

**LONKKA- JA
POLVIPROTEESILEIKATTUJEN
ASIAKASTYYTYVÄISYYS
PIEKSÄMÄEN SAIRAALASSA**

Anni Hartikainen ja Mari-Kaisa Lyyra
Opinnäytetyö, Syksy 2011
Diakonia-ammattikorkeakoulu, Diak Itä
Pieksämäki
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto
Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Hartikainen, Anni & Lyyra, Mari-Kaisa. Lonkka- ja polviproteesileikattujen asiakastyytyväisyys. Pieksämäki, syksy 2011, 31 sivua, 1 liite.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Diak Itä, Pieksämäki. Terveysalan koulutusohjelma, hoitotyön suuntautumisvaihtoehto, sairaanhoitaja (AMK).

Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää Pieksämäen sairaalan leikkausosaston lonkka- ja polviproteesileikattujen potilaiden asiakastyytyväisyyttä. Aihe oli työelämälähtöinen, koska Pieksämäen sairaalan leikkausosasto halusi kyseisestä aiheesta tutkimustietoa hoitotyön kehittämistä varten.

Aineistoa kyselylomakkeen tekoa varten kerättiin aikaisemmista, jo tehdyistä tutkimuksista. Kysely toteutettiin tammi-maaliskuussa 2011 kvantitatiivisella tutkimuksella strukturoidun kyselykaavakkeen avulla. Lomakkeessa oli muutama avoin kysymys, joiden avulla tarkennettiin potilaan kokemuksia. Lisäksi lomakkeen lopussa oli kohta, jossa sai antaa palautetta omin sanoin.

Esitestauksessa lomakkeita jaettiin viisi kappaletta, joista kolme palautui. Niiden pohjalta tehtiin muutoksia lopullista kyselylomakkeita varten. Lopullisia kyselylomakkeita jaettiin 43 kappaletta, joista 34 palautui, joten vastausprosentti oli 79 %.

Analysoimme tuloksia SPSS-tilastointiohjelman avulla. Ristiintaulukoinnin muuttujina olivat ikä sekä sukupuoli. Vapaan palautteen antokohdan vastaukset koottiin ja pääkohdat esiteltiin. Tutkimustulosten esittely toteutettiin prosenttijakaumien avulla, joiden havainnollistamisen tukena käytettiin graafisia kuvioita.

Pieksämäen sairaalan leikkausosaston lonkka- ja polvileikatut potilaat olivat erittäin tyytyväisiä intraoperatiiviseen sekä heräämövaiheen hoitoon. Saatuja tuloksia voidaan hyödyntää leikkausosaston kehittämisessä, vaikka negatiivista palautetta ei juurikaan tullut.

Asiasanat: asiakastyytyväisyys, lonkkaproteesi, polviproteesi, intraoperatiivinen hoitotyö, kvantitatiivinen tutkimus.

ABSTRACT

Hartikainen, Anni & Lyyra, Mari-Kaisa. Client satisfaction of hip and knee replacement operated patients. Pieksämäki, 31p., 1 appendix. Language: Finnish. Pieksämäki, Autumn 2011.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing, Option in Nursing. Degree: Nurse.

The aim of this study was to investigate client satisfaction of hip and knee replacement patients in the surgery ward in Pieksämäki's hospital. The theme of this study was working life oriented, because the surgery ward of Pieksämäki's hospital wanted research data from this theme for developing their care work.

The material for the questioning form was assembled by earlier made researches. The questionnaire was implemented from January to March in 2011 by quantitative research together with a questioning form. There were some open questions in the questioning form which helped to define and describe experiences of the patients. In the end of this form there was also an area where the patients had a chance to give some feedback in their own words.

In the pretesting there were shared five forms, and four of them came back. From the pretesting form changes were made onto the final questioning form. 43 copies of final forms were shared and 34 of them came back. So the response percentage was 79 %.

SPSS was used to carry out the statistical analysis. The variables of the crosstable were age and sex. The area in which the patients could give some feedback in their own words were collected and then the mainpoints were expounded. The expounding of the results was presented by percentages and they were reinforced with some graphic figures.

The main result of this study is that the patients of this surgery ward were very satisfied with the caring of the intraoperative and post-Anesthesia Care Unit. This result can be exploited to develop the action of the surgery ward, even though there was not expressed any negative feedback.

Keywords: client satisfaction, hip replacement, knee replacement, intraoperative caring, quantitative research.

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	5
2 PERIOPERATIIVINEN HOITOTYÖ.....	6
2.1 Käsitteet ja lähtökohdat	6
2.2 Potilaan hoitopolku.....	7
3 PROTEESILEIKKAUS	9
3.1 Polviproteesi	10
3.2 Lonkkaproteesi	11
4 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT.....	13
4.1 Vuorovaikutus potilas-sairaanhoitaja suhteessa	13
4.2 Kivunhoito	13
4.3 Arvot ja periaatteet	14
4.4 Sairaanhoitajan ammatillinen pätevyys	17
4.5 Leikkausosaston ilmapiiri.....	18
5 ASIAKKUUS JA LAATU.....	19
5.1 Asiakas palvelun saajana	19
5.2 Laatu ja laatutyöskentely	19
6 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT.....	21
7 ASIAKASTYYTYVÄISYYSKYSELYN SUORITTAMINEN	22
7.1 Kohderyhmä	22
7.2 Tutkimusmenetelmä ja kyselylomakkeen laatiminen.....	22
7.3 Aineiston keruu.....	23
7.4 Aineiston käsittely	24
8 TUTKIMUKSEN TULOKSET	25
8.1 Henkilökunnan kohtelu.....	25
8.2 Kivunhoito	26
8.3 Muut tuntemukseni	26
8.4 Henkilökunnan osaaminen	27
8.5 Leikkausosaston ilmapiiri.....	28
8.6 Risut/ruusut leikkausosastolle	29
9 POHDINTA	30
LÄHTEET.....	32
LIITTEET	34

1 JOHDANTO

Suomalaista ja kansainvälistä tutkimustulosta intraoperatiivisesta hoitotyöstä on vähän. Tutkimukset käsittelevät potilaan kokemuksia ja ohjausta, hoitotyön kirjaamista tai tii- mityöskentelyä. (Tengvall Erja, 2010.)

Saimme tutkimuksemme aiheen oppilaitoksessamme järjestetyssä opinnäytetyötori- tilaisuudessa keväällä 2010. Kiinnostuimme aiheesta, koska meillä oli erilaiset hoito- työn kiinnostuksen kohteet ja tämä aihe tuntui molemmista mieleiseltä. Olemme mo- lemmat olleet työharjoittelussa kirurgian osastolla sekä tutustuneet myös leikkaussalin toimintaan, joten polvi- ja lonkkaproteesileikattujen potilaiden hoitopolku oli ennestään tuttu. Pieksämäen sairaalassa intraoperatiivisella tarkoitetaan leikkaussali- ja heräämö- vaihetta.

Laajemmin ajateltuna aiheemme liittyy hoitotyön laatu-käsitteeseen, joka teemana nou- see koko ajan yhä enemmän esille. Tulevaisuuden suuntana näyttää leikkauksienkin suhteen olevan keskittäminen isoihin sairaaloihin, joissa on resursseja tehdä määrälli- sesti enemmän toimenpiteitä ja näin ollen laatu, esimerkiksi ammattitaito, lyhyemmät hoitoajat ja välineistö, pysyy korkeampana. Koska Pieksämäen sairaala on pieni yksik- kö, on tärkeä näyttää, että hoitotyö on laadukasta ja asiakkaat tyytyväisiä.

Tutkimustehtävänä on kehittää leikkausosaston toimintaa polvi- ja lonkkaproteesileik- kausten osalta. Tutkimme potilaiden asiakastyytyväisyyttä intraoperatiiviseen vaihee- seen moniosaisella kyselylomakkeella. Kyselylomakkeessa aihetta käsiteltiin potilaan näkökulmasta, hänen kokemuksiansa ja tuntemuksiensa kautta.

2 PERIOPERATIIVINEN HOITOTYÖ

Sana ”peri” tarkoittaa kreikankielessä ympäri. Perioperatiivinen on leikkaushoidon kokonaisuus, johon sisältyy leikkauksen eri vaiheet. Perioperatiivisella hoitotyöllä tarkoitetaan leikkaus- ja anestesiaosaston hoitajan tekemää leikkaus- ja toimenpidepotilaan hoitotyötä. (Lukkari, Kinnunen & Korte 2007, 11.)

2.1 Käsitteet ja lähtökohdat

Termi ”perioperatiivinen hoito” otettiin käyttöön vuonna 1978 Yhdysvalloissa, mutta Suomessa sitä alettiin käyttää keskiasteen koulu-uudistuksen myötä 1987. Se kuvaa toimenpidettä edeltävää, toimenpiteen aikaista ja sen jälkeistä toimintaa kirurgisen potilaan hoidossa. 1990 ilmestyneessä oppikirjassa käytettiin ensimmäisen kerran sanaa perioperatiivinen hoitotyö. (Lukkari ym. 2007, 11.)

Perioperatiivisessa hoidossa sekä hoitotyössä korostuvat potilaskeskeisyys sekä hoitotekniset taidot, ne ovat välttämättömiä korkealaatuisen ja turvallisen hoidon toteutuksessa. Hoitohenkilökunnalla on oltava hyvät vuorovaikutustaidot ja kunnioitusta potilasta kohtaan, jolloin yksilöllisyys, potilaskeskeisyys, kokonaisvaltaisuus, turvallisuus sekä hoitotyön jatkuvuus korostuvat. Perioperatiivisessa hoitotyössä tarvitaan ihmisen terveyttä ja sairautta koskevaa erityistä, monitieteellistä tietoa. Siinä sovelletaan lääke- ja hoitotieteen lisäksi tutkimustietoa my tieteenaloilta esim. psykologiasta, kasvatustieteistä, matematiikasta sekä teknologia-alalta. (Lukkari ym. 2007, 11–12.)

