



TARJA HEINO

Päiväkirurgisen polviniveltähystyspotilaan
ohjaus potilaan ja perheenjäsenen
näkökulmasta



AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Esitetään Tampereen yliopiston
lääketieteellisen tiedekunnan suostumuksella
julkisesti tarkastettavaksi Tampereen yliopiston
päärakennuksen luentosalissa AI, Kalevantie 4, Tampere,
toukokuun 20. päivänä 2005 kello 12.

English abstract

Acta Universitatis Tampereensis 1077

AKATEEMINEN VÄITÖSKIRJA

Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos
Tampereen yliopistollinen sairaala
Satakunnan sairaanhoitopiiri

Ohjaajat

Professori Pekka Laippala (†)
Tampereen yliopisto
Terveystieteiden tohtori Heli Lajjärvi
Tampereen yliopisto

Esitarkastajat

Dosentti Kaija Saranto
Kuopion yliopisto
Dosentti Seppo Seitsalo
Helsingin yliopisto

Myynti

Tiedekirjakauppa TAJU
PL 617
33014 Tampereen yliopisto

Kannen suunnittelu
Juha Siro

Painettu väitöskirja

Acta Universitatis Tamperensis 1077
ISBN 951-44-6289-0
ISSN 1455-1616

Puh. (03) 3551 6055

Fax (03) 3551 7685

taju@uta.fi

www.uta.fi/taju

<http://granum.uta.fi>

Sähköinen väitöskirja

Acta Electronica Universitatis Tamperensis 434

ISBN 951-44-6290-4

ISSN 1456-954X

<http://acta.uta.fi>

Tampereen Yliopistopaino Oy – Juvenes Print
Tampere 2005

Tiivistelmä

Tarja Heino

Hoitotieteen laitos, Tampereen yliopisto

Päiväkirurgisen polviniveltähystyspotilaan ohjaus
potilaan ja perheenjäsenen näkökulmasta

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata, miten potilaan ohjaus päiväkirurgisessa hoitotyössä toteutuu potilaan ja hänen perheenjäsenensä näkökulmasta, minkälaista ohjausta potilas ja perheenjäsen ovat mielestään saaneet potilaan polven viasta, hoidosta sairaalassa ja postoperatiivisesta kotihoidosta, miten potilas ohjauksen avulla selviytyy tähystyksen jälkeen perheenjäsenen avustamana hoidosta kotona ja miten potilas mielestään toipuu päiväkirurgisen polviniveltähystyksen jälkeen. Tutkimuksen tarkoituksena on kehittää alustava päiväkirurgisen hoitotyön malli, jonka avulla jäsenetään ja selkiytetään päiväkirurgisen hoitotyön käsitteet ja niiden väliset suhteet. Tässä tutkimuksessa kehitettyä mallia voidaan pitää alustavana mallina, jonka mielenkiinnon kohteena on päiväkirurgisen potilaan ohjaus.

Tutkimukseen osallistui 173 potilasta ja 161 perheenjäsentä vastaamalla kyselylomakkeissa esitettyihin kysymyksiin noin viikon kuluttua polviniveltähystyksen jälkeen. Tutkimustulosten mukaan päiväkirurginen potilas sai tavallisesti aikaisintaan viikkoa ennen sairaalaan menoaan kirjalliset ohjeet siitä, miten polviniveltähystykseen tulee valmistautua. Päiväkirurgisen potilaan ja hoitohenkilökunnan väliset keskustelut olivat tavoitteellisia ohjaustilanteita, joissa potilas sai hoitoonsa liittyvää tietoa. Yleensä ohjaustilanteissa keskusteltiin polven sairaudesta, hoidosta ja kotihoitoon liittyvistä ohjeista. Ohjauksessa korostui toimenpiteen jälkeisen kotihoidon osuus. Ensimmäistä kertaa tähystyksessä olleiden, yli 65-vuotiaiden ja vähemmän koulutettujen ohjaus oli vähäisempää kuin muiden potilaiden. Yhteenvetona voidaan todeta, että potilaan taustatietojen ja ohjauksen välinen yhteys vaikutti päiväkirurgisesta polviniveltähystyksestä toipumiseen. Kotiutuessaan päiväkirurginen potilas tunsi olonsa turvalliseksi. Perheenjäsen oli lähes aina saattajana ja potilaan seurana toimenpiteen jälkeisen vuorokauden.

Tutkimustulosten mukaan perheenjäsen oli harvoin mukana potilaan ohjauksessa eikä saanut päiväkirurgisen potilaan hoitoon tai kotihoitoon liittyvää tietoa hoitohenkilökunnalta. Osa perheenjäsenistä piti päiväkirurgisen potilaan sairaalahoitoon liittyvää ohjausta tarpeettomana. Päiväkirurgiseen potilaaseen ei otettu yhteyttä toimenpiteen jälkeen. Samoin potilaan yhteydenotto hoitavaan yksikköön oli harvinaista. Lähes kaikki potilaat toipuivat hyvin polviniveltähystyksen jälkeen. Potilaat tarvitsivat kuitenkin apua päivittäisistä toiminnoista selviytyäkseen vielä viikon kuluttua toimenpiteestä. Aiemmin tähystyksessä olleet, naiset, yli 65-vuotiaat ja enemmän koulutetut tarvitsivat muita potilaita useammin apua. Yleensä avunantajana oli perheenjäsen.

Tutkimuksen tuloksista johdettiin päiväkirurgisen hoitotyön malli, jonka avulla jäsenetään ja selkiytetään päiväkirurgisen hoitotyön käsitteet ja niiden väliset suhteet. Tutkimuksessa tuotettua tietoa voidaan hyödyntää koulutuksessa ja käytännön hoitotyössä päiväkirurgisen potilaan ohjausta kehitettäessä.

Avainsanat: Päiväkirurgia, polviniveltähystys, perheenjäsen, ohjaus, toipuminen.

Abstract

Tarja Heino

Department of Nursing Science, University of Tampere

Counselling of a day surgery arthroscopy patient
in the patient's and family member's experience

The purpose of this study was to describe how counselling is implemented in day surgery nursing care from the patient's and his or her relative's experience, what kind of information the patient experienced he or she had received of the knee problem, of the nursing care in hospital and of home care. Another purpose was to consider how the patient manages postoperative home care with the help of a significant other and how the patient recovers after the day surgery. The aim of the study was to develop a tentative model for the nursing care of day surgery which can be used to classify and clarify the counselling of the day surgery patient and the factors affecting it. This provisional model was constructed in the interest of the counselling of the day surgery patient.

A total of 173 patients and 161 family members participated in the study by completing the questionnaires in about a week after the arthroscopy. The results showed that the day surgery patient usually received written instructions on the preparation for surgery a week before the surgery at the earliest. The counselling discussions between the patient and the nursing staff were objective-oriented counselling situations, where the patient received information related to his or her care. In general, counselling focused on the knee injury, its care and instructions related to home care. Home care after the procedure was emphasised in the counselling. The patients who underwent arthroscopy for the first time, patients over 65 years of age and patients with less education received less counselling than other patients. In conclusion, the relationship between the patient's background information and counselling affected the patient's recovery from the day surgery arthroscopy. In general, the day surgery patient felt confident on discharge. A family member or a significant other almost always accompanied the patient on discharge and during the day following the procedure.

The results showed that a family member seldom participated in the counselling of the patient and he or she did not receive any counselling or information of the patient's home care or nursing care from the staff. Part of the family members regarded counselling related to the day surgery patient's nursing care in hospital as unnecessary. The day surgery patient was not contacted after the procedure. Also, the patients seldom contacted the day surgery unit. Nearly all patients recovered well after the arthroscopy. However, the patients still needed help with their daily activities a week after the procedure. Patients who had had arthroscopy earlier, women, patients over 65 years of age and patients with more education needed more help than other patients. Help was usually provided by a family member.

A provisional model describing the counselling of the day surgery patient was constructed on the basis of the results. This model is used to classify and clarify the counselling of the day surgery patient and the factors affecting it. The information produced by the study can be utilized in education and in nursing practice, when the counselling of the day surgery patient is developed.

Key words: Day surgery, arthroscopy, a family member, counselling, recovery.

Kiitokset

Kiitän työni ohjaajia professori Pekka Laippalaa (†) ja THT Heli Laijärveä. Kiitän kannustuksesta ja tuesta professori Päivi Åstedt-Kurkea ja professori Eija Paavilaista Tampereen yliopiston hoitotieteen laitokselta. Kiitän FM Hannu Koposta aineiston tilastollisesta käsittelystä ja asiantuntevasta avusta tulosten tulkinnassa. Kiitän tutkimukseni esitarkastajia professori Seppo Seitsaloo ja dosentti Kaija Sarantoa palautteesta, joka auttoi tarkentamaan ja selkeyttämään tutkimustani. Kiitän FM Tuija Huokkolaa englanninkielisestä tiivistelmästä.

Suuret kiitokseni tutkimukseen osallistuneille päiväkirurgisille potilaille ja heidän perheenjäsenilleen.

Kiitän saamastani taloudellisesta tuesta Suomen sairaanhoitajaliittoa, Satakunnan sairaanhoitopiiriä, Suomen sairaanhoitajaliiton Satakunnan sairaanhoitajat r.y:tä, Suomen Kulttuurirahaston Satakunnan rahastoa, Porin Lääkäritalo Oy:tä ja Suomen leikkausosaston sairaanhoitajat r.y:tä.

Porissa 11.4.2005

Tarja Heino

Sisällys

1	Tutkimuksen tausta ja tarkoitus	15
2	Tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat	19
2.1	Potilaana päiväkirurgisessa polviniveltähystyksessä	19
2.2	Ohjaus osana potilaan kokonaisuhoitoa	21
2.2.1	Potilaan ja perheenjäsenen ohjaus päiväkirurgisessa hoitotyössä	21
2.2.2	Ohjauksen tavoitteet päiväkirurgisessa hoitotyössä	22
2.2.2.1	Päiväkirurgisen potilaan ja perheenjäsenen tiedonsaanti	22
2.2.2.2	Potilaan valmistautuminen päiväkirurgiseen tähystykseen	25
2.2.2.3	Päiväkirurgisen potilaan toipumisen edistäminen	27
2.2.2.4	Päiväkirurgisen potilaan turvallisuuden tunteen vahvistaminen	32
2.2.2.5	Päiväkirurgisen potilaan pelon vähentäminen	33
2.2.2.6	Potilaan mahdollisuus osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon	34
2.2.2.7	Potilaan emotionaalinen tukeminen	34
2.2.3	Ohjauksen ajankohta päiväkirurgisessa hoitotyössä	35
2.2.4	Päiväkirurgisessa ohjauksessa käytettävät menetelmät	37
2.2.5	Potilaan ohjaus ja Internet	40
2.2.6	Potilaan kotiutuminen päiväkirurgisesta polviniveltähystyksestä	42
2.2.7	Yhteenveto tutkimuksen teoreettisista lähtökohdista	43
3	Tutkimuksen tavoitteet ja tutkimustehtävät	46
4	Tutkimusaineisto ja menetelmät	47
4.1	Tutkimusprosessin eteneminen	47
4.2	Mittarit	48
4.2.1	Tutkimuksessa käytettyjen kyselylomakkeiden laadinta	48
4.2.2	Potilaan kyselylomake	49
4.2.3	Perheenjäsenen kyselylomake	50
4.3	Aineiston hankintamenetelmät	52
4.4	Tutkimukseen osallistujat	53
4.5	Aineiston analyysi	55
4.6	Eettiset näkökohdat	59

5 Tulokset	60
5.1 Preoperatiivinen ohjaus	60
5.2 Ohjaus potilaan sairaalassaoloaikana	61
5.2.1 Potilaan suullinen ja kirjallinen ohjaus sairaalassa	61
5.2.2 Potilaan taustatietojen ja ohjauksen välinen yhteys	64
5.2.2.1 Potilaan iän ja ohjauksen välinen yhteys	64
5.2.2.2 Potilaan koulutuksen ja ohjauksen välinen yhteys	67
5.2.2.3 Potilaan aikaisempien tähytysten ja ohjauksen välinen yhteys	70
5.2.2.4 Potilaan sukupuolen ja ohjauksen välinen yhteys	73
5.2.2.5 Potilaan siviilisäädyn ja ohjauksen välinen yhteys	74
5.2.3 Potilaan ja perheenjäsenen kotihoitoon liittyvä ohjaus	74
5.2.4 Yhteenveto ohjauksesta potilaan sairaalassaoloaikana	76
5.3 Potilaan ja perheenjäsenen tiedonsaanti	76
5.3.1 Potilaan ja perheenjäsenen hoitoon liittyvä tiedonsaanti	76
5.3.2 Potilaan tiedonsaanti ohjauksessa	78
5.3.3 Perheenjäsenen tiedonsaanti ohjauksessa	83
5.3.4 Yhteenveto potilaan ja perheenjäsenen tiedonsaannista	84
5.4 Postoperatiivinen toipuminen	85
5.4.1 Potilaan kotiutuminen sairaalasta	85
5.4.2 Potilaan ohjaus kotiutuksen jälkeen	85
5.4.3 Postoperatiivisen kivun hoito	86
5.4.4 Alaraajan kuntouttaminen toimenpiteen jälkeen	87
5.4.5 Haavan hoito	88
5.4.6 Potilaan selviytyminen päivittäisistä toiminnoista toimenpiteen jälkeen	90
5.4.7 Yhteenveto potilaan postoperatiivisesta toipumisesta	93
5.5 Yhteenveto tutkimuksen tuloksista	93
6 Pohdinta	94
6.1 Tutkimuksen luotettavuus	94
6.1.1 Mittarien luotettavuus	94
6.1.2 Aineiston keruun ja analysoinnin luotettavuus	96
6.2 Tutkimustulosten tarkastelu	99
6.2.1 Potilaan ja perheenjäsenen ohjaus päiväkirurgisessa hoitotyössä	99
6.2.2 Potilaan toipuminen päiväkirurgisesta toimenpiteestä	102
6.2.3 Päiväkirurgisen potilaan ohjausta kuvaava alustava malli	104
7 Johtopäätökset	107
8 Kehittämisen- ja jatkotutkimushaasteet	109

LÄHTEET	112
---------------	-----

LIITTEET

Liite 1 Tutkimuksia päiväkirurgisen potilaan ohjaukseen liittyen	131
Liite 2 Potilaan kyselylomake	136
Liite 3 Perheenjäsenen kyselylomake	145
Liite 4 Ohjauksen ja toimenpiteen jälkeisen avuntarpeen välinen yhteys	151

TEKSTISSÄ ESIINTYVÄT TAULUKOT

Taulukko 1 Tutkittavat muuttujat ja niitä vastaavat numerot kyselylomakkeissa	52
Taulukko 2 Potilaita kuvaavat tiedot	54
Taulukko 3 Perheenjäseniä kuvaavat tiedot	55
Taulukko 4 Potilaan ja perheenjäsenen tiedonsaanti tähystyksen ajankohdasta .	60
Taulukko 5 Potilaan valmistautuminen tähystykseen	60
Taulukko 6 Kirjallisten ohjeiden määrän ja suullisen ohjauksen välinen yhteys	62
Taulukko 7 Kotihoito-ohjeista, polven viasta ja hoidosta keskustelun välinen yhteys	63
Taulukko 8 Kirjallisen ohjauksen, kotihoito-ohjeista ja polven hoidosta keskustelun välinen yhteys	64
Taulukko 9 Potilaan iän ja hoidosta keskustelun välinen yhteys	65
Taulukko 10 Potilaan iän ja suullisen ohjauksen välinen yhteys	66
Taulukko 11 Potilaan iän, polven viasta ja hoidosta keskustelun välinen yhteys .	67
Taulukko 12 Potilaan koulutuksen ja hoidosta keskustelun välinen yhteys	68
Taulukko 13 Potilaan koulutuksen ja suullisen ohjauksen välinen yhteys	69
Taulukko 14 Potilaan koulutuksen, polven viasta ja kotihoito-ohjeista keskustelun välinen yhteys	70
Taulukko 15 Aikaisempien tähystysten ja hoidosta keskustelun välinen yhteys ..	71
Taulukko 16 Aikaisempien tähystysten ja kirjallisten ohjeiden määrän välinen yhteys	71
Taulukko 17 Aikaisempien tähystysten ja kotihoito-ohjeista keskustelun välinen yhteys	72
Taulukko 18 Aikaisempien tähystysten ja suullisen ohjauksen välinen yhteys	72
Taulukko 19 Aikaisempien tähystysten, hoidosta keskustelun ja kirjallisten ohjeiden määrän välinen yhteys	73
Taulukko 20 Sukupuolen, polven viasta keskustelun ja kirjallisten ohjeiden määrän välinen yhteys	74
Taulukko 21 Potilaan siviilisäädyn ja kirjallisten ohjeiden määrän välinen yhteys	74
Taulukko 22 Potilaan kotihoitoon liittyvä ohjaus	76

Taulukko 23	Potilaan ja perheenjäsenen tiedonsaanti polven viasta ja hoidosta ..	77
Taulukko 24	Polven viasta saadun tiedon, hoidosta keskustelun ja kirjallisten ohjeiden määrän välinen yhteys	79
Taulukko 25	Polven viasta saadun tiedon, hoidosta ja kotihoito-ohjeista keskustelun välinen yhteys	79
Taulukko 26a	Potilaan koulutuksen ja polven viasta saadun tiedon välinen yhteys	80
Taulukko 26b	Potilaan koulutuksen ja polven hoidosta saadun tiedon välinen yhteys	80
Taulukko 27	Tiedonsaannin ja polven viasta keskustelun välinen yhteys	81
Taulukko 28	Tiedonsaannin ja polven hoidosta keskustelun välinen yhteys	82
Taulukko 29	Potilaan tiedonsaanti hoidosta	82
Taulukko 30	Perheenjäsenen hoidosta saadun tiedon ja polven viasta keskustelun välinen yhteys	84
Taulukko 31	Perheenjäsenen hoidosta saadun tiedon ja polven hoidosta keskustelun välinen yhteys	84
Taulukko 32	Potilaan taustatietojen ja kivun hoidon välinen yhteys	86
Taulukko 33	Kotihoito-ohjeista keskustelun ja kivun hoidon välinen yhteys	87
Taulukko 34	Alaraajan kuntouttaminen toimenpiteen jälkeen	87
Taulukko 35	Polven hoidosta keskustelun ja alaraajan kuntoutuksen välinen yhteys	88
Taulukko 36	Postoperatiivisen haavan hoito	88
Taulukko 37	Ohjauksen ja toimenpiteen jälkeisen saunomisen ajankohdan välinen yhteys	89
Taulukko 38	Toipuminen potilaan ja perheenjäsenen mielestä	90
Taulukko 39	Avuntarve toimenpiteen jälkeen potilaan ja perheenjäsenen mielestä.....	92

TEKSTISSÄ ESIINTYVÄT KUVIOT

Kuvio 1	Päiväkirurgisen potilaan ohjausta kuvaava teorettinen malli	45
Kuvio 2	Tutkimusprosessin eteneminen	47
Kuvio 3	Ohjausta kuvaavien muuttujien välinen yhteys	61
Kuvio 4	Potilaan iän ja ohjauksen välinen yhteys	65
Kuvio 5	Potilaan koulutuksen ja ohjauksen välinen yhteys	68
Kuvio 6	Aikaisempien tähytysten ja ohjauksen välinen yhteys	70
Kuvio 7	Potilaan sukupuolen ja ohjauksen välinen yhteys	73
Kuvio 8	Potilaan tiedon ymmärtämisen ja ohjauksen välinen yhteys	83
Kuvio 9	Päiväkirurgisen potilaan ohjausta kuvaava alustava malli.....	106

1 Tutkimuksen tausta ja tarkoitus

Väestön ikärakenteen muutoksen ja uusien hoitokäytäntöjen vuoksi kirurgisen hoidon tarve tulevaisuudessa kasvaa. Teknologiset parannukset kirurgiassa, kehittyneet anestesia-aineet ja -tekniikat sekä postoperatiivisen hoidon kehitys erityisesti leikkauksen jälkeisen kivun lievityksessä ovat mahdollistaneet aiempaa lyhyemmän sairaalassaolon. Toimenpiteen jälkeen potilas kotiutuu entistä aikaisemmin ja toipuu sairaalan ulkopuolella, yleensä kotona. Lyhentyneiden hoitajaksojen vuoksi vastuu niin preoperatiivisesta valmistautumisesta kuin postoperatiivisesta hoidostakin on siirtynyt potilaalle itselleen, hänen perheelleen ja jossain määrin myös avoterveydenhuololle. Kirurgisessa hoidossa potilaan ja perheen rooli on lyhentyneestä sairaalassaolajasta ja teknologian kehityksestä johtuen muuttunut. Hoitokäytännön muutos on merkinnyt potilaan tiedon tarpeen, itsehoitovaatimusten ja vastuun lisääntymistä. (Davenport 1996; Kekomäki 1996; Pajula 1996; Sutherland 1996; Leino-Kilpi & Suominen 1997; Graling 1998; Lahtinen ym. 1998; Rawal 1999; Martikainen 2002; Mitchell 2003.)

Lyhythoitoinen kirurgia jakautuu lyhytjälkihoitoiseen kirurgiaan ja päiväkirurgiaan. Lyhytjälkihoitoisessa kirurgiassa sairaalassaoloaika on 1-3 vuorokautta. Päiväkirurgiassa potilas on sairaalassa toimenpidepäivän. Toimenpiteen kulun ja keston tulee olla tarkkaan tiedossa, jotta toiminta kaikilta osin voidaan suunnitella etukäteen. Toimenpiteen jälkeen potilaan tulisi toipua nopeasti ilman kipuja, pahoinvointia tai muita haittavaikutuksia. (Alanko ym. 1990; Law 1997; Lahtinen & Valanne 1998; Pekkarinen 1998; Weale ym. 1998; Fysh 1999; Lewis ym. 2000; Ukkola ym. 2001.)

Suomen Kuntaliiton vuoden 1998 työryhmämietinnössä esitetään suositukset ja tavoitteet päiväkirurgian kehittämiseksi. Samalla määritellään uudelleen päiväkirurgian käsite ja sen laajennetut indikaatiot sekä korostetaan lyhythoitoinen kirurgian muuttamista kokonaan päiväkirurgiseksi. Laajan määritelmän mukaan päiväkirurgialla tarkoitetaan koko päiväkirurgista hoitoprosessia, johon kuuluu muun muassa lähetteen kirjoittaminen, potilaan esitarkastus, päiväkirurgisen toimenpiteen suorittaminen ja palautteen kirjoittaminen lähettävälle lääkärille ja/tai potilaan jälkitarkastuspaikkaan. Suppean määritelmän mukaan päiväkirurgialla tarkoitetaan alle 12 tuntia kestävää hoitajaksoa, johon liittyy leikkaussalissa tehtävä elektiivinen toimenpide laskimosedatiota, laajaa puudutusta tai yleisanestesiaa käyttäen. Potilas ei siis yleensä yövy sairaalassa, joskin hänet tarvittaessa voidaan kirjata sairaalaan jatkohoittoa varten. (Lahtinen ym. 1998.)

Päiväkirurginen leikkaus on noin kolmanneksen tavanomaista vuodeosastohoitoa vaativaa leikkausta edullisempi vaihtoehto (Kekomäki 1996; Alanko ym. 1999; Marshall & Chung 1999). Päiväkirurgisen toiminnan tavoitteena on taloudellisten kus-

tannusten pienentäminen hoidon laatua huonontamatta. Kustannussäästöihin päästään, koska päiväkirurgia mahdollistaa lyhyemmän pre- ja postoperatiivisen hoitoajan sairaalassa. Toimenpidettä edeltävä sairausloma lyhenee tai poistuu kokonaan, koska potilas pääsee entistä nopeammin hoitoon. (Linnakko 1991; Palmu & Harju 1992; Parnass 1993; Anderson 1994; Lahtinen ym. 1998; Pekkarinen 1998; Alanko ym. 1999; Rawal 1999.) Tehokkaasti toimiva päiväkirurgia on siis kustannustaloudellista, koska pystytään hoitamaan suurempi potilasmäärä samoilla resursseilla (Martikainen 2002).

Päiväkirurgiassa on keskeistä potilaan toipuminen kotona. Toimenpiteen jälkeen potilaalla voi esiintyä pahoinvointia, huimausta, lihaskipua tai heikkoutta, joskin vakavammat komplikaatiot ovat harvinaisia. Päivittäisistä toiminnoista selviytyminen voi olla vaikeampaa kuin potilas on olettanut. Potilas tarvitsee hoitoa, vaikka on valmis kotiutettavaksi. Ensimmäisen vuorokauden ajan kotona tulee olla potilaasta huolehtiva aikuinen henkilö, joka tarvittaessa avustaa päivittäisissä toiminnoissa. (Alanko ym. 1990; Frisch ym. 1990; Lahtinen ym. 1998; Marshall & Chung 1999; Mitchell 2003.)

Hoitotyössä perhe on potilaana olevan perheenjäsenen taustatukena. Perheenjäsenellä on nykyisin keskeinen rooli potilaan hoidossa, etenkin hoidon jatkuvuuden tukijana. Perheenjäsenen rooli korostuu erityisesti henkisen tuen antajana ja selviytymisen tukijana potilaan sairauden aikana. Mm. Eriksson (1996) on todennut, että perheenjäsenen ohjaus potilaan hoitoon liittyvissä asioissa on tärkeää perhehoitotyön edistämiseksi. Koska potilas nykyisin kotiutuu entistä aikaisemmin ja ”sairaampana”, perheenjäsenen oletetaan osallistuvan potilaan välittömään postoperatiiviseen hoitoon. Tulevaisuudessa perheenjäsenen osuus kirurgisen potilaan hoidossa uusien hoitokäytäntöjen myötä lisääntyy: avohoidossa hoidettavien kirurgisten potilaiden määrä kasvaa, hoitoajat sairaalassa lyhenevät entisestään ja uusia päiväkirurgisia hoitomuotoja otetaan käyttöön. (Leske 1996; Marjamäki ym. 1996; Vuorenheimo 1997; van der Smagt-Duijnsteer ym. 2000.)

Nykyään perhe määrittellään kulloisenkin tarpeen tai tilanteen mukaan. Riitta Jallinojan (2000) mukaan perheen määrittelyä vaikeuttaa erityisesti se, että ihmiset rakentavat uusia parisuhteita, jolloin niitä, jotka määrittelevät, millainen on perhe, on monia. Perheen määrittelyyn vaikuttavat muun muassa ihmisten välinen kanssakäyminen, mieltymykset ja kiintymykset sekä oikeus määrittellä oma perhe. (Jallinoja 2000.) Keskeistä on, että potilas itse määrittelee perheensä ja että hoitotyössä muistetaan potilaan kuuluvan perheeseensä myös sairaalaan tullessaan (Åstedt-Kurki & Paavilainen 2002). Perheenjäsenen on vaikeasti määriteltävissä. Monien asiantuntijoiden mukaan perheenjäsenellä nykyään tarkoitetaan vanhempia, lapsia, aviopuolisoa, avopuolisoa, isovanhempia, lapsenlapsia tai läheistä ystävää. Perheenjäsenen on yleensä läheinen sukulainen tai häneen rinnastettava muu henkilö, johon potilaalla on henkinen yhteenkuuluvuuden tunne. (mm. Omaistoimikunta 1986; Gothoni 1991; Leske 1993; Nikunen 1994; Wright & Leahey 1994.) Tässä tutkimuksessa perheenjäsenellä

tarkoitetaan potilaan puolisoa, vanhempia, lasta, muuta sukulaista tai muuta potilaan nimeämää läheistä henkilöä, joka auttaa potilasta hänen toipuessaan leikkauksesta.

Päiväkirurgisen potilaan hoitoa on tutkittu melko vähän potilaan ja perheenjäsenen näkökulmasta. Päiväkirurgiassa tavoitteena on, että potilas perheenjäsenen avulla selviytyy hoidosta ja toipuu mahdollisimman nopeasti toimenpiteen jälkeen. Vaikka perhekeskeisyyttä on pitkään korostettu hoitotyössä, perheenjäsenen huomioon ottaminen ohjauksessa on edelleen vähäistä. Perheenjäsenen mukaan ottaminen ohjaukseen on merkittävä kehittämistä vaativa alue hoitotyössä. (Åstedt-Kurki ym. 1997; Poutala 1998; Suhonen ym. 1999.) Aikaisemmat tutkimukset osoittavat, että perhe tarvitsee tukea ja tietoa, jos joku perheenjäsenistä on sairaalassa (Leino-Kilpi 1992; Åstedt-Kurki 1992; Tarkka 1996; Paavilainen & Åstedt-Kurki 1997; Zazpe ym. 1997; Suhonen 2002).

Ohjaus on vuorovaikutussuhde ammatillisesti koulutetun, pätevän ohjaajan ja apua hakevan yksilön välillä. Ohjaustilanne on potilaan, perheenjäsenen ja hoitajan välinen vapaa keskustelu, jossa selvitetään potilaan hoitoon liittyviä asioita. (Haines 1992; Laitinen & Åstedt-Kurki 1996; Mattila 1998; Lock 1999; Mitchell 2000.) Tässä tutkimuksessa ohjauksella tarkoitetaan potilaan, perheenjäsenen ja hoitohenkilökunnan välistä tavoitteellista keskustelua, tiedonsaantia, emotionaalista tukea, kirjallisten ohjeiden saamista sekä mahdollisten hoito- ja kuntoutustoimenpiteiden oppimista. Näin määriteltynä ohjaus kuvaa parhaiten päiväkirurgisessa hoitotyössä tapahtuvaa vuorovaikutuksellista toimintaa potilaan, perheenjäsenen ja hoitohenkilökunnan välillä.

Valtaosa artroskopiaista eli nivelen tähytyksistä suoritetaan nykyään päiväkirurgisesti. Polvikirurgiaa ei nykyään voi kuvitella ilman artroskopiaa, niin selvä on sen tuoma hyöty sekä lääkärin että potilaan kannalta. Artroskopia on yleistynyt ja kehittynyt erittäin nopeasti ja on nykyään yleisin ortopedinen toimenpide useassa maassa. Ylivoimaisesti eniten artroskopiota suoritetaan polviniveleen, jossa on runsaasti vammautumisherkkiä rakenteita. (Cautilli 1997; Harrell & Kopps 1998; Ovaska 1999; Sandelin 1999; Howell 2002; Martikainen 2002; Santavirta 2003.)

Kirurgiset potilaat ovat yleensä tyytyväisiä hoitoonsa (Chung & Mezei 1999; Netzen 2000; Leinonen 2002). Potilaan tyytyväisyyteen päiväkirurgiassa vaikuttavat pieni komplikaatoriski, vähäinen infektioiden määrä, leikkauksen jälkeisen kivun hallittavuus ja hoidon kokonaisvaltaisuus, mikä edellyttää myös perheen sosiaalisen tilanteen huomioon ottamista (Cortis & Lacey 1996; Bailey & Mion 1997; Hoeksema & Munski 1997; Lahtinen & Valanne 1998; Marshall & Chung 1999; Driscoll 2000). Koska päiväkirurginen potilas kotiutuu jo muutaman tunnin kuluttua toimenpiteestä, niin potilas ja perheenjäsen tarvitsevat nykyistä enemmän tietoa kotihoidosta sekä mahdollista postoperatiivisista ongelmista ja komplikaatioista sekä asioista, joita tulisi kotona välttää (Driscoll 2000; Kaukonen 2001; Rantala 2001; Cork ym. 1996; Barthelsson ym. 2003).

Lyhentyneet hoitoajat, moniammatillinen toiminta, potilaan rooliin liittyvät tekijät, hoitoympäristö ja itsehoitovaatimukset saattavat vaikeuttaa potilaan tiedontarpei-

siin vastaamista. Tiedonsaannin kehittämiseksi sisällöllisesti, menetelmällisesti ja ajankohdallisesti tarvitaan tutkittua tietoa potilaiden ja perheenjäsenten tiedontarpeista ja heidän näkemyksistään tiedontarpeiden tyydyttymisestä. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata, miten päiväkirurgisessa polviniveltähystyksessä ollut potilas toipuu ja selviytyy postoperatiivisesta kotihoidosta perheenjäsenen ja itse saamansa ohjauksen avulla. Tutkimuksen tarkoituksena on kehittää alustava päiväkirurgisen potilaan ohjausta kuvaava malli, jonka avulla jäsennetään ja selkiytetään päiväkirurgisen potilaan ohjausta ja siinä vaikuttavia tekijöitä. Tässä kehitettyä mallia voidaan pitää alustavana mallina, jonka mielenkiinnon kohteena on päiväkirurgisen potilaan ohjaus.

2 Tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat

2.1 Potilaana päiväkirurgisessa polviniveltähystyksessä

Kirurgian menetelmien kehittyessä yhä useampia ja vaativampia toimenpiteitä suoritetaan päiväkirurgisesti (DeFasio-Quinn 1997; Callanan 2002). Vuonna 1990 Suomessa vain 5 % leikkauksista tehtiin päiväkirurgisesti ja vuonna 1997 jo 26 %. Vuonna 1997 kaikista elektiivisistä leikkauksista 33 % oli päiväkirurgisia. Päiväkirurgisten toimenpiteiden määrä on lisääntynyt moninkertaiseksi viimeisten parin vuosikymmenen aikana. Suomen Kuntaliiton asettama päiväkirurgiatyöryhmä arvioi, että vuonna 2003 päästään jo 260 000 päiväkirurgiseen leikkaukseen, mikä on yli 50 % kaikista elektiivisistä leikkauksista. (Lahtinen ym. 1998; Alanko ym. 1999; Martikainen 2002.) Päiväkirurgiassa leikattavien potilaiden osuus 2000-luvulla on 75 % ja sairaalapotilaiden 25 %. Vuonna 2000 elektiivisistä polven nivelkierukan artroskooppisista poistoista tai kiinnityksistä 69 % ja nivelkalvo- ja rustoleikkauksista 64 % tehtiin päiväkirurgisesti. Vuoden 2003 tavoitteena oli, että elektiivisistä polven nivelkierukan poisto- tai kiinnitysleikkauksista 90 % ja nivelkalvo- ja rustoleikkauksista 80 % suoritetaan päiväkirurgisesti. (Punnonen 2001.)

Polven vammat ovat erittäin yleisiä kaikenikäisillä. Eri vammamekanismit aiheuttavat usein juuri niille tyypillisiä vaurioita polven rakenteisiin. Polvivamman diagnostiikka on vaativaa ja edellyttää erikoisosaamista. Erilaiset tähystysmenetelmät ovat kehittyneet nopeasti 15 vuoden aikana. Endoskopiakirurgian kehittyminen mahdollistaa yhä vaativampien leikkausten suorittamisen päiväkirurgiassa. Videoavusteisella kirurgialla on suuri merkitys niveltensisäisessä kirurgiassa alaraajojen nivelten sairauksien diagnostisoinnissa sekä etenkin hoidossa. Nykyään artroskopia on harvoin pelkästään diagnostinen, yleensä siihen liittyy jokin hoitotoimenpide. Polvinivellessä esiintyy tautitiloja ja muutoksia, joita voidaan hoitaa artroskopian vähäistä invasiivisuutta ja toimenpiteen täsmällisyyttä hyödyntäen. Nivelen sisään nähdään paremmin kuin leikkauksessa ja monia hoitotoimia voidaan suorittaa ilman traumatisoivaa leikkaushaavaa. Vaativat toimenpiteet, kuten nivelsiteiden korjaukset ja nivelkierukan kiinnitykset, tehdään nykyään suurimmaksi osaksi artroskooppisesti. Polven tähystyksestä on muodostunut rutiinitoimenpide, jota käytetään varsin runsaasti ja johon pääsy on yleensä nopeaa. Toisaalta lisääntynyt mahdollisuus päästä tähystykseen lisää kysyntää ja alentaa toimenpidekynnystä. Polven tähystyksessä nähdään parhaiten nivelen sisäiset vauriot, nivelkierukkarepeämät sekä ristisiteiden ja kapselin vauriot. Potilaan kannalta menetelmän kiistattomat edut ovat tähystyksen jälkeisen kivun minimoiminen, haavainfektioiden vähyys, kosmeettisesti siistit leikkausarvet, lyhyt sairaalassaoloaika ja nopea toipuminen. Tähystyksen jälkeiset

komplikaatiot ovat harvinaisia. (Rokkanen ym. 1995; Alho 1997; Harilainen & Sandelin 1998; Harrell & Kopps 1998; Ovaska 1999; Sandelin 1999; Howell 2002; Rokkanen ym. 2003; Lepola ym. 2004.)

Artroskopiaa edeltää aina perusteellinen kliininen tutkimus, jonka suorittaa yleensä toimenpiteen tekevä lääkäri (Kiljunen & Kivioja 1997). Anestesian kannalta preoperatiivisia tutkimuksia ei yleensä tarvita, jos potilas on muutoin terve. Joissakin päiväkirurgisissa yksiköissä potilailta mitataan hemoglobiinipitoisuus, yli 40-vuotiailta lisäksi veren tai virtsan sokeri- ja kreatiiniarvot. Yli 40-vuotiailta miehiltä ja yli 50-vuotiailta naisilta otetaan EKG. (Aromaa 1996.) Potilaalle tehtäviä liiallisia laboratorio- ja radiologiatutkimuksia vältetään päiväkirurgiassa (Korttila 1996; Cautilli 1997; Kuusniemi 1997; Kaukonen 1998; Kujala 1999; Sandelin 1999).

Päiväkirurgisen toiminnan ehdoton edellytys on tarkka, huolellinen ja onnistunut potilasvalinta (Alanko ym. 1990; Stephenson 1990; Leinonen ym. 1994; Lahtinen ym. 1998; Lahtinen & Valanne 1998; Pekkarinen 1998; Weale ym. 1998; Lewis ym. 2000; Niskanen ym. 2002). Potilaiden valinta päiväkirurgiaan edellyttää valitsijalta kokemusta. Päiväkirurgian katsotaan soveltuvan yhä useammalle potilaalle ja sitä voidaan soveltaa entistä vaativampiin leikkauksiin. Yhä useammalle potilaalle iästä tai yleiskunnosta riippumatta voidaan suorittaa päiväkirurginen toimenpide (Korttila 1998).

Yksi tärkeimpiä valintakriteereitä on potilaan suostumus päiväkirurgiseksi potilaaksi. Potilaan suostumuksen laajuuteen ja riittävyteen voidaan vaikuttaa ainoastaan riittävällä ja laadukkaalla tiedonannolla. Terveystieteiden periaatteena onkin pidetty jo yli kolmen vuosikymmenen ajan informed consent -periaatetta eli informoidun potilaan suostumuksen periaatetta. Informed consent -periaatteessa edellytetään, että potilasta on informoitu riittävästi, potilas on ymmärtänyt saamansa informaation, potilaalla on kyky suostumuksen antamiseen ja potilas on antanut suostumuksen vapaaehtoisesti. Potilaan tulee siis ymmärtää, mitä päiväkirurgisesti suoritettavalla toimenpiteellä tarkoitetaan. Tietoinen suostumus perustuu keskeisesti autonomian kunnioittamiseen sekä luottamukseen vuorovaikutussuhteessa. Tietoinen suostumus merkitsee sitä, että potilas saa riittävästi tietoa hoidosta, terveyttä edistävästä menettelystä ja vasta sen perusteella päättää vapaaehtoisesti suostumuksestaan. (Leino-Kilpi ym. 2000; Pihlainen 2000; Sorvari 2004.) Potilas voi antaa suostumuksensa kirjallisesti tai suullisesti. Ns. sosiaalisen verkon puuttuminen sulkee sosiaalisesti rajoitteiset ja yksinäiset ihmiset päiväkirurgiasta. Nykyään päiväkirurgiaan otetaan aiempaa iäkkäämpiä henkilöitä, mikäli heidän hoidolleen ei ole osoitettavissa fyysistä tai psyykkistä estettä. Hoidollisesti vaativampien, iäkkäämpien ja huonokuntoisempien potilaiden tulo päiväkirurgisesti hoidettaviksi lisää potilaiden määrää ja muodostuu haasteelliseksi. (Korttila 1996; Lahtinen & Valanne 1998; Pekkarinen 1998; Marshall & Chung 1999.) Väestön yleisen valistuneisuuden lisääntyminen ja sosioekonomisen tilanteen kohentuminen ovat osaltaan parantaneet kotona selviytymisen mahdollisuuksia. Toisaalta yhden hengen talouksien yleistyminen hankaloittaa

kotihoidon toteuttamista, koska päiväkirurginen toiminta edellyttää tukihenkilöä kotihoidon aikana.

2.2 Ohjaus osana potilaan kokonaishoitoa

2.2.1 Potilaan ja perheenjäsenen ohjaus päiväkirurgisessa hoitotyössä

Ohjaus on osa hoitotyötä, jonka tehtävänä on auttaa potilasta selviytymään (Leino-Kilpi ym. 1994; Hankela 1999). Ohjauksen perustana on potilaan ja hoitajan välinen vuorovaikutus, jota asiakaslähtöisessä ohjauksessa tarkastellaan yhteistyösuhteena. Ohjaus määritellään vuorovaikutussuhteeksi ammatillisesti koulutetun, pätevän ohjaajan ja apua hakevan yksilön välillä. Ohjauksessa potilasta ja perheenjäsentä autetaan selviytymään tilanteesta ja siihen liittyvästä hoidosta. Ohjaus on suunnitelmallista, intentionaalista ja systemaattista toimintaa, jonka tavoitteena on auttaa potilasta saavuttamaan tietty päämäärä. (Mattila 1998.) Nopeassa, päiväkirurgisessa hoitoprosessissa ohjauksen merkitys korostuu laadukasta hoitoa tavoiteltaessa (Huerta-Torres 1998; Palmu & Suominen 1999; Bernier ym. 2003).

Hoitotyössä korostuu potilaaseen tutustuminen, hänen erilaisuutensa hyväksyminen sekä näiden pohjalta tapahtuva rohkaisu oma-aloitteellisuuteen sekä omien tunteiden ja voimavarojen esille tuomiseen (Häggman-Laitinen 1999). Hoitajat eivät aina tunnista potilaiden tarpeita (Suominen 1994). Yksi syy siihen on, että hoitajat käyttävät stereotyyppisiä toimintatapoja hoitaessaan erilaisia yksilöitä (Kralik ym. 1997; Bakken 2001). Onnistunut, turvallisuuden ja hyvän olon tunnetta lisäävä ohjaus edellyttää potilaan yksilöllisten tarpeiden tunnistamista sekä hänen taustatietojensa, kuten iän, ammatin ja kotiolojen tuntemista. Yksilöllinen ohjaus vaikuttaa siihen, miten potilas sisäistää tiedon ja mieltää sen omakohtaiseksi. Jos tiedon antaminen ei ole yksilöllistä, potilaan saama tieto jää pinnalliseksi. (Åstedt-Kurki 1992; Berg ym. 1994; Leinonen ym. 1994; Suominen 1994; Radwin 1995; Laitinen & Åstedt-Kurki 1996; Kralik ym. 1997; Watts & Brooks 1997; Hankela 1999; Kanerva ym. 1999; Bull ym. 2000; Hallström & Elander 2001.)

Päiväkirurginen hoitotyö vaatii henkilökunnalta moniammatillisuutta, laajaa näkemystä ja hyvää ammattitaitoa, jotta potilas saa asiantuntevaa ohjausta ja tuntee olonsa turvalliseksi (MacDonald & Bodzak 1999; Ukkola ym. 2001). Perusedellytyksenä on hyvä yhteistyö potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä (Kynge & Hentinen 1997; Pekkarinen 1998; McQueen 1999). Potilaan ohjaus päiväkirurgisessa yksikössä suunnitellaan huolellisesti kaikkien hoitoon osallistuvien kanssa siten, että jokainen hoitohenkilökuntaan kuuluva tietää oman osuutensa ja on sisäistänyt ohjauksen tavoitteet. Yhteistyö eri hoitohenkilöiden välillä takaa, että potilaan ohjaus on samansuuntaista. (Fox 1998; Tappen ym. 2001; Schroeter 2002; Ratanalert ym. 2003.) Ohjauksen onnistumiseen vaikuttavat hoitohenkilökunnan vuorovaikutustaidot sekä potilaan kyky omaksua ja ymmärtää tietoa (Salmon 1993; Fonteyn & Co-

per 1994; Heiser ym. 1997; Fox 1998). Potilaan kiinnostukseen, osallistumiseen ja tiedonsaantiin vaikuttaa olennaisesti se, miten mielekkäänä hän kokee ohjauksen omien tarpeidensa kannalta (Noble 1991; Avis 1994; Radwin 1995; Posel 1999; McQueen 1999). Huomioitavaa on, että toimenpide, anestesia ja potilaan omat edellytykset asettavat omat ehtonsa ohjaukselle (Fitzpatrick ym. 1992a; Kanto 1996).

Hoitotyössä perheenjäsenen osuus voidaan ymmärtää erilaisista lähtökohdista. Päiväkirurgisessa hoitotyössä perheenjäsenen on potilaan taustalla, jolloin potilas yksilönä on hoidossa ensisijaisena mielenkiinnon kohteena. Hoitohenkilökunnan avoimella suhtautumisella perheeseen on positiivinen vaikutus potilaan toipumiselle ja hyvinvoinnille. (Sharp 1990; Scullion 1994; Åstedt-Kurki ym. 1997; Hupcey 1998; van der Smagt-Duijnste ym. 2000; Åstedt-Kurki & Paavilainen 2002.) Perheenjäsenen tiedonsaanti sekä mukanaolo sairaalassa, ohjauksessa ja kotiutettaessa lisää potilaan ja perheenjäsenen tyytyväisyyttä (McGaughey & Harrison 1994; Lisle 1998; Collette ym. 1999).

Perheenjäsenen hoitoon osallistuminen ei ole yksiselitteinen asia. Kaikki potilaat eivät pidä perheenjäsenen osallistumista tärkeänä. Potilaalta tulee varmistaa, missä määrin hän haluaa perheenjäsenen mukanaoloa. Potilaan suostumuksella perheenjäsenelle annetaan tietoa totuudenmukaisesti potilaan sairaudesta, sen ennusteesta ja valituista hoitoratkaisuista. Suostumus on aina hoitajaksokohtainen. Hoitohenkilökunnan on kunnioitettava potilaan tahtoa sen suhteen, mitä perheenjäsenelle kerrotaan ja miten hänet otetaan huomioon hoidossa, sitä koskevassa suunnittelussa ja päätöksenteossa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992; Lehtonen 2001.) Perheen mukanaolo ei ole aina mahdollista. Kaikilla perheenjäsenillä ei ole mahdollisuutta, aikaa tai halua osallistua potilaan hoitoon. Osa perheenjäsenistä ei mielestään tarvitse hoitoon liittyvää tietoa. Kirurgisten potilaiden perheenjäsenet pitävät usein tärkeämpänä sitä, että potilas itse saa ohjausta kuin että perheenjäsentä ohjataan. Osa perheenjäsenistä odottaa itse saavansa tietoa, osalle riittää potilaan saama tieto. Perheenjäsenen osallistuminen potilaan hoitoon tulee olla vapaaehtoista. (Perälä ym. 1999; Wallace ym. 1999; Paavilainen ym. 2001.)

2.2.2 Ohjauksen tavoitteet päiväkirurgisessa hoitotyössä

2.2.2.1 Päiväkirurgisen potilaan ja perheenjäsenen tiedonsaanti

Ohjauksen tavoitteena on potilaan ja perheenjäsenen tiedonsaanti. Hoitotyössä tieto välittyy ohjaustilanteessa potilaan, perheenjäsenen ja hoitohenkilökunnan kesken sanallisen ja sanattoman kommunikoinnin avulla (Fitzpatrick ym. 1992a; Fox 1998). Tiedon havaitseminen vaikuttaa potilaan tietämyksen tilaan muokaten ja muuttaen sitä. Tieto on potilaalla tietyllä hetkellä oleva ymmärrys itsestään ja ympäröivästä maailmasta. Potilas itse tulkitsee saamaansa tietoa. (Niiniluoto 1996.) Tiedon antaminen on kognitiivisen aineksen välittämistä ja tosiasioiden esittämistä, esimerkiksi potilaan sairaalaan tuloon, sairauteen ja hoitoon liittyvissä asioissa (Burnard 1994; Eriksson 1996).

Päiväkirurgiassa korostuu potilaan tiedonsaanti. Kirurgisilla potilailla on runsaasti tiedonsaantiin liittyviä odotuksia. Potilaan tiedonsaanti ja ohjaus vaikuttavat potilaan tyytyväisyyteen, koska potilas kokee tiedonsaannin sairaudestaan ja hoidostaan tärkeänä. (Hickey ym. 1998; Suominen 1998; Mills & Sullivan 1999; Välimäki ym. 2001; Barthelsson ym. 2003; Mordiffi ym. 2003.) Ohjauksessa huomioidaan potilaan pre-, intra- ja postoperatiivista hoitoa ja kotiutumista koskevat asiat (Valanne 1991; Leino-Kilpi 1993a; Oberle ym. 1994; Mistiaen ym. 1997; Talamini ym. 1999). Päiväkirurgisen tähystyspotilaan ohjauksessa keskeistä on menettelytapoihin ja toimenpiteeseen liittyvä tieto, kokemukseen vaikuttava aistitieto ja potilaan rooliin liittyvä tieto. Menettelytapoihin ja toimenpiteeseen liittyvään tietoon sisältyy tilannekohtaisten tapahtumien ja asioiden selvittäminen, kuten potilaan tiedonsaanti leikkausta edeltävistä valmisteluista, hoitoon liittyvistä toimista sekä yksityiskohtainen kuvaus leikkauksen ja anestesian kulusta. Menettelytapoihin ja toimenpiteeseen liittyvään tietoon sisältyy myös tiedonsaanti hoitoympäristöstä ja toimenpiteen ajankohdasta. Kokemukseen vaikuttavalla aistitiedolla tarkoitetaan potilaan saamaa tietoa siitä, mitä hän mahdollisesti kokee leikkauksen aikana aistiensa välityksellä. Potilaan rooliin liittyvä tieto taas sisältää odotukset, jotka hoitohenkilökunnalla on potilaan osallistumisesta omaan hoitoonsa. Potilaan kanssa keskustellaan, mikä on hänen osuutensa ja mitä häneltä odotetaan päiväkirurgisessa hoitotyössä. Edellisten lisäksi ohjauksessa selvitetään, mitä potilaan, jolla on vastuu postoperatiivisesta kotihoidosta, tulisi osata toimenpiteen jälkeen. (Fonteyn & Cooper 1994; Brazell 1997; Kettunen & Poskiparta 1998; Bernier ym. 2003; Ratanalert ym. 2003.)

Jokaisella on yksilöllinen tapansa suhtautua hoitoon liittyvään tietoon ja sen saamiseen (Walker 1996; Pelttari 1997; Perälä ym. 1999). Kun potilas on saanut hoitoaan koskevista asioista tietoa, hän on tyytyväinen hoitoonsa (Lewis & Woodside 1992; von Essen & Sjöden 1995; Sitzia & Wood 1998; Lirkki & Simolin 1998; MacDonald & Bodzak 1999; Yuong ym. 2000; Suhonen 2002). Useimmat potilaat ovat tyytyväisiä saamaansa tietoon hoidosta sekä hoidon mahdollisuuksista ja erilaisista vaihtoehtoista (Kurittu & Leino-Kilpi 1994; Perälä ym. 1999; Wong ym. 1999; Välimäki ym. 2002; Suhonen 2002). Potilaan tiedot omasta hoidostaan kuitenkin vaihtelevat suuresti. Huomioitavaa on, että kaikki potilaat eivät halua samalla tavalla tietoa (Krohne ym. 2000). Jotkut potilaat ovat tyytyväisiä puutteellisesta tiedosta huolimatta, koska eivät halua yksityiskohtaista selvitystä hoidostaan (Lepczyck ym. 1990; Munkki-Utunen ym. 1992; Osborne & Rudkin 1993; Leino-Kilpi 1999). Westmanin ja Backmanin (1997) tutkimuksen mukaan potilaat olivat tyytyväisiä hoitoon ja kohteluun, ainoastaan puutteet tiedonsaannissa aiheuttivat potilaissa tyytymättömyyttä. Toisaalta potilaat ovat tyytymättömiä kirurgista toimenpidettä ja postoperatiivista hoitoa koskevaan tiedonsaantiin, jos saavat tietoa liian vähän tai rutiininomaisesti. Tutkimusten mukaan osa potilaista on mielestään saanut vähän tai ei ollenkaan tietoa hoidosta, toimenpiteestä ja toipumisesta. (mm. Kekki 1994; Leino-Kilpi & Kurittu 1995; Cortis & Lacey 1996; Mistiaen ym. 1997; Leino-Kilpi 1999a; Leinonen 2002) ja osa potilaista riittämättömästi tietoa toimenpiteeseen valmistau-

tumisesta (Mordiffi ym. 2003). Tiedon puute ei välttämättä johdu siitä, etteikö tietoa olisi annettu. Potilas saattaa kokea, ettei häntä ole ohjattu, jos hän ei muista tai ymmärrä saamaansa tietoa. (Kanerva ym. 1999; Leino-Kilpi 1999b; Jäntti 2000.)

