Tekonivelleikkausta edeltävän potilasohjauksen vaikutus postoperatiivisessa kivunhoidossa

Laura Hirvi, Laureta Kasumaj, Maarit Räty

2023 Laurea

Laurea-ammattikorkeakoulu
Tikkurila

Tekonivelleikkausta edeltävän potilasohjauksen vaikutus postoperatiivisessa kivunhoidossa

Laura Hirvi, Laureta Kasumaj, Maarit Räty
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Toukokuu, 2023

Laurea-ammattikorkeakoulu

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja (AMK)

Laura Hirvi, Laureta Kasumaj, Maarit Räty

Tiivistelmä

Tekonivelleikkausta edeltävän potilasohjauksen vaikutus postoperatiivisessa kivunhoidossa

Vuosi 2023 Sivumäärä 45

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata leikkausta edeltävän potilasohjauksen vaikutuksia tekonivelleikkauspotilaan postoperatiiviseen eli leikkauksen jälkeiseen kivunhoitoon. Tavoitteena oli tuottaa kliinisen hoitotyön ammattilaisille luotettava ja sisällöllisesti kattava kirjallisuuskatsaus siitä, millainen vaikutus leikkausta edeltävällä potilasohjauksella on tekonivelleikkauspotilaiden postoperatiiviseen kivunhoitoon. Katsauksessa käsiteltiin myös sitä, minkälaisia eroja erilaisilla ohjausmenetelmillä on suhteessa postoperatiiviseen kivunhoitoon. Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä HUS Peijaksen sairaalan leikkausosasto L:n kanssa.

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä käytettiin kuvailevaa kirjallisuuskatsausta. Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä. Aineiston abstrahoinnin pohjalta nousi kolme pääluokkaa, jotka olivat preoperatiivisen ohjauksen menetelmät, preoperatiivisen ohjauksen vaikutus kivunhoitoon sekä preoperatiivisen ohjauksen vahvuudet ja heikkoudet.

Tutkimuksen tulosten pohjalta ilmeni, että ennen tekonivelleikkausta tapahtuvalla potilasohjauksella ei ole kliinisesti tai tilastollisesti merkittäviä vaikutuksia postoperatiiviseen kivunhoitoon. Tutkimuksen tulos on merkittävä perioperatiivisen hoitotyön toteuttajille, sillä tutkimusten pohjalta voidaan todeta, ettei resursseja ole välttämättä kannattavaa ohjata pääasiassa preoperatiiviseen vaiheeseen. Jatkossa olisi suositeltavaa tutkia myös postoperatiivisen vaiheen potilasohjauksen vaikutusta tekonivelleikkauspotilaan leikkauksen jälkeiseen kipuun sekä pohtia olisiko resurssien suuntaaminen leikkauksen jälkeiseen vaiheeseen vaikuttavampaa.

Tutkimuksessa vertailtiin useampaa eri potilasohjauksen menetelmää. Eri ohjausmenetelmillä ei ollut tulosten perusteella kliinisesti tai tilastollisesti merkittäviä eroja postoperatiivisen kivunhoidon kannalta. Potilaat saattoivat kokea tietyt menetelmät parempina kuin toiset, mutta ohjaustapojen väliset erot jäivät pieniksi. Vaikka ohjausmenetelmillä ei ollut suuria eroja suhteessa kivunhoitoon, on tärkeää huomioida potilaiden mielipiteet ja kokemukset ohjausmenetelmää valittaessa.

Asiasanat: potilasohjaus, preoperatiivinen hoitotyö, tekonivelleikkaus, kirjallisuuskatsaus

Laurea University of Applied Sciences

Degree Programme in Nursing

Bachelor's thesis

Laura Hirvi, Laureta Kasumaj, Maarit Räty

Abstract

Effects of preoperative patient education on postoperative pain management of the artificial joint patient

Year 2023 Pages 45

The purpose of this thesis was to describe the effects of preoperative patient education on joint replacement surgery patient's postoperative pain management. The aim was to develop a reliable and contextually inclusive literature review for the professionals of clinical care on the effect of preoperative patient education on the pain management of joint replacement surgery patients. The review also discussed what kind of differences different education methods have in respect of postoperative pain management. The thesis was fulfilled in co-operation with Anesthesia and Surgery Ward L of Peijas Hospital in the Helsinki and Uusimaa district.

The research method of the thesis was descriptive literature review. The data was analysed using inductive content analysis. On the grounds of the abstraction of the content, three main categories of the study came up, which were the methods of preoperative education, the effect of preoperative education on pain management and the strengths and weaknesses of preoperative education.

The results of the study showed that preoperative patient education is not as significant regarding postoperative pain management as it is generally thought to be. The result of the study is significant to those practicing perioperative care, because based on the studies it can be noted that it is not necessarily profitable to direct resources mainly to the preoperative phase. In the future, it would be advisable to also study the effect of patient education in the postoperative phase on arthroplasty patient's postoperative pain as well as consider if directing resources to the postoperative phase would be more effective.

This study compared several different patient education methods. Based on the results of the study, it can be stated that different patient education methods did not have clinically or statistically significant differences from viewpoint of postoperative pain management. Patients may have experienced certain methods to be better than others, but the differences between the education methods remained small. Even though education methods did not have great differences on pain management, it is important to consider patients' opinions and experiences when choosing an education method.

Keywords: patient education, preoperative care, joint replacement surgery, literature survey

Sisällys

1 Johdanto 6
2 Preoperatiivinen potilasohjaus 7
2.1 Preoperatiivinen hoitotyö 7
2.2 Potilasohjaus 7
3 Tekonivelleikkauksen jälkeinen kipu 9
3.1 Tekonivelleikkaus 9
3.2 Postoperatiivinen kipu 10
4 Tutkimuksen toteutus 10
4.1 Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet sekä tutkimuskysymykset 10
4.2 Tutkimusmenetelmänä kirjallisuuskatsaus 11
5 Aineiston keruu ja analysointi 12
6 Tulokset 15
6.1 Preoperatiivisen ohjauksen menetelmät 17
6.1.1 Suullinen ohjaus 17
6.1.2 Kirjallinen ohjaus 18
6.1.3 Suullisen ja kirjallisen ohjauksen yhdistelmä 18
6.1.4 Video-ohjaus 19
6.1.5 Tavanomainen hoito 19
6.1.6 Ryhmäohjaus 19
6.1.7 Kognitiivis-behavioraalinen ohjaus 20
6.2 Preoperatiivisen potilasohjauksen vaikutus postoperatiiviseen kivunhoitoon 20
6.3 Ohjauksen vahvuudet ja heikkoudet 23
7 Pohdinta 24
7.1 Tulosten pohdinta 25
7.2 Tutkimuksen luotettavuus 26
7.3 Tutkimuksen eettisyys 29
7.4 Johtopäätökset 30
Lähteet 32
Kuviot 36
Taulukot 37
Liitteet 38

1 Johdanto

Tämän opinnäytetyön aiheena on tekonivelleikkauspotilaan leikkausta edeltävän eli preoperatiivisen potilasohjauksen vaikutus postoperatiiviseen kivunhoitoon. Tekonivelleikkauksen yleisin syy on nivelrikko. Tekonivelleikkaus tehdään silloin, kun nivelrikko on potilaalle erittäin kivulias haitaten jokapäiväistä elämää, ja sillä pyritään parantamaan potilaan toimintakykyä. Tekonivelleikkauksia tehdään useimmiten lonkan ja polven niveliin. (Terveyskylä 2023.)

Vuonna 2021 Suomessa tehtiin yli 25 000 tekonivelten ensileikkausta ja yli 2500 tekonivelten uusintaleikkausta (Hartzell, Järvelin, Mäkelä & Honkanen 2022). Pääkaupunkiseudun tekonivelkirurgia on keskitetty HUS Peijaksen sairaalan Tekonivelkeskukseen (HUS 2023a). Päiväkirurgisten toimenpiteiden lisääntyminen on hoitoalan tulevaisuutta, jolloin preoperatiivisen ohjauksen merkitys korostuu. Tämän vuoksi potilasohjauksen merkitystä on aihetta tarkastella entistä tarkemmin. Vuonna 2019 Peijaksen sairaalassa tehtiin ensimmäinen päiväkirurginen lonkan tekonivelleikkaus (HUS 2019). Yhdysvalloissa päiväkirurgisia tekonivelleikkauksia on tehty yli 20 vuoden ajan lisääntyvin määrin (Harold, Chamberlain & Sheth 2022).

Opinnäytetyö toteutettiin yhteistyössä HUS Peijaksen sairaalan anestesia- ja leikkausosasto L:n kanssa. Anestesia- ja leikkausosasto L:llä tehdään ortopedisiä ja urologisia leikkauksia (HUS 2023b). Noin puolet osaston potilaista siirtyy jatkohoitoon vuodeosastoille ja toinen puoli kotiutuu jo saman päivän aikana, jolloin toimenpide tehdään päiväkirurgisesti (HUS 2023b).

Idea opinnäytetyön aiheeseen tuli anestesia- ja leikkausosasto L:n henkilökunnalta. Osaston henkilökunta ilmaisi kokemuksensa preoperatiivisen ohjauksen tärkeydestä, ja kertoivat kaipaavansa näyttöön perustuvaa tietoa siitä, minkälaista potilasohjausta tulisi antaa preoperatiivisessa vaiheessa. Opinnäytetyö tarjoaa preoperatiivisen potilasohjauksen merkityksen ymmärtämisen myötä mahdollisuuden ohjausmenetelmien kehittämiseen käytännön potilastyössä, jolloin ohjausmenetelmien kehittämisestä hyötyisi potilaiden ohella myös organisaatio.

Opinnäytetyö tehtiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata leikkausta edeltävän potilasohjauksen vaikutuksia tekonivelleikkauspotilaan postoperatiiviseen kivunhoitoon. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa kliinisen hoitotyön ammattilaisille luotettava ja sisällöllisesti kattava kirjallisuuskatsaus siitä, millainen vaikutus leikkausta edeltävällä potilasohjauksella on tekonivelpotilaiden postoperatiivisessa kivunhoidossa sekä selvittää minkälaisia eroja erilaisilla ohjausmenetelmillä on suhteessa postoperatiiviseen kivunhoitoon.

2 Preoperatiivinen potilasohjaus

2.1 Preoperatiivinen hoitotyö

Preoperatiivinen hoitotyö tarkoittaa ennen leikkausta tehtävää hoitotyötä, jossa potilas valmistellaan leikkaukseen. Preoperatiiviseen hoitotyöhön kuuluu leikkausta edeltävän, leikkauksen aikaisen sekä leikkauksen jälkeisen hoidon suunnittelu. Lisäksi preoperatiivisessa vaiheessa annetaan ohjausta leikkaukseen ja postoperatiiviseen hoitoon liittyen sekä tuetaan potilasta valmistautumisessa. Preoperatiivinen hoitotyö on potilaslähtöistä ja siinä keskitytään potilaan tarpeisiin. (Aura & Kinnunen 2022.)

Preoperatiivinen hoitotyö alkaa hyvissä ajoin ennen leikkausta, potilaan ollessa kotona, jolloin potilas saa tyypillisesti leikkaukseen valmistavia ohjeita. Hoitohenkilöstö käy ennakkoon läpi potilaan hoidon tarvetta sekä tulevaan leikkaukseen vaikuttavia tekijöitä. Hoitohenkilökunnalla on preoperatiivisessa vaiheessa useampia merkittäviä tehtäviä, kuten potilastietojen kerääminen, tarpeellisten leikkausta edeltävien tutkimusten tekeminen sekä potilaan ja hänen lähiomaistensa ohjaaminen. (Karma, Kinnunen, Palovaara & Perttunen 2016, 11.)

Ennen leikkausta potilaan kanssa käydään läpi lääkkeiden ja päihteiden käyttö, hampaiden ja ihon hoito sekä syömiseen ja juomiseen liittyvät asiat. Potilaan toiveet pyritään ottamaan mahdollisuuksien mukaan huomioon ja hänen kanssaan keskustellaan leikkaus- ja anestesiamenetelmistä. Myös leikkauksen jälkeistä kivunhoitoa pohditaan yhdessä ja potilasta rohkaistaan osallistumaan omaan hoitoonsa, jotta kuntoutuminen olisi nopeampaa ja mukavampaa. Potilaan hoitoa suunniteltaessa tavoitteena on pikainen kuntoutuminen ja kotiutuminen, toimintakyvyn ylläpito tai paraneminen sekä kivunhallinta. Potilaan kanssa keskustellaan hänen tuntemuksistaan ja tarjotaan tukea. (Aura & Kinnunen 2022.)

2.2 Potilasohjaus

Sairaanhoitajan ammatilliseen osaamiseen kuuluu tärkeänä osana laadukkaan potilasohjauksen toteuttaminen. Laadukas potilasohjaus edellyttää sairaanhoitajalta kykyä opettaa, ohjata ja tukea potilasta tämän omahoidon toteuttamisessa tai muissa mahdollisissa tarpeissa. Potilasohjausta voidaan toteuttaa erilaisissa tapaamisissa tai neuvottelutilanteissa, joihin voi tilanteesta riippuen osallistua potilas, hoitotyön ammattihenkilöstöä sekä omaisia. (Blomqvist, Rummukainen, Sainio, Simola & Tyrisevä-Ryösö 2022, 57.)

Potilasohjauksessa ohjaaja ja potilas käyvät yhdessä läpi hoitoon liittyvien tietojen ja taitojen kehittämistä sekä selvittävät keinoja potilaan selviytymisen tukemiseksi. Potilasohjaus toteutetaan aina tasavertaisena ja ohjaaja-potilas-auktoriteettiasetelmaa tulee välttää. Onnistuneen potilasohjauksen päätavoite on potilaan ymmärryksen lisääminen toimenpiteeseen, palveluun tai johonkin elämässä tapahtuvaan muutokseen liittyen. Potilaan

tulisi kokea kykenevänsä vaikuttamaan hoitoonsa liittyviin asioihin vaikuttavan ohjauksen myötä. Tavoitteena on lisätä potilaan tietoisuutta niin, että hän kykenee huolehtimaan itsestään ja toimintakyvystään sekä tiedostaa oman terveydentilansa. Yhtä tärkeää on kuitenkin se, että hyvin ohjattu potilas kykenisi itsenäisesti havaitsemaan ja informoimaan mahdollisista muutoksista avuntarpeissaan. Onnistunut potilasohjaus auttaa potilasta sitoutumaan ja löytämään sisäistä motivaatiota hoitoonsa. (Pihlainen 2019.)