Myös perioperatiivinen hoitotyö on näyttöön perustuvaa. Näyttöön perustuva hoitotyö pohjautuu tieteelliseen tutkimusnäyttöön, toimintanäyttöön sekä kokemukselliseen näyttöön. Suomessa tehdyt väitöskirjat tarkastelevat tieteellistä tutkimusnäyttöä muun muassa kivunhoidon, perioperatiivisen hoitotyön laadun sekä potilaiden kokemusten pohjalta. (Lukkari ym. 2007, 121–4.) Yksi näistä tutkijoista on Sirpa Hankela, jonka väitöskirjaa intraoperatiivisesta hoitotyöstä, jota käytämme opinnäytetyössämme.

2.2 Potilaan hoitopolku

Perioperatiivinen hoitoprosessi jaetaan ajallisesti kolmeen vaiheeseen: preoperatiiviseen eli toimenpidettä edeltävään aikaan, intraoperatiiviseen eli toimenpiteen aikaiseen vaiheeseen sekä postoperatiiviseen eli toimenpiteen jälkeiseen vaiheeseen. (Lukkari ym. 2007, 20.)

Perioperatiivisen potilaan hoitopolku alkaa siitä, kun hänelle tulee vaiva, joka tarvitsee toimenpidettä tai leikkausta. Vaiva voi vaatia leikkaushoitoa heti tai kehittyä myöhemmin, jolloin potilas laitetaan leikkausjonoon. (Lukkari ym. 2007, 22.) 1.5.2011 astui voimaan terveydenhuoltolaki, jonka mukaan kolmen viikon sisällä lähetteen saapumisesta on aloitettava erikoissairaanhoidon tarpeen arviointi sekä siihen liittyvät tutkimukset, ja ne on saatava päätökseen kolmessa kuukaudessa. Puolessa vuodessa varsinainen hoito on toteutettava. (Terveyskirjasto 2011.) Potilaan maksukyvyllä ei ole mitään tekemistä asian kanssa, vaan kunnan tai kuntayhtymän on järjestettävä määrättyssä ajassa potilas hoitoon. Jos kunta ei pysty itse tarjoamaan palvelua, sen on tarjottava hoito toisella palveluntuottajalla. (Lukkari ym. 2007, 23–24.)

Potilaan saatua lähetteen erikoissairaanhoidosta tai yliopistollisesta sairaalasta hänelle varataan aika lääkärille kirurgian poliklinikalle. Siellä vaiva tutkitaan uudelleen ja tarvittaessa tehdään lisätutkimuksia sekä määritellään jatkohoidontarve. Vastaanotolla tehdään leikkauspäätös ja potilas asetetaan leikkausjonoon. Leikkausjono vaihtelee pituuden ja kiireellisyysasteen mukaan, mutta potilaan on päästävä kuitenkin puolen vuoden sisällä toimenpiteeseen. Päätöksen saatuaan potilas jää odottamaan leikkausaikaa. Hän saa kirjalliset ohjeet toimenpiteestä ja siihen valmistautumisesta. Suositeltavaa on, että ennen leikkausta hän kävisi leikkaavassa sairaalassa preoperatiivisella käynnillä. (Lukkari ym. 2007, 24–25.)

Preoperatiivinen vaihe alkaa, kun potilas on saanut leikkauspäätöksen. Ihanteellista olisi, jos hoitaja tapaisi potilaan preoperatiivisella käynnillä, jonka aikana tämä haastatellaan, ohjataan ja henkisesti valmistellaan toimenpidettä varten. (Lukkari ym. 2007, 20.) Tapaamisen olisi hyvä olla yhdestä kolmeen viikkoa ennen toimenpidettä. Sairaalasta riippuen potilas tapaa käynnillä endoproteesihoitajan ja fysioterapeutin, mahdollisesti myös leikkaavan ortopedin sekä anestesia lääkäriin. Käynnin tarkoituksena on varmistua

potilaan riittävästä terveydestä. Käynnillä otetaan laboratoriokokeita ja röntgenkuva leikattavasta nivelestä, yleensä myös keuhkokuva yli 65-vuotiaista. (Vainikainen 2010, 43–44.) Potilas valmistautuu toimenpiteeseen kotonaan saamiensa ohjeidensa mukaan. hänet voidaan myös kutsua edellisenä päivänä sairaalaan, jolloin valmistelut ja tarvittavat tutkimukset tehdään osastolla. Tämän vaiheen aikana hoitohenkilökunta kerää tietoa potilaasta, tekee leikkauksen ja anestesian kannalta välttämättömiä tutkimuksia, ohjaa sekä potilasta että hänen läheisiään ja suunnittelee potilaan hoitoa. Äkillisissä kirurgisissa vaivoissa (esim. onnettomuus) potilas lähetetään tutkimusten ja esivalmistelujen jälkeen leikkausosastolle. Preoperatiivinen vaihe päättyy, kun vastuu potilaan hoidosta siirtyy leikkausosaston henkilökunnalle. (Lukkari ym. 2007, 20, 25.)

Intraoperatiivinen vaihe alkaa, kun potilas vastaanotetaan leikkausosastolle. Yleensä tämä vaihe päättyy, kun potilas siirretään tarkkailuun. Pieksämäen sairaalassa intraoperatiiviseen vaiheeseen kuuluu myös heräämövaihe. Hoitotyöhön kuuluu potilaan henkisen tukeminen, siirtäminen leikkauspöydälle ja hyvän leikkausasennon löytyminen, voimien ja tajunnantason jatkuva tarkkailu sekä arviointi, aseptinen toiminta, kirjaaminen ja raportointi. Hoitohenkilökunnan lisäksi intraoperatiiviseen hoitoon osallistuvat esimerkiksi välinehuoltajat sekä siivoojat. Potilaan ja hoitajan välinen vuorovaikutus on tärkeä hoitokokemuksen muodostumisessa. (Lukkari ym. 2007, 20–21.)

Postoperatiivinen vaihe alkaa, kun potilas siirretään heräämööseen. Heräämössä tarkkailaan ja seurataan potilaan toipumista toimenpiteestä. Tavoitteena on elintoimintojen vakiinnuttaminen, jotta potilas voidaan siirtää jatkohoitoon. Postoperatiivinen vaihe päättyy, kun potilas ei tarvitse hoitotyötä, joka liittyy leikkaustapahtumaan. Jatkohoitopaikkoja toimenpiteestä riippuen voivat olla esimerkiksi vuodeosasto tai koti. Vuodeosastolta potilas kotiutetaan yksilöllisesti. Postoperatiivinen vaihe jatkuu seuraavaan päivään saakka. (Lukkari ym. 2007, 21–22.)

3 PROTEESILEIKKAUS

1960-luvun lopulla alkoi nykymuotoinen tekonivelkirurgia Suomessa. Kuitenkin vasta 1980-luvulla sitä alettiin käyttää enemmän. Suomessa tehdään vuosittain yli 10 000 polvien tekonivelleikkausta ja hieman alle 10 000 lonkkien tekonivelleikkausta, määrät sisältävät myös uusintaleikkaukset. Tekonivelleikkausten määrä on jatkuvassa kasvussa. Suomessa leikkauksia tehdään noin 60 sairaalassa, julkisella sektorilla sekä yksityisellä puolella. Tekonivelen asettamiselle ei ole ikärajaa, keski-ikä on nykyisin alle 70 vuotta ja se on alenemassa. Kuitenkaan kovin nuorille ei tekoniveltä haluta mielellään asentaa, sillä se ei ole ikuinen ja uusintaleikkauksen tulokset eivät ole yhtä hyviä kuin ensimmäisen. Hyvin iäkkäillä potilailla yleissairauksien riski suurenee, joten ne voivat heikentää leikkauksesta toipumista sekä rajoittaa kuntoutumista. Tärkein syy toimenpiteeseen haakeutumiseksi on kipu, joka haittaa jokapäiväistä elämää. Nivelvaurion taustalla voi olla useita syitä, esimerkiksi tapaturma, nivelreuma tai osteonekroosi. (Vainikainen 2010, 323–8.)

Väestön vanhetessa myös nivelrikon esiintyvyys lisääntyy. Ikääntymisen myötä ruston ominaisuuksien muuttuminen, virheellinen tai liiallinen kuormittuminen sekä rustoon syntyneet vammat ovat nivelrikon taustalla. Myös perintötekijät vaikuttavat nivelrikoon. Lonkan ja polven nivelrikko ei välttämättä oireile aluksi mitenkään, vaan se alkaa vähitellen. Ensin raskuudessa, myöhemmin kipukaudet pitenevät. Nivelten liikkuvuus rajoittuu ja liikkuminen hankaloituu. Lääkəriin hakeudutaan yleensä siinä vaiheessa, kun kivut haittaavat jokapäiväistä elämää. Lääkəri tekee diagnoosin nivelrikosta nivelen tutkimuksen sekä röntgenkuvan perusteella. (Vainikainen 2010, 11–17.)

Lonkan ja polven nivelrikot ovat kalliita kansantauteja sekä yksilölle että yhteiskunnalle. Kuusi prosenttia työttömyyseläkkeen saajista on nivelrikon vuoksi työttömänä olevia. Nivelrikko rajoittaa elämää ja huonontaa elämänlaatua kuitenkin yleensä vasta eläkeikässä. Vuosittain nivelrikosta aiheutuu yhteiskunnalle arviolta miljardin euron kustannukset. Kalliista hinnasta huolimatta ne ovat kustannustehokkaita ja elämänlaatumittareilla arvioituna vaikuttavia hoitomenetelmiä. Yhden polven tai lonkan leikkaus yksityisellä maksaa proteesin tyypistä riippuen noin 9 000–12 000 euroa ja molempien 16 000–20 000 eurosta ylöspäin. Hintoihin vaikuttaa oleellisesti sairaalassaoloaika. Normaalisti

sairaalassa ollaan toimenpiteen jälkeen kolmesta viiteen vuorokautta, potilaan kunnon niin vaatiessa myös pidempään. (Vainikainen 2010, 11.)

Ortopedi Keijo Mäkelä tutki 2010 tehdyssä englanninkielisessä väitöstutkimuksessaan lonkkaproteesileikkauksia Suomessa. Tutkimuksessaan hän toi esille, että lonkkaleikat-
tujen potilaiden hoitopäivien määrä vaihtelee eri puolella Suomea. Sairaaloissa, joissa
tehtiin paljon lonkan tekonivelleikkauksia, hoitajakset olivat lyhempiä kuin sairaaloissa,
joissa niitä tehtiin vähän. Lonkan tekonivelen sijoiltaanmenon riski oli myös todennä-
köisempää sairaaloissa, joissa toimenpiteitä tehtiin vähän. Hänen mukaansa tekonivel-
leikkausten keskittäminen leikkausmääriltä suuriin sairaaloihin olisi järkevää, sillä se
vähentäisi merkittävästi kustannuksia. (Mäkelä 2010.)

