8.2019. <https://www.duodecimlehti.fi/lehti/1996/10/duo60202>

Huttunen, J. 2018. Mitä terveys on? Viitattu 20.8.2019. Duodecim Terveyskirjasto. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00903

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2018a. Hyvinkään sairaala. Viitattu 28.11.2018. https://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/hyvinkaan-sairaala/osastot/kirurgian_vuode-osasto4b/Sivut/default.aspx

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2016. Polven tekonivelleikkaus-potilasohje. Viitattu 16.8.2019. https://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/ortopedia/tekonivelkirurgia/Documents/polven_tekonivelleikkaus_potilasopas_2016.pdf

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2018b. Asiakkaan osallisuus- ja vaikutusmahdollisuuksia. Viitattu 20.8.2019. <https://www.hus.fi/potilaalle/palaute-ja-osallisuus/palauteseuranta/Sivut/default.aspx>

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2015. Lääkinnällisen kuntoutuksen apuvälineiden luovutusperusteet. Viitattu 28.12.2019. <https://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/hyvinkaan-sairaala/muut-palvelut/apuvälineet/Documents/Apuv%C3%A4lineiden%20luovutusperusteet.pdf>

Hiltunen. 2009. Validiteetti ja reliabiliteetti. Jyväskylän Yliopisto. Viitattu 10.2.2020. http://www.mit.jyu.fi/ope/kurssit/Graduryhma/PDFt/validius_ ja_reliabiliteetti.pdf

Itä-Suomen Yliopisto. Käänteinen oppiminen. Viitattu 6.12.2019.

<https://www.uef.fi/web/flippaus/kaanteinen-oppiminen>

Julkunen, H. Nivelreuma. 2019. Lääkärikirja Duodecim. Viitattu 16.8.2019. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00051

Kajaanin Ammattikorkeakoulu. Opinnäytetyöpakki. Viitattu 18.8.2019.

<https://www.kamk.fi/fi/opari/Opinnaytetyopakki/Teoreettinen-materiaali/Tukimateriaali/Luotettavuus>

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri. 2017. Polven tekonivelleikkaus. Viitattu 16.8.2019.

[https://www.ksshp.fi/fi-FI/Potilaalle/Potilasohjeet/Tekonivelpotilaalle/Polven_tekonivelleikkaus\(55100\)](https://www.ksshp.fi/fi-FI/Potilaalle/Potilasohjeet/Tekonivelpotilaalle/Polven_tekonivelleikkaus(55100))

Koivusipilä, A., Tarnanen, K., Jalonen, J., Mattila, V. 2015. Leikkaukseen valmistautuminen - lisätietoa potilaalle. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 18.8.2019.

https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=khp00089

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 1992/785. Finlex. Viitattu 17.8.2019. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Leikkausta edeltävä arviointi. 2014. Suomalainen Lääkäriseuran Duodecim. Viitattu 7.5.2019.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/suositus?id=hoi50066>

Linden, A., HUS strategian painopisteet. 2017. Viitattu 5.1.2019. <http://www.hus.fi/hus-tietoa/materiaalipankki/esitysmateriaalit/Koottu%20tiedostokirjasto%20%20kaikki%20tapahtumat/02%20HUSin%20strategian%20painopisteet%20Linden.pdf>

Lipponen, K., 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Oulun Yliopisto. Viitattu 28.12.2019. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526203720.pdf>

Lipponen, K., Kyngäs, H., Kääriäinen, M. 2004. Potilasohjauksen haasteet - Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulun Yliopisto. Viitattu 8.5.2019.

<https://docplayer.fi/842430-Potilasohjauksen-haasteet-kaytannon-hoitotyohon-soveltuvat-ohjausmallit.html>

Peltokorpi, P., Potilas kadoksissa. 2006. Kielikello Kielenhuollon tiedotuslehti. Viitattu 27.11.2018. <https://www.kielikello.fi/-/potilas-kadoksissa>

Kipu. 2017. Käypä hoito -suositus. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 1.9.2019.