Hoitotyössä on todettu olevan ongelmia potilaiden saaman tiedon määrässä, sisällössä ja ajoituksessa (Leino-Kilpi & Kurittu 1995). Tiedonantaminen perustuu pääasiassa hoitohenkilökunnan näkemykseen siitä, mitä tiedon pitää sisältää. Tutkimuksista puuttuu potilaan näkemys tiedonsaannista. Mordiffi ym. (2003) selvittivät tutkimuksessaan, annetaanko potilaalle sitä tietoa, jota potilas mielestään tarvitsee. Tutkimuksessa tarkasteltiin, miten paljon kirurginen potilas sai ja miten paljon hän olisi mielestään tarvinnut tietoa anestesiasta, toimenpiteestä, leikkausosastosta, toipumisesta ja toimenpiteeseen valmistautumisesta. Potilaiden, hoitajien ja lääkäreiden mielestä tiedonsaanti anestesian yksityiskohtista oli tärkeintä ja toiseksi tärkeintä oli toimenpiteen yksityiskohtainen kuvaaminen. Potilaiden mielestä kolmanneksi tärkeintä oli tieto leikkausosastosta ympäristönä. Potilailla ja hoitohenkilökunnalla oli tutkimustulosten perusteella eri näkemys tiedonsaannista. Vaikka yli puolet potilaista oli tyytyväisiä tiedonsaannin määrään ja toteutukseen, niin he eivät mielestään saaneet hoitajilta ja lääkäreiltä tärkeitä pitämiltään alueilta tietoja. Tutkimuksen mukaan potilaat eivät saaneet tietoa, jota mielestään tarvitsevat. Tiedonantaminen perustui hoitohenkilökunnan näkemykseen siitä, mitä tiedon pitää sisältää ja riippui siitä, mitä hoitaja piti tärkeänä tietyn toimenpiteen kohdalla, ei siitä, mitä potilas piti tärkeänä. (Mordiffi ym. 2003.)

Ohjauksessa pitää huomioida potilaan tarvitsemien tietojen lisäksi myös potilaan haluamat tiedot (Bernier ym. 2003; Ratanalert ym. 2003). Potilaalta kysytään harvoin, mitä hän haluaa tietää. Potilas ei ehkä osaa itse määrittää, mitä tietoa ja missä määrin hän sitä tarvitsee. Hoitohenkilökunta saattaa olettaa, että potilaan ei tarvitse tietää kaikkia toimenpiteeseen liittyviä yksityiskohtia tai jos potilas on ensisijaisesti akuutin hoidon tarpeessa, hoitaja keskittyy vain akuuttien ongelmien ratkaisemiseen. (Suhonen ym. 1999; Välimäki ym. 2001; Suhonen 2002.)

Potilaan hoitoon liittyvä oikean ja täsmällisen tiedon saaminen on perheelle erittäin tärkeää. Aikuisen potilaan perheenjäsenet odottavat saavansa tietoa ja emotionaalista tukea potilaan hoitoon liittyen. (Kleiber ym. 1994; Perälä ym. 1999; Driscoll 2000; Åstedt-Kurki ym. 1997; 1999; 2001.) Perheenjäsen odottaa saavansa hoitohenkilökunnalta tietoa monenlaisista potilaan hoitoon liittyvistä asioista, kuten esimerkiksi potilaan voinnista, sairaudesta ja sen aiheuttamista rajoituksista sekä kotiutuksesta (Laitinen & Isola 1996; Voutilainen & Korpiniitty 1997). Kuitenkin perheenjäsenen mukaanotto kirurgiseen hoitoon on hyvin vähäistä. Tutkimusten mukaan perheenjäsenet eivät yleensä ole mukana ohjauksessa, eivätkä saa suunnitellusti tietoa potilaan hoidosta eikä perhettä tueta toipumisvaiheessa. (mm. Leino-Kilpi 1992; Mäkelä 1996; Tarkka 1996; Paavilainen & Åstedt-Kurki 1997; Zazpe ym. 1997; Paavilainen ym. 2001; Suhonen 2002.) Joidenkin tutkimusten mukaan perheenjäsenet saavat mielestään riittävästi potilaan hoitoon liittyvää tietoa (Hiltunen ym. 1996; Perälä ym. 1999). Perheenjäsenen tulisi pyytämättä saada tietoa koko hoidon ajan sekä suul-

lisesti että kirjallisesti. Potilasta koskevan tiedon puutteellisuus tai ristiriitaisuus ei saa johtaa väärin tulkintoihin (Robbins & Moscrop 1995; Leino-Kilpi 1999b; Åstedt-Kurki ym. 1997; Bailey & Mions 1997; van der Smagt-Duijnsteer ym. 2000; Åstedt-Kurki ym. 2001). Driscollin (2000) tutkimuksen mukaan potilas saa enemmän tietoa sairaudestaan ja kotihoidosta kuin perheenjäsen (Driscoll 2000).

Nuori potilas (16-45-vuotias) haluaa tietää enemmän terveydentilastaan ja hoidostaan kuin vanhempi potilas (Leinonen ym. 1996; Sohlman ym. 1996; Renholm & Suominen 2000). Nuoret ovat tietoisempia toimenpiteestä, odottavat kokevansa kipuja ja käyttävät postoperatiivisesti enemmän lääkkeitä kuin vanhemmat (Berndtsson ym. 1996; Cason ym. 1996). Vanhemman potilaan kohdalla ohjaus vaatii enemmän aikaa, jotta ohjeet ja mahdollisesti epäselvät asiat tulevat yksiselitteisesti käsitellyiksi (Schroeter 2002). Tappenin ym. (2001) tutkimuksessa tarkasteltiin yli 65-vuotiaiden päiväkirurgisten potilaiden preoperatiivista ohjausta ja kotiuttamissuunnitelmia. Tutkimuksen mukaan yli 65-vuotiaat ymmärtävät ohjauksessa käsiteltävät asiat usein väärin, unohtavat annetut ohjeet, eivät ota vastuuta omasta hoidostaan eivätkä ilmaise avuntarvettaan. (Tappen ym. 2001.) Potilaista 30-49-vuotiaat ovat muita tyytymättömämpiä perheenjäsenensä kohteluun ja huomioonottamiseen (Renholm & Suominen 2000).

Vähemmän koulutusta saaneet ovat saamaansa tietoon tyytyväisempiä kuin koulutetut potilaat (Leino-Kilpi ym. 1994). Toisaalta Välimäen ym. (2001) tutkimuksen tulosten perusteella kansakoulun käyneet potilaat odottavat ylioppilas- ja ammattitutkinnon suorittaneita enemmän saavansa hoitoaan koskevaa tietoa. Höltän ym. (2002) tutkimuksen mukaan naiset, iäkkäät, vähän koulutetut, eläkkeellä olevat ja potilaat, joiden elämään sairaus vaikuttaa merkittävästi, pitävät tietoa komplikaatioista, oireista, lääkehoidosta ja hoidon vaikutuksesta tärkeämpinä kuin miehet, nuoret, korkeasti koulutetut ja potilaat, joiden elämään sairaus vaikuttaa vain jonkin verran. Naiset kokivat miehiä yleisemmin, ettei lääkäri ollut kertonut heidän terveydentilastaan riittävästi eikä henkilökunta huomionnut heidän levottomuuttaan (Sohlman ym. 1996; Westman & Backman 1997). Naisten henkilökohtaisen elämäntilanteen selvittämiseen tulee kiinnittää huomiota, sillä ikääntyneiden naispotilaiden määrä lisääntyy tulevaisuudessa (Suhonen 2002). Tutkimusten mukaan iällä, koulutuksella ja sukupuolella on yhteyttä siihen, miten potilas kokee ohjauksen.

2.2.2.2 Potilaan valmistautuminen päiväkirurgiseen täyhystykseen

Päiväkirurgiassa korostuu potilaan preoperatiivisen ohjauksen tarve. Preoperatiivisen tiedon antamisen tärkeys onkin toistunut useissa tutkimuksissa. Preoperatiivinen ohjaus lisää potilaan yhteistyöhalua ja tyytyväisyyttä (Ratanalert ym. 2003). Preoperatiivisen ohjauksen tavoitteena on valmistaa potilas fyysisesti, psyykkisesti ja sosiaalisesti toimenpiteeseen. Ohjauksen tarkoituksena on auttaa potilasta valmistautumaan toimenpiteeseen siten, että hän hallitsee kaikki asiaankuuluvat toimenpiteeseen liittyvät valmistelut. Valmistautuminen edellyttää potilaan tiedonsaantia siitä, mitä hänel-

tä ennen toimenpidettä odotetaan. (Lisko 1995; Law 1997; Leino-Kilpi ym. 1999; Paaso 2001; Niskanen ym. 2002.) Potilaan huomiointi ja ohjauksen aloittaminen ennen sairaalaan menoa on ratkaisevaa potilaan toipumisen kannalta. Preoperatiivinen ohjaus mahdollistaa potilaan postoperatiivisen hoidon suunnittelun, lievittää potilaan ahdistusta ja helpottaa potilaan keskustelua päiväkirurgisesta hoidostaan. (Brumfield ym. 1996.)

Esimerkiksi Kramer (2000) osoitti preoperatiivisen tehostetun ohjauksen merkityksen satunnaistetussa tutkimuksessa, jossa koeryhmä sai tehostettua ja kontrolliryhmä tavanomaista ohjausta preoperatiivisesta ravinnosta olosta, että potilaan tehostettu ohjaus preoperatiivisesta ravinnosta olosta lisää merkittävästi potilaan tietoa ravinnosta olon tärkeydestä. (Kramer 2000.) Mitchellin (2000) kyselytutkimuksessa 120 päiväkirurgiseen laparoskooppiseen toimenpiteeseen menevää potilasta jaettiin satunnaisesti kahteen ryhmään, koeryhmä sai suunnitellusti enemmän tietoa toimenpiteestä kuin kontrolliryhmä. Tulosten mukaan kontrolliryhmän potilaat olivat ahdistuneempia kuin koeryhmän potilaat. Lisäksi he ottivat toimenpiteeseen liittyen enemmän yhteyttä terveydenhuoltoon. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella päiväkirurgisten potilaiden preoperatiivista ohjausta tulee suunnitella nykyistä tehokkaammin. (Mitchell 2000.)

Bernierin ym. (2003) tutkimuksen mukaan potilaat arvostavat eniten preoperatiivisessa ohjauksessa saamaansa menettelytapoihin ja potilaan rooliin liittyvää tietoa sekä emotionaalista tukea. Vähiten tärkeitä ovat kokemukseen vaikuttavaan aistitietoon ja postoperatiiviseen kotihoitoon liittyvät selvitykset. (Bernier ym. 2003.) Costa (2001) kuvaa tutkimuksessaan päiväkirurgisten potilaiden leikkaukseen liittyviä kokemuksia. Potilaat eivät mielestään osanneet valmistautua leikkauksen aikaisiin kokemuksiin, kärsivät sopimattomasta kivunhoidosta eivätkä olleet halukkaita kotiutuun toimenpidepäivänä. (Costa 2001.)

Päiväkirurginen potilas haluaa valtaosan ohjauksesta toteutuvan jo ennen sairaalaan tuloa (Brumfield ym. 1996). Preoperatiivisessa ohjauksessa huomioidaan potilasta eniten huolestuttavat asiat, kuten anestesia ja leikkaus ja siihen mahdollisesti liittyvät kivut (Breemhaar ym. 1996; Heikkilä 1998; Barthelsson ym. 2003). Potilas tarvitsee ennen toimenpidettä tietoa hoitoon liittyvistä asioista, leikkausta edeltävistä valmisteluista, esilääkityksestä, toimenpiteestä, anestesiasta sekä lääkkeistä ja niiden sivuvaikutuksista. Lisäksi potilas haluaa saada tietoa hoitosuunnitelmasta, sairaudesta ja postoperatiivisesta toipumisesta. (Lehti & Hupli 1993; Jaarsma ym. 1995; Westman & Backman 1996; Suominen 1998; Leino-Kilpi ym. 1999; Barthelsson ym. 2003; Mordiffi ym. 2003.)

Gilmartin (2004) kuvaa tutkimuksessaan päiväkirurgisten potilaiden kokemuksia valmistautumisesta toimenpiteeseen. Suurin osa potilaista koki, että preoperatiivinen ohjaus oli yksilöllistä ja toimenpiteeseen liittyvä tiedonsaanti runsasta. (Gilmartin 2004.)

2.2.2.3 Päiväkirurgisen potilaan toipumisen edistäminen

Toipuminen on prosessi, joka erotetaan yleensä herääminen, välitön toipuminen, kotikelpoisuus ja täydellinen toipuminen. Toipumiseen kuuluu oireiden häviäminen ja potilaan palaaminen asteittain päivittäisiin normaaleihin toimintoihin, mikä yleensä kestää muutamia päiviä. (Aromaa 1996; Cahill & Jackson 1997; Mitchell 1997; Fox 1998; Korttila 1998; Marshall & Chung 1999; Young ym. 2000.) Selviytyminen voidaan jakaa välittömästi toimenpiteen jälkeiseen aikaan ja aikaan, jolloin terveydentila palautuu mahdollisimman hyväksi. Ensimmäiset päivät ovat tavallisesti toipumista leikkauksen aiheuttamista fysiologisista seurauksista. (Leino-Kilpi & Suominen 1997.) Tiedonantaminen päiväkirurgiselle potilaalle on ratkaisevaa, ei ainoastaan siksi, että potilas osaa valmistautua toimenpiteeseen, vaan myös siksi, että hän voi suunnitella toimenpiteen jälkeistä aikaa, selviytyy toimenpiteestä ja toipuu mahdollisimman hyvin. Ohjauksen tavoitteena on helpottaa ja nopeuttaa potilaan toipumista päiväkirurgisesta toimenpiteestä. (de Jesus ym. 1996.)

Kirurgiset potilaat tarvitsevat tietoa sairaudestaan ja sen hoidosta selviytyäkseen kotona lyhyen hoitajakson päätyttyä (Otte 1996; Johnson ym. 1999; Leinonen 2002). Selviytyminen voidaan määritellä siten, että potilas tulee toimeen jokapäiväisessä elämässään saaden apua sairautensa ja vaivojensa hoitoon (vrt. Janhonen & Pyykkö 1996). Selviytymiseen kuuluu subjektiivinen hyvinvoinnin tunne, oireiden puuttuminen ja terveen ihmisen toimista suoriutuminen (Pearson & Vaughan 1994).

Ohjaus on tärkeää autettaessa potilasta ja perheenjäsentä selviytymään postoperatiivisesta hoidosta. Ohjauksen tavoitteena on potilaan postoperatiivisen toipumisen nopeuttaminen. Ohjauksella pyritään auttamaan potilasta ja perheenjäsentä selviytymään itsenäisesti tähystyksen jälkeisestä hoidosta, ennakoimaan toimenpiteen aiheuttamat muutokset päivittäisessä elämässä, käsittelemään kotihoitoon liittyviä mahdollisia ongelmia ja löytämään omat selviytymiskeinonsa. (Eddy & Coslow 1991; Lea & Phippen 1992; Bran ym. 1995; Gammon & Mulholland 1996; Peltari 1997; Öv-reitveit 1997; Lirkki & Simolin 1998; Hallström & Elander 2001; Henderson & Zernike 2001; Schroeter 2002.) Tiedonsaanti, etenkin preoperatiivinen, vaikuttaa potilaan toipumiseen positiivisesti, koska se vähentää leikkauksen jälkeistä kipulääkkeiden tarvetta ja komplikaatioiden riskiä, edistää potilaan fyysistä ja psyykkistä kotiutumisen jälkeistä hyvinvointia sekä lisää potilastyytyväisyyttä. Se mahdollistaa myös entistä aikaisemman kotiutumisen ja vähentää hakeutumista uudelleen sairaalaan. Potilaista on tärkeää saada tietoa muun muassa omasta postoperatiivisesta lääkityksestään, hoidostaan ja mahdollisista komplikaatioista. (While & Crawford 1992; Gupta 1993; Galloway ym. 1995; Forbes & Brown 1996; Hart 1996; Driscoll 2000; Paaso 2001; Mordiffi ym. 2003.)

Potilaan ja perheenjäsenen samanaikaisen ohjaamisen etuna on se, että ohjeet muistetaan paremmin ja potilas noudattaa kotihoito-ohjeita tunnollisemmin. Etenkin yleisanestesiaa seuraava muistinmenetys on tavallinen postoperatiivinen ongelma, jo-

ten perheenjäsenen mukanaolo kotihoidon ohjauksessa on hoidon jatkuvuuden takaamiseksi oleellista. (Cork ym. 1996; Barthelsson ym. 2003.)

Hoitohenkilökunnan, potilaan ja perheenjäsenen välinen yhteistyö on haasteellista ja monitahoista, koska potilaan ja perheenjäsenen pitää soveltaa ohjauksessa saamiinsa taitoja ja tietoja toimenpiteen jälkeen päivittäisessä elämässä (Stephenson 1990; Lorig and Associates 1996; Goodman 1997; Pekkarinen 1998; Lukkarinen 1999; Perälä ym. 1999). Nopea kotiuttaminen edellyttää, että potilas ja perheenjäsen täydellisesti ymmärtävät toimenpiteen mahdolliset postoperatiiviset vaikutukset (Eddy & Coslow 1991; Markanday & Platzer 1994; Palmu 1996; Mattila 1998). Tavoitteena on ohjata potilasta siten, että potilas hallitsee kotona tapahtuvan jälkihoidon ja kykenee suoriutumaan asianmukaisista toimenpiteistä (Markanday & Platzer 1994; Dougherty 1996; Otte 1996; Palmu 1996; Mitchell 1997; Tappen ym. 2001). Tämän varmentamisessa erityisesti hoitajalla on keskeinen tehtävä. Hoitaja pyrkii arvioimaan potilaan tilanteen ja hänen voimavaroja sekä potilaan ja perheenjäsenen omaksuman tiedon, jonka varassa heidän on kotona toimittava. Perheenjäsenen tiedonsaanti, kokemukset, suhde potilaaseen ja kyky käsitellä ongelmia vaikuttavat siihen, miten hän pystyy osallistumaan potilaan hoitoon kotiutuksen jälkeen (van der Smagt-Duijnste ym. 2000).

Kotihoidon ohjauksessa korostuu potilaan taustan, kuten perheen, työn, elämäntilanteen, jokapäiväisen toiminnan ja tottumuksien selvittäminen (Tappen ym. 2001; Suhonen 2002). Tällöin pohdittavaksi tulee muun muassa, miten yksin asuminen vaikuttaa päiväkirurgisen potilaan kotihoitoon ja miten iäkkäät potilaat, joilla on monia sairauksia ja niiden mukanaan tuomia ongelmia selviytyvät päivittäisistä toiminnoista. Ongelmana on arvioida, miten potilas selviytyy kotona hoidosta ja jokapäiväisistä toimista ja tämän pohjalta laatia suunnitelma postoperatiivisesta avuntarpeesta. Potilaat osaavat mielestään arvioida, mitä tietoa he tarvitsevat selviytyäkseen postoperatiivisesta kotihoitosta. Kuitenkaan ohjauksessa ei huomioida kirurgisten potilaiden jokapäiväisiä toimintoja, elinolosuhteita ja elintapoja. (Galloway ym. 1995; Goodman 1997; Jickling & Graydon 1997.)

Osa potilaista ja perheenjäsenistä on tyytyväisiä toipumiseen liittyvään tiedonsaantiin (Young & O'Connell 2001), kun taas osa potilaista ei mielestään saa tarpeeksi tietoa haavan hoidosta, kivun lievityksestä ja normaaleihin toimintoihin palaamisesta (Knudsen 1996). Perheenjäseniä kiinnostaa erityisesti potilaan kuntoutus ja jatkohoitoon liittyvät asiat. Koulutetut ja nuoret perheenjäsenet suhtautuvat kriittisemmin jatkohoitoon liittyvään ohjaukseen kuin vähemmän koulutusta saaneet ja vanhemmat ikäryhmät. Tämän perusteella voi olettaa, että koulutuksen lisääntyessä perheenjäsenten tiedonsaannin laadullinen ja määrällinen vaatimustaso kasvaa. Samoin kyky arvioida tiedon riittävyttä lisääntyy. (Perälä ym. 1999.)

Päivittäisistä toimista selviytyminen

Potilaalla saattaa olla epärealistisia odotuksia toipumisnopeudesta ja omasta kuntoutumisestaan, koska kotiutuminen seuraa nopeasti toimenpiteen jälkeen. Osalla päivä-

kirurgisista potilaista esiintyy ennakoitua suurempia postoperatiivisia vaikeuksia. Uupumus, heikkous, väsymys tai sekavuus voivat pitkittää potilaan täydellistä toipumista, joka on hitaampaa kuin potilas on odottanut. Etenkin ensimmäisinä toimenpiteen jälkeisinä päivinä suuri osa päiväkirurgisista potilaista tuntee uupumusta. (Frisch ym. 1990; Kleinbeck & Hoffart 1994; Oberle ym. 1994; Fox 1998; Waterman ym. 1999; Young ym. 2000; Tappen ym. 2001; Cox & O'Connell 2003.) Näiden lisäksi myös ummetus tai muut suolisto-oireet (Kleinbeck & Hoffart 1994; Holopainen & Lehtomäki 2002) sekä pahoinvointi ja oksentelu usein vaivaavat potilasta (Stephenson 1990; Marley 1996; Koivuranta 1997; Marshall & Chung 1999; Laurila née Kostamovaara 2002). Kotiutuksen jälkeen potilaat voivat kokea muistinmenetyksiä, jolloin eivät muista, mitä tietoa olivat saaneet sairaalassa ollessaan (Barthelsson ym. 2003).

Postoperatiiviset komplikaatiot vaikeuttavat potilaan päivittäisiä toimintoja ja pahimmillaan vaativat uutta sairaalahoitoa. Päiväkirurgisen toimenpiteen jälkeen ainoastaan muutama potilas hakeutuu komplikaatioiden vuoksi sairaalaan. Toimenpiteen jälkeiseen yhteydenottoon on useimmiten syynä tulehdus, kipu, verenvuoto haavasta tai ompeleiden poisto. (Twersky ym. 1997; Marshall & Chung 1999; Wong ym. 1999.) Päiväkirurgiset potilaat kuormittavat selvästi vähemmän perusterveydenhuoltoa kuin sairaalahoidossa olleet potilaat (Lewis & Bryson 1998; Ukkola ym. 2001). Potilas voi olla haluton ottamaan yhteyttä toimenpiteen suorittaneeseen yksikköön, koska hän pyrkii selviytymään mahdollisimman pitkään omin neuvoin (Marshall & Chung 1999). Potilas ei mielestään tarvitse ammatillista apua selviytyäkseen kotona. Useimmat potilaat luottavat perheenjäseniinsä tukea saadakseen. Aikaisemmat leikkaukokemukset helpottavat postoperatiivista selviytymistä, koska tällöin potilas on mielestään paremmin valmistautunut toimenpiteen jälkeiseen kotihoitoon. (Otte 1996.)

Eniten ongelmia on kotiaskareista suoriutumisessa toimenpiteen jälkeisinä päivinä (Mistiaen ym. 1997). Useimmat päiväkirurgisessa toimenpiteessä olleista potilaista kykenevät selviytymään normaaleista päivittäisistä toimista noin vuorokauden kulluttua toimenpiteestä, iäkkäät potilaat tarvitsevat apua vielä toisena postoperatiivisena päivänä (Tappen ym. 2001). Henkilökohtaiset toiminnot, kuten peseytyminen, hiusten kampaaminen, pukeutuminen, liikkuminen tai ruokailu, ovat saattaneet tuottaa vaikeuksia. Etenkin vanhemmilla potilailla voi olla toiminnallisia rajoituksia taloudenhoidon askareista suoriutumisessa. Ruoan laitto, kauppamatkat, pyykinpesu, vuoteiden sijaus, astioiden pesu sekä muut taloustyöt vaativat tekijältään hyvän fyysisen kunnon. Myös lemmikkieläimistä huolehtiminen muodostaa potilaalle ongelma-alueen. (Frisch ym. 1990; Stephenson 1990; Mistiaen ym. 1997; Tappen ym. 2001.) Erityisen tärkeää on muistuttaa potilasta välttämään autoa ajoa toimenpiteen jälkeisen vuorokauden aikana. Jos anestesia on kestänyt yli kaksi tuntia, ajokielto pitenee kahteen vuorokauteen, koska potilaan motoriikan normalisoituminen vie enemmän aikaa. Tarkkuutta vaativien koneiden käyttäminen ja alkoholin nauttiminen

on myös kiellettyä vähintään vuorokauden ajan toimenpiteen jälkeen. (Korttila 1993; Marshall & Chung 1999; Ukkola ym. 2001.)

Haavan hoito

Ohjauksessa potilas saa tarkat ohjeet haavan postoperatiivisesta kotihoidosta. Potilas saa yksilölliset, selkeästi jäsennellyt ja yksiselitteiset haavanhoito-ohjeet sekä suullisesti että kirjallisesti, koska haavan hoito jatkuu vielä kotiuttamisen jälkeen. Potilasta ohjataan haavansulkumateriaalien poistossa, haavan kuivana ja puhtaana pidossa ja haavaongelmissa, jotka vaativat yhteydenottoa hoitavaan yksikköön. (Leino-Kilpi ym. 1993a; Cahill & Jackson 1997; Fox 1998; Huerta-Torres 1998; Perälä ym. 1999; Teirilä 2000.)

Toimenpiteen jälkeen leikkaushaavat yleensä peitetään hengittävällä haavateipillä. Kirurgiseen haavaan ei tulisi koskea 24 tuntiin leikkauksen jälkeen, koska suljettu haava umpeutuu vuorokaudessa eikä altistu enää mikrobeille. (Ayliffe ym. 1999; Haukipuro 1999; Rantala 2001.) Haava on vettä läpäisemätön vuorokauden kuluttua leikkauksesta. Potilas voi poistaa haavateipit ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä, jonka jälkeen hän voi tarvittaessa kastella ja suihkuttaa tähystettyä polvea. Potilasta kehoitetaan välttämään saunomista, uimista ja kylpemistä ompeleiden aikana, sillä lämmön aiheuttama turvotus on haitallista etenkin raajojen haavoille. Potilas voi ehkäistä tai vähentää postoperatiivista kipua, vuotoa ja turvotusta kylmähoidolla, kompressiolla ja kohoasennolla. Haavan rasittumista, hankaantumista ja venytystä pitää välttää (Korttila 1999; Rawal 1999). Jos potilas havaitsee haavatulehduksen oireita kuten kipua, turvotusta, kuumotusta tai haavan reunojen ja ympäristön punoitusta, häntä ohjataan ottamaan yhteys terveyskeskukseen tai sairaalaan. Ompeleet poistetaan lääkärin määräyksen mukaan, raajojen haavoista yleensä 1-2 viikon kuluttua toimenpiteestä. (Härmä 1999; Satakunnan sairaanhoitopiiri 2000; Harle 2001; Ukkola ym. 2001.)

Alaraajan kuntouttaminen

Jo ennen toimenpidettä potilas saa tietoa siitä, miten polvinivelen tähystys vaikuttaa postoperatiiviseen liikkumiseen. Polviniveltähystyspotilaan ohjaus sisältää lihaskunto- ja liikkuvuusharjoitteiden ohjauksen ja kannustaa harjoittelun säännölliseen jatkamiseen. Potilas voi heti toimenpiteen jälkeen aloittaa alaraajan kuntoutuksen saamiensa kirjallisten ohjeiden mukaan. Alkuvaiheessa harjoitteet rajoittuvat lihasten supistamiseen. Rajuja, polveen kohdistuvia ja täydellä kuormituksella tapahtuvia liikkeitä on vältettävä. Vähitellen potilas voi siirtyä vastustettuihin harjoituksiin. Harjoitteluohjelman mukaiset liikkeet suoritetaan 1-3 kertaa päivässä. Kävelyn voi aloittaa heti toimenpiteen jälkeen normaalisti. Potilas ei tarvitse sauvoja ellei lääkäri niitä erikseen määrää tai kipua niitä vaadi. Liikuntaharrastuksia voi jatkaa noin 3-4 viikon kuluttua toimenpiteestä. Kuntoutuksella potilas voi estää lihasten rappeutumisen ja polven jäykkyyden. Säännöllisesti suoritettu harjoitusohjelma varmistaa mahdollisimman hyvän ja nopean toipumisen. Lääkäri täsmentää artroskooppisesti tehdyn

toimenpiteen jälkeen yksityiskohtaiset ja täsmälliset kuntoutusohjeet kullekin potilaalle sopivaksi. Sairausloman pituus määräytyy tehdyn toimenpiteen perusteella, esimerkiksi nivelkierukan osittaisen poiston jälkeen potilas voi palata työhön keskimäärin 2 viikkoa leikkauksen jälkeen. (Rahko 1992; McLaughlin ym. 1994; Auberger & Mangine 1995; Tidswell 1998; Kujala 1999; Nyland 1999; Sandelin 1999; Rokkanen ym. 2003.)

Kivun hoito

Ohjauksen tavoitteena on postoperatiivisen kivun tehokas ja yksilöllinen hoitaminen (Breivik 1995; Lirkki & Simolin 1998; McIntyre & Ready 2001). Potilaan turvallisuuden tunteen kannalta ohjaus kivun hallinnassa ja lääkityksessä on tärkeää. Tutkimusten mukaan kipu on päiväkirurgisen potilaan merkittävin postoperatiivinen komplikaatio toipumisaikana. Leikkaus muuttaa potilaan elintoimintoja ja aiheuttaa usein väliaikaista kipua vaikuttaen ihmisen ruumiilliseen eheyteen (Leino-Kilpi ym. 1999). Kipu on voimakkainta heti leikkauksen jälkeen, kun anestesia-aineiden vaikutus loppuu. Normaalisti kipu heikkenee seuraavien vuorokausien aikana kudosten paranemisprosessin edistyessä. Postoperatiivista kipua aiheuttavat leikkaushaava, kiristävät haavasidokset, potilaan asento, tiedonpuute ja komplikaatiot. Yleisanestesiaan verrattuna puudutus anestesiamuotona vähentää leikkauksen jälkeistä kipua. Jos pitkäkestoisen puudutuksen vaikutus häviää vasta kotona, potilasta varoitetaan puudutteen häviämisen jälkeen ilmaantuvasta kivusta ja ennakoidaan riittävä kipulääkitys. (Korttila 1999; Rawall 1999; Salomäki ym. 1999; Kuusniemi 2001.) Kipu aiheuttaa kärsimystä, hidastaa kuntoutumista, vaikeuttaa liikkumista ja rauhallista yöunta. Myös päivittäiset toiminnot, kuten peseytyminen ja pukeutuminen hankaloituvat. Potilasta ohjataan kivun lievittämisen hallinnassa sekä pahoinvoinnin ja oksentelun ehkäisyssä. Hänen kanssaan keskustellaan toimenpiteen aiheuttamasta mahdollisesta kivusta, sen ennalta ehkäisystä ja hoidosta sekä siitä, miten hallitaan kipu kotona. (Berndtsson ym. 1996; Cahill & Jackson 1997; Graling 1998; Marshall & Chung 1999; Talamini ym. 1999; Young ym. 2000; Bucknall ym. 2001; McIntyre & Ready 2001; Idvall ym. 2001; Kalso 2002; Laurila née Kostamovaara 2002.)

Potilaat pitävät tärkeänä tietoa mahdollisesta kivusta, postoperatiivisesta kivun esiintyvyydestä ja kivunhallinnasta kotona (Higgins ym. 1992; Fox 1998; Doyle 1999; Waterman ym. 1999; Jäntti 2000; Raappana 2001; Niskanen ym. 2002; Coll ym. 2004). Yksityiskohtaista tietoa lääkehoidosta ja toipumisesta saaneet potilaat ovat tyytyväisempiä kivun hoitoon kuin vähemmän ohjausta saaneet. (Cortis & Lasey 1996; Suominen 1998; Thompson 1999; Bucknall ym. 2001; Idvall ym. 2001.)

Jo vuonna 1990 Kuhnin ym. tutkimuksessa huomattiin, että kivun hoidosta tiedottaminen ei onnistunut toivotusti. Lääkärit ja hoitajat arvelivat oman ammattiryhmänsä antaneen potilaalle tietoa kivun hoidosta, mutta potilaat eivät olleet saaneet tietoa tai olivat saaneet sitä perheeltään tai ystäviltään. Osa potilaista ei tutkimusten mukaan saa mielestään tarpeeksi tietoa kivun lievityksestä (mm. Knudsen 1996; Johansson 1998; Barthelsson ym. 2003). Watt-Watsonin ym. (2004) tutkimuksessa haasta-

teltiin 180 päiväkirurgista potilasta 24, 48 ja 72 tuntia ja 7 päivää kotiutuksen jälkeen. Tutkimuksessa selvitettiin, miten postoperatiivinen tiedonantaminen vaikuttaa potilaan kipuun ja sen hoitamiseen. Tulosten perusteella potilailla esiintyi postoperatiivista kipua, mutta analgeettien käyttö oli vähäistä niiden aiheuttamien haittojen vuoksi. Tutkimuksen mukaan tarvitaan potilaiden postoperatiivisen kivunhoidon ja kotiutuksen jälkeisen ohjauksen systemaattista tutkimusta. (Watt-Watson ym. 2004.)

Kivun kokemisessa hoitajat kuvaavat eroja sukupuolten välillä. Naisten on helpompi kuvata kipuaan ja saada apua, kun taas vanhemmat miehet yrittävät sinnitellä valittamatta. Potilaiden ikä voi vaikuttaa siihen, miten paljon kipua he sietävät. Nuoret odottavat, että heitä hoidetaan kivuttomasti ja vähäininkin kipu koetaan voimakkaana negatiivisena. Hoitajat uskovat miesten ilmaisuuden kivusta olevan todellisempaa kuin naisten, koska miehet eivät valita vähästä. (Ryhänen 1999; Wall 2000.)

Raappana (2001) selvitti tutkimuksessaan päiväkirurgisen potilaan kivun hoidon ohjausta. Yli puolet tutkimukseen osallistuneista (N = 101) oli sitä mieltä, että tiedonsaanti kivusta lievitti kipua. Neljännes potilaista ei kokenut tarvitsevansa hoitajien rohkaisua kivun hallinnassa. Lähes kaikki potilaat arvioivat tarpeelliseksi kipuun liittyvän tiedon saamisen ennen toimenpidettä. Ennen toimenpiteeseen tuloa yli kymmenesosa potilaista arvioi, ettei ollut saanut kivusta tietoa lainkaan tai tieto oli ollut riittämätöntä. Suurin osa potilaista arvioi ennen toimenpidettä annettujen kirjallisten ohjeiden auttaneen kivun lievittämisessä. (Raappana 2001.) Martikaisen (2002) tutkimuksen mukaan tähystyksen jälkeinen kipu ja haittavaikutukset olivat viikon kotiseurannan aikana vähäisiä ja potilastyytyväisyys oli korkea. Tutkimusten mukaan potilaiden käsitykset tähystyksen jälkeisestä kivusta vaihtelevat, toiset odottavat kovaa postoperatiivista kipua, toiset taas kivuttomuutta.

Potilaat kestävät kipua ja sitoutuvat kivun hoitoon paremmin, jos heille on annettu siitä tietoa sekä mahdollisuus osallistua kivun arviointiin ja hoitoa koskeviin päätöksiin.

2.2.2.4 Päiväkirurgisen potilaan turvallisuuden tunteen vahvistaminen

Tutkimuksissa päiväkirurgiset palvelut ovat osoittautuneet turvallisiksi ja taloudellisiksi (Chung & Mezei 1999; Netzén 2000). Potilaan kokema leikkauksen aikainen turvallisuus tai turvattomuus on varsin merkityksellistä. Leikkauspotilaan hoitotyössä keskeinen lähtökohta onkin potilaan turvallisuuden tunteen vahvistaminen. Päiväkirurgisen potilaan turvallisuuden maksimointi edellyttää potilaan ja perheenjäsenen tiedonsaantia erilaisista hoitoon liittyvistä toiminnoista hoidon joka vaiheessa. (Salmon 1993; Beckingham & Baumann 1994; Laitinen & Åstedt-Kurki 1996; Latvala & Janhonen 1997; Lirkki & Simolin 1998; Fleisher ym. 1999; Mattila 2001.) Hoitotyön ammattitaitoinen toteutuminen, hoitajan positiivinen suhtautuminen potilaaseen ja tiedonsaanti lisäävät potilaan turvallisuuden tunnetta sairaalassa (Laitinen & Åstedt-Kurki 1996; Karhu-Hämäläinen & Eriksson 2001). Turvallisuuden tunne puolestaan vähentää potilaan stressiä ja leikkaukspelkoja sekä edistää toipumista (Lindsey ym.

1993). Päiväkirurgisen potilaan kohdalla keskeistä on myös turvallisen kotiutumisen toteutuminen (Suhonen 2002). Potilaan turvallinen toipuminen toimenpiteestä ei edellytä sairaalassa tapahtuvaa tarkkailua, vaan potilaan toivuttua anestesiasta toimenpiteen vaatima seuranta ja hoito onnistuvat kotona (Martikainen 2002).

2.2.2.5 Päiväkirurgisen potilaan pelon vähentäminen

Kirurginen toimenpide aiheuttaa yleensä huolta ja pelkoa. Pelko ennen leikkausta lisää turvattomuutta ja vähentää itsehallinnan tunnetta. Pienetkin kirurgiset toimenpiteet voivat aiheuttaa levottomuutta potilaassa. Ortopedisen potilaan pelko saattaa jatkua voimakkaana useita päiviä toimenpiteen jälkeenkin. Toimenpide voi jännittää ja ahdistaa myös perheenjäseniä. Eniten pelkoa aiheuttavat itse leikkaus ja leikkauksen vaatima anestesia sekä kipu, epämukavuus ja postoperatiivinen pahoinvointi. Barthelssonin ym. (2003) haastattelututkimuksen mukaan potilaat olivat ennen toimenpidettä ahdistuneita, halusivat rauhoittavia lääkkeitä ja keskustella leikkaavan lääkärin kanssa. Potilaat pelkäsivät, koska eivät tieneet, minkälainen toimenpide heille suoritetaan. Potilasta huolestuttaa tuntematon, siksi hän tarvitsee jo preoperatiivisesti yksityiskohtaista tietoa toimenpiteeseen liittyen. Tiedonsaanti auttaa potilasta muodostamaan realistisen mielikuvan tulevasta toimenpiteestä ja vapauttaa potilaan sairauteen liittyvästä epävarmuudesta ja lievittää hänen ahdistustaan. Potilaan oppimistarpeet tunnistamalla hän voi saada tietoa ja tukea, joka vähentää toimenpiteeseen liittyvää mahdollista pelkoa ja ahdistusta. (Bubela ym. 1990; Bailey & Clark 1992; Bostrom ym. 1996; Schwarz-Barcott ym. 1994; Heikkilä ym. 1998; Holopainen & Lehtomäki 2002; Laurila née Kostamovaara 2002; Barthelsson ym. 2003; Ratanalert ym. 2003.) Ohjauksella voidaan vähentää mahdollista pelkoa, jännitystä ja ahdistusta tulevaa toimenpidettä kohtaan sekä helpottaa potilaan ja perheenjäsenen epävarmuutta. Pelokkaat ja ahdistuneet potilaat tarvitsevat muita enemmän tietoa ja tukea hoitohenkilökunnalta. (Salmon 1993; Dalayon 1994; Deane & Degner 1997; Leino-Kilpi 1999b; James 2000; Koivula 2002; Smith & Pittaway 2002; Mok & Wong 2003; Mordiffi ym. 2003.) Päiväkirurgisen potilaan pelkoa ja levottomuutta voi vähentää myös se, jos toimenpide ei vaadi yöpymistä sairaalassa (James 2000).

Realistisen tiedon saaminen vähentää perheenjäsenen ahdistusta ja pelkoa, jolloin hän kykenee hoitamaan potilasta toimenpiteen jälkeen kotona (Raleigh ym. 1990; Rankin & Stallings 1990; Cooley 1992; Proctor ym. 1992; Leske 1996; Kuuppelomäki 1996; Fox 1998). Esimerkiksi potilaan kotihoitoon liittyvässä ohjauksessa mukana olleet perheenjäsenet kokevat vähemmän ahdistusta potilaan toipuessa kotona (Driscoll 2000). Perheenjäsenen mukanaololla ohjauksessa voi olla myös potilaan pelkoja vähentävä vaikutus (Labrecque ym. 1991; Eriksson 1996; Bailey & Mions 1997).

Huomioitavaa on, että mieluisan musiikin kuuntelulla esimerkiksi ennen toimenpidettä on levottomuutta ja kipuja vähentävä sekä potilaan tyytyväisyyttä lisäävä vaikutus (Stevens 1990; Heiser ym. 1997; Hankela 1999; Mok & Wong 2003). Vertai-

levassa, satunnaistetussa tutkimuksessa (Augustin & Hains 1996) musiikin vaikutusta päiväkirurgisten potilaiden preoperatiiviseen levottomuuteen tutkittiin tarkkailemalla potilaiden levottomuuden ilmenemistä sekä mittaamalla potilaiden itse ilmaisemaa levottomuutta. Tämän tutkimuksen mukaan musiikin kuuntelu voi olla hyödyllisempää päiväkirurgisten potilaiden levottomuuden lievittämisessä kuin preoperatiivinen ohjaus yksinään. (Augustin & Hains 1996.)

2.2.2.6 Potilaan mahdollisuus osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon

Maaliskuussa vuonna 1993 voimaan astunut Laki potilaan asemasta ja oikeuksista esittää keskeisinä asioina hyvän terveyden- ja sairaanhoidon ja siihen liittyvän kohtelun, potilaan itsemääräämis- ja tiedonsaantioikeuden sekä oikeuden osallistua omaan hoitoonsa. Potilaille tulee taata oikeus ymmärrettävään tietoon terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, hoidon erilaisista vaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä seuraamuksista, joihin hoidosta kieltäytyminen johtaa ja muista mahdollisista asioista, joilla on merkitystä toimenpiteestä päätettäessä. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992.) Potilas tarvitsee tietoa kyetäkseen päättämään, minkälaiseen hoitoon hän on valmis osallistumaan. Ohjauksen tavoitteena on potilaan terveydentilan, hoitomahdollisuuksien ja hoidon vaikutusten selvittäminen. Tieto auttaa potilasta aktiivisesti osallistumaan omaan hoitoonsa. Eri hoitovaihtoehtoja keskusteleminen helpottaa potilasta osallistumaan hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. (Winell 1990; Llewellyn 1991; Leino-Kilpi & Vuorenheimo 1993; Hinds ym. 1995; Kanerva ym. 1999; Hallström & Elander 2001; Paaso 2001; Sainio ym. 2001; Suhonen 2002.)

Potilaan osallistuminen hoitoon edellyttää hoitajan ja potilaan tasavertaista vuorovaikutussuhdetta sekä turvallista ja luottamuksellista ilmapiiriä. Tällaisessa tilanteessa vuorovaikutus mahdollistaa avoimen ja rehellisen mielipiteiden vaihdon, eikä potilas koe rajoittavia vaatimuksia tai kontrolloivaa ulkoista painetta muuttua tiettyyn suuntaan. Potilaan autonomia toteutuu, kun hän voi päättää ohjauksen sisällöstä ja vastata tehdyistä päätöksistä. Hoitaja tarkentaa, täydentää ja varmistaa, että potilas pystyy tekemään hoitoaan koskevia ratkaisuja ja osallistumaan hoitoonsa ja että potilas tekee päätöksensä oikeaan tietoon perustuen sekä tietoisena päätöksensä seurauksista. (Fysh 1999; Skinner & Cradock 2000; Tappen ym. 2001.) Potilaalla tulee olla mahdollisuus osallistua niin hoitoon kuin sitä koskevaan päätöksentekoonkin. Potilaan itsemääräämisoikeus tarkoittaa sitä, että hänellä on oikeus valita, haluaako hän tehdä päätökset itse vai antaaako hän jonkun toisen tehdä ne puolestaan.

2.2.2.7 Potilaan emotionaalinen tukeminen

Erilaisten toimintaohjeiden ja tiedonsaannin lisäksi emotionaalinen tuki auttaa potilasta toimenpiteestä ja sen jälkeisestä toipumisesta selviytymisessä (Otte 1996; Hankela 1999; Hughes ym. 2000). Perheenjäsenen tukeminen hoitotyössä on keskeistä ja perheenjäsenellä on erittäin tärkeä rooli potilaan emotionaalisessa tukemisessa. Hoitajan tuki ja huolenpito vahvistavat perheenjäsenen voimavaroja. (Laki potilaan ase-

masta ja oikeuksista 1992; Driscoll 2000; Nuikka 2002.) Emotionaalinen tuki on empatiaa, välittämistä, luottamusta, kannustusta ja arvostamista. Se edellyttää kommunikointikykyä ja toimivaa vuorovaikutussuhdetta. Se voi ilmetä pienenä eleenä kuten taputuksena, myötätuntoisena äänensävyinä, ystävällisinä sanoina tai pelkkänä läsnäolona. (Athlin ym. 1993; Curry 1995; Hadjistavropoulos ym. 2001; Liponkoski & Routasalo 2001; Koivula 2002.) Potilaan mielestä tukemiseen sisältyy edellisten lisäksi tunteiden hyväksyminen ja rohkaisu niiden avoimeen ilmaisuun sekä realistinen, ymmärtävä ja kunnioittava suhtautuminen (Kuuppelomäki 1996; 2002). Emotionaalinen tuki liittyy potilaan ja hoitohenkilökunnan väliseen vuorovaikutukseen, joka auttaa potilasta selviytymään toimenpiteeseen liittyvistä peloista, ahdistuksesta ja huolista (Bernier ym. 2003). Ohjaaja auttaa ja rohkaisee potilasta ilmaisemaan tunteuksiaan. Kun potilas tuntee, että hänet kohdataan ihmisenä, häntä kuunnellaan, hänen mielipiteitään kunnioitetaan ja hänestä välitetään, luottamus sekä hoitoon että hoitohenkilökuntaan vahvistuu. Lisäksi potilaasta on tärkeää hoitajien kiinnostus, kunnioitus ja tasavertainen kohtelu. (Lindvall 1992; Leske 1993; Lirkki & Simolin 1998). Tutkimusten mukaan potilaat eivät mielestään saa emotionaalista tukea hoitajilta (Suominen 1994; Kralik ym. 1997) eikä perheenjäsenen osallistumista hoitoon tueta (Suhonen 2002). Huomioitavaa on, että kirurginen hoito painottuu fyysisten tarpeiden, voinnin ja oireiden seurantaan ja hoitoon. Tämän vuoksi emotionaalinen tukeminen saattaa jäädä toissijaiseksi. (Suhonen 2002.)

2.2.3 Ohjauksen ajankohta päiväkirurgisessa hoitotyössä

Päiväkirurgisessa hoitotyössä potilaan ja hoitohenkilökunnan vuorovaikutus on vähäistä potilaan ollessa lyhyen aikaa sairaalassa, siksi ohjaukseen käytettävä aika supistuu muutama tuntiin aikaisemman muutaman päivän sijasta (Wiseman 1990; Fox 1992; Pica-Furey 1993; Whittemore 2000). Potilaan lyhyen sairaalassaolon aikana tiedon välittäminen voi olla vaikeaa, koska ajan puute heikentää tiedon vastaanottokykyä (Suominen 1998; Kanerva ym. 1999; Wong ym. 1999; Jäntti 2000).

Päiväkirurgisessa hoitotyössä potilasta ohjataan koko hoitajakson ajan eli lähteen saapumisesta hoitajakson arviointiin (Gammon & Mullholland 1996; Lahtinen ym. 1998). Ohjauksessa korostuu preoperatiivisen tiedonsaannin oikea ajoitus. Päiväkirurgiselle potilaalle lähetetään ennen toimenpidettä kirjallisia ohjeita tutustuttavaksi. Potilaalla on mahdollisuus tutustua ohjeisiin rauhassa kotiympäristössä. Tutustuessaan etukäteen ohjeisiin potilas voi suunnitella kysymyksiä itselleen tärkeiksi kokemistaan asioista. Ohjausta täydennetään potilaan tullessa sairaalaan ja sairaalassaoloaikana. (Hill-Rice & Johnson 1994; Chung & Mezei 1999; Netzen 2000.) On vaikeaa arvioida, kuinka suuri on oikea ja realistinen tiedon määrä tiettyä aikana. Tutkimusten mukaan tiedonsaanti 1-3 viikkoa ennen toimenpidettä auttaa potilaan valmistautumisessa ja lievittää potilaan mahdollista ahdistuneisuutta verrattuna siihen, kun potilas saa tietoa toimenpiteestä yli kuukausi ennen sairaalaan menoa. Jos potilas saa ohjausta yli kuukausi ennen toimenpidettä, hän ei ehkä ole motivoitunut

omaksumaan tietoa tai unohtaa saamansa ohjauksen ennen sairaalaan menoa. Ohjauksen toteuttaminen liian aikaisin, liian lähellä leikkausajankohtaa tai leikkauksen aikana vaikeuttaa saadun tiedon omaksumista. Liian aikaisessa vaiheessa saatu toimenpiteeseen liittyvä tieto ei ehkä kiinnosta tai se saattaa unohtua. (Laitinen & Åstedt-Kurki 1996; Mistiaen ym. 1997; Övreitveit 1997; Lookinland & Pool 1998; Perälä ym. 1999.) Välittömästi ennen toimenpidettä ei ole aikaa eikä mahdollisuutta ohjata potilasta eikä huomioida potilaan odotuksia, vaan ohjaaminen muodostuu pelkästään toimenpiteen kuvaukseksi. Toimenpiteen aikaisen ohjauksen potilas voi unohtaa joko lääkityksen, jännityksen tai oudon tilanteen vuoksi. Toimenpiteen aikaista ohjausta potilaat eivät koe hyväksi, koska tarkkaavaisuus kohdistuu leikkauksen kulkuun ja mahdollinen lääkitys vaikeuttaa keskittymistä. (Yount ym. 1990.)

Toimenpidepäivänä kotiutusta ja kotihoitoa koskevat kirjalliset ohjeet käydään potilaan kanssa läpi toimenpidettä edeltävässä ohjaustilanteessa ja toimenpiteen jälkeen uudelleen potilaan ja mahdollisesti myös perheenjäsenen kanssa. (Berham 1991; Nikunen 1994; Bran ym. 1995; Doyle 1999.)

Potilaiden mielestä preoperatiiviseen ohjaukseen käytetään liian vähän aikaa (Kanto 1996; Åstedt-Kurki ym. 2001). Esimerkiksi Tappenin ym. (2001) tutkimuksesta ilmenee, että keskimäärin 15 minuutin ohjaus ennen toimenpidettä ei takaa hoidon jatkuvuutta (Tappen ym. 2001). Ajan puute voi olla syynä riittämättömään ohjaukseen. Mitä enemmän aikaa ohjaustilanteessa käytetään, sitä vähemmän ongelmia leikkauksen jälkeen esiintyy. (Fitzpatrick ym. 1992a; Bran ym. 1995; Jäntti 2000; van der Smagt-Duijnsteer ym. 2000; Åstedt-Kurki ym. 2001; Nuikka 2002; Mordiffi ym. 2003.) Toisaalta pitkä toimenpiteen odotusaika saattaa ahdistaa potilasta ja vaikuttaa siihen, miten hän ymmärtää saamansa tiedon (Leino-Kilpi ym. 1994; Kanerva ym. 1999; Leino-Kilpi ym. 1999; Palmu & Suominen 1999; Wong ym. 1999; Mattila 2001).