Suurin osa leikatuista kokee elämänlaatunsa parantuneen tekonivelen myötä. Lonkka-
leikkausten tulokset ovat jonkin verran parempia kuin polvileikkauksen. Lonkan ope-
roiminen parantaa toimintakykyä enemmän kuin polven. Miehet hyötyvät polvileikka-
uksesta naisia enemmän. (Vainikainen 2010, 39.)

3.1 Polviproteesi

Polvi on ihmisen suurin nivel. Polvi altistuu monenlaisille vammoille reisi- ja sääriluun
pitkien vipuvarsien sekä niitä liikuttavien voimakkaiden lihasten vuoksi. Polven nivel-
rikkoa esiintyy yli 30 vuotiaista naisista noin seitsemällä prosentilla ja miehistä noin
viidellä prosentilla. 65-74-vuotiaista naisista 18 % ja miehistä 11 % kärsii nivelrikosta,
yli 75-vuotiailla sitä esiintyy jo 20-40 %:lla. Polven nivelrikko on naisilla yleisempää
kuin miehillä. Naisilla nivelrikon esiintyvyys on kuitenkin vähentynyt viimeisten parin-
kymmenen vuoden aikana miehiin verrattuna. (Vainikainen 2010, 11.) Viime vuosina
polven tekonivelleikkauksen kliiniset tulokset ovat parantuneet kivun lievityksen sekä
polven toiminnan kannalta. Myös tekonivelten kesto ja pysyvyys ovat parantuneet. Ny-
kyisin polviproteesit muistuttavat oikean polven anatomiaa. Molempiin polviin on omat
proteesit. (Roberts, Alhava, Höckerstedt & Kivilaakso 2004, 816.)

Polven nivelrikossa polvea särkee ensin liikkeessä, myöhemmin särky jatkuu myös le-
vossa eikä se tunnu kantavan. Nivel tuntuu jäykältä etenkin yön jäljiltä sekä pitkään

paikalla ollessa. Liikerata voi supistua nivelrikon myötä. (Vainikainen 2010, 17.) Tekoniveliä ei mielellään asenneta yli 65-vuotiaille eikä runsaasti ylipainoisille. Jos polvessa ei ole ojennusvoimaa, jää toimenpiteen tulos huonoksi. (Roberts ym. 2004, 816.)

Leikattavaan kohtaan tehdään verityhjiö. Viillolla katkaistaan reisilihas, jotta polvilumppio ja nivel ovat esillä. Ensin työstetään reisiluu, jonka jälkeen siirrytään sääriluuhun. Polven tekonivel kiinnitetään yleensä sementillä reisi- ja sääriluuhun. Itse leikkaus kestää yleensä noin tunnin per polvi, kaikkiaan valmisteluun menee noin kaksi tuntia. Jos molemmat polvet leikataan yhtä aikaa, menee siihen kolmesta neljään tuntia. Ensin leikataan huonompi polvi ja jos toimenpide menee odotusten mukaan, voidaan leikata myös toinenkin. (Vainikainen 2010, 535–4.)

Suurin osa leikatuista hyötyy toimenpiteestä. Polven toiminta paranee sekä kipu vähenee. Moni lähes liikuntakykynsä menettänyt vanhus on tekonivelen ansiosta pystynyt asumaan yhä kodissaan sekä huolehtimaan jokapäiväisistä asioistaan. Seurantatutkimuksessa 90–95 % on parantunut hyvin polviproteesileikkauksesta. Kymmenen vuoden kuluttua leikkauksesta 95 % tekonivelistä toimii ja 15 vuoden kuluttua 80–85 %. (Roberts ym. 2004, 817.)

3.2 Lonkkaproteesi

Lonkan tekonivelleikkaus on vakiintunut lonkan nivelrikon hoitokeinoksi. Toimenpiteessä lonkkanivel korvataan tavallisimmin metallista tehdyllä nivelproteesilla. Nykyään lonkkaproteesille voidaan luvata 10 vuoden pysyvyys lähes 90 %:sti. Viime vuosina lonkan tekonivelten pysyvyys on parantunut huomattavasti. Lonkkaproteesin asentaminen on suurempi toimenpide kun polviproteesin, sillä lonkkanivel on isompi ja vaikeammin tavoitettavissa. (Roberts ym. 2004, 793–794.)

Lonkan nivelrikon esiintyvyydestä tiedetään vähemmän kuin polven. Yli 55-vuotiaista noin 10–15 %:lla ja yli 75-vuotiaista 20–30 %:lla on lonkan nivelrikko. Miehillä vaiva on naisia yleisempää. (Vainikainen 2010, 11.)

Lonkkakipu tuntuu usein nivusissa, pakarassa tai jopa polvissa asti. Eniten kipu tuntuu reiden etupinnalla, aivan nivustaipeen alapuolella. Se voi säteillä reiden lisäksi myös polveen. Lonkan tekoniivelleikkauksessa reisiluunkaula katkaistaan ja lantionpuoleinen kuoppa työstetään. Proteesin varsiosa sijoitetaan reisiin sisään ja lantion puoleiseen kuoppaan laitetaan kuppi, joka pitää proteesin kuopassa. (Vainikainen 2010, 54–55.)

Toimenpiteen jälkeen leikkauskohdassa voi olla lievää kipua tai erilaisia tuntemuksia. Jos kipua esiintyy kivuttoman vaiheen jälkeen voi syynä silloin olla tekoniivelen irtoaminen tai muu vakava syy. Kivun lisäksi lonkasta voi liikuteltaessa kuulua ääniä, joka viittaa tekoniivelen muoviosien kulumiseen tai rikkoutumiseen. Tällaisissa tapauksissa tulisi uusintaleikkaus tehdä mahdollisimman pian. Yleisin syy proteesin irtoamiseen on aseptiikka. Tekoniivelen kulumisen myötä proteesin muoviosasta irtoaa pikkupartikkeleja, jotka käynnistävät luussa prosessin joka irrottaa tekoniivelen. Toinen yleinen uusintaleikkaukseen johtava syy on toistuvat lonkan sijoiltaan menot. Jos lonkan tekoniivel ei ole aivan ihanteellisessa paikassa voi potilaalle tulla liikerajoituksia, myös ne edellyttävät usein uusintaleikkausta. (Roberts ym. 2004. 795.)

4 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Vuorovaikutus potilas-sairaanhoitaja suhteessa

Tutkimuksemme ensimmäinen taustatekijöiden jälkeen tuleva aihe-alue käsittelee vuorovaikutusta potilaan ja sairaanhoitajan välillä, se on nimetty "henkilökunnan kohtelu" -otsikolla.

Vuorovaikutus on yksi tärkeimmistä tekijöistä, jotka vaikuttavat hoidon laatuun potilaiden mielestä. Tämän lisäksi hoitosuhteeseen liittyviä positiivisia elementtejä ovat muun muassa yksimielisyys päätöksen teossa, kumppanuus ja yhteistyö. Henkilökunnan käyttäytymisen ja vuorovaikutuksen positiivinen kokemus vaikuttaa käsitykseen koko perioperatiivisenhoitoprosessin toteutuksesta. Vuorovaikutukselliseen hoitotyöhön liittyviä toimintoja ovat muun muassa kosketus, läsnäolo, huumorin käyttö, ohjaus, valmentaminen ja tiedollinen tukeminen. Nämä edesauttavat potilaiden intraoperatiivista hyvinvointia. (Hankela 1999, 24.) Toiveiden kysyminen leikkauksen suhteen ja heräämövaiheessa ovat hoitohenkilökunnan ja potilaan välillä tehtävää yhteistyötä, mikä tulee kyselylomakkeessamme esille väittämässä ”Henkilökunta huomioi toiveeni leikkauksen suhteen”.

Intraoperatiivisen hoitovaiheen toteutuksen humanisuuteen ja vuorovaikutuksellisuuteen vaikuttavat sairaanhoitajien ihmisyyys ja asenne. Siihen, kuinka sitoutuneita sairaanhoitajat ovat toimintatapaansa, yhdistetään muun muassa ystävällisyys, myötätuntoisuus ja saatavilla olo. (Hankela 1999, 61.) Hoitohenkilökunnan läsnäolo käy ilmi kohdassa "henkilökunta oli tarvittaessa saatavillani" sekä kohdassa "henkilökunta keskittyi hoitooni". Myös henkilökunnan ystävällisyys oli yhtenä arvioinnin kohteena.

4.2 Kivun hoito

IASP (International association for the study of pain) on määritellyt kivun epämiellyttävänä kokemuksena tai aistimuksena liittyen tulevaan tai jo olevaan kudosaivuriin. Kipu

on aina henkilökohtainen kokemus, johon vaikuttavat henkilön asenteet, uskomukset, mieliala, elämäntilanne ja persoonallisuus. (Darvin Media 2008.)

Polvi- ja lonkkaproteesi leikkauksen aikana potilaan ei tulisi kokea kipua, koska toimenpide tehdään puudutuksessa. Tutkimuksemme kivunhoito-osiossa halusimme kuitenkin selvittää, tunsiko potilas kipua toimenpiteen aikana, huomioitiinko hänen toiveensa etukäteen kivun hoidossa, saiko hän halutessaan lisää kipulääkettä ja oliko leikkauksen ainoa kivuton.

Leikkauksen aikaisen lämpötilan pitäminen 36,5 asteessa on osoitettu vähentävän haavataulehduksia ja sen myötä sairaalassaoloaika. Kehon lämpötilaan vaikuttaa muun muassa kivun hoito. Jos kipua hoidetaan huonosti se aiheuttaa elimistölle stressiä ja verisuonten supistumisen kautta kehon lämpötilan alenemista. Hyvä leikkauksen aikainen kivunhoito lisää verenkiertoa kudoksissa ja hapen osapaine on parempi. (Duodecim 2011.)