<https://www.kaypahoito.fi/hoi50103>

Polvi- ja lonkkanivelrikko. 2018. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 16.8.2019. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50054?tab=suositus>

Reponen, E., Roine, R., 2016. Suomen lääkirlehti. Viitattu 6.2.2020. https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/229997/SLL422016_2630.pdf?sequence=1

Saarni, S., Vuorenkoski, K., 2003. Terveysthuollon sääntöstely, markkinatalous ja lääkärin rooli. Duodecim. Viitattu 30.1.2019. <https://www.terveysportti.fi/xmedia/duo/duo93589.pdf>

Suomen Artroplastiayhdistys. 2015. Hyvä hoito lonkan ja polven tekonivelkirurgiassa. Viitattu 16.8.2019. http://www.suomenartroplastiayhdistys.fi/files/hyva_hoito_lonkan_ja_polven_tekonivelkirurgiassa_2015.pdf

Talouselämä. Näin tuot arvot yrityksen arkeen. 2011. Viitattu 5.1.2019. <https://www.talouselama.fi/uutiset/nain-tuot-arvot-yrityksen-arkeen/0d910dd6-f2cd-3892-9855-f8b461078054>

Terveysten ja hyvinvoinnin laitos. 2018. Lonkan ja polven tekonivelleikkausten määrä edelleen kasvussa. Viitattu 16.8.2019. <https://thl.fi/fi/tilastot-ja-data/tilastot-aiheittain/terveyspalvelut/lonkan-ja-polven-tekonivelet>

Terveyskylä. 2017. Puudutus ja nukutus tekonivelleikkauksessa. Viitattu 16.8.2019. <https://www.terveyskyla.fi/niveltalo/tekonivelleikkaus/tietoa-tekonivelleikkauksesta/puudutus-ja-nukutus-tekonivelleikkauksessa>

Terveyskylä. 2018. Toipuminen tekonivelleikkauksesta. Viitattu 16.8.2019. <https://www.terveyskyla.fi/niveltalo/tekonivelleikkaus/tietoa-tekonivelleikkauksesta/toipuminen-tekonivelleikkauksesta>

Julkaisemattomat

Malin, P. 2018. Osastonhoitajan haastattelu 11.1.2019. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Hyvinkää.

Malin, P. 2018. Osastonhoitajan haastattelu 18.11.2019. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. Hyvinkää.

Kuviot

Kuvio 1. Kysymys 1: Oletteko tyytyväinen polvenne tekonivelleikkauksen lopputulokseen tällä hetkellä?	29
Kuvio 2. Kysymys 2: Millainen on vointinne tällä hetkellä?	29
Kuvio 3. Kysymys 3: Kuinka leikkaus ja siihen liittyvä hoito kokonaisuutena mielestänne sujui?	30
Kuvio 4. Kysymys 4: Asteikoilla 1-10, jossa 0 on täysin kivuton ja 10 tarkoittaa sietämätöntä kipua, kuinka arvioisitte kivun tällä hetkellä?	31
Kuvio 5. Kysymys 5: Asteikoilla 1-10, jossa 0 on täysin kivuton ja 10 tarkoittaa sietämätöntä kipua, kuinka arvioisitte kivun olleen ENNEN leikkausta?	31
Kuvio 6. Kysymys 6: Oletteko saaneet kivunlievitystä sitä halutessanne?	32
Kuvio 7. Kysymys 7: Oletteko saaneet tietoa omahoidosta kotiutumisen jälkeen?	32
Kuvio 8. Kysymys 8: Kuka ohjausta antoi? (voitte valita useampia vaihtoehtoja)	33
Kuvio 9. Kysymys 9: Millä tavalla ohjausta annettiin? (voitte valita useampia vaihtoehtoja) .	33
Kuvio 10. Kysymys 10: Oliko annettu omahoidon ohjeistus mielestänne riittävä?	34
Kuvio 11. Kysymys 12: Missä vaiheessa omahoidon ohjeet annettiin Teille? (Voitte valita useampia vaihtoehtoja, jos olette saaneet ohjausta useampana päivänä.)	35
Kuvio 12. Kysymys 13: Koetteko tarvetta kerrata omahoito-ohjeet vielä ennen kotiutumista?	35
Kuvio 13. Kysymys 14: Olivatko saamanne omahoito-ohjeet mielestänne helposti ymmärrettävät?	36
Kuvio 14. Kysymys 16: Jos tarvitsette apuvälineitä toipumisen aikana, saitteko tietoa, mistä niitä voi saada lainaksi?	36
Kuvio 15. Kysymys 17: Ovatko leikkauksessanne toipumisessa tarvittavat apuvälineet mielestänne helposti saatavissa?	37
Kuvio 16. Kysymys 18: Koetteko leikkauksenne henkisesti kuormittavana?	37
Kuvio 17. Kysymys 19: Koetteko saaneenne riittävästi myös henkistä tukea leikkauksesta toipumisessa?	38
Kuvio 18. Kysymys 21: Kuinka koette hoitohenkilökunnan onnistuneen työssään?	39
Kuvio 19. Kysymys 22: Kuinka koette osaston viihtyvyyden?	39
Kuvio 20. Kysymys 23: Harkitsitteko leikkausta muualla kuin julkisessa terveydenhuollossa?	40
Kuvio 21. Kysymys 24: Suositteko Hyvinkään sairaalaa muille polven tekonivelleikkaukseen tuleville?	40
Kuvio 22. Kysymys 25: Tulisiko Teidän mielestänne potilaan saada valita hoitopaikka vapaasti JULKISEN terveydenhuollon yksikössä?	41