Sairaanhoitaja antaa ohjausta aina näyttöön perustuvan tiedon pohjalta, eettisesti hyväksytyin menetelmin. Kullakin ammattiryhmällä on omat toimintaa ohjaavat eettiset ohjeistukset, jotka on pidettävä mielessä potilasohjausta annettaessa, kuten aina mitä vain muutakin hoitotyötä toteutettaessa. Potilasohjaus on merkittävä osa hoitotyötä, jonka vuoksi sairaanhoitajan eettisiä ohjeita tulee noudattaa myös potilasohjaustilanteissa.

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet tukevat sairaanhoitajien eettistä päätöksentekoa jokapäiväisessä hoitotyössä. Ohjeissa käsitellään muun muassa sitä, miten sairaanhoitajan tulee kohdata potilas arvokkaana yksilönä ja huomioida potilaan vakaumus, arvot ja tottumukset. Lisäksi itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen sekä potilaan osallistaminen omaan hoitoonsa olemalla vuorovaikutteisessa luottamussuhteessa potilaan kanssa on ohjeiden mukaan tärkeä osa hoitajan eettistä toimintaa. (Sairaanhoitajat 2023.)

Potilasohjausta suunniteltaessa tai toteutettaessa on hyvä tiedostaa, että noin 40–80 % saadusta tiedosta ei jää potilaalle mieleen, vaan unohtuu pian ohjauksen saannin jälkeen. Tämän vuoksi ohjauksen apuna on hyvä käyttää myös kirjallista materiaalia. Erilaiset sairaudet tai muut seikat voivat hankaloittaa tiedon vastaanottamista, jolloin on erityisen tärkeää räätälöidä ohjaus yksilöllisesti potilaan voimavarat huomioiden. Vaikuttava ja laadukas potilasohjaus koostuu yksilöllisten voimavarojen hyödyntämisestä, tavoitteista, yksilöllisesti räätälöidyistä menetelmistä, hoitajan kannustuksesta ja tuesta sekä arvioinnista ja seurannasta. (Pihlainen 2019.)

Vuorovaikutus ja potilasohjaus ovat merkittävän tärkeitä laadukkaan hoitotyön toteuttamisessa sekä potilasturvallisuuden lisäämisessä. Vuorovaikutus- ja ohjaustaidot kuuluvat jokaisen hoitajan perusosaamiseen. Erilaisia ohjauksen menetelmiä ja toimintamalleja on useita, mutta vuorovaikutus on niissä aina keskeisin tekijä. (Blomqvist ym. 2022, 57.)

Potilasohjausta säätelee erilaiset lait, jotka sairaanhoitajan tulee tuntea. Terveydenhuoltolakiin (1326/2010) on kirjattu potilaan oman roolin tärkeyden huomioimisesta hoidon suunnittelun ja toteutuksen osalta. Tämän lain mukaan kuntien on järjestettävä sairaanhoidolliset palvelut niin, että niihin sisältyy potilaan hoitoon sitoutumiseen ja omahoitoon motivoiva ohjaus. Laki Terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) korostaa potilasturvallisuuden ja terveydenhuollon laadun vahvistamista varmistamalla, että terveydenhuollon ammattihenkilöillä on riittävä koulutus, pätevyys ja muut valmiudet. Laissa

potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) säädetään, että potilaalla on laillinen oikeus saada asianmukaisesti riittävän kattavaa tietoa hoitoonsa liittyen. Potilla on oikeus saada selvitys hoidon tavoitteista, terveydentilastaan, vaihtoehtoisista hoitokeinosta sekä muista seikoista, jotka hänen hoitoonsa liittyvät. Selvityksen antajan tulee varmistaa, että potilas ymmärtää täysin vastaanottamansa selvityksen sisällön. Puutteellinen tiedonsaanti rikkoo asetuksia tiedonsaanti- sekä itsemääräämisoikeudesta. Ennakoitavissa on, että potilasohjauksen määrällinen kasvu, uusien metodien kehittely ja ohjauksen tehokkuuden arviointi tulee lisääntymään tulevaisuudessa. Hoitajan kannalta tämä vaatii vankkaa eettistä tietoperustaa, sillä nämä lisääntyvät muutokset tuottavat haasteita ohjauksen toteutukselle myös eettisestä näkökulmasta. (Hupli, Rankinen & Virtanen 2012, 8–9.)

3 Tekonivelleikkauksen jälkeinen kipu

3.1 Tekonivelleikkaus

Tekonivelleikkauksen pääasiallinen syy on nivelrikko (Terveyskylä 2023). Nivelrikko on yleisin nivelsairaus maailmassa. Nivelrikon syntyyn vaikuttavia tekijöitä ovat perimä, ikääntyminen, nivelvammat, nivelen epävakaus, liian raskas työ tai liikunta sekä ylipaino. Tyypillisesti nivelrikossa rustopinta vaurioituu ja nivelrusto häviää osittaisesti nivelpinnoilta. Lisäksi nivelkapselissa voi ilmetä liikakasvua ja tulehdusmuutoksia. (Pohjolainen 2021.)

Nivelrikon oireena on jomottava kipu, joka pahenee liikkuessa ja lievittyy levossa, mutta sairauden edetessä kipu voi muuttua jatkuvaksi. Nivelessä ilmenee myös jäykkyyttä liikkeelle lähtiessä ja aamuisin. (Pohjolainen 2021.) Tekonivelleikkausta harkitaan, kun nivelrikon oireet ja löydökset ovat pitkälle edenneitä ja muu hoito, yleensä kuntoutus ja kipulääkitys, ei tuo riittävää apua nivelrikon oireisiin (HUS 2023a). Hankalaoireisessa nivelrikossa ilmenee jatkuvaa liike- ja leposärkyä, yöunta häiritsevää kipua, jatkuvaa apuvälineen tarvetta liikkuessa, vaikeutta kulkea rappusissa, hankaluutta olla polvillaan sekä kävelymatkan rajoittumista muutamiin satoihin metreihin (Terveyskylä 2017a).

Tekonivelleikkauksessa nivelen vaurioituneet osat poistetaan ja korvataan tekonivelellä, joka on valmistettu keinotekoisista materiaaleista. Tekonivel voidaan kiinnittää luusementillä tai oma luu kasvaa tukevasti tekonivelen ympärille. (Terveyskylä 2017b.) Tekonivel mahdollistaa potilaan elämänlaadun ja toimintakyvyn paranemisen sekä kivun lievittymisen (Terveyskylä 2023). Tekonivelleikkaus voidaan tehdä myös pienempiin niveliin, kuten olkapäähän, kyynärpäähän ja nilkkaan (Terveyskylä 2023).

3.2 Postoperatiivinen kipu

Postoperatiivinen kipu on leikkauksen tai toimenpiteen jälkeistä kipua, joka syntyy toimenpiteessä aiheutuneesta akuutista vauriosta kudoksissa. Postoperatiiviselle kivulle on tyypillistä sen lyhytkestoisuus sekä kivun voimakkuuden vaihtelevuus. Potilaan kokemaan postoperatiiviseen kipuun vaikuttaa aiemmat kokemukset kivusta sekä psyykkiset tekijät, kuten mahdollinen ahdistuneisuus, jännittyneisyys tai pelko. (Aura & Kinnunen 2022, 242.)

Kipu vähentää erilaisten hormonien eritystä, häiritsee glukoositasapainoa sekä aiheuttaa maha-suolikanavan lamaa. Pitkittyneellä kivulla on myös heikentävä vaikutus potilaan mobilisaatioon, jonka vuoksi tukosriski kasvaa. Pitkittynyt kipu laskee myös potilaan immuunipuolustusta. Kivulla voi olla haitallisia vaikutuksia myös hengitykseen, minkä vuoksi erityisesti ylävatsan sekä rintakehän alueen leikkauspotilailla on suurentunut riski sairastua pneumoniaan. Leikkauksen jälkeen ilmenevä kipu voi siis altistaa potilaan useille erilaisille leikkauksen jälkeisille komplikaatioille ja pitkittynyt postoperatiivinen kipu voi pahimmillaan viivästyttää potilaan kuntoutumista ja kotiutumista sekä aiheuttaa aiheetonta kärsimystä potilaalle. Postoperatiivisen kivun hoidossa on merkittävää kivun sekä sen hoidon vaikuttavuuden seuranta ja arviointi, jossa sairaanhoitajalla on merkittävä rooli. Kivun arvioinnin työkaluna on hyvä käyttää kipumittaria, jonka käyttö on ohjattu potilaalle ja sopii hänen tarpeisiinsa. (Aura & Kinnunen 2022, 242.)

On tärkeää tiedostaa, että kipu on subjektiivinen kokemus. Henkilöstä riippuen kipukokemus on erilainen ja henkilökohtainen. Henkilö voi kokea kipua, kuitenkin sietäen ja kyeten toimimaan sen kanssa, kun taas toisen kipu voi olla vähäisempää, mutta aiheuttaa enemmän kärsimystä. Kipukokemukseen liittyy siis konkreettisen kivun lisäksi myös henkilön tunnereaktiot kipua kohtaan. (Wicker 2015, 79.)

4 Tutkimuksen toteutus

4.1 Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet sekä tutkimuskysymykset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, mikäli leikkausta edeltävällä potilasohjauksella on vaikutusta tekonivelleikkauspotilaiden postoperatiiviseen kivunhoitoon ja millaiset nämä mahdolliset vaikutukset ovat. Lisäksi tarkoituksena oli kuvata millaista kyseiselle potilasryhmälle annettu ohjaus sisällöltään ja menetelmiltään tyypillisesti on. Tavoitteena oli tuottaa kliinisen hoitotyön ammattilaisille luotettava ja sisällöllisesti kattava katsaus siitä, millainen vaikutus preoperatiivisen vaiheen ohjauksella on potilaiden leikkauksen jälkeiseen kipuun, sekä siitä minkälaisia eroja erilaisilla ohjausmenetelmillä on suhteessa leikkauksen jälkeiseen kipuun. Tutkimuksesta saadun tiedon myötä hoitohenkilökunnalla on mahdollisuus tarkastella omia käytänteitään ja mahdollisesti kehittää niitä tehokkaammiksi. Tutkimuksen

tulokset tarjoavat mahdollisesti välittömän hyödyn myös tekonivelleikkauksen läpikäyvälle potilaalle, mikäli leikkaava yksikkö hyödyntää ohjausmenetelmissään tämän tutkimuksen tuloksia kehittääkseen postoperatiivista kivunhoitoa vaikuttavampaan suuntaan.

Kirjallisuuskatsausta ohjaavat tutkimuskysymykset olivat:

1. Miten potilasohjausta on kuvattu tutkimuksissa ja mistä osa-alueista se koostuu?
2. Miten leikkausta edeltävä potilasohjaus vaikuttaa tekonivelpotilaan postoperatiiviseen kivunhoitoon?

4.2 Tutkimusmenetelmänä kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsauksia on useita erilaisia tyyppejä, joita käytetään eri tarkoituksiin ja erityyppisille aineistoille. Tarkoituksena kirjallisuuskatsauksen laatimisessa on muodostaa kokonaiskuva aikaisemmasta tutkimuksesta johonkin aihealueeseen liittyen. Katsauksen on tärkeää olla systemaattinen ja vaiheet on kuvattava niin, että lukija voi arvioida jokaisen vaiheen toteutustapaa ja luotettavuutta. (Stolt, Axelin & Suhonen 2015, 23.)

Tämä opinnäytetyö tehtiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Kuvailevan eli narratiivisen kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on kuvailla viimeaikaista tai aikaisemmin tiettyyn aihealueeseen kohdistunutta tutkimusta. Tyypillisesti katsauksessa tarkastellaan julkaistuja tieteellisiä tutkimuksia ja keskitytään erityisesti vertaisarvioinnin käyneiden tutkimusten tarkasteluun. (Stolt ym. 2015, 9.)

Kaikki kirjallisuuskatsaukset sisältävät tyypistä riippumatta samankaltaiset vaiheet (Stolt ym. 2015, 23). Stolt ym. (2015, 23) määrittelevät kirjallisuuskatsauksen vaiheiksi seuraavat viisi vaihetta:

1) Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksen ja tutkimusongelman määrittäminen
2) Kirjallisuushaku ja aineiston valinta
3) Tutkimusten arviointi
4) Aineiston analyysi ja synteesi
5) Tulosten raportointi

Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksen ja tutkimusongelman määrittäminen ohjaa koko prosessin etenemistä. Katsauksen tarkoitusta ja tutkimusongelmaa määritettäessä tutkija valitsee muun muassa kiinnostuksen kohteena olevat käsitteet, kohdejoukon, intervention tai kenen näkökulmasta asiaa tarkastellaan sekä mistä kokonaisuudesta katsaus tehdään. Tutkimusongelman tai –kysymyksen on hyvä olla tutkittavaan aiheeseen nähden relevantti sekä

tarpeeksi fokusoitunut, mutta ei kuitenkaan liian suppea. Tutkimuskysymykseen tulee olla mahdollista vastata kirjallisuuden perusteella. (Stolt ym. 2015, 24–25.)