4.3 Arvot ja periaatteet

Yhteiskunnassa tapahtuvat muutokset on otettava huomioon myös perioperatiivisen hoitotyön arvoissa ja periaatteissa. Nykyään potilaiden toimenpiteisiin valmistautuminen ja niiden jälkihoito tapahtuu kotona, mikäli mahdollista. Potilaat ovat nykyään valvotuneempia ja ottavat herkästi selvää omista hoitomahdollisuuksistaan sekä sairauksistaan kuin ennen. (Lukkari ym. 2007, 15.)

Ihmiskäsitys, ihmisarvo ja integriteetti eli koskemattomuus, yksityisyys, yksilöllisyys sekä itsemääräämisoikeus ovat perioperatiivisen hoitotyön arvot. Yhteiskunnassa kulloinkin vallitseva ihmiskäsitys on sidoksissa hoitotyöhön. Arvoperustan mukaan ihminen on vapaa, tiedostava, vastuullinen, toimiva ja valintoja tekevä yksilö. Hoidon lähtökohdat ovat potilaan vaikuttimet, tavoitteet sekä toimintakyky. Kuitenkin myös omaiset, hoitajat ja muut asianosaiset vaikuttavat tapahtumiin tiedoillaan, tunteillaan, arvostuksillaan sekä psykofyysisillä olotiloillaan. (Lukkari ym. 2007, 15.) Yksityisyys ja yksilöllisyys näkökulmat tulevat esille tutkimuksessamme väittämissä "En joutunut tilanteisiin, joissa tunsin itseni noloksi tai vaivaantuneeksi" sekä "Yksityisyyttäni kunnioitettiin".

Koskemattomuuden lisäksi integriteetti sisältää loukkaamattomuuden kunnioittamisen sekä fyysisen ja psyykkisen eheyden. Potilaan tullessa toimenpiteeseen hänen kunnioitettava kohtelunsa tulisi näkyä ainutkertaisena ja tasa-arvoisena, jokaisella potilaalla on oikeus tällaiseen kohteluun. Sairaanhoidajan on kunnioitettava potilaan yksityisyyttä ja toimittava hänen puolestaan, mikäli potilas ei itse pysty siihen. Potilaita kuitenkin tulisi kannustaa ja tukea itsenäiseen päätöksentekoon. Jos integriteettiä ei huomioida riittävästi voi potilaasta tulla esine, jota kohdellaan sairautena tai numerona. Potilaan roolissa ihminen voi tulla nöyräksi ja araksi, hän voi kokea että hänen on suostuttava kaikkeen mitä henkilökunta ehdottaa. Hän voi kokea menettävänsä arvostuksensa, jos ei suoriudu toiminnoista normaalisti. Potilas on riippuvainen hoitohenkilökunnasta, joten ystävällisyys, myötäeläminen sekä käytettävissä oleminen ovat avainasemassa. Perioperatiivisessa hoitotyössä joudutaan yleensä paljastamaan potilas, jonka moni heistä kokee kiuhallisena. Näissä tilanteissa tulisi muistaa potilaan yksilöllisyys, arvostus ja kunnioitus. (Lukkari ym. 2007, 15–16.)

Edelliseen liittyy läheisesti myös yksityisyys. Jokainen kokee yksityisyyden eritavalla ja se on sidonnainen myös kulttuuriin. Se voidaan jakaa neljään ryhmään; fyysiseen, psyykkiseen, tiedolliseen ja sosiaaliseen yksityisyyteen. Hoitajalla tulisi olla kyky nähdä potilaasta, milloin hän haluaa olla yksin. Jokaisella potilaalla on oma yksityisyyden tila, joka voidaan rikkoa koskettamalla. Perioperatiivisessa hoitotyössä yksityisyyden tila on hyvin suppea. Tämän vuoksi hoitajan tulisi kertoa mahdollisimman tarkasti potilaalle hoitotoimenpiteistä sekä etukäteen koskettamisesta. Potilaan yksityisyyden kunnioittaminen on hoitohenkilökunnan toiminnan lähtökohtana. Yksityisyyteen liittyy myös salassapitovelvollisuus, joka on asetettu terveydenhuoltohenkilöstöä koskevassa laissa. (Lukkari ym. 2007, 16.)

Yksityisyyteen liittyy läheisesti myös yksilöllisyys. Ainutkertaisuus, salaisuus, yksilöllisyyden havaitseminen sekä yksilöllisyyden kunnioittaminen kuuluvat yksilölliseen hoitotyöhön. Yksilöllisyys toteutuu, kun potilas otetaan mukaan suunnittelemaan ja toteuttamaan omaa hoitoaan sekä noudatetaan hoitotyön periaatteita. Jokaiseen hoidettavaan potilaaseen tulisi keskittyä, hänen asioihinsa perehtyä niin potilasasiakirjoista kuin saaduista raporteista. Näiden lisäksi tulisi havainnoida ja kysellä potilaalta itseltään hoitoon liittyvistä asioista sekä toiveista. 2003 tehdyn tutkimuksen mukaan kirurgisten potilaiden hoito oli yksilöllistä, erityisesti tarpeisiin sekä vointiin liittyvät asiat. Elämänti-

lanne, ADL eli päivittäiset-toiminnot, työ, tottumukset sekä perhe jäivät selvittämättä ja huomiotta. (Lukkari ym. 2007, 16–17.)

Itsemääräämisoikeus näkyy potilaan mahdollisuutena osallistua omaa hoitoaan koskeviin päätöksiin. 1992 määrätty laki potilaan asemasta ja oikeuksista edellyttää, että potilaalla on oikeus osallistua omaa hoitoaan koskeviin päätöksentekoihin. Itsemääräämisoikeuden ja autonomian eli itsenäisyyden kunnioittaminen edellyttää hoitohenkilökunnan rohkaisua ja tukea potilaan päätöksenteossa. Lisäksi potilaan on saatava tietoa perusteeksi päätöksenteolle. (Lukkari ym. 2007, 17.)

Perioperatiivisen hoitotyön periaatteet ovat turvallisuus, terveyskeskeisyys sekä hoidon jatkuvuus. Hoitajien korkeatasoinen osaaminen, kehittyneet hoitomenetelmät sekä terveysteknologia takaa turvallisen hoidon. Potilaan fyysisen ja psyykkisen turvallisuuden tunteen ylläpitäminen on hoitajan tärkeä tehtävä, potilasta ei tulisi missään vaiheessa jättää yksin vaan luoda aidon läsnäolon tunne. Psyykkistä turvallisuuden tunnetta tuovat asioista tiedottaminen, kunnioittaminen sekä mielipiteiden huomioiminen. Tutkimustulosten mukaan lyhyissä hoitajaksoissa korostuvat potilaan tiedottamiseen sekä ohjaamiseen käytetty laatu ja aika. (Lukkari ym. 2007, 15–17.) Tutkimuksessamme tarkastelimme tätä asiaa väitteellä "Henkilökunta tiedotti minulle riittävästi leikkauksen kuluista." Potilaan kokemus turvallisuudesta tulee esille väittämässä "Tunsin oloni turvallisiksi koko leikkausosastolla oloni ajan."

Yksi perioperatiivisen hoitotyön periaatteista on terveyskeskeisyys. Siinä varmistetaan, ettei potilaalle aiheuteta lisävaurioita toimenpiteillä tai hoidon aikana. Perioperatiivista potilasta tulisi hoitaa tukemalla ja mahdollisuuksien mukaan terveyttä sekä toimintakykyä edistämällä. Perioperatiivinen hoitotyö –kirjassa esitellään voimavaraperustainen terveystieteellinen näkökulma. Se jaetaan biologis-fysiologisiin, kognitiivisiin sekä kokemuksellisiin näkökulmiin. Ensimmäisessä näkökulmassa perioperatiivisen potilaan ongelmia voimavaroissa voivat olla esimerkiksi kipu tai pahoinvointi. Kognitiivisesta näkökulmasta voimavarat voivat olla toimenpiteeseen tai omaan terveyteen liittyvän tiedon omaksumiseen. Leikkauspelot ja huoli omasta selviytymisestä vähentävät biologis-fysiologisia voimavaroja. (Lukkari ym. 2007, 17–18.) Tutkimme potilaiden jännitystä leikkausta kohtaan ja henkilökunnan keinoja lievittää tätä väittämien "Jännitin leikkausta", "Esi-lääkitys lievitti jännitystäni" ja "Henkilökunta työskenteli rauhoittavasti" avulla.

Leikkauksen jälkeinen pahoinvointi ja oksentelu ovat potilaasta epämiellyttävää ja saattaa aiheuttaa komplikaatioita kuten esimerkiksi aspiraatiota sekä leikkaushaavan aukeamista. Näiden komplikaatioiden myötä toipuminen leikkauksesta hidastuu. (Purhonen 2006, 136.) Kivun hoidon yhteydessä todettiin, että ruumiinlämmön aleneminen alle 36,5 asteeseen huonontaa haavan paranemista. Sen lisäksi Hankela tuo väitöskirjassaan esille, että potilaat kokivat hoitoympäristön negatiivisina ominaisuuksina hajut, kolkkaus, viileys ja kylmyys (Hankela 1999, 59). Tätä asiaa tutkimme väittämällä "Minua paleli heräämössä" ja "Lämpimänä olostani huolehdittiin".

Sosiaalinen tukiverkko on tärkeä kaikille, joten yksilövastuiseen hoitotyön lisäksi perhehoitotyön näkökulma on tiiviisti mukana myös perioperatiivisessa hoitotyössä. Läheisten ohjaaminen ja heidän ajan tasalla pitäminen tulee huomioida potilasta hoitaessa. Läheisten voimavarojen tiedostaminen on haasteellista eri-ikäisten potilaiden kohdalla. Potilasturvallisuuden ja hoidon lopputuloksen onnistumisen kannalta hoidon jatkuvuus on merkittävä periaate. Huolellinen tiedonkulku ja -siirto jokaisessa hoitopolun vaiheessa niin hoitohenkilökunnan, potilaan kuin läheistenkin kesken tulisi varmistaa, jotta kaikki tärkeät asiat siirtyisivät sekä kirjallisena sekä suullisena tiedotteena. Kirjallisiin dokumentteihin perustuva raportointi on tästä syystä tärkeää. Se lisää hoidon jatkuvuutta sekä potilasturvallisuutta. (Lukkari ym. 2007, 18.)