Liitteet

Liite 1: Saatekirje	56
Liite 2: Kyselykaavake	57

Liite 1: Saatekirje



INFOKIRJE

Jan Skutnabb
Hoitotyön koulutusohjelma

18.11.2019

OPINNÄYTETYÖ: POTILASOHJAUS - OSA ASIAKASTYYTYVÄISYYTTÄ

Arvoisa vastaanottaja,

teen sairaanhoitajan opintoihini liittyvää lopputyötä, jossa tarkastelen polviproteesileikkauksessa olleiden potilaiden tuntemuksia leikkauksen jälkeisessä osastohoidossa. Tutkimuksen painopiste on potilaiden kokemuksissa leikkauksen jälkeiseen hoitoon liittyen, jota arvioidaan sekä potilaan itsensä kannalta, että suuremmissa kuvassa asiakastyytyväisyyden kannalta.

Ajatus opinnäytetyön aiheeseen lähti yleisestä suomalaisesta sosiaali- ja terveysalaan liittyvästä keskustelusta ja alan tulevaisuudesta. Riippumatta siitä, mitkä terveydenhuollon tahot suomalaisia jatkossa hoitavat, asiakastyytyväisyys lienee jatkossakin tärkeässä asemassa hoitopaikan valinnassa. Toipuminen jatkuu sairaalahoidon jälkeenkin ja hoitotyössä onkin tärkeää informoida potilasta hoitopolun jatkumisesta ja kuinka siihen voi itse vaikuttaa.

Tutkimus tapahtuu kirjallisena kyselytutkimuksena, jonka kesto on noin 15-20 minuuttia. Osaston henkilökunta kysyy Teiltä halukkuutta osallistua tutkimukseen ja toimittaa Teille tämän saatekirjeen, kyselyn ja palautuskuoren. Vastauksenne voitte laittaa palautuskuoreen ja palauttaa sen osaston hoitohenkilökunnalle.

Kyselyssä ei tarvita henkilötietoja ja vastaukset jäävät vain minun ja ohjaavan opettajan käyttöön. Opinnäytetyön valmistuttua tuhoan vastauspaperit henkilökohtaisesti. Vastajia yhdistävänä tekijänä on vain polven tekonivelleikkaus Hyvinkään sairaalassa samoihin aikoihin.

Vastausten perusteella teen analyysin, jonka toivon auttavan Hyvinkään sairaalaan kirurgian osastoa 4 B:tä ja toivottavasti muitakin alan toimijoita, suuntaamaan elinikäisen oppimisen ja ammattitaidon jatkuvan kehityksen vieläkin enemmän asiakaslähtöisemmäksi.

Kiitän Teitä avustanne ja mikäli Teillä on kysyttävää tai kommentoitavaa, otan kaiken palautteen opinnäytetyöstäni vastaan suurella kiitoksella ja nöyryydellä.

Hyvinkäällä 18.11.2019

Jan Skutnabb
Sairaanhoidon opiskelija
jan.skutnabb@student.laurea.fi
0400 317454

Pia Malin
Osastonhoitaja
pia.malin@hus.fi
0504272775

Liite 2: Kyselykaavake

Kysely liittyen sairaanhoitajan tutkintoon vaadittavaan opinnäytetyöhön.

Pyydän Teitä vastaamaan ympyröimällä vastausvaihtoehdon, joka mielestänne on lähimpänä omia ajatuksianne.

1. Oletteko tyytyväinen polvenne tekonivelleikkauksen lopputulokseen tällä hetkellä?

Kyllä En En osaa sanoa

2. Millainen on vointinne tällä hetkellä?

Hyvä Huono En osaa sanoa

3. Kuinka leikkaus ja siihen liittyvä hoito kokonaisuutena mielestänne sujui?

Erinomaisesti Hyvin En osaa sanoa Tyydyttävästi Huonosti

4. Asteikoilla 1-10, jossa 0 on täysin kivuton ja 10 tarkoittaa sietämätöntä kipua, kuinka arvioisitte kivun tällä hetkellä?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

5. Asteikoilla 1-10, jossa 0 on täysin kivuton ja 10 tarkoittaa sietämätöntä kipua, kuinka arvioisitte kivun olleen ENNEN leikkausta?