5 Aineiston keruu ja analysointi

Kirjallisuuskatsauksen toisessa vaiheessa, kirjallisuushaku ja aineiston valinta, tehdään varsinaiset haut sekä valitaan tutkimuksen kannalta relevantti kirjallisuus (Stolt ym. 2015, 25). Tässä opinnäytetyössä aineistoa kerättiin käyttäen Laurea ammattikorkeakoulun tarjoamia tietokantoja: EBSCO Cinahl with full text, Medic ja Pubmed. Tiedonhaussa käytettyjä keskeisiä hakusanoja olivat patient education, patient information, preoperative education, pain*, arthroplasty ja replacement (Liite 1). Suomenkielisiä hakusanoja käytettiin vähäisesti, sillä niiden tarjoamat tulokset olivat vaatimattomia saatavilla olevissa tietokannoissa. Opinnäytetyön tekijät toteuttivat ensin itsenäisesti kirjallisuushakua käyttäen samoja tietokantoja eli samaan tietokantaan tehtiin useita hakuja käyttämällä erilaisia hakusanojen yhdistelmiä. Kirjallisuushakua tehdessä noudatettiin etukäteen laadittuja sisään- ja poissulkukriteereitä (Taulukko 1) sekä hakusanoja ja vain ne tutkimukset valittiin, jotka vastasivat tutkimusta ohjaaviin tutkimuskysymyksiin. Aluksi kirjallisuushakuja tehtäessä yksi sisäänottokriteereistä oli, että tutkimus tulisi olla tehty Euroopassa. Tämän rajauksen kanssa hakutuloksia tuli liian vähän, joten se jouduttiin poistamaan. Kirjallisuushakua tehtäessä aiemmin määriteltyjen sisään- ja poissulkukriteerien joukkoon lisättiin rajaus opioidiriippuvuuksia käsitteleviä aineistoja kohtaan. Vaikka muutokset postoperatiivisen kivunhoidon opioidikulutuksessa ovat potilasohjauksen vaikutuksia, ei tämä näkökulma kuitenkaan tarjonnut tutkimuksellemme uusia tuloksia, sillä kyseisestä aiheesta on jo saatavilla runsaasti tuoreita tutkimuksia.

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
Alle 10 v vanha	Yli 10 v vanha
Suomen tai englanninkielinen julkaisu	Muu vieraskielinen julkaisu
Vähintään ylemmän AMK:n tasoinen julkaisu tai alkuperäistä tutkimusta käsittelevä artikkeli	AMK tasoinen julkaisu
Maksuton aineisto	Maksullinen aineisto
Aineisto käsittelee tekonivelleikkauspotilasta	Aineisto käsittelee muuta kuin tekonivelleikkauspotilasta
Aineisto vastaa tutkimuskysymykseen	Aineisto ei vastaa tutkimuskysymykseen
Aineisto ei käsittele postoperatiivista opioidiriippuvuutta	Aineisto käsittelee postoperatiivista opioidiriippuvuutta
Aineisto ei ole kirjallisuuskatsaus	Aineisto on kirjallisuuskatsaus

Taulukko 1: Aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Aineiston hakua tehdessä käytettiin tiedonhaun yleisiä menetelmiä. Esimerkiksi katkaisemalla hakusana *-merkillä sekä OR ja AND- sanoja käyttäen, pyrittiin saamaan mahdollisimman kattavat hakutulokset. Laurean tarjoamat lisenssit tietokantoihin rajasivat osaltaan tulosten määrää, koska saatavilla ei ollut esimerkiksi yliopistojen tietokantoja tai muuta maksullista aineistoa. Aineiston hakua tehtiin ajalla 1.1-28.2.2023.

Hakuprosessi tulee toteuttaa systemaattisesti, mutta systemaattisuuden taso riippuu kirjallisuuskatsauksen tyypistä. Tämä opinnäytetyö on kuvaileva kirjallisuuskatsaus, joten hakuprosessi ei ole yhtä systemaattinen kuin esimerkiksi meta-analyysissa. Systemaattisen kirjallisuushaun tarkoituksena on löytää ja tunnistaa kaikki tutkimuskysymykseen vastaava materiaali. (Stolt ym. 2015, 25–26.) Hakujen tuottamat tulokset käytiin ensin läpi otsikoiden ja

abstraktien perusteella ja valittiin tutkimuskysymyksiin mahdollisesti vastaava materiaali. Kirjallisuushaun tulokset taulukoitiin (Liite 2). Edellä kuvatun hakuprosessin tuloksena aineisto muodostui 10 tutkimuksesta.

Kolmantena vaiheena on hakuprosessin perusteella valittujen tutkimusten arviointi. Tutkimusten arvioinnissa tarkastellaan valittujen tutkimusten kattavuutta sekä havainnoidaan, kuinka relevanttia tieto on omien tutkimuskysymysten kannalta. (Stolt ym. 2015, 28.) Jokainen otsikoltaan ja abstraktiltaan tutkimuskysymykseen vastaava tutkimus luettiin huolellisesti sekä arvioitiin tutkimuksen relevanttiutta tutkimuskysymyksen suhteen. Tässä vaiheessa tutkimuksista rajattiin neljä kappaletta pois, sillä ne eivät vastanneet tutkimuskysymykseen tai eivät noudattaneet sisään- ja poissulkukriteeristöä. Tutkimusten arvioinnin jälkeen käsiteltäviä tutkimuksia jäi kahdeksan. Näistä kahdeksasta tutkimuksesta kolme oli kirjallisuuskatsauksia. Tutkimustulosten analysoinnin osalta kirjallisuuskatsaukset päätettiin rajata pois, joskin niiden tulosten tarjoamaa tukea on hyödynnetty tämän tutkimuksen tulosten vahvistamiseksi. Lopulta jäljelle jääneet viisi tutkimusta muodostavat tämän kirjallisuuskatsauksen aineiston (Liite 3).

Eri näkökulmista tehtyjä potilasohjaukseen liittyviä tutkimuksia on tehty runsaasti ympäri maailmaa ja etenkin tutkimuksia siitä, millaista laadukkaan potilasohjauksen tulisi olla, löytyy runsaasti. Tässä kirjallisuuskatsauksessa tutkimukset kuitenkin rajattiin vain niihin, jotka tarjoavat tietoa siitä, onko preoperatiivisella potilasohjauksella lähtökohtaisesti vaikutusta tekonivelpotilaiden kivunhoitoon ja, jos on, niin minkälaista. Näiden sisään- ja poissulkukriteerien sekä aineiston tarkan analysoinnin jälkeen lopullinen kirjallisuuskatsauksemme aineisto koostui viidestä tutkimuksesta. Tutkimukset ovat toteutettu Yhdysvalloissa (n=2), Turkissa (n=1), Ruotsissa (n=1) sekä Tanskassa (n=1). Kotimaisia tutkimuksia aiheesta ei ollut saatavilla tämän kirjallisuuskatsauksen työstämisen aikana.

Kirjallisuuskatsauksen neljännessä vaiheessa, aineiston analyysissä ja synteesissä, järjestetään ja tehdään yhteenvetoa valittujen tutkimusten tuloksista. Tutkimusten yhteenveto on suositeltavaa tehdä taulukkomuotoon. (Stolt ym. 2015, 30–31.) Aineisto analysoitiin käyttämällä aineistolähtöistä laadullista eli induktiivista sisällönanalyysiä. Sisällönanalyysi on systemaattinen analyysimenetelmä ja sen avulla voidaan kuvata analyysin kohteena olevaa tekstiä (Kylmä & Juvakka 2014, 112). Induktiivisessa sisällönanalyysissä haetaan vastausta tutkimuskysymyksiin (Kylmä & Juvakka 2014, 113). Aineistosta kerättiin tutkimuskysymyksiin vastaavat alkuperäisilmaisut taulukkoon. Alkuperäisilmaisut suomennettiin ja redusoitiin eli pelkistettiin poistamalla ylimääräiset täytesanat. Pelkistetyt ilmaisut ryhmiteltiin ja luokiteltiin alaluokiksi, joille annettiin sisältöä kuvaavat nimet (Taulukko 2). Muodostettuja alaluokkia vertailtiin keskenään ja sisällöltään samankaltaiset ryhmiteltiin yläluokiksi, joille annettiin sisältöä kuvaavat nimet. Induktiivinen sisällönanalyysi on aineistolähtöinen, joten on tärkeää, että sisältöä kuvaavien luokkien annetaan ohjautua aineistosta käsin (Kylmä & Juvakka 2014, 112). Abstrahointia eli yhdistävää luokittelua (Elo, Kajula, Tohmola & Kääriäinen 2022)

tehtiin pääluokkiin asti eli samankaltaiset yläluokat yhdisteltiin pääluokiksi, jotka nimettiin. Pääluokkien nimiksi muodostui preoperatiivisen ohjauksen menetelmät, preoperatiivisen ohjauksen vaikutus kivunhoitoon sekä preoperatiivisen ohjauksen vahvuudet ja heikkoudet.

Alkuperäisilmaisu	**Pelkistys**
"The written patient information comprised a brief summary of the importance of relieving pain and the advice to inform staff members without delay about the start of pain. The pain assessment Numeric Rating Scale was depicted. The information also included a short description of various pain relief methods as well as the importance of optimal pain relief for recovery and rehabilitation"	Kirjallinen potilasinformaatio sisälsi lyhyen yhteenvedon kivunlievityksen tärkeydestä
	Kirjallinen potilasinformaatio sisälsi neuvon informoida henkilökuntaa viiveettä kivun alkamisesta
	NRS kuvattiin.
	Informaatio sisälsi pienen kuvaksen erilaisista kivunlievityskeinoista
	Informaatio sisälsi pienen kuvaksen optimaalisen kivunlievityksen tärkeydestä
	Informaatio sisälsi pienen kuvaksen kuntoutuksen tärkeydestä
	Joka toinen potilas sai suullisen tiedon lisäksi kirjallista informaatiota liittyen kivunhoitoon.
	Kirjalliseen informaatioon pystyi palaamaan useita kertoja aina tarpeen mukaan.

Taulukko 2: Esimerkki alkuperäisilmaisuiden pelkistämisestä

6 Tulokset

Kirjallisuuskatsauksen viimeinen vaihe on tulosten raportointi, jolloin katsaus kirjoitetaan lopulliseen muotoonsa. Katsaukseen raportoidaan kaikki edellä mainitut vaiheet

mahdollisimman tarkasti, jotta tutkimus olisi toistettavissa jonkun muun tekemänä ja katsauksen luotettavuutta on mahdollista arvioida. (Stolt ym. 2015, 32.)

Abstrahoinnin pohjalta nousi tutkimuksen kolme pääluokkaa: preoperatiivisen ohjauksen menetelmät, preoperatiivisen ohjauksen vaikutus kivunhoitoon sekä preoperatiivisen ohjauksen koetut hyödyt ja haasteet.

Ohjauksen menetelmät pitää sisällään seitsemän yläluokkaa: suullinen ohjaus, kirjallinen ohjaus, suullisen ja kirjallisen ohjauksen yhdistelmä, video-ohjaus, tavanomainen hoito, ryhmäohjaus sekä kognitiivis-behavioraalinen ohjaus. Ohjauksen vaikutus sisältää kaksi yläluokkaa: ohjauksen hyödyt ja neutraali vaikutus. Kolmas ja viimeinen pääluokka, ohjauksen vahvuudet ja heikkoudet, sisältää yläluokat ohjauksen vahvuudet sekä ohjauksen puutteet ja haasteet. Nämä yläluokat on jaettu vielä pienemmiksi alaluokiksi, jotka ovat toimineet apuna tulososion kirjoittamisessa. Syntyneet pää- ja yläluokat on esitetty alla olevassa taulukossa (Taulukko 3).

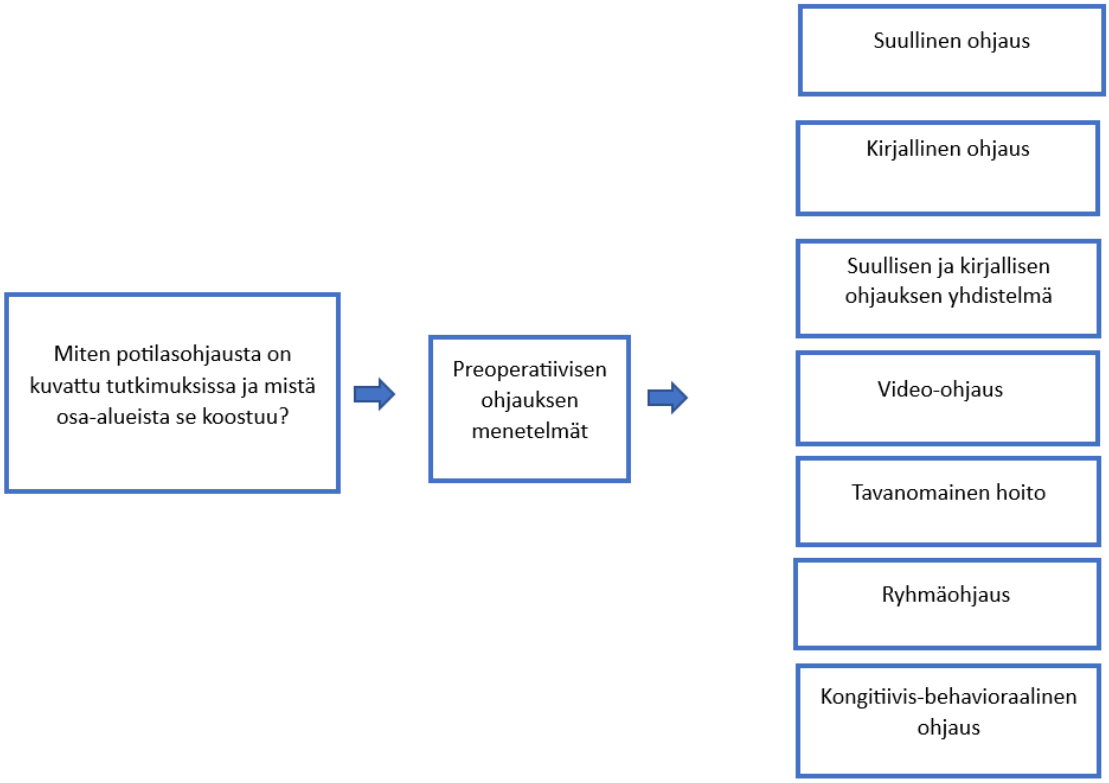
PÄÄLUOKKA	YLÄLUOKKA
Preoperatiivisen ohjauksen menetelmät	Suullinen ohjaus
	Kirjallinen ohjaus
	Suullisen ja kirjallisen ohjauksen yhdistelmä
	Video-ohjaus
	Tavanomainen hoito
	Ryhmäohjaus
	Kognitiivis-behavioraalinen ohjaus /terapia
Preoperatiivisen ohjauksen vaikutus kivunhoitoon	Ohjauksen hyödyt
	Ohjauksen neutraali vaikutus
Preoperatiivisen ohjauksen vahvuudet ja heikkoudet	Ohjauksen vahvuudet

	Ohjauksen puutteet ja haasteet

Taulukko 3: Pää- ja yläluokkien nimet

6.1 Preoperatiivisen ohjauksen menetelmät

Tutkimuksissa, joita tässä kirjallisuuskatsauksessa käsittelemme, oli hyödynnetty useampia potilasohjauksen menetelmiä. Tutkimuksissa käytettyjä ohjaustapoja olivat suullinen ohjaus, kirjallinen ohjaus, suullisen ja kirjallisen ohjauksen yhdistelmä, video-ohjaus, tavanomainen hoito, ryhmäohjaus sekä kognitiivis-behavioraalinen ohjaus. Alla olevassa kuviossa (Kuvio 1) esitetään toisesta tutkimuskysymyksestä muodostuneet luokat.



