



Osaamista
ja oivallusta
tulevaisuuden
tekemiseen

Anne Paaso-Rantala, Laura Räsänen

Potilaan saama ohjaus suunnitellun pol- ven tekonivelleikkauksen yhteydessä

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja (AMK)

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

Marraskuu 2020

Tekijä(t) Otsikko	Anne Paaso-Rantala, Laura Räsänen Potilaan saama ohjaus suunnitellun polven tekonivel- leikkauksen yhteydessä
Sivumäärä Aika	25 sivua + 2 liitettä Marraskuu 2020
Tutkinto	Sairaanhoitaja (AMK)
Tutkinto-ohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihto- ehto	Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Ohjaaja	Liisa Montin, TtT, sh, lehtori
<p>Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla kirjallisuuskatsauksen avulla elektiivisen polven tekonivelleikkaus potilaan saamaa potilasohjaus sisältöä ja menetelmiä. Opinnäytetyössä kuvailtiin mitä tietoa kyseisen potilasryhmän potilasohjaus sisältää ja minkälaisia menetelmiä siinä käytetään.</p> <p>Toteutusmenetelmänä opinnäytetyössä käytettiin kuvailevaa kirjallisuuskat- sausta. Opinnäytetyön tiedonhaussa käytettiin kolmea tiedonhaun tietokantaa: Medic, Cinahl ja Medline sekä kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tietoperustaa. Lopulliseen aineistoon valitsimme näyttöön perustuvaa 15 suomen sekä englan- ninkielistä tutkimusta, jotka vastasivat tutkimuskysymykseen. Aineiston sisältö analysoitiin ja luokiteltiin hyödyntämällä tutkimuksissakin esiin tullutta voimava- raistumista tukevaa potilasohjauksen kuutta eri aluetta. Lisäksi potilasohjauksen menetelmät luokiteltiin kolmeen eri yläluokkaan.</p> <p>Tämän kirjallisuuskatsauksen tulokset osoittivat, että potilasohjauksen sisäl- lössä ja menetelmissä on parannettavaa. Tuloksissa ilmeni, että potilaat saivat eniten ohjausta biofysiologisesta ja toiminnallisesta tietoalueesta. Sen sijaan vä- hiten ohjausta potilaat saivat taloudellisesta tietoalueesta. Yleisimmin käytettyjä ohjausmenetelmiä ovat kirjallinen, suullinen ja audiovisuaalinen ohjaus. Sairaan- hoitajan tulee olla tietoinen potilaan ohjaustarpeesta pystyäkseen tunnistamaan ja vahvistamaan potilaan voimavaroja.</p> <p>Opinnäytetyön tavoitteena oli, että saatua tietoa voidaan hyödyntää kyseisen potilasryhmän ohjauksessa sekä terveydenhuollon ammattilaisten koulutuk- sissa, että hoitotyön kehittämisessä.</p>	
Avainsanat	ortopedinen hoitotyö, polven tekonivelleikkaus, potilas- ohjaus

Author(s) Title	Anne Paaso-Rantala, Laura Räsänen Patient education among patients undergoing total knee arthroplasty
Number of Pages Date	25 pages + 2 appendices November 2020
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructor	Liisa Montin, PhD, RN, Senior Lecturer
<p>The purpose of this thesis was to describe the content and methods of patient education of total knee arthroplasty by means of literature review. In this study we wanted to describe what information the total knee arthroplasty patient's education contains and what methods have been used.</p> <p>In this thesis a descriptive literature review was used the implementation method. The research material has been collected from databases: Medic, CINAHL, Medline and the knowledge base of the descriptive literature review. We selected 15 Finnish and English studies for the final data, which answered the research questions. The content of the material was analyzed and classified using research of six different dimensions of empowering patient education. Also, patient education methods were classified into three upper categories.</p> <p>The results of this literature review showed that the content and methods of patient education need to be improved. The results showed that the total knee arthroplasty patients receive the most education in the biophysiological and functional dimensions. Instead, patients receive less education from financial dimensions. The most used patient education methods are oral, written and audiovisual education. The nurse should be aware patient's need for guidance in order to be able to identify and strengthen the patient's resources.</p> <p>The aim of the thesis was that the obtained information could be utilized the total knee arthroplasty patient's education and healthcare professionals training, as well as in the development of nursing.</p>	
Keywords	Orthopaedic nursing, knee replacement, patient education

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Taustaa	2
2.1	Polven tekonivelleikkaus	2
2.2	Potilasohjaus	3
2.3	Voimavaraistumista tukeva potilasohjaus	4
3	Tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys	6
4	Opinnäytetyön toteutus	6
4.1	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus	6
4.2	Aineiston hankinta	6
4.3	Aineiston analysointi	7
5	Tulokset	9
5.1	Potilasohjauksen sisältö	9
5.1.1	Biofysiologinen tieto	9
5.1.2	Kokemuksellinen tieto	10
5.1.3	Toiminnallinen tieto	11
5.1.4	Eettinen tieto	12
5.1.5	Sosiaalinen tieto	12
5.1.6	Taloudellinen tieto	13
5.2	Potilasohjauksen menetelmät	13
5.2.1	Suullinen ohjaus	14
5.2.2	Kirjallinen ohjaus	14
5.2.3	Audiovisuaalinen ohjaus	15
6	Pohdinta	16
6.1	Tulosten pohdinta	16
6.2	Eettisyyden pohdinta	17
6.3	Luotettavuuden pohdinta	18
6.4	Tulosten hyödyntäminen	18
	Lähteet	20
	Liitteet	
	Liite 1. Tiedonhakupöytäkirja	
	Liite 2. Analysoidut artikkelit	

1 Johdanto

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tilastoraportin mukaan vuonna 2018 Suomessa tehtiin 12 092 polven tekonivelen ensileikkausta. Tekonivelleikkaukset keskitetään yhä isompiin yksiköihin. Yliopistollisten ja keskussairaaloiden tekonivelleikkausten osuus on kasvanut 5 % vuonna 2018 vuoteen 2017 verrattuna. Tekonivelleikkausten määrä on viime vuosina lisääntynyt. Väestön eliniän piteneminen, välineistön ja osaamisen kehittyminen on syynä leikkausmäärien lisääntymiseen. Aikaisemmin pitkälle edenneen nivelrikon viimeinen hoitovaihtoehto oli tekonivelkirurgia, mutta nykyisin potilaat haluavat lievempäänkin nivelrikkoon vaikuttavaa hoitoa toimintakykyynsä. (Kiviranta – Järvinen 2012: 418.) Nivelrikko on maailman yleisin nivelsairaus ja sen tyypillisimmät esiintymispaikat alaraajoissa ovat polvi- ja lonkkanivelet (Ahonen ym. 2017: 723).

Olellainen osa turvallista hoitoa on potilaan hyvä ohjaaminen. Ohjaaminen on tiedon välittämistä potilaalle. Hoitoaikojen lyhetessä potilasohjauksen merkitys korostuu entisestään. (Ahonen ym. 2017: 34.) Riittävä ja tehokas potilasohjaus parantaa potilastyytyväisyyttä ja nopeuttaa toipumista. Tutkimus tulosten perusteella voidaan havaita, että tarvitaan paljon lisätutkimuksia määrittelemään parhaat mahdolliset ohjausmenetelmät sisältöineen. Tulevaisuudessa tulee potilasohjauksen osuus kasvamaan entisestään, mikä tarkoittaa potilasohjausmenetelmien kehittämistä ja ohjauksen tuloksellisuuden arvioimista, jolloin tulee muistaa vahva eettinen perusta. (Leino-Kilpi – Kulju 2012: 9.) Lyhentyneiden hoitoaikojen sekä hoitajaresurssien niukkuuden vuoksi potilaan vastuu omasta hoidostaan on lisääntynyt. Potilasta voidaan tukea ohjauksen avulla ottamaan vastuuta omasta hoidostaan ja sitoutumaan siihen. (Eloranta - Virkki 2011: 8.)

Potilasohjauksen tulee alkaa silloin, kun leikkauspäätös päätetään. On tärkeää, että potilas ymmärtää preoperatiiviset vaatimukset, leikkausmenettelyn, postoperatiivisen hoidon ja kotona tapahtuvat muutokset. Tämä voi olla potilaalle ja perheelle kuormittavaa, joten voi olla tarpeen toistaa ohjaustuokio uudestaan. Jokaiselle potilaalle tulee antaa mahdollisuus kysyä mitä vain kysymyksiä leikkaukseen liittyen. (Altizer 2004: 283.)

Tärkeä ja yleinen osa ortopedisen potilaan hoitotyötä on potilasohjaus. Lyhyemmät sairaalajaksot, potilaan tietämys ja kasvavat odotukset asettavat koko ajan uusia vaatimuksia potilasohjaukselle. (Johansson – Nuutila – Virtanen – Katajisto – Salanterä 2005: 213.)

Preoperatiivinen potilasohjaus antaa potilaille mahdollisuuden ymmärtää omaa toimintaansa. Ennen leikkausta annettava potilasohjaus lievittää potilaan pelkoja ja ahdistusta sekä lyhentää sairaalassaoloaikaa. (Esoga – Seild 2012: 237–238.) Helposti ymmärrettävät ja selkeät kirjalliset ohjeet vahvistavat potilasohjausta tekonivelleikkauksen yhteydessä (Best 2005: 178). Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla potilaan saamaa potilasohjausta polven tekonivelleikkauksen yhteydessä.