4.4 Sairaanhoitajan ammatillinen pätevyys

Erja Tengvall on vuonna 2010 tehnyt kyselytutkimuksen leikkaus- ja anestesiahoitajan ammatillisesta pätevyydestä intraoperatiivisessa hoitotyössä. Kyselytutkimus on tehty leikkaus- ja anestesiahoitajille, anestesiologeille sekä kirurgeille. Tutkimusaineisto on kerätty viidestä yliopistollisista sairaalasta. (Tengvall 2010.) Tässä luvussa keskitytään ainoastaan leikkaus- ja anestesiahoitajiin.

Tengvallin mukaan sairaanhoitajien toimenkuvien jatkuva muuttuminen, teknologian kehittyminen ja käytön lisääntyminen, monikulttuuristen potilaiden kohtaaminen sekä tehtäväsiirrot lääkäreiltä hoitajille lisäävät paineita hoitajien ammatilliselle pätevyydelle. Tengvall tarkoittaa tutkimuksessaan ammatillisella pätevyydellä tietojen, taitojen ja asenteiden osaamisen kokonaisuuden lisäksi hoitotyön toimintojen hallintaa sekä am-

matillista käyttäytymistä. Ammatillinen pätevyys kehittyy koulutuksen ja työuran aikana. Tutkimustuloksista käy ilmi, että leikkaus- ja anestesiahoitajien ammatillinen pätevyys on vaatimustasoltaan erittäin korkea. Se sisältää vahvat yhteiset osa-alueet sekä hoitotyön toiminnot. Leikkaushoitajalta edellytetään aseptista, turvallista, kommunikoiavaa, dokumentoivaa sekä teknistä toimintaa. Vastaajien mukaan tärkeimmät osa-alueet olivat aseptiikka sekä turvallisuus. Heillä ammatillinen pätevyys toteutuu kiitettävästi turvallisuuden ja teknisen osaamisen sekä aseptiikan osalta. Huonosti toteutuivat lääke- ja anestesiahoito, hätätilanteisiin liittyvä hoitotyö sekä kirurgian ja leikkaushoitajan välinen yhteistyö. Anestesiahoitajan tärkeimmät osa-alueet olivat anestesia- ja lääkehoito, joissa tutkimuksen mukaan kuitenkin oli puutteita. Puutteet liittyivät anestesialääkkeisiin. Anestesiahoitajien ammatillinen pätevyys toteutui kiitettävästi anestesiahoiton sekä dokumentoinnin osalta. (Tengvall 2010.)

Kyselylomakkeessamme neljännessä osiossa kysyimme potilaiden kokemuksia henkilökunnan osaamisesta, johon sisältyi tarkka, huolellinen ja ammattitaitoinen työskentely. Lisäksi kartoitimme yleistä tyytyväisyyttä väittämän ”leikkaus suoritettiin hyvin” avulla.

4.5 Leikkausosaston ilmapiiri

Tengvallin väitöskirjan mukaan leikkausosaston rauhallinen ilmapiiri, henkilökunnan ystävällisyys, asiallisuus sekä luottamusta herättävä sanaton viestintä vähentävät potilaiden pelkoja toimenpiteen aikana. (Tengvall 2010.)

Kyselylomakkeen viidennessä osiossa kartoitimme potilaiden kokemuksia leikkausosaston ilmapiiristä. Osioon kuului kolme väittämää, jotka koskivat lämmintä ilmapiiriä, henkilökunnan yhteistyön sujuvuutta sekä kiireetöntä ilmapiiriä.

5 ASIAKKUUS JA LAATU

Sosiaali- ja terveysalan asiakkaat ovat tulleet tietoisiksi saamistaan palveluista sekä eri vaihtoehtoista sairauksien hoidossa. Tämä johtuu koulutustason noususta sekä mediassa käytävästä keskustelusta. Terveysalalla toimitaan asiakkaan ehdoilla, joten asiakkaan vaatimukset laatua kohtaan tulee ymmärtää ja huomioida. (Holma, Lempinen & Outinen 1994, 12.)

5.1 Asiakas palvelun saajana

Asiakkaalla tarkoitetaan tuotteen tai palvelun saajaa. Sosiaali- ja terveysalalla asiakas on palvelun käyttäjä, hyödyn saaja tai maksaja. Yhä useampi kyseisten palveluiden käyttäjä kokee tärkeäksi asiakas-termin käytön, ennen käytetyn potilas-sanan sijaan, koska silloin hän kokee olevansa tasavertainen ja pystyvänsä vaikuttamaan omaan hoitoonsa. (Holma ym. 1994, 19–20.)

Tutkimuksessa käytämme asiakas sekä potilas sanoja, koska mielestämme intraoperatiivisessa hoitotyössä asiakkaan aktiivisuus on tärkeää hoidon onnistumisen kannalta, mutta potilas-sana on luonnollisempi sekä käytetympi sairaalaympäristössä. Esimerkiksi asiakkaan mielipiteet kivun hoidossa tai anestesia muodossa tekevät asiakkaasta aktiivisen. Myös motivoituminen leikkauksen jälkeiseen kuntoutumiseen onnistuu paremmin, kun asiakas kokee itsensä kuulluksi ja tasavertaiseksi.

5.2 Laatu ja laatutyöskentely

Laadunhallinnan lähtökohtia ovat toiminnan johtaminen, suunnittelu, mittaaminen ja arviointi sekä tavoitteiden parantaminen ja saavuttaminen. Yksi keskeinen kehittämistavoite on asiakaslähtöisyyden parantaminen. Laadunhallinnan motiivi on halu parantaa yksikön toimintaa. Sosiaali- ja terveydenhuollon valtakunnallisessa suosituksessa painotetaan ehkäisevään toimintaan sekä hyvinvointiin ja terveyden edistämisen laadunhallintaan. (Haverinen, Holma, Lempinen & Outinen 1999, 10–11.) Laki potilaan asemasta ja

oikeuksista varmistaa tietyn laadun tason saamisen. Lain mukaan potilaan tulee saada hyvää terveyden- ja sairaanhoitoa sekä siihen liittyvää kohtelua. (Holma ym. 1994, 11.)

Toimiva vuorovaikutus palvelun antajan ja saajan välillä on lähtökohtana laadukkaalle hoidolle. Palvelun laatua arvioidessa asiakkaat kokeva, että vuorovaikutuksella on suuri merkitys. Kaikki asiakkaan hoitoon osallistuvat ammattihenkilöt ovat vastuussa asiakaspalvelun laadusta. (Pesonen, Lehtonen & Toskala 2002, 44.)

Tekijät, jotka vaikuttavat positiivisesti hoitotyön laatuun ja hoitosuhteeseen ovat esimerkiksi yksimielisyys päätöksenteossa, kumppanuus sekä yhteistyö. Vuorovaikutuksen lisäksi henkilökunnan käyttäytyminen ja ominaispiirteet voivat luoda positiivisen kokemuksen. (Hankela 1999, 24-25)

Ennen palvelun saamista, asiakkaalla on tietty ennakkokäsitys palvelun laadusta. Siihen käsitykseen vaikuttavat asiakkaan henkilökohtaiset tarpeet, kulttuuri, aikaisemmat kokemukset ja mielikuva palvelun tuottajasta. Ensivaikutelma muokkaa mielipidettä hoidon laadusta, joten sen onnistuminen lisää myönteistä kokemusta. Kun asiakassuhde jatkuu, kokemukset muuttuvat tärkeämmiksi kuin ennakko-odotukset.

6 TUTKIMUKSEN TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyössä tutkimme lonkka- ja polviproteesileikkauksessa olleiden potilaiden tyytyväisyyttä Pieksämäen sairaalan leikkausosaston intraoperatiiviseen vaiheeseen. Pieksämäen sairaalassa intraoperatiivisella vaiheella tarkoitetaan leikkaussalin ja heräämön aikaista hoitotyötä.

Koska opinnäytetyön aihe oli työelämälähtöinen, perimmäisenä tavoitteena oli leikkausosaston toiminnan kehittäminen polvi- ja lonkkaproteesileikkauksien osalta. Keräsimme tietoa potilaiden kokemuksista intraoperatiivisen jakson ajalta kyselylomakkeella, joka oli jaettu eri osa-alueisiin. Halusimme myös vertailla kokemuksia sukupuolen ja iän perusteella.

Keskistytimme kyselylomakkeessa viiteen pääteemaan, jotka olivat henkilökunnan kohtelu ja osaaminen, kivunhoito, muut tuntemukset sekä leikkausosaston ilmapiiri. Halusimme selvittää muun muassa 1) kuinka potilaat kokivat henkilökunnan heitä huomioineen sekä 2) kuinka kiinnostuneita he olivat potilaiden voinnista.

Kivunhoidossa pääpaino oli kivun kokemisessa sekä sen lääkitsemisessä. Intraoperatiivisen vaiheen aikana potilaalla voi olla kivun lisäksi paljon muitakin tuntemuksia, joista lomakkeessa kysyimme esimerkiksi pahoinvointia, jännitystä sekä yksilöllistä kohtelua. Lisäksi halusimme kartoittaa potilaan kokemuksia henkilökunnan ammattitaitoisesta osaamisesta sekä yleisestä ilmapiiristä leikkausosastolla.

7 ASIAKASTYYTYVÄISYYSKYSSELYN SUORITTAMINEN

7.1 Kohderyhmä

Tutkimuksemme tarvittava aineisto kerättiin Pieksämäen sairaalan leikkausosaston lonkka- ja polviproteesileikatuilta potilailta tammi-maaliskuussa 2011. Leikkausosaston osastonhoitaja halusi nimenomaan kyseisestä potilasryhmästä tutkittua tietoa.

Polvi- ja lonkkaproteesileikkauksia tehdään Pieksämäen sairaalassa vuosittain yhteensä noin 120 (Minna Salomaa, henkilökohtainen tiedonanto 30.8.2010). Proteesileikkaukset olisi hyvä jatkossa keskittää suurempiin sairaaloihin (lonkan leikkauksia vuodessa yli 200), koska kirurgien ammattitaito pysyy yllä ja kehittyy suuren leikkausmäärän vuoksi. Myös suuremmissa sairaaloissa hoitoajat proteesileikkauksien jälkeen on lyhyempiä kuin pienemmissä yksiköissä. (Lehto, Jämsen & Rissanen 2005.)