Kuvio 1: Preoperatiivisen ohjauksen menetelmät

6.1.1 Suullinen ohjaus

Suullista ohjausta käytettiin useammassa tutkimuksessa preoperatiivisen potilasohjauksen keinona. Kaikissa tutkimuksissa ei käynyt ilmi kuka potilasohjausta antoi, mutta pääasiassa suullista informaatiota antoi kliininen sairaanhoitaja, lääkäri tai fysioterapeutti (Gündüz, Çalişkan 2020; Birch, Stilling, Mechlenburg, Hansen 2020). Gündüzin ja Çalişkanin (2020) tutkimuksessa suullinen informaatio piti sisällään tietoa kipulääkkeiden käytöstä,

kylmähoidosta sekä hengitysharjoituksista. Ohjauksessa vastattiin myös potilaiden kysymyksiin sekä käsiteltiin kipua käsitteenä ja huomioitiin painoarvon tuomista sille.

Anderssonin, Otterstrom-Rydbergin & Karlssonin (2015) tutkimuksessa joka toiselle tutkimukseen osallistuvista potilaista annettiin suullista ohjausta, jonka kuvattiin olevan standardia preoperatiivista potilasohjausta. Suullisesti annettu potilasohjaus mahdollisti kysymysten kysymisen tiedon saannin yhteydessä. Yhdessä tutkimuksessa suullista potilasohjausta antoi fysioterapeutti (Birch ym. 2020). Suullisen ohjauksen apuvälineenä hänellä toimi käsikirja, jossa kuvattiin jokaisen seitsemän ohjauskerran sisältö yksityiskohtaisesti (Birch ym. 2020).

6.1.2 Kirjallinen ohjaus

Kirjallinen potilasohjaus nousi esiin useammassa tutkimuksessa preoperatiivisen potilasohjauksen menetelmänä. Usein kirjallinen materiaali toimii tukena jonkin muun ohjauskeinon ohella. Esimerkiksi Gündüzin & Çalişkanin (2020) tutkimuksessa kirjallinen ohjelehtinen toimi video-ohjauksen pohjana. Myös Louwin, Zimneyn, Reedin, Landersin ja Puenteduran (2019) ohjekirjanen tuotettiin niin, että sen sisältö vastasi henkilökohtaisesti paikan päällä annetun ohjauksen sisältöä. Kirjallista ohjausta kuvattiin tutkimuksissa joko ohjekirjasena *"booklet"* (Gündüz, Çalişkan 2020; Louw ym. 2019) tai esitteenä *"leaflet"* (Andersson ym. 2015).

Erään tutkimuksen interventioryhmän potilaat saivat ohjekirjasen kivunhoitoon liittyen polven tekonivelleikkausta edeltävänä päivänä. Sisällöltään ohjekirjanen oli moniosainen sisältäen tietoa postoperatiiviseen kivunhoitoon liittyvistä haasteista, polvinivelen tulehduksesta ja sen hoidosta, polvinivelen tekonivelleikkauksesta, postoperatiivisesta prosessista ja postoperatiivisesta kivusta sekä sen lievityskeinoista. Ohjekirjasessa kuvattiin myös lääkkeettömiä kivunhallintamenetelmiä ja harjoitteita, jotka saattavat olla potilaalle höydyllisiä postoperatiivisessa vaiheessa. (Gündüz, Çalişkan 2020.)

Andersson ym. (2015) tuottivat lonkan ja polven tekonivelleikkaukseen meneville potilaille esitteen, josta löytyi lyhyt yhteenveto optimaalisen kivunlievityksen tärkeydestä, ohjeen informoida henkilökuntaa viiveettä kivun alkaessa ja pienen kuvauksen erilaisista kivunlievityskeinoista sekä kuntoutuksen tärkeydestä. Esitteessä kuvattiin myös NRS eli numeerinen kipuasteikko.

6.1.3 Suullisen ja kirjallisen ohjauksen yhdistelmä

Useammassa tutkimuksessa oli hyödynnetty suullisen ja kirjallisen tiedon yhdistelmää potilasohjauksen menetelmänä. Anderssonin ym. (2015) tutkimuksessa hyödynnettiin ohjausmenetelmänä suullisen ja kirjallisen informaation yhdistelmää. Myös Louwin ym. (2019)

tutkimuksessa kivun neurotieteellisen ohjauksen tukena käytettiin suullisen ryhmäohjauksen lisänä myös kirjallista materiaalia, jonka sisältö vastasi ohjaustuntia. Ohjauksessa oli hyödynnetty myös PowerPoint-esitelmää ja ohjaukseen osallistuneet pystyivät esittämään kysymyksiä esityksen aikana sekä sen jälkeen.

Suullista ja kirjallista informaatiota saaneet kokivat näiden ohjausmuotojen yhdistelmän hyvänä, sillä se oli helpointa omaksua ja ymmärtää. Tämä mahdollisti potilaiden osallistumisen omaan postoperatiiviseen kivunhoitoonsa. (Andersson ym. 2015.)

6.1.4 Video-ohjaus

Videopohjaista preoperatiivista potilasohjausta pääasiallisena ohjauskeinonaan käyttäneet Gündüz & Çalişkan (2020) antoivat tutkimuksessaan 40 henkilön interventioryhmälleen video-ohjausta, joka mukaili kivunhoitoon liittyvän ohjekirjasen sisältöä. Nämä tutkimukseen osallistuneet interventioryhmän potilaat saivat leikkausta edeltävänä päivänä tabletin, johon video oli ladattu. Tabletin saannin yhteydessä potilailla oli mahdollisuus esittää kysymyksiä. Tabletti otettiin potilailta pois postoperatiivisena nollapäivänä. Video sisälsi muun muassa demonstraatiota vaikeasti ymmärrettävien, mutta merkittävien lääkkeettömien menetelmien käytöstä oikealla ihmisellä.

6.1.5 Tavanomainen hoito

Tutkimuksissa on verrattu erilaisia ohjausmenetelmiä niin kutsuttuun tavanomaiseen hoitoon. Tyypillisesti tutkimusryhmä jaettiin kontrolli- ja interventioryhmiin. Kontrolliryhmä sai ainoastaan tavanomaista hoitoa ja interventioryhmä sai tavanomaisen hoidon lisäksi jotain muuta potilasohjausta, kuten video-ohjausta tai kognitiivis-behavioraalista terapiaa. Tutkimusten tavanomainen preoperatiivinen hoito käsitti monitieteellisen informaation antamista sekä potilaalle että hänen läheisilleen eikä se sisältänyt ohjekirjasta tai muuta kirjallista menettelytapaa kivun ohjauksesta. (Gündüz, Çalişkan 2020; Birch ym. 2020.)

Yhdessä tutkimuksessa jokainen osallistuja otti osaa tavanomaiseen tekonivelleikkaukseen valmistavaan ohjaukseen sen jälkeen, kun oli osallistunut kivun neurotieteellisen ohjauksen ryhmätunnille. Tämä standardi tavanomainen ohjaus sisälsi kattavaa tietoa niin polvinivelen anatomiasta kuin itse leikkauksestakin. Ohjauksen aikana käytiin läpi kipulääkitystä, postoperatiivista kuntoutumista sekä sitä, mitä odottaa leikkaukseen saavuttaessa ja välittömästi leikkauksen jälkeen. (Louw ym. 2019.)

6.1.6 Ryhmäohjaus

Louwin ym. (2019) tutkimuksessa kaikki potilasohjaus tapahtui ryhmäohjauksen muodossa. Niin standardi leikkaukseen valmistava ohjaus kuin kivun neurotieteellinen ohjaustunti toteutettiin ryhmäohjauksen metodia käyttäen. Kivun neurotieteellinen ohjaus keskittyi opettamaan

kivusta neurobiologisesta ja -psykologisesta näkökulmasta. Ohjaus kesti 30 minuuttia ja sen toteutti fysioterapeutti. Neurotieteellinen ryhmäohjaus piti sisällään kuvia, esimerkkejä ja metaforia sekä siinä hyödynnettiin PowerPoint-esitystä. Ryhmäohjausta käytettiin kyseisessä tutkimuksessa henkilökohtaisen ohjauksen sijasta, sillä ohjaus haluttiin mukauttaa sairaalan ja ortopedien normaalin ohjausprotokollan mukaiseksi.

6.1.7 Kognitiivis-behavioraalinen ohjaus

Halusimme sisällyttää kirjallisuuskatsaukseemme myös Birchin ym. (2020) tutkimuksen, jossa tarkasteltiin erityisesti kivun katastrofointiin taipuvaisia potilaita. Kivun katastrofointi on negatiivinen kognitiivis-affektiivinen reaktio odotettuun tai koettuun kipuun ja se on usein liitetty suurempaan koettuun kivun intensiteettiin sekä sen vaikutukseen toimintakykyä heikentävänä (Genoese, Harkey, & Baez 2023).

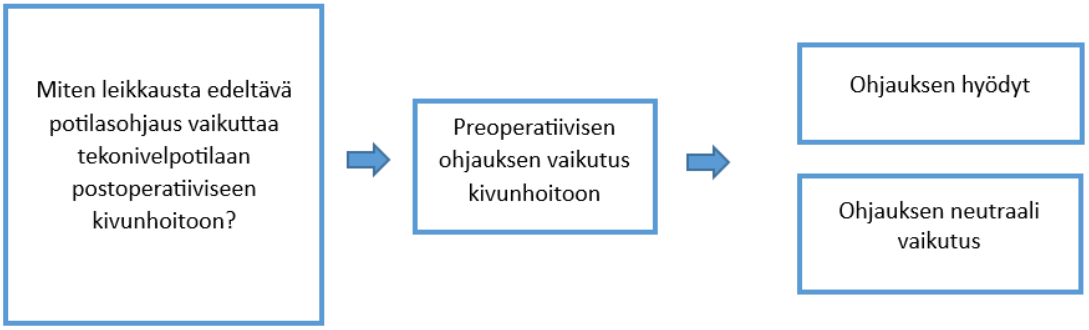
Birch ym. (2020) tutkimuksessa tarkastellaan katastrofointipotilaiden ohella potilasohjauksen kognitiivis-behavioraalisen terapian näkökulmaa preoperatiivisessa potilasohjauksessa. Tämä ohjaustapa poikkeaa muista tässä tutkimuksessa käsitellyistä potilasohjauksen muodoista, joiden voidaan ajatella olevan tavanomaisempia. Kognitiivis-behavioraalisella terapialla on havaittu olevan suotuisia vaikutuksia erilaisten sairauksien ja kiputilojen hoidossa. Esimerkiksi Hagelberg (2015) käsittelee Käypä hoidon artikkelissa Cochrane-katsauksen tuloksia. Tässä katsauksessa tarkastellaan kognitiivis-behavioraalisten terapioiden vaikutusta fibromyalgiaan. Katsauksesta käy ilmi, että pitkäaikaisseurannassa kognitiivis-behavioraalinen terapia lievittänee fibromyalgiapotilaiden kipua sekä mahdollisesti parantaa heidän toimintakykyään.

Birchin ym. (2020) tutkimuksen erityispiirteenä oli sen kognitiivis-behavioraalinen lähestymistapa potilasohjauksessa. Tutkimuksessa käsiteltiin kivun katastrofointiin taipuvia potilaita ja tutkittiin, onko tavanomaisen ohjauksen lisänä annetulla kivunhoitoon keskittyvällä kognitiivis-behavioraalisella terapialla vaikutusta leikkauksen jälkeisen kivun esiintymiseen. Kognitiivis-behavioraalinen ohjaus koostui seitsemästä ohjauskerrasta, joissa käsiteltiin kolmea pääaihetta: kivunohjausta, kognition ja kivun kokemisen välistä vuorovaikutusta, kognitiivisten ja behavioraalisten kivunhallintataitojen harjoittelua sekä harjoituksia siitä, miten hyödyntää opittuja taitoja tosielämän tilanteissa. (Birch ym. 2020.)

6.2 Preoperatiivisen potilasohjauksen vaikutus postoperatiiviseen kivunhoitoon

Preoperatiivisella potilasohjauksella oli käsittelemiemme tutkimusten mukaan hyödyllisiä vaikutuksia, haasteita ja joissain tutkimuksissa ei kliinisesti tai tilastollisesti merkittäviä vaikutuksia postoperatiiviseen kivunhoitoon. Tavanomaisen hoidon lisäksi annetusta potilasohjauksesta ei ollut haittoja postoperatiiviseen kivunhoitoon, mutta esimerkiksi kirjallisen ohjauksen puuttumisella oli negatiivisia vaikutuksia (Andersson ym. 2015). Alla

olevassa kuviossa (Kuvio 2) esitetään preoperatiivisen ohjauksen vaikutuksesta kivunhoitoon muodostuneet yläluokat.