2 Taustaa

2.1 Polven tekonivelleikkaus

Tekonivelleikkauksen tarkoituksena on parantaa potilaan toimintakykyä ja vähentää polven kipuja. Kustannus- ja laatumittareilla arvioiden polven tekonivelleikkauksen on todettu olevan vaikuttava hoitomuoto. Tekonivelleikkauksen tulokset ovat viime vuosina parantuneet kivunlievityksen ja polven toiminnan kannalta. Leikkausten määrä on lisääntynyt viime vuosina. Syynä tähän on välineistön ja osaamisen parantuminen sekä väestön eliniän piteneminen. (Kiviranta – Järvinen 2012: 418.) Teknologian kehityksen mukaan tekonivelkirurgian hoitomenetelmät ovat huomattavasti kehittyneet. Tämä muutos on merkittävästi lyhentänyt tekonivelpotilaiden sairaalassaoloaikaa ja lisännyt potilaiden vastuuta ja itsehoitovalmiuksia. (Eloranta – Leino-Kilpi – Katajisto - Valkeapää 2015:13.)

Tekonivelleikkauksen tarpeellisuus perustuu yksilölliseen arvioon, lisäksi leikkauksesta saatavat hyödyt on oltava oletettavasti suurempia kuin riskit. Kiireettömän leikkaushoidon tavanomaisempia aiheita ovat häiritsevä ja selkeä nivelen liikevajaus, kohtalainen toiminnan rajoitus sekä liikuntaa selkeästi vähentävä rasisärky. (Hammar 2011: 322.)

Kirurgiset leikkaukset voidaan jakaa joko ennalta suunniteltuihin eli elektiivisiin leikkauksiin tai päivystysleikkauksiin. Perusterveydenhuollossa arvioidaan potilaiden leikkauksekelpoisuutta suunniteltuihin leikkauksiin. Leikkauspotilaista osa tulee toimenpiteeseen suunnitellusti jonosta ajanvarauksella. Hoidon kiireellisyyden arviointi ja leikkauspäätös, hoitopolun aloitus ja esitietojen kirjaaminen tapahtuvat kirurgisella poliklinikalla. Hoitoprosessissa tärkeitä elementtejä ovat potilaskeskeisyyden toteutuminen, turvallisen vuorovaikutuksen luominen sekä potilaan yksityisyyden ja eheyden kunnioittaminen. Hoidon jatkuvuus on tärkeä osa-alue, johon kuuluvat sekä tiedon kulun jatkuvuus että välitön ja pitkäaikainen toipuminen ja tulosten seuranta. (Ahonen ym. 2017: 101.)

Polvikipujen tavallisin syy aikuisilla on nivelrikko. Tarkkaa syytä nivelrikon synnylle ei tiedetä. Suurin osa nivelrikkopotilaista hakevat apua kivun vuoksi. Kipu on jatkunut usein jo vuosia, ja potilaat kuvailevat kivun jomottavana ja vaikeasti paikallistettavana. Nivelrikossa potilaan toimintakyky rajoittuu, istuminen ja ylösnousu on hankalaa ja kävely vaikeutuu. Ensisijaisesti nivelrikkoa hoidetaan konservatiivisesti. Hoidolla pyritään vähentämään polviniveleen kohdistuva haitallinen kuormitus. Nivelrikkopotilaalle suunnitellaan yksilölliset liikuntaohjeet. Suunnitelmassa huomioidaan potilaan ikä, muut sairaudet, nivelrikon oireet ja potilaan liikkumiskyky. Konservatiivisen hoidon pääpaino on potilaan ohjaamisessa omatoimiseen harjoitteluun. Operatiivista hoitoa harkitaan, mikäli konservatiivisesta hoidosta ei ole apua, polven liikkuvuus on niin huono, että se haittaa kävelyä ja potilaalla on lisäksi kipua sekä rasituksessa että levossa. (Kiviranta – Järvinen 2012: 415–416.)

2.2 Potilasohjaus

Olennainen osa turvallista hoitoa on hyvä potilasohjaus. Motivoiva keskustelu, neuvonta, opettaminen ja valmentaminen ovat ohjauksen rinnakkaiskäsitteitä. Potilaan ohjaamisessa hoitajan toimintaa ohjaavat tutkimusnäyttö, jossa hän huomioi olemassa olevat hoitosuositukset ja viimeisimmät tutkimukset. (Ahonen ym. 2017: 33–34.) Yhä useampi potilas tulee vain yhden poliklinikkakäynnin jälkeen päiväkirurgiseen leikkaukseen tai toimenpiteeseen. Ohjaukselta vaaditaan nopeatempoisuutta, suunnitelmallisuutta, tehokkuutta ja selkeyttä. Täsmällisellä ja riittävällä kirjallisella tai visuaalisella ohjeistuksella lisätään ohjauksen tehokkuutta. (Karma – Kinnunen – Palovaara – Perttunen 2016: 18.)

Perioperatiivinen hoitotyö pohjautuu tieteelliseen tutkimusnäyttöön, kokemukseen perustuvaan näyttöön sekä hyväksi havaittuun toimintanäyttöön. Potilasturvallisuus on nykyään yksi perioperatiivisen hoitotyön kulmakivistä. Perioperatiiviseen hoitoprosessiin kuuluu kolme eri vaihetta; leikkausta edeltävä (preoperatiivinen), leikkauksen aikainen (intraoperatiivinen) ja leikkauksen jälkeinen (postoperatiivinen). (Karma ym. 2016: 8.)

Preoperatiivisessa hoitotyössä korostuu potilaan ohjaaminen. Hyvin ohjatut potilaat pelkäävät muita vähemmän leikkausta. Potilaat, jotka ovat saaneet hyvää ohjausta kotiutuvat muita nopeammin. Heillä on myös vähemmän pahoinvointia ja toimenpidekomplikaatioita. Ohjaus edistää potilasturvallisuutta ja lisää potilaan sitoutumista hoitoonsa. (Ahonen ym. 2017: 103.)

Postoperatiivinen vaihe alkaa, kun potilas siirretään leikkaussalista heräämöhön. Heräämössä potilaan vointia tarkkaillaan intensiivisesti. Huolehditaan potilaan riittävästä hengityksestä ja veren happipitoisuutta tarkkaillaan. Leikkauspotilaan tarkkailuun kuuluu nesteohjelman toteuttaminen ohjeen mukaisesti ja virtsaamisen seuranta, leikkausalueen ja dreenerityksen huomiointi ja potilaan kivun ja mahdollisen pahoinvoinnin ehkäisy. (Ahonen ym. 2017: 109.)

2.3 Voimavaraistumista tukeva potilasohjaus

Voimavaraistumista tukeva potilasohjaus vaatii toteutuakseen vastavuoroista vuorovaikutusta, kuuntelua, luottamuksellisuutta, dialogista keskustelua sekä yhdessä sovitut tavoitteet. Ohjauksella pyritään asiakkaan voimavaroja vahvistamaan toimintaan. Voimavaraistumista tukeva potilasohjaus vaatii sairaanhoitajalta riittävää tietotaitoa, jotta hän kykenee tunnistamaan ja vahvistamaan asiakkaan voimavaroja. Ohjauksen tavoitteena on, että asiakas kykenee tekemään itsenäisesti päätöksiä, mitkä edistävät asiakkaan terveyttä. Lisäksi ohjauksella pyritään siihen, että asiakas kokee hallitsevansa elämäntilanteensa ja kokee itsensä itsenäiseksi ja pystyy näin vaikuttamaan omaan tilanteeseensa. Ohjauksen avulla pyritään, että asiakas kehittää omahoitotaitojaan, oppii hallitsemaan ongelmatilanteita, saavuttaa tunne-elämän tasapainon ja osaa seurata kotona hoito-ohjeita. (Helminen 2017: 214–215.) Ortopedisten leikkauspotilaiden ohjaus edellyttää hoitajilta herkkyyttä tunnistaa potilaiden tilanteiden erilaisuus (Ahonen ym. 2017: 712).

Voimaannuttaminen kuvaa toiminnallista kokonaisuutta, jonka kautta potilaat kokevat kontrolloivansa omia terveysongelmia ja seurauksia. Lisäksi voimaantuminen kuvaa keinoja, joilla potilaat analysoivat omaa terveydentilaansa ja saamaansa hoitoa ja joita terveydenhuollon ammattilaisten tulisi tukea laadukkaana hoidon edistämiseksi. (Leino-Kilpi – Mäenpää – Katajisto 1999: 139.) Voimavaraistumista tukevan potilasohjauksen tietoa-alueet voidaan määritellä monella eri tavalla. Voimaantuminen painottaa erityisesti potilaan sisäistä tunnetta hallita omaa elämäänsä. Voimaantuminen on jaettu seitsemään eri ulottuvuuteen; toiminnallinen, eettinen, taloudellinen, biofysiologinen, sosiaalinen, kognitiivinen ja kokemuksellinen. (Leino-Kilpi – Luoto – Katajisto 1998: 117.)