7.2 Tutkimusmenetelmä ja kyselylomakkeen laatiminen

Tutkimusmenetelmäksi valitsimme kvantitatiivisen eli määrällisen tutkimuksen, koska numeroiduilla vastausvaihtoehdoilla pystyimme purkamaan vastaukset helposti SPSS-ohjelman avulla. Suurin osa kysymyksistä oli strukturoituja, mutta kaksi tarkentavaa kysymystä oli avointa sekä lomakkeen lopussa oli vapaan sanan "ruusut/risut leikkausosastolle"-osio. Vastauksia pystyttiin kuvaamaan numeerisesti. (Holopainen & Pulkkinen 2008, 21.)

Usein ei ole käytettävissä valmista kyselykaavaketta, joka suoraan palvelisi tutkittavaa asiaa. Tällöin on muokattava jo julkistettuja kyselykaavakkeita tai laadittava kokonaan uusi. Kysymyksiä muodossa täytyy kiinnittää huomiota sanavalintoihin, jottei asia tulisi väärin ymmärretyksi. Lomakkeen laatimisessa on otettava huomioon kohderyhmä ja sen tuomat erityisvaatimukset, esimerkiksi heikkonäköiset. Nämä voivat vaikuttaa virheellisesti tutkimustulokseen. (Valli 2001, 28–29.)

Asiakastyytyväisyyskyselylomake (Liite 1) laadittiin yhteistyössä Pieksämäen sairaalan ylihoitajan, leikkausosaston osastonhoitajan sekä kahden opinnäytetyötä ohjaavan opet-

tajan kanssa. Koska tutkimus oli työelämälähtöinen, kuuntelimme viime kädessä leikkausosaston osastonhoitajan mielipidettä kyselylomakkeen suhteen. Etsimme eri tietokannoista valmiita kyselylomakepohjia, joista saimme ideoita omaa kyselylomakettamme varten. Esitetasimme lomakkeen viidellä potilaalla, joista kolme palautui. Kyselylomake toimi toivotulla tavalla, joten korjauksia siihen ei tarvinnut tehdä. Näin pääsimme aloittamaan varsinaisen aineiston keruun.

7.3 Aineiston keruu

Tutkimusta varten meidän piti hakea tutkimuslupa Pieksämäen sairaalan ylihoitajalta. Luvan saatuamme saimme aloittaa tutkimuksen tekemisen. Lopullisen kyselylomakkeen lähetimme leikkausosaston osastonhoitajalle, joka tulosti tarvittavan määrän kaavakkeita ja toimitti ne päiväkirurgian yksikölle. Potilas sai kyselylomakkeen mukana myös saatekirjeen, jossa kerroimme työmme tarkoituksesta ja ohjeistimme lomakkeen palauttamisessa. Siellä hoitaja jakoi kyselylomakkeet polvi- ja lonkkaproteesileikkauksiin tuleville potilaille preoperatiivisen haastattelun yhteydessä. Jaoimme 43 potilaalle kyselylomakkeen, joista 34 kappaletta palautui täytettynä takaisin. Potilaalla oli siis aikaa tutustua kyselylomakkeeseen ennen toimenpidettä ja näin hän osasi kiinnittää huomiota tutkittaviin asioihin toimenpiteen aikana.

Kirurgisen vuodeosaston hoitohenkilökunta auttoi tarvittaessa potilaita täyttämään lomaketta sekä keräsi lomakkeet potilailta ennalta tuomaamme kansioon. Näin ollen potilaat pysyivät anonyymeina, koska leikkausosaston henkilökunta ei ollut osallisena aineiston keräämisessä. Jotta yhteistyö kirurgisen vuodeosaston henkilökunnan kanssa sujuisi ongelmitta, kävimme tammikuussa 2011, ennen lomakkeiden jakamista, kertomassa tutkimuksen kulusta ja selvittämässä heidän osuutta aineiston keruussa. Jaotelimme vastaajat iän ja sukupuolen perusteella. Näiden tekijöiden perusteella tarkastelemme proteesileikattujen potilaiden asiakastyytyvyyttä leikkausosastoa kohtaan.

7.4 Aineiston käsittely

Lomakkeita jaettiin 43:lle potilaalle, joista 34 (N=34) palautui täytettynä takaisin. Alun perin tavoitteenamme oli saada 30 kyselylomaketta, jotta otos olisi tarpeeksi suuri ja luotettava. Vastausprosentti oli 79 %, joka oli hyvä. Jo 60 % on useimmiten riittävä vastausprosentti luotettavaan tutkimustulokseen (Valli 2001, 32).

Käsittelimme vastaukset SPSS-tilastointiohjelman avulla. Kyselykaavakkeet numeroitiin ja niiden vastaukset syötettiin ohjelmaan. Valitsimme ristiintaulukointiin muuttujiksi iän ja sukupuolen. Tarkentaviin avoimiin kysymyksiin oli vastannut vain yksi ihminen, kun taas "risut/ruusut"-osioon oli tullut paljon kommentteja. Näitä tuloksia analysoimme seuraavassa kappaleessa.

8 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Kyselyyn vastasi 34 potilasta, joten vastustausprosentti oli 79 %. Vastanneista (N=34) 73 % oli naisia ja 27 % miehiä. Ikäjakaumassa ryhmät 51–60 vuotta sekä yli 81 vuotta olivat pieniä (alle 9 %), jaoimme ryhmät uudelleen seuraavasti: 51–70 vuotiaat ja 71 tai vanhemmat. Näin ollen vastanneista 53 % oli 51–70 vuotiaita ja 47 % 71 vuotta tai vanhempia. 67 % potilaista tehtiin polviproteesileikkaus ja 33 % lonkkaproteesileikkaus. Leikatuista potilaista 67 % oli ensimmäistä kertaa kyseisessä leikkauksessa. Vertailimme myös eroja vastanneiden iän ja sukupuolen perusteella. Näistä tuloksista tuomme esille merkittävimmät.

8.1 Henkilökunnan kohtelu

Tarkasteltaessa henkilökunnan kohtelua potilasta kohtaan tutkimuksessa oli kahdeksan väittämää. "Tunsin oloni tervetulleeksi"-väittämästä 94 % vastanneista oli täysin samaa mieltä ja 6 % jokseenkin samaa mieltä. Yhteensä 97 % oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että anestesiahoitaja esitteli heille itsensä ja vain 3 % täysin eri mieltä väittämästä.

Toiveiden huomiointi leikkauksen suhteen jakautui niin, että 84 % oli täysin samaa mieltä ja 16 % jokseenkin samaa mieltä (KUVIO 1). Kaikki vastaajat olivat täysin samaa mieltä siitä että heidän toiveensa huomioitiin heräämössä sekä siitä, että henkilökunta oli ystävällistä.

Kyselyyn vastanneet potilaista 87 % oli täysin samaa mieltä väittämästä "Henkilökunta keskittyi hoitooni" ja 13 % jokseenkin samaa mieltä. Henkilökunnan kohtelu-osion suurin ero ikäluokkien välillä tuli esille tässä väittämässä. Vanhemmasta ikäluokasta kaikki, kun taas 51–70 vuotiaista 78 %, oli täysin samaa mieltä kyseisestä väittämästä. Miesten ja naisten kesken kokemukset jakautuivat niin, että vastanneista naisista 96 % ja miehistä 57 % olivat väittämästä täysin samaa mieltä.

Potilaista 94 % oli täysin samaa mieltä väittämästä, että henkilökunta kyseli vointia ja loput 6 % jokseenkin samaa mieltä. 97 % vastanneista (N=34) oli täysin ja 3 % jokseenkin samaa mieltä siitä, että henkilökunta oli saatavilla tarvittaessa.

8.2 Kivun hoito

Kivun hoitoa kyseltäessä väittämiä oli seitsemän. Potilaista 94 % koki, että heidän mielipiteensä huomioitiin kivun hoidossa ja 6 % ei osannut sanoa mielipidettään kyseisestä väittämästä. Kukaan vastanneista (N=34) ei tuntenut kipua leikkausalueella eikä 91 % muualla leikkauksen aikana. 4,5 % koki kipua muualla leikkauksen aikana. Yksi vastanneista oli kirjoittanut kivun tuntuneen sääressä, polvialueella ja reidessä. 4,5 % ei muista kokeneensa kipua muualla. Leikkauksen aikana kipua tunteneista potilaista 81 % sai lisälääkettä, 14 % ei saanut ja 5 % ei muista kyseistä asiaa.

Heräämössä kipua koki 10 % vastanneista, mutta suurin osa 80 % ei kokenut kipua. 3 % ei osannut sanoa kivusta heräämössä ja 7 % ei muista kyseistä asiaa. Kipulääkettä sai lisää 71 % vastanneista, mutta 18 % ei saanut. 7 % ei osannut asiaa kommentoida ja 3 % ei muista. Vain 6 % oli eri mieltä leikkausasennon kivuttomuudesta ja 91 % samaa mieltä. 3 % ei osannut kommentoida väittämää.

8.3 Muut tuntemukseni

Potilaan muita tuntemuksia mitattiin 12 väittämällä. Leikkausta jännitti yhteensä 64 % vastanneista (N=34), 29 % täysin samaa mieltä ja 35 % jokseenkin samaa mieltä. Neutraalilla kannalla oli 10 % sekä jokseenkin eri mieltä myös 10 % ja 16 % täysin eri mieltä. Väittämästä "Esilääkitys lievitti jännitystä" 61 % oli täysin samaa mieltä, 29 % jokseenkin samaa mieltä, 7 % neutraalilla kannalla sekä 3 % täysin eri mieltä. Ikäryhmien kesken kyseisessä väittämässä oli eroja. 71 vuotta tai enemmän -ryhmään kuuluvista 92 % oli täysin samaa mieltä esilääkityksen helpottamisesta jännitykseen kun taas vastaava luku nuoremmassa ikäryhmässä oli 33 %. Naisista 75 % ja miehistä 29 % oli kyseistä väittämästä täysin samaa mieltä.