Päiväkirurgisen potilaan toipumista kotona voidaan seurata postoperatiivisella puhelinoitolla. Tällöin päiväkirurgiseen potilaaseen otetaan yhteyttä suunnitellusti ensimmäisenä tai toisena toimenpiteen jälkeisenä päivänä. Postoperatiivinen seuranta puhelu on tehokas tapa ohjata potilasta yksilöllisesti. Yleensä vasta kotona omassa ympäristössä potilaan kotihoitoon liittyvät ongelmat konkretisoituvat. Potilaalta tiedustellaan mahdollisia oireita ja komplikaatioita, kuten pahoinvointia, oksentelua, haavavuotoa ja kipua. Postoperatiivisen seurantasoinnin tarkoituksena on tukea potilasta, saada tietoja kotona selviytymisestä, täydentää ohjausta, lisätä potilaan tyytyväisyyttä ja vähentää potilaan tarvetta hakeutua avoterveydenhuoltoon. Puhelinoitto tarjoaa oivallisen mahdollisuuden arvioida potilaan hoitoa, ohjausta ja ohjeiden noudattamista. (Young 1990; Kleinbeck & Hoffart 1994; Persson & Hansen 1996; Graling 1998; Heseltine 1998; Huerta-Torres 1998; Barnes 2000; Cooper & Meyer 2000; Morales ym. 2002; Dewar ym. 2003.)

Erilaiset ulkoiset tai sisäiset häiriöt voivat haitata tiedon välittymistä ohjaustilanteessa. Ulkoisia häiriöitä ovat ympäristötekijät. Kiireinen, outo, rauhaton ja meluisa ympäristö voi hämmäntää potilasta. Ohjauksen onnistumista edistää mahdollisimman

rauhallinen ohjaustilanne. Tarkoitukseen sopimaton tila haittaa ohjausta, joka voi rajoittua vain välttämättömien asioiden käsittelyyn. Yleensä hoitaja keskustelee perheenjäsenen kanssa osaston kansliassa tai potilashuoneessa, mikä vaikeuttaa tiedon välittymistä. (Fitzpatrick ym. 1992a; Åstedt-Kurki 1992; Cortis & Lasey 1996; Heiser ym. 1997; van der Smagt-Duijnsteer ym. 2000; Hiidenhovi ym. 2001; Mattila 2001; Åstedt-Kurki ym. 2001; Mordiffi ym. 2003.) Hoitoympäristö vaikuttaa potilaan toipumiseen. Hoitoympäristöön liittyvien tekijöiden on todettu vaikuttavan potilaan kokemuksiin hoidosta. (Redfern 1996; Johnson ym. 1999; Reichert 1999; Wallace ym. 1999; Mok & Wong 2003.)

Ihmisen sisäiset ärsykkeet, kuten jännittyneisyys, pelko, ahdistuneisuus, lääkkeiden vaikutus, sairaus, nälkä tai väsymys, saattavat häiritä tiedon välittymistä ohjaustilanteessa. Potilaan ja perheenjäsenen arkuus lisätä hoitajien työtaakkaa kysymyksillään voi olla syynä riittämättömään ohjauksen määrään (Nuikka 2002). Toimenpiteeseen liittyvä pelko ja levottomuus voivat häiritä potilaan keskittymistä ja estää tiedon omaksumisen ja muistamisen, jolloin huolellisestikaan suunniteltu ohjaus ei vastaa odotuksia. Tällöin potilas ei ehkä kykene kuulemaan, näkemään tai ymmärtämään saamaansa tietoa. (Fitzpatrick ym. 1992a; Cimprich 1992; Schwartz-Barcott ym. 1994; Laitinen & Åstedt-Kurki 1996; Heikkilä ym. 1998; Leino-Kilpi ym. 2000; Pihlainen 2000.)

2.2.4 Päiväkirurgisessa ohjauksessa käytettävät menetelmät

Potilaan ohjaus päiväkirurgiassa on mahdollista toteuttaa suullisesti, kirjallisesti ja/tai audiovisuaalisesti potilaan yksilölliset tarpeet huomioiden. Kirjallisia ohjeita käytetään suullisen ohjauksen tukena ja niitä täydennetään suullisen ohjauksen avulla. (Fitzpatrick ym. 1992b; Leino-Kilpi ym. 1994; Murphy 1994; Valanne 1994; Bumgarner & Evans 1999; Marshall & Chung 1999.) Ohjaukseen kuuluu tavallisesti potilaan, perheenjäsenen ja hoitohenkilökunnan välisiä henkilökohtaisia keskusteluja ja puhelinkeskusteluja sekä kirjallisten ohjeiden antamista (van der Smagt-Duijnsteer ym. 2000; Åstedt-Kurki ym. 2001). Potilaan pre- ja postoperatiivinen ohjaus toteutetaan nykyään yhä useammin puhelimitse tai sähköpostilla. Potilaita voidaan ohjata joko yksin tai ryhmässä ja ohjaus voi olla suunniteltua tai tilanteen vaatimaa. Päiväkirurgisen potilaan ohjaus onnistuu parhaiten luomalla positiivinen oppimisilmapiiri ja käyttämällä useita oppimismenetelmiä rinnakkain. Ohjaustilanteita tulisi järjestää useita kertoja päiväkirurgisen hoitajakson aikana. (Lancaster 1997; Huerta-Torres 1998; Mitchell 1997.) On huomattava, että potilaan ja perheenjäsenen ohjaus suunnitellaan päiväkirurgiaa silmällä pitäen, joten uusia ja innovatiivisia ohjausmenetelmiä tulisi kehittää päiväkirurgiseen ohjaukseen. (Leino-Kilpi ym. 1994; Cason ym. 1996.)

Suullinen ohjaus mahdollistaa hoitoa koskevan välittömän keskustelun ja asioiden kertaamisen. Ohjaus sisältää potilaan sanallisiin ja sanattomiin kysymyksiin vastaamisen. (Åstedt-Kurki ym. 1997; Fysh 1999; Lancaster 1997; Tappen ym. 2001.)

Päiväkirurgiassa hoitajan odotetaan omaavan tietoja ja taitoja erilaisista toimenpiteistä sekä niiden vaikutuksista potilaan elämään ja terveyteen. Hoitajan mahdollisimman laaja-alainen tietopohja, koulutus ja työkokemus edesauttavat potilaan luotettavaa ohjausta. (Connolly 1991; Leino-Kilpi & Vuorenheimo 1992; Fitzpatrick ym. 1992a; Nikunen 1997; Coll ym. 1999.) Hoitajilla tulisikin olla taitoja sovittaa ohjaus potilaan kognitiivisiin ja affektiivisiin tarpeisiin, oppimisvalmiuksiin ja yksilöllisiin selviytymiskeinoihin. Potilaan tyytyväisyyteen saamaansa tietoon vaikuttaa ennen kaikkea henkilökohtainen kohtaaminen ohjausta antavan hoitohenkilön kanssa. (Recker 1994; Lookinland & Pool 1998; Sitzia & Wood 1998; Mordiffi ym. 2003.) Henkilökohtaisessa keskustelussa hyvän ammattitaidon omaavalla hoitajalla on mahdollisuus arvioida ja varmistaa, miten potilas ymmärtää saamansa tiedon. (Lancaster 1997; Mitchell 1997; Allen 2002; Suhonen 2002.) Ymmärtämisellä tarkoitetaan ihmisen kykyä omaksua ilmiötä koskevaa tietoa ja valmiutta, edellytyksiä tai kykyä ottaa vastaan informaatiota ja konstruoida sitä tiedoksi. Ymmärtäminen on aikaa vaativa tapahtumasarja ja edellyttää tulkintaa. Ymmärtäminen ei ole pelkästään tiedollista, vaan myös emotionaalista ja empiiristä. Mitä syvällisemmin potilas ymmärtää tiedon, sitä varmemmin hän muistaa sen postoperatiivisesti. (Venkula 1994.) Riittävä tiedonsaanti ei merkitse pelkästään tiedon antamista, vaan myös sen varmistamista, että potilas ymmärtää saamansa informaation. (Weijer ym. 1997). Miten hoitaja varmistaa, että potilas muistaa ja ymmärtää leikkauksen jälkeen saamaansa kotihoito-ohjeet (Allen 2002)? Hoitajien ja lääkäreiden mielestä osa potilaista ei kykene ymmärtämään saamaansa tietoa. Huomioitavaa onkin, että tiedonsaannin puutteena on yleensä se, ettei selvitetä, miten potilas ymmärtää saamansa tiedon. Hoitohenkilökunnan käyttämä kieli vaikuttaa tiedon ymmärrettävyyteen. Tästä syystä hyvässä ohjauksessa ei käytetä potilaalle tuntemattomia termejä eikä sairaalaslängiä. (Kettunen & Poskiparta 1998; Posel 1999; Mordiffi ym. 2003.)

Kirjalliset ohjeet eivät voi korvata suullista ohjausta. Ohjeiden antaminen pelkästään kirjallisena ei välttämättä merkitse potilaan tiedonsaantia, vaikka ne ovat potilaiden ja hoitajien mielestä välttämättömiä ohjauksessa. (Recker 1994; Lookinland & Pool 1998; Mordiffi ym. 2003; Ratanalert ym. 2003.) Päiväkirurgiassa potilaan selviytyminen omasta hoidostaan ei saisi jäädä sähköisten tai kirjallisten ohjeiden varaan, vaan hoitaja asiantuntijana toimii näiden ohjeiden tulkitsijana. Hoitaja keskustele ohjeiden sisällöstä potilaan kanssa samalla tarkkaillen tämän fyysistä ja psyykkistä tilaa. (Haines 1992; Laitinen & Åstedt-Kurki 1996; Åstedt-Kurki ym. 1997; Poutala 1998; Paaso 2001; Tappen ym. 2001.)

Kirjallisissa ohjeissa on kiinnitettävä erityistä huomiota kielelliseen ulkoasuun välttämällä maallikolle outoja lääketieteellisiä termejä. Ohjeissa tulisi käyttää selkeitä, lyhyitä lauseita ja yksiselitteisiä sanoja. Selkeät ja ymmärrettävät kirjalliset ohjeet helpottavat potilaan ohjausta. Potilaalle annettava ohje on myös ulkoasultaan luottamusta herättävä. Sisältö on järjestettävä loogisesti tutusta tuntemattomaan ja yleisestä yksityiskohtiin eteneväksi. Ohjeiden sisältö kertoo potilaalle, miksi jokin seikka on tärkeä ja mitä seuraa erilaisista valinnoista, koska pelkkä käsky tai kehoitus toimia

tietyllä tavalla ei riitä. Kirjallisen ohjauksen etuna on, että potilas voi tutustua ohjeisiin omassa tahdissaan ja tarvittaessa kerrata niitä. (Oberle ym. 1994; Doak ym. 1996; Scriven & Tucker 1997; Torkkola ym. 2002.) Tässä tutkimuksessa käytetään käsitettä kirjallinen ohje kuvaamaan niitä hoitoyksikön antamia kirjallisia ohjeita, joilla päiväkirurgiassa pyritään potilaan onnistuneeseen ohjaukseen ja hoitoon optimaalisen terveyden saavuttamiseksi. Kirjallisia ohjeita ovat esimerkiksi ohjeet sairaalaan tuloa varten, kotihoito-ohjeet, haavanhoito-ohjeet ja erilaiset toipumista edistävät ohjeet.

Kirjallisten ohjeiden käyttöä potilaan ohjauksessa tulisi lisätä, sillä ne takaavat luotettavan tiedonsaannin (Kanto 1996; Åstedt-Kurki ym. 2001.) Kirjallisia ohjeita laadittaessa tulisi kiinnittää huomiota siihen, kuinka perusteellista tietoa potilas sairaudesta, toipumisesta ja kotihoidosta haluaa. Kirjallisten ohjeiden sisältämää tiedon määrää on vaikea arvioida, sillä tarvittavan tiedon määrä on yksilöllistä. Laadittava kirjallinen ohje ei saa olla liian yksityiskohtainen eikä myöskään liian yleiskielinen. Perheenjäsenelle, joka ei ole läsnä ohjauksessa, kirjalliset ohjeet ovat tärkeitä. (Derham 1991; Bran ym. 1995.)

Suullisen ja kirjallisen ohjauksen lisäksi voidaan käyttää erilaista audiovisuaalista oppimateriaalia. Joidenkin potilaiden mukaan äänikasetin kuuntelemisesta tai toimenpiteeseen liittyvän videon katsomisesta on apua toipumisprosessissa. Videon katseleminen muuhun ohjaukseen yhdistettynä on tehokas tapa lisätä potilaan tietoa, lievittää ahdistuneisuutta ja vähentää mahdollisia väärinkäsityksiä hoidosta. (Yale 1993; Moore 1996; Done & Lee 1998; Marshall & Chung 1999; Reichert 1999; Krouse 2001.)

Kuten aiemmin on todettu, ohjauksen tavoitteena on tiedonsaanti. Potilas saa tietoa joko hoitajalta tai lääkäriltä (Kanerva ym. 1999; Suhonen ym. 1999). Wongin ym. (1999) tutkimuksen mukaan kaksi kolmasosaa potilaista oli saanut tietoa pääasiassa hoitajalta ja vajaa puolet lääkäriltä. Hoitajalla on suuri vastuu potilaan ohjauksesta (Haines 1992; Laitinen & Åstedt-Kurki 1996). Hoitaja ohjaa tavallisesti sekä suullisesti että kirjallisesti (Oberle ym. 1994). Potilas odottaa hoitajalta aloitteellisuutta ja valmiutta tiedon lisäämisessä ja ajan tasalla pitämisessä (Mattila 2001). Hoitajan ja potilaan välisessä ohjauksessa on tyypillistä, että hoitaja miltei poikkeuksetta ottaa aloitteen käsiinsä (Kettunen 2001). Hoitohenkilökunta ei anna kaikille potilaille samalla tavalla tietoa, vaan potilaan tiedonsaanti riippuu potilaan aktiivisuudesta. Potilaan omalla aktiivisuudella on siis suuri merkitys riittävän tiedonsaannin toteutumisessa. Potilaalla voi olla vaikeuksia kertoa omista tarpeistaan, kysyä tai täsmentää epäselviksi jääneitä asioita (Otte 1996; Övretveit 1997). Osa potilaista tyytyy tietoon, mitä hoitohenkilökunta heille antaa. Ei siis ole ihme, että tiedon antamisella ja tiedonsaamisella on eroa, koska hoitohenkilökunta odottaa potilaiden kysyvän ja potilaat taas odottavat hoitohenkilökunnan antavan vapaaehtoisesti tietoa. (Mordiffi ym. 2003.) Potilas saa tietoa myös aiemmin tähyystysleikkauksessa olleelta perheenjäseneltä (Cason ym. 1996; Palmu & Suominen 1999). Mordiffin ym. (2003) tutkimuksen mukaan hoitajat antoivat potilaille mielestään tarpeeksi tietoa preopera-

tiivisesta valmistautumisesta ja postoperatiivisesta toipumisesta, mutta muilta alueilta riittämättömästi (Mordiffi ym. 2003).

Hoitaja voi aloittaa keskustelun perheenjäsenen kanssa, mutta yleensä perheenjäsen tekee aloitteen. Nuikan (2002) tutkimuksen mukaan hoitajan mielestä perheenjäsenen ohjaus on vaativaa, koska hän pelkää perheenjäsenen arvostelua ja kokee riittämättömyyttä ohjata perheenjäsentä (Nuikka 2002). Hoitajan mielestä ohjausta helpottaa se, että perheenjäsen aloittaa potilaan hoitoon liittyvän keskustelun tai ohjaus ilmenee selvästi osaston toimintasuunnitelmasta. Perheenjäsen keskustelee hoitohenkilökunnan kanssa ensisijaisesti potilaan senhetkisestä tilasta, kotiutuksesta ja jatkohoidon suunnitelmista sekä mahdollisuudestaan osallistua potilaan hoitoon. (van der Smagt-Duijnste ym. 2000; Åstedt-Kurki ym. 2001.) Perheenjäsen saa mielestään hoitoon liittyvää tietoa enemmän muilta hoitotyön asiantuntijoilta, kuten sosiaalinhoitajalta, fysioterapeutilta ja diabeteshoitajalta kuin sairaanhoitajalta. Hoitajalta perheenjäsen saa mielestään tietoa vain sitä pyytäessään. Tiedonsaanti vaatii perheenjäsenen aktiivisuutta, siksi perheenjäsenen arkuus tai vaikeus lähestyä hoitohenkilökuntaa haittaa ohjausta. Perheenjäsen saa hoitoon liittyvää tietoa myös potilaalta, ystäviltä, kirjoista ja esitteistä. Tästä huolimatta perheenjäsen tarvitsee enemmän potilaan hoitoon liittyvää relevanttia tietoa hoitohenkilökunnalta. (Henneman ym. 1992; Happ ym. 1996; Åstedt-Kurki ym. 1997; van der Smagt-Duijnste ym. 2000.)

Monen potilaan mielestä ensisijainen tiedon antaja on lääkäri (Cortis & Lacey 1996). Lääkäri yleensä ohjaa suullisesti (Oberle ym. 1994). Lääkärit antavat mielestään potilaille tarpeeksi tietoa. Hoitajat ovat vahvasti sitä mieltä, että lääkäreillä on vastuu kertoa potilaalle toimenpiteestä ja sen riskeistä. (Mordiffi ym. 2003.) Raidin (1999) ja Raappanan (2001) tutkimuksissa potilaat eivät kokeneet sairaanhoitajaa tai anestesia-lääkärinä avainhenkilönä tiedottamaan leikkauksen jälkeisestä kivusta. Tietoa odotettiin ennen kaikkea leikkaavalta lääkäriltä. Syynä tähän voi olla hoitajien tottumattomuus antaa tietoa tai vaikeus saada tietoa lääkäriltä.

2.2.5 Potilaan ohjaus ja Internet

Maailmanlaajuinen verkko Internet, josta etsitään paljon terveysaiheista tietoa ja palveluja, on uudistanut potilaan ohjausta. Se mahdollistaa potilaan yksilölliset tarpeet ja helposti saatavilla olevan tiedonsaannin potilaalle sopivana aikana. Hoitotyössä teknologian tuomiin mahdollisuuksiin suhtaudutaan positiivisesti aktiivisella potilaita hyödyntämään terveydenhuollon asiantuntemusta tietoverkon avulla. Monilla sosiaali- ja terveysalan järjestöillä on omat Internet-sivunsa, joista kuka tahansa voi etsiä tarvitsemaansa tietoa. Internet ja sähköposti ovat tutuimpia nuorille ja korkeammin koulutetuille, mutta myös ikääntyneiden asenteet niitä kohtaan ovat myönteisiä. Vaikka tietotekniset sovellukset eivät vielä tänä päivänä olekaan tuttuja koko väestölle, on oletettavaa, että niiden tunnettavuus ja käyttöalue laajenevat tulevina vuosina. Internet, erityisesti www, on tulvillaan terveyteen liittyvää informaatiota, jota

potilaat ja heidän perheenjäsenensä voivat helposti hyödyntää. (Saranto & Kouri 1999; Brooks 2001; Lewis 2003.)

Potilaiden oman vastuun ohjauksen laadun ja tietojen oikeellisuuden arvioinnissa on todettu korostuvan, koska Internetin terveysaiheisen materiaalin lisääntymisen myötä sen laatu on yhä kirjavampaa. Samanaikaisesti vastuuta siirtyy potilaille, joille pyritään antamaan keinoja valikoida Internetin tarjonnasta laadullisesti korkeatasoisia terveysaiheita ja -palveluja. Terveysaiheisten Internetsivustojen käyttäjät arvostavat käytön mukavuutta, nimettömänä esiintymisen mahdollisuutta ja saatavilla olevan informaation määrää. (Leaffer & Gonda 2000; Brennan ym. 2001; Brooks 2001; Lewis 2003.)

Potilaan ohjauksessa käytetään Internetistä saatavia ohjeita. Tehokkaampaan terveydenhuoltoon pyrittäessä web-pohjaisten potilaanohjausjärjestelmien käyttö on lisääntynyt. (van Brunt 1998; Reichert 1999; Mordiffi ym. 2003.) Internet tarjoaa tilaisuuden monipuolistaa palvelujen tarjontaa ja tavoittaa uusia kohderyhmiä sekä tuo uusia mahdollisuuksia hoitotyön auttamismenetelmiin ja tapoihin seurata potilaan hoitoa ja pitää yhteyttä kotihoidossa olevan potilaan kanssa. Tulevaisuudessa sairaanhoitajat ja muut terveydenhuollon ammattilaiset välittävät yhä enenevässä määrin potilaan ohjaukseen liittyvää tietoa Internetissä. Perusedellytyksenä on käsitys siitä, mitä laadukkaalta potilaan ohjauksen suunnitellulta web-sivustolta vaaditaan. Laatuvaatimukseen kuuluu sivuston tarkoituksen ja käyttäjäkunnan määrittäminen, ohjauksen tavoitteen selkiyttäminen ja monitahoinen ja jatkuva sivuston arviointi. (Smith ym. 2002.) Puutteet Internet-yhteyksissä ja teknologian käyttöön otossa vaikeuttavat kuitenkin uuden ohjaukulttuurin muodostumista ja tiedonvälitystä. (Brooks 2001; Jauhiainen 2004.)

Internet asettaa lukuisia haasteita terveydenhuollon ammattilaisille. Esimerkiksi potilaat ja perheenjäsenet pääsevät nykyään käsiksi suuren määrään terveystietoa, mihin tähän asti on ollut mahdollisuus vain ammattilaisilla. Internetillä arvellaan olevan valtava vaikutus terveydenhuollon asiantuntijan ja potilaan väliseen vuorovaikutussuhteeseen. Pääsy terveydenhuollon lähteille muuttaa valtasuhteita, jolloin potilaat ovat entistä vähemmän riippuvaisia asiantuntijoista. Hoitajien pitäisi tiedostaa tämä potilaiden lisääntynyt tietomäärä ja arvioida omaa asemaansa potilaan ohjauksessa. On suositeltu, että sairaanhoitajien tulisi panostaa aiempaa enemmän potilaiden ja perheenjäsenten ohjaukseen. Terveystietohenkilöstön tärkeänä tehtävänä onkin potilaiden ja perheenjäsenten opastaminen tiedon etsinnässä ja sivustoilta löytyneen tiedon arvioiminen (Brooks 2001; Timmons 2001; Lewis 2003.)

Tietoteknologia on varteenotettava menetelmä potilaan tiedonsaannin kehittämiseksi. Erityisesti sairaalaan kutsutut potilaat pitävät tärkeänä kehittää potilaan tiedonsaantia tietoteknologiaa hyväksi käyttäen, koska he voivat orientoitua etukäteen sairaalassa käyntiin ja hankkia tietoa itseään askarruttavista kysymyksistä. (Välimäki ym. 2002.) Informaatioteknologian mahdollisuudet potilaiden tiedontarpeiden tyydyttämisessä tulisikin ottaa käyttöön entistä laajemmin. Internet on tehokas tietojen saannissa, ammattihenkilöiden vastuu on kehittää potilaan ohjausta Internetissä laa-

dukkaaksi ja luotettavaksi. Tämän vuoksi on tärkeää, että terveydenhuollossa ollaan valmiita hyödyntämään tietotekniikan mahdollisuuksia potilaan tiedonsaantia ja osallistumista tukevilla ratkaisulla. Tänä päivänä tietoa on varsin runsaasti saatavilla, jos sitä osaa etsiä. Ongelmana on enemmänkin se, miten ymmärrettävää tarjolla olevaa tietoa on ja se, miten voi varmistua saadun tiedon luotettavuudesta.

2.2.6 Potilaan kotiutuminen päiväkirurgisesta polviniveltähystyksestä

Oikein ajoitettu kotiuttaminen on turvallista ja kustannuksia säästävää (Jewell 1993; Korttila 1998; Ukkola ym. 2001). Liian aikainen kotiuttaminen voi johtaa ongelmiin kotimatalla tai kotona, jolloin komplikaatoriski kasvaa ja potilas voi joutua uudelleen sairaalaan. Ennen potilaan kotiuttamista hoitaja varmistaa, että kotiuttamiskriteerit ovat toteutuneet ja että potilaalla on edellytyksiä selviytyä kotihoidostaan perheenjäsenen tukemana. (Stephenson 1990; Thatcher 1996; Cahill & Jackson 1997; Fleisher ym. 1999; Korttila 1999; Lock 1999; Marshall & Chung 1999.) Lääkäri vastaa potilaan kotiuttamisesta hoitajan huolehtiessa, että potilas täyttää kotiutuessaan sovitut kotiuttamiskriteerit. Kotikelpoisuus arvioidaan aina potilaskohtaisesti. Kotiutuksessa korostuu vitaalitoimintojen normalisoituminen. Potilaalla ei saa esiintyä haittaavaa pahoinvointia, oksentelua, merkittävää kipua eikä vuotoa haavasta ja hänen on pystyttävä liikkumaan preoperatiivisella tasolla toimenpiteen aiheuttamat rajoitukset huomioiden. Vitaalitoimintojen, kuten verenpaineen ja hengityksen, tulee olla potilaalle normaalit tunnin ajan ennen kotiutusta. Potilaan on pystyttävä syömään ja juomaan ilman pahoinvointia. (Alanko ym. 1990; Stephenson 1990; Connolly 1991; Cahill & Jackson 1997; Baehser-Griffith ym. 1997; Fox 1998; Lahtinen ym. 1998; Korttila 1999; Marshall & Chung 1999; Pandit ym. 2000.)

Ennen kotiutumistaan potilaan tulee virtsata, jos tähytys on suoritettu spinaali- tai epiduraalipuudutuksessa. Kotiutustilanteessa hoitaja kertoo potilaan ja perheenjäsenen kanssa kirjalliset kotihoito-ohjeet, joista selviää postoperatiiviseen hoitoon liittyvät toimet, mahdolliset komplikaatiot ja niiden hoito, kipulääkitys, toimenpiteen jälkeinen lepoaika, rajoitukset päivittäisissä toimissa sekä yhteystiedot hoitavaan yksikköön. Kotiutuessaan potilas on oltava orientoitunut, tajuissaan ja kunnolla toipunut mahdollisesta esilääkityksestä ja anestesiasta. (Alanko ym. 1990; Stephenson 1990; Baehser-Griffith ym. 1997; Cahill & Jackson 1997; Lahtinen ym. 1998; Fysh 1999; Korttila 1999; Marley & Swanson 2001.)

Jo ennen toimenpidettä varmistetaan, että päiväkirurgisella potilaalla on kotiutuessaan vastuullinen täysi-ikäinen saattaja ja kotona seuraavan vuorokauden ajan aikuinen henkilö (Frisch ym. 1990; Valanne 1991; Gupta ym. 1994; Kleinbeck & Hofgart 1994; Bran ym. 1995; Fox 1998; Talamini ym. 1999).

Tutkimusten mukaan osa päiväkirurgisista potilaista kokee tullessa liian aikaisin kotiutetuksi (Marshall & Chung 1999; Wong ym. 1999) ja osa kokee myönteisenä kotiutumisen leikkauspäivänä (mm. Barthelsson ym. 2003). Mikäli potilaan vointi toimenpiteen jälkeen ei ole riittävän hyvä, hänet on syytä ottaa sairaalaan seurantaan.

Voimakkaat kivut, hallitsematon pahoinvointi ja oksentelu, huimaus, uneliaisuus, kardiovaskulaariset ongelmat ja leikkaukseen liittyvät komplikaatiot voivat pidentää sairaalassaoloaika. Kotiuttamista voi siirtää myös potilaan haluttomuus lähteä sairaalasta tai yksin asuminen. (Korttila 1996; Law 1997; Fleisher ym. 1999; Marshall & Chung 1999; Talamini ym. 1999; Lewis ym. 2000; Morales ym. 2002.)

Polviniveltähystyksen jälkeen potilaan sairaaloman pituus on yleensä 1-3 viikkoa (Harilainen & Sandelin 1998; Harrell & Kopps 1998; Kujala 1999; Ovaska 1999; Sandelin 1999; Howell 2002). Päiväkirurgisen potilaan jälkitarkastus ei aina ole tarpeen. Mikäli tarkastus on aiheellinen, se on tavallisesti muutaman viikon kuluttua toimenpiteestä. Jälkitarkastus voidaan suorittaa sairaalassa, terveyskeskuksessa tai työterveyshuollossa. Potilaan mukaansa saama epikriisi lisää potilasturvallisuutta ja takaa hoidon jatkuvuuden. (Lahtinen ym. 1998.)

2.2.7 Yhteenveto tutkimuksen teoreettisista lähtökohdista

Päiväkirurgian lähtökohtana on, että se on turvallista ja potilaat toipuvat nopeasti toimenpiteen jälkeen. Päiväkirurginen potilas ja hänen perheenjäsenensä tarvitsevat perusteellista, selkeää, ymmärrettävää tietoa ja ohjausta omien yksilöllisten tarpeidensa mukaan. Ohjaus edellyttää potilaalle ja perheenjäsenelle yksilöllisesti sopivaa tiedonsaantia ja kiireetöntä kohtaamista. (Leinonen ym. 1994; Berndtsson ym. 1996; Wong ym. 1999; Bull ym. 2000; Hallström & Elander 2001; Schroeter 2002.)

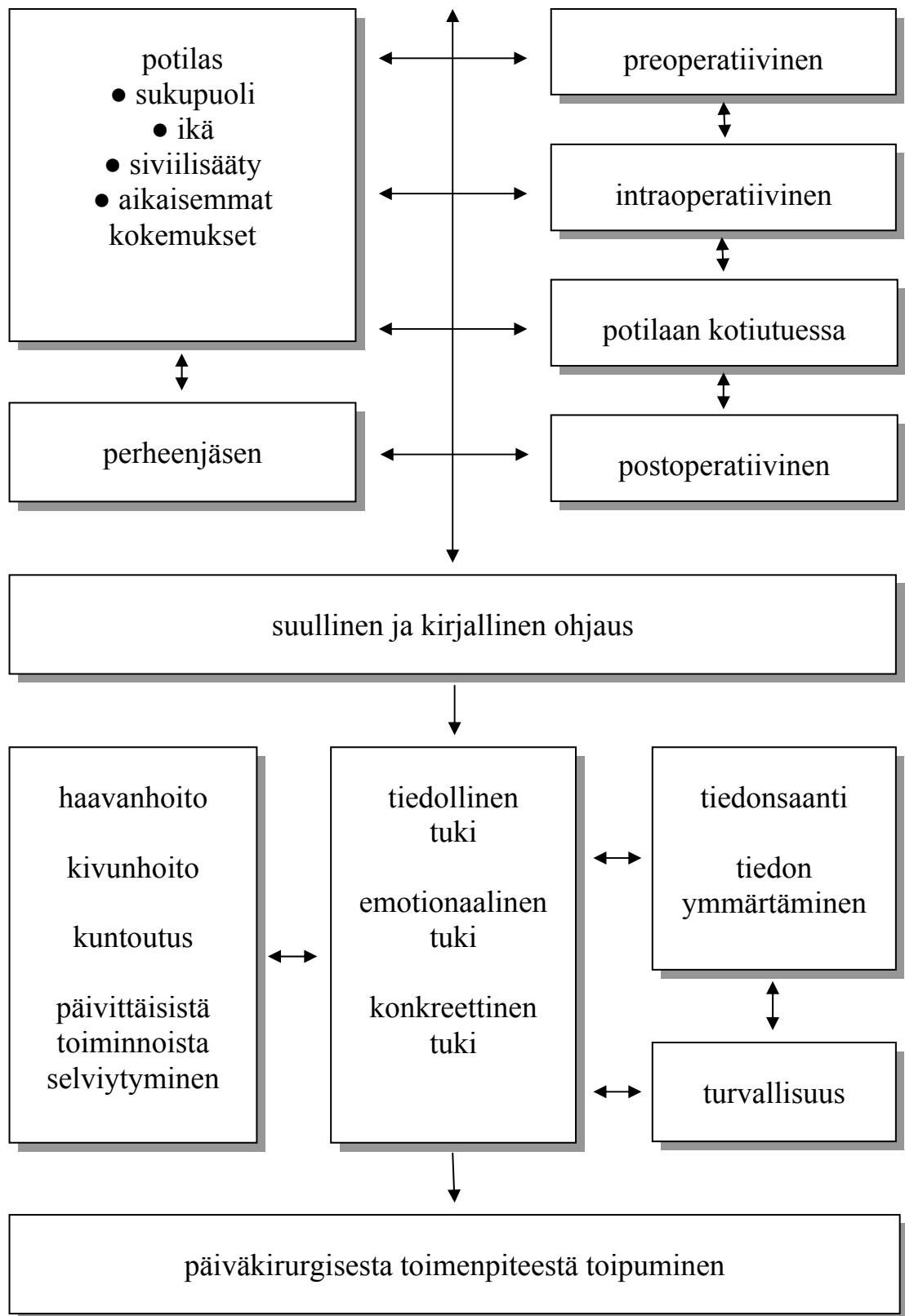
Päiväkirurgisessa hoitotyössä ohjaus sisältyy koko hoitajaksoon toimenpiteen päättämisestä hoitajakson arviointiin asti. Onnistunut ohjaus edellyttää potilaan yksilöllisten tarpeiden tunnistamista. Potilaan oletetaan toipuvan nopeasti päiväkirurgisesta polviniveltähystyksestä itsehoidon ja osin perheenjäsenen tarjoaman avun turvin. Potilaan taustatiedot ja suullinen ja kirjallinen ohjaus vaikuttavat osaltaan potilaan toipumiseen. Tiedonsaannilla on vahva turvallisuuden tunnetta luova vaikutus päiväkirurgiassa. Tutkimusten mukaan potilaat kokevat saaneensa eri tavalla hoitoonsa liittyvää tietoa. Potilaalla on oikeus saada hoitoonsa liittyen tietoa, mutta kaikki potilaat eivät pidä välttämättömänä tiedonsaantia. Haasteena on, minkälaista ohjausta ja miten paljon päiväkirurgisen potilaan ja hänen perheenjäsenensä tulee saada, jotta hoidon turvallinen jatkuvuus taataan ja potilas toipuu parhaalla mahdollisella tavalla.

Yhteenveto päiväkirurgisen potilaan ohjaukseen liittyvistä tutkimuksista esitetään liitteessä 1. Vertailevaa, satunnaistettua hoitotieteellistä tutkimusta potilaan ohjauksesta on tehty maailmalla vähän. Päiväkirurgisen potilaan ohjauksen vaikuttavuutta ovat tutkineet mm. Augustin & Hains (1996), Done & Lee (1998), Kramer (2000) ja Mitchell (2000) vertailevilla, satunnaistetuilla tutkimuksilla. (Liite 1.) Ei-satunnaistettujen tutkimusten mukaan ohjauksen avulla on mahdollista mm. potilaan tyytyväisyyden lisääminen, tiedon lisääminen, potilaan voimavarojen vahvistaminen, potilaan toiminnan tehostaminen ja sairaalassaoloajan lyhentäminen. Laaja tutkimustulosten tarkastelu osoittaa kuitenkin potilaan ohjauksen ja tiedonsaannin ristiriitai-

suuden, koska toisaalta potilaan tiedonsaanti auttaa selviytymisessä, toisaalta lisää potilaan tuskaa.

Tässä tutkimuksessa keskitytään päiväkirurgisen potilaan ja perheenjäsenen ohjaukseen. Kuviossa 1 esitetään tutkimuksen teoreettisista lähtökohdista johdettu päiväkirurgisen potilaan ohjausta kuvaava teoreettinen malli. Tutkimuksen mielenkiinnon kohteena on, minkälaista ohjausta päiväkirurgisessa polviniveltähystyksessä ollut potilas ja hänen perheenjäsenensä ovat saaneet valmistautumisesta toimenpiteeseen, potilaan polven viasta ja hoidosta sairaalassa ja postoperatiivisesta kotihoidosta sekä miten potilas on toipunut polviniveltähystyksestä omasta ja perheenjäsenen mielestä.

Ohjaus



Kuvio 1. Päiväkirurgisen potilaan ohjausta kuvaava teoreettinen malli

3 Tutkimuksen tavoitteet ja tutkimustehtävät

Tutkimuksen tavoitteena oli kuvata, miten potilaan ohjaus päiväkirurgisessa hoitotyössä toteutuu potilaan ja hänen perheenjäsenensä näkökulmasta, minkälaista ohjausta potilas ja perheenjäsen ovat mielestään saaneet potilaan polven viasta, hoidosta sairaalassa ja postoperatiivisesta kotihoidosta, miten potilas ohjauksen avulla selviytyy tähytyksen jälkeen perheenjäsenen avustamana hoidosta kotona ja miten potilas mielestään toipuu päiväkirurgisen polviniveltähystyksen jälkeen. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli tuottaa tietoa siitä, miten päiväkirurgisessa polviniveltähystyksessä ollut potilas toipuu ja selviytyy postoperatiivisesta kotihoidostaan saamansa ja perheenjäsenen saaman ohjauksen perusteella

Alustavan mallin kehittämiseksi tutkimuksessa etsitään vastausta seuraaviin tutkimustehtäviin:

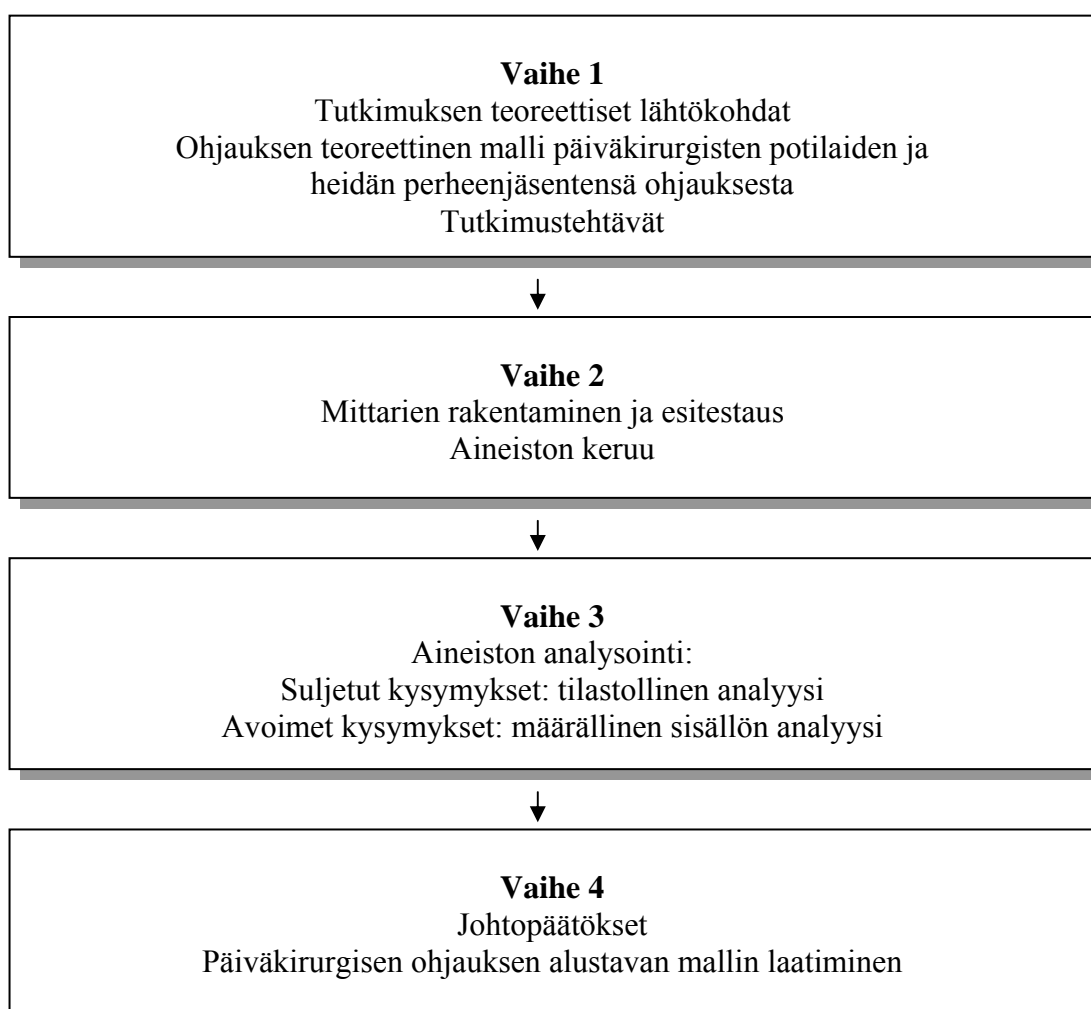
- 1) minkälaista ohjausta päiväkirurginen potilas on saanut
- 2) minkälaista ohjausta päiväkirurgisen potilaan perheenjäsen on saanut
- 3) miten päiväkirurginen potilas on selviytynyt hoidostaan kotona toimenpiteen jälkeen
- 4) miten päiväkirurginen potilas perheenjäsenen mielestä on selviytynyt hoidostaan kotona toimenpiteen jälkeen
- 5) miten potilas toipuu päiväkirurgisen polviniveltähystyksen jälkeen

Tutkimuksen tarkoituksena oli kehittää alustava päiväkirurgisen potilaan ohjausta kuvaava malli, jonka avulla jäsenetään ja selkiytetään päiväkirurgisen potilaan ohjausta ja siinä vaikuttavia tekijöitä. Tutkimuksessa tuotettiin päiväkirurgisen potilaan ja hänen perheenjäsenensä ohjausta kuvaava hoitotyön käytännössä toimintaa ohjaava alustava malli.

4 Tutkimusaineisto ja menetelmät

4.1 Tutkimusprosessin eteneminen

Tutkimusprosessi on esitetty kuviossa 2. Prosessin kuvaus osoittaa tutkimuksen ajallisen etenemisen.



Kuvio 2. Tutkimusprosessin eteneminen

Tutkimuksen tavoitteena on muodostaa tutkittua ilmiötä kuvaava alustava malli, joka on kuvaus todellisuudessa suoritettavasta menettelytavasta. Mallin kehittämisen taustaksi on tarkasteltu päiväkirurgisen potilaan ja perheenjäsenen ohjausta sekä potilaan toipumista päiväkirurgisesta toimenpiteestä. Aiemmat tutkimukset ja niiden tulokset

muodostavat päiväkirurgisen potilaan ohjausta kuvaavan mallin kehittämisen lähtökohdat. Niiden perusteella tunnistetaan mallin keskeiset elementit. Malli kehitetään ohjauksen merkitysten pohjalta. Mallin perusrakenne on yleistettävissä päiväkirurgisen potilaan ohjaukseen. Se jäsentää hoitotyön todellisuutta ja selittää tutkittavaan ilmiöön yhteydessä olevia tekijöitä.

Mallin muodostaminen on prosessi, jossa ilmiöt hahmotetaan yksinkertaisiksi järjestelmiksi ja jonka avulla kuvataan käsitteitä ja niiden välisiä suhteita (Fawcett 1992; Lauri & Leino-Kilpi 1994; Kim 1999).

4.2 Mittarit

4.2.1 Tutkimuksessa käytettyjen kyselylomakkeiden laadinta

Tutkimusaineiston tiedonkeruumenetelmänä käytettiin tutkimusta varten laadittuja strukturoituja kyselylomakkeita. Potilaille (Liite 2) ja perheenjäsenille (Liite 3) oli eri lomakkeet, joiden kysymykset olivat samansisältöiset ja samassa järjestyksessä. Kyselylomakkeiden rakentamisessa hyödynnettiin ohjausta koskevaa teoretietoa ja aikaisempia ohjausta koskevia tutkimuksia. Aineistoa haettiin Medicin ja Cinahlin tietokannoista. Näistä lähteistä valittiin ne tutkimukset, jotka kuvasivat potilaan ohjausta päiväkirurgiassa. Kyselylomakkeiden muuttujat muodostettiin tutkimustehtävien pohjalta. Tutkimuksen keskeiset käsitteet perustuvat tutkijan ja käytännön hoitotyön asiantuntijoiden teoreettiseen, käytännön hoitotyön tietoon sekä aikaisempiin tutkimuksiin. Kyselylomake perustuu tutkimuksen keskeisille käsitteille ja näin myös vahvalle teoreettiselle ja käytännön hoitotyön perustalle.

Kyselylomakkeiden kysymykset olivat pääasiassa strukturoituja. Kyselylomakkeet mittasivat potilaiden ja perheenjäsenten kokemuksia ohjauksesta ennen sairaalaan menoa ja sairaalassaoloaikana sekä kokemuksia toipumisesta. Kyselylomakkeissa esitettiin päiväkirurgisen potilaan hoitoon liittyviä keskeisiä kysymyksiä, joihin vastaaja sai valita vastaukseensa parhaiten hänen mielipidettään kuvaavan vaihtoehdon. Suuressa osassa kysymyksistä vastausvaihtoehtoja oli mahdollisuus valita useita. Kysymyksiin vastatessaan potilaalla ja perheenjäsenellä oli myös mahdollisuus valita ”en osaa sanoa” -vaihtoehto. Strukturoitujen kysymysten lisäksi potilaan ja perheenjäsenen omien näkemysten ilmaiseminen mahdollistettiin avointen kysymysten avulla.

Selittävät muuttujat muodostuivat suullisesta ja kirjallisesta ohjauksesta. Selitettävänä muuttujina olivat potilaan postoperatiiviseen toipumiseen liittyen kivun ja haavan hoito, alaraajan kuntouttaminen ja potilaan selviytyminen päivittäisistä toiminnoista tähytyksen jälkeen. (Taulukko 1.)

4.2.2 Potilaan kyselylomake

Potilaan kyselylomakkeessa taustatietojen jälkeen seuraavat osiot muodostuivat potilaan sairaalassaoloajasta, kotiutumisesta sairaalasta ja viimeisenä toipumisesta kotona toimenpiteen jälkeen. Kyselylomakkeessa oli 6 taustatietoa, 20 ohjausta ja 13 postoperatiivista toipumista mittavaa kysymystä.

I osio: Taustatiedot

- Sukupuoli (mm. Sohlman ym. 1996; Westman & Backman 1997; Hölttä ym. 2002)
- Ikä (mm. Laitinen & Åstedt-Kurki 1996; Leinonen ym. 1996; Kanerva ym. 1999; Bull ym. 2000; Renholm & Suominen 2000; Hallström & Elander 2001; Tappen ym. 2001)
- Siviilisääty ja koulutus (mm. Laitinen & Åstedt-Kurki 1996; Kanerva ym. 1999; Bull ym. 2000; Hallström & Elander 2001; Välimäki ym. 2001)
- Aikaisemmat polviniveltähystykset ja valmistautuminen tulevaan toimenpiteeseen (mm. Mistiaen ym. 1997; Talamini ym. 1999; Niskanen ym. 2002; Mordiffi ym. 2003)
- Ohjeiden saaminen ennen sairaalaan tuloa (mm. Övreitveit 1997; Leino-Kilpi ym. 1999; Perälä ym. 1999; Niskanen ym. 2002; Mordiffi ym. 2003; Barthelsson ym. 2003).

II osio: Sairaalassaoloaika

- Sairaalassaoloaika ja anestesiaamuoto (mm. Lahtinen ym. 1998)
- Potilaan tiedonsaanti polven viasta ja hoidosta (mm. Välimäki ym. 2001; Barthelsson ym. 2003; Mordiffi ym. 2003; Leinonen 2002)
- Potilaan mahdollisuus keskustella polven viasta ja hoidosta (mm. Mistiaen ym. 1997; Talamini ym. 1999)

III osio: Kotiutuminen sairaalasta

- Suullinen ja kirjallinen ohjaus potilaan kotiutuessa (mm. Johnson ym. 1999; Wallace ym. 1999; Hiidenhovi ym. 2001; Åstedt-Kurki ym. 2001; Nuikka 2002; Mok & Wong 2003)
- Potilaan vointi kotiutuessa (mm. Marshall & Chung 1999; Wong ym. 1999; Suhonen 2002; Barthelsson ym. 2003)
- Perheenjäsenen ohjaus (mm. van der Smagt-Duijnsteet ym. 2000; Åstedt-Kurki ym. 2001)
- Potilaan saattaja (mm. Alanko ym. 1990; Lahtinen ym. 1998; Marshall & Chung 1999).

IV osio: Kotona toimenpiteen jälkeen

Potilaan toipumista päiväkirurgisesta toimenpiteestä mittasivat seuraavat kysymykset:

- Vastuullinen aikuinen kotona (mm. Alanko ym. 1990; Lahtinen ym. 1998; Marshall & Chung 1999)
- Yhteydenotot sairaalasta ja sairaalaan (mm. Persson & Hansen 1996; Barnes 2000; Cooper & Meyer 2000; Morales ym. 2002)
- Tähystetyn alaraajan hoito toimenpiteen jälkeen (mm. Cork ym. 1996; Kettunen & Poskiparta 1998; Rawall 1999; Driscoll 2000; Kaukonen 2001; Mcintyre & Ready 2001; Rantala 2001; Kalso 2002; Barthelsson ym. 2003; Bernier ym. 2003; Ratanalert ym. 2003)
- Potilaan avuntarve päivittäisissä toimissa (mm. Mistiaen ym. 1997; Tappen ym. 2001)
- Toimenpiteen jälkeinen toipuminen (mm. Twersky ym. 1997; Marshall & Chung 1999; Wong ym. 1999; Waterman ym. 1999; Young ym. 2000). Avoimilla kysymyksillä selvitettiin toimenpiteen jälkeen mahdollisesti esiintyviä ongelmia ja toipumista.

4.2.3 Perheenjäsenen kyselylomake

Perheenjäsenen kyselylomakkeessa taustatietojen jälkeen osiot olivat potilaan kotiutuminen sairaalassa ja potilaan toipuminen kotona toimenpiteen jälkeen. Kyselylomakkeessa oli 8 taustatietoa, 7 ohjausta, 2 potilaan vointia kotiutettaessa ja 10 potilaan postoperatiivista toipumista mittavaa kysymystä.

I osio: Taustatiedot

Perheenjäsenen taustaa kuvattiin vastaavasti demograafisilla muuttujilla, joita olivat sukupuoli, ikä, koulutus, sukulaisuussuhde ja potilaan kanssa asuminen ja tiedonsaannilla toimenpiteen ajankohdasta (mm. Laitinen & Åstedt-Kurki 1996; Kanerva ym. 1999; Bull ym. 2000; Renholm & Suominen 2000; Hallström & Elander 2001)

II osio: Potilaan kotiutuminen sairaalasta

- Hakiko perheenjäsen potilaan sairaalasta (mm. Lahtinen ym. 1998)
- Perheenjäsenen tiedonsaanti potilaan polvivammasta ja sen hoidosta (mm. Driscoll 2000; Åstedt-Kurki ym. 1999; 2001; Wallace ym. 1999; Paavilainen ym. 2001; Suhonen 2002).
- Perheenjäsenen mahdollisuus keskustella polven vammasta ja hoidosta (mm. van der Smagt-Duijnste ym. 2000; Åstedt-Kurki ym. 1997; 2001)
- Kuka tai ketkä ohjasivat perheenjäsentä (mm. van der Smagt-Duijnste ym. 2000; Åstedt-Kurki ym. 1997; 2001)
- Potilaan vointi sairaalasta lähtiessä (mm. Marshall & Chung 1999; Wong ym. 1999; Suhonen 2002; Barthelsson ym. 2003).

III osio: Potilaan toipuminen toimenpiteen jälkeen

- Perheenjäsenen suullinen ja kirjallinen ohjaus (mm. Åstedt-Kurki ym. 1997; 1999; 2001; Driscoll 2000; Paavilainen ym. 2001)

- Yhteydenotot sairaalaan ja sairaalasta (mm. Persson & Hansen 1996; Barnes 2000; Cooper & Meyer 2000; Morales ym. 2002)
- Potilaan postoperatiivinen avuntarve (mm. Mistiaen ym. 1997; Tappen ym. 2001)
- Perheenjäsenen tiedonsaanti potilaan kotihoidosta (mm. Cork ym. 1996; Driscoll 2000; Kaukonen 2001; Rantala 2001; Barthelsson ym. 2003)
- Potilaan toipuminen (mm. Twersky ym. 1997; Marshall & Chung 1999; Wong ym. 1999; Waterman ym. 1999; Young ym. 2000). Avoimella kysymyksellä selvitettiin perheenjäsenen kokemuksia potilaan toipumisesta.