Toiminnallisen tietoa-alueen alkuperä on oman mielen ja ruumiin toiminnassa. Tässä ulottuvuudessa potilaat pystyvät hallitsemaan tilannetta toiminnallisesti, tuntevat olevansa kykeneviä siihen ja pystyvät toiminnallaan poistamaan ja hallitsemaan ongelmia. **Eettisen tietoa-alueen** alkuperä on potilaan tunne siitä, että häntä arvostetaan ja kunnioitetaan yksilönä. Potilaat kokevat itsensä ainutlaatuisena ja, että hoidon motiivina on heidän hyvinvointinsa varmistaminen. **Taloudellisen tietoa-alueen** alkuperä on potilaalla. Tässä ulottuvuudessa tarkoituksena, että potilaat pystyisivät tulemaan taloudellisesti toimeen heidän terveysongelmien ja hoitonsa kanssa. Tämän pitää tapahtua tavalla, joka rasittaa vähiten potilaiden taloutta. **Biofysiologisen tietoa-alueen** alkuperä on omassa kehossa. Tämä tietoa-alue käsittelee biologisten muutosten ja oireiden tunnistamisen vaiheet. **Sosiaalisen tietoa-alueen** alkuperä on sosiaalisessa vuorovaikutuksessa ja yhteyksissä muihin ihmisiin. Tässä ulottuvuudessa voimaantumiseen liittyy vahvasti tunne, että terveysongelmista huolimatta potilas voi pysyä sosiaalisen yhteisön jäsenenä. Hoitoympäristö ja sosiaaliset kontaktit tukevat potilaan terveysongelmien hallintaa. **Kognitiivisen tietoa-alueen** alkuperä on tiedottamisessa ja tiedossa ylipäätään. Potilaalle on oltava riittävästi tietoa ja kykyä oman terveydentilansa parantamiseen ja ylläpitämiseen. **Kokemuksellisen tietoa-alueen** alkuperä on aikaisemmissa sairaalakokemuksissa ja potilaan omassa itsetunnossa. Tässä ulottuvuudessa on mahdollisuus hyödyntää aiempien kokemusten tuomaa tietoa terveysongelmien hallitsemiseksi. (Leino-Kilpi – Luoto -Katajisto 1998: 116–117; Leino-Kilpi – Mäenpää – Katajisto 1999: 138–139.)

3 Tarkoitus, tavoite ja tutkimuskysymys

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla aikaisempien tutkimusten perusteella mitä potilasohjaus sisältää suunnitellun polven tekonivelleikkauksen yhteydessä. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan hyödyntää kyseisen potilasryhmän ohjauksessa, terveydenhuollon ammattilaisten koulutuksissa sekä hoitotyön kehittämisessä.

Tämän opinnäytetyön tutkimuskysymykseksi muodostuivat:

1. Mitä ohjausta suunniteltu polven tekonivelleikkaus potilas on saanut?
2. Mitä ohjausmenetelmiä on käytetty?

4 Opinnäytetyön toteutus

4.1 Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa pyritään löytämään tietoa tutkittavasta aiheesta ja selvittämään keskeiset käsitteet ja niiden suhteet. Kyseisessä menetelmässä on neljä vaihetta: kysymyksen muodostaminen, aineiston valitseminen, kuvailun rakentaminen ja tulosten tarkasteleminen. Tärkein tekijä on tutkimuskysymys, joka ohjaa koko prosessia. Eettisyys on myös osa jokaista kuvallisen kirjallisuuskatsauksen vaihetta. (Kangasniemi ym. 2013: 291–294.)

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on kyseenalaistaa, vahvistaa, tunnistaa tai nostaa esiin kysymyksiä sekä tunnistaa tiedon riittämättömyyttä. Parhaimmassa tapauksessa se voi tuoda esiin uusia tai eri näkökulmia ilmiöihin. (Kangasniemi ym. 2013: 292.) Tämä työ toteutettiin kuvailevan kirjallisuuskatsauksen periaatteiden mukaisesti.

4.2 Aineiston hankinta

Tämän opinnäytetyön aineiston hankinta tehtiin hyödyntämällä kolmea sähköistä tietokantaa Cinahl, Medline ja Medic. Medic on suomenkielinen tietokanta, kun taas Cinahl ja Medline ovat kansainvälisiä tietokantoja.

Tärkeää on, että aineisto vastasi tutkimuskysymykseen. Tämä ei kuitenkaan rajaa sitä pois, että aineiston pitäisi perustua vain hakusanoihin ja rajauksiin. Tärkeintä on aineiston sisältö ja vastavuoroinen vertailu, joten aineisto tarkentuu koko ajan. (Kangasniemi ym. 2013: 295–296.)

Aineistoksi valittiin tutkimukset, jotka vastasivat mahdollisimman hyvin tutkimuskysymyksiin sekä koskivat tutkimuksen kohderyhmää. Aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit on esitetty taulukossa 1. Tiedonhaussa käytettiin seuraavia hakusanoja: polvi, tekonivel-leikkaus, potilasohjaus, patient education, orthopaedic nursing ja knee replacement. Tiedonhaku on kuvattu taulukossa (liite 1). Aineistoksi valikoitui 15 tutkimusta koko tekstin perusteella.

Taulukko 1. Aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Ajan tasalla oleva tieto	Ei ajan tasalla oleva tieto
Vastaa tutkimuskysymykseen	Ei vastaa tutkimuskysymykseen
Hoitotieteellinen alkuperäinen tutkimus	Ei hoitotieteellinen alkuperäinen tutkimus
Kieli on suomi tai englanti	Kieli on muu kuin suomi tai englanti

4.3 Aineiston analysointi

Tutkimusten analyysi perustuu käsittelyosan rakentamiseen. Käsittelyosassa tavoitteena on vastata tutkimuskysymykseen ja kriittisesti analysoida sisältöä. Aiempien tutkimusten tarkastelu voi johtaa uuden tulkinnan ja johtopäätösten syntymiseen, kuitenkin ilman alkuperäisen tiedon muuntamista. Aineistojen analyysin tarkoituksena ei ole referoida tai tiivistää, vaan keskittyä aineistojen vahvuuksien ja heikkouksien analysoimiseen ja keskinäiseen vertailuun. (Kangasniemi ym. 2013: 296.)

Tässä työssä analysoidut artikkelit luokiteltiin vastaamaan tutkimuskysymyksiin. Analysoidut artikkelit on koottu taulukkoon (liite 2). Aineistot luokiteltiin kahteen eri luokkaan,

jotka ovat potilasohjauksen sisältö ja menetelmät. Tämän jälkeen muodostettiin potilasohjauksen sisällöstä yläluokat voimavaraistumista tukevan ohjauksen kuudesta alueesta. Näiden alaluokat luokiteltiin tutkimuksista löydetyn tiedon mukaisesti. Potilasohjauksen menetelmät luokiteltiin taulukkoon 3 tutkimuksista löydettyjen tietojen mukaan

Taulukko 2. Polven tekonivelpotilaan ohjauksen sisällön luokittelu voimavaraistumista tukevan tiedon kuuteen eri yläluokkaan.

Yläluokka	Alaluokka
Biofysiologinen tieto	Sairaus ja sen hoito Leikkauksen läpi käyminen ja mahdolliset komplikaatiot Kivun arviointi ja hoito
Kokemuksellinen tieto	Potilaan omien tarpeiden huomiointi Tunteet, ahdistus, pelko Aikaisemmat sairaala kokemukset
Toiminnallinen tieto	Leikkaukseen valmistautuminen Liikkuminen ja liikunta Apuvälineiden tarpeen arviointi Päivittäisissä toiminnoissa tukeminen Ravitsemuksen merkitys Kotona tapahtuvat muutokset Omahoidolle olevat esteet
Eettinen tieto	Potilaan oikeudet, kokemukset, odotukset ja velvollisuudet Potilaan osallistuminen päätöksen tekoon
Sosiaalinen tieto	Omaisten tarpeet ohjaukselle ja siihen osallistaminen

	Jatkohoidon ohjaaminen sairaalasta poistuessa
Taloudellinen tieto	Potilaan maksamat hoidon kustannukset

Taulukko 3. Polven tekonivelleikkaus potilaan ohjausmenetelmien luokittelu kolmeen yläluokkaan.

	Yläluokka
Potilasohjauksen menetelmät	Suullinen ohjaus
	Kirjallinen ohjaus
	Audiovisuaalinen ohjaus

5 Tulokset

5.1 Potilasohjauksen sisältö

5.1.1 Biofysiologinen tieto

Suomessa tehdyn tutkimuksen mukaan potilasohjauksen sisältö painottui tutkimusvuosina 2001 ja 2010 biofysiologiselle alueelle (Eloranta – Katajisto – Leino-Kilpi 2016: 42). Biofysiologisen potilasohjauksen sisällössä korostetaan sairauden oireita, kivun hoitoa, haavan hoitamista ja hoitovaihtoehtoja (Ben-Morderchai – Herman – Kerzman – Irony 2010: 68). Tutkimuksessa esiin nousivat tiedonpuute leikkauksen haittavaikutuksista,

komplikaatioista ja fyysistä rajoituksista (Johansson - Salanterä - Katajisto – Leino-Kilpi 2002: 225). Tutkimuksesta kävi ilmi, että osallistujista (n=105) haluaisivat lisätä ennen leikkausta annettavaan potilasohjaukseen yhdeksi aiheeksi kivunhallinnan (Causey-Upton – Howell – Kitzman – Custer – Dressler 2020: 27).

Tekonivelleikkaus aiheuttaa potilaalle kipua ja vaatii erilaisia tutkimuksia. Tästä syystä on ymmärrettävää, että potilasohjauksen sisältö painottuu biofysiologiselle alueelle. Tutkimuksessa havaittiin, että potilaat eivät saaneet riittävästi tietoa leikkauksen aiheuttamista komplikaatioista ja niiden oireista. Potilaat, jotka vierailivat ennen leikkausta endoproteesihoitajan luona ilmoittivat saaneensa enemmän biofysiologista tietoa, kuin muut potilaat. Sama koski potilaita, jotka olivat kotiutuneet suoraan sairaalasta kuin ver-raten heihin, jotka menivät jatkokuntoutukseen terveyskeskukseen. (Montin – Johansson – Kettunen – Katajisto – Leino-Kilpi 2010: 249–251.)