Henkilökunnan työskentely oli rauhoittavaa -väittämistä 81% oli samaa mieltä, 13 % jokseenkin samaa mieltä. 3 % oli neutraalilla kannalla ja 3 % ei muista kyseistä asiaa. Täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä oli 57 % vastanneista väittämistä "Minua paleli heräämössä" (KUVIO 1). Vastanneista (N=34) 93 % oli täysin samaa mieltä väittämistä "Lämpimänä olostani huolehdittiin", 3 % oli neutraalilla kannalla ja 3 % ei muista.

Pahoinvointia heräämössä oli 3 %:lla sekä hieman 7 %:lla vastanneista. Väittämistä täysin eri mieltä oli 80 % ja kyseistä asiaa ei muista 10 %. 56 % oli sitä mieltä, että pahoinvointia lääkittiin (46 % täysin samaa mieltä ja 9 % jokseenkin samaa mieltä) ja reilu neljännes (27 %) taas sitä mieltä, että pahoinvointia ei lääkitty. 18 % ei muista saiko pahoinvointiin lääkettä. Vain 4 % koki olevansa jokseenkin eri mieltä väittämistä "En joutunut tilanteisiin, joissa tunsin itseni noloksi tai vaivaantuneeksi". 88 % oli täysin samaa mieltä, 4 % jokseenkin samaa mieltä ja 4 % ei muista.

94 % oli täysin samaa mieltä väittämistä "Tunsin oloni turvalliseksi koko leikkausosastolla oloni ajan". Vain 3 %:lla oli neutraali kanta ja 3 % oli jokseenkin samaa mieltä kyseisestä väittämistä.

Yhteensä 87 % vastanneista oli täysin samaa mieltä, että yksityisyyttä oli kunnioitettu, 10 % jokseenkin samaa mieltä ja 3 % ei muista. Väittämään "Henkilökunta kohteli yksilöllisesti" 100 % vastanneista oli joko täysin (87,5 %) tai jokseenkin samaa mieltä (12,5 %). "Henkilökunta tiedotti minulle riittävästi leikkauksen kulusta" väittämistä 84 % oli täysin samaa mieltä, 10 % jokseenkin samaa mieltä, 3 % neutraalilla kannalla ja 3 % jokseenkin eri mieltä.

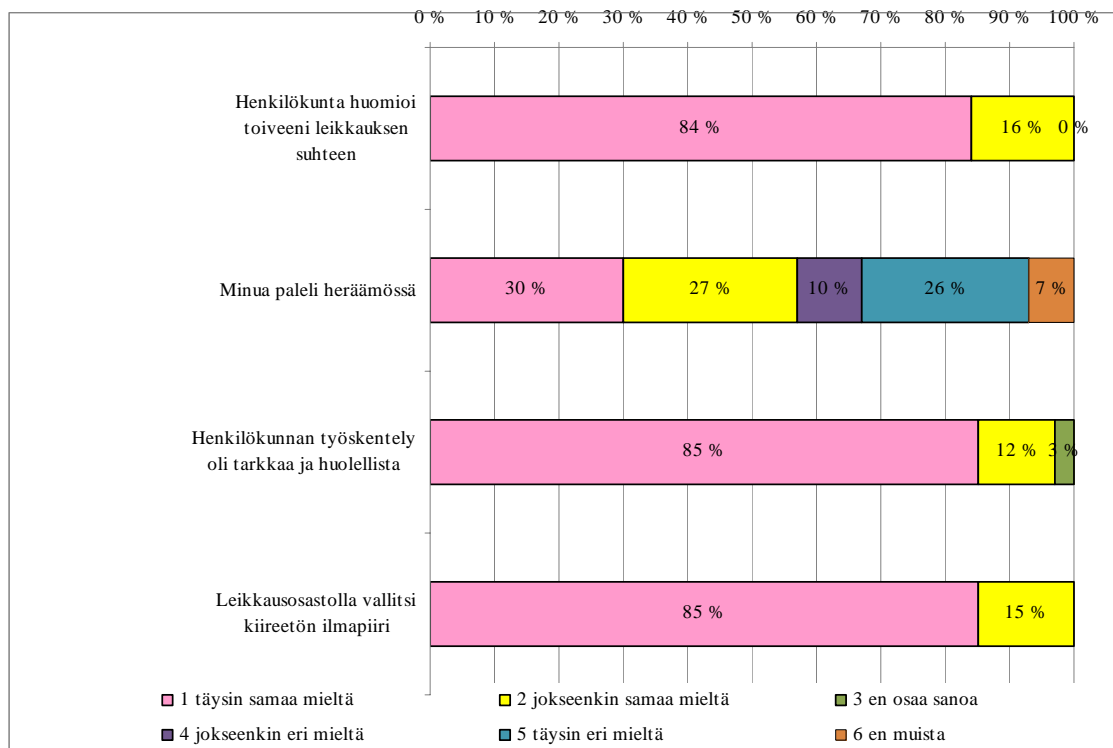
8.4 Henkilökunnan osaaminen

Potilaat vastasivat kolmeen kohtaan, jotka koskivat henkilökunnan osaamista. Yhteensä 97 % vastanneista oli täysin (85 %) tai jokseenkin samaa mieltä (12 %) siitä, että henkilökunta työskenteli huolellisesti ja loput (3 %) vastanneista (N=34) olivat neutraalilla kannalla (KUVIO 1). Kaikki vastanneista olivat sitä mieltä, että henkilökunta työskente-

li ammattitaitoisesti, 91 % täysin samaa mieltä ja 9 % jokseenkin samaa mieltä. Väittämästä "Leikkaus suoritettiin hyvin" 94 % vastanneista oli täysin samaa mieltä ja loput 6 % neutraalilla kannalla.

8.5 Leikkausosaston ilmapiiri

Strukturoiduista kysymyksistä viimeiset kolme koskivat leikkausosasto ilmapiiriä. Kaikki vastaajat olivat sitä mieltä, että leikkausosaston ilmapiiri oli lämmin, 91 % täysin samaa mieltä ja 9 % jokseenkin samaa mieltä. Myös väittämästä "Henkilökunnan yhteistyö toimi hyvin" oli yhteensä 100 %, täysin (97 %) tai jokseenkin samaa mieltä (3 %). Leikkausosaston kiireettömästä ilmapiiristä täysin samaa mieltä oli 85 % ja 15 % jokseenkin samaa mieltä (KUVIO 1).



KUVIO 1 Tutkimuksessa esille tulleita tuloksia.

8.6 Risut/ruusut leikkausosastolle

Tässä kohdassa potilaat saivat vapaasti kirjoittaa lisää palautetta proteesileikkauksestaan. 13 vastanneista (N=34) halusi vielä lopuksi antaa kiitoksia ja ruusuja leikkausosastolle. Kaksi vastanneista halusi vielä tässä kohdassa korostaa sitä, että koki olonsa turvalliseksi. Muita positiivisia kommentteja oli mm. "Toiminta hyvää, asiakaskeskeistä. Erittäin tyytyväinen", "Kaikki henkilökuntaan kuuluvat: ihan ihanaa jaksamista arvokkaassa työssänne!".

Yksi vastanneista oli halunnut antaa rakentavaa negatiivista palautetta. Hän olisi halunnut, että henkilökunta olisi kertonut leikkauksesta enemmän. Potilas ei ollut kuitenkaan täsmentänyt olisiko hän halunnut tietää leikkauksesta etukäteen vai sen aikana ja minkälaisia asioita.

9 POHDINTA

Tutkimuksen tulokset olivat suurimmaksi osaksi erittäin positiivisia. Potilaat olivat tyytyväisiä saamaansa hoitoon ja sen laatuun. Joitakin asioita voitaisiin ennaltaehkäistä, jotta hoidon laatua saataisiin vielä parannettua. Esimerkiksi potilaan lämpötasapainosta voisi huolehtia aikaisemmin muun muassa lämpöpatjojen ja lämpimien nesteiden avulla, jotta palelemista ei esiintyisi heräämövaiheessa. Perioperatiivinen hoitotyö-kirjassa kerrotaan alilämpöisyyden aiheuttavan kudoshypoksiaa, metabolista asidoosia sekä lihasvärinää, joka voi johtaa pahimmassa tapauksessa sydänlihasiskemiaan ja ventilaatiovajaukseen. Lisäksi alilämpöisyys voi pidentää lääkevalmisteiden vaikutus aikoja. Kokemuksenakin palelu voi muuttaa muuten hyvin sujuneen toimenpiteen negatiiviseksi epämiellyttävän tuntemuksen vuoksi. Alilämpöisyys pidentää postoperatiivista hoitoaika ja hoidon kustannuksia. Tähän asiaan paras hoitokeino on alilämpöisyyden ennaltaehkäisy. (Lukkari ym. 2007. 381.)

89 % vastanneista ei kokenut joutuneensa tilanteisiin, joissa kokisi olonsa vaivautuneiksi tai noloksi. Koska kyselyyn vastanneista suurin osa oli iäkkäitä (61–80 vuotiaita), voisi ajatella, että heidän ikäpolvensa hyväksyy paremmin avoimempaa kohtelua kuin nuoremmat. Hoidon laatua arvioitaessa turvallisuus on yksi suurimmista osa-alueista. Vastanneista 94 % koki olonsa turvalliseksi koko leikkausosastolla olon ajan. Tämä on erittäin tärkeä perusta hoitotyölle.

Risut/ruusut kohdassa tuli yhden potilaan kohdalla esille liian vähäinen tiedonsaanti. Potilas ei ollut sen tarkemmin määritellyt tiedonsaannin ajankohtaa, ennen leikkausta vai leikkauksen aikana. Tähän asiaan voisi kiinnittää huomiota kysymällä potilaan toiveita tiedonsaannin suhteen, koska jotkut haluavat olla enemmän perillä tulevista tapahtumista kuin toiset. Näin ollen asian tiedustelu mahdollisesti parantaisi hoitotyön laatua.