Kuvio 2: Preoperatiivisen ohjauksen vaikutus kivunhoitoon

Preoperatiivisen ohjauksen hyödyllisinä vaikutuksina ilmeni vähäisempi postoperatiivisen kivun määrä (Gündüz & Çalişkan 2020; Lemay ym. 2017; Birch ym. 2020), parempi kivun hallinta (Gündüz & Çalişkan 2020), vähemmän päivittäisiä toimintoja häiritsevää kipua (Lemay ym. 2017), osallisuuden lisääntyminen (Andersson ym. 2015), lääkkeettömien kivunhallintamenetelmien hyödyntämisen lisääntyminen (Gündüz & Çalişkan 2020; Lemay ym. 2017), kivun kuvailun helpottuminen (Andersson ym. 2015) sekä ymmärryksen lisääntyminen kivunhoitoon liittyen (Andersson ym. 2015).

Pelkästään suullista ohjausta saaneista potilaista osa koki kivunlievityksen täysin riittämättömänä ja kertoivat korkean kivun määrän vaikuttaneen heidän hyvinvointiinsa sekä päivittäisiin toimintoihin. He kokivat vaikeana ymmärtää, että heidän tulisi pyytää ylimääräistä kipulääkettä tai saattoivat odottaa liian kauan ennen kipulääkkeen pyytämistä. Useat suullista potilasohjausta saaneet potilaat väittivät, että he eivät olleet saaneet tietoa preoperatiivisesti esimerkiksi kivun arvioinnista, mutta toivat ilmi, että olivat saattaneet unohtaa saamansa tiedon. (Andersson ym. 2015.)

Kirjallista ohjausta saaneet potilaat kokivat osallisuuden tunteen lisääntyneen oman postoperatiivisen kivunhoitonsa suhteen. Kirjallista ohjausta saaneiden potilaiden ymmärrys kivunhoitoon liittyen parani, sillä potilaat osasivat tiedottaa henkilökuntaa kivustaan ja pyytää kipulääkitystä ajoissa ennen kuin kipu yltyi liian kovaksi ja näin ollen välttivät kipupiikkejä. Esitteessä kuvattu kipuasteikko helpotti kivun kuvaamista henkilökunnalle. Esitteen sisältämät kuvat ja teksti auttoivat potilaita ymmärtämään, mitä heidän tulee huomioida omassa kivunhoidossaan. (Andersson ym. 2015.)

Suullisen ja kirjallisen tiedon yhdistelmänä potilasohjausta saaneet potilaat kokivat näiden menetelmien yhdistelmän hyvänä ja erityisesti sen sisältämän tiedon kivun lievittämisestä tärkeänä. Valtaosa potilaista koki suullisen ja kirjallisen tiedon yhdistelmän olevan helpointa

omaksua ja ymmärtää. Potilaat kokivat tietoisuutensa lisääntyneen ja kokivat mahdollisuuden osallistua paremmin omaan postoperatiiviseen kivunhoitoonsa. He kokivat osallisuutensa lisääntymisellä olleen jonkinlainen vaikutus heidän kivun hallintaansa. (Andersson ym. 2015.)

Videopohjaista kivunohjausta, joka sisälsi myös ohjekirjasen, saaneet potilaat kokivat keskimäärin huomattavasti vähemmän postoperatiivista kipua ja heillä oli kyseistä ohjausta saamattomia korkeampi maksimaalinen kivunlievitysprosentti postoperatiivisena ensimmäisenä, toisena ja kolmantena päivänä. He hyötyivät enemmän lääkkeettömistä kivunhallintamenetelmistä, kokivat kivun häiritsevän vähemmän päivittäisiä toimintoja sekä heillä oli parempi kivun hallinta. Preoperatiivisella video-ohjauksella ei ollut tilastollisesti merkittävää vaikutusta kipulääkkeiden käytön määrään leikkauksen jälkeen. Suurin osa videopohjaista kivunohjausta saaneista potilaista kokivat, että ohjauksella oli positiivinen vaikutus heidän kokemaansa postoperatiiviseen kipuun. (Gündüz & Çalişkan 2020.)

Lemay ym. (2017) tutkimuksessa ei tullut ilmi millä menetelmällä preoperatiivista ohjausta saaneita potilaita ohjattiin. Tutkimuksessa todettiin kipuun liittyvää preoperatiivista potilasohjausta saaneiden kokeneen vähemmän kipua kaksi viikkoa postoperatiivisesti ja käyttäneen enemmän lääkkeettömiä kivunhallintamenetelmiä. Kuuden kuukauden kuluttua leikkauksesta ohjausta saaneiden ja saamattomien kiputilanteessa operoidun nivelen suhteen ei ollut eroa.

Kahdessa tutkimuksessa (Gündüz & Çalişkan 2020; Lemay ym. 2017) kivunhallintaan liittyvää potilasohjausta saaneiden potilaiden todettiin käyttäneen verrokkiryhmää enemmän lääkkeettömiä kivunhallintamenetelmiä. Ensimmäisessä tutkimuksessa potilaat saivat videopohjaista kivunohjausta, johon sisältyi myös kirjallinen ohjelehtinen (Gündüz & Çalişkan 2020). Toisessa tutkimuksessa kerrottiin, että potilaat olivat saaneet preoperatiivista ohjausta kivunhallinnan vaihtoehdoista, mutta saadun ohjauksen menetelmiä ei ollut eritelty tarkemmin (Lemay ym. 2017).

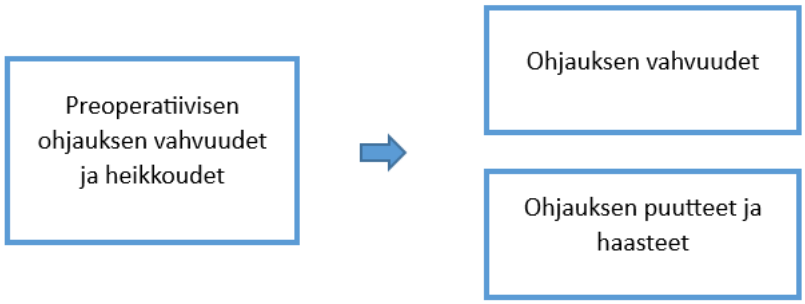
Videopohjaista kivunohjausta saaneet potilaat käyttivät lääkkeettöminä kivunhallintamenetelminä kylmähoitoa, lukemista, stressipalloa, rukoilua, juttelua, unelmointia, hengitysharjoituksia ja asennon vaihtamista (Gündüz & Çalişkan 2020). Lemay ym. (2017) tutkimuksessa potilaat käyttivät lääkkeettöminä kivunhallintamenetelminä kylmähoitoa, lukemista, huomion kohdistamista muuhun, musiikin kuuntelua, kävelyä ja mielikuvaharjoitteita.

Neurotieteellisellä kivunohjauksella ei ollut merkittävää vaikutusta leikkauksen jälkeiseen kipuun. Sillä oli kuitenkin muita hyötyjä. Kyseistä kivunohjausta saaneilla potilailla oli tilastollisesti huomattavasti vähemmän pelkoa liikkumisesta, korkeampi painekipukynnys eli alentunut herkkyys kivulle sekä parantuneet odotukset tulevasta leikkauksesta. (Louw ym. 2019.)

Kognitiivis-behavioraalista terapiaa saaneilla, kivun katastrofointiin taipuvaisilla potilailla, todettiin pieni ero VAS-tuloksissa (Visual Analogue Scale) 12 kuukautta leikkauksen jälkeen verrattuna kyseistä terapiaa saamattomiin potilaisiin. VAS-mittaria käytetään potilaan kivun arviointiin. Opetusta saaneiden potilaiden keskiarvoinen VAS-tulos oli kolme millimetriä pienempi kuin verrokkiryhmällä. Ero ryhmien välillä ei ollut kuitenkaan tilastollisesti tai kliinisesti merkittävä. Tilastollisesti merkittäviä tuloksia ei löydetty sekundaarisistakaan tuloksista, joihin kuului muun muassa leposärky. Kognitiivis-behavioraaliseen terapiaan osallistuminen ei johtanut parempiin tuloksiin 12 kuukautta polven tekonivelleikkauksen jälkeen. (Birch ym. 2020.)

6.3 Ohjauksen vahvuudet ja heikkoudet

Kirjallisuuskatsauksessamme käsittelemissämme tutkimuksissa on käytetty monia erilaisia preoperatiivisia ohjaustapoja. Tutkimuksissa on myös käsitelty potilaiden omia kokemuksia ohjauksen vaikutuksista. Potilaat voivat kokea jonkun ohjausmenetelmän sopivan itselleen paremmin, kuin jonkun toisen. Tämän vuoksi olemme kokeneet tärkeäksi tarkastella eri ohjausmuotojen vahvuuksia ja puutteita, nimenomaan potilaiden kokemusten näkökulmasta. Alla olevassa kuviossa (Kuvio 3) esitetään preoperatiivisen ohjauksen vahvuudet ja heikkoudet.



Kuvio 3: Preoperatiivisen ohjauksen vahvuudet ja heikkoudet

Gündüzin ja Çalişkanin (2020) tutkimuksessa voidaan huomata, että potilastyytyväisyys ohjauksen sisältöön ja laatuun on korkea. Potilaat olivat varsin tyytyväisiä kivunohjaus-videoon (80 %) ja ohjekirjaseen (65 %). 95 % potilaista piti kivunohjausta ymmärrettävänä ja 60 % potilaista ilmaisivat, että ohjauksella oli positiivinen vaikutus heidän kokemaansa postoperatiiviseen kipuun. Tutkimukseen osallistuneet potilaat kokivat, että ohjaus oli tehokasta kivun vähentämisessä. Potilaat kokivat kivun lievittämisessä tehokkaimmiksi seikoiksi kivun konseptin tärkeyden painottamisen, tärkeiden ja vaikeasti ymmärrettävien lääkkeettömien menetelmien havainnollistaminen kivunohjaus-videossa oikealla ihmisellä sekä potilaille annettu mahdollisuus katsoa ohjausvideo uudelleen.

Yhdessä tutkimuksessa (Andersson ym. 2015) oli annettu suullista ja kirjallista kivunhoidon ohjausta yhdistelmänä, jonka potilaat kokivat hyvänä ja arvokkaana. Valtaosa potilaista koki, että suullisen ja kirjallisen ohjauksen yhdistelmä oli helpointa sisäistää ja ymmärtää. Potilaat kokivat ohjeistuksen kipuasteikon käytöstä positiivisena, sillä se helpotti heitä kuvaamaan kipuaan. Osallisuuden ja tietoisuuden tunne postoperatiiviseen kivunhoitoon liittyen lisääntyi potilaiden saatua ohjausta kivunhallintaan liittyen.

Potilaat kokivat suullisen ohjauksen positiivisena, koska se annettiin kasvotusten ja he saivat mahdollisuuden esittää kysymyksiä. Potilaat arvostivat saamaansa kirjallista ohjausta, koska he pystyivät palaamaan siihen tarvittaessa. Potilaiden mukaan kirjallisen ohjauksen sisältö auttoi heitä ymmärtämään kivun ehkäisemisen tärkeyden. Tutkimus osoitti, että suullisen ja kirjallisen ohjauksen yhdistelmä oli mieluisampi verrattuna pelkkään suulliseen ohjaukseen. (Andersson ym. 2015.)

Potilasohjauksen haasteet riippuivat käytetystä ohjausmuodosta. Anderssonin ym. (2015) tutkimuksessa pelkästään suullisella ohjauksella oli potilaiden mielestä puutteita. Tutkimukseen osallistuneet potilaat kokivat, että ohjauksessa annettavan tiedon määrä voi olla liiallinen ja sen läpi käyminen voi tuntua puuduttavalta. Potilaat kokivat vaikeuksia muistaa suullisessa ohjauksessa annettua tietoa kokonaisuudessaan. Kirjallisen informaation puuttuminen heikensi myös potilaiden ymmärrystä kivun ehkäisemisen tärkeydestä.

Videopohjaisessa kivunohjauksessa opetuksen sisältöä ei selitetty sanasta sanaan, jonka voidaan ajatella olevan puute ohjauksessa. Tabletti, jolla potilaat katsoivat opetusvideota, otettiin potilailta pois leikkauspäivän iltana resurssien puutteellisuuden vuoksi. (Gündüz, Çalişkan 2020.)

Lemay ym. (2017) tutkimuksen potilaista 44 % raportoivat, että he eivät saaneet lainkaan tietoa postoperatiivisen kivun itsehoidon vaihtoehdoista ja 11 % piti saamaansa tietoa hyödyttömänä. Ohjauksesta puuttui myös tietoa kivunhallinnasta kotiutuksen jälkeen. Jos potilas ei muista kivunhallinnan vaihtoehtoja preoperatiivisen ohjauksen jälkeen, on ohjaus puutteellinen.

7 Pohdinta

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata leikkausta edeltävän potilasohjauksen vaikutuksia tekonivelleikkauspotilaan postoperatiiviseen eli leikkauksen jälkeiseen kivunhoitoon. Tavoitteena oli tuottaa kliinisen hoitotyön ammattilaisille luotettava ja sisällöllisesti kattava kirjallisuuskatsaus siitä, millainen vaikutus leikkausta edeltävällä potilasohjauksella on tekonivelpotilaiden postoperatiivisessa kivunhoidossa sekä käsitellä erilaisten ohjausmenetelmien eroja suhteessa postoperatiiviseen kivunhoitoon.

7.1 Tulosten pohdinta

Kirjallisuuskatsauksemme tulokset antavat vastauksia siihen millaista preoperatiivinen potilasohjaus on tekonivelpotilaalla ja millaisia vaikutuksia sillä on tekonivelpotilaan postoperatiiviseen kivunhoitoon. Vertasimme saatuja tuloksia kolmeen kirjallisuuskatsaukseen, jotka käsittelivät samaa aihepiiriä.