Ennen leikkausta olevaan ohjaukseen osallistuneet potilaat pystyivät hallitsemaan kipua paremmin kuin ne, jotka eivät osallistuneet ohjaukseen. Kuitenkin kivun taso oli samaa luokkaa. (Kearney – Jennrich – Lyons – Robinson – Berger 2011: 394.) Tutkimuksen tuloksista kävi ilmi, että potilaiden (n=207), sairaanhoitajien (=43) ja läheisten (n=177) kohdalla koettiin suurinta eroa toteutuneen ohjauksen arvioinnissa biofysiologisella alueella. Potilaat kokivat saaneensa enemmän tietoa eri hoitovaihtoehtoista ja biofysiologisesta sisällöstä, kuin hoitajat kokivat välittävänsä. (Eloranta ym. 2015: 15.)

5.1.2 Kokemuksellinen tieto

Hyvän potilasohjauksen tulee perustua yksilön huomioimiseen, koska potilaat haluavat hoitajilta tietoa hoidostaan ja mahdollisista liittyvistä sivuvaikutuksista sekä keskustelu tukea (Eloranta ym. 2014: 64–65). Tutkimuksesta kävi ilmi, että potilaiden (n=207) mielestä ohjaustilanteissa käsiteltiin kokemuksellista tietoa merkittävästi useammin kuin läheisten. Potilaista 62 % oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että ohjaustilanteissa käsiteltiin tunteita mitä sairaus tai sen hoito itsessään aiheuttavat. Läheisistä/omaisista (n=177) vain 42 % koki saavansa tietoa mahdollisista sairauden ja hoidon aiheuttamista tunteista. Hoitajista (n=43) reilu puolet arvioivat välittäneensä potilaalle ja omaiselle tietoa sairauden ja sen hoidon aiheuttamista tunteista. (Eloranta ym. 2015: 15.)

Kanadassa tehdyn tutkimuksen tuloksissa potilaiden ilmaisemat pelot liittyivät hoidon kokonaistulokseen ja leikkaukseen, tai siitä kuntoutumiseen. Potilaat kuitenkin myönsivät,

että leikkaus aiheuttaa aina pelkoa heissä ohjauksesta huolimatta. (Soever ym. 2010: 211.) Tutkimuksessa havaittiin, että potilaiden aikaisempia sairaalakokemuksia ei hyödynnetty (Montin ym. 2019: 252).

5.1.3 Toiminnallinen tieto

Kreikassa tehty tutkimus osoitti myös, että toiminnallista tietoa annettiin potilaille toiseksi eniten. Tutkimuksesta kävi ilmi, että hoitajat keskittyivät toiminnallisiin kysymyksiin ohjaustilanteissa, jotta potilaat ovat valmiimpia tekemään harjoituksia kotonaan. (Panagiota – Panayota – Valkaepää – Chryssoula 2019: 151.) Myös kun oli tehty vertailua seitsemän eri Euroopan maan välillä, niin toiminnallinen tietoa oli merkittävästi korostunut potilaiden kuin sairaanhoitajien mielestä (Charalambous ym. 2018: 779).

Tutkimuksesta ilmeni, että potilaiden kokemusten mukaan he saivat toiseksi eniten tietoa toiminnallisesta alueesta, mutta silti potilaat kokivat, että eivät saaneet riittävästi tietoa. Tekonivelleikkauksesta toipuminen vie aikaa, sekä rajoittaa potilaiden jokapäiväistä elämää, ja siksi olisi erittäin tärkeää suunnitella miten potilaat tulevat selviytymään kotona. Liikkumisesta ja apuvälinestä sen sijaan potilaat näyttivät tutkimuksen mukaan saavansa tietoa. (Montin ym. 2010: 248,252.)

USA:ssa tehdyssä tutkimuksessa kävi ilmi, että ryhmäohjauksella oli suuri hyöty. Ryhmäohjauksessa saatiin tietoa ja oppia esimerkiksi potilailta, joille oli jo aiemmin tehty polven tekonivelleikkaus. Tutkimuksessa oli havaittu myös, että yhden potilaan kysymys, saattoi antaa vastauksen muiden potilaiden huoleen ja herättää lisäkysymyksiä sitä mukaan. Tutkimuksesta tuli myös ilmi, että sairaanhoitajat ottivat huomioon potilasohjausta suunnitellessaan kotiympäristön uudelleen järjestelyn ja tarvittavien laitteiden hankinnan. Potilasohjauksen ajoituksessa huomioitiin myös se, että potilaalle jäisi riittävästi aikaa liikunnan harjoitteluun ja voiman lisäämiseen. Jotta nämä voisi toteuttaa käytännössä, olisi ohjaus annettava 3 viikkoa ennen leikkausta. (Causey-Upton – Howell – Kitman – Custer – Dressler 2020: 232.)

USA:ssa tehdyn tutkimuksen mukaan ennen tekonivelleikkausta annettava potilasohjaus olisi suositeltavaa järjestää 2–3 viikkoa ennen leikkausta. Tämä aikataulu antaisi potilaille tarpeeksi aikaa liikunnan voimaharjoittelun alkamiseen, ehdotusten toteuttamiseen ja tarvittavien laitteiden hankkimiseen. Tutkimuksesta kävi myös ilmi, että ohjaustilanteiden tulisi kestää 1–1,5 tuntia. Suositeltu aika kattaisi tärkeän sisällön ja tarjoaisi potilaille

mahdollisuuden esittää kysymyksiä. Lisäksi tutkimuksessa ilmeni, että potilasohjauksen yhdeksi yleisimmin toivotuksi aiheeksi nousi selvästi ravitsemuksen merkitys ennen ja jälkeen polven tekonivelleikkauksen. (Causey-Upton ym. 2020: 27–30.)

5.1.4 Eettinen tieto

Tutkimuksessa eettisyydestä nousivat esiin potilaan oikeudet, potilaan kokemukset ja odotukset suhteutettuna heidän hoitoonsa, jotka ovat tärkeä osa potilasohjausta (Johansson ym. 2002: 225). Tutkimuksen mukaan potilaista 77 % (n=209) kokivat saavansa eettistä tietoa ohjaustilanteissa, ja tiesivät miten potilasta koskevat asiat pysyvät salassa. Omaisista/läheisistä 54 % (n=78) taas eivät kokeneet saavansa tietoa esimerkiksi salassapitoa koskevista asioista. Hoitajista 58 % (n=43) arvioi ottaneensa puheeksi salassapitoa koskevia asioita ohjaustilanteissa. (Eloranta ym. 2015: 18.) Potilaan voimavaroistumista tukevaan potilaan ohjaukseen eettiseen osaa kuuluvat potilaan vastuu omasta hoidostaan sekä potilaan osallistuminen hoidon päätöksentekoon. Tutkimukseen osallistuneet potilaat tiesivät omasta vastuustaan hoidon onnistumisen varmistumiseksi, mikä on erittäin tärkeää potilaan sitoutumisessa hoitoonsa. (Montin ym. 2010: 250–252.)

5.1.5 Sosiaalinen tieto

Tutkimuksesta kävi ilmi, että vuosina 2010 ja 2001 tehdyn vertailun perusteella potilaat saivat ohjauksessa merkittävästi vähemmän sosiaalista tietoa vuonna 2010, verrattuna vuoteen 2001 (Eloranta ym. 2016: 42). Tutkimuksesta kävi ilmi, että potilaiden (n=207), läheisten (n=177) ja hoitajien (n=43) arviot sosiaalisen tiedon välittämisestä ohjaustilanteissa olivat hyvin samansuuntaiset. Suurin ero ilmeni jatkohoitopaikan tiedottamisessa. Potilaista 56 % arvioivat saaneensa hyvin tietoa jatkohoitopaikasta, kun taas läheisistä 35 % kokivat, että omaisen jatkohoitopaikasta ei tiedotettu riittävästi. Hoitajista 75 % kertoivat välittäneensä tietoa mahdollisesta jatkohoitopaikasta. (Eloranta ym. 2015: 18.)

USA:ssa tehdyn tutkimuksen mukaan suurin osa palveluntarjoajista kannusti perheenjäsentä tai omahoitajaa osallistumaan ennen leikkausta annettavaan potilasohjaukseen, jotta toinen henkilö olisi myös tietoinen tärkeimmistä ohjeista ja suosituksista kotiuttamiseen liittyen. Tutkimuksesta ilmeni, että näissä ohjaustilanteissa mihin osallistui läheinen, käsiteltiin leikkauspotilaan tukemista toimenpiteen jälkeen. (Casey-Upton ym. 2020: 232.)

Kanadassa tehdyssä tutkimuksessa osallistujat kertoivat, että heillä oli apua kotiutuessa läheisistä. Potilaat sekä läheiset pitivät tärkeänä ohjausta, kuinka voivat auttaa tekoniivelle leikkauksesta toipuvaa kotiympäristössä, joka koettiin haastavana. (Soever ym. 2010:211.) Toisessa tutkimuksessa taas havaittiin, että potilaat, joilla oli aiempaa kokemusta sairaalahoidosta, kertoivat saavansa vähemmän tietoa sosiaaliselta alueelta, kuin muut potilaat. (Montin ym. 2019: 252.)