1 2 3 4 5 6 7 8 9 10

6. Oletteko saaneet kivunlievitystä sitä halutessanne?

Kyllä En En osaa sanoa

7. Oletteko saaneet tietoa omahoidosta kotiutumisen jälkeen?

Kyllä En En osaa sanoa

Jos vastuksenne oli ”En”, voitte hypätä suoraan kysymykseen 16.

8. Kuka ohjausta antoi? (voitte valita useampia vaihtoehtoja)

Sairaanhoitaja Kirurgi Muu lääkäri Fysioterapeutti En tiedä

9. Millä tavalla ohjausta annettiin? (voitte valita useampia vaihtoehtoja)

Suullisesti Kirjallisesti Käytännön opastuksella Jollakin muulla tavalla?

10. Oliko annettu omahoidon ohjeistus mielestänne riittävä?

Kyllä	Osittain	Sain liian	Ohjeistus oli	En osaa sanoa/
	riittävä	vähän tietoa	täysin riittämätön	asialla ei ole
				minulle merkitystä

11. Millaista omahoidon ohjeistusta olisitte mahdollisesti toivoneet lisää?

12. Missä vaiheessa omahoidon ohjeet annettiin Teille? (Voitte valita useampia vaihtoehtoja, jos olette saaneet ohjausta useampana päivänä.)

Ennen	Leikkaus-	Leikkausta	2. päivänä	En
leikkausta	päivänä	seuraavana	leikkauksen	muista
		päivänä	jälkeen	

13. Koetteko tarvetta kerrata omahoito-ohjeet vielä ennen kotiutumista?

Kyllä	Ei	En osaa sanoa/ asialla ei ole minulle merkitystä
-------	----	--

14. Olivatko saamanne omahoito-ohjeet mielestänne helposti ymmärrettävät?

Kyllä	Ymmärsin suurimman osan	Ohjeet olivat liian vaikeat	En lainkaan ymmärtänyt ohjeita	En osaa sanoa/ asialla ei ole minulle merkitystä
-------	-------------------------	-----------------------------	--------------------------------	--

15. Jos koitte saamaanne omahoito-ohjeet jollakin tavalla haasteelliseksi, vaikeasta ymmärrettäväksi, monimutkaisiksi tai muulla tavalla hankalaksi, mitä olisitte kaivanneet lisää omahoito-ohjeiden selkeyttämiseksi?

16. Jos tarvitsette apuvälineitä toipumisen aikana, saitteko tietoa, mistä niitä voi saada lainaksi?

Kyllä sain	En saanut	En muista/ asialla ei ole minulle merkitystä
------------	-----------	--

Jos vastuksenne oli ”En saanut” tai ”En muista/asialla ei ole minulle merkitystä”, voitte hypätä suoraan kysymykseen 18.

17. Ovatko leikkauksessanne toipumisessa tarvittavat apuvälineet mielestänne helposti saatavissa?

Kyllä	Eivät ole	En tiedä/ asialla ei ole minulle merkitystä
-------	--------------	---

18. Koetteko leikkauksenne henkisesti kuormittavana?

Kyllä	Vähän	Jonkin verran	En koe	En tiedä/ asialla ei ole minulle merkitystä
-------	-------	------------------	--------	---

19. Koetteko saaneenne riittävästi myös henkistä tukea leikkauksesta toipumisessa?

Kyllä	Sain jonkin verran	Liian vähän	En ole saanut henkistä tukea lainkaan	En tiedä/ asialla ei ole minulle merkitystä
-------	--------------------------	----------------	---	---

20. Jos olisitte kaivanneet lisää henkistä tukea, minkälainen henkinen tuki sopisi Teille?

21. Kuinka koette hoitohenkilökunnan onnistuneen työssään?

Erinomaisesti	Hyvin	Tyydyttävästi	Huonosti	En osaa sanoa/ asialla ei ole minulle merkitystä
---------------	-------	---------------	----------	--

22. Kuinka koette osaston viihtyvyyden?

Erinomaisena	Hyvänä	Tyydyttävänä	Huonona	En osaa sanoa/ asialla ei ole minulle merkitystä
--------------	--------	--------------	---------	--

23. Harkitsitteko leikkausta muualla kuin julkisessa terveydenhuollossa?

Kyllä	En	En osaa sanoa/ asialla ei ole minulle merkitystä
-------	----	--

24. Suositteletteko Hyvinkään sairaalaa muille polven tekonivelleikkaukseen tuleville?

Kyllä	En	En osaa sanoa/ asialla ei ole minulle merkitystä
-------	----	--

25. Tulisiko Teidän mielestänne potilaan saada valita hoitopaikka vapaasti JULKISEN terveydenhuollon yksikössä?

Kyllä	Ei	En osaa sanoa/ asialla ei ole minulle merkitystä
-------	----	---