Tutkimuksemme tulosten pohjalta ilmeni, että preoperatiivisen potilasohjauksen vaikutukset näyttäisivät olevan vähäisiä postoperatiivisessa kivunhoidossa. Tätä johtopäätöstä tukevat käsittelemiemme kirjallisuuskatsausten tulokset. Louw, Diener, Butler & Puentedura (2013) käsittelivät katsausartikkelissaan 13 tutkimusta. He kuvaavat preoperatiivisella opetuksella olevan vähäinen vaikutus postoperatiiviseen kipuun ortopedisilla leikkauspotilailla. Ainoastaan yhdessä tutkimuksessa potilaat arvioivat preoperatiivisella potilasohjauksella olleen positiivinen vaikutus postoperatiiviseen kipuun. Lopuissa 12 tutkimuksessa ei ilmennyt merkittäviä muutoksia postoperatiivisessa kivussa.

Aydin, Klit, Jacobsen, Troelsen & Husted (2015) toteavat systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessaan, että he eivät saaneet vakuuttavia todisteita preoperatiivisen potilasohjauksen hyödyistä postoperatiivisen kivun suhteen. He käsittelivät kirjallisuuskatsauksessaan 12 tutkimusta, joista neljässä tutkimuksessa potilaiden kiputasoissa ei tapahtunut merkittävää laskua. Kahdessa tutkimuksessa todettiin potilaiden tulleen paremmin toimeen kivun kanssa ja käyttäneen kontrolliryhmää vähemmän kipulääkkeitä. Kahdessa muussa tutkimuksessa ohjausta saaneilla oli merkittävä lasku kiputasoissa. Lopuissa tutkimuksissa ei käsitelty preoperatiivisen ohjauksen vaikutusta postoperatiiviseen kipuun. Samansuuntainen tulos saatiin McDonald, Page, Beringer, Wasiak & Sprowson (2014) kirjallisuuskatsauksessa. Heidän tutkimuksensa mukaan preoperatiivinen potilasohjaus saattaa olla yhtä hyvä tavanomaiseen hoitoon verrattuna postoperatiivisen kivun suhteen.

On mahdollista, että preoperatiivisen ohjauksen sisällöllä on suuri merkitys ohjauksen vaikutukseen postoperatiivisen kivunhoidon suhteen. Louw ym. (2013) toteavat tutkimuksessaan, että anatomiaan ja patoanatomiaan keskittyvällä preoperatiivisella opetuksella on rajallinen vaikutus postoperatiivisen kivun vähentämisessä, kuten myös toimenpiteeseen liittyvään informaatioon keskittyvällä preoperatiivisella ohjauksella. Louw ym. (2013) vetävät johtopäätöksen, että potilaan tietoisuutta kivun tieteellisestä näkökulmasta lisäävä preoperatiivinen opetus voi olla tehokasta postoperatiivisen kivun hallinnassa, sillä se saattaa auttaa potilaita tuntemaan vähemmän pelkoa ja ahdistusta. Aydin ym. (2015) tuovat esille kirjallisuuskatsauksessaan huomion, että ahdistuneisuuden voidaan ajatella lisäävän herkkyyttä kivulle ja preoperatiivisen ahdistuneisuuden väheneminen voi auttaa potilaita pärjäämään paremmin postoperatiivisen kivun kanssa.

Emme käsitelleet tutkimuksessamme potilasohjauksen vaikutuksia ahdistuneisuuden määrään. Aydin ym. (2015) sekä McDonald ym. (2014) havaitsivat tutkimuksissaan, että preoperatiivinen potilasohjaus vähentää preoperatiivista ahdistusta. Louw ym. (2013) tuovat esille kirjallisuuskatsauksessaan, että keskustelu anatomiasta, patoanatomiasta ja kirurgisesta "korjauksesta" potilaan patoanatomiaan voi lisätä ahdistuneisuutta ja pelkoa ja vaikuttaa täten negatiivisesti postoperatiiviseen kipuun. Toisaalta Louw ym. (2013) toteavat, että opetukselliset sessiot, jotka lisäävät potilaan tietoa kivun tieteellisestä näkökulmasta ja kivun prosessoinnista hermoradoissa saattavat auttaa potilaita tuntemaan vähemmän pelkoa ja ahdistusta ja kaiken kaikkiaan auttaa lievittämään postoperatiivista kipua.

7.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuuden arvioinnin pohjana voidaan käyttää erilaisia tutkimus- ja mittauskeinoja. Yksi näistä keinoista on tarkastella tutkimuksen reliabiliteettia sekä validiteettia. Reliabiliteetti on mahdollista todentaa useammalla eri tavalla. Jos esimerkiksi vähintään kaksi arvioijaa tulee tuloksissaan samaan johtopäätökseen, voidaan tulokset mieltää reliaabeleiksi. Validius eli tutkimuksen validiteetti on valitun tutkimusmenetelmän kyky tai soveltuvuus mitata haluttua asiaa. Esimerkiksi tutkijan ennakkoasenne suhteessa kyselytutkimusten tuloksiin voi aiheuttaa tutkimustulosten validiteetin heikkenemistä, jos tutkija käsittelee saatuja tuloksia oman ennakko-oletuksensa pohjalta. Merkittävää on se, että tutkimuksessa on selkeästi selostettu ja dokumentoitu tutkimuksen toteuttamista työvaiheineen, sillä näin toimimalla tutkija lisää tutkimuksensa luotettavuutta. Aineiston käsittelyssä tulosten luokittelu lisää tutkimuksen läpinäkyvyyttä. Tulosten luokittelussa tulisi käydä ilmi luokittelujen syntyperä ja perustelut sille, miksi tulokset on luokiteltu siihen tapaan, kun ne on päätetty luokitella. (Hirsjärvi, Remes, Sajavaara 2013, 231–233.)

Tiedon hakua tulisi tehdä aina vähintään kahden tutkijan tekemänä eivätkä ainoastaan yhdessä tietokannassa tehdyt haut ole suositeltavia. Riski siitä, että relevantteja artikkeleita jää huomiotta kasvaa, mikäli tiedonhakua suoritetaan vain yhdessä tietokannassa. Prosessin etenemisen kirjaaminen on myös merkittävää tutkimuksen luotettavuuden kannalta. (Stolt ym. 2015, 61.)

Tiedonhakuvaiheeseen käytettiin tässä tutkimuksessa runsaasti aikaa. Tutkimuksia luettiin ja niiden käyttökelpoisuutta arvioitiin tarkalla otteella. Tämän seurauksena mahdollisimman kattava ja luotettava otanta tutkimuksia muodosti lopulta tämän kirjallisuuskatsauksen aineiston ja siten myös tutkimuksemme tulokset. Jokainen opinnäytetyöryhmän jäsen luki ja arvioi jokaisen tiedonhaun seulan läpäisseen tutkimuksen ja arvioi niiden soveltuvuuden ennen, kun tutkimukset hyväksyttiin osaksi lopullista aineistoa. Tässä opinnäytetyössä hyödynnettiin tiedonhaun menetelmää, jossa useampi henkilö teki samoilla hakusanoilla samanaikaisesti

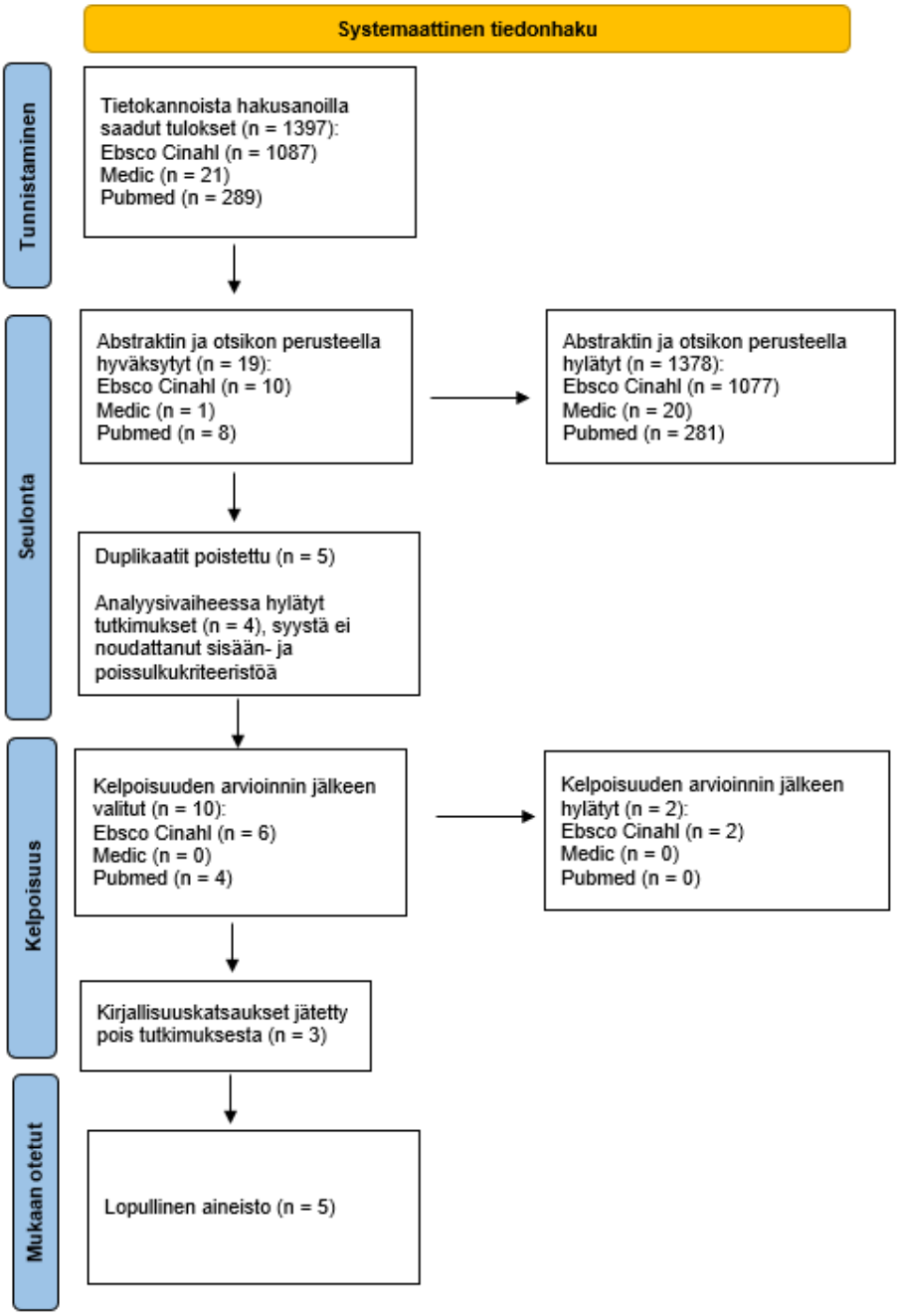
hakuja eri tietokannoista, niin sanotusti ristiin. Tämä menetelmä lisää tutkimuksen aineistonkeruu-vaiheen luotettavuutta.

Yhdessä sovittujen hakusanojen pohjalta suoritetut laajat aineistonhaut eri tietokannoista kolmen henkilön suorittamana tuottivat tutkimukselle erittäin kattavat hakutulokset. Hakua tehdessämme noudatimme sisään- ja poissulkukriteereitä sekä yhdessä sovittuja hakusanoja. Valitsimme ainoastaan tutkimuksia, jotka vastaavat tutkimuskysymykseemme. Hakutulokset taulukoitiin yhdenmukaisella tavalla (Liite 2) niin, että taulukosta ilmeni hakusanat, niillä saatujen tutkimusten määrä sekä abstraktin ja otsikon perusteella jatkoon menneet tutkimukset. Niin samoja, kuin eri hakusanojakin käyttämällä onnistuimme löytämään useita samoja tutkimuksia, jopa eri tietokannoista. Tämä tarkoitti käytännössä sitä, että useampi henkilö oli omassa tiedonhakuprosessissaan arvioinut ne valideiksi ja käyttökelpoisiksi lähteiksi aineiston muodostamisen kannalta. Nämä seikat lisäävät tutkimuksen aineistohakuvaiheen luotettavuutta.

Systemaattinen tiedonhaku voi tuottaa jopa tuhansia hakutuloksia ja viitteitä, minkä vuoksi systemaattinen työskentely mahdollisesti vaikeutuu. Viitteiden hallinnoimiseen ja arviointiin on olemassa erilaisia viitteidenhallintaohjelmia sekä systemaattisten katsausten ohjelmia. (Tampere University 2023.)

Yksi näistä menetelmistä on PRISMA-menetelmä. PRISMA-menetelmän tarkoituksena on helpottaa kirjoittajaa kehittämään systemaattisten kirjallisuuskatsausten tai meta-analyysien raportoimista. Vaikkei PRISMA-menetelmä itsessään olekaan laadunarviointiväline, voi se kuitenkin olla hyödyllinen kriittisen arvioinnin tukena kirjallisuuskatsausta tehtäessä. (PRISMA 2023b.) PRISMA Flow-kaavio kuvaa systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tiedonkulkua tutkimuksen eri vaiheiden läpi. Se osoittaa kaikki saadut, hyväksytyt ja pois jätetyt tulokset. Kaaviossa käy ilmi myös syyt sille, miksi osa haun pohjalta saaduista tutkimuksista on jätetty pois lopullisesta aineistosta. (PRISMA 2023a.)

Prisma Flow-kaavio on yleisesti vakiintunut systemaattisen tiedonhaun menetelmä, joka kuvaa johdonmukaisesti tutkimuksen aineistonhakuprosessia ja siksi sitä on hyödynnetty myös tämän tutkimuksen tekemisessä (Kuvio 4). Kaaviota päivitettiin koko aineiston hakuprosessin läpi jokainen työvaihe huomioiden. Kaavio toimi tiedonhaun dokumentoinnin tukena ja siitä päivitettiin jatkuvasti opinnäytetyön edetessä. Dokumentointi lisää tämän tutkimuksen systemaattisen tiedonhaun luotettavuutta, samalla kuvaten lukijalle hakuprosessin etenemistä.