Perheenjäsen, joka ei osallistunut potilaan sairaalassaoloajan hoitoon, vastasi taustatietoja ja potilaan toipumista mittaaviin kysymyksiin. Kyselylomakkeissa potilaan perheenjäsenestä käytetään käsitettä ”omainen”, kun taas aineiston analysoinnissa käytetään käsitettä ”perheenjäsen”. Se kuvaa omaiskäsitettä paremmin perhekeskeistä hoitotyötä. Kyselylomakkeissa hoidolla tarkoitetaan potilaan hoitoa sairaalassa ja kotihoidolla kotona toteutuvaa postoperatiivista potilaan ja mahdollisesti perheenjäsenen toteuttamaa hoitoa.

Taulukko 1. Tutkittavat muuttujat ja niitä vastaavat kysymysten numerot kyselylomakkeissa

Potilaan kyselylomake	Perheenjäsenen kyselylomake
<u>Taustatiedot</u> Kysymys 1. Sukupuoli Kysymys 2. Ikä Kysymys 3. Siviilisääty Kysymys 4. Koulutus Kysymys 5. Aikaisemmat polvinivelen tähystykset Kysymys 6. Valmistautuminen toimenpiteeseen	<u>Taustatiedot</u> Kysymys 1. Sukupuoli Kysymys 2. Ikä Kysymys 3. Siviilisääty Kysymys 4. Koulutus Kysymys 5. Sukulaisuussuhde Kysymys 6. Potilaan ja perheenjäsenen samassa taloudessa asuminen Kysymys 7. Tieto toimenpiteestä
<u>Selittävät muuttujat</u> Kysymykset 9, 10, 26. Tiedonsaanti Kysymykset 11, 12, 14, 15, 17, 18, 19. Suullinen ohjaus Kysymykset 13, 16, 20. Kirjalliset ohjeet Kysymykset 23, 24. Perheenjäsenen ohjaus Kysymykset 21, 22, 25. Potilaan kotiutuminen	<u>Selittävät muuttujat</u> Kysymys 8, 9, 12. Perheenjäsenen osallistuminen päiväkirurgisen potilaan hoitoon Kysymys 10, 11, 20, 26. Tiedonsaanti Kysymys 13, 14, 15, 18, 19. Ohjaus Kysymys 16, 17. Potilaan kotiutuminen
<u>Selitetävät muuttujat</u> Kysymykset 27, 28, 29. Potilaan toipuminen kotona Kysymys 32, 34. Haavojen hoito Kysymys 33. Tähystetyn alaraajan kuntoutus Kysymys 30, 31, 35, 36, 37, 39. Avuntarve postoperatiivisessa hoidossa ja päivittäisistä toiminnoista suoriutumisessa	<u>Selitetävät muuttujat</u> Kysymys 27. Potilaan toipuminen Kysymys 21, 23, 24. Yhteydenotot sairaalaan Kysymys 22, 25. Potilaan avuntarve

4.3 Aineiston hankintamenetelmät

Kyselytutkimus valittiin tämän tutkimuksen tiedonkeruumenetelmäksi, koska haluttiin kerätä kattava tutkimusaineisto, jota voitiin käsitellä tilastollisesti. Menetelmä soveltuu uskomusten, mielipiteiden ja tietojen kartoittamiseen isoillekin ryhmille, jos tiedostetaan kyselytutkimuksen rajoitukset. Kyselytutkimuksessa vastaajat eivät voi tarkentaa mahdollisia epäselvyyksiä tutkijalta, vaikka heillä olisi ongelmia kysymysten ymmärtämisessä ja vastaamisessa. (Wilson 1989; Burns & Grove 1995.) Kyselytutkimuksen avulla aineiston saa kerättyä nopeasti ja vastaajat pysyvät tuntemattomina.

Aineisto kerättiin suunnitellusti yhden vuoden ajan isossa keskussairaalassa kailta aikuisilta polviniveltähystyksessä olleilta potilailta ja perheenjäseniltä. Ennen aineiston keruuta selvitettiin päiväkirurgisia potilaita hoitavien osastojen hoitajille tutkimuksen tausta ja tarkoitus. Ensimmäisellä tapaamiskerralla 1.4.1997 kerrottiin tutkimuksesta osastonhoitajien kokouksessa ja toisella kerralla 4.4.1997 päiväkirurgisilla osastoilla työskenteleville hoitajille. Tutkimusluvun saamisen ja päiväkirurgisten osastojen hoitajien informoinnin jälkeen tutkimuksen tekijä toimitti kyselylomakkeet henkilökohtaisesti osastoille. Ensimmäiset kyselylomakkeet toimitettiin keskussairaalan lyhkiyksikköön ja kahdelle päiväkirurgisia potilaita hoitavalla vuodeosastolle 8.4.1997. Päiväkirurgiset potilaat saapuvat ns. lyhkiosastolle ennen leikkausosastolla suoritettavaa toimenpidettä ja palaavat yksikköön leikkausosastolla suoritettujen toimenpiteiden jälkeen. Hoitajat jakoivat kyselylomakkeet potilaille ja mahdollisuuksien mukaan myös perheenjäsenelle potilaan kotiutuessa. Kyseisten osastojen hoitajat informoivat kotiin lähteviä potilaita ja mahdollisesti heidän perheenjäseniään kyselystä. Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista. Ennen kyselylomakkeiden jakoa tutkimukseen osallistujille selvitettiin tutkimuksen tarkoitus, tutkimusaineiston käyttö, vapaaehtoisuus ja luottamuksellisuus ja se, että vastaajan henkilöllisyys ei paljastu tutkimuksen missään vaiheessa. Nämä asiat kirjattiin myös kyselylomakkeiden saatekirjeisiin. Potilaita ja perheenjäseniä ohjattiin vastaamaan noin viikon kuluttua tähystyksestä, koska tällöin he pystyisivät arvioimaan saamaansa ohjausta kokonaisvaltaisesti, heillä olisi kokemuksia postoperatiivisesta toipumisesta ja kotiutumiseen liittyvät mahdolliset ongelmat olivat ajankohtaisia. Potilaat ja perheenjäsenet palauttivat kyselylomakkeet suljetussa kirjekuoressa Tampereen yliopiston hoitotieteen laitokselle.

Palautetut kyselylomakkeet oli täytetty huolellisesti, täyttämättömiä osioita oli vähän ja hylkäämään ei jouduttu yhtään kyselylomaketta. Aineiston luotettavuuteen pyrittiin vaikuttamaan pitämällä yhteyttä osastoihin säännöllisin väliajoin. Osastoille lähetettiin myös kirjalliset ohjeet tutkimuksen tarkoituksesta. Tällä pyrittiin motivoimaan henkilökuntaa kertomaan tutkimukseen osallistujille kyselyyn vastaamisen tärkeydestä.

4.4 Tutkimukseen osallistujat

Tutkimuksen perusjoukon muodostivat satakuntalaiset polviniveltähystyksessä olleet potilaat ja heidän perheenjäsenensä. Aineisto kerättiin 9.4.1997 - 30.3.1998 välisenä aikana isossa keskussairaalassa polviniveltähystyksessä olleilta potilailta ja heidän perheenjäseniltään. Kyseisenä aikana polvinivelen tähystyksessä olleille potilaille (N = 250) ja heidän perheenjäsenelleen (N = 250) jaettiin sairaalasta kotiuttamisen yhteydessä kyselylomakkeet. Tutkimukseen osallistui 173 potilasta ja 161 heidän perheenjäsentään. Potilaiden kohdalla vastausprosentti oli 69,2 % ja perheenjäsenten 64,4 %.

Potilaan keskimääräinen ikä oli 47,3 vuotta ja iän vaihteluväli 16 - 74 vuotta. Avio- tai avoliitossa eli 77 % kyselyyn vastanneista potilaista. Lähes 73 % potilaista oli saanut ammatillisen koulutuksen. Potilaista 69 %:lla ei ollut kokemuksia aiemmasta tähytyksestä. Potilaita kuvaavat tiedot on esitetty taulukossa 2.

Perheenjäsenen keskimääräinen ikä oli 47,2 vuotta ja ikävaihtelu 16 - 83 vuotta. Perheenjäsenistä 88 % oli potilaan kanssa avo- tai avioliitossa. Yli puolet perheenjäsenistä (69 %) oli saanut ammatillisen koulutuksen. Suurin osa kyselyyn vastanneista perheenjäsenistä (88 %) asui yhdessä potilaan kanssa. Perheenjäseniä kuvaavat tiedot on esitetty taulukossa 3. Perheenjäsenistä 105 (65,2 %) vei potilaan sairaalasta kotiin toimenpiteen jälkeen.

Taulukko 2. Potilaita kuvaavat tiedot (N=173)

<u>Potilaiden taustatiedot</u>	n	%
<u>Sukupuoli</u>		
nainen	95	55
mies	77	44
tieto puuttuu	1	1
<u>Ikä</u>		
alle 45-vuotias	69	40
45-65-vuotias	77	44
yli 65-vuotias	24	14
tieto puuttuu	3	2
<u>Siviilisäät</u>		
naimaton	23	13
avioliitossa	112	65
avoliitossa	21	12
eronnut	10	6
leski	6	3
tieto puuttuu	1	1
<u>Koulutus</u>		
kansakoulu/peruskoulu/amatillinen koulutus	126	73
ylioppilas/opistoasteen/akateeminen koulutus	42	24
tieto puuttuu	5	3
<u>Aikaisemmat tähytykset</u>		
ei aikaisempia tähytyksiä	119	69
ollut aikaisemmin yhdessä tai useammassa tähytyksessä	50	29
tieto puuttuu	4	2

Taulukko 3. Perheenjäseniä kuvaavat tiedot (N=161)

<u>Perheenjäsenten taustatiedot</u>	n	%
<u>Sukupuoli</u>		
nainen	85	53
mies	76	47
<u>Ikä</u>		
alle 45-vuotias	68	42
45-65-vuotias	71	44
yli 65-vuotias	21	13
tieto puuttuu	1	1
<u>Siviilisäät</u>		
naimaton	12	8
avioliitossa	121	75
avoliitossa	21	13
eronnut	4	2
leski	3	2
<u>Koulutus</u>		
kansakoulu/peruskoulu/ammattillinen koulutus	111	69
ylioppilas/opistoasteen/akateeminen koulutus	50	31
<u>Sukulaisuussuhde</u>		
aviopuoliso	109	68
avopuoliso	18	11
jompikumpi vanhemmista	15	9
oma lapsi	10	6
muu sukulainen	6	4
ystävä/työtoveri	2	1
tieto puuttuu	1	1
<u>Asuminen</u>		
asuu potilaan kanssa	142	88
ei asu potilaan kanssa	17	11
tieto puuttuu	2	1

4.5 Aineiston analyysi

Tutkimusaineiston analysoinnissa käytettiin kvantitatiivisia menetelmiä. Tutkimusaineisto käsiteltiin SPSS 9.0 for Windows-ohjelmistolla. Aineiston tarkastelu aloitettiin numeroimalla potilaiden ja perheenjäsenten kyselylomakkeet erikseen, tarkistamalla

saatu aineisto ja laskemalla vastausprosentit. Aineistosta ajettiin ensin suorat jakaumat, joiden perusteella tarkasteltiin tallennusten oikeellisuutta ja saatiin kuvattua tutkimusjoukkoa, vastausten jakautumista ja puuttuvia tietoja. Suorien frekvenssijakaumien avulla tarkasteltiin havaintojen jakautumista tarkasti eri kysymysten kohdalla. Aineiston kuvailu suoritettiin tarkastelemalla muuttujien frekvenssi- ja prosenttijakaumia.

Tilastollisen tietojen käsittelyn lähtökohtana oli tutkimuksen havaintoaineisto. Havaintoaineisto esitettiin kontingenssitaulun eli ristiintaulukon muodossa (mm. Heikkilä 1999). Muuttujien riippuvuusrakenteita tarkasteltiin khiin neliö-testillä ja log-lineaarisella mallittamisella, joka tarjoaa taloudellisen keinon useiden muuttujien yhteyksien tarkastelemiseen ja frekvenssitaulukoiden analysoimiseen. Kaksiulotteisessa ristiintaulukoinnissa perustestinä oli khiin neliö-testi. Log-lineaarisen mallin avulla selvitettiin monen kategorisen muuttujan keskinäisiä yhteyksiä. Log-lineaarisia malleja pidetään erityisen soveliaina sellaisissa tilanteissa, joissa mielenkiinto kohdistuu datan rakenteen tutkimiseen ja kun ollaan kiinnostuneita riippuvuusrakenteista yleensä ja myös korkeamman asteen yhdysvaikutuksista muuttujien välillä. Aineistoon soveltuvaa tilastollista menetelmää valittaessa muuttujien mittaustasolla on olennainen merkitys. Tässä tutkimuksissa mittaustasot ovat suurimmaksi osaksi luokittelevia eli kategorisia. Ristiintaulukointia voidaan käyttää nominaaliasteikonkin tasoille muuttujille. Log-lineaarisen mallituksen lähtökohtana on mittaasteikkomielessä nominaaliasteikko, jolloin analyysi voidaan luokitella kuvailevaksi. (mm. Ihlenfeld 1988, Suominen & Laippala 1997, Heikkilä 1999, Grönroos 2003.)

Log-lineaariset mallit ovat tilastollisia malleja, joiden avulla voidaan kuvata ja tarkastella muuttujien välistä riippuvuusrakennetta. Sen avulla voidaan tarkastella myös useampiulotteisia ristiintaulukoita. Log-lineaarisessa mallissa testataan kaikkien eri muuttujien yhteyttä toisiinsa. Log-lineaarinen mallitus valittiin analyysimenetelmäksi siksi, että sitä pidetään erityisen soveltuvana sellaisissa tilanteissa, joissa keskeisin mielenkiinto kohdistuu aineiston rakenteen tutkimiseen. Log-lineaarisissa malleissa tarkastellaan kahden tai useamman luokitteluasteikon (esimerkiksi sukupuoli ja siviilisääty) tai järjestysasteikon (esimerkiksi jonkin tapahtuman toistuvuutta koskevat kysymykset tai vaihtoehtojen asettaminen paremmuusjärjestykseen) tasoisen muuttujan välistä riippuvuutta. Moniulotteisten kontingenssitaulukojen analysoinnin tarkoituksena oli erottaa kaikista malliin valittujen muuttujien välisistä riippuvuuksista ne, joiden olemassaololle havaintoaineisto antaa tukensa. (Ranta ym. 1994, Laippala 1996, Heikkilä 1999.)

Pelkän kuvailun lisäksi havaittuja riippuvuuksia voidaan myös selittää. Malli voi kuvata kausaalisuutta. Malli ei sinällään osoita kausaalisuutta, vaan se on tutkijan tulokinta. Log-lineaarisessa mallituksessa ei oleteta etukäteen selittäjä-selitettäväasetelmaa. Frekvenssitaulukon muuttujat ovat tässä mielessä tasa-arvoisia, vaikka log-lineaaristen mallien käytössä ja tulosten tulkinnoissa myös muuttujien väliset kausaaliset yhteydet voidaan ottaa huomioon. Tutkija voi itse päätellä, mikä on syy ja mikä seuraus, jos se on tarpeellista. (Nummenmaa ym. 1997, Grönroos 2003.)

Tässä tutkimuksessa muuttujat on jaettu selittäviin ja selitettäviin muuttujiin, jolloin ohjauksella selitetään päiväkirurgisen potilaan postoperatiivista toipumista tähytystyksestä. Log-lineaarinen malli ei sisällä selittäjä-selitettävä-asetelmaa, mutta sen antamia muuttujien välisiä yhteyksiä tarkastellaan siten, että toipumiseen yhteydessä olevat tekijät tulkitaan sitä selittäviksi. (Taulukko 1.) Tässä tutkimuksessa kuvattiin ja raportoitiin log-lineaarisen mallin tilastollisesti merkitseviä yhteyksiä verbaalisesti. (Ihlenfeld 1988, Ranta ym. 1994; Suominen & Laippala 1997.)

Aineiston analysointi suoritettiin hierarkisella log-lineaarisella mallilla (ks. esim. SPSS Advanced models, 1999). Analyysin perustana käytettiin lukumäärämuuttujia, jotka muodostuivat potilaan kyselylomakkeen kysymysten 11 (Minulla oli mahdollisuus keskustella polveni viasta/vammasta), 12 (Minulla oli mahdollisuus keskustella polveeni kohdistuneesta hoidosta), 13 (Sain sairaalassa seuraavat kirjalliset ohjeet mukaani kotiin), 14 (Sain sairaalassa seuraavia suullisia ohjeita) ja 17 (Keskustelin kotihoito-ohjeista) summina. Nämä ilmaisevat niiden tahojen lukumäärän, joiden kanssa oli mahdollisuus keskustella ja jotka osallistuivat ohjaukseen. Samaan kysymykseen kuuluvat muuttujat yhdistettiin yhdeksi uudeksi muuttujaksi (Heikkilä 1999). Näistä muodostui siis yhteensä viisi summamuuttujaa, joita analysoidaan kuten yhtä muuttujaa. Muuttujat ovat keskustelu polven viasta, keskustelu polven hoidosta, kirjallisten ohjeiden määrä, suullisten ohjeiden määrä ja keskustelu kotihoito-ohjeista. Ohjauksen ja toipumisen välille oletetaan syy-seuraussuhde, jota mallilla testataan.

Log-lineaarisen mallin rakentaminen alkoi näiden viiden summamuuttujan sopivuuden testauksella. Malliin otettavien muuttujien valintakriteereinä käytettiin sisällöllistä tarkastelua eli malliin otettiin sellaisia selittäjiä, joilla on teorian pohjalta riippuvuutta selitettävään muuttujaan. Mallin valinnan varmistamiseksi selvitettiin, paraneeko malli olennaisesti, jos siihen lisätään termejä. Malliin tuotiin mukaan yksi uusi muuttuja kerralla. Nämä muuttujat olivat potilaan taustatekijät, tiedonsaanti polven viasta ja sairaalassa toteutuneesta hoidosta sekä saadun tiedon ymmärtäminen. Jatkokäsittelyyn valittiin saadun analyysin perusteella mallit, jotka parhaiten selittivät kulloinkin tarkasteltavaa muuttujaa. Khiin neliö-testillä tutkittiin siten saadun testisuureen arvon merkitsevyyttä. Malliin valittiin tilastollisesti merkitsevät muuttujat. Lopputuloksena oli malli, jossa jäljelle jääneiden muuttujien malliin yhteensopivuus havaintoaineiston kanssa testattiin uskottavuusosamäärä-khiin neliöllä (likelihood-ratio chi square). Tässä tilanteessa suuri p-arvo tarkoittaa hyvää yhteensopivuutta havaintoaineiston kanssa. Malli sopii hyvin, kun p-arvot ovat suuret, likelihood ration p-arvot 1.000 ja khiin neliötestissä 1.000 tai vähän alle. Kun saatu malli sopii samoin kuin saturoitu malli, jossa kaikki tekijät ovat mukana, niin malli on sopiva. Toisaalta arvioitiin selittävien muuttujien välisiä riippuvuuksia. (Laippala 1996; Nummenmaa ym. 1997; Suominen & Laippala 1997; Grönroos 2003.)

Ristiintaulukoinneissa tarkasteltiin tilastollisesti merkitsevää yhteyttä käyttäen Khiin neliö-testiä, kun sen käytölle asetetut edellytykset täyttyivät: korkeintaan 20 % odotetuista frekvensseistä pienempiä kuin 5 ja jokaisen odotettu frekvenssi suurempi

kuin 1 (Heikkilä 2001). Tulosten ristiintaulukointien tilastollisen merkitsevyyden rajana pidettiin p-arvoa $p < 0.1$. Ristiintaulukoinnissa osoittautui järkeväksi luokkien yhdistäminen. Tässä tutkimuksessa kyselylomakkeiden vastausvaihtoehdot ”täysin samaa mieltä” ja ”jokseenkin samaa mieltä” yhdistettiin, jotta jokaiseen luokkaan saatiin riittävästi havaintoja.

Kahden tai kolmen muuttujan keskinäistä riippuvuutta tarkasteltaessa muodostettiin luokat: vähän, kohtalaisesti ja paljon, vastausvaihtoehdoista seuraavasti:

- Potilaan mahdollisuus keskustella polven viasta/vammasta: 0-1 = vähän, 2 = kohtalaisesti, > 2 = paljon
- Potilaan mahdollisuus keskustella polven hoidosta: 0-1 = vähän, 2 = kohtalaisesti, > 2 = paljon.
- Potilas sai sairaalassa kirjallisia ohjeita: 0-2 = vähän, 3-4 = kohtalaisesti, > 4 = paljon. Kun potilas sai enemmän kuin neljä kirjallista ohjetta, hän sai paljon hoitoonsa liittyviä ohjeita. Kun potilas sai 3-4 kirjallista ohjetta, hän sai kirjallisia ohjeita kohtalaisesti ja kun ohjeita oli vähemmän kuin 3, kirjallisten ohjeiden määrä oli vähäinen.
- Potilas sai sairaalassa suullista ohjausta: 0-1 = vähän, 2-3 = kohtalaisesti, > 3 = paljon.
- Potilaan keskustelu kotihoito-ohjeista: 0-1 = vähän, 2 = kohtalaisesti, > 2 = paljon.

Potilaan kyselylomakkeessa oli kaksi avointa kysymystä, kysymys 35: Mitä ongelmia teillä on esiintynyt toimenpiteen jälkeen? ja kysymys 39: Miten teillä on mielestänne sujunut toimenpiteen jälkeinen toipuminen? Perheenjäsenen kyselylomakkeessa oli myös kaksi avointa kysymystä, kysymys 23b: Minkälaisia oireita omaisellanne oli toimenpiteen jälkeen? ja kysymys 27: Miten omaisenne on toipunut toimenpiteestä? Lomakkeiden avoimet kysymykset käsiteltiin kvantitatiivisen sisällön analyysin avulla siten, että aineistosta nostettiin esiin tutkimustehtävien kannalta oleelliset asiat. Analyysiyksikköinä olivat avoimiin kysymyksiin vastatut lauseet. Avoimet vastaukset olivat yksittäisiä sanoja tai lyhyitä lauseita ja niitä käsiteltiin pelkistettyinä lausumina. Avoimista vastauksista saadun aineiston analysointimenetelmänä käytettiin määrällisen sisällön analyysiä, jonka avulla voidaan analysoida kirjoitettua tekstiä systemaattisesti ja objektiivisesti. Lausumat ryhmiteltiin sisällön samankaltaisuuden perusteella. Analyysin alussa avointen kysymysten vastaukset kirjoitettiin puhtaaksi ja luettiin läpi useampaan kertaan. Samalla avointen kysymysten samaa asiaa kuvaavat ilmaisut ryhmiteltiin ja avoimille kysymyksille laadittiin sisältöluokkia induktiivisesti vastausten perusteella. Sisältöluokat asetettiin järjestykseen niiden esiintyvyyuskertojen mukaan ja tutkittavat ilmiöt esitetään tiivistetyssä muodossa. (Polit & Hungler 1995; Kyngäs & Vanhanen 1999; Burns & Grove 2001.)

4.6 Eettiset näkökohdat

Tutkimuseettisten kysymysten tarkastelu on tärkeätä inhimillistä toimintaa tutkivissa tieteissä (Burns & Grove 1995; Vehviläinen-Julkunen 1997; Nicoll & Beyea 1998). Tieteellisessä tutkimuksessa on huomioitava osallistumisen vapaaehtoisuus, oikeus pysyä tuntemattomana, aineiston luottamuksellinen käsittely ja tutkimuslupakysymykset. Potilaiden ollessa mukana tutkimuksessa tulee pyytää tutkimukseen lupa sairaalan eettiseltä toimikunnalta. (Butler 1990; Schröck 1991; Burns & Grove 1995; Vehviläinen-Julkunen 1997.) Tutkimuslupa anottiin keskussairaalan eettiseltä toimikunnalta, jolta saatiin lupa tutkimuksen suorittamiseksi. Osallistumisen vapaaehtoisuus, tutkimuksen luottamuksellisuus ja vastaaminen nimettömänä tuotiin esille kyselylomakkeiden saatekirjeissä. Kyselyyn vastattiin nimettömänä ja täytetyt kyselylomakkeet palautettiin suljetussa kirjekuoressa Tampereen yliopiston Hoitotieteen laitokselle tutkijan nimellä. Aineiston käsittelyssä luottamuksellisuus huomioitiin siten, että aineisto oli vain tutkijan käytössä. Tutkimuksessa ja tulosten raportoinnissa noudatettiin yleisiä tutkimuseettisiä periaatteita. (mm. Burns & Grove 2001.)

Tutkimuksen osallistuvat olivat tietoisia tutkimuksen tarkoituksesta ja osallistui-
vat vapaaehtoisina tutkimukseen (vrt. mm. Leino-Kilpi & Tuomaala 1989). Potilaille ja perheenjäsenille kerrottiin tutkimuksen tarkoitus ja sen luonne, jonka perusteella he päättivät tutkimukseen osallistumisesta. Tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus ja luottamuksellisuus selvitettiin potilaille ja perheenjäsenille potilaan kotiutuessa sairaalasta. Yksityisten henkilöiden nimet eivät tulleet ilmi tutkimuksen missään vaiheessa. Ainoastaan tutkimuksen tekijä käsitteli vastaajien täyttämiä kyselylomakkeita, jotka hävitetään tutkimuksen valmistuttua. Tietokoneajoissa tutkittavat tiedot oli koodattu.

Aineiston hankinnassa hoitajilla oli tärkeä rooli jakaessaan kyselylomakkeet potilaille ja perheenjäsenille. Schröckin (1991) mukaan henkilöitä, jotka ovat mukana tutkimusaineiston keruussa, sitovat samat velvollisuudet kuin tutkijaa, erityisesti täsmällisyys, rehellisyys ja luottamuksellisuus. Tutkimuksen aineistonkeruussa mukana olleet hoitajat olivat tietoisia tutkimuksen tarkoituksesta. He kertoivat tutkimuksen tarkoituksesta tutkimukseen osallistujille, mutta eivät osallistuneet tutkimusprosessiin millään muulla tavalla. Yhteenvetona voi todeta, että tutkimuksessa ei tullut esille eettisiä ongelmia.

5 Tulokset

5.1 Preoperatiivinen ohjaus

Suurin osa potilaista (86 %) ja perheenjäsenistä (80 %) sai tiedon tähystyksen ajankohdasta kuukausi ennen toimenpidettä. Noin neljäsosa potilaista ja perheenjäsenistä sai tiedon sairaalaan menosta alle viikko ennen tähystystä. Osa potilaista (14 %) ja viidesosa (20 %) perheenjäsenistä sai tiedon tähystyksestä yli kuukausi ennen toimenpidettä. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Potilaan ja perheenjäsenen tiedonsaanti tähystyksen ajankohdasta

<u>Tieto tähystyksen ajankohdasta</u>	<u>Potilas</u>		<u>Perheenjäsen</u>	
	n	%	n	%
Alle viikko ennen tähystystä	45	26	43	26
Viikko - 1 kuukausi ennen tähystystä	103	60	87	54
Yli kuukausi ennen tähystystä	25	14	31	20
Yhteensä	173	100	161	100

Suurin osa (79,2 %) potilaista sai ennen toimenpidettä kirjalliset ohjeet siitä, miten polviniveltähystykseen tulee valmistautua. Noin neljäsosaa (24,3 %) potilaista ohjattiin suullisesti toimenpiteestä päätettäessä. Muutama potilas otti itse yhteyttä sairaalaan saadakseen tietoa toimenpiteestä ja siihen valmistautumisesta. Osalle (5,8 %) potilaista toimenpiteeseen valmistautumisesta kertoi perheenjäsen, tuttava tai ystävä, jolla oli kokemusta polviniveltähystyksestä. Osa (5,8 %) potilaista ei saanut ohjeita toimenpiteeseen valmistautumisesta. (Taulukko 5.)

Taulukko 5. Potilaan valmistautuminen tähystykseen

<u>Potilaan valmistautuminen tähystykseen</u>	n	%
Potilaan suullinen ohjaus toimenpiteestä päätettäessä	42	24,3
Potilaalle kirjalliset ohjeet toimenpiteeseen valmistautumisesta	137	79,2
Potilas soitti sairaalaan saadakseen ohjausta	8	4,6
Muulla tavoin	10	5,8
Potilas ei saanut ohjeita valmistautuakseen toimenpiteeseen	10	5,8

Kyselyyn vastanneista perheenjäsenistä (N = 163) 105 (65,2 %) vei potilaan sairaalasta kotiin toimenpiteen jälkeen. Näistä perheenjäsenistä (n = 105) 9 (8,6 %) oli mukana toimenpiteen jälkeisessä ohjaustilanteessa, 4 (3,8 %) oli sairaalassa koko potilaan sairaalassaoloajan ja 17 (16,2 %) sairaalassa toimenpiteen jälkeisen ajan.

5.2 Ohjaus potilaan sairaalassaoloaikana

5.2.1 Potilaan suullinen ja kirjallinen ohjaus sairaalassa

Ohjausta kuvaavien muuttujien väliset riippuvuusrakenteet, jotka ilmenevät log-lineaarisisessa mallissa, esitetään kuviossa 3.

Log-lineaarinen malli:

SUMMA11Q*SUMMA12Q*SUMMA14Q

SUMMA14Q*SUMMA17Q

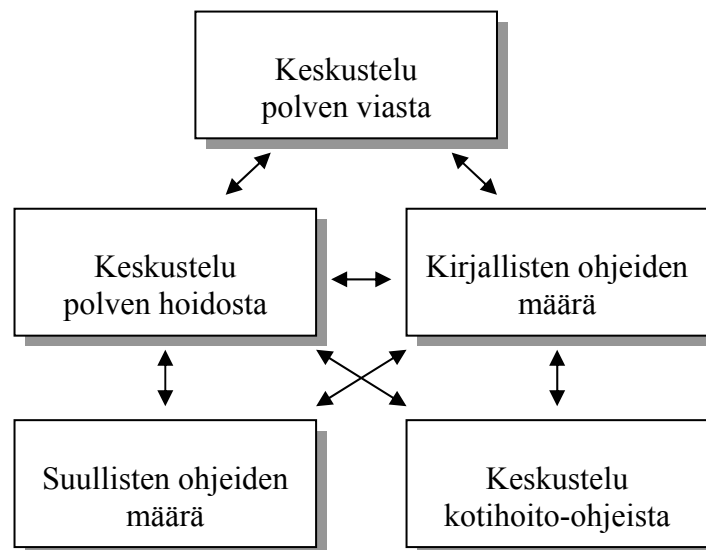
SUMMA13Q*SUMMA14Q

SUMMA12*SUMMA13Q

SUMMA12Q*SUMMA17Q

$G^2 = 93,34$, DF = 196, P = 1,000

Khiin neliö = 108,25, DF = 196, P = 1,000



Kuvio 3. Ohjausta kuvaavien muuttujien välinen yhteys

Ohjausta kuvaavien muuttujien riippuvuusrakenteita tarkasteltaessa khiin neliötestillä havaittiin, että potilaan suullisen ja kirjallisen ohjauksen välillä oli merkitsevä

yhteys. Potilaan keskustelulla polven viasta ($p = 0.051$), hoidosta ($p = 0.003$) ja suullisen ohjauksen määrällä ($p = 0.002$) oli yhteys potilaan saamien kirjallisten ohjeiden määrään. Vähän kirjallisia ohjeita saaneista potilaista 55 % keskusteli vähän hoidosta ja 52 % vähän polven viasta. Paljon kirjallisia ohjeita saaneista potilaista 50 % keskusteli kohtalaisesti ja 28 % paljon polven hoidosta. Paljon kirjallisia ohjeita saaneista potilaista 24 % keskusteli vähän ja 39 % paljon polven viasta. Vähän kirjallisia ohjeita saaneista potilaista noin puolet keskusteli vähän polven viasta ja hoidosta. Potilaista, jotka olivat saaneet paljon kirjallisia ohjeita, noin kolmasosa keskusteli paljon polven viasta ja hoidosta. Vähän kirjallisia ohjeita saaneista potilaista yli neljäsosa sai mielestään vähän, 60 % kohtalaisesti ja 12 % paljon suullisia ohjeita. Paljon kirjallisia ohjeita saaneista potilaista 4 % sai vähän, 47 % kohtalaisesti ja puolet paljon suullisia. (Taulukko 6.)

Taulukko 6. Kirjallisten ohjeiden määrän ja suullisen ohjauksen välinen yhteys

	<u>Kirjallisten ohjeiden määrä</u>						p-arvo
	vähän		kohtalaisesti		paljon		
	n	%	n	%	n	%	
<u>Keskustelu polven viasta (n = 173)</u>							0.051
vähän	14	52	46	46	11	24	
kohtalaisesti	9	33	27	27	17	37	
paljon	4	15	27	27	18	39	
yhteensä	27	100	100	100	46	100	
<u>Keskustelu polven hoidosta (n = 173)</u>							0.003
vähän	15	55	42	42	10	22	
kohtalaisesti	11	41	28	28	23	50	
paljon	1	4	30	30	13	28	
yhteensä	27	100	100	100	46	100	
<u>Suullisten ohjeiden määrä</u>							< 0.000
vähän	15	28	10	14	2	4	
kohtalaisesti	32	60	46	63	22	47	
paljon	6	12	17	23	23	49	
yhteensä	53	100	73	100	47	100	

Polven viasta ja kotihoito-ohjeista keskusteluilla oli merkitsevä yhteys ($p = 0.016$). Samoin keskustelulla polven hoidosta oli merkitsevä yhteys suulliseen ohjaukseen postoperatiiviseen kotihoitoon liittyen ($p = 0.001$). Kirjallisten ohjeiden määrällä ($p = 0.027$) oli merkitsevä yhteys siihen, miten paljon potilas sai suullista ohjausta kotihoitosta. Merkitsevin yhteys oli polven sairaalassa toteutuneesta hoidosta ja kotihoito-ohjeista keskusteluilla ($p = 0.001$.) Paljon polven hoidosta keskustelleista potilais-

ta yli neljännes keskusteli kotihoito-ohjeista paljon. Mitä enemmän potilas keskusteli polven viasta ja sairaalassa toteutuneesta polven hoidosta ja mitä enemmän hän sai kirjallisia ja suullisia kotihoito-ohjeita, sitä useamman henkilön kanssa hän keskusteli kotihoito-ohjeista. (Taulukko 7.)

Taulukko 7. Kotihoito-ohjeista, polven viasta ja hoidosta keskustelun välinen yhteys

	<u>Keskustelu kotihoito-ohjeista</u>						p-arvo
	vähän		kohtalaisesti		paljon		
	n	%	n	%	n	%	
<u>Keskustelu polven viasta (n = 173)</u>							0.016
vähän	13	68	53	41	5	21	
kohtalaisesti	5	26	40	31	8	33	
paljon	1	6	37	28	11	46	
yhteensä	19	100	130	100	24	100	
<u>Keskustelu polven hoidosta (n = 173)</u>							0.001
vähän	13	68	52	40	2	8	
kohtalaisesti	5	26	47	36	10	42	
paljon	1	6	31	24	12	50	
yhteensä	19	100	130	100	24	100	
<u>Kirjallisten kotihoito-ohjeiden määrä (n = 173)</u>							0.027
vähän	4	21	23	18			
kohtalaisesti	12	63	76	58	12	50	
paljon	3	16	31	24	12	50	
yhteensä	19	100	130	100	24	100	
<u>Suullisten ohjeiden määrä (n = 173)</u>							< 0.000
vähän	13	68	38	29	2	8	
kohtalaisesti	6	32	58	47	9	38	
paljon			34	26	13	54	
yhteensä	19	11	130	100	24	100	

Suurin osa potilaista (89 %) keskusteli hoitohenkilökunnan kanssa kotihoito-ohjeista kohtalaisesti tai paljon. Vähän kotihoito-ohjeista keskustelleista potilaista 68 % sai vähän ja 32 % kohtalaisesti kirjallisia ohjeita. Kohtalaisesti kotihoito-ohjeista keskustelleista potilaista 45 % sai kohtalaisesti, 29 % vähän ja 26 % paljon kirjallisia ohjeita. Paljon kotihoito-ohjeista keskustelleista potilaista 54 % sai paljon, 38 % kohtalaisesti ja 8 % vähän kirjallista ohjausta.

Vähän kotihoito-ohjeista keskustelleista potilaista 68 % keskusteli vähän, 26 % kohtalaisesti ja 5 % paljon polven hoidosta. Kohtalaisesti kotihoito-ohjeista keskustelleista potilaista 40 % keskusteli vähän, 36 % kohtalaisesti ja 24 % paljon polven

hoidosta. Paljon kotihoito-ohjeista keskustelleista potilaista 50 % keskusteli paljon, 42 % kohtalaisesti ja 8 % paljon polven hoidosta. (Taulukko 8.)

Taulukko 8. Kirjallisen ohjauksen, kotihoito-ohjeista ja polven hoidosta keskustelun välinen yhteys

	Keskustelu kotihoito-ohjeista						yhteensä	
	vähän n	%	kohtalaisesti n	%	paljon n	%	n	%
Kirjallisten ohjeiden määrä (n = 173)								
vähän	13	68	38	29	2	8	53	31
kohtalaisesti	6	32	58	45	9	38	73	42
paljon			34	26	13	26	47	27
yhteensä	19	100	130	100	24	100	173	100
Keskustelu polven hoidosta (n = 173)								
vähän	13	68	52	40	2	8	67	39
kohtalaisesti	5	26	47	36	10	42	62	36
paljon	1	5	31	24	12	50	44	25
yhteensä	19	100	130	100	24	100	173	100

5.2.2 Potilaan taustatietojen ja ohjauksen välinen yhteys

Potilaan sairaalassaoloajan ohjausta tarkasteltaessa kuvattiin, miten potilaan sukupuoli, ikä, siviilisäätty, koulutus ja kokemukset aikaisemmista tähystyksistä ovat yhteydessä potilaan kokemaan ohjaukseen. Potilaan taustatietojen ja lukumäärämuuttujien riippuvuutta tarkasteltiin log-lineaarisisissa malleissa ja khiin neliö-testillä.

5.2.2.1 Potilaan iän ja ohjauksen välinen yhteys

Potilaan iän ja ohjauksen välillä havaittiin muuttujien riippuvuus log-linearisessa mallissa potilaan iän (PIKAL), keskustelun polven viasta (SUMMA11Q) ja suullisten ohjeiden määrän (SUMMA13Q) välillä, kuten myös potilaan iän, keskustelun hoidosta (SUMMA12Q) ja suullisten ohjeiden määrän sekä potilaan iän, keskustelun polven viasta ja hoidosta välillä. (Kuvio 4.)

Log-lineaarinen malli:

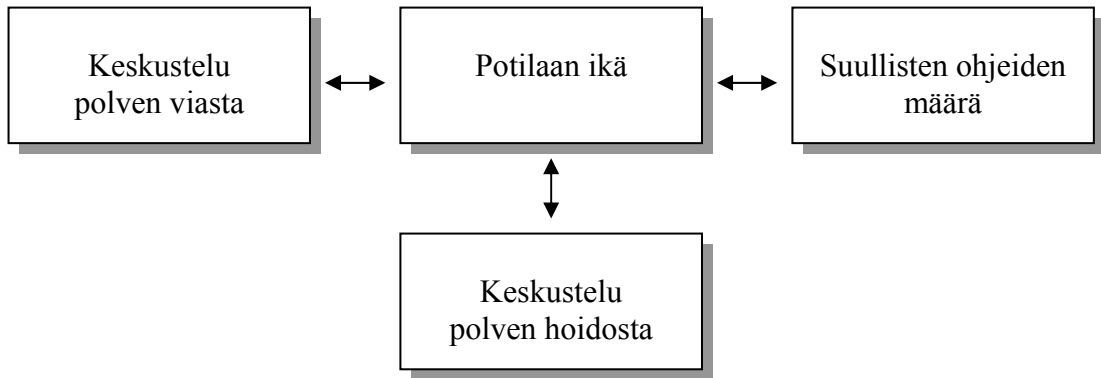
SUMMA11Q*SUMMA13Q*PIKAL

SUMMA12Q*SUMMA13Q*PIKAL

SUMMA11Q*SUMMA12Q*PIKAL

$G^2 = 242,58$, DF = 656, P = 1,000

Khiin neliö = 361,40, DF = 656, P = 1,000



Kuvio 4. Potilaan iän ja ohjauksen välinen yhteys

Potilaan iän ja keskustelun polven hoidosta välillä oli merkitsevä yhteys ($p = 0.093$). Alle 45-vuotiaista potilaista vajaa kolmannes keskusteli paljon polven hoidosta, kun taas yli 65-vuotiaista potilaista yli neljännes keskusteli vähän hoidosta. (Taulukko 9.)

Taulukko 9. Potilaan iän ja hoidosta keskustelun välinen yhteys

Taustatieto	Keskustelu polven hoidosta						p-arvo
	vähän - ei yhtään		kohtalaisesti		paljon		
	n	%	n	%	n	%	
<u>Ikä</u> (n = 170)							0.093
alle 45-vuotiaat	28	43	22	37	19	43	
45-65-vuotiaat	32	48	25	42	23	52	
yli 65-vuotiaat	6	9	13	21	2	5	
yhteensä	66	100	60	100	44	100	

Potilaan iän ja suullisen ohjauksen määrän välillä oli merkitsevä yhteys ($p = 0.076$). Yli 65-vuotiaista potilaista vajaa puolet (48 %) sai vähän tai ei yhtään suullisia ohjeita. (Taulukko 10.)

Taulukko 10. Potilaan iän ja suullisen ohjauksen välinen yhteys

Taustatieto	Suullisten ohjeiden määrä						p-arvo
	vähän - ei yhtään		kohtalaisesti		paljon		
	n	%	n	%	n	%	
<u>Ikä</u> (n = 170)							0.076
alle 45-vuotiaat	14	20	32	46	23	33	
45-65-vuotiaat	28	35	34	43	18	23	
yli 65-vuotiaat	10	48	5	24	6	29	
yhteensä	52	31	71	42	47	28	

Potilaan iän, polven viasta ja polven hoidosta keskustelun välistä yhteyttä esitetään taulukossa 11. Alle 45-vuotiaista potilaista, jotka olivat keskustelleet vähän polven viasta, 75 % keskusteli vähän, 14 % kohtalaisesti ja 11 % paljon polven hoidosta. Alle 45-vuotiaista potilaista, jotka olivat keskustelleet paljon polven hoidosta, 68 % keskusteli paljon, 50 % kohtalaisesti ja 4 % vähän polven hoidosta sairaalassa ollessaan.

Yli puolet vähän polven viasta keskustelleista 45-65-vuotiaista potilaista keskusteli vähän, neljännes kohtalaisesti ja viidennes paljon polven hoitoon liittyvistä asioista. Kolme neljäsosaa paljon polven viasta keskustelleista 45-65-vuotiaista potilaista keskusteli paljon polven hoidosta.

Yli 65-vuotiaista potilaista, jotka olivat keskustelleet vähän polven viasta, melkein kaikki keskustelivat vähän ja yli puolet kohtalaisesti polven hoidosta. Kaikki yli 65-vuotiaat potilaat, jotka keskustelivat paljon polven viasta, raportoivat, että he olivat keskustelleet kohtalaisesti polven hoidosta.

Kaikissa ikäryhmissä potilaat, jotka keskustelivat paljon polven viasta, keskustelivat paljon myös polven hoidosta. (Taulukko 11.)

Taulukko 11. Potilaan iän, polven viasta ja hoidosta keskustelun välinen yhteys

Ikä	Keskustelu polven viasta	Keskustelu polven hoidosta							
		vähän		kohtalaisesti		paljon		yhteensä	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Alle 45-vuotiaat									
	vähän	21	75	3	14	2	11	26	38
	kohtalaisesti	6	21	8	36	4	21	18	26
	paljon	1	4	11	50	13	68	25	36
	yhteensä	28	100	22	100	19	100	69	100
45-65-vuotiaat									
	vähän	22	69	6	24	4	17	32	40
	kohtalaisesti	8	25	16	64	3	13	27	34
	paljon	2	6	3	12	16	70	21	26
	yhteensä	32	100	25	100	23	100	80	100
Yli 65-vuotiaat									
	vähän	5	83	7	54			12	57
	kohtalaisesti	1	17	3	23	2	100	6	29
	paljon			3	23			3	14
	yhteensä	6	100	13	100	2	100	21	100

5.2.2.2 Potilaan koulutuksen ja ohjauksen välinen yhteys

Potilaan koulutuksen ja ohjauksen välillä havaittiin muuttujien riippuvuus log-lineaarisessa mallissa potilaan koulutuksen (PKOULUL), keskustelun polven viasta (SUMMA11Q) ja kotihoito-ohjeista (SUMMA17Q) välillä, kuten myös potilaan koulutuksen ja kirjallisten ohjeiden määrän (SUMMA14Q) välillä. (Kuvio 5.)

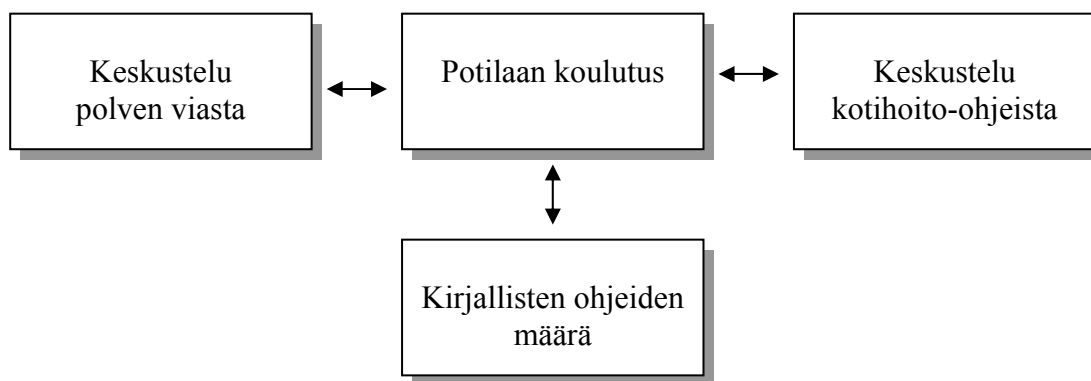
Log-lineaarinen malli:

SUMMA11Q* SUMMA17Q*PKOULUL

SUMMA14Q*PKOULUL

$G^2 = 183,97$, DF = 440, P = 1,000

Khiin neliö = 313,46, DF = 440, P = 1,000



Kuvio 5. Potilaan koulutuksen ja ohjauksen välinen yhteys

Potilaan koulutustaustan ja keskustelun polven hoidosta välillä oli merkitsevä yhteys ($p = 0.014$) siten, että vähemmän koulutetuista potilaista vajaa puolet (44 %) keskusteli vähän tai ei yhtään polven hoidosta, kun taas enemmän koulutetuista potilaista vajaa puolet (40 %) keskusteli paljon polven hoidosta. (Taulukko 12.)

Taulukko 12. Potilaan koulutuksen ja hoidosta keskustelun välinen yhteys

Taustatieto	Keskustelu polven hoidosta						p-arvo
	vähän - ei yhtään		kohtalaisesti		paljon		
	n	%	n	%	n	%	
Koulutus (n = 171)							0.014
kansa/perus/							
ammattillinen koulutus	57	44	46	36	26	20	
ylioppilas/opistotasoinen/							
akateeminen koulutus	10	24	15	36	17	40	
yhteensä	67	39	61	36	43	25	

Potilaan koulutuksen ja suullisten ohjeiden määrän välillä oli merkitsevä yhteys ($p = 0.006$). Yli kolmannes vähemmän koulutetuista potilaista sai vähän tai ei yhtään ja vajaa neljäsosa paljon suullista ohjausta, kun taas enemmän koulutetuista potilaista vajaa puolet sai paljon suullista ohjausta. (Taulukko 13.)

Taulukko 13. Potilaan koulutuksen ja suullisen ohjauksen välinen yhteys

Taustatieto	Suullisten ohjeiden määrä						p-arvo
	vähän - ei yhtään		kohtalaisesti		paljon		
	n	%	n	%	n	%	
<u>Koulutus</u> (n = 171)							0.006
kansa/perus/ ammattillinen koulutus	47	90	52	72	30	64	
ylioppilas/opistotasoinen/ akateeminen koulutus	5	10	20	28	17	36	
yhteensä	52	100	72	100	47	100	

Vähemmän koulutetuista ja vähän kotihoito-ohjeista keskustelleista potilaista 67 % keskusteli vähän polven viasta. Vähemmän koulutetuista ja kohtalaisesti kotihoito-ohjeista keskustelleista potilaista vajaa puolet keskusteli vähän, 29 % kohtalaisesti ja 24 % paljon polven viasta. Vähemmän koulutetuista ja paljon kotihoito-ohjeista keskustelleista potilaista 59 % keskusteli paljon, 35 % kohtalaisesti ja 6 % vähän polven viasta. Enemmän koulutetuista ja paljon kotihoito-ohjeista keskustelleista potilaista 13 % keskusteli mielestään vähän ja 15 % paljon polven viasta. Enemmän koulutetuista ja kohtalaisesti kotihoito-ohjeista keskustelleista potilaista 42 % keskusteli paljon, 39 % kohtalaisesti ja 19 % vähän polven viasta.

Mitä useammin kansa- tai peruskoulutuksen sekä ammatillisen koulutuksen käyneet potilaat olivat keskustelleet kotihoito-ohjeista, sitä useammin he keskustelivat myös polven viasta. Ylioppilaiden, opistotasoisien koulutuksen saaneiden ja akateemisen tutkinnon suorittaneiden kohdalla ei ollut riippuvuutta kotihoito-ohjeista ja polven viasta keskustelun välillä. (Taulukko 14.)

Taulukko 14. Potilaan koulutuksen, polven viasta ja kotihoito-ohjeista keskustelun välinen yhteys

Koulutus	Keskustelu polven viasta	Keskustelu kotihoito-ohjeista						yhteensä	
		vähän n	%	kohtalaisesti n	%	paljon n	%	n	%
Kansa/perus/ ammattillinen koulutus	vähän	10	67	46	47	1	6	57	44
	kohtalaisesti	5	33	28	29	6	35	39	30
	paljon			23	24	10	59	33	26
	yhteensä	15	100	97	100	17	100	129	100
Ylioppilas/ opistotasoinen/ akateeminen koulutus	vähän	3	75	6	19	4	57	13	31
	kohtalaisesti			12	39	2	29	14	33
	paljon	1	25	13	42	1	14	15	36
	yhteensä	4	100	31	100	7	100	42	100

5.2.2.3 Potilaan aikaisempien tähestysten ja ohjauksen välinen yhteys

Potilaan aikaisempien tähestysten ja ohjauksen välillä havaittiin muuttujien riippuvuus log-linearisessa mallissa aikaisempien tähestysten (PAIKTAHL), keskustelun polven hoidosta (SUMMA12Q) ja suullisten ohjeiden määrän (SUMMA13Q) välillä, kuten myös aikaisempien tähestysten ja kirjallisten ohjeiden määrän (SUMMA14Q) välillä. (Kuvio 6.)