5.1.6 Taloudellinen tieto

Tutkimuksesta kävi ilmi, että potilaat saivat vähiten tietoa taloudellisesta ulottuvuudesta, mikä on yhdenmukaista aikaisempien tutkimusten kanssa. Vaikka leikkaus on osa julkista terveydenhuoltoa niin potilaalle tulee silti kustannuksia etenkin lääkkeistä ja kuntoutuksesta (Montin ym. 2010: 252). Taloudellisessa ohjaamisessa tulisi ottaa huomioon, miten potilas selviytyy leikkauksen ja sen jälkeisen hoidon kustannuksista. (Eloranta ym. 2015: 18.)

Tutkimuksesta kävi ilmi, että jatkossa potilasohjauksessa tulisi kiinnittää enemmän huomiota taloudelliseen tiedottamiseen, kuten hoitokustannusten käsittelemiseen. Tutkimuksen mukaan molempina tutkimusvuosina 2001 ja 2010 ohjauksessa käsiteltiin vähän sitä, miten potilas selviää taloudellisesti hoitoon ja sairauteen liittyvistä kustannuksista. (Eloranta – Katajisto – Leino-Kilpi 2014; 68.) Ortopediset potilaat odottivat saavansa tutkimuksen mukaan enemmän tietoa leikkauksesta aiheutuneista kustannuksista sekä vuonna 2010, että vuonna 2001 (Eloranta ym. 2016: 42). Myös seitsemän Euroopan maan välisissä vertailuissa tuli samanlaisia tuloksia, että taloudellisen tiedon käsittely oli puutteellista (Charalambous ym. 2018: 776).

5.2 Potilasohjauksen menetelmät

Suomessa tehdyn tutkimuksen mukaan sairaanhoitajan ohjaustaidoilla on suuri merkitys potilasohjauksen onnistumiseen. Sairaanhoitajien on erittäin tärkeää vahvistaa potilasohjaustaitojaan, jotta potilaat saavat korkealaatuista potilasohjausta jokaiselta hoitajaltaan. (Eloranta ym. 2016: 44.)

USA:ssa tehdyssä tutkimuksessa potilaat, jotka saivat ohjausta leikkausta edeltävästi, kokivat olevansa paremmin valmistautuneita leikkaukseen kuin he, jotka eivät saaneet ohjausta (Kearney ym. 2011: 394). USA:ssa preoperatiivista potilasohjausta tarjottiin

yleisemmin ryhmä- tai ryhmä/yksilö ohjauksena. Suurin osa tutkimukseen osallistuneista halusi antaa polven tekonivelleikkauspotilaalle ohjausta ryhmä- ja yksilöohjauksen yhdistelmänä. Tutkimuksesta kävi ilmi, että potilasohjaus on yksilöitävä. Ryhmäohjauksessa ohjauksen sisällöt voitaisiin kattaa jaettuihin sisältöalueisiin. (Causey-Upton ym. 2020: 25–29.)

5.2.1 Suullinen ohjaus

USA:ssa tehdyn tutkimuksen mukaan yleisin ennen leikkausta käytetty ohjausmenetelmä oli suullinen ohjaus, jota seurasi kirjallinen ohjaus. Tutkimuksesta kävi ilmi, että ennen leikkausta annettava potilasohjaus vähensi potilaiden kaatumisia ja heidän ahdistustaan. Preoperatiivinen potilasohjaus lisäsi potilaan valmiutta kotiin ja lyhensi polven tekonivelleikkauspotilaiden sairaalassaoloaika. (Causey-Upton ym. 2020: 24–26.)

Tutkimuksesta ilmeni, että tehostettu sanallinen ohjaus lisäsi potilaiden tietämystä mahdollisista komplikaatioista ja niiden oireista. Nämä potilaat halusivat myös enemmän tietoa tekonivelestään ja ymmärsivät paremmin tekonivelleikkauksen jälkeisen kuntoutumisen. (Montin ym. 2010: 247.) Potilaista suurin osa kertoi myös, että sairaanhoitaja tarkasti ohjauksen ymmärtämisen pyytämällä tekemään ohjattua asiaa, kuten haavan hoitoa tai toistamalla suullisesti saadun ohjauksen (Johansson ym. 2002: 224).

Tutkimus osoitti, että potilasohjauksen toteuttamisessa ei ollut tapahtunut parannusta vertailtujen vuosien välillä. Sairaanhoitajat ottivat puheeksi ohjaustilanteissa potilaan omat oppimistavoitteet useammin vuonna 2001, kuin vuonna 2010. Tutkimuksesta ilmeni, että potilaat eivät osallistu aktiivisesti ohjaustilanteissa, vaan ovat kovin passiivisia. (Eloranta ym. 2016: 45.)

5.2.2 Kirjallinen ohjaus

Tutkimuksen mukaan tarkasteltuna ajanjaksona ohjausmenetelmien monipuolinen hyödyntäminen käytännön hoitotyössä on vähentynyt. Kirjalliseen ohjausmateriaaliin turvaututtiin eniten molempina tutkimusvuosina 2010 ja 2001. Potilaan kyky asioiden omaksumiseen vaikuttaa ohjausmenetelmää valittaessa. (Eloranta – Katajisto – Leino-Kilpi 2014: 70.)

Tutkimuksesta kävi ilmi, että kirjalliset ohjeet tekonivelleikkauspotilaalle olivat melko yleisesti käytössä. Sairaanhoidajan aika potilasohjaukseen on hyvin rajallinen. Kirjallisten ohjeiden käyttäminen tekonivelleikkauspotilaan ohjaamisessa on erittäin hyödyllistä, koska potilas voi palata aina uudelleen katsomaan ohjeita. Kirjallisessa ohjauksessa on hyvin tärkeää huomioida, että ohjausmateriaali sopii potilaalle. Tutkimuksesta kävi ilmi, että kirjallisen ohjausmateriaalin käyttö ei yksinään riitä potilasohjauksessa. (Johansson ym. 2004: 220–221.) Ne potilaat, joille annettiin kirjalliset ohjeet, tarvitsivat vähemmän ohjausta ja fysioterapiaa sairaalassa. Tämä ei kuitenkaan lyhentänyt leikkauspotilaiden sairaalassaolo aikaa. (Montin ym. 2010: 247.)

USA:ssa tehdyssä tutkimuksessa ne potilaat, jotka eivät osallistuneet ennen leikkausta edeltävään potilasohjaukseen saivat ohjauksen muilla keinoilla. Osa haki itse tietoa audiovisuaalisista lähteistä, kuten internetistä tai he saivat kirjallista materiaalia hoitohenkilökunnalta. (Kearney ym. 2011: 393.)

5.2.3 Audiovisuaalinen ohjaus

Tutkimuksen mukaan potilasohjaukselle ja sen toteuttamiselle haasteita asettavat tulevaisuudessa teknologian jatkuva kehittyminen ja ohjattavat itse. Tutkimuksesta käy ilmi, että uusia innovatiivisia ohjausmateriaaleja ja -menetelmiä kehitetään tällä hetkellä. Hoitotyöntekijän tulisi käyttää uusia materiaaleja enemmän ja rohkeammin potilasohjauksen tukena. (Tervo-Heikkinen – Saaranen – Miettinen – Vaajoki 2018: 32.)

USA:ssa tehdyn tutkimuksen mukaan vastaajat halusivat lisätä verkkokoulutuksen ennen leikkausta annettavaan potilasohjaukseen. Yleisesti vastaajat halusivat koulutussisältöön video-ohjausta ja demonstraatiota. Tutkimuksesta kävi ilmi, että potilasohjausta tulisi tarjota yksilöllisten tarpeiden mukaan. Pitkien matkojen, käytännön esteiden tai työaikataulujen vuoksi potilaat eivät välttämättä pysty osallistumaan ennen tekonivelleikkausta annettavaan potilasohjaukseen. Tästä syystä tulisi tarjota useita erilaisia ohjausmenetelmiä, kuten verkkokoulutusta. (Causey-Upton ym. 2020: 27–30.)

Tutkimuksesta ilmeni, että audiovisuaalisia ohjausmenetelmiä käytetään hyvin harvoin. Videoiden/DVD-levyjen monipuolinen käyttö potilasohjauksessa on lisääntynyt, vaikka edelleen hyvin harvinaista. Audiovisuaalinen ohjausmenetelmä mahdollistaisi potilaille ja heidän läheisilleen tarkastella ohjeita useita kertoja, että he ymmärtäisivät ohjauksessa esitetyt tiedot. Lisäksi kyseinen menetelmä antaisi potilaille mahdollisuuden suunnitella

ja hallita omaa hoitoa, sekä tarjoaisi sairaaloille mahdollisuuden välittää alustan avulla tietoa potilaille. (Eloranta ym. 2016: 45.)

USA:ssa tehdyssä tutkimuksessa ilmeni, että kaikki potilasohjauskoulutusta tarjonneet hoitajat käyttivät samaa PowerPoint-diasarjaa. Tämä antoi hoitajille mahdollisuuden antaa samat tiedot kaikille potilaille ennen leikkausta, mikä rajoitti sekaannusta sekä ennen leikkausta, että sen jälkeen. (Causey-Upton ym. 2020: 230.)