Kuvio 4: Flow-kaavio

Tutkimuksen tulosten luotettavuuteen liittyviä tekijöitä ovat tutkimuksen sisäinen sekä ulkoinen validiteetti. Tutkimuksen sisäinen validiteetti saavutetaan, kun tutkimusta on ohjannut tutkimusasetelma. Asioita, jotka heikentävät osaltaan tutkimuksen sisäistä validiteettia ovat esimerkiksi tutkijan mahdollisesti aiemmin lukema aiheeseen liittyvä tutkimustieto, jollain tavalla puolueellinen tutkimusten valikoiminen, tutkijan omat lähtökohtaiset asenteet tai tutkijan aiemmat kokemukset aiheesta, esimerkiksi omien kontaktien tai median luoma mielikuvan vaikutuksen kautta. (Kankkunen & Vehviläinen-

Julkunen 2013, 195–296.) Tutkimuksemme eteni aineistolähtöisesti, teoreettista viitekehystä noudattaen, eikä tutkijoiden omakohtaiset asenteet tai aikaisempi omaksuttu tieto vaikuttanut tutkimuksen tuloksiin.

Ulkoista validiteettia käytetään tulosten toistettavuudesta puhuttaessa. Ulkoinen validiteetti tarkoittaa sitä, että tarpeen mukaan tutkimuksen pohjalta saadut tulokset on mahdollista yleistää tutkimuksen ulkopuoliseen kohderyhmään. Voidaan esimerkiksi pohtia, että pätevätkö esimerkiksi perusterveydenhuoltoa käsittelevien tutkimusten tulokset erikoissairaanhoidon piirissä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189.) Tässä tutkimuksessa on käsitelty tekonivelleikkauspotilaiden preoperatiivisen potilasohjauksen vaikutusta kivunhoitoon, mutta tutkimuksen tulokset lienevät käyttökelpoisia myös muiden kirurgisten potilasryhmien kohdalla, joten tutkimuksen tulosten voidaan todeta olevan toistettavissa.

Tutkimuksemme tulososion luotettavuutta vahvistaa myös se, että tarkastelimme tutkimuksemme tuloksia suhteessa kolmeen samansuuntaista aihetta käsittelevään kirjallisuuskatsaukseen, joita ei muuten sisällytetty tutkimukseemme tai huomioitu tulososiossa. Nämä kolme kirjallisuuskatsausta ovat linjassa tutkimuksemme tulosten kanssa ja näin ollen vahvistavat niiden oikeellisuutta.

Koko prosessin ajan on hyödynnetty tutkijoiden, sekä aineistojen triangulaatiota luotettavuuden lisäämiseksi. Tutkijoiden triangulaatio tarkoittaa sitä, että tutkimukseen osallistuu useampi tutkija, jolloin ryhmän sisällä olevia erilaisia näkökulmia ja asiantuntijuutta päästään hyödyntämään. Tutkijoiden triangulaatiota on erityisen tärkeää hyödyntää aineistonkeruussa ja sen analysoimisen vaiheessa, jolloin tuloksena on tutkimuksen reliabiliteetin vahvistuminen. Aineistojen triangulaatio toteutuu, kun aineistoja kerätään eri paikoista, eri ajankohtana ja eri tasoilla. Tämän lopputuloksena on syvempi ja laajempi ilmiön ymmärtäminen, verrattuna yhden aineistonkeruumenetelmän käyttämiseen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 76.)

7.3 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksen eettinen lähestymistapa on kaiken tutkimustyön lähtökohta. Etenkin hoito- ja lääketieteen parissa tutkimusetiikka on kehittynyt runsaasti, sillä tutkimukseen osallistujat ovat lähtökohtaisesti aina ihmisiä. Yleisesti tutkimuksen eettisyydestä puhuttaessa käytetään normatiivisen etiikan käsitettä, jonka tehtävä on vastata siitä, millaiset ovat tutkimustyöhön soveltuvat säännöt, joita tutkimusta tehdessä tulisi noudattaa, jotta eettinen näkökulma säilyisi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211.)

Tutkimuseettisen neuvottelukunnan vuonna 2023 julkaistu HTK-ohje on toiminut tämän tutkimuksen eettistä näkökulmaa ohjaavana oppaana. Ohjeessa muistutetaan tutkijaa tutkimukseen mahdollisesti tarvittavien tutkimuslupien ja suostumusten hankkimisesta

asianmukaisella tavalla, jo ennen tutkimuksen tiedonkeruuvaiheen aloittamista. Jokaisen tieteenalan tulee huomioida omat sääntönsä ja ohjeensa, jotka ohjaavat tutkijaa tutkimuksen tekemisessä eettisellä tavalla. On tärkeää huomioida, ettei tutkimus vaikuta negatiivisesti tutkittavien tai tutkimuksen tekijöiden terveyteen tai turvallisuuteen. Mahdolliset rahoituslähteet tulee ilmoittaa sekä muut mahdolliset tuet tai kumppanuudet, jotka liittyvät tutkimuksen tekemiseen. Kunnioitusta osoitetaan jokaiselle osapuolelle, niin ympäristöä, yhteiskuntaa, kollegoita kuin tutkittavia henkilöitäkin kohtaan. HTK-opas on tarjonnut jo vuodesta 1994 saakka tutkijoille ja korkeakouluopiskelijoille perustan sille, millainen on Suomessa noudatettava hyvä tieteellinen käytäntö. Oppaassa käsitellään myös plagiointi- ja loukkausepäilyitä. Loukkausepäilyjen välttämiseksi tässä kirjallisuuskatsauksessa käsiteltyjen tutkimusten laatijoita on kunnioitettu huolehtimalla asianmukaisesta ja oikeasta lähdeviittaustekniikasta.

Tämän tutkimuksen kaikkien tulosten perusteeksi voidaan esittää lähteet ja koko tutkimusprosessi on läpinäkyvä. Näin ollen tuloksia ei olla voitu sepittää tai tekaista, vaan lukija voi luottaa tulosten olevan aitoja. Tutkimus on toteutettu kirjallisuuskatsauksena, joten siihen ei ole kuulunut henkilöhaastatteluja tai muitakaan vaiheita, jotka voisivat jollain tavalla rikkoa tutkimuksiin osallistuvien yksityisyyden suojaa.

7.4 Johtopäätökset

Kirjallisuuskatsauksen lopputulemana syntyi neljä johtopäätöstä preoperatiiviseen potilasohjaukseen liittyen, joita voidaan hyödyntää kliinisen hoitotyön tukena, potilasohjauksen kehittämisessä tehokkaampaan suuntaan.

1. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella preoperatiivisen potilasohjauksen vaikutukset postoperatiiviseen kivunhoitoon eivät ole kliinisesti tai tilastollisesti merkittäviä.

2. Erilaisilla ohjausmenetelmillä ei ole juurikaan eroa postoperatiivisen kivunhoidon vaikutusten kannalta.

3. Ohjausmenetelmä on tärkeää valita yhdessä potilaan kanssa, sillä potilaat kokivat toiset menetelmät selkeästi parempina kuin toiset.

4. Jatkossa tulisi tutkia sitä, onko postoperatiivisella potilasohjauksella kliinisesti suurempi merkitys kuin preoperatiivisella.

Tutkimuksemme päälöydöksenä voidaan havaita, että käsittelemämme viiden aineiston otannan perusteella preoperatiivisen potilasohjauksen vaikutukset näyttäisivät olevan kliinisestä ja tilastollisesta näkökulmasta vähäisiä postoperatiivisessa kivunhoidossa, vaikkakin ohjauksella voi olla positiivista vaikutusta muihin seikkoihin, kuten potilaan osallisuuden tunteen lisääntymiseen. Tutkimustuloksia tarkasteltaessa havaitaan myös, ettei erilaisilla

ohjausmenetelmillä ole kliinisten tulosten kannalta juurikaan merkittäviä eroja. Potilaat kokivat jotkut ohjausmenetelmät selkeästi parempina kuin toiset, mutta tilastollisesti merkittäviä eroja kivunhoidon suhteen ei ilmennyt eri menetelmien välillä. Voidaan siis ajatella, että preoperatiivisen potilasohjauksen menetelmästä riippumatta, leikkausta edeltävällä ohjauksella ei ole juurikaan vaikutusta postoperatiiviseen kivunhoitoon. Tästä huolimatta, on kuitenkin tärkeää ottaa huomioon potilaan mielipide ohjausmenetelmää valittaessa. Potilaat kokivat muita myönteisiä asioita saadessaan hyvänä koettua ohjausta, kuten esimerkiksi lisääntynyttä osallisuuden tunnetta, joka osaltaan lisää tyytyväisyyttä leikkausprosessia kohtaan.

Kliinisen hoitotyön ammattilaiset voivat hyödyntää tutkimuksemme tuloksia suunnitellessaan tekonivelleikkauspotilaan potilasohjauksen toteuttamista. Tämän opinnäytetyön tutkimustiedon pohjalta voidaan todeta, että jatkossa muiden kuin preoperatiivisen vaiheen potilasohjauksen merkitystä olisi suositeltavaa tutkia tarkemmin. Jatkossa olisi hyvä pohtia sitä, että onko leikkauksen jälkeisellä ohjauksella kliinisesti suurempi merkitys, kuin leikkausta edeltävällä ohjauksella. Ohjaukseen laitettavat resurssit voidaan näin kohdentaa siihen leikkausprosessin vaiheeseen, jossa se on vaikuttavinta.

Lähteet

Painetut

Aura, S. & Kinnunen, T. 2022. Perioperatiivinen hoitotyö. 3. painos. Helsinki: SanomaPro. Viitattu 2.1.2023.

Blomqvist, M., Rummukainen, T., Sainio, T., Simola, T. & Tyrisevä-Ryösö, M. 2022. Hoitotyön perusosaaminen. Helsinki: SanomaPro, 57. Viitattu 11.1.2023.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2013. Tutki ja kirjoita. 15–17.painos. Helsinki: Tammi, 231–233. Viitattu 3.5.2023.

Hupli, M., Rankinen, S. & Virtanen, H. 2012. Potilasohjauksen ulottuvuudet 2. Turku: Turun yliopisto. University of Turku, 8–9. Viitattu 25.4.2023.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. painos. Helsinki: SanomaPro. Viitattu 8.5.2023.

Karma, A., Kinnunen, T., Palovaara, M. & Perttunen, J. 2016. Perioperatiivinen hoitotyö. 1. painos. Helsinki: SanomaPro. Viitattu 8.5.2023.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2014. Laadullinen terveystutkimus. 1.–3.-painos. Porvoo: Edita, 112–113. Viitattu 28.4.2023.

Stolt, M., Axelin, A. & Suhonen, R. (toim.) 2015. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turku: Turun yliopisto. Viitattu 17.12.2022.

Sähköiset

Andersson, V., Otterstorm-Ryberg, E. & Karlsson, A-K. 2015. The Importance of Written and Verbal Information on Pain Treatment for Patients Undergoing Surgical Interventions. Viitattu 24.4.2023. https://www-sciencedirect-com.nelli.laurea.fi/science/article/pii/S1524904214002306?via%3Dihub

Aydin, D., Klit, J., Jacobsen, S., Troelsen, A. & Husted, H. 2015. No major effects of preoperative education in patients undergoing hip or knee replacement – a systematic review. Viitattu 6.5.2023. https://content.ugeskriftet.dk/sites/default/files/scientific_article_files/2018-11/a5106.pdf

Birch, S., Stilling, M., Mechlenburg, I. & Hansen, T. 2020. No effect of cognitive behavioral patient education for patients with pain catastrophizing before total knee arthroplasty: a randomized controlled trial. Viitattu 24.4.2023. https://actaorthop.org/actao/article/view/406

Elo, S., Kajula, O., Tohmola, A. & Kääriäinen, M. 2022. Laadullisen sisällönanalyysin vaiheet ja eteneminen. Hoitotiede 2022, 34 (4), 215–225. Viitattu 4.5.2023. https://www.proquest.com/docview/2767488302/fulltextPDF/279F5C924314B3EPQ/1?accountid=12003

Genoese, F., Harkey, M. & Baz, S. 2023. The Neuromatrix Theory of Pain and Transactional Theory of Stress and Coping: Improving Understanding of Pain Catastrophizing in Individuals With ACL Reconstruction and Knee Osteoarthritis. International Journal of Athletic Therapy and Training, 28, 77-83. Human Kinetics. Viitattu 24.4.2023. https://journals.humankinetics.com/view/journals/ijatt/28/2/article-p77.xml

Gündüz, C. & Çalişkan, N. 2020. The Effect of Preoperative Video Based Pain Training on Postoperative Pain and Analgesic Use in Patients Undergoing Total Knee Arthroplasty: A Non-randomized Control Group Intervention Study. Viitattu 24.4.2023. https://journals-sagepub-com.nelli.laurea.fi/doi/10.1177/1054773820983361

Hagelberg, N. 2015. Kognitiivis-behavioraalinen terapia (KBT) fibromyalgian hoidossa. Duodecim Käypä hoito. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 24.4.2023. https://www.kaypahoito.fi/nak08507#R1

Harold, R. E., Chamberlain, A. & Sheth, N. P. 2022. Outpatient Total Joint Replacement. OrthoInfo. Viitattu 7.5.2023. https://orthoinfo.aaos.org/en/treatment/outpatient-joint-replacement-surgery/

Hartzell, J., Järvelin, J., Mäkelä, K. & Honkanen, P. 2022. Tekonivelleikkaukset 2021. THL. Viitattu 7.5.2023. https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/145771/Tekonivelleikkaukset%202021.pdf?sequence=1&isAllowed=y

HUS 2019. Peijaksessa tehtiin HUSin ensimmäinen päiväkirurginen lonkan tekonivelleikkaus. Viitattu 7.5.2023. https://www.hus.fi/ajankohtaista/peijaksessa-tehtiin-husin-ensimmainen-paivakirurginen-lonkan-tekonivelleikkaus

HUS 2023a. Tekonivelkirurgia. Viitattu 7.5.2023. https://www.hus.fi/potilaalle/hoidot-ja-tutkimukset/tekonivelkirurgia

HUS 2023b. Anestesia- ja leikkausosasto L, Peijaksen sairaala. Viitattu 7.5.2023. https://www.hus.fi/potilaalle/sairaalat-ja-toimipisteet/peijaksen-sairaala/anestesia-ja-leikkausosasto-l-peijaksen