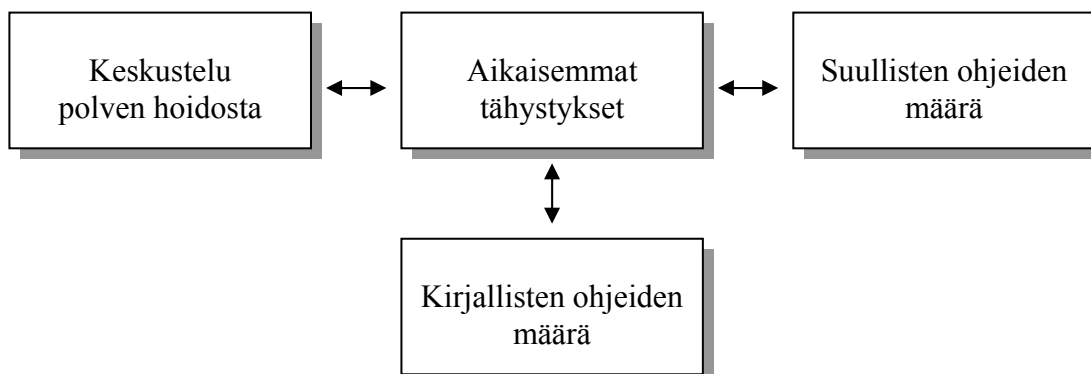
Log-lineaarinen malli:

SUMMA12Q*SUMMA13*PAIKTAHL

SUMMA14Q*PAIKTAHL

$G^2 = 205,18$, DF = 444, P = 1.000

Khiin neliö = 373,28; DF = 444; P = 0,994



Kuvio 6. Aikaisempien tähestysten ja ohjauksen välinen yhteys

Jos potilas oli aikaisemmin ollut polviniveltähystyksessä, hän keskusteli merkitsevästi enemmän polven hoidosta ($p = 0.064$). Vajaa puolet (45 %) ensimmäistä kertaa tähystyksessä olleista potilaista keskusteli vähän tai ei lainkaan polven hoidosta. Yli 65-vuotiaat, vähemmän koulutetut ja ensimmäistä kertaa tähystyksessä olleet potilaat keskustelivat muita vähemmän polven hoidosta. (Taulukko 15.)

Taulukko 15. Aikaisempien tähystysten ja hoidosta keskustelun välinen yhteys

Taustatieto	Keskustelu polven hoidosta						p-arvo
	vähän - ei yhtään		kohtalaisesti		paljon		
	n	%	n	%	n	%	
<u>Aikaisemmat tähystykset</u> (n = 169)							0.064
ei	53	45	37	31	29	24	
on	13	26	23	46	14	28	
yhteensä	66	39	60	36	43	25	

Potilaan aikaisemmillä kokemuksilla polviniveltähystyksestä oli merkitsevä yhteys ($p = 0.040$) siihen, miten paljon hän sai kirjallisia ohjeita. Ensimmäisessä polviniveltähystyksessä olleista potilaista viidennes sai vähän tai ei yhtään kirjallisia ohjeita, kun taas aikaisemmin tähystyksessä olleista potilaista melkein kaikki (94 %) saivat kohtalaisesti tai paljon kirjallisia ohjeita. (Taulukko 16.)

Taulukko 16. Aikaisempien tähystysten ja kirjallisten ohjeiden määrän välinen yhteys

Taustatieto	Kirjallisten ohjeiden määrä						p-arvo
	vähän - ei yhtään		kohtalaisesti		paljon		
	n	%	n	%	n	%	
<u>Aikaisemmat tähystykset</u> (n = 169)							0.040
ei	24	20	67	56	28	24	
on	3	6	29	58	18	36	
yhteensä	27	16	96	57	46	27	

Potilaan aikaisemmillä kokemuksilla polven niveltähystyksestä oli merkitsevä yhteys ($p = 0.011$) siihen, miten paljon hän keskusteli kotihoito-ohjeista. Ensimmäistä kertaa tähystyksessä olleista potilaista 11 (9 %) ja aikaisemmin tähystyksessä olleista potilaista 13 (26 %) keskusteli paljon kotihoito-ohjeista. (Taulukko 17.) Ensimmäistä kertaa tähystyksessä olevat potilaat keskustelivat kotihoidosta vähemmän kuin aikaisemmin tähystyksessä olleet potilaat.

Taulukko 17. Aikaisempien tähystysten ja kotihoito-ohjeista keskustelun välinen yhteys

Taustatieto	Keskustelu kotihoito-ohjeista						p-arvo
	vähän - ei yhtään		kohtalaisesti		paljon		
	n	%	n	%	n	%	
<u>Aikaisemmat tähystykset (n = 169)</u>							0.011
ei	16	14	92	77	11	9	
on	3	6	34	68	13	26	
yhteensä	19	11	126	75	24	14	

Aikaisempien kokemusten ja suullisen ohjauksen välillä oli merkitsevä yhteys ($p = 0.009$). Ensimmäisessä polviniveltähystyksessä olleista potilaista kolmannes sai vähän tai ei lainkaan suullista ohjausta. Kun taas potilaista, joilla oli aikaisempia kokemuksia tähystyksestä, 44 % sai paljon suullista ohjausta. (Taulukko 18.)

Taulukko 18. Aikaisempien tähystysten ja suullisen ohjauksen välinen yhteys

Taustatieto	Suullisten ohjeiden määrä						p-arvo
	vähän - ei yhtään		kohtalaisesti		paljon		
	n	%	n	%	n	%	
<u>Aikaisemmat tähystykset (n = 169)</u>							0.009
ei	40	34	54	45	25	21	
on	11	22	17	34	22	44	
yhteensä	51	30	71	42	47	28	

Niistä potilaista, jotka eivät olleet aikaisemmin olleet tähystyksessä ja jotka olivat saaneet vähän kirjallisia ohjeita, 54 % keskusteli vähän ja 46 % kohtalaisesti polven hoidosta. Potilaista, jotka eivät olleet aikaisemmin olleet tähystyksessä ja jotka olivat saaneet kohtalaisesti kirjallisia ohjeita, 48 % keskusteli vähän, 22 % kohtalaisesti ja 30 % paljon polven hoidosta. Potilaista, jotka eivät olleet aikaisemmin olleet tähystyksessä ja jotka olivat saaneet paljon kirjallisia ohjeita, 39 % keskusteli kohtalaisesti, 29 % vähän ja 32 % paljon polven hoidosta. (Taulukko 19.)

Potilaista, jotka olivat aikaisemmin olleet tähystyksessä ja jotka olivat saaneet kohtalaisesti kirjallisia ohjeita, 38 % keskusteli kohtalaisesti, 31 % paljon ja 31 % vähän hoidosta. Potilaista, jotka olivat aikaisemmin olleet tähystyksessä ja jotka olivat saaneet paljon kirjallisia ohjeita, 67 % keskusteli kohtalaisesti, 11 % vähän ja 22 % paljon polven hoidosta. (Taulukko 19.)

Taulukko 19. Aikaisempien tähystysten, hoidosta keskustelun ja kirjallisten ohjeiden määrän välinen yhteys

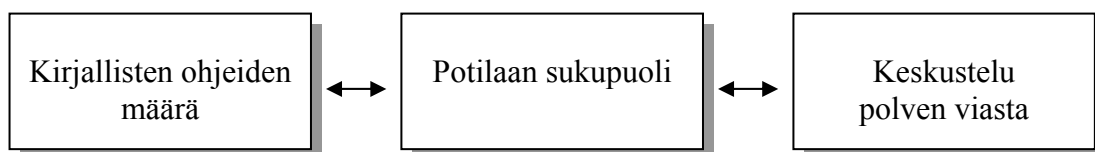
<u>Aikaisemmat tähystykset</u>	<u>Keskustelu polven hoidosta</u>	<u>Kirjallisten ohjeiden määrä</u>							
		vähän		kohtalaisesti		paljon		yhteensä	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Ei	vähän	13	54	32	48	8	29	53	45
	kohtalaisesti	11	46	15	22	11	39	37	31
	paljon			20	30	9	32	29	24
	yhteensä	24	100	67	100	28	100	119	100
Kyllä	vähän	2	67		31		11	13	26
	kohtalaisesti			11	38	12	67	23	46
	paljon	1	33	8	31	4	22	14	28
	yhteensä	3	100	29	100	18	100	50	100

5.2.2.4 Potilaan sukupuolen ja ohjauksen välinen yhteys

Potilaan sukupuolen ja ohjauksen välillä havaittiin muuttujien riippuvuus log-lineaarisessa mallissa potilaan sukupuolen (PSEX), keskustelun polven viasta (SUMMA11Q) ja kirjallisten ohjeiden määrän (SUMMA14Q) välillä. (Kuvio 7.)

Log-lineaarinen malli:
SUMMA11Q*SUMMA14Q*PSEX

$G^2 = 176,21$, $DF = 430$, $P = 1,000$
Khiin neliö = $250,48$, $DF = 430$, $P = 1,000$



Kuvio 7. Potilaan sukupuolen ja ohjauksen välinen yhteys

Naisista, jotka olivat keskustelleet paljon polven viasta, 41 % sai paljon kirjallisia ohjeita. Kun taas miehistä, jotka olivat keskustelleet paljon polven viasta, melkein puolet sai paljon kirjallisia ohjeita. (Taulukko 20.)

Taulukko 20. Sukupuolen, polven viasta keskustelun ja kirjallisten ohjeiden määrän välinen yhteys

Sukupuoli	Keskustelu polven viasta	Kirjallisten ohjeiden määrä							
		vähän		kohtalaisesti		paljon		yhteensä	
		n	%	n	%	n	%	n	%
Nainen	vähän	13	54	19	45	4	14	36	38
	kohtalaisesti	9	38	8	19	13	45	30	32
	paljon	2	8	15	36	12	41	29	30
	yhteensä	24	100	42	100	29	100	95	100
Mies	vähän	15	52	13	45	6	31	34	44
	kohtalaisesti	8	27	11	38	4	21	23	30
	paljon	6	21	5	17	9	48	20	26
	yhteensä	29	100	29	100	19	100	77	100

5.2.2.5 Potilaan siviilisäädyn ja ohjauksen välinen yhteys

Potilaista suurin osa (84 %) sai kohtalaisesti tai paljon kirjallisia ohjeita. Siviilisäätö vaikutti merkittävästi ($p = 0.060$) siihen, miten paljon potilas mielestään sai kirjallisia ohjeita. Yksin asuvista potilaista neljännes (26 %) sai vähän tai ei yhtään kirjallisia ohjeita. Avo- ja avioliitossa asuvista potilaista vajaa kolmannes sai paljon kirjallisia ohjeita. (Taulukko 21.)

Taulukko 21. Potilaan siviilisäädyn ja kirjallisten ohjeiden määrän välinen yhteys

Taustatieto	Kirjallisten ohjeiden määrä						p-arvo
	vähän - ei yhtään		kohtalaisesti		paljon		
	n	%	n	%	n	%	
Siviilisäätö (n = 172)							0.060
yksin asuvat	10	26	23	59	6	15	
avo/avioliitossa	17	13	76	57	40	30	
yhteensä	27	16	99	58	46	26	

5.2.3 Potilaan ja perheenjäsenen kotihoitoon liittyvä ohjaus

Potilaat saivat suullista ja kirjallista ohjausta postoperatiivisessa kotihoidossa. Potilaista 4 % sai suullista kotihoito-ohjausta ennen sairaalaan tuloa, 23 % ennen toimenpidettä ja 83 % sairaalasta lähtiessään. Potilaista 8 % ei saanut mielestään lainkaan suullista kotihoito-ohjausta. Potilaista 3 % sai ennen sairaalaan tuloa, 14 % en-

nen toimenpidettä ja 87 % kotiutuessaan kirjallisia kotihoito-ohjeita. Potilaista 6 % ei saanut mielestään lainkaan kotihoitoa koskevia kirjallisia ohjeita. (Taulukko 22.) Yli puolet (52 %) potilaista keskusteli kotihoito-ohjeista kahdestaan ohjeita antavan henkilön kanssa. Potilaista 78 (45 %) keskusteli kotihoito-ohjeista lääkärin, 137 (80 %) hoitajan, 30 (17 %) muun hoitohenkilökunnan ja 15 (9 %) toisen potilaan kanssa. Potilaista 16 (9 %) ei mielestään keskustellut kenenkään kanssa kotihoito-ohjeista.

Suurella osalla potilaista (69 %) oli mahdollisuus kysyä epäselvistä asioista. Potilaista 57 % oli sitä mieltä, että ohjaustilanne oli turvallinen ja 67 %:n mielestä rauhallinen. Runsaalla kolmasosalla potilaista oli ohjaustilanteessa mukana muita potilaita ja 23 %:a ohjattiin samanaikaisesti muiden potilaiden kanssa. Ainoastaan 5 %:lla potilaista perheenjäsen oli mukana kotihoito-ohjauksessa.

Potilaista 116 (68 %) sai suullista ohjausta haavanhoidossa, heistä 39 % sai ohjausta hoitajalta ja 12 % lääkäriltä. Potilaista 15 (9 %) sai suullista ohjausta nukutuksen ja 53 (31 %) puudutuksen jälkeisen vointinsa seurannassa. Potilaista 163 (94 %) sai ohjausta tähystetyn alaraajan kuntouttamisesta kotona, heistä 62 % sai ohjausta fysioterapeutilta. Potilaista 140 (81 %) sai yhteystiedot mahdollisten postoperatiivisten komplikaatioiden varalle. Potilaista 48:lle (28 %) selvitettiin, miten mahdollisen haavainfektion esiintyessä tulee toimia. Ainoastaan kaksi potilasta ei saanut mielestään minkäänlaista suullista ohjausta.

Potilaista 135 (78 %) sai kirjalliset ohjeet, miten haavoja tulee hoitaa toimenpiteen jälkeen kotona. Potilaista 31 (18 %) sai kirjalliset ohjeet nukutuksen ja 59 (34 %) puudutuksen jälkeisen vointinsa seurannasta. Lähes kaikki potilaat (97 %) saivat kirjalliset ohjeet tähystetyn alaraajan kuntouttamisesta kotona. Potilaista 155 (90 %) sai kirjallisena ohjeet yhteydenotosta mahdollisten postoperatiivisten komplikaatioiden varalle. Potilaista 84 (49 %) sai haavainfektion seurantalomakkeen. Ainoastaan yksi potilas ei mielestään saanut mitään kirjallista ohjetta. Potilaista suurin osa oli sitä mieltä, että kirjalliset ohjeet olivat selkeät ja vajaa kolmannes piti niitä erittäin selkeinä.

Vajaa puolet kyselyyn vastanneista perheenjäsenistä sai postoperatiivista kotihoitoa koskevat ohjeet potilaalta. Yksi perheenjäsen sai lääkäriltä kotihoito-ohjeet suullisesti ja kaksi kirjallisesti. Perheenjäsenistä 16 (10 %) ei saanut lainkaan postoperatiivista kotihoitoa koskevaa ohjausta. Suurin osa (78 %) perheenjäsenistä sai kuitenkin mielestään tarpeeksi paljon tietoa potilaan toimenpiteen jälkeisestä kotihoidosta.

Taulukko 22. Potilaan kotihoitoon liittyvä ohjaus

<u>Potilaan kotihoitoon liittyvä ohjaus</u>	n	%
<u>Suullinen ohjaus</u>		
Ennen sairaalaan tuloa	6	4
Sairaalassa ennen toimenpidettä	39	23
Sairaalasta lähtiessään	143	83
Ei suullista ohjausta	13	8
<u>Kirjallinen ohjaus</u>		
Ennen sairaalaan tuloa	4	3
Sairaalassa ennen toimenpidettä	25	14
Sairaalasta lähtiessään	150	87
Ei kirjallisia kotihoito-ohjeita	9	6

5.2.4 Yhteenveto ohjauksesta potilaan sairaalassaoloaikana

Potilaan ikä, koulutus, sukupuoli, siviilisääty ja hänen kokemuksensa aikaisemmista tähytyksistä vaikuttivat ohjaukseen. Aikaisemmat tähytykset vaikuttivat potilaan ohjaukseen eniten, koska niillä oli merkitsevä yhteys polven hoidosta ja kotihoito-ohjeista keskusteluun sekä kirjalliseen ohjaukseen. Ensimmäistä kertaa polviniveltähystyksessä olleista potilaista kolmannes sai vähän tai ei lainkaan suullista ohjausta. Potilaista, joilla oli aikaisempia kokemuksia tähytyksestä, lähes puolet sai paljon suullista ohjausta, neljäsosa keskusteli paljon kotihoito-ohjeista ja polven hoidosta. Näistä potilaista yli kolmasosa oli saanut paljon kirjallisia hoitoon liittyviä ohjeita. Yhteenvetona voi todeta, että yli 65-vuotiaat, vähemmän koulutetut ja ensimmäistä kertaa tähytyksessä olleet potilaat saivat muita vähemmän ohjausta sairaalassaoloaikana.

5.3 Potilaan ja perheenjäsenen tiedonsaanti

5.3.1 Potilaan ja perheenjäsenen hoitoon liittyvä tiedonsaanti

Potilaista 14 (8 %) sai mielestään liian vähän tai ei yhtään, 19 (11 %) vähän, 54 (32 %) kohtalaisesti ja 86 (49 %) tarpeeksi tietoa polven viasta (Taulukko 23). Lähes kaikki potilaat (82 %) keskustelivat polven viasta lääkärin kanssa. Vajaa puolet potilaista (41 %) keskusteli polven viasta sairaanhoitajan kanssa ja melkein kolmannes (29 %) hoitohenkilökunnan kanssa muiden potilaiden läsnä ollessa. Potilaista 34 %

keskusteli muiden potilaiden kanssa ja 10 % fysioterapeutin kanssa. Potilaista 4 % ei keskustellut polven viasta kenenkään hoitohenkilökuntaan kuuluvan kanssa.

Potilaista 16 (9 %) sai mielestään liian vähän tai ei yhtään, 12 (7 %) vähän, 53 (31 %) kohtalaisesti ja 92 (53 %) tarpeeksi tietoa polven hoidosta. (Taulukko 23.) Yli puolet (62 %) potilaista keskusteli polven hoidosta lääkärin kanssa. Samoin yli puolet potilaista (58 %) keskusteli polven hoidosta sairaanhoitajan kanssa ja kolmannes (32 %) hoitohenkilökunnan kanssa muiden potilaiden läsnä ollessa. Potilaista 19 % keskusteli muiden potilaiden kanssa ja 18 % fysioterapeutin kanssa. Potilaista 5 % ei keskustellut polven hoidosta kenenkään hoitohenkilökuntaan kuuluvan kanssa.

Perheenjäsenistä (n = 105), jotka veivät potilaan kotiin, 83 (79 %) sai mielestään liian vähän tai ei yhtään, 8 (8 %) vähän, 8 (8 %) kohtalaisesti ja 6 (5 %) tarpeeksi tietoa potilaan polven viasta. Ainoastaan kolme perheenjäsentä keskusteli polven viasta lääkärin ja 16 (15 %) hoitajan kanssa. Perheenjäsenistä 50 (48 %) keskusteli polven viasta potilaan kanssa ja 4 (4 %) muiden potilaiden kanssa. Perheenjäsenistä 35 (22 %) ei keskustellut polven viasta ja 17 (11 %) ei pitänyt polvivammaan liittyvää keskustelua tarpeellisena.

Perheenjäsenistä (n = 105), jotka veivät potilaan kotiin, kolme neljäsosaa sai mielestään liian vähän tai ei yhtään, 11 (10 %) vähän, 10 (9 %) kohtalaisesti ja 5 (6 %) tarpeeksi tietoa potilaan polven hoidosta. Kolme perheenjäsentä keskusteli polven hoidosta lääkärin ja muutama hoitajan kanssa. Perheenjäsenistä vajaa puolet keskusteli polven hoidosta potilaan kanssa ja muutama muiden potilaiden kanssa. Perheenjäsenistä vajaa kolmannes ei keskustellut potilaan saamasta hoidosta ja muutama ei pitänyt potilaan hoitoon liittyvää keskustelua tarpeellisena.

Taulukko 23. Potilaan ja perheenjäsenen tiedonsaanti polven viasta ja hoidosta

	<u>Potilaan tiedonsaanti</u>		<u>Perheenjäsenen tiedonsaanti</u>	
	n	%	n	%
<u>Tiedonsaanti polven viasta</u>				
tarpeeksi paljon	86	49	6	5
kohtalaisesti	54	32	8	8
vähän	19	11	8	8
liian vähän tai ei yhtään	14	8	83	79
yhteensä	173	100	105	100
<u>Tiedonsaanti polven hoidosta</u>				
tarpeeksi paljon	92	53	5	6
kohtalaisesti	53	31	10	9
vähän	12	7	11	10
liian vähän tai ei yhtään	16	9	80	75
yhteensä	173	100	105	100

5.3.2 Potilaan tiedonsaanti ohjauksessa

Potilaista, jotka olivat saaneet tietoa polven viasta kohtalaisesti tai ei yhtään ja kirjallisia ohjeita vähän, yli puolet keskusteli vähän polven hoidosta. Toisaalta polven viasta tarpeeksi tietoa ja vähän kirjallisia ohjeita saaneista potilaista 64 % keskusteli polven hoidosta vähän. Potilaista, jotka olivat saaneet tarpeeksi tietoa polven viasta ja paljon kirjallisia ohjeita, 43 % keskusteli paljon polven hoidosta. (Taulukko 24.) Potilaista, jotka olivat saaneet kohtalaisesti tai ei yhtään tietoa polven viasta ja keskustelleet paljon kotihoito-ohjeista, 58 % keskusteli paljon myös polven hoidosta. Potilaista, jotka olivat saaneet paljon tietoa polven viasta ja keskustelleet paljon kotihoito-ohjeista, 42 % keskusteli myös paljon polven hoidosta. (Taulukko 25.)

Potilaan koulutuksen ja tiedonsaannin välillä oli merkitsevä yhteys siihen, miten paljon potilas oli saanut tietoa polven viasta ($p = 0.013$) ja sairaalassa toteutuneesta hoidosta ($p = 0.014$). Vähemmän koulutetuista potilaista yli puolet sai kohtalaisesti tai ei yhtään tietoa polven viasta ja hoidosta. Enemmän koulutetuista potilaista 67 % sai mielestään tarpeeksi tietoa polven viasta ja 71 % tarpeeksi tietoa polven hoidosta. (Taulukko 26 a, 26 b.)

Taulukko 24. Polven viasta saadun tiedon, hoidosta keskustelun ja kirjallisten ohjeiden määrän välinen yhteys

<u>Potilaan saama tieto</u> <u>polven viasta</u>	<u>Keskustelu</u> <u>polven hoidosta</u>	<u>Kirjallisten ohjeiden määrä</u>					
		vähän		kohtalaisesti		paljon	
		n	%	n	%	n	%
Ei yhtään - kohtalaisesti							
	vähän	8	53	24	45	6	33
	kohtalaisesti	7	40	13	25	11	61
	paljon	1	7	16	30	1	6
	yhteensä	16	100	53	100	18	100
Tarpeeksi paljon							
	vähän	7	64	18	38	4	14
	kohtalaisesti	4	36	15	32	12	43
	paljon			14	30	12	43
	yhteensä	11	100	47	100	28	100

Taulukko 25. Polven viasta saadun tiedon, hoidosta ja kotihoito-ohjeista keskustelun välinen yhteys

<u>Potilaan saama tieto</u> <u>polven viasta</u>	<u>Keskustelu</u> <u>polven hoidosta</u>	<u>Keskustelu kotihoito-ohjeista</u>					
		vähän		kohtalaisesti		paljon	
		n	%	n	%	n	%
Ei yhtään - kohtalaisesti							
	vähän	6	75	28	46	2	17
	kohtalaisesti	1	12,5	25	39	3	25
	paljon	1	12,5	8	15	7	58
	yhteensä	8	100	61	100	12	100
Tarpeeksi paljon							
	vähän	7	70	23	34		
	kohtalaisesti	3	30	23	33	7	58
	paljon			22	33	5	42
	yhteensä	10	100	68	100	12	100

Taulukko 26 a. Potilaan koulutuksen ja polven viasta saadun tiedon välinen yhteys

Taustatieto	Potilaan saama tieto polven viasta				p-arvo
	ei yhtään - kohtalaisesti		tarpeeksi paljon		
	n	%	n	%	
Koulutus (n = 170)					0.013
kansa/perus/ ammattillinen koulutus	71	56	57	44	
ylioppilas/opistotasoinen/ akateeminen koulutus	14	33	28	67	
yhteensä	85	50	85	50	

Taulukko 26 b. Potilaan koulutuksen ja polven hoidosta saadun tiedon välinen yhteys

Taustatieto	Potilaan saama tieto polven hoidosta				p-arvo
	ei yhtään - kohtalaisesti		tarpeeksi paljon		
	n	%	n	%	
Koulutus (n = 168)					0.014
kansa/perus/ ammattillinen koulutus	65	51	62	49	
ylioppilas/opistotasoinen/ akateeminen koulutus	12	29	29	71	
yhteensä	77	46	91	54	

Potilaan tiedolla polven viasta oli merkitsevä yhteys keskustelun määrään polven viasta. Vähän polven viasta keskustelleista potilaista yli puolet sai kohtalaisesti tai ei yhtään tietoa polven viasta. Paljon polven viasta keskustelleista potilaista yli puolet sai tarpeeksi paljon tietoa polven viasta. (Taulukko 27.) Vastaavasti tähytyspotilaan tiedonsaannilla ja keskustelulla polven hoidosta oli merkitsevä yhteys ($p = <0.000$). Potilaista, jotka olivat keskustelleet vähän polven hoidosta, 67 % sai kohtalaisesti tai ei yhtään tietoa polven hoidosta. Paljon polven hoidosta keskustelleista potilaista 70 % sai tarpeeksi tietoa polven hoidosta. (Taulukko 28.) Lyhyesti voi todeta ohjauksen lisäävän potilaan tiedonsaantia.

Taulukko 27. Tiedonsaannin ja polven viasta keskustelun välinen yhteys

<u>Muuttuja</u>	<u>Keskustelu polven viasta</u>						p-arvo
	vähän		kohtalaisesti		paljon		
	n	%	n	%	n	%	
<u>Potilaan saama tieto polven viasta (n = 172)</u>							0.020
ei yhtään - kohtalaisesti	44	63	22	42	20	41	
tarpeeksi paljon	26	37	31	58	29	59	
yhteensä	70	100	53	100,0	49	100	

Taulukko 28. Tiedonsaannin ja polven hoidosta keskustelun välinen yhteys

<u>Muuttuja</u>	<u>Keskustelu polven hoidosta</u>						p-arvo
	vähän		kohtalaisesti		paljon		
	n	%	n	%	n	%	
<u>Potilaan saama tieto polven hoidosta (n = 170)</u>							< 0.000
ei yhtään - kohtalaisesti	44	67	21	34	13	30	
tarpeeksi paljon	21	33	41	66	30	70	
yhteensä	65	100	62	100	43	100	

Suullisten ja kirjallisten ohjeiden määrällä sekä keskustelulla hoidosta ja kotihoito-ohjeista oli merkitsevä yhteys potilaan saamaan tietoon polven hoidosta. Potilaista, jotka olivat saaneet paljon tietoa polven hoidosta, 35 % sai paljon suullisia kotihoito-ohjeita, 36 % paljon hoitoa koskevia kirjallisia ohjeita ja 76 % keskusteli kohtalaisesti kotihoito-ohjeista. (Taulukko 29.)

Taulukko 29. Potilaan tiedonsaanti hoidosta

Muuttuja	Potilaan saama tieto polven hoidosta				p-arvo
	ei yhtään - kohtalaisesti		tarpeeksi paljon		
	n	%	n	%	
<u>Suullisten ohjeiden määrä</u> (n = 170)					0.022
vähän	31	40	21	23	
kohtalaisesti	32	41	39	42	
paljon	15	19	32	35	
yhteensä	78	100	92	100	
<u>Kirjallisten ohjeiden määrä</u> (n = 170)					0.010
vähän	14	18	12	13	
kohtalaisesti	52	67	47	51	
paljon	12	15	33	36	
yhteensä	78	100	92	100	
<u>Keskustelu kotihoito-ohjeista</u> (n = 170)					0.021
vähän	13	17	5	6	
kohtalaisesti	58	74	70	76	
paljon	7	9	17	18	
yhteensä	78	100	92	100	

Potilaan taustatiedoilla ei ollut merkitsevää yhteyttä siihen, miten potilas ymmärsi saamansa kotihoito-ohjeet. Lähes kaikki potilaat (95 %) ymmärsivät kotihoito-ohjeet hyvin tai erittäin hyvin. Potilaan tiedon ymmärtämisen ja ohjauksen välillä havaittiin muuttujien riippuvuus log-linearisessa mallissa potilaan tiedon ymmärtämisen (POHJYMM), keskustelun polven viasta (SUMMA11Q) kirjallisten (SUMMA14Q) ja suullisten ohjeiden määrän välillä. (Kuvio 8.)

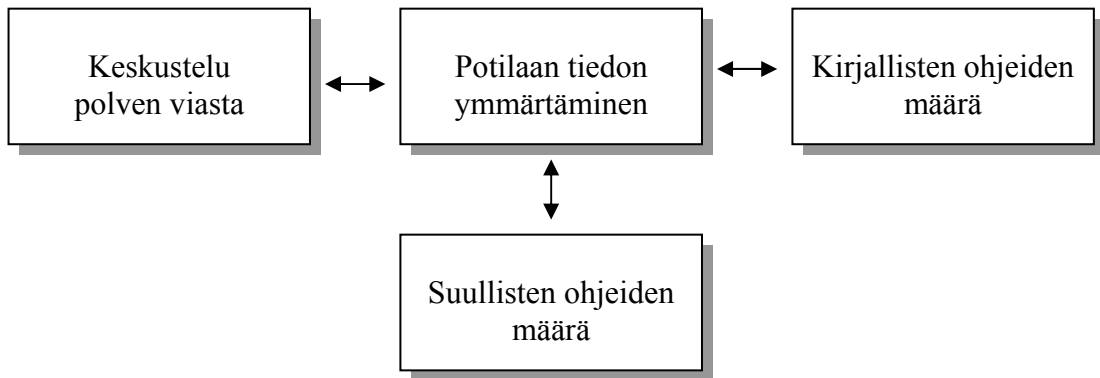
Log-lineaarinen malli:

SUMMA11Q*SUMMA14Q*POHJYMM

SUMMA13Q*POHJYMM

$G^2 = 134,46$, DF = 440, P = 1,000

Khiin neliö = 185,79, DF = 430, P = 1,000



Kuvio 8. Potilaan tiedon ymmärtämisen ja ohjauksen välinen yhteys

5.3.3 Perheenjäsenen tiedonsaanti ohjauksessa

Melkein kaikki perheenjäsenet saivat mielestään tarpeeksi tietoa potilaan kotihoidosta. Muutama perheenjäsen olisi halunnut enemmän tietoa haavanhoidosta ja yleensä postoperatiivisesta kotihoidosta. Lisäksi perheenjäsenet halusivat enemmän tietoa diagnoosista, ompeleiden poistosta, toimenpiteen jälkeisestä liikkumisesta, kivusta, kuntoutumisesta, komplikaatioista ja toipumisesta.

Perheenjäsenen taustatiedoilla ei ollut merkitsevää yhteyttä keskusteluun potilaan polven viasta ja hoidosta. Suurin osa perheenjäsenistä sai vähän tietoa polven viasta ja hoidosta. Perheenjäsenen saamalla tiedolla polven hoidosta ja viasta keskustelulla oli merkitsevä yhteys ($p = 0.002$). Perheenjäsenistä, jotka tiesivät vähän tai ei yhtään potilaan polven hoidosta, vajaa puolet keskusteli vähän potilaan polven viasta ja 6 % keskusteli paljon polven viasta. Kohtalaisesti tai tarpeeksi tietoa saaneista perheenjäsenistä 34 % keskusteli paljon potilaan polven viasta. (Taulukko 30.)

Perheenjäsenen saamalla tiedolla polven hoidosta ja hoidosta keskustelulla oli merkitsevä yhteys ($p = 0.050$). Perheenjäsenistä, jotka saivat vähän tai ei yhtään tietoa potilaan hoidosta, vajaa puolet keskusteli vähän potilaan hoidosta. Perheenjäsenen saaman tiedon hoidosta ja hoidosta keskustelun ($p = 0.063$) välillä oli merkitsevä yhteys. Perheenjäsenistä, jotka saivat tiedon tähytyksestä yli viikko ennen toimenpidettä, vajaa puolet keskusteli vähän potilaan hoidosta. (Taulukko 31.)

Taulukko 30. Perheenjäsenen hoidosta saadun tiedon ja polven viasta keskustelun välinen yhteys

<u>Muuttuja</u>	<u>Keskustelu potilaan polven viasta</u>						yhteensä		p-arvo
	vähän n	%	kohtalaisesti n	%	paljon n	%	n	%	
<u>Perheenjäsenen saama tieto potilaan hoidosta (n = 97)</u>									0.002
ei yhtään - vähän kohtalaisesti - tarpeeksi paljon yhteensä	36	44	41	50	5	6	82	100	
	2	13	8	53	5	34	15	100	
	38	39	49	51	10	11	97	100	

Taulukko 31. Perheenjäsenen hoidosta saadun tiedon ja polven hoidosta keskustelun välinen yhteys

<u>Muuttuja</u>	<u>Keskustelu potilaan hoidosta</u>						yhteensä		p-arvo
	vähän n	%	kohtalaisesti n	%	paljon n	%	n	%	
<u>Perheenjäsenen saama tieto potilaan hoidosta (n = 97)</u>									0.050
ei yhtään - vähän kohtalaisesti - tarpeeksi paljon yhteensä	36	44	42	51	4	5	82	100	
	3	20	9	60	3	20	15	100	
	39	40	51	53	7	7	97	100	
<u>Perheenjäsenen saama tieto toimenpiteen ajankohdasta (n = 105)</u>									0.063
alle viikko tai viikko ennen toimenpidettä yli viikko ennen toimenpidettä yhteensä	8	28	20	69	1	3	29	100	
	37	49	33	43	6	8	76	100	
	45	43	53	53	7	6	105	100	

5.3.4 Yhteenvedo potilaan ja perheenjäsenen tiedonsaannista

Lähes kaikki potilaat saivat mielestään kohtalaisesti tai tarpeeksi tietoa polven viasta ja hoidosta. Suurin osa potilaista keskusteli lääkärin ja noin puolet hoitajan kanssa polven viasta ja hoidosta. Potilaan ja hoitohenkilökunnan välinen keskustelu osoitautui tavoitteelliseksi ohjauskeskusteluksi, jossa potilas sai tietoa polven viasta, sairaalassa toteutuneesta hoidosta ja kotihoidosta. Lähes kaikki potilaat ymmärsivät kotihoito-ohjeet hyvin tai erittäin hyvin.

Noin neljännes perheenjäsenistä ei keskustellut potilaan hoitoon liittyvistä asioista hoitohenkilökunnan kanssa ja joka kymmenes perheenjäsenistä ei pitänyt tarpeellisenä keskustella potilaan hoitoon liittyvistä asioista. Muutama perheenjäsen keskusteli lääkärin tai hoitajan kanssa potilaan polven viasta tai hoidosta. Noin puolet perheenjäsenistä sai tietoa potilaalta itseltään. Potilaat, jotka keskustelivat paljon polven viasta ja saivat useita kirjallisia kotihoito-ohjeita, saivat mielestään myös paljon suullisia kotihoito-ohjeita. Nämä potilaat myös keskustelivat useiden henkilöiden kanssa sairaalassa toteutuneesta polven hoidosta ja postoperatiivisesta kotihoidosta.

Suurin osa perheenjäsenistä sai vähän tai ei yhtään tietoa potilaan polven viasta ja hoidosta, kun taas kolme neljännessä perheenjäsenistä sai mielestään tarpeeksi tietoa potilaan postoperatiivisesta kotihoidosta.

5.4 Postoperatiivinen toipuminen

5.4.1 Potilaan kotiutuminen sairaalasta

Potilaista 139 (80 %) tunsi olonsa turvalliseksi tai erittäin turvalliseksi sairaalasta kotiutuessaan. Samoin lähes kaikkien perheenjäsenien (80 %) mielestä potilas tunsi olonsa turvalliseksi tai erittäin turvalliseksi sairaalasta kotiutuessaan. Potilaista 117 (68 %) tunsi voivansa hyvin tai erittäin hyvin kotiutuessaan. Perheenjäsenistä noin puolet oli sitä mieltä, että kotiutuvan potilaan vointi oli huono tai kohtalainen.

Potilaan taustatiedoista siviilisäädyllyä oli merkitsevä yhteys siihen, minkälaiseksi potilas tunsi olonsa sairaalasta lähtiessään ($p=0.087$). Yksin asuvista potilaista vajaa kolmannes tunsi olonsa kotiutuessaan turvattomaksi tai jonkin verran turvattomaksi. Avo- tai avioliitossa asuvista potilaista vajaa viidennes tunsi olonsa turvattomaksi tai jonkin verran turvattomaksi kotiutuessaan.

Kotiutuessaan yli puolella potilaista saattajana oli avio- tai avopuoliso, 7 %:lla isä tai äiti, 11 %:lla oma lapsi, 7 %:lla joku muu perheenjäsen, 12 %:lla joku muu henkilö ja 12 %:lla ei ollut saattajaa.

5.4.2 Potilaan ohjaus kotiutuksen jälkeen

Suurimmalle osalle potilaista ei soitettu sairaalasta toimenpiteen jälkeen. Kolmelle potilaalle soitettiin sairaalasta joko toimenpiteen jälkeisenä päivänä tai muutaman päivän kuluttua. Potilaista 9 % olisi halunnut, että häneen olisi otettu yhteyttä kotiutuksen jälkeen.

Potilaista 16 (9 %) ja perheenjäsenistä 16 (10 %) otti yhteyttä toimenpiteen jälkeen hoitavaan yksikköön. Pääasiallisina syinä yhteydenottoon olivat polven turvotus ja kipu. Muita syitä olivat haavatulehdus, diagnoosin varmistus, virtsaamisvaivat, runsas haavavuoto, huimaus ja ompeleiden poistoajan sopiminen.

Toimenpidettä seuraavan vuorokauden ajan 75 %:lla potilaista oli seuranaan avio- tai avopuoliso, 10 %:lla isä tai äiti, 31 %:lla oma lapsi, 5 %:lla joku muu perheenjäsen, 2 %:lla joku muu henkilö ja 5 % oli ilman tukihenkilöä.

5.4.3 Postoperatiivisen kivun hoito

Potilailla oli erilaisia keinoja estää tähystetyn polven kipeytyminen ja turpoaminen toimenpiteen jälkeen. Hoitokeinoina olivat liikunta, kylmähoito, raajan kohoasento ja lääkehoito. Useampaa kuin kahta keinoa hyödyntävällä potilaalla oli kohtalaisesti menetelmiä käytössään. Potilaan sukupuolella oli merkitsevä yhteys ($p = 0.042$) siihen, minkälaisia kivun hoitokeinoja potilas käytti. Naisista 79 (83 %) ja miehistä 54 (70 %) käytti kivun hoidossa kohtalaisesti erilaisia hoitokeinoja. Kokemuksilla aikaisemmasta tähystyksestä oli merkitsevä yhteys ($p = 0.069$) potilaan polven kivun hoitoon. Kolme neljäsosaa ensimmäistä kertaa tähystyksessä olleista potilaista ja suurin osa aiemmin tähystyksessä olleista potilaista käytti kivun hoidossa kohtalaisesti erilaisia asianmukaisia hoitokeinoja. Viidesosa potilaista käytti vain yhtä tai kahta hoitokeinoa polven turpoamisen estossa ja kivun lievityksessä. (Taulukko 32.)

Taulukko 32. Potilaan taustatietojen ja kivun hoidon välinen yhteys

Taustatieto	Polven kivun hoito				p-arvo
	1-2 keinoa		yli 2 keinoa		
	n	%	n	%	
<u>Sukupuoli</u> (n = 172)					0.042
nainen	16	41	79	59	
mies	23	59	54	41	
yhteensä	39	100	133	100	
<u>Aikaisemmat tähystykset</u> (n = 169)					0.069
ei	32	82	87	67	
kyllä	7	18	43	33	
yhteensä	39	100	130	100	

Kotihoito-ohjeista keskustelun ja postoperatiivisen kivun hoidon välillä oli merkitsevä yhteys ($p=0.060$). Lähes kaikilla paljon kotihoito-ohjeista keskustelleista potilaista oli kohtalaisesti erilaisia keinoja hoitaa polven kipua. Vähän kotihoito-ohjeista keskustelleista potilaista vajaalla puolella oli vähän keinoja hoitaa polven kipua. (Taulukko 33.)

Taulukko 33. Kotihoito-ohjeista keskustelun ja kivun hoidon välinen yhteys

Selittävä muuttuja	Polven kivun hoito				p-arvo
	1-2 keinoa		yli 2 keinoa		
	n	%	n	%	
<u>Keskustelu kotihoito-ohjeista</u> (n = 173)					0.060
vähän	8	20	11	8	
kohtalaisesti	28	72	102	76	
paljon	3	8	21	16	
yhteensä	39	100	134	100	

5.4.4 Alaraajan kuntouttaminen toimenpiteen jälkeen

Potilaista yli puolet aloitti alaraajan kuntouttamisen viimeistään toimenpidepäivää seuraavana päivänä, kolme neljäsosaa teki harjoitteluohjelman mukaisia liikkeitä 1-2 kertaa päivässä ja melkein kaikki jatkoivat harjoittelua vielä viikko toimenpiteen jälkeen. Yhdeksän potilasta ei kuntouttanut alaraajaa toimenpiteen jälkeen harjoitteluohjelman mukaisesti. (Taulukko 34.)

Taulukko 34. Alaraajan kuntouttaminen toimenpiteen jälkeen

	<u>Alaraajan kuntouttaminen toimenpiteen jälkeen</u>	
	n	%
<u>Harjoittelukertoja päivässä</u> (n = 171)		
1-2 kertaa päivässä	123	72
yli 2 kertaa päivässä	39	23
ei lainkaan	9	5
yhteensä	171	100
<u>Harjoitteluohjelman aloittaminen</u> (n = 171)		
toimenpidepäivänä tai ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä	115	68
aikaisintaan toisena postoperatiivisena päivänä	47	27
ei lainkaan	9	5
yhteensä	171	100
<u>Harjoitteluohjelman jatkaminen toimenpiteen jälkeen</u> (n = 162)		
viikko toimenpiteen jälkeen	148	90
alle viikko toimenpiteen jälkeen	5	3
ei lainkaan	9	7
yhteensä	162	100

Keskustelun polven hoidosta ja alaraajan kuntouttamisen välillä oli merkitsevä yhteys ($p = 0.061$) siihen, miten pitkään potilas jatkoi tähytetyn polven kuntouttamista harjoitteluohjelman mukaisesti. (Taulukko 35.)

Taulukko 35. Polven hoidosta keskustelun ja alaraajan kuntoutuksen välinen yhteys

Selittävä muuttuja	Harjoitteluohjelman jatkaminen toimenpiteen jälkeen				p-arvo
	alle viikko toimenpiteen jälkeen		viikko toimenpiteen jälkeen		
	n	%	n	%	
<u>Keskustelu polven hoidosta</u> (n = 162)					0.061
vähän	8	57	53	36	
kohtalaisesti	6	43	54	36	
paljon			41	28	
yhteensä	14	100	148	100	

5.4.5 Haavan hoito

Toimenpiteen jälkeen potilaat tarvitsivat apua haavanhoidossa. Muutama potilas tarvitsi apua leikkaushaavojen hoitamisessa ja haavojen sidevaihoissa toimenpidepäivänä, ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä ja viikon kuluttua toimenpiteestä. Eniten apua haavanhoidossa tarvitsivat vähän kirjallisia ohjeita saaneet potilaat. Avuntarve potilailla oli suurinta ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä.

Kaikki potilaat pitivät haavat kuivina toimenpidettä seuraavaan päivään asti. Potilaista 14 % kävi saunassa muutaman päivän kuluttua toimenpiteestä. Potilaista lähes puolet suojasi haavat siteillä yli viikon toimenpiteen jälkeen. Potilaista 16 % poisti siteet viimeistään kolmantena postoperatiivisena päivänä. (Taulukko 36.)

Taulukko 36. Postoperatiivinen haavan hoito

	Postoperatiivinen haavan hoito	
	n	%
<u>Saunomisen ajankohta toimenpiteen jälkeen</u> (n = 169)		
muutaman päivän kuluttua toimenpiteestä	24	14
yli viikko toimenpiteestä	145	86
yhteensä	169	100
<u>Haavojen suojaaminen siteillä toimenpiteen jälkeen</u> (n = 170)		
1-3 päivää	26	16
4-7 päivää	66	38
yli viikko	78	46
yhteensä	170	100

Potilaan sukupuoli (p = 0.066) ja iällä (p = 0.066) oli merkitsevä yhteys siihen, milloin potilas saanoi polviniveltähystyksen jälkeen. Naisista 10 % ja miehistä 20 % sekä 45-65-vuotiaista 16 % ja yli 65-vuotiaista 20 % kävi saunassa muutaman päivän kuluttua toimenpiteestä. (Taulukko 37.)

Potilaan toimenpiteen jälkeisen saunomisen ajankohtaan vaikuttivat polven hoidosta keskustelu (p = 0.078), kirjallisten ohjeiden määrä (p = 0.000) ja suullinen ohjaus (p = 0.059). Vähän polven hoidosta keskustelleista potilaista 21 %, vähän kirjallisia ohjeita saaneista 35 % ja vähän suullista ohjausta saaneista potilaista 21 % saanoi muutaman päivän kuluttua toimenpiteestä. (Taulukko 37.)

Taulukko 37. Ohjauksen ja toimenpiteen jälkeisen saunomisen ajankohdan välinen yhteys

	<u>Saunomisen ajankohta toimenpiteen jälkeen</u>				p-arvo
	muutaman päivän kuluttua toimenpiteestä		yli viikko toimenpiteestä		
	n	%	n	%	
<u>Sukupuoli</u> (n = 168)					0.066
nainen	9	37	83	58	
mies	15	63	61	42	
yhteensä	24	100	144	100	
<u>Ikä</u> (n = 166)					0.066
alle 45-vuotiaat	7	29	59	42	
45-65-vuotiaat	13	54	67	47	
yli 65-vuotiaat	4	17	16	11	
yhteensä	24	100	142	100	
<u>Keskustelu polven hoidosta</u> (n = 169)					0.078
vähän	14	58	51	36	
kohtalaisesti	7	29	54	37	
paljon	3	13	40	27	
yhteensä	24	100	145	100	
<u>Kirjallisten ohjeiden määrä</u> (n = 169)					< 0.000
vähän	9	38	17	12	
kohtalaisesti	14	58	85	59	
paljon	1	4	43	29	
yhteensä	24	100	145	100	
<u>Suullisen ohjauksen määrä</u> (n = 169)					0.059
vähän	11	46	41	28	
kohtalaisesti	11	46	61	42	
paljon	2	8	43	30	
yhteensä	24	100	145	100	

Potilailla ja perheenjäsenillä oli mahdollisuus kuvata toimenpiteen jälkeistä toipumista kyselylomakkeiden avoimissa kysymyksissä. Potilaista 120 (69 %) ja perheenjäsenistä 99 (62 %) oli sitä mieltä, että toimenpiteen jälkeinen toipuminen oli ollut hyvää tai erittäin hyvää. Potilaista 17 (10 %) ja perheenjäsenistä 11 (7 %) oli sitä mieltä, että toipuminen oli ollut tyydyttävää tai huonoa. (Taulukko 38.) Potilaan toipumista hidasti sekä potilaan että perheenjäsenen mielestä tähystetyn polven kipu, jäykkyys tai turvotus sekä potilaan väsymys, uupumus tai huonovointisuus. Toimenpiteen jälkeen potilaat kärsivät eniten kivusta polvessa. Potilaista 50 (29 %) ilmoitti postoperatiiviseksi ongelmaksi kivun polven seudussa. Seuraavaksi eniten potilaat kärsivät polven turvotuksesta ja jäykkyydestä. Lisäksi potilailla esiintyi tähystyksen jälkeen selkäsärkyä, väsymystä, haavatulehdus tai huonovointisuutta.

Taulukko 38. Toipuminen potilaan ja perheenjäsenen mielestä

Toimenpiteen jälkeinen toipuminen	Potilaan mielestä		Perheenjäsenen mielestä	
	n	%	n	%
Erittäin hyvä	30	17	21	14
Hyvä	90	52	78	48
Kohtalainen	24	14	29	18
Tyydyttävä tai huono	17	10	11	7
Ei vastausta	12	7	22	13
Yhteensä	173	100	161	100

5.4.6 Potilaan selviytyminen päivittäisistä toiminnoista toimenpiteen jälkeen

Potilailla esiintyi toimenpiteen jälkeen useita ongelmia, jotka vähenivät merkittävästi seuraavana päivänä. Avuntarve kotona liikkumisessa toimenpiteen jälkeen oli vähäistä. Toimenpidepäivänä potilaista vajaa viidennes tarvitsi apua kotona liikkumisessa. Vähän suullista ohjausta saaneet potilaat tarvitsivat ensimmäisenä toimenpiteen jälkeisenä päivänä vähemmän apua kotona liikkumisessa kuin paljon suullista ohjausta saaneet. Paljon kirjallisia ohjeita saaneet potilaat eivät ensimmäisenä toimenpiteen jälkeisenä päivänä tarvinneet apua kotona liikkumisessa. Viikon kuluttua toimenpiteestä lähes kaikki potilaat kykenivät liikkumaan itsenäisesti.

Toimenpiteen jälkeen potilaat tarvitsivat jonkin verran enemmän apua ulkona liikkumisessa kuin kotona. Potilaista 14 % tarvitsi apua ulkona liikkumisessa toimenpidepäivänä ja 7 % ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä. Alle 45-vuotiaista potilaista 14 % ja yli 65-vuotiaista 5 % tarvitsi apua ulkona liikkumisessa toimenpidepäivänä. Potilaista 6 % ajoi autolla toimenpidepäivänä tai sitä seuraavana päivänä. Viikon kuluttua toimenpiteestä suurin osa potilaista kykeni liikkumaan ulkona ilman apua.

Noin kolmannes potilaista tarvitsi toimenpidepäivänä apua kauppa-asioinnissa. Ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä vajaa puolet potilaista tarvitsi apua kauppa-asioinnissa. Naiset tarvitsivat miehiä enemmän apua kauppa-asioinnissa. Yli 65-vuotiaat potilaat tarvitsivat toimenpidepäivänä ja viikon kuluttua toimenpiteestä enemmän apua kauppa-asioinnissa kuin alle 45-vuotiaat. Kirjallisia ohjeita vähän saaneet, suullisesti vähän ohjatut ja vähän kotihoito-ohjeista keskustelleet potilaat tarvitsivat vähemmän apua toimenpiteen jälkeisenä päivänä kauppa-asioinnissa kuin kirjallisia ohjeita paljon saaneet, suullisesti paljon ohjatut ja paljon kotihoito-ohjeista keskustelleet potilaat. Vielä viikon kuluttua toimenpiteestä noin viidennes potilaista tarvitsi apua.

Toimenpidepäivänä noin neljännes potilaista tarvitsi apua, 14 % ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä ja 5 % viikon kuluttua toimenpiteestä apteekkiasioinnissa. Yli 65-vuotiaat ja vähän koulutetut tarvitsivat enemmän apua kuin alle 45-vuotiaat ja enemmän koulutetut toimenpidepäivänä. Vähän hoidosta keskustelleista potilaat tarvitsivat apteekkiasioinnissa enemmän apua kuin paljon hoidosta keskustelleet.

Melkein kolmannes potilaista tarvitsi apua ruoan valmistuksessa toimenpidepäivänä. Perheenjäsenen mielestä potilas tarvitsi enemmän apua ruoan valmistuksessa kuin itse arvioi. Alle 45-vuotiaat tarvitsivat enemmän apua kuin yli 65-vuotiaat ruoan valmistuksessa. Joka kymmenes yksin asuva potilas ja yli neljännes avo- ja avioliitossa asuva tarvitsi apua ruoan valmistuksessa ensimmäisenä toimenpiteen jälkeisenä päivänä. Ensimmäistä kertaa tähytyksessä olleista potilaista 25 % ja aiemmin tähytyksessä olleista potilaista 38 % tarvitsi apua toimenpidepäivänä ruoan valmistuksessa. Puolet paljon kotihoito-ohjeista keskustelleista potilaista tarvitsi ruoan valmistuksessa apua toimenpidepäivänä ja sen jälkeisenä päivänä.