6 Pohdinta

6.1 Tulosten pohdinta

Aikaisemmissa tutkimuksissa on raportoitu polven tekonivelleikkaus potilaan ohjaamisessa käsiteltyjä yleisiä aiheita, mutta potilaat selvästi kaipaavat tietoa mitä odottaa leikkaukselta, mitä tapahtuu sen jälkeen. Potilaat ovat nykypäivänä entistä tietoisempia ja osaavat myös itse etsiä tarvittavan tiedon internetistä. Tulokset osoittavat, että tekonivelleikkaus potilaan ohjaamisessa on selkeitä kehitystarpeita. Sekä potilaiden että hoitajien ohjausta tulisi kehittää systemaattisesti. Tuloksista käy ilmi, että tulevaisuudessa tulisi kehittää erilaisia ohjausmenetelmiä, joilla tuetaan potilaiden aktiivista osallistumista opimistavoitteiden asettamiseen ja ohjaustilanteisiin. Tietotekniikan kehitys mahdollistaisi uusien hoitomenetelmien kehittämisen hoitotyöhön, kuten internet-pohjainen potilasohjaus sekä koulutus, sähköpostin, videoiden ja puhelimen avulla. Ohjaustilanteisiin voisi sisältyä potilaiden mahdollisuus antaa palautetta, jolloin sairaanhoitaja ja potilas voisivat yhdessä arvioida potilaan odotuksia ja luoda tavoitteita ohjaukselle. (Eloranta ym. 2016: 45.)

Tutkimuksista havaittiin, että voimavaraistumista tukeva potilasohjaus käsittää kuusi eri tietoaluetta (Eloranta ym. 2015: 18). Alkujaan tietoalueita on ollut käytössä seitsemän, kuten tämän opinnäytetyön taustassa on kerrottu. Onko niin, että kongnitiivinen tietoalue on ikään kuin sisällytetty toiminnallisen tietoalueen sisälle?

Opinnäytetyön ensimmäinen tutkimuskysymys oli, että mitä ohjausta suunniteltu polven tekonivelleikkauspotilas on saanut. Tuloksia tarkasteltaessa käy ilmi, että sisällössä korostuivat biofysiologinen ja toiminnallinen alue erityisesti. Vähälle potilasohjauksessa koettiin jäävän tulosten perusteella taloudellisuuden.

Taloudellisuuteen tulisi jatkossa kiinnittää enemmän huomiota tekonivelleikkauspotilaan ohjaamisessa. Potilaat kaipaavat tietoa leikkauksen aiheuttamista kustannuksista esimerkiksi lääkkeistä, sairaalamaksuista, sairauslomista ja mahdollisista apuvälineistä. Ei ole oikeudenmukaista, että potilasta ei tiedoteta riittävästi hoidon aiheuttamista kustannuksista, mitkä tulevat potilaalle itselleen maksettavaksi. Pahimmassa tapauksessa potilas voi laiminlyödä hoitonsa, koska hänellä ei ole varaa maksaa hoidosta tulevia kustannuksia. Onko kuitenkin niin, että sairaanhoitaja koulutuksessa keskittyy enemmän kliiniseen hoitotyöhön, kuin taloudelliseen näkökantaan ja luotetaan sosiaalityöntekijän hoitavan taloudellisen puolen ohjaamisen? Eettisenä kysymyksenä herää, että mikä on potilaan oman vastuun ja ammattilaisen vastuun välinen suhde (Leino-Kilpi ym. 2012: 4).

Tuloksissa tuli myös ilmi, että ohjauksen menetelmä osiossa oli puutteita. Pelkkä suullinen ohjauksen läpi käynti ei riitä potilaalle, vaan tarvitaan tueksi muitakin menetelmiä. Yleensä suullista ohjausta on tuettu lisäksi kirjallisella tiedolla, kuten haavan hoidossa esimerkiksi kirjalliset ohjeet saatu vielä kotiin. Tänä päivänä kuitenkin sairaaloissa on alettu siirtyä paperittomaan aikaan, joka myös tarkoittaa ohjauksessa haasteita etenkin iäkkäiden kanssa. Audiovisuaaliset menetelmät, kuten internet ovat hyvä tuki potilasohjaukselle, mutta se ei ole kaikkien käytettävissä, joten se luo riskejä ohjauksen onnistumiselle. Esimerkkinä voidaan ottaa iäkkäät ihmiset, jotka edustavat suurinta osaa tekonivelpotilaista. Heillä ei välttämättä tietotaito riitä teknologiaan tai ei ole riittävää välineistöä, joten hoitajan tulee tämä huomioida ohjausmenetelmiä valittaessa.

6.2 Eettisyyden pohdinta

Tutkimusetiikka vastaa kysymykseen mikä on oikein tai väärin (Kankkunen ym. 2013: 211). Tässä opinnäytetyössä kirjallisuuskatsauksen tekijät perehtyivät tutkimuseettisiin lähtökohtiin ja hyviin tieteellisiin käytäntöihin. Noudatettiin tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja eli rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta koko prosessin työstämisen ajan (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012). Eettisyyteen liittyy tutkimuskysymyksen muodostaminen ja etiikan noudattaminen (Kangasniemi ym. 2013: 292).

Piittaamattomuus säädöksiä kohtaan ja vilppi ovat hyvän tieteellisen käytännön vastaisia. Käytettyjen lähteiden merkinnät tehdään huolellisesti viitteisiin eikä toisten aineistoja plagioida. Piittaamattomuus näkyy työssä puutteellisina kirjauksina ja harhaanjohtavana

tulosten esittämisenä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012.) Opinnäytetyön alkuperäisyyden tarkistamiseen käytetään ennen palautusta plagiaatintunnistusohjelmaa Turnitia.

6.3 Luotettavuuden pohdinta

Työssä arvioidaan laadullisen tutkimuksen luotettavuutta kriteereillä; uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys (Kylmä - Juvakka 2007: 127–128). Tiedonhaun luotettavuutta parannettiin käyttämällä kohdennettua hakua ja mukaan valittiin tutkimustietoa, jotka vastasivat tutkimuskysymyksiin. Aineistoa rajaamalla tietoperustasta tuli tiivis ja sen myötä luotettavampi. Tiedonhakua suoritettiin itsenäisesti, mutta tuloksista keskusteltiin yhdessä, jotta valinnat olivat molempien hyväksymiä ja vältettiin mahdolliset virheet analysoimalla tekstit yhdessä.

Opinnäytetyön kaikissa vaiheissa pyrittiin johdonmukaisuuteen ja läpinäkyvyyteen. Opinnäytetyöhön valitut tutkimukset olivat suurimmilta osin englanninkielisiä, joten tämä voi vaikuttaa luotettavuuteen. Toisaalta luotettavuutta lisäsi opinnäytetyössä, kun tutkimukset on tehty eri maissa. Opinnäytetyössä edettiin johdonmukaisesti ohjaajalta saamien ohjeiden avulla.

6.4 Tulosten hyödyntäminen

Opinnäytetyön tuloksista kävi ilmi, että polven tekonivelpotilaan ohjauksessa on paljon kehittämishaasteita tulevaisuudessa. Jatkossa saatuja tuloksia voidaan hyödyntää kyseisen potilasryhmän potilasohjausta kehittäessä. Jatkotutkimuskysymyksen muodostumiseen vaikutti sairaanhoitaja koulutuksessa painotettu tutkitun tiedon hyödyntäminen näyttöön perustuvassa hoitotyössä, johon kuuluu olennaisena osana potilasohjaaminen. Jatkotutkimusehdotuksenamme voisi olla tiedon saantiin ja ohjaukseen liittyen tutkia, miksi potilaat ottavat kotiuttamisen jälkeen sairaalaan yhteyttä uudelleen? Kohdistuuko yhteydenoton kysymykset johonkin tiettyyn tietoaalueeseen ja ovatko nämä juuri ne tietoaalueet mitkä tulivat tutkimustuloksissa esiin.

Oikeiden potilasohjausmenetelmien valinta edellyttää myös hoitajalta hyvää arviointi- ja ammattitaitoa. Uusien hoitajien potilasohjaus ei voi heti yltää kokeneemman hoitajan tasolle. Jatkossa voisi tutkia, kuinka työntekijöiden perehdytys on toteutunut ja onko perehdytyksessä huomioitu kuinka polven tekonivelpotilasta tulisi ohjata.

Potilaat kokevat sairaalaympäristön lähes aina turvallisena, mutta siellä on myös paljon häiriötekijöitä potilasohjauksen kannalta. Ohjaustilanteen tulisi olla rauhallinen yksilön huomioon ottava, mutta monesti hoitajien ajanpuute ja resurssipula näkyvät ohjauksessa. Kiireessä tietoa tulee annettua liikaa ja sitä ei ole pystytty sisäistämään. Onko tämä myös yksi syy sairaalaan uudestaan yhteyden otolle? Voisiko potilaita ohjata kokemusasiantuntijoiden luo ja voisivatko he tulla luennoimaan hoitajille myös? Kuinka hoitajien antama tieto sisäistetään ja keskittyykö se liikaa biologisfysiologiseen, koska tämä tietoaalue askarruttaa heitä eniten?

Lähteet

Ahonen, Outi – Blek -Vehkaluoto, Mari – Ekola, Sirkka – Partamies, Sanna – Sulosaari, Virpi – Uski-Tallqvist, Tuija 2017. Kliininen hoitotyö. 6–7. Painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Best, Janie T. 2005. Revision Total Hip and Total Knee Arthroplasty. *Orthopaedic Nursing* 24 (3): 174–179.