Jurkkala, E. 2010. Preoperatiivinen etukäteisinformaatio. Pro gradu. Tampereen yliopisto. Viitattu 18.11.2022. https://urn.fi/urn:nbn:fi:uta-1-20996

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Viitattu 11.1.2023. https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 559/1994. Viitattu 11.1.2023. https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559

Lemay, C., Lewis, C., Singh, J. & Franklin, P. 2017. Receipt of Pain Management Information Preoperatively Is Associated With Improved Functional Gain After Elective Total Joint Arthroplasty. Viitattu 24.4.2023. https://www-sciencedirect-com.nelli.laurea.fi/science/article/pii/S0883540317300608?via%3Dihub

Louw A., Diener I., Butler D. & Puentedura E. 2013. Preoperative education addressing postoperative pain in total joint arthroplasty: Review of content and educational delivery methods. Viitattu 6.5.2023. https://web-p-ebscohost-com.nelli.laurea.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?vid=4&sid=7e317817-460a-4c46-957b-ea358091d85e%40redis

Louw, A., Zimney, K., Reed, J., Landers, M. & Puentedura, E. 2019. Immediate preoperative outcomes of pain neuroscience education for patients undergoing total knee arthroplasty: A case series. Viitattu 24.4.2023. https://www-tandfonline-com.nelli.laurea.fi/doi/abs/10.1080/09593985.2018.1455120?journalCode=iptp20

McDonald, S., Page, MJ., Beringer, K., Wasiak, J. & Sprowson, A. 2014. Preoperative education for hip or knee replacement (Review). Viitattu 6.5.2023. https://www-ncbi-nlm-nih-gov.nelli.laurea.fi/pmc/articles/PMC7154584/pdf/CD003526.pdf

Pihlainen, P. 2019. Potilasohjausta vaikuttavasti. Viitattu 11.1.2023. https://www.ksshp.fi/Elintapamuutosryhmat-ohjaajakasikirja/Pihlainen_Vuokko_Ohjaus.pdf

PRISMA 2023a. PRISMA Flow Diagram. Viitattu 3.5.2023. http://www.prisma-statement.org/PRISMAStatement/FlowDiagram

PRISMA 2023b. Welcome to the Preferred Reporting Items for Systematic Reviews and Meta-Analyses (PRISMA) website! Viitattu 3.5.2023. http://prisma-statement.org

Sairaanhoitajat. Ammattietiikka ja kollegiaalisuus. Viitattu 20.5.2023.
https://sairaanhoitajat.fi/ammatti-ja-osaaminen/kollegiaalisuus-ja-ammattietiikka/#

Terveydenhuoltolaki 1326/2010. Viitattu 11.1.2023.
https://finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326

Terveyskylä 2023. Tietoa tekonivelleikkauksesta. Viitattu 7.5.2023.
https://www.terveyskyla.fi/niveltalo/tekonivelleikkaus/tietoa-tekonivelleikkauksesta

Wicker, P. 2015. Perioperative Practice at a Glance. E-kirja. Hoboken Wiley-Blackwell. Viitattu 2.11.2022.
https://ebookcentral.proquest.com/lib/laurea/reader.action?docID=7104132#

Kenelle tekonivelleikkaus sopii? Terveyskylä 2017a. Viitattu 28.4.2023.
https://www.terveyskyla.fi/niveltalo/tekonivelleikkaus/tietoa-tekonivelleikkauksesta/kenelle-tekonivelleikkaus-sopii

Miten tekonivelleikkaus tehdään? Terveyskylä 2017b. Viitattu 27.4.2023.
https://www.terveyskyla.fi/niveltalo/tekonivelleikkaus/tietoa-tekonivelleikkauksesta/miten-tekonivelleikkaus-tehd%C3%A4%C3%A4n

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 15.3. 2023. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Helsinki. 1. painos. Viitattu 8.5.2023.
https://tenk.fi/sites/default/files/2023-03/HTK-ohje_2023.pdf

Pohjolainen, T. 2021. Nivelrikko (artroosi). Duodecim terveyskirjasto. Viitattu 27.4.2023.
https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00673

Kuviot

Kuvio 1: Preoperatiivisen ohjauksen menetelmät 17
Kuvio 2: Preoperatiivisen ohjauksen vaikutus kivunhoitoon 21
Kuvio 3: Preoperatiivisen ohjauksen vahvuudet ja heikkoudet 23
Kuvio 4: Flow-kaavio 28

Taulukot

Taulukko 1: Aineiston sisäänotto- ja poissulkukriteerit 13
Taulukko 2: Esimerkki alkuperäisilmaisuiden pelkistämisestä 15
Taulukko 3: Pää- ja yläluokkien nimet 17

Liitteet

Liite 1: Tiedonhaussa käytetyt hakusanat 39
Liite 2: Ote tiedonhaun dokumentoinnista 40
Liite 3: Lopullinen tutkimusaineisto 43

Liite 1: Tiedonhaussa käytetyt hakusanat

POTILASOHJAUS Hakusanat suomeksi	PATIENT EDUCATION Hakusanat englanniksi	PREOPERATIIVI-NEN HOITOTYÖ Hakusanat suomeksi	PREOPERATIVE CARE Hakusanat englanniksi	TEKONIVELLEIKKAUS Hakusanat suomeksi	ARTHROPLASTY Hakusanat englanniksi
Potilasohjaus	Patient education	Preoperatiivi-nen hoitotyö	Preoperative care	Tekonivelpotilas	artificial joint patient
Potilasneuvon-ta	Patient counseling	Preoperatiivi-nen hoito	Presurgery care	Keinonivelpotilas	Joint prosthesis patient
Hoidonohjaus	Patient information	Leikkausta edeltävä hoito		Nivelproteesi	Joint prosthesis
Psykoedukaa-tio	Psychoeducation				(hip/knee) replacement
Preoperatiivi-nen potilasohjaus	Preoperative information				Arthroplasty
	Preoperative education			Kipu	Pain
	Preoperative learning				Analgesia
	PPE				
Potilaan ohjaus					

Liite 2: Ote tiedonhaun dokumentoinnista

Tietokanta	Hakusanat	Hakusanojen ja rajausten perusteella löydetyt	Otsikon ja abstraktin perusteella hyväksytyt
EBSCO: MEDLINE and CINAHL with Full text	patient information OR patient education (TI title) AND postoperative pain OR post operative pain OR post-surgery pain OR post-surgical pain AND arthroplasty, replacement, hip	14	1
EBSCO: MEDLINE and CINAHL with Full text	preoperative information OR preoperative education OR preoperative learning AND pain management OR pain relief OR pain control OR pain reduction AND surgery OR operation OR surgical procedure OR surgical treatment or operative AND joint replacement OR arthroplasty OR tha OR thr OR total hip arthroplasty OR tkr OR tka OR total knee replacement	9	1
EBSCO: MEDLINE and CINAHL with Full text	preoperative information OR preoperative education OR preoperative learning AND effects OR impact OR consequences AND	10	1

	pain management OR pain relief OR pain control OR pain reduction OR managing pain OR analgesia AND joint replacement OR arthroplasty OR tha OR thr OR total hip arthroplasty OR tkr OR tka OR total knee replacement		
EBSCO: MEDLINE and CINAHL with Full text	"preoperative education" AND pain* AND arthroplasty OR hip replacement	13	1
PubMed	preoperative patient education OR patient information AND postoperative pain management AND surgery	15	3
EBSCO: MEDLINE and CINAHL with Full text	“patient counsel*” OR “patient education” OR patient information AND preoperative AND Arthroplasty OR replacement AND Pain	159	4
PubMed	“patient counsel*” OR “patient education” OR patient information AND preoperative AND Arthroplasty OR replacement AND Pain	256	5

EBSCO: MEDLINE and CINAHL with Full text	patient education OR patient teaching OR counseling OR guidance OR patient information AND preoperative care OR pre-surgery care OR preoperative nursing AND pain	7	1
EBSCO: MEDLINE and CINAHL with Full text	pre-operative education AND postoperative pain AND arthroplasty	7	1
Medic	potilasohjaus AND tekonivel*	3	1

Liite 3: Lopullinen tutkimusaineisto

Tekijät, vuosi, sekä tutkimusmaa: Louw, A., Zimney, K., Reed, J., Landers, M. & Puentedura, E. 2019. Yhdysvallat	
Tutkimuksen tarkoitus	Tämän tapaussarja-tutkimuksen tarkoituksena on raportoida preoperatiivisen PNE-ohjelman (Pain Neuroscience education program) välittömistä vaikutuksista liittyen kipuun, fyysiseen toimintakykyyn, katastrofointiin, liikkumisen pelkoon ja uskomuksiin leikkauksesta polven nivelrikkopotilailla, jotka odottavat polven tekonivelleikkausta. Nämä potentiaaliset välittömät vaikutukset saattavat avartaa käsitystä polven tekonivelleikkausprosessin preoperatiivisesta osuudesta.
Tutkimuksen tyyppi	Tapaustutkimus
Kohderyhmä ja aineiston-keruutapa	12 potilasta (10 naista; keski-ikä 68,6 vuotta) Itse raportoitu potilaskysely liittyen polvikipuun, toimintakykyyn, pelon välttämiseen, kivun katastrofointiin, liikkumisen pelkoon, ja uskomuksiin liittyen leikkauksen lopputulokseen.
Keskeiset tulokset	Positiivinen vaikutus preoperatiivisen ahdistuneisuuden määrään ja potilaan tietämykseen, mutta ei merkittävää vaikutusta postoperatiivisiin tuloksiin kuten kipuun, liikelaajuuteen, toimintakykyyn tai sairaalassaoloajan pituuteen.
Tekijät, vuosi, sekä tutkimusmaa: Gündüz, C. & Çalişkan, N. 2020. Turkki.	
Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimuksen ensisijainen tarkoitus oli määrittää preoperatiivisen videopohjaisen kivunohjauksen vaikutus postoperatiiviseen kipuun ja kipulääkkeiden käyttöön potilailla, joille tehtiin polven tekonivelleikkaus. Tutkimuksen toissijainen tarkoitus oli määrittää preoperatiivisen videopohjaisen kivunohjauksen vaikutus postoperatiiviseen lääkkeettömien menetelmien käyttöön potilailla, joille tehtiin polven tekonivelleikkaus. Lisäksi tutkimuksessa haluttiin kerätä palautetta videopohjaisesta kivunohjauksesta.
Tutkimuksen tyyppi	Ei-satunnaistettu kontrolloitu interventiotutkimus

Kohderyhmä ja aineiston-keruutapa	80 potilasta (86,3 % naisia, keski-ikä 66,8 vuotta) Kivunohjaukseen pohjautuva kyselylomake.
Keskeiset tulokset	Videopohjaisen kivunohjauksen antaminen polven tekonivelleikkauspotilaille on suositeltavaa, sillä se vähentää postoperatiivisia kiputasoja ja lisää lääkkeettömien kivunhallintamenetelmien käyttöä.
Tekijät, vuosi, sekä tutkimusmaa: Andersson, V., Otterstorm-Ryberg, E. & Karlsson, A-K. 2015. Ruotsi.	
Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella potilaiden käsityksiä preoperatiivisesta informaatiosta kivun hoitoon liittyen sekä sen tärkeydestä kivunhallinnan suhteen postoperatiivisessa vaiheessa.
Tutkimuksen tyyppi	Kuvaileva laadullinen tutkimus
Kohderyhmä ja aineiston-keruutapa	18 potilasta. (Yhdeksän miestä ja yhdeksän naista, keski-ikä 71 vuotta.) Yksilölliset haastattelut.
Keskeiset tulokset	Tutkimuksessa selvisi, että potilaat kokivat kirjallisen ja suullisen tiedon yhdistelmän kivun lievittämisestä arvokkaana.
Tekijät, vuosi, sekä tutkimusmaa: Lemay, C., Lewis, C., Singh, J. & Franklin, P. 2017. Yhdysvallat.	
Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimuksessa arvioitiin potilaiden raportoimaa kivunhallintaan liittyvän tiedon saamista kansallisessa prospektiivisessa kohortissa arvioimalla postoperatiivista kipua ja toimintakykyä elektiivisen kokonivelleikkauksen jälkeen.
Tutkimuksen tyyppi	Kohorttitutkimus
Kohderyhmä ja aineiston-keruutapa	1609 potilasta (keski-ikä 66,70 vuotta) Kahden ja kuuden kuukauden postoperatiiviset kyselyt.
Keskeiset tulokset	6 kuukauden kuluttua leikkauksesta opetusta saaneiden ja saamattomien välillä ei todettu eroja operoidun nivelen kivussa

Tekijät, vuosi, sekä tutkimusmaa: Birch, S., Stilling, M., Mechlenburg, I. & Hansen, T. 2020. Tanska.	
Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimuksessa tutkittiin potilasohjauksen vaikutusta kivunhallintaan potilailla, joilla on keskisuuresta korkeaan kivun katastrofointi-tulos ennen polven tekonivelleikkausta.
Tutkimuksen tyyppi	Satunnaistettu kontrolloitu rinnakkaisryhmätutkimus
Kohderyhmä ja aineistonkeruutapa	60 potilasta (40 naista, keski-ikä 66 vuotta) Erilaiset kipu- ja toimintakykymittarit ammattilaisen ohjaamana. Mittaukset tehtiin ennen leikkausta, kolme kuukautta, sekä yksi vuosi leikkauksen jälkeen.
Keskeiset tulokset	Ei havaittu eroja ensisijaisessa tulosmittarissa, VAS toiminnan aikana, 2 ryhmän välillä, mutta molemmilla ryhmillä oli suuria laskuja VAS-tuloksissa ajan myötä. CBT-pohjainen kipukoulutusryhmän VAS-pisteet alenivat 37 mm (95 % CI 27–46) ja kontrolliryhmän 40 mm (CI 31–49). Emme löytäneet tilastollisesti merkitseviä eroja 2 ryhmän välillä missään toissijaisessa tuloksessa.