Joka kymmenes potilas tarvitsi apua pukeutumisessa toimenpidepäivänä. Yli 65-vuotiaista potilaista 14 % tarvitsi apua pukeutumisessa viikon kuluttua toimenpiteestä. Paljon hoidosta keskustelleet potilaat eivät tarvinneet apua toimenpiteen jälkeen. Muutama potilas tarvitsi apua peseytymisessä toimenpidepäivänä ja ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä. Paljon polven hoidosta keskustelleet potilaat selviytyivät ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä itsenäisesti peseytymisestä. Kukaan potilaista ei tarvinnut apua peseytymisessä viikon kuluttua toimenpiteestä.

Viidesosa potilaista tarvitsi apua siivouksessa toimenpidepäivänä, neljäsosa toimenpiteen jälkeisenä päivänä ja 16 % viikon kuluttua toimenpiteestä. Naiset tarvitsivat miehiä enemmän apua siivouksessa ensimmäisenä toimenpiteen jälkeisenä päivänä ja viikon kuluttua toimenpiteestä. Kolmasosa yli 65-vuotiaista tarvitsi apua siivouksessa viikon kuluttua toimenpiteestä. Ensimmäistä kertaa tähytyksessä olleista potilaista vajaa viidesosa ja aikaisemmin tähytyksessä olleista kolmasosa tarvitsi apua toimenpidepäivänä. Vähän ohjausta saaneet potilaat tarvitsivat vähemmän siivousapua toimenpiteen jälkeen kuin enemmän ohjatut.

Muutama potilas tarvitsi apua lasten hoidossa toimenpidepäivänä ja sen jälkeen. Potilaat tarvitsivat apua muissakin päivittäisissä toiminnoissa. Eniten potilaat tarvitsivat apua kotieläinten hoitamisessa.

Potilaat tarvitsivat toimenpiteen jälkeen apua sekä omassa hoidossaan että selviytymisessä päivittäisissä toiminnoissa. Toimenpidepäivänä potilaista lähes neljännes, ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä vajaa viidennes ja viikon kuluttua toimenpiteestä lähes kolmannes tarvitsi apua selviytyäkseen hoidostaan. Miehet tarvitsivat naisia enemmän apua toimenpidepäivänä ja viikon kuluttua toimenpiteestä. Alle 45-vuotiaista potilaista neljäsosa ja yli 65-vuotiaista kolmasosa tarvitsi apua viikon kuluttua toimenpiteestä. Paljon ohjausta saaneet tarvitsivat vähemmän apua toimenpiteen jälkeen kuin vähän ohjausta saaneet. (Liite 4.)

Potilaan ja perheenjäsenen mielestä postoperatiivinen toipuminen oli ollut useimmiten hyvää. Perheenjäsenen mielestä potilaan avuntarve toimenpiteen jälkeen oli lähes yhteneväinen potilaan oman arvion kanssa. (Taulukko 39.) Taulukossa potilaan toimenpiteen jälkeinen avuntarve perheenjäsenen mielestä on esitetty sulkujen sisällä.

Taulukko 39. Avuntarve toimenpiteen jälkeen potilaan ja perheenjäsenen mielestä

Muuttuja	<u>Avuntarve potilaan (N = 173) ja perheenjäsenen (N = 161) mielestä</u>		
	Toimenpidepäivänä %	Ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä %	Viikko toimenpiteestä %
Liikkuminen kotona	17 (19)	5 (7)	1 (3)
Liikkuminen ulkona	14 (14)	7 (3)	2 (4)
Haavojen hoito	4 (6)	5 (6)	5 (4)
Siteiden vaihto	4 (4)	10 (8)	4 (4)
Kauppa-asiointi	32 (37)	43 (46)	17 (22)
Apteekissa käynti	25 (29)	14 (14)	5 (8)
Sairaalassa käynti	9 (13)	1 (4)	(3)
Peseytyminen	4 (4)	8 (9)	(3)
Ruoan valmistaminen	29 (40)	24 (37)	6 (14)
Pukeutuminen	9 (6)	7 (6)	2 (1)
Siivous	21 (26)	24 (29)	16 (18)
Lastenhoito	7 (13)	7 (8)	3 (3)
Muu	8 (4)	5 (4)	2 (1)

Potilas tarvitsi eniten apua toimenpidepäivänä ja ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä. Eniten potilaat tarvitsivat apua ruoan valmistamisessa, siivouksessa sekä apteekkiasioiden ja kauppa-asioiden hoidossa. Toimenpiteen jälkeen potilas sai eniten apua perheenjäseneltä ja vähiten potilaat tarvitsivat terveyden- tai sosiaalihuollon ammattilaisten apua. Kolmasosa potilaista ei mielestään tarvinnut kenenkään apua toimenpiteen jälkeen.

5.4.7 Yhteenveto potilaan postoperatiivisesta toipumisesta

Potilaista suurin osa tunsi olonsa turvalliseksi tai erittäin turvalliseksi sairaalasta kotiutuessaan. Samoin lähes kaikkien perheenjäsenien mielestä potilas tunsi olonsa turvalliseksi tai erittäin turvalliseksi sairaalasta kotiutuessaan.

Potilailla oli erilaisia keinoja estää tähytetyyn polven kipeytyminen ja turpoaminen toimenpiteen jälkeen. Hoitokeinoina olivat liikunta, kylmähoito, raajan kohoasento ja lääkehoito. Naiset käyttivät miehiä enemmän kivun hoidossa erilaisia hoitokeinoja. Yli puolet potilaista aloitti alaraajan kuntouttamisen viimeistään toimenpidepäivää seuraavana päivänä ja melkein kaikki jatkoivat harjoittelua vielä viikko toimenpiteen jälkeen.

Potilailla esiintyi toimenpiteen jälkeen erilaisia ongelmia, jotka vähenivät merkittävästi toimenpidettä seuraavana päivänä. Avuntarve potilailla oli suurinta toimenpidepäivänä ja ensimmäisenä postoperatiivisena päivänä. Viikon kuluttua toimenpiteestä lähes kaikki potilaat kykenivät liikkumaan itsenäisesti.

5.5 Yhteenveto tutkimuksen tuloksista

Suurin osa potilaista sai ennen toimenpidettä kirjalliset ohjeet siitä, miten polviniveltähystykseen tulee valmistautua. Potilaan ikä, koulutus, sukupuoli, siviilisääty ja hänen kokemuksensa aikaisemmista tähytyksistä vaikuttivat ohjaukseen. Alle 45-vuotiaat potilaat keskustelivat enemmän polven hoidosta kuin yli 65-vuotiaat potilaat. Yli 65-vuotiaista potilaista vajaa puolet sai vähän tai ei yhtään suullisia ohjeita. Vähemmän koulutetut potilaat keskustelivat vähemmän polven hoidosta ja saivat vähemmän suullista ohjausta kuin enemmän koulutetut potilaat. Miehet saivat naisia enemmän kirjallisia ohjeita. Ja yksin asuvat potilaat saivat vähemmän kirjallisia ohjeita kuin avo- ja avioliitossa asuvat potilaat. Ensimmäisessä polviniveltähystyksessä olleet potilaat saivat vähemmän kirjallisia ohjeita kuin aikaisemmin tähytyksessä olleet potilaat. Vajaa puolet ensimmäistä kertaa tähytyksessä olleista potilaista keskusteli vähän tai ei lainkaan polven hoidosta. Yli 65-vuotiaat, vähemmän koulutetut ja ensimmäistä kertaa tähytyksessä olleet potilaat saivat muita vähemmän ohjausta sairaalassa oloaikana.

Suurin osa potilaista ja perheenjäsenistä sai tiedon tähytyksen ajankohdasta kuu-kausi ennen toimenpidettä. Melkein kaikki potilaat saivat suullista kotihoito-ohjausta sairaalasta lähtiessään. Vajaa puolet perheenjäsenistä sai postoperatiivista kotihoitoa koskevat ohjeet potilaalta. Suurin perheenjäsenistä sai kuitenkin mielestään tarpeeksi paljon tietoa potilaan toimenpiteen jälkeisestä kotihoidosta. Potilaan ja perheenjäsenen mielestä postoperatiivinen toipuminen oli useimmiten hyvää.

6 Pohdinta

6.1 Tutkimuksen luotettavuus

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta tarkastellaan mittaamisen, aineiston keruun ja tulosten luotettavuutena (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997). Kvantitatiivisen tutkimusotteen luotettavuuden tarkastelu keskittyy yleensä käsitteisiin validiteetti eli pätevyys ja reliabiliteetti sekä objektiivisuus. Tutkimuksen validiteetilla tarkoitetaan sitä, kuinka hyvin tutkimuksen tulokset vastaavat todellisuutta eli tutkimuksen tietojen keruumenetelmän pätevyyttä mitata haluttua asiaa sekä niiden päätelmien sopivuutta, mielekkyyttä ja käyttökelpoisuutta, joita mittaustuloksista tehdään. (Eskola 1975; 1981; LoBiondo-Wood & Haber 1990; Alkula ym. 1995; Polit & Hungler 1995; Mellin 1996; Hirsjärvi ym. 2004; Nummenmaa ym. 1997; Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997; Knapp 1998; Heikkilä 1999.)

Mittari ei voi olla validi, ellei se ole myös reliaabeli. Mittauksen reliabiliteetilla tarkoitetaan sen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Reliabiliteetin avulla tarkastellaan tutkimuksen mittausten menetelmän tarkkuutta suhteessa tietojen keruun pysyvyyteen ja toistettavuuteen. Satunnaisvirheet voivat heikentää reliabiliteettiä. Satunnaisvirheitä voi syntyä esimerkiksi, jos vastaaja muistaa tai merkitsee asian väärin. Myös kysymysten ymmärtäminen eri tavalla kuin laatija on tarkoittanut heikentää reliabiliteettiä. Mittarin reliabiliteetti, tarkkuus, ilmaisee, miten tarkasti mittari mittaa kiinnostuksen kohdetta. Reliabiliteetin arvioinnissa kiinnitetään huomio pysyvyyteen, vastaavuuteen ja johdonmukaisuuteen. Pysyvyyden osoittamiseksi mittaus olisi uusittava tietyn ajan kuluttua samalla aineistolla. (Alkula ym. 1995; Burns & Grove 1995; Polit & Hungler 1995; Mellin 1996; Tähtinen & Kaljonen 1996; Nummenmaa ym. 1997; Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997; Knapp 1998; Heikkilä 1999.)

6.1.1 Mittarien luotettavuus

Validiteetin arvioinnissa olennaista on, mittaako mittari todella sitä, mitä sen on tarkoitus mitata. Mittarin validiteettiä arvioidaan tarkastelemalla esimerkiksi sisältövaliditeettiä, käsitevaliditeettiä ja prosessivaliditeettiä. (mm. Alkula ym. 1995; Hirsjärvi ym. 2004; Krause & Kiikkala 1996; Grönroos 2003.)

Esitestauksella arvioidaan lähinnä mittarin validiteettiä, kuten mittarin toimivuutta, loogisuutta, ymmärrettävyyttä ja helppokäyttöisyyttä (Krause & Kiikkala 1996; Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997). Esitestaus nostaa myös tutkimuksen reliabiliteettiä (Mellin 1996; Knapp 1998; Heikkilä 1999). Wilsonin (1989) mukaan

kyselylomake on esitestattava mahdollisimman samanlaisilla vastaajilla kuin varsinainenkin tutkimus suoritetaan mittarin luotettavuuden lisäämiseksi. Ennen varsinaista tutkimusta suoritettuun esitutkimukseen osallistui kymmenen päiväkirurgisessa tähystyksessä ollutta potilasta ja heidän perheenjäsenensä. Esitestauksen (N =20) avulla varmistettiin laadituissa mittareissa käytettyjen käsitteiden ymmärrettävyys. Esitestauksen tavoitteena oli parantaa mittarin kykyä antaa tuloksia, jotka eivät ole sattumanvaraisia ja mittarien ymmärrettävyyden parantaminen (mm. Nieswiadomy 1998; Burns & Grove 2001). Esitestauksen jälkeen tutkija kävi kyselylomakkeet yksityiskohtaisesti läpi kehittämisehdotukset huomioiden ja niiden mukaan mittareita parannellen. Palautteen perusteella molempiin kyselylomakkeisiin lisättiin kysymys potilaan postoperatiivisesta avuntarpeesta. Lisäksi kysymysten ymmärrettävyyttä ja selkeyttä parannettiin täsmentämällä joidenkin kysymysten sanamuotoa. Kyselylomakkeiden vastauksia ei esitestauksessa käsitelty tilastollisesti. Esitestaukseen osallistuneet vastasivat kohderyhmää, mutta eivät olleet mukana varsinaisessa tutkimuksessa.

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa on välttämätöntä ilmaista käsitteet mitattavina muuttujina. Mittarin luotettavuuden ensimmäinen edellytys on tutkittavan ilmiön ja sitä edustavan käsitteen operationalisointi luotettavasti mitattavaan muotoon. Operationalisoinnin ongelma tulee esille, kun mitataan abstraktia käsitettä eli kun ei ole löydettävissä suoraa vastaavuutta abstraktiin käsitteen ja sen konkreettisen ilmene-mismuodon välillä. Tällöin käsitteet on operationalisoitava eli ne on ”paloiteltava” osakäsitteiksi ja osakäsitteet edelleen pienemmiksi ja konkreettisemmiksi käsitteiksi. Operationalisointi sinällään on sisältövaliuden ongelma, koska sen toteutuminen on tutkijan ajatusprosessin tulosta. (Waltz ym. 1991; Alkula ym. 1995; Polit & Hungler 1995.) Tässä tutkimuksessa operationalisoitavana oli abstrakti käsite ”ohjaus”. Käsite pyrittiin operationalisoimaan helpommin mitattaviksi käsitteiksi siten, että mittauksessa pystyttiin saamaan mahdollisimman hyvin todellisuutta vastaavaa tietoa. Kyselylomakkeissa käytettiin ohjausta kuvaamaan käsitteitä keskustelu, suulliset ja kirjalliset ohjeet, jotka ilmensivät vastaajille konkreettista ohjausta päiväkirurgiassa.

Mittarin reliabiliteettia parannettiin informoimalla vastaajat hyvin ja minimoimalla erilaiset virhetekijät kuten kiire, mittausaika, vastaajien henkilökohtaiset ominaisuudet kuten väsymys tai kysymysten paljous (Eskola 1981; Erätuuli ym. 1994; Polit & Hungler 1995; Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997; Heikkilä 1999). Tässä tutkimuksessa potilaan kotiuttavat hoitajat informoivat potilaan ja hänen saattajansa kyselystä. Vastaaja voi valita itselleen sopivimman vastaamisajankohdan, ja hän voi näin rauhassa pohtia vastauksia ja tarkistaa niitä (Valli 2001). Kyselyyn vastanneilla potilailla ja perheenjäsenillä oli mahdollisuus vastata kyselyyn kotona heille itselleen parhaiten sopivana aikana.

Jos mittari on pitkä tai epäselvä, vastaajat jättävät helposti vastaamatta kokonaan tai vastaavat huolimattomasti (Goodman 1997; Valli 2001). Sisältövaliditeetin kautta ei ole saavutettavissa mitään täsmällistä validiteetin osoitinta, mutta se edellyttää, että mittarin sisältö on tutkittavien käsitteiden kannalta järkevä ja perusteltu. Käytetyt

mittarit olivat uusia ja suunniteltu erityisesti tätä tutkimusta varten päiväkirurgisen hoitotyön käsitteiden ja aiempien tutkimusten pohjalta. Mittarien sisältö rakennettiin teoreettisen taustan ja sieltä nousevien käsitteiden pohjalta. Tästä syystä mittarit laadittiin mahdollisimman kattaviksi ja selkeiksi sekä kysymykset spesifeiksi, lyhyiksi ja yksimerkityksellisiksi. Suurin osa kysymyksistä oli puolistrukturoituja, molemmissa kyselylomakkeissa oli lisäksi muutama avoin kysymys. Avoimiin kysymyksiin vastattiin lyhyesti yhdellä tai kahdella sanalla. Mittarien kysymysten järjestys noudatti päiväkirurgisesti hoidettavan potilaan hoitoketjua, joten kysymysten järjestys osaltaan helpotti vastaamista. Mittarit olivat samansisältöisiä siten, että kysymysten muotoilussa oli huomioitu potilaan hoito ja ohjaus sekä perheenjäsenen mukanaolo päiväkirurgiassa.

6.1.2 Aineiston keruun ja analysoinnin luotettavuus

Kvantitatiivisten mittarien luotettavuuteen vaikuttaa mm. tutkimusmenetelmien sopivuus aineistoon (Knapp 1998). Tässä tutkimuksessa kysely valittiin aineiston keruumenetelmäksi, koska tutkimustavoitteiden saavuttamiseksi tarvittiin riittävän suuri määrä tutkimukseen osallistujia. Kyselylomakkeen käyttö oli tässä tutkimuksessa perusteltua.

Mittauksen katsotaan olevan sitä reliaabelimpi, mitä suuremmin se tapahtuu. Hoitotieteellisissä tutkimuksissa joudutaan useinkin mittaamaan hyvin monimutkaisia ja abstrakteja ilmiöitä. Mittauksen eri vaiheissa syntyvät satunnaisvirheet alentavat mittauksen reliaabeliutta (Alkula ym. 1995; Hirsjärvi ym. 2004.)

Vastausprosentti jää usein postikyselyinä tehdyssä aineistonkeruussa alhaiseksi (Valli 2001). Tässä tutkimuksessa vastausprosentti oli potilaiden kohdalla 69,2 % ja perheenjäsenten 64,4 %, mikä on riittävä kyselytutkimukseen (Nieswiadomy 1998; Hirsjärvi ym. 2004). Potilaiden ja perheenjäsenten motivoituneisuutta vastaamiseen kuvastaa korkea vastausprosentti ja puuttuvien vastausten vähäisyys palautetuissa kyselylomakkeissa. Palautetut kyselylomakkeet oli täytetty huolellisesti, täyttämättömiä osioita oli vähän ja yhtään kyselylomaketta ei hylätty. Empiirisen aineiston luotettavuutta lisäsi se, että vastaajat olivat pääsääntöisesti vastanneet kaikkiin kyselylomakkeen kysymyksiin.

Aineiston keruun luotettavuuteen vaikutettiin olemalla säännöllisesti yhteydessä hoitajiin, jotka antoivat kyselylomakkeet potilaille ja perheenjäsenille. Kyselylomakkeiden jakaminen potilaille ja perheenjäsenille tapahtui osastokohtaisesti ja yhteistyössä hoitajien kanssa. Hoitajat, jotka jakoivat potilaalle ja perheenjäsenelle kyselylomakkeet, olivat tietoisia tutkimuksen tarkoituksesta. Tutkimuksessa mukana olleille osastoille toimitettiin myös kirjalliset ohjeet tutkimuksen tarkoituksesta. Kyselyihin vastanneiden halua vastata kysymyksiin rehellisesti tuettiin korostamalla tutkimustietojen luottamuksellisuutta ja vastaamisen vapaaehtoisuutta. Jokaisessa kyselylomakkeessa oli saatekirje, jossa vastaajille selvitettiin kyselyn tarkoitus. Lisäksi mukana oli postimerkillä varustettu palautuskuori, jossa kyselylomake voitiin palaut-

taa. Tämä mahdollisti luottamuksellisen aineiston keruun ja kyselyyn vastaamisen. Täytetyt kyselylomakkeet palautettiin Tampereen yliopiston hoitotieteen laitokselle. Lomakkeiden palauttamista sairaalan ulkopuolisille tutkijoille pidetään tiedonsaannin luotettavuuden kannalta parempana kuin lomakkeen palauttamista sairaalan henkilöstölle (Hirsjärvi ym. 2004).

Peruskysymyksenä on, edustaako otos perusjoukkoa (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997). Tutkimusaineiston muodostivat kaikki 9.4.1997 – 30.3.1998 välisenä aikana isossa keskussairaalassa polviniveltähystyksessä olleet potilaat ja heidän perheenjäsenensä. Kyselytutkimuksessa vastaukset annetaan nimettöminä, jolloin vastausten luotettavuus saattaa parantua, mutta toisaalta tutkimustuloksen luotettavuutta heikentää se, ettei varmuudella tiedetä, kuka kyselyyn vastaa. Kyselylomakkeen on voinut täyttää joku muu kuin tutkimukseen osallistuva henkilö. Kyselyssä ei ole mahdollista selkiyttää kysymyksiä vastaajille. Väärinymmärryksiä on vaikea kontrolloida. Kyselytutkimuksessa on vastaajilla enemmän mahdollisuuksia pohtia vastauksiaan, mikä saattaa lisätä vastausten luotettavuutta. Luotettavuutta parantava tekijä on myös se, että kysymykset esitetään jokaiselle vastaajalle samanlaisena. (Grey 1990; Polit & Hungler 1995; Hirsjärvi ym. 2004; Valli 2001.) Kyselylomakketutkimuksessa vastaajat eivät valehtele tai kaunistele vastauksiaan yleisesti, mutta valmiiden vastausvaihtoehtojen kohdalla lomakkeessa on helppo valita parempi vaihtoehto. Tätä tilannetta pyrittiin välttämään selkeillä kysymyksillä, jotka mittasivat sitä, mitä potilaat pohjimmiltaan ajattelivat. Totuudenmukaista vastaamista pyrittiin myös lisäämään tutkimuksesta kertovalla saatekirjeellä.

Vastaajien oli muistettava asioita, jotka olivat tapahtuneet viikko ennen vastaamista. Muisti voi olla heikentynyt tilapäisesti anestesia- ja lääkeaineiden vaikutuksesta ja tapahtumat voivat sekaantua osastojen vastaavanlaisiin tapahtumiin. Potilaat saattoivat olla myös liian väsyneitä vastatakseen kyselyyn melko pian kotiutuksen jälkeen. Toisaalta tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää niitä kokemuksia ja ajatuksia, joita potilaat ja perheenjäsenet olivat tunteneet ja miten tuntemukset olivat jääneet heille mielikuviksi.

Validiteetin arviointi käsittää mittarin ja koko tutkimuksen sisäisen ja ulkoisen validiteetin pohdinnan. Aineiston sisäinen validiteetti ilmentää teoreettisten ja käsitteellisten määritteiden loogista suhdetta toisiinsa. Sisäisellä validiteetilla tarkoitetaan sitä, vastaavatko mittaukset tutkimuksen teoriaosassa esitettyjä käsitteitä eli kattaako mittaus koko mitattavaksi aiotun alueen. Sisäisen luotettavuuden toteutuminen edellyttää, että tutkija tuntee tutkittavan ilmiön hyvin. Sisäistä validiteettia lisää tutkimustulosten vertaaminen aikaisempiin tutkimustuloksiin. Sisäisesti validissa tutkimuksessa tutkimusasetelma on pysyvä eikä tuloksiin vaikuta esimerkiksi henkilöiden valikoituminen. (Erätuuli ym. 1994; Burns & Grove 1995; Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997; Heikkilä 1999.) Tutkimuksen luotettavuutta tässä tutkimuksessa lisää se, että potilas ja perheenjäsen kuvasivat saman hoitojakson aikaista ohjausta ja potilaan postoperatiivista toipumista. Kyselytutkimuksesta saatavan tiedon luotettavuus paranee, jos tutkittava asia on läheinen ja tuttu tutkimukseen osallistuville (Es-

kola 1981). Päiväkirurgiselle polviniveltähystyksessä olleelle potilaalle tutkittava aihe oli tuttu ja läheinen, koska kyselyyn vastaaminen tapahtui ensimmäisen postoperatiivisen viikon aikana. Potilaan perheenjäsenelle kyselyyn vastaaminen oli pinnallista, koska ainoastaan osa perheenjäsenistä oli potilaan mukana sairaalassaolokautena. Vastaajat osallistuivat vapaaehtoisesti tutkimukseen. Tämän tutkimuksen sisäistä validiteettia tukevat aineiston kattavuus, tutkimuksen tekijän tutkittavan ilmiön tuntemus ja objektiivinen työskentely sekä tutkimustulosten vertaaminen aikaisempiin tutkimuksiin.

Tulosten ulkoisen validiteetin keskeinen kysymys on tutkimustulosten yleistettävyyden ulkoinen validiteetti ilmaisee teoreettisten johtopäätösten ja empiirisen aineiston välisen suhteen. Tutkimus on ulkoisesti luotettava, kun vastaaja antaa totuudenmukaista tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Ulkoinen validiteetti kuvaa sitä, missä määrin aineistosta saatavia tuloksia voidaan yleistää suurempaan perusjoukkoon (Erätuuli ym. 1994; Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997; Knapp 1998). Tutkimuksen ulkoista validiteettia tukee vastausten totuudenmukaisuus.

Tulosten luotettavuuteen vaikuttivat aineisto, analyysimenetelmät ja tulosten tulkinnan oikeellisuus. Tutkimuksen teoreettinen lähtökohta osoittautui perustelluksi ja tutkimusta tukevaksi rakenteeksi. Mittari tutkimusprosessin kokonaisuudessa toimi melko hyvin. Suorat jakaumat kysymyksistä olivat informatiivisia. Ristiintaulukointia tehtiin paljon, jotta kaikki mahdolliset riippuvuudet tulisivat esille. Khiin nelio-testin käytön edellytyksinä tulee huomioida, että muuttujiksi riittävät nominaaliskategoriat tasoiset muuttujat, korkeintaan 20 % odotetuista frekvensseistä saa olla pienempiä kuin 5 ja että jokaisen odotetun frekvenssin on oltava suurempi kuin 1. Kun edellytyksen huomioidaan, johtopäätökset eivät ole virheellisiä. (Heikkilä 1999.) Tässä tutkimuksessa tutkija varmisti tulosten analyysissä ja tulosten raportoinnissa, että testin edellytykset olivat voimassa.

Tuloksia tutkittaessa ja niiden yleistämistä pohdittaessa on otettava huomioon tutkimuksen puutteet ja rajoitukset. Aineisto on kerätty yhden keskussairaalan päiväkirurgisilta potilailta ja perheenjäseniltä. Tulosten yleistettävyyttä rajoittaa se, että tieto kerättiin kunkin potilaan yhdeltä perheenjäseneltä. Tutkimustuloksien käyttökelpoisuus määräytyy niiden luotettavuudesta, yleistettävyyden laajuudesta ja merkityksestä ihmisten todellisuudessa (Erätuuli ym. 1994). Edellä mainitut tekijät ovat tärkeitä tutkimuksen luotettavuutta arvioitaessa. Tässä tutkimuksessa on joitakin metodologisia rajoituksia. Aineisto on kerätty yhdestä potilasryhmästä ja näiden perheenjäseniltä, jolloin tulokset eivät ole yleistettävissä kaikkiin päiväkirurgisiin potilaisiin tai heidän perheenjäseniinsä. Tutkimuksen tuloksia ei voi yleistää kaikkien päiväkirurgiassa hoidettavien potilaiden ohjaukseen eikä kotona toipumisen tarkasteluun, koska tutkimuksessa keskityttiin kuvaamaan polviniveltähystyksessä olleiden potilaiden ohjausta.

Metodologisista rajoituksista huolimatta tutkimus tuotti käyttökelpoista tietoa päiväkirurgiseen hoitotyöhön. Tässä tutkimuksessa luotettavuuteen vaikuttivat mm. vastausprosentti, aineiston tulkinta ja analysoinnin objektiivisuus. Kvantitatiivisen

tutkimuksen luotettavuus perustuu ensisijaisesti tutkittavan ilmiön mittaamisen onnistumiseen, mikä tarkoittaa luotettavan mittarin, sopivien tutkimusmenetelmien ja aineiston käsittelytapojen valintaa. Tässä tutkimuksessa valituilla mittareilla ja analyysimenetelmillä saatiin johdonmukaisesti vastaukset tutkimusongelmiin, joten luotettavuutta voidaan tältä osin pitää hyvänä.

6.2 Tutkimustulosten tarkastelu

Tutkimuksen tavoitteena oli kuvata, miten potilaan ohjaus päiväkirurgisessa hoitotyössä toteutuu potilaan ja hänen perheenjäsenensä näkökulmasta, minkälaista ohjausta potilas ja perheenjäsen ovat mielestään saaneet potilaan polven viasta, hoidosta sairaalassa ja postoperatiivisesta kotihoidosta, miten potilas ohjauksen avulla selviytyy tähytyksen jälkeen perheenjäsenen avustamana hoidosta kotona ja miten potilas mielestään toipuu päiväkirurgisen polviniveltähytyksen jälkeen

6.2.1 Potilaan ja perheenjäsenen ohjaus päiväkirurgisessa hoitotyössä

Suurin osa potilaista sai alle viikko ennen tähytystä kirjalliset ohjeet päiväkirurgiseen polviniveltähytykseen valmistautumisesta. Tutkimuksen tulokset preoperatiivisen ohjauksen ajankohdasta olivat samankaltaisia kuin aiemmissa tutkimuksissa, joiden mukaan preoperatiivinen ohjaus oikein ajoitettuna helpottaa toimenpiteeseen valmistautumista (mm. Leino-Kilpi ym. 1993a; Oberle ym. 1994; Gammon & Mulholland 1996; Palmu & Suominen 1999; Driscoll 2000). Kirjallinen tai suullinen ohjaus 1-4 viikkoa ennen tähytystä auttaa potilasta enemmän kuin ohjaus toimenpidettä edeltävänä päivänä. Potilasohjauksen toteuttaminen liian aikaisin tai liian lähellä leikkausajankohtaa vaikeuttaa tiedon omaksumista. (Lepszyck ym. 1990; Leino-Kilpi ym. 1994; Otte 1996; Posel 1999.) Asianmukaisessa toimenpiteeseen valmistautumisessa tulisi preoperatiivisen ohjauksen ajankohtaan kiinnittää huomiota. Leikkaukseen valmistautumisen tulisi perustua hoitohenkilökunnan ohjaukseen eikä ainoastaan perheenjäsenen tai potilaan itse hankkiman tiedon varaan.

Tässä tutkimuksessa päiväkirurgisen potilaan preoperatiivinen ohjaus koostui pääasiassa kirjallisista ohjeista, joiden avulla potilas valmistautui tähytykseen. Aiempien tutkimusten mukaan preoperatiivinen ohjaus lisää potilaan fyysistä ja psyykkistä kotiutumisen jälkeistä hyvinvointia ja mahdollistaa entistä aikaisemman kotiutumisen. Ennen toimenpidettä toteutetulla ohjauksella on positiivinen vaikutus kirurgisen potilaan postoperatiiviseen toipumiseen kotona, koska leikkauksen jälkeinen kipulääkkeiden tarve ja komplikaatioiden riski vähenee. (mm. Oberle ym. 1994; Gammon & Mulholland 1996; Otte 1996; Övreitveit 1997; Posel 1999; Palmu & Suominen 1999; Driscoll 2000.)

Päiväkirurgisessa ohjauksessa korostuu kotihoidon osuus. Vaikka preoperatiivinen ohjaus keskittyi toimenpiteeseen valmistautumiseen, niin laajempi päiväkirurgi-

sen ohjauksen tarkastelu toi esille kotona selviytymisen. Sairaalasta kotiutuessaan potilas sai kirjalliset ja suulliset kotihoito-ohjeet ja hänellä oli mahdollisuus keskustella kotihoidosta. Kotihoitoon liittyvä ohjaus oli selkeää ja ymmärrettävää ja itse ohjaustilanne turvallinen ja rauhallinen, mikä osaltaan selittää kotihoidon onnistumista. (vrt. Åstedt-Kurki 1992; Kanto 1996; Mitchell 1997; Young & O'Connell 2001; Mattila 2001; Nuikka 2002).

Toisaalta tutkimuksen tulokset eivät tue aiempia tuloksia, joiden mukaan kotihoiton suunnittelu aloitetaan jo ennen potilaan sairaalaan tuloa niin, että potilas ja perheenjäsen voivat ennakolta suunnitella postoperatiivista vaihetta (mm. Oberle ym. 1994; Mitchell 1997; Doyle 1999; Palmu & Suominen 1999). Tässä tutkimuksessa potilas sai kotihoitoon liittyvää ohjausta vasta kotiutumistilanteessa, vaikka aiempien tutkimusten (mm. Naylor ym. 1999; Bull ym. 2000; Schroeter 2002) mukaan etenkin iäkkäiden potilaiden kotihoiton suunnittelu ennen sairaalaan menoa on erityisen tärkeää. Ohjeiden antaminen kirjallisena ei välttämättä merkitse tiedon välittymistä. Ohjaustilanteessa hoitaja keskustelee potilaan kanssa, tarkkailee hänen fyysistä ja psyykkistä tilaansa ja seuraa, miten potilas ymmärtää saamansa ohjeet. (mm. Laitinen & Åstedt-Kurki 1996; Lancaster 1997; Kettunen & Poskiparta 1998; Posel 1999.)

Päiväkirurgisessa ohjauskeskustelussa käsiteltiin yleensä polven vammaa, sairaalassa toteutunutta hoitoa ja kotihoitoon liittyviä ohjeita. Päiväkirurgisen potilaan ja hoitohenkilökunnan väliset keskustelut olivat tavoitteellisia ohjaustilanteita, joissa potilas sai hoitoonsa liittyvää tietoa. Tutkimusten mukaan potilaan tiedot omasta hoidostaan vaihtelevat suuresti (mm. Kanerva ym. 1999; Perälä ym. 1999; Wong ym. 1999; Renholm & Suominen 2000; Välimäki ym. 2001). Tässä tutkimuksessa suurin osa potilaista sai riittävästi tietoa polven viasta ja hoidosta lääkäriltä ja sairaanhoitajalta. Tulos eroaa jonkin verran aiemmista tutkimuksista (vrt. Cortis & Lacey 1996; Leinonen ym. 1996; Mistiaen ym. 1997; Renholm & Suominen 2000; Leinonen 2002), joiden mukaan potilaat haluavat tietoa toimenpiteen suorittavalta lääkäriltä. Myös Cortisin & Lacey (1996) tutkimuksen mukaan potilaan mielestä ensisijainen tiedon lähde on lääkäri. Wongin ym. (1999) mukaan kuitenkin suurin osa potilaista saa enemmän tietoa hoitajalta kuin lääkäriltä. Tässä tutkimuksessa päiväkirurgisen tähytyspotilaan ohjauksessa korostuu fysioterapeutin osuus alaraajan postoperatiivisen kuntoutuksen ohjaajana.

Perheenjäsen ei yleensä ollut mukana potilaan ohjauksessa. Tulos on samanlainen kuin Paavilaisen ym. (2001) tutkimuksessa, jonka mukaan vain puolella potilaista oli perheenjäsen mukana kotihoito-ohjeista keskusteltaessa. Kaikilla perheenjäsenillä ei ole mahdollisuutta, aikaa tai halua osallistua potilaan hoitoon (Perälä ym. 1999; Paavilainen ym. 2001). Suurin osa perheenjäsenistä sai potilaan hoidosta vähän tietoa ja yleensä potilaan kanssa keskustelemalla. Perheenjäsenet olivat tyytyväisiä potilaalta saamaansa kotihoitoon liittyvään tietoon. Voidaan todeta, että perheenjäsenet ovat tyytyväisiä saamaansa tietoon huolimatta siitä, keneltä ovat tiedon saaneet. Eräiden aiempien tutkimusten mukaan perheenjäsenet saivat mielestään riittävästi hoitoon

liittyvää tietoa (Hiltunen ym. 1996; Perälä ym. 1999). Toiset tutkimukset taas päätyivät päinvastaiseen tulokseen (mm. Eriksson 1996; Mäkelä 1996; Driscoll 2000). Tässä tutkimuksessa kuten myös Driscollin (2000) tutkimuksessa potilas sai sairaudesta ja kotihoidostaan enemmän tietoa kuin perheenjäsen. Aiemmat tutkimukset osoittavat, että perheenjäsen tarvitsee monipuolisempaa kotihoidon ohjausta (mm. Eriksson 1996; Laitinen & Isola 1996; Driscoll 2000) ja odottaa saavansa enemmän tiedollista, konkreettista ja emotionaalista tukea (Åstedt-Kurki ym. 1997; 1999). Aiempien tutkimusten mukaan perhettä ei tueta potilaan toipumisvaiheessa riittävästi (mm. Tarkka 1996; Paavilainen & Åstedt-Kurki 1997; Zazpe ym. 1997). Myös tämän tutkimuksen mukaan perheenjäsenen tiedollinen tukeminen oli vähäistä, koska hän sai hoitoon liittyvää tietoa pääasiassa potilaalta eikä hänellä ollut tilaisuutta keskustella hoitoon liittyvistä mahdollisista ongelmista hoitohenkilökunnan kanssa (vrt. Åstedt-Kurki 1992; Eriksson 1996; Åstedt-Kurki ym. 2001). Van der Smagt-Duijnsteen ym. (2000) tutkimuksen mukaan yleensä perheenjäsen tekee aloitteen keskustellakseen hoitajan kanssa. Päiväkirurgiassa hoitajan tulisi kiinnittää enemmän huomiota perheenjäsenen ohjauksen suunnitteluun ja aktivoida tätä osallistumaan potilaan hoitoon.

Osa perheenjäsenistä halusi enemmän tietoa haavanhoidosta, diagnoosista, ompeleiden poistosta, toimenpiteen jälkeisestä liikkumisesta, kivusta, komplikaatioista, toipumisesta ja kotihoidosta yleensä. Tulos on samankaltainen kuin Perälän ym. (1999) tutkimuksessa, jonka mukaan perheenjäsenä kiinnostaa erityisesti potilaan kuntoutukseen ja jatkohoitoon liittyvä tieto. Tässä tutkimuksessa perheenjäsenen taustatiedoilla ei ollut merkitsevää yhteyttä siihen, millaista ohjausta hän koki saaneensa. Tulos eroaa aiemmista (Hiltunen ym. 1996; Perälä ym. 1999) tutkimuksista, joissa mm. koulutetut ja nuoret perheenjäsenet suhtautuvat kriittisemmin potilaan hoitoon ja ohjaukseen kuin vähemmän koulutusta saaneet ja vanhemmat ikäryhmät.

Kirjallisten ja suullisten hoitoon liittyvien ohjeiden määrällä oli merkitsevä yhteys. Mitä enemmän potilas sai kirjallisia ohjeita, sitä enemmän hän sai myös suullista ohjausta. Potilaan taustatiedoilla oli merkitsevä yhteys ohjaukseen. Ensimmäistä kertaa tähystyksessä olleet potilaat saivat muita vähemmän suullisia ja kirjallisia ohjeita. Yli 65-vuotiaiden ja vähemmän koulutettujen potilaiden suullinen ohjaus oli vähäistä. Leino-Kilven ym. (1994) mukaan vähemmän koulutusta saaneet ovat saamaansa tietoon tyytyväisempiä kuin koulutetut potilaat. Toisaalta Välimäen ym. (2001) tutkimuksen mukaan kansakoulun käyneet potilaat odottavat saavansa hoitoaan koskevaa tietoa enemmän kuin ylioppilas- ja ammattitutkinnon suorittaneet. Suurin osa potilaista sai postoperatiiviseen kotihoitoon liittyvää suullista ja kirjallista ohjausta sairaalasta lähtiessään. Osa potilaista ei mielestään saanut lainkaan kotihoito-ohjausta. Ainoastaan muutamalla potilaalla oli perheenjäsen mukana kotihoito-ohjauksessa.

Keskeinen lähtökohta leikkauspotilaan hoitotyössä on turvallisuuden tunteen vahvistaminen (mm. Hankela 1999; Mattila 2001). Tämän tutkimuksen mukaan päiväkirurginen potilas tunsu olonsa turvalliseksi sairaalasta kotiutuessaan (mm. Korttila 1997; Marscall & Chung 1999). Päiväkirurgisen potilaan keskeinen kotiuttamiskri-

teeri edellyttää, että potilaalla on vastuullinen saattaja kotona aikuinen henkilö leikkausta seuraavan vuorokauden ajan (mm. Stephenson 1990; Cahill & Jackson 1997; Alanko ym. 1990; Lahtinen ym. 1998; Korttila 1997; Ukkola ym. 2001). Saattajana ja potilaan apuna toimenpiteen jälkeisen vuorokauden oli lähes aina perheenjäsen. Tämän tutkimuksen mukaan potilaista 64 %:lla oli sairaalasta kotiin saattaja ja melkein kaikilla (95 %) aikuinen henkilö potilaan seurana kotona seuraavan vuorokauden ajan. Ongelmien tai komplikaatioiden vaatimaa uutta sairaalahoitoa ei tarvittu, vaikka kotiutuksen suunnittelu ei ollutkaan preoperatiivista. (vrt. mm. Parkes & Shepperd 2002; Naylor ym. 1999).

6.2.2 Potilaan toipuminen päiväkirurgisesta toimenpiteestä

Tutkimuksen teoreettisissa lähtökohdissa kuvataan, miten potilas saamansa ohjauksen avulla selviytyy postoperatiivisesta kotihoidosta. Sairaalasta kotiutuessaan potilas sai kirjalliset kotihoito-ohjeet ja hänellä oli mahdollisuus keskustella kotihoidosta. Tutkimuksen tulos tukee aiempia tutkimuksia, joiden mukaan potilas saa kotiutuessaan ohjeet, joista selviää mm. kotihoitoon liittyvät toimet, kuntoutus, kipulääkitys ja yhteystiedot hoitaneeseen yksikköön (mm. Baehser-Griffith ym. 1997; Leino-Kilpi & Suominen 1999; Fysh 1999). Tutkimukseen osallistuneet potilaat hallitsivat tähystyksen jälkeisen hoidon ja alaraajan kuntouttamisen. Lähes kaikki potilaat toipuivat hyvin päiväkirurgisen polviniveltähystyksen jälkeen.

Potilailla esiintyi jonkin verran postoperatiivista kipua, turvotusta ja jäykkyyttä sekä väsymystä ja huonovointisuutta kuten aiemmissakin tutkimuksissakin on tullut ilmi (mm. Oberle ym. 1994; Berndtsson ym. 1999; Rawal 1999; Waterman 1999; Yuong ym. 2000). Tutkimuksen mukaan postoperatiivinen toipuminen oli potilaan ja perheenjäsenen mielestä useimmiten hyvää. Postoperatiiviset komplikaatiot vaikeuttavat potilaan päivittäisiä toimintoja (mm. Marshall & Chung 1999). Päiväkirurginen potilas tarvitsi apua päivittäisistä toiminnoista selviytyäkseen vielä viikon kuluttua tähystyksestä. Sekä potilas että perheenjäsen arvioivat toimenpiteen jälkeisen avun tarpeen samansuuntaisesti. Aiemmin tähystyksessä olleet naiset, yli 65-vuotiaat, ja enemmän koulutetut tarvitsivat leikkauksen jälkeen enemmän apua kuin muut potilaat. (vrt. mm. Frisch ym. 1990; Oberle ym. 1994; Mistiaen ym. 1997; Tappen ym. 2001). Suurin osa potilaista sai toimenpiteen jälkeen apua perheenjäseniltä (vrt. mm. Otte 1996; Mistiaen ym. 1997). Perheenjäsen voi olla potilaan mukana koko sairaalassaoloajan, mahdollistaa potilaan kotiutumisen toimenpidepäivänä sekä voi hoitaa, tukea, tarkkailla ja olla lähellä toimenpiteen jälkeen.

Päiväkirurgiseen potilaaseen ei toimenpiteen jälkeen otettu yhteyttä. Aiempien tutkimusten mukaan päiväkirurgiassa potilaaseen tulisi ottaa yhteyttä suunnitellusti ensimmäisenä tai toisena toimenpiteen jälkeisenä päivänä, koska yleensä vasta kotona, tutussa ympäristössä, potilaan kotihoitoon liittyvät ongelmat konkretisoituvat. (Brumfiel ym. 1996; Cahill & Jackson 1997; Goodman 1997.) Postoperatiivisen seurantasoin avulla potilasta voidaan tukea, kotona selviytymistä valvoa ja ohjausta

täydentää, mikä vähentää tarvetta hakeutua avoterveydenhuoltoon (mm. Persson & Hansen 1996; Graling 1998; Huerta-Torres 1998). Systemaattinen ja etukäteen suunniteltu seurantasointo on myös suositeltava menetelmä päiväkirurgisen potilaan ohjauksen kehittämiseksi.

Potilaan yhteydenotto hoitavaan yksikköön oli harvinaista. Pääasiallisina syinä yhteydenottoon olivat polven turvotus ja kipu. Muita syitä olivat haavatulehdus, diagnoosin varmistus, virtsaamisvaivat, runsas haavavuoto, huimaus ja ompeleiden poistoajan sopiminen. Aikaisempien tutkimusten mukaan ainoastaan muutama päiväkirurginen potilas ottaa yhteyttä avoterveydenhuoltoon postoperatiivisen ongelman vuoksi. Toimenpiteen jälkeiseen yhteydenottoon on tavallisesti syynä tulehdus, kipu, vuoto tai ompeleiden poisto (mm. Twersky ym. 1997; Marschall & Chung 1999; Wong ym. 1999; Harle 2001; Kaukonen 2001). Mahdolliset komplikaatiot ilmenevät toimenpiteen jälkeen kotona. Pohdittavaksi jääkin, miten potilas tunnistaa mahdolliset komplikaatiot ja miten ohjauksessa kyetään tukemaan potilasta vähänkin epävarmaksi itsensä tuntiessaan ottamaan yhteyttä toimenpiteen jälkeen hoitaneeseen yksikköön.

Päiväkirurgisen tähytyspotilaan ja perheenjäsenen ohjauksessa korostui tiedollisen tukemisen lisäksi jonkin verran konkreettinen ja emotionaalinen tuki. Tutkimuksessa nousi keskeiseksi toimenpiteeseen ja hoitoon liittyvä ohjaus, tilannekohtainen tapahtumien ja asioiden selvittäminen, erilaisten kirjallisten ohjeiden saaminen sekä postoperatiivinen toipuminen kotona. Perheenjäsenen tukeminen jäi tutkimuksessa vähäiseksi, vaikka etenkin tiedollinen tuki on aiempien tutkimusten mukaan erittäin tärkeää (esim. Leino-Kilpi ym. 1993a; Kleber ym. 1994; Curry 1995).

Potilaista suurin osa sai mielestään kohtalaisesti tai tarpeeksi tietoa polven viasta ja hoidosta sekä postoperatiivisesta kotihoidosta. Yli puolet potilaista keskusteli kotihoito-ohjeista kahdestaan ohjeita antavan henkilön kanssa ja suurella osalla potilaista oli mahdollisuus kysyä epäselvistä asioista. Lähes kaikki potilaat ymmärsivät kotihoito-ohjeet hyvin tai erittäin hyvin. Ongelmana on kuitenkin, miten hoitaja varmistuu, että potilas ymmärtää saamansa tiedon? Miten potilas ymmärtää saamansa tiedon, koska tiedonsaannissa on kysymys aina tiedon tulkinnasta? (vrt. mm. Turunen 1998.) Tämän tutkimuksen mukaan potilaat ottivat vastuun postoperatiivisesta hoidostaan. Mutta paljonko yksittäisen potilaan voidaan kohtuudella edellyttää panostavan omaan hoitoonsa (vrt. mm. Pekkarinen 1998)? Suurin osa potilaista toipui kohtalaisesti tai hyvin sekä kykeni itsenäisesti selviytymään päivittäisistä toimista viikon kuluttua toimenpiteestä.

Suurin osa perheenjäsenistä sai vähän tietoa polven viasta ja hoidosta. Ainoastaan muutamalla potilaista perheenjäsen oli mukana kotihoito-ohjauksessa. Kuitenkin suurin osa perheenjäsenistä sai mielestään tarpeeksi paljon tietoa potilaan toimenpiteen jälkeisestä kotihoidosta saadessaan kotihoitoa koskevat ohjeet potilaalta. Miten perheenjäsenen tiedonsaanti on mahdollista silloin, kun jos potilas ei anna suostumustaan tietojen antamiseen tai perheenjäsen ei halua tai voi osallistua potilaan hoitoon (vrt. mm. Mordiffi ym. 2003; Ratanalert ym. 2003)?

6.2.3 Päiväkirurgisen potilaan ohjausta kuvaava alustava malli

Tutkimustulosten pohjalta muodostettiin kuviossa 9 esitettävä päiväkirurgisen potilaan ohjausta kuvaava alustava malli. Yhteenvetona tuloksista johdettiin alustava malli niistä tekijöistä, jotka kuvaavat potilaan ja hänen perheenjäsenensä ohjausta päiväkirurgisessa hoitotyössä. Alustava malli sisältää ne käsitteet, jotka ovat tutkimustulosten ja aiemman tutkitun tiedon mukaan oleellisia todellisuuden kuvaamisen kannalta ja auttavat ymmärtämään sitä. Tutkimuksen tuloksena kehitetyllä mallilla kuvataan potilaan ja perheenjäsenen ohjausta, joista selviytyäkseen he tarvitsevat hoitotyön apua ja tukea. Päiväkirurgisen hoitotyön päämääränä potilaan ja perheenjäsenen selviytyminen jäsentää mallin eri osia keskenään viitekehyydeksi. Malli auttaa osaltaan hoitotyön tietopohjan luomisesta. Mallista käyvät ilmi tärkeimmät käsitteet ja näiden käsitteiden väliset suhteet. (mm. Jamieson & McCall & Blythe 1994.)

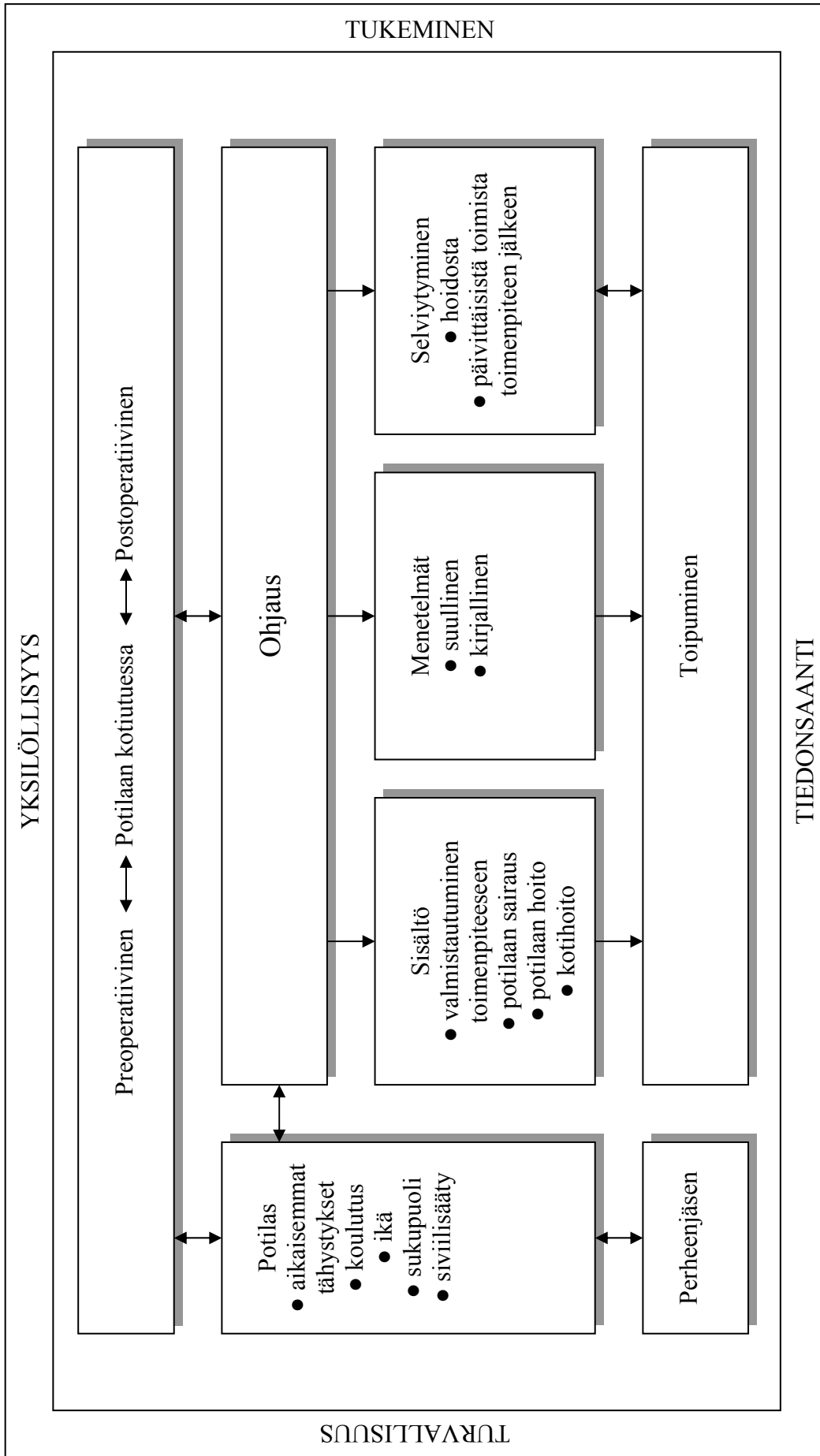
Päiväkirurgisen ohjauksen tavoitteena on potilaan tiedonsaanti, turvallisuuden tunteen vahvistaminen ja tukeminen. Potilaan yksilöllisyys korostuu laadukkaassa ohjauksessa. Malli kuvaa potilaan taustatietojen ja ohjauksen välisen yhteyden merkitystä potilaan kotihoidosta ja päivittäisistä toiminnoista selviytymisessä. Ohjauksessa korostuu potilaan tiedonsaanti toimenpiteeseen valmistautumisesta, sairaudesta, hoidosta sairaalassa ja kotona. Potilaan yksilöllisyys, hänen aiemmat kokemuksensa tähystyksestä, ikä ja koulutus sekä jossain määrin sukupuoli ja siviilisääty ovat oleellisia tarkasteltaessa ohjauksen yhteyttä potilaan toipumisesta päiväkirurgisesta toimenpiteestä. Päiväkirurgisen potilaan ohjaus nähdään alustavassa mallissa jatkumona, joka alkaa potilaan valmistautuessa toimenpiteeseen ja päättyy potilaan toipumiseen. Mallin kuvauksessa korostuu päiväkirurgisen potilaan ohjaus, perheenjäsenen ohjauksen kuvaaminen on vielä hyvin keskeneräistä.