Ben-Morderchai, Bela – Herman, Amir – Kerzman, Hana – Irony, Angela 2010. Structured discharge education improves early outcome in orthopedic patients. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing* 14 (2): 66–74.

Causey-Upton, Renee – Howell, Dana M. – Kitzman, Patrick H. – Custer, Melba G. – Dressler, Emily V. 2020. Preoperative Education for Total Knee Replacement. A National Survey of Orthopaedic Nurses 39 (1): 23–34.

Causey-Upton, Renee – Howell, Dana M. – Kitzman, Patrick H. – Custer, Melba G. – Dressler, Emily V. 2020. Orthopaedic Nurses' Perceptions of Preoperative Education for Total Knee Replacement. A National Survey of Orthopaedic Nurses 39 (4): 227-237.

Charalambous, Andreas – Papastavrou, Evridiki - Valkeapää, Kirsi – Zabalegui, Adelaida – Ingadottir, Brynja – Lemonidou, Chryssoula – Fatkulina, Natalja – Katajisto, Jouko – Leino-Kilpi, Helena 2018. Content of orthopedic patient education provided by nurses in seven European countries. *Clinical Nursing Research* 27 (7): 770–789.

Copanitsanou, Panagiota – Sourtzi, Panayota – Valkeapaa, Kirsi – Lemonidou, Chryssoula 2019. *Nursing Care & Research / Nosileia kai Ereuna (NURS CARE RES)* 54: 144–154.

Eloranta, Sini – Katajisto, Jouko – Leino-Kilpi, Helena 2014. Toteutuuko potilaslähtöinen ohjaus hoitotyöntekijöiden näkökulmasta? *Hoitotiede* 26 (1): 63–73.

Eloranta, Sini – Leino-Kilpi, Helena – Katajisto, Jouko - Valkeapää, Kirsi 2015. Potilasohjaus ortopedisten potilaiden, läheisten ja hoitajien arvioimana. *Tutkiva Hoitotyö* 13 (1): 13–23.

Eloranta, Sini – Katajisto, Jouko – Leino-Kilpi, Helena 2016. Orthopaedic patient education practice. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing* 21: 39–48.

Eloranta, Tuija – Virkki, Sari 2011. *Ohjaus hoitotyössä*. Helsinki: Tammi.

Esoga, Pauline I. – Seidl, Kristin L. 2012. Best Practices in Orthopaedic Inpatient Care. *Orthopaedic Nursing*. 31 (4): 236–240.

Hammar, Anne-Marja 2011. *Kirurgian perusteet*. Helsinki. WSOY Pro Oy.

Helminen, Jari 2017. *Asiakkaan moniammatillinen ohjaus sosiaali- ja terveydenhuollossa*. Helsinki. Edita.

Janhonen, Sirpa – Nikkonen, Merja 2001. *Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä*. Helsinki: Werner Söderström Oy.

Johansson, Kirsi – Nuutila, Liisa-Maija – Virtanen, Heli – Katajisto, Jouko - Salanterä, Sanna 2005. Preoperative education for orthopaedic patients: systematic review. *Journal of Advanced Nursing* 50 (2): 212-224.

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

Kangasniemi, Mari – Utriainen, Kati – Ahonen, Sammari - Pietilä, Annamaija - Jääskeläinen, Petri – Liikanen, Eeva 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsenettyyn tietoon. *Hoitotiede* 25 (4): 291–301.

Kankkunen, Päivi – Vehviläinen-Julkunen, Katri 2015. *Tutkimus hoitotieteessä*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Karma, Anna – Kinnunen, Timo – Palovaara, Marjo – Perttunen, Jaana 2016. *Perioperatiivinen hoitotyö*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kearney, Marge – Jennrich, Mary-Kay – Lyons, Sheri – Robinson, Rochelle – Berger, Barbara 2011. Effects of preoperative education on patient outcomes after joint replacement surgery. *Orthopaedic nursing*. 30 (6): 391–396.

Kiviranta, Ilkka - Järvinen, Markku 2012. *Ortopedia*. Kandidaattitutkimus Oy. Helsinki: Otavan kirjapaino Oy.

Klemetti, Seija – Ingadottir, Brynja – Katajisto, Jouko – Lemonidou, Chryssoula – Papatavrou, Evridiki - Valkeapää, Kirsi – Zabalegui, Adelaida – Leino-Kilpi, Helena 2018. Skills and practices of European orthopedic nurses in empowering patient education. *Research and theory for nursing practice: an international journal* 32 (4): 382–396.

Kylmä, Jari – Juvakka, Taru 2007. *Laadullinen terveystutkimus*. 1 painos. Helsinki: Edita.

Leino-Kilpi, Helena – Kulju, Kati 2012. Potilasohjauksen eettisiä kysymyksiä. Teoksessa Hupli, Maija ym. (toim.). *Potilasohjauksen ulottuvuudet 2*. Turku: Turun yliopisto: 3–12.

Leino-Kilpi, Helena – Luoto, Eija – Katajisto, Jouko 1998. Elements of Empowerment and MS Patient. *Journal of Neuroscience Nursing* 30 (2): 116–123.

Leino-Kilpi, Helena – Mäenpää, Inger – Katajisto, Jouko 1999. Nursing study of the significance of rheumatoid arthritis as perceived by patients using the concept of empowerment. *Journal of Orthopaedic Nursing* 3: 138–145.

Montin, Liisa – Johansson, Kirsi – Kettunen, Jyrki – Katajisto, Jouko – Leino-Kilpi, Helena 2010. Total joint arthroplasty patients' perception of received knowledge of care. *Orthopaedic nursing* 29 (4): 246–253.

Soever, Leslie J. - Mackay, Crystal – Saryeddine, Tina – Davis, Aileen M. - Flannery, John F. - Jaglal, Susan B. - Levy, Charissa – Mahomed, Nizar 2010. Educational needs of patients undergoing total joint arthroplasty. *Physiotherapy Canada* 62 (3): 206–214.

Tervo-Heikkinen, Tarja – Saaranen, Terhi – Miettinen, Tanja – Vaajoki, Anne 2018. Hoitotyöntekijöiden kokemuksia potilasohjauskoulutuksen merkityksestä potilasohjaukselle. *Tutkiva Hoitotyö* 16 (3): 27–33.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkaus epäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje. Verkkodokumentti. <https://tenki.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf>. Luettu 17.8.2020.

Liite 1 Tiedonhakutaulukko

Tietokanta	Hakusanat	Rajaukset	Osumat	Otsikon perusteella valittu	Tiivistelmän perusteella valittu	Koko tekstin perusteella valittu
Medic	Polvi, tekonivelleikkus	Ohjaus, hoitaminen, asiasanojen synonyymit käytössä	21	3	3	2
Cinahl	Patient education, knee	English language, nursing, full text, apply related words	74	5	4	2
Cinahl	Orthopaedic nursing, knee replacement	Apply related words, english language, years 2000-2020	135	4	2	1
Cinahl	Orthopaedic nursing, patient education	Apply related words, apply equivalent subjects, english language, orthopaedic nursing	124	10	6	4
Medline	Patient education, replacement, knee,	All years, all subjects, all journals clinical orthopaedics&Related	52	12	10	2
Medline	Orthopaedic nursing, patient education	Include related terms, 5 stars only	24	6	5	3
Cinahl	Knee arthroplasty, patient education	English language, full text, apply related words	99	5	2	1
			Yhteensä 530	yhteensä 40	yhteensä 30	yhteensä 15

Liite 2. Analysoidut artikkelit

Tutkimuksen tekijät, tutkimusvuosi ja tutkimuspaikka	Tutkimus tarkoitus	Tutkimuksen kohde-ryhmä	Aineiston keruu ja analysointi	Tulokset
Ben- Morderchai – Herman – Kerzman – Irony 2010, Israel	Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida jäsennellyn ja yksilöllisen potilasohjauksen vaikutusta kotiutumisen.	Tutkimukseen osallistui ortopedisiä potilaita Israelissa noin 47	Aineisto oli analysoitu tilastollisin menetelmin.	Tutkimuksessa painottui biofysiologinen, toiminnallinen ja kokemuksellinen tieto. Jäsennellyn ohjauksen saaneilla tyytyväisyys oli suurempi.
Casey-Upton – Howell – Kitzman – Custer – Dressler 2020, USA	Tutkimuksen tarkoitus oli kuvailla ortopedisten sairaanhoitajien käsityksiä preoperatiivisesta potilasohjauksesta ennen polven tekonivelleikkausta	Tutkimukseen osallistui 10 ortopedista sairaanhoitajaa.	Aineisto analysoitiin laadullisin menetelmin.	Osallistujat uskoivat, että leikkausta edeltävä koulutus oli merkittävä tekijä potilaan tuloksiin leikkauksen jälkeen.
Casey-Upton – Howell – Kitzman – Custer – Dressler 2020, USA	Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata polven tekonivelleikkausta edeltävää potilasohjauksen menetelmiä kaikkialla Yhdysvalloissa.	Tutkimukseen osallistui 591 ortopedistä sairaanhoitajaa.	Aineisto oli analysoitu laadullisin menetelmin.	Osallistujat uskoivat, että leikkausta edeltävä ohjaus oli merkittävässä roolissa leikkauksen jälkeisiin tuloksiin. Eri ammattiryhmien välistä koulutusta arvostettiin. Koulutusohjelmia kehitettiin jatkuvasti näyttöön perustuvan käytännön ja ortopedisten protokollien muutosten mukaan.