Suurin tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttava tekijä oli potilaiden kyselykaavakkeen täyttöajankohta. Osa potilaista täytti kyselylomakkeen mahdollisesti vasta monta päivää leikkauksen jälkeen, jolloin heräämö- ja leikkaussalivaihe ovat voineet sekoittaa potilaan mielessä. On myöskin mahdollista, että potilas ei muista enää tarkasti kyselylomakkeessa kysytyjä asioita. Vaikka kyselykaavakkeen täyttöapua sai eri osaston henki-

lökunnalta kuin mihin kyselylomake oli suunnattu, saattoi tämä vaikuttaa potilaiden tapaan vastata rehellisesti. Leikkauksen mukana tuoma jännitys, erilaiset pelot ja uusi tilanne ovat voineet vaikuttaa potilaan kykyyn havainnoida tutkittavia asioita.

Jatkotutkimuksen voisi tehdä jollekin muulle ryhmälle, jota operoidaan myös puudutuksessa. Esimerkiksi olkapää- tai käsitoimenpiteet, joissa kohderyhmä olisi mahdollisesti nuorempaa. Näin saataisiin vertailukohdetta potilastyytyväisyydestä Pieksämäen sairaalan leikkausosastolla myös nuoremmalta ikäryhmältä.

Ammatillisen kasvun kannalta merkittävää on ollut huomata, kuinka pienillä asioilla on merkitystä siihen, millaiseksi potilas kokee saamansa hoidon. Hoitajan läsnäolo sekä kiinnostus potilaan voinnista lisäävät turvallisuuden tunnetta sekä luottamusta henkilökunnan osaamiseen ja ammattitaitoon. Henkilökunnan olemus ja vuorovaikutustaidot ovat avain asemassa siinä, millaisen kuvan potilas saa koko osastosta. Potilaan kokemukset saamastaan hoidosta erikoissairaanhoidossa ovat osana vaikuttamassa myös hänen kuvaansa koko terveydenhuollosta.

LÄHTEET

Darvin Media 2008. Mitä kipu on? Viitattu 19.10.2011.

<http://www.tohtori.fi/?page=0271342&id=2570283>

Duodecim 2011. Vaikuttaako anestesia haavan paranemiseen? Viitattu 28.9.2011.

<http://www.duodecimlehti.fi>

Hankela, Sirpa 1999. Intraoperatiivinen hoitotyö. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Akateeminen väitöskirja.

Haverinen, Riitta; Holma, Tupu; Lempinen Kristiina & Outinen Maarit 1999. Seitsemän laatupolkua - vaihtoehtoja laadunhallintaan sosiaali- ja terveyden huollossa. Helsinki.

Holma, Tupu; Lempinen, Kristiina & Outinen, Maarit 1994. Laatu ja asiakas – Laatu työskentely sosiaali- ja terveystalalla. Helsinki: WSOY.

Holopainen, Martti & Pulkkinen, Pekka 2008. Tilastolliset menetelmät. Porvoo: WSOY

Lehto, Matti U.K.; Jämsen, Esa & Rissanen, Pekka 2005. Lonkan ja polven endoproteesikirurgia - varaosien avulla liikkujaksi. Duodecim 2005;121:893-901.

Lehtonen, Jaakko; Pesonen, Hanna-Leena & Toskala, Antero 2002. Asiakaspalvelu vuorovaikutuksena - markkinointia, viestintää, psykologiaa. Jyväskylä: PS-kustanus.

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

Mäki, Reijo 2010. Primary total hip arthroplasty for primary osteoarthritis in Finland – A national register based. Väitöstutkimus. Helsingin yliopisto.
<https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/59482/primaryt.pdf?sequence=1>

Purhonen, Sinikka 2006. Leikkauksen jälkeisen pahoinvoinnin ja oksentelun ehkäisy. Finnanest 39 (2), 136.

Roberts, Peter J; Alhava, Esko; Höckerstedt, Krister & Kivilaakso, Eero 2004. Kirurgia. Helsinki: Duodecim.

Salomaa, Minna 2010. Osastonhoitaja, Pieksämäen aluesairaalan leikkausosasto. Pieksämäki. Henkilökohtainen tiedonanto 30.8.

Tengvall, Erja 2010. Leikkaus- ja anestesiahoitajan ammatillinen pätevyys. Väitöstutkimus. Itä-Suomen yliopisto. http://epublications.uef.fi/pub/urn_isbn_978-952-61-0226-9/urn_isbn_978-952-61-0226-9.pdf

Terveyskirjasto 18.3.2011. Hoitotakuu. Viitattu 15.10.2011.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dia02034

Vainikainen, Tuula 2010. Nivelkirja. Nivelrikon ehkäisy, tekonivelleikkaus ja kuntoutuminen. Helsinki: WSOY.

Valli, Raine 2001. Johdatus tilastolliseen tutkimukseen. Jyväskylä: Gummerus.

Liite 1. KYSELY PIEKSÄMÄEN SAIRAALAN LEIKKAUSOSASTON POLVI- JA LONKKAPROTEESILEIKATUILLE POTILAILLE

Hyvä vastaaja,

olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Pieksämäen Diakonia-ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä, jonka tarkoituksena on selvittää potilastyytyväisyyttä ja kokemuksia toimenpiteen ajalta sekä heräämövaiheesta.

Tällä kyselylomakkeella kartoitamme Teidän mielipidettänne kokemuksistanne toimenpide- sekä heräämövaiheesta. Vastauksistanne saamme arvokasta tietoa leikkauksen ajalta tuntemuksistanne, toiveistanne ja odotuksistanne. Vastauksien avulla leikkaussalin toimintaa pystytään kehittämään entistä paremmaksi. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti ja nimettöminä. Tarvittaessa kirurgisen vuodeosaston henkilökunta voi auttaa Teitä kyselyyn vastaamisessa, koska kysely ei kohdistu heidän työskentelyynsä.

Ottakaa kyselylomake mukaan sairaalan tullessanne. Pyydämme Teitä ystävällisesti täyttämään kyselylomakkeen **osastojakson aikana** ja antamaan sen kirurgisen vuodeosaston henkilökunnalle. Hoitohenkilökunta toimittaa sen edelleen allekirjoittaneille.

Kiitos etukäteen vastaamisestanne!

Yhteistyöterveisin,

sairanhoitajaopiskelijat Anni Hartikainen ja Mari-Kaisa Lyyra

KYSELYLOMAKE LONKKA- JA POLVIPRO- TEESILEIKATUILLE POTILAILLE

Valitkaa mielestänne sopivin vaihtoehto.

TAUSTATIEDOT

1. SUKUPUOLI

1. nainen
2. mies

2. IKÄ

1. alle 51
2. 51-60
3. 61-70
4. 71-80
5. yli 81 v.

3. OLIKO LEIKKAUKSENNE

1. polviproteesi
2. lonkkaproteesi

4. OLIKO TÄMÄ TEILLE ENSIM- MÄINEN PROTEESILEIKKAUS?

1. kyllä
2. ei

LEIKKAUS- JA HERÄÄMÖVAIHE

Pyydämme Teitä vastaamaan seuraaviin väitteisiin rengastamalla sen vaihtoehdon, joka vastaa Teidän henkilökohtaista mielipidettänne.

5. HENKILÖKUNNAN KOHTELU

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En muista
A) Tunsin oloni tervetulleeksi leikkausosastolle	1	2	3	4	5	6
B) Anestesiahoitaja esitteli itsensä	1	2	3	4	5	6
C) Henkilökunta huomioi toiveeni leikkauksen suhteen	1	2	3	4	5	6

Jos ympyröit numeron 3,4 tai 5, mikä toive jäi toteutumatta?

D) Henkilökunta huomioi toiveeni heräämössä	1	2	3	4	5	6
E) Henkilökunta oli ystävällistä	1	2	3	4	5	6
F) Henkilökunta keskittyi hoitoni	1	2	3	4	5	6
G) Henkilökunta kysyi voinnistani	1	2	3	4	5	6
H) Henkilökunta oli tarvittaessa saatavillani	1	2	3	4	5	6

6. KIVUN HOITO

	Kyllä	Ei	En osaa sanoa	En muista
A) Mielipiteeni huomioitiin kivun hoidossa	1	2	3	4
B) Tunsin kipua leikkauksen aikana	1	2	3	4
- leikkausalueella	1	2	3	4
- muualla, missä?	1	2	3	4

Jos tunsin kipua minua lääkittiin	1	2	3	4
C) Tunsin kipua heräämössä ollessani	1	2	3	4
D) Sain lisää kipulääkettä tarvittaessani	1	2	3	4
E) Leikkausasentoni oli kivuton	1	2	3	4

7. MUUT TUNTEMUKSENI

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En muista
A) Jännitin leikkausta	1	2	3	4	5	6
B) Esilääkitys lievitti jännitystäni	1	2	3	4	5	6
C) Henkilökunta työskenteli rauhottavasti (eleet, keskustelu, liikkeet)	1	2	3	4	5	6
D) Minua paleli heräämössä	1	2	3	4	5	6
E) Lämpimänä olostani huoledittiin	1	2	3	4	5	6
F) Voin pahoin heräämössä	1	2	3	4	5	6
Jos voin pahoin, pahoinvointiani lääkittiin.	1	2	3	4	5	6
H) En joutunut tilanteisiin, joissa tunsin itseni noloksi tai vaivaantuneeksi	1	2	3	4	5	6
I) Tunsin oloni turvalliseksi koko leikkausosastolla oloni ajan	1	2	3	4	5	6
J) Yksityisyyttäni kunnioitettiin	1	2	3	4	5	6
K) Henkilökunta kohteli minua yksilöllisesti	1	2	3	4	5	6
L) Henkilökunta tiedotti minulle riittävästi leikkauksen kulusta	1	2	3	4	5	6

8. HENKILÖKUNNAN OSAAMINEN

	Täysin samaa mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Täysin eri mieltä	En muista
A) Henkilökunnan työskentely oli tarkkaa ja huolellista	1	2	3	4	5	6
B) Henkilökunta työskenteli ammattitaitoisesti	1	2	3	4	5	6
C) Leikkaus suoritettiin hyvin	1	2	3	4	5	6

9. LEIKKAUSOSASTON ILMAPIIRI

A) Leikkausosaston ilmapiiri oli lämmin	1	2	3	4	5	6
B) Henkilökunnan yhteistyö toimi hyvin	1	2	3	4	5	6
C) Leikkausosastolla vallitsi kiireetön ilmapiiri	1	2	3	4	5	6

10. RISUT/RUUSUT LEIKKAUSOSASTOLLE

KIITOS VASTAUKSESTANNE!