Mallissa ohjauksen ydin voidaan määritellä potilaan selviytymisenä. Alustavassa mallissa ydin on potilaan selviytyminen päiväkirurgisesta toimenpiteestä saamansa ohjauksen avulla. Ohjauksessa saatujen tietojen perusteella potilaan selviytyy postoperatiivisesta hoidostaan parhaalla mahdollisella tavalla. Ohjaus takaa, että potilas tietää, mistä ja miten hän saa apua, kun hän sitä haluaa. (vrt. Janhonen & Pyykkö 1996.)

Ohjausmalli on hyödyllinen, koska se yhdenmukaistaa potilaiden ohjausta, lisää hoidon jatkuvuutta ja tarkoituksenmukaisuutta sekä ohjaa päätöksentekoa päiväkirurgisessa hoitotyössä. Hoitotieteen mallien käyttö johtaa ilmiöiden systemaattisempaan tarkkailuun, mikä taas tuottaa systemaattisemman hoitotieteen rakennelman teollisen tutkimuksen avulla. Mallien käyttö parantaa käytännön hoitotyön laatua. (Fawcett 1992.) Perustana olevan alustavan mallin määrittely vaikuttaa suoraan potilaille annettuun hoitoon. Malli korostaa potilaan yksilöllisyyttä ja päätöksentekooikeutta. Mallin tavoitteena on tukea potilasta käyttämään ohjauksessa saamaansa tietoa hoitoaan koskevien päätösten yhteydessä.

Päiväkirurgisen potilaan ohjausta kuvaavassa alustavassa mallissa korostuu potilaan kyky hoitaa itseään toimenpiteen jälkeen. Malli toimii yleisenä ohjeena, jota on

täsmennettävä asiaan vaikuttavien teorioiden avulla. Malli siis opastaa käytännön työtä. Se kertoo hoitohenkilökunnalle, mitä pitää havainnoida päiväkirurgisen potilaan hoitotyössä. Se kertoo myös, miten tulee suunnitella päiväkirurgisen potilaan ohjaus. Mallin käyttö vaikuttaa merkittävästi ja myönteisesti potilaan hyvinvointiin ja toipumiseen päiväkirurgisessa hoitotyössä.



Kuvio 9. Päiväkirurgisen potilaan ohjausta kuvaava alustava malli

7 Johtopäätökset

Tutkimuksen tavoitteena oli kuvata päiväkirurgisen potilaan ohjausta ja toipumista potilaan ja hänen perheenjäsenensä näkökulmasta. Tutkimustulosten pohjalta voidaan esittää seuraavat johtopäätökset.

1. Päiväkirurgisen potilaan ja hoitohenkilökunnan väliset keskustelut ovat tavoitteellisia ohjaustilanteita, joissa potilas saa sairauteensa ja hoitoonsa liittyvää tietoa. Potilas saa tavallisesti viikkoa ennen sairaalaan menoaan kirjalliset ohjeet siitä, miten päiväkirurgiseen polviniveltähystykseen tulee valmistautua ja kotiutuessaan sekä suullisesti että kirjallisesti kotihoitoon liittyvää ymmärrettävää ja selkeää ohjausta. Ohjauksessa korostuu toimenpiteen jälkeisen kotihoidon osuus.

Tämän tutkimuksen hyötynä oli päiväkirurgisen potilaan ohjauksen sisällön selkiyttäminen päiväkirurgisen potilaan ohjauksessa. Oleellista on päiväkirurgisen potilaan ohjauksen jalostaminen sellaiseksi, että potilas kokisi ohjauksen sisällön auttavan häntä oman tilanteensa hallinnassa ja voimavarojen löytämisessä.

2. Tutkimus osoitti, että aiemmin tähystyksessä olevat potilaat kokevat saaneensa muita enemmän ohjausta. Oma aktiivisuus ja aiemmat kokemukset toimenpiteestä helpottavat potilaan tiedonsaantia. Kun potilas on aikaisemmin ollut tähystyksessä, hän kykenee osallistumaan muita enemmän hoitoonsa. Yli 65-vuotiaiden, vähemmän koulutettujen ja ensimmäistä kertaa tähystyksessä olleiden potilaiden ohjaus on vähäistä. Tulevaisuudessa ohjauksessa tulee huomioida aiempaa enemmän ensimmäistä kertaa päiväkirurgisessa toimenpiteessä olevat potilaat.

3. Perheenjäsen ei tavallisesti ole mukana potilaan ohjauksessa eikä saa päiväkirurgisen potilaan hoitoon tai kotihoitoon liittyvää tietoa hoitohenkilökunnalta vaan potilaalta. Tulevaisuudessa perheenjäsenen rooli hoitohenkilökunnan yhteistyökumppanina ja potilaan voimavarana erityisesti jatkohoidon tukijana korostuu myös erikoissairaanhoidossa.

4. Toimenpiteen jälkeen päiväkirurgiseen potilaaseen ei otettu yhteyttä Samoin potilaan yhteydenotto hoitavaan yksikköön oli harvinaista. Päiväkirurgisen potilaan turvallinen ja laadukas hoito edellyttää systemaattista ja etukäteen suunniteltua postoperatiivista seuranta.

5. Tutkimustulokset osoittivat, että melkein kaikki potilaat toipuvat hyvin päiväkirurgisen polviniveltähystyksen jälkeen. Tutkimuksen mukaan ainoastaan ohjauksella

ei voida selittää potilaan toipumista, vaan potilaan yksilöllisyys, hänen taustansa, vaikuttaa ohjauksessa ja toipumisessa. Yhteenvetona voi todeta, että taustatietojen ja ohjauksen välinen yhteys vaikuttaa merkittävästi potilaan selviytymisessä/toipumisessa päiväkirurgisesta toimenpiteestä. Mallin avulla voidaan antaa perusteet hoitotyön päätöksenteolle ja toiminnalle sekä osoittaa, mihin hoitotyöllä pyritään vaikuttamaan, miten ja millaisin tuloksin. Tällainen hoitotyön toiminnan esiin nostaminen vahvistaa hoitajien ammatillista toimintaa ja sen avulla voidaan osoittaa toiminnan vaikuttavuus.

8 Kehittämisen- ja jatkotutkimushaasteet

Tutkimustulokset antavat arvokasta tietoa siitä, miten hoitotyötä päiväkirurgisten polviniveltähystyspotilaiden ja heidän perheenjäsentensä kohdalla kehitetään siten, että potilaat toipuvat kotona mahdollisimman hyvin toimenpiteen jälkeen. Tutkimuksen tuloksia on mahdollisuus hyödyntää monella tavalla käytännössä, hallinnossa, opetuksessa ja tutkimuksessa. Tulosten avulla hoitajat voivat tarkastella omaa työtään objektiivisesti ja huomata sen tärkeyden, oman ammattitaitonsa laajuuden sekä mahdolliset puutteet ja kehittämistarpeet. Päiväkirurgisen potilaan toipumista kuvaavaa alustavaa mallia hyödyntäen hoitajat kykenevät arviomaan ohjauksen toteutusta omissa yksiköissään. Tulosten perusteella voi myös arvioida koulutustarvetta. Tulokset ovat hyödyksi vahvistaessaan jo olemassa olevaa tietoa ja tuodessaan ilmi uusia tutkimushaasteita.

Tutkimustulosten perusteella voidaan esittää seuraavat kehittämis- ja jatkotutkimushaasteet päiväkirurgisen hoitotyön käytännölle ja koulutukselle:

1. Ohjauksen sisällön kehittäminen

Kotihoidon ohjauksen sisällyttäminen preoperatiiviseen ohjaukseen antaa potilaalle mahdollisuuden suunnitella postoperatiivista kotihoitoa. Päiväkirurgisen potilaan voimavarojen tunnistaminen ja elinolojen kartoittaminen postoperatiivisen kotihoidon suunnittelun pohjaksi mahdollistaa entistä yksilöllisemmän ohjauksen. Luotettavan tiedonsaannin edellytyksenä on päiväkirurgisen potilaan ja hoitohenkilökunnan yhteistyö jo preoperatiivisessa vaiheessa. On tärkeää organisoida potilaan preoperatiivisen ohjauksen systemaattinen toteutus.

Päiväkirurgisen potilaan ohjauksessa ja hoidossa on oleellista selvittää, miten potilas toipuu postoperatiivisessa vaiheessa. Jatkotutkimusta tarvitaan mahdollisista postoperatiivisista ongelmista, niiden esiintymisestä ja merkityksestä. Seurantasoitto tai -käynti on keino saada tietoa potilaan leikkauksen jälkeisestä toipumisesta. Palautteen saaminen postoperatiivisesta hoidosta on tärkeää päiväkirurgisen hoitotyön kehittämisessä. Kvalitatiivinen näkökulma olisi mielenkiintoinen keskeisten tutkimustulosten syvempään tarkasteluun päiväkirurgisen potilaan kokemuksista ja toipumisesta. Syvällisempää tietoa saataisiin esimerkiksi haastatteleamalla tai havainnoimalla potilaita toimenpiteen jälkeen.

Tulevaisuudessa päiväkirurgiset toimenpiteet lisääntyvät, joten perheenjäsenen rooli potilaan hoidossa on oleellisen ratkaiseva. Perheenjäsenen ohjauksessa saaman tiedollisen tuen selvittäminen on ajankohtaista.

2. Päiväkirurgisen potilaan tiedonsaannin tehostaminen

Uusi sukupolvi tulee asettamaan uudenlaisia vaatimuksia ja haasteita yhteistyösuhteelle hoitotyössä. Ihmiset haluavat yhä enemmän tietoa asioista ja vaikutusmahdollisuuden itseensä kohdistuvassa hoidossa. Tarvitseeko kyvyistään ja mahdollisuuksistaan tietoinen ihminen asiantuntijan tarjoamaa tietoa ja miten tieto sopii hänen elämäntapaansa. Ihminen kyseenalaistaa yhä useammin asiantuntijuuteen perustuvan tiedon eikä noudata asiantuntijan ohjetta. Tiedonsaantia pohdittaessa on myös tärkeää miettiä yhteiskunnassa tapahtuvaa muutosta. Erityisesti tietoteknologian tuomien mahdollisuuksien hyödyntämiseen tulee tulevaisuudessa kiinnittää huomiota, sillä ne voivat vähentää potilaiden riippuvuutta hoitohenkilöstöstä ja mahdollistaa tiedon hankkimisen silloin, kun sitä tarvitaan. Kehittämishaasteena onkin, miten terveydenhuollossa voidaan nykyistä enemmän hyödyntää tietotekniikan mahdollisuuksia potilaan tiedon saantia ja osallistumista tukevissa ratkaisuissa.

3. Päiväkirurgian ja avoterveydenhuollon yhteistyön kartoittaminen

Päiväkirurgisen potilaan hoidon ja ohjauksen merkitys kasvaa entisestään perusterveydenhuollossa, etenkin kotisairaanhoidossa, koska päiväkirurgisia leikkauksia tehdään yhä enemmän ikääntyvälle väestölle. Erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa tulee kartoittaa, miten niiden tarjoamia palveluja voitaisiin integroida päiväkirurgisen potilaan tarpeet huomioiden. Tarvitaanko avoterveydenhuollon yksiköissä päiväkirurgiaan koulutettua henkilökuntaa sekä mikä on avoterveydenhuollon osuus päiväkirurgisen potilaan hoidossa?

4. Päiväkirurgisen hoitotyön laadun, vaikuttavuuden ja tuloksellisuuden parantuminen

Terveydenhuollossa tulee kartoittaa, miten päiväkirurgiset potilaat saavat luotettavaa tietoa hoitoaan koskevista vaihtoehdoista, eduista ja haitoista, miten potilaiden osallistuminen omaan hoitoaan koskevaan päätöksentekoon ja valintoihin paranee sekä miten potilaan sitoutuminen hoitoon lisääntyy luotettavan tiedon ja osallistumisen avulla.

Päiväkirurgiassa satunnaistettuja tutkimuksia on vähän. Vaikuttavuustutkimuksilla tulisi selvittää, kohdistetaanko päiväkirurgiassa voimavarat oikein ja taloudellisesti. Mitä taloudellisia etuja ja mihin perustuen päiväkirurgia tuo yhteiskunnan, terveydenhuollon organisaatioiden ja potilaan näkökulmasta?

5. Hoitohenkilökunnan ammatillisen osaamisen tehostaminen

Hoitohenkilökunnan ammatillinen osaaminen edistää hoitotyöntekijöiden mahdollisuuksia tutkitun tiedon soveltamiseen. Päiväkirurgisessa hoitotyössä tarvitaan hyvin koulutettuja asiantuntijoita, mikä vaatii kliinisen asiantuntijakoulutuksen kehittämistä. Tutkimuksessa kehitetty ohjausmallin rakenne tarjoaa viitekehyksen hoitotyön

opettamiseen ammattikorkeakouluissa. Päiväkirurgisen hoitotyön opetus on syytä integroida entistä tiiviimmin perioperatiivisen hoitotyön teoriaopetukseen ja harjoitteluun. Hoitotyön tekijän osaamista ja asiantuntijuutta kehitetään ja ylläpidetään koulutuksen eri tasoilla, perus- ja täydennyskoulutuksessa sekä työelämän ja koulutuksen yhteisen tutkimus- ja kehittämistoiminnan kautta.

LÄHTEET

- Alanko, A., Hulkko, A., Ilonen, C. ym. 1990. Lyhythoitosen kirurgian periaatteet ja toteuttaminen eri erikoisaloilla. Helsinki. Lääkintöhallituksen julkaisuja 170, 1990.
- Alanko, A., Korttila, K., Lahtinen, J. ym. 1999. Päiväkirurgia laajenee - omassa yksikössään vai leikkausosaston sisällä? *Duodecim* 115, 2049-2050.
- Allen, G. 2002. A study of discharge information for surgical patients. *AORN Journal* 76, 700, 702.
- Alho, A. 1997. Kliininen vai koneellinen diagnostiikka tuki- ja liikuntaelimestön sairauksissa. *Duodecim* 113, 1440-1445.
- Alkula, T., Pöntinen, S. & Ylöstalo, P. 1995. Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. WSOY:n graafiset laitokset. Juva.
- Anderson, L. G. 1994. Outpatient surgery center accreditation. *AORN Journal* 60, 959-967.
- Aromaa, U. 1996. Anestesian erityispiirteet lyhythoitosisessa kirurgiassa. *Käytännön Lääkäri* 39, 63-65.
- Athlin, E., Furåker, C., Jansson, L. & Nordberg, A. 1993. Application of primary nursing within a teamsetting in the hospice care of cancer patients. *Cancer Nursing* 16, 388-395.
- Auberger, S. S. & Mangine, R. E. 1995. Innovative approaches to surgery and rehabilitation. Teoksessa Mangine, R. E. (toim.) *Physical Therapy of the Knee*. New York. Churchill Livingstone.
- Augustin, P. & Hains, A. A. 1996. Effect of music on ambulatory surgery patients' preoperative anxiety. *AORN Journal* 63, 750-758.
- Avis, M. 1994. Choice cuts: an exploratory study of patients' views about participation in decision-making in a day-surgery unit. *International Journal of Nursing Studies* 31, 289-298.
- Ayliffe, G., Babb, J. & Taylor, L. 1999. Hospital-acquired infection. Principles and prevention. 3. painos. Butterworth Heinemann.
- Baehser-Griffith, P., Bednar, J. M., Osterman, A. L. & Culp, R. 1997. Arthroscopic repairs of triangular fibrocartilage complex tears. *AORN Journal* 66, 101-111.
- Bailey, R. & Clark, M. 1992. Att hantera stress i vården. Almqvist & Wiksell, Solna.
- Bailey, D. A. & Mion, L. C. 1997. Improving caregivers' satisfaction with information received during hospitalisation. *Journal of Nursing Administration* 27, 21-27.
- Bakken, S. 2001. Interactive health communication technology: where do clinical nursing intervention fits into the picture? *Applied Nursing Research* 14, 173-176.
- Barnes, S. 2000. Not a social event: the follow-up phone call. *Journal of PeriAnesthesia Nursing* 15, 253-255.
- Barthelsson, C., Lützén, K., Anderberg, B. & Nordström, G. 2003. Patients' experiences of laparoscopic cholecystectomy in day surgery. *Journal of Clinical Nursing* 12, 253-259.
- Beckingham, A. C. & Baumann, A. 1994. The ageing family in crisis: assessment and decision-making models. In *Models, Theories and Concepts*, (ed. Smith, J. P.). Blackwell, Oxford, 148-156.
- Berg, A., Hansson, U. W. & Hallberg, I. R. 1994. Nurses' creativity, tedium and burnout during 1 year of clinical supervision and implementation of individually planned nursing care: comparisons between a ward for severely demented patients and a similar control ward. *Journal of Advanced Nursing* 20, 742-749.
- Berntsson, I., Hulthen, L. & Öresland, T. 1996. Postoperative pain. Does subcutaneous lidocaine spray relieve it? Can pain be predicted? *Scandinavian Journal Caring Science* 10, 175-179.

- Bernier, M. J., Sanares, D. C., Owen, S. V. & Newhouse, P. L. 2003. Preoperative teaching received and valued in a day surgery settings. *AORN Journal* 77, 563-582.
- Bostrom, J., Caldwell, J., McGuire, K. & Everson, D. 1996. Telephone follow-up after discharge from hospital: Does it make a difference? *Applied Nursing Research* 9, 47-52.
- Bran, D. F., Spellman, J. R. & Summitt, R. L. 1995. Outpatient vaginal hysterectomy as a new trend in gynecology. *AORN Journal* 62, 810-814.
- Brooks, B. 2001. Using the Internet for patient education. *Orthopaedic Nursing* 20, 69-77.
- Brazell, N. 1997. The significance and application of informed consent. *AORN Journal* 65, 377-386.
- Breemhaar, B., van der Borne, H. W. & Mullen, P. D. 1996. Inadequacies of surgical patient education. *Patient Education and Counselling* 28, 31-44.
- Breivik, H. 1995. Benefits, risks and economics of post-operative pain therapy. *Bailliere's Clinical Anesthesiology* 9, 403-422.
- Brennan, P.F., Moore, S.M., Bjornsdottir, G., Visovsky, C. & Rogers, M. 2001. HeartCare: an Internet-based information and support system for patient home recovery after coronary artery bypass surgery. *Journal of Advanced Nursing* 35, 699-708.
- Brooks, B.A. 2001. Using the Internet for patient education. *Orthopaedic Nursing* 20, 69-77.
- Brown, S. 1992. Tailoring nursing care to the individual client. Empirical challenge of a theoretical concept. *Research in Nursing and Health* 15, 39-46.
- Brumfield, V. C., Kee, C. C. & Johnson, J. Y. 1996. Preoperative patient teaching in ambulatory surgery settings. *AORN Journal* 64, 941-952.
- Bubela, N., Galloway, S., McCay, E., McKibbin, A. & Nagle L. ym. 1990. Factors influencing patients' informational needs at time of hospital discharge. *Patient Education and Counselling* 16, 21-28.
- Bucknall, T., Manias, E. & Botti, M. 2001. Acute pain management: Implications of scientific evidence for nursing practice in the postoperative context. *International Journal of Nursing Practice* 7, 266-273.
- Bull, M. J., Hansen, H. E. & Gross, C. R. 2000. Predictors of elder and family caregiver satisfaction with discharge planning. *Journal of Cardiovascular Nursing* 14, 76-87.
- Bumgarner, S. D. & Evans, M. 1999. Clinical care map for ambulatory laparoscopic cholecystectomy. *Journal of Perianaesthesia Nursing* 1, 12-16.
- Burnard, P. 1994. *Counselling skills for health professionals*. Second edition. Chapman et Hall. London.
- Burns, N. & Grove, S. 1995. *Understanding Nursing Research*. W. B. Saunders Company. Philadelphia.
- Burns, N. & Grove, S.K. 2001. *The practice of nursing research: Conduct, critique and utilization*. W.B. Saunders, Company, Philadelphia.
- Butler, A. 1990. *Research Ethics and Older People*. Teoksessa Peace, S. (toim.) *Researching Social Gerontology. Concepts, Methods and Issues*. Sage Publication. Great Britain, 162-170.
- Cahill, H. & Jackson, I. 1997. *Day Surgery. Principles and Nursing Practice*. Typeset by Paston Press Ltd. Loddon, Norfolk. Printed and bound in Great Britain by The Bath Press, Bath.
- Callanan, P. 2002. Australian (commonwealth) government policy on day surgery (ambulatory surgery) with particular emphasis on the private sector. *Ambulatory Surgery* 9, 179-185.
- Cason, C. L., Seidel, S. L. & Bushmiaer, M. 1996. Recovery from laparoscopic cholecystectomy procedures. *AORN Journal* 63, 1099-1116.

- Cautilli, R. 1997. Introduction to the basics of arthroscopy of the knee. *Clinics in Sports Medicine* 16, 1-16.
- Chung, F. & Mezei, G. 1999. Factors contributing to a prolonged stay after ambulatory surgery. *Anesthesia and Analgesia* 89, 1352-1359.
- Cimprich, B. 1992. A theoretical perspective on attention and patient education. *Advances in Nursing Science* 14, 39-1.
- Coll, AM., Ameen, J.R.M. & Mosely, L.G. 2004. Reported pain after day surgery: a critical literature review. *Journal of Advanced Nursing* 46, 53-65.
- Coll, AM., Mosely, L. & Torrance, C. 1999. Fine tuning the day surgery process. *Nursing Standard* 14, 39-41.
- Collette, C., Costa, M. A. & Guglielmi, C. 1999. Practical innovations: Ambulatory surgery approach fosters excellence in patient-centered care and a better workplace. *AORN Journal* 70, 115-119.
- Connolly, M. 1991. Ambulatory surgery and prepared discharges. *Nursing Clinics of North America* 26, 105-112.
- Cooley, M. 1992. Bereavement care. A role for nurses. *Cancer Nursing* 15, 125-129.
- Cooper, HM. & Meyer, DR. 2000. Outpatient ophthalmic plastic surgery: outcomes and patient satisfaction using initial postoperative telephone call follow-up. *Ophthal Plast Reconstr Surg* 16, 231-6.
- Cork, R.C., Heaton, J. F., Campbell, C. E. & Kihlstrom, J. F. 1996. Is there implicit memory after propofol sedation. *British Journal of Anaesthesia* 4, 492-498.
- Cortis, J. D. & Lacey, A. E. 1996. Measuring the quality and quantity of information-giving to in-patient. *Journal of Advanced Nursing* 24, 674-681.
- Costa, MJ. 2001. The lived perioperative experience of ambulatory surgery patients. *AORN Journal* 74, 874-881.
- Cox, H. & O'Connell, B. 2003. Recovery from gynaecological day surgery: are we underestimating the process. *Ambulatory Surgery* 10, 114-121.
- Curry, S. 1995. Identifying family needs and stresses in the intensive care unit. *British Journal of Nursing* 4, 15-19.
- Dalayon, A. 1994. Components of preoperative patient teaching in Kuwait. *Journal of Advanced Nursing* 19, 537-542.
- Davenport, H. T. 1996. *The Day Surgery Scene*. Teoksessa Penn, S., Davenport, H. T., Carrington, S. & Edmondson, M. *Principles of Day Surgery Nursing*. Blackwell Science Ltd., Cornwall, Great Britain. 1-12.
- Deane, K. A. & Degner, L. F. 1997. Determining the information needs of women after breast biopsy procedures. *AORN Journal* 65, 767-776.
- de Jesus, G., Abbotts, S., Collins, B. & Burvill, A. 1996. same say surgery: results of a patient satisfaction survey. *Journal Quality Clinical Practice* 16, 165-173.
- DeFasio-Quinn, D. M. 1997. Ambulatory surgery. An evolution. *Nursing Clinics of North America* 32, 377-386.
- Derham, C. 1991. An evaluation of the preoperative information given to patients by intensive care nurses. *Intensive Care Nursing* 7, 80-85.
- Dewar, A., Craig, K., Muir, J. & Cole, C. 2003. Testing the effectiveness of a nursing intervention on relieving pain following day surgery. *Ambulatory Surgery* 19, 81-88.
- Doak, C., Doak, L. & Lorig, K. 1996. *Selecting, Preparing and Using Materials*. Teoksessa Lorig, K. and Associates 1996. *Patient Education. A Practical Approach*. Second Edition. SAGE Publications. International Educational and Professional Publisher. Sage Production. USA.

- Done, M.L. & Lee, A. 1998. The use of a video to convey preanesthetic information to patients undergoing ambulatory surgery. *Anesthesia & Analgesia* 87, 531-536.
- Dougherty, J. 1996. Same-day surgery: The nurse's role. *Orthopaedic Nursing* 15, 15-18.
- Doyle, C.E. 1999. Preoperative strategies for managing postoperative pain at home after day surgery. *Journal of Perianesthesia Nursing*. 14, 373-9.
- Duncan, M. T. & Morgan, D. L. 1994. Sharing the caring: Family caregivers' views of their relationships with nursing home staff. *The Gerontologist* 34, 235-244.
- Eddy, M. E. & Coslow, B. I. 1991. Preparation for ambulatory surgery: A patient education program. *Journal of Post Anesthesia Nursing* 6, 5-12.
- Eriksson, E. 1996. A description of the help received by cancer patient's relatives in their adjustment. *Annales Universitates Turkuensis. Ser. D 219. Medica-Odontologica. Ekholmin Kirjapaino. Helsinki.*
- Erätuuli, M. & Leino, J. & Yli-Luoma, P. 1994. *Kvantitatiiviset analyysimenetelmät ihmistieteissä. Kirjayhtymä Oy. Helsinki.*
- Eskola, A. 1975. *Sosiologian tutkimusmenetelmät II, WSOY, Helsinki.*
- Eskola, A. 1981. *Sosiologian tutkimusmenetelmät I, 4. painos, 2. muuttamaton painos, WSOY, Porvoo.*
- Fawcett, J. 1992. Conceptual models and nursing practice: the reciprocal relationship. *Journal of Advanced Nursing* 17, 224-228.
- Fitzpatrick, J. M., While, A. E. & Roberts, J. D. 1992 a. The role of the nurse in high-quality patient care: a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing*. 17, 1210-1219.
- Fitzpatrick, M. A., Edgar, T. & Freimuth, V. 1992 b. Communication, language and health: an overview. *Journal of Language and Social Psychology*, 11, 1-8.
- Fleisher, L., Yee, K., Lillemoe, K., Talamini, M., Yeo, C., Heath, R., Bass, E. & Snyder, D. 1999. Is outpatient laparoscopic cholecystectomy safe and cost-effective? *Anesthesiology*; 90.
- Fonteyn, M. E. & Cooper, L. F. 1994. The written nursing process: is it still useful to nursing education? *Journal of Advanced Nursing* 19, 315-319.
- Forbes, L. M. & Brown, H. N. 1996. Developing an instrument for measuring patients' satisfaction. *AORN Journal* 61, 737-743.
- Fox, N. J. 1992. *The Social Meaning of Surgery. Printed in Great Britain by Biddles Ltd, Guildford and King's Lynn.*
- Fox, V. J. 1998. Postoperative education that works. *AORN Journal* 67, 1010-1017.
- Frisch, S. R., Groom, L. E., Seguin, E., Edgar, L. J. & Pepler, C. J. 1990. Ambulatory surgery. A study of patients' and helpers' experiences. *Journal of Advanced Nursing* 52, 1000-1009.
- Fysh, R. 1999. Patient selection. *Teoksessa Day Surgery. A Nursing Approach. Edited by Debbie. Hogde. Churchill Livingstone. Toronto. 5-24.*
- Galloway, S. C., Bubela, N., McKibbin, A., Rebeyka, D. & Saxe-Braithwaite, M. 1995. Symptom distress, anxiety, depression, and discharge information needs after peripheral arterial bypass. *Journal of Vascular Nursing* 13, 35-40.
- Gammon, J. & Mulholland, C. W. 1996. Effect of preparatory information prior to elective total hip replacement on post-operative physical coping outcomes. *International Nursing Studies*, 33, 589-604.
- Gilmartin, J. 2004. Day surgery patients' perceptions of a nurse-led preadmission clinic. *Journal of Clinical Nursing* 13, 243-250.
- Goodman, H. 1997. Patients' perceptions of their education needs in the first six weeks following discharge after cardiac surgery. *Journal of Advanced Nursing* 25, 1241-1251.

- Gothoni, R. 1991. Omaiset - loppuunpalaneita ihmisiä vai käytännön voimavara. Sosiaali- ja terveysministeriön kehittämisosaston julkaisuja 1991:4. Valtion painatuskeskus. Helsinki.
- Graling, P. R. 1998. Improving telephone follow-up after ambulatory surgery. *AORN Journal* 67, 688-690.
- Grey, M. 1990. Data Collection Methods. Teoksessa Lobiondo-Wood & Haber (ed.) *Nursing Research. Methods, Critical Appraisal and Utilization*. The C.V. Mosby Co. St. Louis.
- Gupta, A. 1993. Out-patient surgery. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 8, 107-112.
- Gupta, A., Larsen, L-E., Sjöberg, F. & Lennemarken, C. 1994. Out-patient surgery. A survey of anaesthesia care in a university hospital. *Scandinavian Journal of Caring Science* 8, 107-112.
- Grönroos, M. 2003. Johdatus tilastotieteeseen. Kuvailu, mallit ja päättely. Tammer-Paino Oy. Tampere 2003.
- Hadjistavropoulos, H. D., Dobson, J. & Boisvert, J. A. 2001. Information provision, patient involvement, and emotional support: Prospective areas for improving anesthetic care. *Canadian Journal of Anesthesia* 48, 864-870.
- Haines, N. 1992. Same day surgery. Coordinating the education process. *AORN Journal* 55, 573-580.
- Hallström, I. & Elander, G. 2001. A comparison of patient needs as ranked by patients and nurses. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 15, 228-234.
- Hankela, S. 1999. Intraoperatiivinen hoitotyö. Empiiriseen aineistoon perustuvan teorian kehittäminen. *Acta Universitatis Tamperensis* 664. Tampereen Yliopisto.
- Happ, M. B., Williams, C. C., Strumpf, N. E. & Burger, S. G. 1996. Individualized care for frail elders: theory and practice. *Journal of Gerontological Nursing* 22, 6-14.
- Harilainen, A. & Sandelin, J. 1998. Polven eturistisiteen repeämän uusintaleikkaukset: syyt, tekniikat ja tulokset. *Duodecim* 114, 1983-1989.
- Harle, S. 2001. Ortopedisien puhtaan leikkaushaavan hoito-ohjeet. Haava. Suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu, 2/2001, 27-29.
- Harrell, G. J. & Kopps, D. R. 1998. Minimizing patient risk during laparoscopic electro-surgery. *AORN Journal* 67, 1194-1205.
- Hart, M. 1996. Incorporating outpatient perceptions into definitions of quality. *Journal of Advanced Nursing* 24, 1234-1240.
- Haukipuro, K. 1999. Haavan paraneminen ja siihen vaikuttavat tekijät. Teoksessa *Infektioiden torjunta sairaalassa*. 4. painos. Suomen Kuntaliitto. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä, 345-348.
- Heikkilä, J., Paunonen, M., Virtanen, V. & Laippala, P. 1998. Fear of patients related to coronary arteriography. *Journal of Advanced Nursing* 28, 54-62.
- Heikkilä, T. 1999. Tilastollinen tutkimus. Oy Edita Ab. Helsinki.
- Heiser, R. M., Chiles, K., Fudge, M. & Gray, S. E. 1997. The use of music during the immediate postoperative recovery period. *AORN Journal* 65, 777-785.
- Henderson, A. & Zernike, W. 2001. A study of the impact of discharge information for surgical patients. *Journal of Advanced Nursing* 35, 435-441
- Henneman, E. A., McKenzie, J. B. & Dewa, C. S. 1992. An evaluation of interventions for meeting the information needs of families of critically ill patients. *American Journal of Critically Care* 1, 85-93.
- Heseltine, K. 1998. A day surgery post-operative telephone call line. *Nursing Standard* 13, 39-43.
- Hickey, B., O'Hara, T., Cullen, R. & Bouchier-Hayes, D. & Leaby, A. 1998. The patients' perception of quality in surgery. *Journal of Quality in Clinical Practice* 118, 89-95.

- Higgins, M., McCaughan, D., Griffiths, M. & Carr-Hill, R. 1992. Assessing the outcomes of nursing care. *Journal of Advanced Nursing* 17, 561-568.
- Hiidenhovi, H. & Åstedt-Kurki, P. & Paunonen-Ilmonen, M. 2001. Palvelu potilaiden kokemana yliopistollisessa sairaalassa. *Hoitotiede* 13, 11-21.
- Hiltunen, R., Suominen, T. & Katajisto, J. 1996. Miten päiväkirurgisen potilaan perheenjäsenen ohjaus toteutuu? *Hoitotyön julkaisusarja A:17*. Turun yliopistollinen keskussairaala. Turku.
- Hinds, C., Streater, A. & Mood, D. 1995. Functions and preferred methods of receiving information related to radiotherapy: perceptions of patients with cancer. *Cancer Nursing* 18, 374-383.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. Kirjayhtymä Oy, Helsinki.
- Hoeksema, J. & Munski, J. 1997. Development of a patient-centered preprocedure program. *AORN Journal* 65, 388-395.
- Holopainen, T. & Lehtomäki, P. 2002. Postoperatiivinen kivun hoito – potilaiden kokema leikkauksen jälkeinen kivun hoito Kuopion yliopistollisen sairaalan keskusheräämössä. Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin julkaisuja no 63/2002. Kuopio.
- Howell, JR. 2002. Surgical treatment for meniscal injuries of the knee in adults. *The Cochrane Library*, Issue 1, 2002. Oxford: Update Software.
- Huerta-Torres, V. 1998. Preparing patients for early discharge after CABG. *American Journal of Nursing* 98, 49-51.
- Hughes, L. C., Hodgson, N. A., Muller, P., Robinson, L. A. & McCorkle, R. 2000. Information needs of elderly postsurgical cancer patients during the transition from hospital to home. *Journal of Nursing Scholarship* 32, 25-30.
- Hupcey, J. E. 1998. Establishing the nurse-family relationship in the intensive care unit. *Western Journal of Nursing Research* 20, 180-194.
- Häggman-Laitila, A. 1999. Terveys ja omatoiminen terveydenhoito. Kuvaileva teoria yksilöllisistä kokemuksista. *Acta Universitatis Tamperensis* 648. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos.
- Härmä, M. 1999. Haavan hoito. Teoksessa Suomen kuntaliitto: Infektioiden torjunta sairaalassa. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä, 349-355.
- Hölttä, R., Hupli, M. & Salanterä, S. 2002. Sepelvaltimoiden ohitusleikkauksessa olleiden potilaiden oppimistarpeet. *Hoitotiede* 14, 11-18.
- Idvall, E., Hamrin, B., Sjöström, B. & Unosson, M. 2001. Quality indicators in postoperative pain management: a validation study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 15, 331-338.
- Ihlenfeld, J. T. 1988. Log-linear contingency table. Analysis: an illustration. *Nursing Research* 37, 252-254.
- Jaarsma, T., Kastermans, M., Dassen, T. & Philipsen, H. 1995. Problems of cardiac patients in early recovery. *Journal of Advanced Nursing* 21, 21-27.
- Jallinoja, R. 2000. Perheen aika. Otava. Keuruu.
- James, D. 2000. Patient perceptions of day surgery. *British Journal of Perioperative Nursing* 10, 466-467, 469-472.
- Jamieson, E. M., McCall, J. M. & Blythe, R. 1994. Kliiniset hoitotoimenpiteet. *Hoitotyön mallin perustuva ohjekirja*. SHKS. Karisto Oy, Hämeenlinna.
- Janhonen, S. & Pyykkö, A. 1996. Kehittyvän hoitotyön malli. WSOY:n graafiset laitokset. Juva.
- Jauhiainen, A. 2004. Tieto- ja viestintäteknikka tulevaisuuden hoitotyössä. Asiantuntijaryhmän näkemys hoitotyön skenaarioista ja koulutuksesta vuonna 2010. Kuopion yliopiston julkaisuja E. yhteiskuntatieteet 113, Kuopion yliopisto.

- Jewell, S. E. 1993. Discovery of the discharge process: a study of patient discharge a care unit for elderly people. *Journal of Advanced Nursing* 18, 1288-1296.
- Jickling J. L. & Graydon, J. E. 1997. The information needs at time of hospital discharge of male and female patients who have undergone coronary artery bypass grafting: A pilot study. *Heart & Lung* 26, 350-357.
- Johnson, R. C., Pye, J. K., Scriven, M. W., Billings, P. J., Wood, C. & Crumplin, K. H. 1999. Patients' perceptions of surgical services in a district general hospital. *British Journal of Surgery* 86, 1549-1555.
- Johansson, P. 1998. Leikkauksen jälkeinen kivunhoito. – Potilaiden, sairaanhoitajien ja lääkäreiden käsityksiä kivunhoidosta. Helsingin yliopisto. Yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Jäntti, M. 2000. Kivunhoito kirurgisella osastolla. Teoksessa Sailo, E. & Vartti, A-M. (toim.) Kivunhoito, Hygieia, Kustannusosakeyhtiö Tammi, Helsinki, 118-126.
- Kalso, E. 2002. Vamman ja leikkauksen jälkeinen kipu. Teoksessa Kalso, E. & Vainio, A. (toim.) Kipu. Gummerus Kirjapaino Oy, Duodecim. Jyväskylä, 222-245.
- Kanerva, A-M., Suominen, T. & Leino-Kilpi, H. 1999. Informed consent for short-stay surgery. *Nursing Ethics* 6, 483-493.
- Kanto, J. 1996. Anestesiaan ja leikkaukseen liittyvä pelko ja jännitys. *Suomen Lääkärilehti* 51, 1041-1044.
- Karhu-Hämäläinen, A. & Eriksson, E. 2001. Sädehoito-osaston fyysinen hoitoympäristö avohoitopotilaan kokemana. *Hoitotiede* 13, 249-257.
- Kaukonen, J-P. 1998. Polvivammojen diagnostiikka. *Duodecim* 114, 1343-1346.
- Kaukonen, T. 2001. Infektoituneen haavan kirurgiset hoitomenetelmät. *Haava, Suomen haavahoitoyhdistyksen ammattijulkaisu* 3/2001, 17-18.
- Kekki, P. 1994. Väestön arviot ja kokemukset terveyskeskuspalveluista. Tutkimus neljästä erityyppisestä terveyskeskuksesta. *Yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon laitos, julkaisusarja, nro 13. Helsinki 1994.*
- Kekki, P. & Bergström, T. 1997. Potilaiden kokemus lääkärin vastaanottotyön laadusta. *Suomen Lääkärilehti* 52, 477-481.
- Kekomäki, M. 1996. Lyhythoitosen kirurgian kustannus-hyötysuhde. *Käytännön lääkäri* 39, 93-96.
- Kettunen, T. & Poskiparta, M. 1998. Preoperatiivinen haastattelu: Anestesiahoitajan mahdollisuus tukea potilaan leikkaukseen valmistautumista. *Hoitotiede* 10, 271-278.
- Kettunen, T. 2001. Neuvontakeskustelu. Tutkimus potilaan osallistumisesta ja sen tukemisesta sairaalan terveysneuvonnassa. *Studies in sport, physical education and health* 75. Jyväskylän yliopisto, Jyväskylä.
- Kiikkala, I. & Munnukka, T. 1996. Teoriaa käytännössä. Tampere. Tammer-paino Oy.
- Kiljunen, V. & Kivioja, A. 1997. Parempi katsoa päältä kuin sisältä. *Suomen Ortopedia ja Traumatologia* 20, 334-336.
- Kim, H. S. 1999. Critical reflective inquiry for knowledge development in nursing practice. *Journal of Advanced Nursing* 29, 1205-1212.
- Kleiber, C., Halm, M., Titler, M. ym. 1994. Emotional responses of family members during a critical care hospitalization. *American Journal of Critical Care* 3, 70-76.
- Kleinbeck, S. V. M. & Hoffart, N. 1994. Outpatient recovery after laparoscopic cholecystectomy. *AORN Journal* 60, 394-402.
- Knapp, T. R. 1998. *Quantitative Nursing Research*. SAGE Publications. International Educational and Professional Publisher. London.
- Knudsen, V. J. 1996. An audit for day surgery carers. *Journal of One-Day Surgery* 5, 5-9.

- Koivula, M. 2002. Ohitusleikkauspotilaiden pelot, ahdistuneisuus ja sosiaalinen tuki. *Acta Universitatis Tamperensis*, 875, Tampereen yliopisto, Tampere.
- Koivuranta, M. 1997. Postoperatiivinen pahoinvointi. *Finnanest* 30, 355-362.
- Korttila, K. 1993. Päiväkirurgisen potilaan anestesia. Teoksessa P. Rosenberg & O. Takku-nen (toim.) *Anestesiaopas* Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy, 240-250.
- Korttila, K. 1996. Päivä- ja lyhythoitaisen kirurgian onnistumisen kulmakivet. *Käytännön Lääkäri* 39, 55-60.
- Korttila, K. 1998. Päiväkirurgisen anestesian haasteet. *Duodecim* 114, 1607-15.
- Korttila, K. 1999. Päiväkirurgisen potilaan kotiuttaminen ja kivunhoito. *Erikoislääkäri* 9, 7-8.
- Kralik, D., Koch, T. & Wotton, K. 1997. Engagemant and detachment: Understanding patients' experience with nursing. *Journal of Advanced Nursing* 26, 399-407.
- Kramer, FM. 2000. Patient perceptions of the importance of maintaining preoperative NPO status. *AANA Journal* 68, 321-328.
- Krause, K. & Kiikkala, I. 1996. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Kirjayhtymä. Helsinki.
- Krouse, H. 2001. Video modelling to educate patients. *Journal of Advanced Nursing* 32, 748-757.
- Kujala, U. 1999. Polven rasituskiputilat - käypä diagnostiikka ja hoito. *Suomen Lääkärilehti* 54, 771-775.
- Kuhn, S., Cooke, K., Collins, M., Jones, M. J. & Mucklow, J. C. 1990. Perceptions of pain relief after surgery. *British Medical Journal* 300, 1687-1690.
- Kurittu, K. & Leino-Kilpi, H. 1994. Potilaiden käsityksiä oikeuksiensa toteutumisesta sairaalassa. *TYKS. Hoitotyön julkaisusarja A8*. Turku.
- Kuuppelomäki, M. 1996. Parantumaton syöpä sairastavien potilaiden kärsimyskokemukset ja selviytymistä tukevat toiminnot. *Annales Universitatis Turkuensis. Ser. 124. Scripta lingua fennica edita*. Kirjapaino Pika Oy, Turku.
- Kuuppelomäki, M. 2002. Kuolevan potilaan emotionaalinen tukeminen – sairaanhoitajan näkökulma. *Hoitotiede* 14, 117-128.
- Kuusniemi, K. 1997. LYHKI-potilas anestesiologin näkökulmasta. Teoksessa (Suominen, T. & Leino-Kilpi, H. (toim) *Lyhytkirurginen potilas terveydenhuollon asiakkaana*. STAKES. Raportteja 210. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Kuusniemi, K. 2001. Spinal Anaesthesia with a Low Dose of Bupivacaine. Turun yliopiston julkaisuja. *Annales Universitatis Turkuensis. Sarja - ser. D. osa - tom. 437. Medica-Odontologia*. Turun yliopisto.
- Kyngäs, H. & Hentinen, M. 1997. Hoitoon sitoutuminen: Käsitteen rakenteen todentaminen tilastollisesti. *Hoitotiede* 9, 3-11.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11, 3-12.
- Labrecque, M., Blanchard, C., Ruckdeschel, J. & Blanchard, E. 1991. The impact of informal caregivers and care quality in the hospital care of elderly patients aged 75 or older. A time series study in three care settings. *Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet* 39. Kuopion University Printing Office, Kuopio.
- Lahtinen, J., Alanko, A., Korttila, K., Kotilainen, H., Laatikainen, L., Nenonen, M., Permi, J., Punnonen, H., Rihkanen, H., Tenhunen, A. & Toivonen, J. 1998. Päiväkirurgia. Suomen Kuntaliitto. Kuntaliiton painatuskeskus. Helsinki.
- Lahtinen, J. & Valanne, J. 1998. Kenelle päiväkirurgia soveltuu. *Suomen lääkärilehti* 53, 543-547.

- Laippala, P. 1996. Tilastollinen prosessin hallinta ja laadunohjaus SPC-menetelmät. Tampereen yliopisto. Kansanterveystieteen laitos/Biometria.
- Laippala, P., Paavilainen, E. & Koponen, H. 1997. Kuvailevaa tilastotiedettä: summamuuttujien rakentamisen tarkastelua. Teoksessa: Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY. Juva, 76-90.
- Laitinen, H. & Åstedt-Kurki, P. 1996. Tehohoitovaihetta edeltävä tiedonsaanti sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaiden kokemana. *Hoitotiede* 8, 167-174.
- Laitinen, P. & Isola, A. 1996. Promoting participation of informal caregivers in the hospital care of the elderly patient: informal caregivers' perceptions. *Journal of Advanced Nursing* 23, 942-947.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992, voimaan 1.3.1993.
- Lancaster, K. 1997. Patient teaching in ambulatory surgery. *Nursing Clinics of North America* 32, 417-427.
- Latvala, E. & Janhonen, S. 1997. Potilaan selviytyminen jokapäiväisessä elämässä - psykiatrisen hoitotyön perusprosessi. *Hoitotiede* 8, 224-232.
- Lauri, S. & Leino-Kilpi, H. 1994. Hoitotieteen tutkimuskohde sekä tutkimusta ja opetusta ohjaavat teoreettiset ja käytännölliset lähtökohdat. Teoksessa: Willman, H., Niemelä, T., Parviainen, T. & Sorvettula, M. *Hoitotyön vuosikirja 1994*. Kirjayhtymä, Tampere, 101-105.
- Laurila nee Kostamovaara, P. 2002. Pain relief after joint surgery. A clinical study. Department of Anaesthesiology, Oulun yliopisto, Oulu.
- Law, M. L. 1997. A telephone survey of day-surgery eye patients. *Journal of Advanced Nursing* 25, 355-363.
- Lea, S. & Phippen, M. 1992. Client education in the ambulatory surgery setting. *Seminars in Perioperative Nursing* 1, 203-223.
- Leaffer, T. & Gonda, B. 2000. The Internet: an underrutilized tool in patient education. *Computes in Nursing* 18, 47-52.
- Lehti, T. & Hupli, M. 1993. Leikkauspotilaan tiedonsaanti ja osallistuminen omaan hoitoonsa naistentautien leikkausosastolla. *Hoitotyön julkaisusarja A:3*. Turun yliopistollinen keskussairaala. Turku.
- Lehtonen, L. 2001. Potilaan yksityisyyden suoja. *Suomalainen Lakimiesyhdistys*. Helsinki.
- Leino-Kilpi, H. 1990. Hyvän hoitamisen arviointiperusteet. *Lääkintöhallituksen julkaisuja* 163. Valtion painatuskeskus, Helsinki.
- Leino-Kilpi, H. 1992. Potilaan hyvä tutkimuksen näkökulmasta. *Hoitotiede* 1992. Pro Nursing Ry, Turku, 55-61.
- Leino-Kilpi, H. 1999 a. Hoitotiede uudella vuosituhanella etiikan tutkimuksen välttämättömyys. Teoksessa Janhonen, S., Lepola, S. & Nikkonen, M. & Toljanen, M. (toim.) *Suomalainen hoitotiede uudelle vuosituhanelle*. Professori Maija Hentisen juhlakirja. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitoksen julkaisuja 2. Oulun yliopistopaino. Oulu, 58-61.
- Leino-Kilpi, H. 1999 b. Keynote speaker identifies need for research and empowerment among patients: Monday, July 27, 1999. *AORN Journal* 70, 863-877.
- Leino-Kilpi, H., Iire, L., Suominen, T., Vuorenheimo, J. & Välimäki, M. 1993 a. Tietääkö vai eikö tiedä? Katsaus potilasta ja tietoa koskevaan tutkimukseen. *STAKES. Raportteja* 118. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Leino-Kilpi, H., Sainio, C., Niittymaa, I. & Kim, H. S. 1993 b. Sairaalapotilaiden oikeudet ja niiden toteutuminen Satakunnan keskussairaalassa. Raportti opetuskokeilusta kirurgisella osastolla. Satakunnan sairaanhoitopiirin julkaisuja No 1, Pori.