Charalambous – Papas-tavrou - Valkeapää - Zabalegui – Ingadottir – Lemonidou – Fatkulina – Katajisto – Leino-Kilpi 2018, Kypros	Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia sairaanhoidajien ohjauksen sisältöä tekonivelpotilaille ja heidän omaisilleen. Lisäksi eri maiden eroavaisuuksia tutkittiin.	Tutkimuksessa oli mukana 18 ortopedistä yksikköä 7 eri Euroopan maasta. Määrällisesti noin 1603 ihmistä.	Aineisto oli analysoitu tilastollisin menetelmin.	Tuloksissa tuli ilmi, että koulutus painottui biofysiologiseen ja toiminnallisiin tarpeisiin. Tulevaisuudessa tulisi keskittyä ohjauksessa kertomaan potilaille tulevasta ja saada heitä motivoitumaan osallistumaan. Kaikissa maissa eroja hoitajien ja potilaiden kokemana eroja saadun ohjauksen suhteen.
Copanitsanou – Sourtzi – Valkeapää – Leminidou 2019, Kreikka	Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia tietoa minkä polven tekonivel-leikkauspotilaat saavat sekä sairaalahoidon aikana että kuuden kuukauden kuluttua leikkauksesta.	Tutkimukseen osallistui 72 potilasta sairaalahoidon aikana, ja 36 potilasta kuuden kuukauden kuluttua.	Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin.	Tuloksista tulee ilmi, että potilaan ahdistus lisääntyi, kun he eivät saaneet tietoa niin paljon kuin halusivat.
Eloranta – Katajisto – Leino-Kilpi 2014, Suomi	Tarkoituksena oli kuvailla hoitotyöntekijöiden toteuttamaa potilaslähtöistä ohjausta ja tarkastella siinä tapahtuneita muutoksia viimeisen vuosikymmenen aikana.	Kohderyhmänä yhden yliopistollisen keskussairaalan hoitotyöntekijät vuosina 2001–2010. Kyselyyn vastasi vuonna 2001 623 hoitotyöntekijää ja vuonna 2010 756 hoitotyöntekijää	Ensin aineistot kuivailtiin tarkastelemalla muuttujien frekvenssi ja prosenttijakaumia. Kyselylomakkeen teoreettisen sisällön mukaisesti muodostettiin summanmuuttujia.	Hoitotyöntekijät arvioivat, että vuonna 2010 potilasohjaustaidot olivat paremmat kuin vuonna 2001. Viimeisen vuosikymmenen aikana myönteistä kehitystä oli havaittavissa ohjauksen sisällön laajenemisessa

Eloranta – Leino-Kilpi – Katajisto - Valkeapää 2015, Suomi	Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla voimavaraistumista tukevaa potilasohjausta ja sen toteutumista, sekä siinä yhteydessä olevia tekijöitä ortopedisen leikkauspotilaan kohdalla.	Kohderyhmä olivat ortopediset polvi- ja lonkkaproteesi potilaat. Määrällisesti potilaita noin 207, läheisiä noin 177 ja hoitajia noin 43.	Aineisto oli analysoitu tilastollisin menetelmin.	Voimavaraistumista tukevan ohjauksen kuusi aluetta esillä. Kaikkien ryhmien välillä suuria eroja paitsi sosiaalisen tiedon saamisessa. Taloudellisen tiedon saanti, joka ryhmän mielestä heikoin.
Eloranta - Katajisto – Leino-Kilpi 2016, Suomi	Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia ortopedisten sairaanhoitajien käsityksiä potilasohjauksesta.	Tutkimukseen osallistui vuonna 2001 56 ortopedistä sairaanhoitajaa ja vuonna 2010 51 sairaanhoitajaa yhdessä yliopistollisessa sairaalassa.	Aineisto oli analysoitu tilastollisin menetelmin.	Tutkimustuloksista kävi ilmi, että potilasohjauksen käytännössä on selkeää tarvetta ohjauksen kehittämiseksi.
Johansson - Salanterä - Katajisto – Leino-Kilpi 2002, Suomi	Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata 1) miten potilaat ja sairaanhoitajat kokivat ortopedisen potilasohjauksen sisällön, rakenteen ja ratkaisut 2) mitä potilaat tiesivät hoidostaan 3) miten sairaanhoitajat arvioivat omia koulutustaitojaan	Tutkimukseen osallistui noin 146 ortopedistä potilasta, 56 sairaanhoitajaa kolmelta eri ortopediseltä osastolta yliopistollisessa sairaalassa.	Aineisto oli analysoitu tilastollisin menetelmin.	Biofysiologiseen ja toiminnallisiin kohtiin puututtiin parhaiten, kun taas kokemuksellisiin, eettisiin ja taloudellisiin kysymyksiin vähiten. Keskustelut, kirjallinen materiaali ja esittely yleisimmin käytettyjä menetelmiä, kun taas tietotekniikkaa käytettiin harvoin. Potilaiden tiedot hoidosta riittävät, mutta mahdollisista ongelmista riittämättömät.

Johansson – Nuutila – Virtanen – Katajisto - Salanterä 2005, Suomi	Systemaattisen katsauksen tavoitteena kuvata ennen leikkausta annettava potilasohjausta, kirjallisuuden laajuutta ja menetelmiä sekä tunnistaa tämän ohjauksen vaikutukset.	Eri tietokannoista haettiin ajanjaksoa kunkin tietokannan alusta alkaen aina vuoteen 2003 asti. Mukaan valittiin tutkimukset mitkä koskivat ortopedisiä potilaita, ennen leikkausta annettavaa potilasohjausta.	Aineisto analysoitu meta-analyysi menetelmin.	Tulosten perusteella ennen leikkausta annettavalla potilaanohjauksella on vaikutuksia potilaan tietotasoon ja ahdistuneisuuteen.
Kearney – Jennrich – Lyons – Robinson – Berger 2011, USA	Tutkimuksen tarkoituksena oli tuloksia sairaalassa preoperatiiviseen ohjaukseen osallistuneiden ja ei osallistuneiden välillä.	Tutkimukseen osallistui ortopedisiä lonkka ja tekonivel potilaita. Määrä noin 150 kpl.	Aineisto oli analysoitu tilastollisin menetelmin.	Sairaanhoidajan ohjausmenetelmänä korostui suullinen ja kirjallinen ohjaus. Potilaat itse hyödynsivät audiovisuaalista ohjausta.
Klemetti – Ingadottir – Katajisto – Lemonidou – Pappastravour - Valkeapää - Zabalegui – Leino-Kilpi 2018,	Tutkimuksen tarkoituksena on yleiskuva eurooppalaisten sairaanhoidajien itsensä määrittämisestä taidoistaan ja käytännöistä potilasohjauksen tehostamisessa.	Tutkimukseen osallistui noin 317 sairaanhoidajaa seitsemästä Euroopan maasta.	Aineisto oli analysoitu tilastollisin menetelmin.	Sairaanhoidajat pitivät potilasohjausta tärkeänä osana työtään ja taitonsa arvioivat hyväksi. Potilasohjauksen suurimpina esteinä olivat ajan puute ja ylikuormitus. Jatkossa johdon tulisi tukea sairaanhoidajien kliinistä työtä ja parantaa heidän näytönsä perustuvaa tietoa, jossa potilasohjaus asetetaan etusijalle sairaalassa.

Montin – Johansson – Kettunen – Katajisto – Leino-Kilpi 2010, Suomi	Tutkimuksen tarkoituksena oli tekonivelleikkauspotilaiden käsityksiä kuvailla heidän saamasta potilasohjauksesta ja tiedosta.	Ortopediset tekonivel lonkka- ja polvipotilaat. Määrä noin 123.	Aineisto oli analysoitu tilastollisin menetelmin.	Ohjauksessa tulivat ilmi kuusi voimavaraistumista tukevaa menetelmää. Painopiste oli biofysiologisessa sekä toiminnallisessa ohjauksessa. Taloudellinen tiedon saanti vähäisintä.
Soever – Mackay – Saryeddlie – Davis – Flannery – Jaglal – Levy – Mahomed 2010, Kanada.	Tutkimuksen tarkoituksena oli tunnistaa aikuisten ohjaustarve, jotka olivat menossa lonkan tai polven tekonivel leikkaukseen.	Tutkimukseen osallistui 15, joista 5 oli menossa leikkaukseen ja 10 oli ollut leikkauksessa viimeisen 3–6 kuukauden sisällä.	Aineiston analyysissä oli käytetty vertailevaa kontrasti menetelmää.	Ohjaus aiheissa korostuivat preoperatiivinen vaihe, leikkaus ja leikkauksesta toipuminen, kuntoutusprosessi ja toiminnallinen osuus sekä pelot.
Tervo-Heikkinen – Saaranen – Miettinen – Vaajoki 2018, Suomi	Tutkimuksen tarkoitus on kuvata hoitotyöntekijöiden kokemuksia koulutuksen merkityksestä potilasohjaukselle.	Aineisto kerättiin syventävään potilasohjauskoulutukseen osallistuneiden (N=42) pienryhmissä toteutetuissa reflektiokeskusteluissa (n.38) tai kirjallisina kuvauksina (n=4).	Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä.	Hoitotyöntekijät kokivat, että syventävä potilasohjauskoulutus lisäsi heidän ymmärrystään näyttöön perustuvan ohjausmenetelmien hyödyntämisestä potilasohjausprosessin eri vaiheissa.