- Leino-Kilpi, H. & Kurittu, K. 1995. Patients' rights in hospital: an empirical investigation in Finland. *Nursing Ethics* 2, 103-112.
- Leino-Kilpi, H. & Suominen, T. 1997. Mitä on olla LYHKKI-potilaana. Teoksessa (Suominen, T. & Leino-Kilpi, H. (toim) Lyhytkirurginen potilas terveydenhuollon asiakkaana. STAKES. Raportteja 210. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Leino-Kilpi, H. & Vuorenheimo, J. 1992. Potilas hoidon laadun arvioijana. Sosiaali- ja terveyshallituksen raporttisarjan julkaisu no. 68. Valtion painatuskeskus, Helsinki.
- Leino-Kilpi, H. & Vuorenheimo, J. 1993. Perioperative nursing care quality. *AORN Journal* 57, 1061-1071.
- Leino-Kilpi, H., Walta, L., Helenius, H., Vuorenheimo, J. & Välimäki, M. 1994. Hoidon laadun mittaaminen. Potilaslähtöisen HYVÄ HOITO -mittarin kehittäminen ja mittarilla saadut tulokset. Stakes. Raportteja 151, Stakes, Helsinki.
- Leino-Kilpi, H., Kovasin, M., Vuorenheimo, J. & Viitanen, T. 1999. Kirurgisen hoitotyön laatu Turun kaupungin kirurgisessa sairaalassa. Laadun arviointia ja seuranta vuosina 1988-1998. Turun kaupungin terveystoimen julkaisuja Sarja A Nro 2, Turku.
- Leino-Kilpi, H., Välimäki, M., Arndt, M., Dassen, T., Gasull, M., Lemonidou, C., Scott, P. A., Bansemir, G., Cabrera, E., Papaevangelou, H. & McParland, J. 2000. Patient's autonomy, privacy and informed consent. European Commission, Directorate-General XII, Science, Research and Development, Biomedical and Health Research. Volume 40. IOS Press, Amsterdam.
- Leinonen, T. 2002. The Quality of Perioperative Care. Developing a Patient-Oriented Measurement Tool. Turun yliopiston julkaisuja. *Annales Universitatis Turkuensis*. Sarja - Ser. D osa - Tom. 481. Turun yliopisto.
- Leinonen, T., Leino-Kilpi, H. & Katajisto, J. & TYKS:n leikkausosaston 250 henkilökunta. 1994. Leikkaus- ja anestesiahoito laatu, mitä potilaat sanovat? *Hoitotyön julkaisusarja A:10*.
- Leinonen, T., Leino-Kilpi, H. & Katajisto, J. 1996. The quality of intraoperative nursing care: the patient's perspective. *Journal of Advanced Nursing* 24, 843-852.
- Lepczyk, M., Raleigh, E. & Rowley, C. 1990. Timing of preoperative patient teaching. *Journal of Advanced Nursing* 15, 300-306.
- Lepola, V., Kiljunen, V., Tulikoura, I., Santavirta, S. & Salo, J. 2004. Polvivamman tutkiminen. *Suomen lääkirilehti* 59, 2803-2808.
- Leske, J. S. 1993. Anxiety of elective surgical patients' family members. *AORN Journal* 57, 1091-1103.
- Leske, J. S. 1996. Intraoperative progress reports decrease family members' anxiety. *AORN Journal* 64, 424-436.
- Lewis, C. & Bryson, J. 1998. Does day case surgery generate extra workload for primary and community health service staff? *Ann R Surg Engl* 20, 200-202.
- Lewis, CK., Wahl, J., Yust, K & Kaplan, S. 2000. Same-day surgery managed care: monitoring patient and system variances. *Journal of Perianesthesia Nursing* 15, 9-12.
- Lewis, D. 2003. Computers in patient education. *Computers Informatics Nursing* 21, 88-96.
- Lewis, K. E. & Woodside, R. E. 1992. Patient satisfaction with care in the emergency department. *Journal of Advanced Nursing* 17, 959-964.
- Lindvall, L. 1992. Hoitotyöntekijöiden käsityksiä vanhusten inhimillisten tarpeiden tyydyttymisestä sairaalassa. *Hoitotiede* 4, 24-33.
- Lindsey, A. M., Carrieri-Kohlman, V. & Giboney Page, G. 1993. Stress response. In Carrieri-Kohlman, V., Lindsey, A. M. & West, C. M. (Eds.) *Pathophysiological phenomena in nursing*. Second edition. WB Saunders Company, Philadelphia, 397-419.

- Linnakko, E. 1991. LYHKI:n kustannusnäkökohdat ja laskutus. Suomen kirurgiyhdistyksen julkaisuja 12, 20.
- Liponkoski, R. & Routasalo, P. 2001. Iäkkään kuntoutuspotilaan saama emotionaalinen tuki sairaalajakson aikana. *Hoitotiede* 5, 258-265.
- Lirkki, A. & Simolin, A. 1998. Päiväkirurgiseen leikkaukseen tulevien 18 vuotta täyttäneiden potilaiden hoitotyöhön kohdistamat odotukset Mikkelin keskussairaala. *Etelä-Savon sairaanhoitopiirin julkaisu* no 12. Mikkelin keskussairaala.
- Lisko, SA: 1995. Development and use of videotaped instruction for preoperative education of the ambulatory gynecological patient. *Journal of Post Anesthesia Nursing* 10, 324-328.
- Lisle, D. 1998. Problems and procedures of day-case angiography. *Nursing Times* 94, 55-57.
- Llewellyn, J. G. 1991. Short stay surgery. *AORN Journal* 53, 1179-1191.
- LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. 1990. Reliability and validity. In: LoBiondo, G. & Haber, J. (toim.) *Nursing Research. Methods, Critical Appraisal and Utilization*. The C.V. Mosby Co. St. Louis. Missouri, 247-263.
- Lock, E. 1999. Preparation for procedures. In: *Day Surgery. A Nursing Approach*. Edited by Debbie Hogde. Churchill Livingstone. Toronto.
- Lookinland, S. & Pool, M. 1998. Study on effect of methods of preoperative education in women. *AORN Journal* 67, 203-213.
- Lorig, K. and Associates 1996. *Patient Education. A Practical Approach. Second Edition*. SAGE Publications. International Educational and Professional Publisher. Sage Production. USA.
- Lukkarinen, H. 1999. Sepelvaltimotautia sairastavien elämänlaatu ja elämäntyyli. Pitkittäistutkimus lääkkeillä, pallolaajennuksella tai ohitusleikkauksella hoidettujen kokemuksista. *Acta Universitatis Ouluensis D*. 562. Oulu university press.
- MacDonald, M. & Bodzak, W. 1999. The performance of a self-managing day surgery nurse team. *Journal of Advanced Nursing* 29, 859-868.
- Marley, RA. 1996. Ambulatory surgery. Postoperative nausea and vomiting: the outpatient enigma. *Journal of PeriAnesthesia Nursing* 11, 147-61.
- Marley, RA. & Swanson, J. 2001. Patient care after discharge from the ambulatory surgical center. *Journal of PeriAnesthesia Nursing* 16, 399-419.
- Marjamäki, P., Lehto, J. & Rissanen, M. 1996. Miten palvelurakennetyön piti vaikuttaa erikoissairaanhoidon ja toteutuivatko tavoitteet 1990-luvulla? Teoksessa: Viialainen, R. & Lehto, J. (toim.) *Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimusraportit*. Laitoshoidon vähentämisestä avopalvelujen kehittämiseen. *Stakes. Raportteja* 192. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä, 123-139.
- Markanday, L. & Platzer, H. 1994. Day surgery. Brief encounters. *Nursing Times* 90, 38-42.
- Marshall, S. I. & Chung, F. 1999. Discharge criteria and complications after ambulatory surgery. *Anesthesia and Analgesia* 88, 508-517.
- Martikainen, M. 2002. Day-case anaesthesia in adult knee arthroscopy. With special reference to recovery and cost-effectiveness after general and spinal anaesthesia. *Acta Universitatis Ouluensis Medica*, Oulu.
- Mattila, E. 1998. Potilaan ohjaus sairaanhoidon aikana - potilaiden käsityksiä ja kokemuksia. *Hoitotiede* 10, 144-151.
- Mattila, L-R. 2001. Vahvistumista ja tunnekokemuksen jakamista. *Acta Universitatis Tamperensis* 816. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.
- McGaughey, J. & Harrison, S. 1994. Understanding the preoperative information needs of patients and their relatives in intensive care units. *Intensive Care Nursing* 10, 186-194.

- Mcintyre, P. & Ready, L. B. 2001. Why should acute pain management be improved? Teoksessa: Acute pain management. A Practical Guide. Second edition. Lontoo. W. B. Saunders.
- McLaughlin, J., DeMaio, M., Noyes, F. R. & Mangine, R. E. 1994. Rehabilitation after meniscus repair. *Orthopedics* 17, 463-471.
- McQueen, A. 1999. Day surgery for nurses. *Journal of Advanced Nursing* 29, 517.
- Mellin, I. 1996. Johdatus tilastotieteeseen. Tilastotieteen johdantokurssi. Helsingin yliopisto. Tilastotieteen laitos.
- Mills, M. E. & Sullivan, K. 1999. The importance of information giving for patients newly diagnosed with cancer: a review of the literature. *Journal of Clinical Nursing* 8, 631-642.
- Mistiaen, P., Duijnhouwer, E., Wijkel, D., de Bont, M. & Veeger, A. 1997. The problems of elderly people at home one week after discharge from an acute care setting. *Journal of Advanced Nursing* 25, 1233-1240.
- Mitchell, M. 1997. Patients' perceptions of pre-operative preparation for day surgery. *Journal of Advanced Nursing* 26, 356-363.
- Mitchell, M. 2000. Psychological preparation for patient undergoing day surgery. *Ambulatory Surgery* 8, 19-29.
- Mitchell, M. 2003. Impact of discharge from day surgery on patients and carers. *British Journal of Nursing* 12, 402-407.
- Mok, E. & Wong, K-Y. 2003. Effects of music on patient anxiety. *AORN Journal* 77, 396-410.
- Moore, S. M. 1996. The effects of a discharge information intervention on recovery outcomes following coronary artery bypass surgery. *International Journal Nursing Studies* 33, 181-189.
- Morales, R., Esteve, N., Casas, I & Blanco, C. 2002. Why are ambulatory surgical patients admitted to hospital? Prospective study. *Ambulatory Surgery* 9, 197-205.
- Mordiffi, S.Z., Tan, S.P. & Wong, M.K. 2003. Information provided to surgical patients versus information needed. *AORN Journal* 77, 546-562.
- Munkki-Utunen, M. & Leino-Kilpi, H. & Kim, H. S. 1992. Potilaan ja sairaanhoitajan yhteinen päätöksenteko hoitotyössä. *Hoitotiede* 4, 98-107.
- Murphy, S. J. 1994. Preoperative assessment for day surgery. *Surgical Nurse* 7, 6-9.
- Mäkelä, S. 1996. Tiedonsaanti ja tiedontarve lyhythoitosen kirurgisen potilaan omaisella. Pro gradu-tutkielma. Turun yliopisto, Hoitotieteen laitos, Turku.
- Nailor, M., Brooten, D., Camphell, R., Jacobsen, B., Mezey, M., Pauly, M., Schwartz, J. & Sanford, J. 1999. Comprehensive discharge planning and home follow-up of hospitalised elders: A randomised clinical trial. *JAMA* 281, 613-620.
- Nelzén, O. 2000. Prospective study of safety, patient satisfaction and leg ulcer healing following saphenous and subfascial endoscopic perforator surgery. *British Journal of Surgery* 87, 86-91.
- Nicoll, H. L. & Beyea, S. C. 1998. The ethical conduct of research. *AORN Journal* 67, 1237-1243.
- Nieswiadomy, R. M. 1998. Foundations of Nursing Research. 3. edition. Appelton & Lange, Stamford, Connecticut.
- Niiniluoto, I. 1996. Informaatio, tieto ja yhteiskunta. Hallinnon kehittämiskeskus. Oy Edita Ab. Helsinki.
- Nikunen, S. 1994. Potilaan ohjaus lyhythoitosisessa kirurgiassa. *Pro Nursing Ry. Julkaisesarja C:5:1994.*

- Nikunen, S. 1997. Miten pärjää hoitaja? Teoksessa: Suominen, T. & Leino-Kilpi, H. (toim.) Lyhytkirurginen potilas terveydenhuollon asiakkaana. STAKES. Raportteja 210. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä, 135-152.
- Niskanen, R., Willman-Tuominen, S. & Setälä, P. 2002. Lanneselän välityrän leikkaus päiväkirurgisesti. Suomen lääkärilehti 57, 3959-3961.
- Noble, C. 1991. Are nurses good patient educators? Journal of Advanced Nursing 6, 1185-1189.
- Nuikka, M-L. 2002. Sairaanhoidajien kuormittuminen hoitotilanteissa. Acta Universitatis Tamperensis 849. Tampereen yliopisto.
- Nummenmaa, T., Konttinen, R., Kuusinen, J. & Leskinen, E. 1997. Tutkimusaineiston analyysi. WSOY, Kirjapainoyksikkö, Porvoo.
- Nyland, J. 1999. Rehabilitation complications following knee surgery. Clinics in Sports medicine 18, 905-925.
- Oberle, K., Allen, M. & Lynkowski, P. 1994. Follow-up of same day surgery patients. A study of patients concerns. AORN Journal 59, 1016-1025.
- Omaistoimikunta 1986. Omaistoimikunnan mietintö. Sosiaali- ja terveysministeriö, komiteamietintö. Valtion painatuskeskus. Helsinki.
- Osborne, GA. & Rudkin, GE. 1993. Outcome after day-care surgery in a major teaching hospital. Anaesth Intensive Care 21, 822-827.
- Otte, D. I. 1996. Patients' perspective and experiences of day case surgery. Journal of Advanced Nursing 23, 1228-1237.
- Ovaska, J. 1999. Endoskooppisen kirurgian mullistus. Duodecim 115, 1325-1326.
- Paaso, I. 2001 Potilaan tiedonsaantioikeus terveydenhuollossa. Tummavuoren kirjapaino Oy, WSOY Lakitieto, Helsinki.
- Paavilainen, E. & Åstedt-Kurki, P. 1997. The client-nurse relationship as experienced by public health nurses: toward better collaboration. Public Health Nursing 14, 137-142.
- Paavilainen, E., Seppänen, S. & Åstedt-Kurki, P. 2001. Family involvement in perioperative nursing of adult patients undergoing emergency surgery. Journal of Clinical Nursing 10, 230-237.
- Pajula, M. 1996. Potilaan tiedonsaanti ja tiedon merkitys potilaalle. Analyysi suomalaisista potilaan tiedonsaantia käsittelevistä vuonna 1990-1994 valmistuneista pro gradu - tutkimuksista. Oulun yliopisto, Hoitotieteen laitos, Oulu.
- Palmu, A. & Harju, E. 1992. Paineet lyhythoitaisempaan kirurgiaan lisääntyvät. Sairaala 2, 6-7.
- Palmu, P. & Suominen, T. 1999. Nuoren lyhytkirurgisessa hoidossa olevan potilaan ohjaus. Hoitotiede 11, 119-127.
- Pandit, SK, & Loberg, KW. & Pandit, UA. 2000. Toast and tea before elective surgery? A national survey on current practice. Anesth Analg 90, 1348-51.
- Parkes, J. & Shepperd, S. 2001. Discharge planning from hospital to home (Cochrane Review). In: The Cochrane Library, Issue 2, 2003. Oxford: Update Software.
- Parnass, S. M. 1993. Ambulatory surgical patient priorities. Nursing Clinics of North America 28, 531-545.
- Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY. Helsinki.
- Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1999. Perhe hoitotyössä. Teoksessa Paunonen, M. Paunonen & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) Perhe hoitotyössä – teoria, tutkimus ja käytäntö. Porvoo. WSOY, 14-24.
- Pearson, A. & Vaughan, B. 1994. Hoitotyön mallin sovellus. Vammalan Kirjapaino Oy.

- Pekkarinen, T. 1998. Päiväkirurgia vieläkin liian vähän käytetty mahdollisuus. Suomen Lääkärilehti 53, 3887-3888.
- Pelttari, P. 1997. Sairanhoitajan työn nykyiset ja tulevaisuuden kvalifikaatiovaatimukset. Stakes. Tutkimuksia 80. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Persson, BM. & Hansen, S. 1996. Telefonkontroll efter dagkirurgi. Läkartidningen 93; 2331-4.
- Perälä, M-L., Hernesniemi, P. & Räikkönen, O. 1999. Yhteistyö keskussairaalassa kirurgisten potilaiden perheenjäsenten arvioimana. Hoitotiede 11, 13-21.
- Pica-Furey, W. 1993. Ambulatory surgery - hospital-based vs freestanding. AORN Journal 57, 1119-1127.
- Pihlainen, A. 2000. Hyvä, ihanteellisuus ja epätsekkyys arvo- ja arvostuskäsityksinä terveydenhuollon koulutuksessa ja työelämässä. Acta Universitatis Tamperensis 730. Vammalan kirjapaino, Vammala.
- Polit, D. & Hungler, B. 1995. Nursing research. Principles and methods. JB Lippincott Company, Philadelphia.
- Posel, N. 1999. Preoperative teaching in the preadmission clinic. JNSD-Journal of Nursing Staff Development 14, 52-56.
- Poutala, P. 1998. Hyvä vuorovaikutussuhde ensiapupoliklinikan vastaanottotilanteessa. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos, Tampereen yliopisto.
- Proctor, E., Morrow-Howell, N. & Albaz, R. ym. 1992. Patient and family satisfaction with discharge plans. Medical Care 30, 262-275.
- Punnonen, H. 2001. Päiväkirurgian osuudet vuonna 2000 yhteensä, erikoisaloittain, esimerkkitoimenpiteittäin, sairaaloittain laskevassa järjestyksessä ja suhteessa vuoden 2003 tavoitteisiin. Kuntaliitto 12.9.2001.
- Raappana, M. 2001. Kipu ja kivun hoidon ohjaus päiväkirurgisen potilaan arvioimana. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos, Kuopion yliopisto.
- Radwin, L. 1995. Knowing the patient: A process model for individualized interventions. Nursing Research 44, 368-370.
- Rahko, L. 1992. Uusi leikkaustekniikka vaikutti. Fysioterapiakäytäntö muuttui radikaalisti Oulussa. Fysioterapia 39, 23-4.
- Raid, U. 1999. Virolaisten potilaiden kokemuksia leikkauksen jälkeisestä kivusta ja sen hoidosta. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Opinnäytetutkielma.
- Raleigh, E., Lepczyk, M. & Rowley, C. 1990. Significant others benefit from preoperative information. Journal of Advanced Nursing 15, 941-945.
- Rankin, S. & Stallings, K. 1990. Patient education: Issues, Principles, Practices. 2. painos. Philadelphia. J. B. Lippincott.
- Ranta, E., Rita, H. & Kouki, J. 1994. Biometria. Viides painos. Yliopistopaino. Helsinki.
- Rantala, A. 2001. Haavainfektion syntymisen ehkäisymahdollisuudet. Haava. Suomen haavanhoidoyhdistyksen ammattijulkaisu 3/2001, 11-13.
- Ratanalert, S., Soontrapornchai, P. & Ovartharnporn, B. 2003. Preoperative education improves quality of patient care for endoscopic retrograde cholangiopancreatography. Gastroenterology Nursing 26, 21-25.
- Rawal, N. 1999. Postoperativ smärta. Behandling, kvalitetssäkring och organisation. Printed in Sweden. Studentlitteratur, Lund.
- Recker, D. 1994. Patient perception of preoperative cardiac surgical teaching done pre- and postadmission. Critical Care Nurse 14, 52-58.
- Redfern, S. 1996. Individualised patient care: its' meaning and practice in general setting. NT Research 1, 22-23.

- Reichert, A. L. 1999. Postoperative nursing care contributions to symptom distress and functional status after ambulatory surgery. *AORN Journal* 69, 670.
- Renholm, M. & Suominen, T. 2000. Potilaiden kohtelu päivystyspoliklinikalla. *Hoitotiede* 12, 111-120.
- Robbins, J. & Moscrop, J. 1995. *Caring for dying patient and the family*. Chapman & Hall, London.
- Rokkanen, P., Slätis, P., Alho, A., Ryöppy, S. & Huittinen, V. M. 1995. *Traumatologia*. Kandidaattikustannus Oy. Helsinki.
- Rokkanen, P., Avikainen, V., Tervo, T., Hirvensalo, E., Kallio, P., Kankare, J., Kiviranta, I. & Pätäälä, H. 2003. *Ortopedia. Käytännön ortopediaa*. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.
- Ruotsalainen, P. 2000. Asiakaslähtöinen palveluketju ja tietoteknologia. Teoksessa Nouko-Juvonen, S., Ruotsalainen, P. & Kiikkala, I. (toim.) *Hyvinvointiin palveluketjut*. Tammi, Helsinki, 7-32.
- Ryhänen, L. 1999. Heräämön sairaanhoitaja leikkauspotilaan postoperatiivisen kivun arvioijana. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Lisensiaattitutkimus.
- Ryhänen, A., Kuivalainen, L., Meriläinen, P. & Isola, A. 1998. Potilaan nukkumisen mahdollistaminen sisätautien ja kirurgian osastoilla. *Hoitotiede* 10, 289-298.
- Sainio, C., Eriksson, E. & Lauri, S. 2001. Patient participation in decision making about care. *Cancer Nursing* 24, 172-179.
- Salmon, P. 1993. The reduction of anxiety in surgical patients: an important nursing task or the medicalization of preparatory worry? *International Journal of Nursing Studies* 30, 323-330.
- Salomäki, T., Laitinen, J. & Rosenberg, P. 1999. Leikkauksen jälkeinen kivunhoito. Teoksessa Rosenberg, P., Alahuhta, S., Kanto, J. & Takala, J. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä, 758-759.
- Sandelin, J. 1999. Alaraajan nivelten artroskooppinen kirurgia. *Duodecim* 115, 1327-1335.
- Santavirta, S. 2003. Polviartroosin tähytysleikkaus harvoin tarpeen. *Duodecim* 119, 87-88.
- Saranto, K. & Kouri, P. 1999. Tieto- ja viestintäteknikka kansalaisten ja ammattilaisten vuorovaikutuksen ja tiedonhankinnan välineenä. Teoksessa Saranto, K. & Korpela, M. (toim.) *Tietotekniikka ja tiedonhallinta sosiaali- ja terveydenhuollossa*. WSOY, Porvoo, 334-357.
- Satakunnan sairaanhoitopiiri, 2000. Kirurgisen haavan hoito-ohjeet. Haavanhoitotyöryhmä. Numero 1, 8.11.2000.
- Schroeter, K. 2002. Ethics in perioperative practice - patient advocacy. *AORN Journal* 75, 941-949.
- Schröck, R. 1991. Moral issues in nursing research. In: Cormark, D. *The Research Process in Nursing*. Oxford. England, 30-39.
- Schwartz-Barcott, D., Fortin, J. & Kim, H. 1994. Client-nurse interaction: testing for its impact in preoperative instruction. *International Journal of Nursing Studies* 31, 23-35.
- Scriven, A. & Tucker, C. 1997. The quality and management of written information presented to women undergoing hysterectomy. *Journal of Clinical Nursing* 6, 107-113.
- Scullion, P. 1994. Personal cost, caring and communication: An analysis of communication between relatives and intensive nurses. *Intensive and Critical Care Nursing* 10, 64-70.
- Sharp, T. 1990. Relatives' involvement in caring for the elderly mentally ill following long-term hospitalization. *Journal of Advanced Nursing* 15, 67-73.
- Sitzia, J. & Wood, N. 1998. Patient satisfaction with cancer chemotherapy nursing: a review of the literature. *International Journal of Nursing Studies* 35, 1-12.

- Skinner, T. C. & Cradock, S. 2000. Empowerment: what about the evidence. *Practical Diabetes International* 17, 91-95.
- Smith, A.F. & Pittaway, A.J. 2002. Premedication for anxiety in adult day surgery (Cochrane Review). In: *The Cochrane Library*, Issue 1, 2002. Oxford: Update Software.
- Smith, CE., Cha, J., Puno, F., Magee, JD., Bingham, J. & Van Gorp, M. 2002. Quality assurance processes for designing patient education Web sites. *Computes, Informatics Nursing* 20, 191-202.
- Sohlman, B., Joukamaa, M. & Lehtinen, V. 1996. Potilaiden kokemuksia tiedonsaannin, kohtelun ja osallistumisen toteutumisesta terveystieteiden vastuuosaston vastaanotolla. *Suomen Lääkärilehti* 51, 3414-4319.
- Sorvari, H. 2004. Oikeudellisia näkökohtia potilastiedosta ja potilaan suostumuksesta tietokoneistuvassa terveydenhuollossa. *Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus STAKES. Raportteja* 285. Gummerus Kirjapaino Oy, Saarijärvi.
- SPSS Advanced Models TM 9.0. Copyright © 1999 by SPSS Inc. Printed in the United States of America.
- Stephenson, M. E. 1990. Discharge criteria in day surgery. *Journal of Advanced Nursing* 15, 601-613.
- Stevens, K. 1990. Patients' perceptions of music during surgery. *Journal of Advanced Nursing* 15, 1045-1051.
- Suhonen, R. 2002. Individualised care from the surgical patient's point of view. Developing and Testing a Model. Turun yliopiston julkaisuja. *Annales Universitatis Turkuensis. Sarja – Ser. D osa – tom. 523*. Turun yliopisto, Turku.
- Suhonen, R., Välimäki, M. & Katajisto, J. 1999. Yksilöllinen hoito potilaiden kokemana. *Hoitotiede* 11, 282-291.
- Suominen, T. 1994. The nursing care of breast cancer patients: perceived information, support and participation. *Annales Universitatis Turkuensis D 144*, University of Turku, Kirjapaino Pika Oy, Turku.
- Suominen, T. 1998. Päiväkirurgia ja potilaan kokemukset. *Sairaalaviesti* 4, 27-8.
- Suominen, T. & Laippala, P. 1997. Log-lineaaristen mallien käyttö ja sovellutus. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. WSOY. Juva.
- Sutherland, E. 1996. *Day Surgery. A Handbook for nurses*. Bridgend. Glamorgan. Great Britain. Bailliere Tindall. WBC Book Manufactures.
- Talamini, MA., Coleman, J., Sauter, P., Stanfield, C. & Fleisher, LA. 1999. Outpatient laparoscopic cholecystectomy: patient and nursing perspective. *Surg Laparosc Endosc Percutan Tech* 9, 333-339.
- Tappen, R. M., Muzic, J. & Kennedy, P. 2001. Preoperative assessment and discharge planning for older adults undergoing ambulatory surgery. *AORN Journal* 73, 464, 467, 469-470.
- Tarkka, M-T. 1996. Äitiys ja sosiaalinen tuki. *Acta Universitatis Tamperensis, ser. A*. 518. Tampereen yliopisto, Hoitotieteen laitos.
- Teirilä, I. 2000. Kirurgisen haavanhoidon teesit. *Haava. Suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu*. 4/2000, 15-19.
- Thatcher, J. 1996. Follow-up after day surgery: how well do patients cope? *Nursing Times* 92, 30-32.
- Tidswell, M. 1998. *Orthopaedic physiotherapy*. Mosby International limited. London.
- Timmons, S. 2001. Use of the Internet by patients: not a threat to nursing, but an opportunity? *Nurse Education Today* 21, 104-109.

- Thompson, H. J. 1999. The management of post-operative nausea and vomiting. *Journal of Advanced Nursing* 29, 1130-1136.
- Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäväksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Kustannusosakeyhtiö Tammi. Helsinki.
- Tähtinen, J. & Kaljonen, A. 1996. Tilastollisen analyysin perusteita kasvatustieteellisessä tutkimuksessa. *Julkaisusarja B:55*. Turun yliopiston kasvatustieteiden tiedekunta. Turun opettajakoulutuslaitos. Painosalama Oy. Turku.
- Töyry, E. 2001. Hoidon ihmisläheisyys erikoissairaanhoidossa. Mittarin kehittäminen ja käyttö. *Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet* 86. Kuopio.
- Twersky, R., Fishman, D. & Homel, P. 1997. What happens after discharge? Return hospital visits after ambulatory surgery. *Anesthesia & Analgesia* 84, 319-324.
- Ukkola, V., Ahonen, J., Alanko, A., Lehtonen, T. & Suominen, S. 2001. *Kirurgia*. WS Bookwell Oy, Porvoo.
- Vaittinen, E. 1996. *Kirurgia*. Porvoo, WSOY:n graafiset laitokset.
- Valanne, J. 1991. Anestesia ja potilaan kotiuttamisen ehdot päiväkirurgiassa. *Suomen Lääkärilehti* 46, 1459-1462.
- Valanne, J. 1994. Päiväkirurgiassa panostettava potilaan ohjaukseen. *Sairaala*. No 6-7.
- Valli, R. 2001. Kyselylomaketutkimus. Teoksessa: Ikkunoita tutkimusmetodeihin I (toim. Aaltoila, J. & Valli, R.) PS-kustannus, Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä.
- van Brunt, D. 1998. New technology. Internet-based patient information systems: what are they, why are they here, how will they be used, and will they work? *Journal of Rehabilitation Outcomes Measurement* 2, 58-63.
- van der Smagt-Duijnste, M. & Hamers, J. P. H. & Huyer Abu-Saad, H. 2000. Relatives of stroke patients - Their experiences and needs in hospital. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 14, 44-51.
- Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa: Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. WSOY, Juva, 26-34.
- Vehviläinen-Julkunen, K. & Paunonen, M. 1997. Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa: Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. WSOY. Juva, 206-213.
- Venkula, J. 1994. Tiedon suhde toimintaan. Tieteellisen toiminnan ulottuvuuksia. Osa I. Toinen painos. *Yliopistopaino*, Helsinki.
- von Essen, L. & Sjöden, P. 1995. Perceived occurrence and importance of caring behaviors among patients and staff in psychiatric, medical and surgical care. *Journal of Advanced Nursing* 21, 266-276.
- Voutilainen, P. & Korpiniitty, S. 1997. Dementoituvan ihmisen hyvä hoito - Omaisen odotukset hoidon laadun kehittämisen perustana. *Hoitotiede* 9, 25-32.
- Vuorenheimo, J. 1997. Lyhytjälkihoitoisen kirurgian organisointi terveydenhuollossa. Teoksessa: Suominen, T. & Leino-Kilpi, H. (toim.) *Lyhytkirurginen potilas terveydenhuollon asiakkaana*. STAKES. Raportteja 210. Gummerus Kirjapaino Oy, Jyväskylä, 123-133.
- Välimäki, M., Leino-Kilpi, H., Antila, M-L., Myllylä, B-M., Dassen, T., Gasull, M., Lemonidou, C., Scott, P. A., Arndt, M. & Kaurila, T. 2001. Potilaan autonomia kirurgisessa hoitotyössä, *Hoitotiede*, 13, 155-166.
- Välimäki, M., Suhonen, R., Nenonen, H., Tamminen, A. & Viikinkoski, P. 2002. Potilaan tiedonsaannin kehittäminen – ratkaisu informaatioteknologiasta? *Suomen Lääkärilehti* 46, 4729-4733.
- Walker, A. C. 1996. The "expert" nurse comforter: Perceptions of medical/surgical patients. *International Journal of Nursing Practice* 2, 40-44.

- Wall, P. 2000. *Kivun anatomia*. Art House. Helsinki.
- Wallace, T., Robertson, E., Millar, C. & Frisch, S.R. 1999. Perceptions of care and services by the clients and families: a personal experience. *Journal of Advanced Nursing* 29, 1144-1153.
- Waltz, C. & Strickland, O. & Lenz, E. 1991. *Measurement in Nursing Research*. F. A. Davis, Philadelphia.
- Waterman, H., Leatherbarrow, B., Slater, R. & Waterman, C. 1999. Post-operative pain, nausea and vomiting: qualitative perspectives from telephone interviews. *Journal of Advanced Nursing* 29, 690-696.
- Watts, S. & Brooks, A. 1997. Patients' perceptions of the pre-operative information they need about events they may experience in the intensive care unit. *Journal of Advanced Nursing* 26, 85-92.
- Watt-Watson, J., Chung, F., Chan, VWS. & McGillion, M. 2004. Pain management following discharge after ambulatory same-day surgery. *Journal of Nursing Management* 12, 153-161.
- Weale, A. E., Ackroyd, C. E., Mani, G. V. & Winson, I. G. 1998. Day-case surgery or short-stay admission for arthroscopic knee surgery: a randomised controlled trial. *Annual of Royal College of Surgeons England* 80, 146-9.
- Weijer, C., Dickens, B. & Meslin, E. M. 1997. Bioethics for clinicians: 10. Research ethics. *Canadian Medical Association Journal* 156, 1153-1157.
- Westman, M. & Backman, M. 1997. Potilaiden näkemys kirurgisesta sairaanhoidosta. *Hoitotiede* 9, 33-39.
- While, A. & Crawford, J. 1992. Paediatric day surgery. *Nursing Times* 88, 43-45.
- Whittemore, R. 2000. Consequences of not "knowing the patient". *Clinical Nurse Specialist* 14, 75-81.
- Wilson, H. 1989. *Research in Nursing*. Addison-Wesley. California.
- Winell, K. 1990. Potilaan oikeudet. *Suomen Lääkärilehti* 27, 2323.
- Wiseman, S. J. 1990. Patient Advocacy. The essence of perioperative nursing in ambulatory surgery. *AORN Journal* 51, 754-762.
- Wong, L S., Kaukuntla, HK. & Fraser, IA. 1999. A survey of patient satisfaction after day case surgery. *International Journal Clinical Practice* 53, 189-191.
- Wright, L. M. & Leahey, M. 1994. *Nurses and Families. A Guide to Family Assessment and Intervention*. Davis, Philadelphia.
- Yale, E. 1993. Preoperative teaching strategy: Videotapes for home viewing. *AORN Journal* 57, 901-908.
- Young, C. M. 1990. The postoperative follow-up phone call: An essential part of the ambulatory surgery nurse's job. *Journal of Post Anesthesia Nursing* 5, 273-275.
- Young, J., O'Connell, B. & McGregor, S. 2000. Day surgery patients' convalescence at home: does enhanced discharged education make a difference? *Nursing & Health Sciences* 2, 29-39.
- Young, J. & O'Connell, B. 2001. Recovery following laparoscopic cholecystectomy in either a 23 hour or an 8 hour facility. *Journal of Quality in Clinical Practice* 21, 2-7.
- Yount, S. T., Edgell, J. & Jakovec, V. 1990. Preoperative teaching. A study of nurses' perceptions. *AORN Journal* 51, 572-579.
- Zazpe, C., Margall, M. A. & Otano, C. 1997. Meeting needs of family members of critically ill in a Spanish intensive care unit. *Intensive and Critical Care Nursing* 13, 12-16.
- Åstedt-Kurki, P. 1992. Terveys, hyvä vointi ja hoitotyö kuntalaisten ja sairaanhoitajien kokemana. *Acta Universitatis ser. A*. 349. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

- Åstedt-Kurki, P., Paunonen, M. & Lehti, J. 1997. Family member's experiences of their role in a hospital: a pilot study. *Journal of Advanced Nursing* 25, 908-914.
- Åstedt-Kurki, P., Lehti, K., Paunonen, M. & Paavilainen, E. 1999. Family member as a hospital patient: sentiments and functioning of the family. *International Journal of Nursing Practice* 5, 155-163.
- Åstedt-Kurki, P., Paavilainen, E., Tammentie, T. & Paunonen, M. 2001. Interaction between adult patients' family members and nursing staff on a hospital ward. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 15, 142-150.
- Åstedt-Kurki, P. & Paavilainen, E. 2002. Hoitotieteellinen tutkimus Tampereen yliopistossa. *Hoitotiede* 14, 293-298.
- Övretveit, J. 1997. Information for patients about health services: a review and future developments in the Nordic countries. *Vård i Norden* 18, 37-42.

Liite 1. Tutkimuksia päiväkirurgisen potilaan ohjaukseen liittyen

Tutkija(t), vuosi. tutkimuksen tarkoitus.	Aineisto ja menetelmät.	Keskeiset tulokset
Stephenson, M. E. 1990. Kuvata päiväkirurgisen potilaan turvallinen kotiutuminen.	Deskriptiivinen tutkimus, jossa aineisto kerättiin sairaalassa ennen toimenpidettä, toimenpiteen jälkeen, kotiutusvaiheessa ja kotona 33 ortopediseltä potilaalta kyselylomakkeilla. Mielenkiinnon kohteina olivat postoperatiivinen liikkuminen, kipu, syöminen, juominen, erityys, tiedonsaanti ja sosiaaliset kontaktit.	Yksilöllisyys ja sen huomiointi vaikuttavat postoperatiiviseen toipumiseen ja hyvinvointiin.
Oberle, K., Allen, M. & Lynkowski, P. 1994. Parantaa päiväkirurgisten potilaiden preoperatiivista tiedonsaantia.	Aineisto kerättiin 294 päiväkirurgiselta potilaalta haastattelemalla puhelimitse 4. postoperatiivisena päivänä.	Useimmat potilaat olivat tyytyväisiä tiedonsaantiin, muutamat potilaat kärsivät tiedonpuutteesta. Tutkimuksen mukaan tärkeintä on ohjata potilaita selviytymään kivusta ja väsymyksestä ja kertoa heille, mitä on odotettavissa toimenpiteen jälkeen.
Kleinbeck, S.V.M. & Hoffart, N. 1994. Kuvata potilaiden toipumista.	Kysymyksessä oli kvalitatiivinen tutkimus, jossa aineisto kerättiin 19 potilaalta haastattelemalla heitä puhelimitse. Haastattelussa käytettiin puolistrukturoitua kyselylomaketta.	Potilaat ymmärtävät toipumisella kykyä suoriutua päivittäisistä toimista kuten ennen toimenpidettä ja korostavat kirjallisen ohjauksen yhdistämistä suulliseen ohjaukseen.
Otte, DI. 1996. Kuvata potilaiden päiväkirurgisia kokemuksia ja lisätä terveydenhuollon ammattilaisten tietämystä ja ymmärrystä, jotta he kykenisivät parantamaan päiväkirurgian laatua ja tehostamaan potilaiden tiedonsaantia.	Grounded theory-menetelmä. Kvalitatiivinen tutkimus, jossa aineisto kerättiin haastattelemalla 8 potilasta.	Potilaat olivat tyytymättömiä leikkauksen ajankohtaan ja korostivat sairaalaan menon, sairaalassaoloajan ja kotiutuksen suunnittelun tärkeyttä.
Brumfield, VC., Kee, CC. & Johnson, JY. 1996. Tunnistaa, mitä ohjauksen alueita päiväkirurgiset potilaat ja hoitajat pitivät tärkeinä verrattuna potilaan postoperatiiviseen toipumiseen ja selvittää, miten potilaiden ja hoitajien näkemykset eroavat.	Deskriptiivinen tutkimus, johon osallistui 30 päiväkirurgista potilasta ja 29 hoitajaa. Aineisto kerättiin kyselylomakkeilla, jotka palautettiin viikon kuluttua päiväkirurgisesta toimenpiteestä.	Potilaiden huomiointi ja ohjauksen aloittaminen ennen sairaalaan menoa on ratkaisevaa potilaiden toipumisen kannalta. Preoperatiivinen ohjaus mahdollistaa potilaiden postoperatiivisen hoidon suunnittelun, lievittää potilaiden ahdistusta ja helpottaa potilaiden keskustelua päiväkirurgisesta hoidostaan.

<p>Augustin, P. & Hains, AA. 1996.</p> <p>Selvittää, miten musiikki vähentää päiväkirurgisten potilaiden preoperatiivista levottomuutta.</p>	<p>Tutkimuksessa oli koe- ja kontrolliryhmä, molemmissa 42 potilasta. Musiikin vaikutusta selvitettiin 1) tarkkailemalla potilaiden levottomuuden ilmenemistä ja 2) mittaamalla potilaiden itse ilmaisemaa levottomuutta, jossa käytettiin apua the State-Trait Anxiety Inventory-mittaria.</p>	<p>Musiikki voi olla hyödyllisempää päiväkirurgisten potilaiden levottomuuden vähentämisessä kuin preoperatiivinen ohjaus yksinään.</p>
<p>Cason, C.L., Seidel, S.L. & Bushmiaer, M. 1996.</p> <p>Arvioida ja kuvata potilaan postoperatiivisia kokemuksia</p>	<p>53 potilasta haastateltiin puhelimitse preoperatiivisesti, ennen kotiutusta, 1., 2., 3., 4. ja 7. postoperatiivisena päivänä.</p>	<p>Hoitajien tulee muokata preoperatiivista ohjausta siten, että potilaiden realistiset odotukset ja suunnitelma postoperatiiviselle toipumiselle huomioidaan entistä yksilöllisemmin.</p>
<p>de Jesus, G., Abbotts, S., Collins, B. & Burvill, A. 1996.</p> <p>Selvittää, miten päiväkirurgiset potilaat toipuvat ja miten potilaiden odotukset ja tarpeet tiedonsaannista vaikuttavat toipumiseen.</p>	<p>Survey-tutkimus.</p>	<p>Tiedonantaminen päiväkirurgisille potilaille on ratkaisevaa ei ainoastaan siksi, että potilaat osaavat valmistautua toimenpiteeseen, vaan myös siksi, että he voivat suunnitella toimenpiteen jälkeistä aikaa ja selviytyvät toimenpiteestä ja toipuvat mahdollisimman hyvin</p>
<p>Mitchell, M. 1997.</p> <p>Verrata potilaiden health locus controllia (HLC = teoria terveysuskomuksista) ja heidän haluamaansa tietoa toimenpiteeseen valmistautumisesta.</p>	<p>Kyselytutkimus, jossa aineisto kerättiin 150 potilaalta kahdella kyselylomakkeella.</p>	<p>Mitään korrelaatiota HLC:n ja toimenpiteeseen valmistautumiseen liittyvän tiedonsaannin välillä ei ollut.</p>
<p>Law, M. L. 1997.</p> <p>Arvioida hoitotyötä ja potilaiden tyytyväisyyttä uudessa päiväkirurgisessa yksikössä.</p>	<p>Aineisto kerättiin 45 satunnaisesti valitulta päiväkirurgiselta aikuiselta silmäpotilaalta puhelimitse 48 tunnin kuluttua kotiutuksesta.</p>	<p>Suurin osa potilaista oli tyytyväisiä päiväkirurgiaan. Suurin ongelma oli pitkä odotusaika lääkärille ennen toimenpidettä, pitkä matka leikkaussaliin ja vaikeudet muistaa suullisia ohjeita.</p>
<p>Graling, P. 1998.</p> <p>Aikaansaada tehokas postoperatiivinen puhelinseuranta päiväkirurgisille potilaille ja kehittää hoitotyön interventioita.</p>	<p>Aineisto kerättiin soittamalla päiväkirurgisille potilaille kahdesti 24-48 tuntia toimenpiteen jälkeen.</p>	<p>Potilailla esiintyi paljon postoperatiivisia sivuvaikutuksia, eniten kipua, vuotoa, yskää, kuumetta. Suurin osa potilaista sai mielestään sopivasti kotihoito-ohjeita ja erinomaista hoitoa. Postoperatiivinen puhelinsoitto on tärkeä väline hoitajille arvioida päiväkirurgisen potilaan kokemuksia</p>

<p>Done, ML. & Lee, A. 1998.</p> <p>Arvioida, miten preoperatiivinen video tehostaa potilaan tiedonsaantia ennen päiväkirurgiaa.</p>	<p>Prospektiivinen, satunnaisesti kyselytutkimus, jossa 127 potilasta jaettiin kahteen ryhmään (video ja nonvideo).</p>	<p>Video voi olla yksi keino tehostaa preoperatiivista ohjausta, anestesia- ja lääkehoitojen mielestä potilaat tarvitsevat lisäksi yksilöllistä tietoa.</p>
<p>Talamini, MA., Coleman, J., Sauter, P., Stanfield, C. & Fleisher, LA. 1999.</p> <p>Tutkia potilaiden ja hoitajien mielipiteitä päiväkirurgisen laparoskooppisen sappirakonpoiston jälkeisistä oireista ja kivusta.</p>	<p>Aineisto kerättiin 32 potilaalta ja hoitajalta kyselylomakkeilla.</p>	<p>Potilaista 71 % ja hoitajista 81 % oli sitä mieltä, ettei kotiutumisen tulisi tapahtua toimenpidepäivänä. Potilailla esiintyy postoperatiivisesti pahoinvointia ja kipuja. Tuulosten perusteella ehdotetaan, että potilailla tulee olla kotona apua, kivunhoito optimaalinen, pahoinvoinnin hoitaminen entistä parempaa ja potilaiden ohjaus toteutettu ennen toimenpidettä.</p>
<p>Palmu, P. & Suominen, T. 1999.</p> <p>Kuvata, miten ohjaus tukee itsemääräämisen, turvallisuuden, itsehoidon tukemisen ja hoidon jatkuvuuden periaatteiden toteutumista lyhytkirurgisessa hoidossa olevan nuoren kohdalla.</p>	<p>Laadullinen tutkimus, jossa teemahaastateltiin kotiinlähöpäivänä 15 iältään 13-15-vuotiasta potilasta.</p>	<p>Tieto lisäsi nuorten turvallisuuden tunnetta. Nuoret olivat paremmin selvillä kotona tapahtuvasta itsehoidosta kuin omasta hoidostaan sairaalassa. Nuoren kirurgisen potilaan tulee saada paljon konkreettista tietoa siitä, mitä heille tulee tapahtumaan.</p>
<p>Kramer, FM. 2000.</p> <p>Tutkia, kuinka tehostettu ohjaus ravinnosta olosta vaikuttaa siihen, mitä potilaat tietävät ja miten kokevat preoperatiivisen ravinnon olon.</p>	<p>Kyselytutkimuksessa 122 päiväkirurgista potilasta jaettiin satunnaisesti kahteen ryhmään, koeryhmään (n = 66), joka sai tehostettua ohjausta ravinnosta olosta ja kontrolliryhmään (n = 56), joka sai tavanomaiset ohjeet ravinnosta olosta.</p>	<p>Potilaiden tehostettu ohjaus preoperatiivisesta ravinnosta olosta voi lisätä merkittävästi potilaiden tietoa preoperatiivisen ravinnon olon tärkeydestä.</p>
<p>Young, J., O'Connell, B. & McGregor, S. 2000.</p> <p>Arvioida ja verrata erilaisten ohjeiden tehokkuutta päiväkirurgiassa.</p>	<p>Päiväkirurgisessa toimenpiteessä olleet potilaat pitivät päiväkirurgiaa postoperatiivisista oireistaan ja lisäksi heitä haastateltiin puhelimella 10. postoperatiivisena päivänä.</p>	<p>Melkein kaikki potilaat olivat tyytyväisiä päiväkirurgiaan, vaikka olivat toimenpiteen jälkeen kipeitä ja väsyneitä. Tehostettu ohjaus ei vaikuttanut potilaiden toimimiseen eikä heidän kykynsä selviytyä omasta hoidostaan. Potilaan toimiminen ja kyky selvitä omasta hoidosta kotona riippui potilaan omista paranemisprosesseistaan sekä itsehoidon ymmärtämisestä eikä tehostetusta ohjauksesta.</p>

<p>Mitchell, M. 2000.</p> <p>Tutkia, miten potilaat valmistautuvat päiväkirurgiseen toimenpiteeseen.</p>	<p>Aineisto kerättiin 120 päiväkirurgiseen laparoskooppiseen toimenpiteeseen menevältä potilaalta kyselylomakkeilla. Potilaat jaettiin satunnaisesti kahteen ryhmään. Ennen toimenpidettä ryhmä 1 sai laajan tietopaketin ja ryhmä 2 yksinkertaisen kirjasen.</p>	<p>Ryhmän 2 potilaat olivat ahdistuneempia kuin ryhmä 1 ja he ottivat toimenpiteeseen liittyen enemmän yhteyttä terveydenhuoltoon. Tulosten perustellaan preoperatiivista ohjausta tulee suunnitella entistä tehokkaammin.</p>
<p>Costa, MJ. 2001.</p> <p>Kuvata päiväkirurgisten potilaiden leikkaukseen liittyviä kokemuksia ja näkemyksiä.</p>	<p>Fenomenologinen tutkimus, jossa aineisto kerättiin haastattelemalla 16 päiväkirurgista potilasta.</p>	<p>Potilaat eivät osanneet valmistautua leikkauksen aikaisiin kokemuksiin, kärsivät sopimattomasta kivun hoidosta eivätkä olleet halukkaita kotiutumaan toimenpidepäivänä.</p>
<p>Tappen, R. M., Muzic, J. & Kennedy, P. 2001.</p> <p>Tutkia, miten tietoinen päiväkirurgisen yksikön henkilökunta on iäkkäiden potilaiden tarpeista.</p>	<p>Survey</p>	<p>Potilaiden ohjaus, yhteistyö heidän kanssaan ja jatkohoidon suunnittelu ovat tärkeitä suunniteltaessa iäkkäiden potilaiden päiväkirurgiaa.</p>
<p>Mordiffi, S. Z., Tan, S.P. & Wong, M.K. 2003.</p> <p>Tutkia, mitä tietoa hoitajat ja lääkärit antavat kirurgisille potilaille ja mitä tietoa potilaat halusivat. Mielenkiinnonkohteina oli tieto 1) toimenpiteestä, 2) toimenpiteeseen valmistautumisesta, 3) leikkausosastosta, 4) postoperatiivisesta vaiheesta ja 5) anestesiasta.</p>	<p>Kyselytutkimus potilaille, hoitajille ja lääkäreille.</p>	<p>Vastaajien mielestä tärkeintä oli ennen toimenpidettä tiedonsaanti anestesiasta ja toimenpiteestä. Seuraavaksi potilaat halusivat tietoa leikkausosastosta. Tämä ei ollut hoitajien ja lääkäreiden mielestä tärkeää. Suurin osa hoitajista ja lääkäreistä antaa potilaalle tietoa, jota potilaat haluavat. Ja kuitenkin potilaat kokevat, etteivät ole saaneet tietoa. Potilaat olettavat, että heille kerrotaan tärkeistä asioista, kun taas hoitajat ja lääkärit olettavat potilaan kysyvän, jos haluavat enemmän tietoa jostakin.</p>
<p>Bernier, MJ., Sanares, DC., Owen, SV. & Newhouse, PL. 2003.</p> <p>Kuvata, miten tärkeänä potilaat pitivät saamaansa preoperatiivista ohjausta.</p>	<p>Aineisto kerättiin haastattelemalla 116 päiväkirurgista potilasta. Haastattelun teemana oli preoperatiivinen ohjaus.</p>	<p>Potilaan on tärkeää saada toimenpiteeseen liittyvää tietoa esim. preoperatiivisista valmisteluista, leikkauksen ja anestesian kulusta, toimenpiteen ajankohdasta, hoitoympäristöstä. Lisäksi potilaat haluavat potilaan rooliin liittyvään tietoa esimerkiksi odotuksista potilaan osallistumisesta omaan hoitoonsa sekä tukea.</p>

Dewar, A., Craig, K., Muir, J. & Cole, C. 2003.	222 päiväkirurgisille potilaalle, jotka pitivät päiväkirjaa postoperatiivisesta kivusta, soitettiin 1., 2. ja 3. postoperatiivisena päivänä. Seurantasoinn tarkoitus oli tiedonsaanti potilaiden voinnista, ohjeiden antaminen ja tukeminen.	Puhelininterventio vähensi potilaiden kipua, koska potilaat eivät aina ymmärtäneet suullisia ja kirjallisia ohjeita, joita saivat kotiutuessaan.
Määrittää, miten hoitotyön interventiot vaikuttavat potilaiden postoperatiiviseen kipuun ja tavallisiin oireisiin.		
Barthelsson, C., Lutzen, K., Anderberg, B., Bringman, S. & Nordstrom, G. 2003.	Kvalitatiivinen tutkimus, jossa haastateltiin 7 potilasta	Päiväkirurgian jälkeen potilailla oli rajoituksia päivittäisissä toimissa ja sosiaalisissa kontakteissa. Potilaat eivät olleet mielestään saaneet tarpeellisia tietoja kirurgilta. Postoperatiivinen kipu vaihteli suuresti. Kaikilla potilailla esiintyi postoperatiivisesti mm. pahoinvointia ja turvotusta. Suurin osa potilaista oli tyytyväisiä päiväkirurgiaan.
Tutkia potilaiden kokemuksia päiväkirurgiasta.		
Cox, H. & O'Connell, B. 2003.	Gynekologisessa toimenpiteessä olleet naiset (80) pitivät päiväkirjaa toipumisestaan ja oireistaan, lisäksi heitä haastateltiin 10. postoperatiivisena päivänä.	Potilailla on enemmän postoperatiivisia ongelmia kuin kotiutettaessa osataan arvioida tai ennakoita.
Kuvata potilaiden postoperatiivisia kokemuksia gynekologisen päiväkirurgisen toimenpiteen jälkeen.		
Watt-Watson, J., Chung, F., Chan, VWS. & McGillion, M. 2004.	Aineisto kerättiin 180 päiväkirurgiselta potilaalta puhelinhaastattelulla 24, 48 ja 72 tuntia ja 7 päivää kotiutuksen jälkeen.	Vaikka potilailla esiintyi postoperatiivista kipua, niin analgeettien käyttö oli vähäistä. Todennäköisesti analgeettien aiheuttamat haitat estivät niiden käytön. Tutkimuksen mukaan tarvitaan lisää tutkimusta potilaiden postoperatiivisen kivun hoidosta ja kotiutuksen jälkeisestä ohjauksesta.
Tutkia, miten postoperatiivinen tiedonanto vaikuttaa päiväkirurgisten potilaiden kipuun, analgeettien käyttöön, haitallisiin oireisiin ja komplikaatioihin.		
Gilmartin, J. 2004.	Fenomenologinen tutkimus, jossa aineisto kerättiin haastatteleamalla 30 päiväkirurgista potilasta.	Useimmat potilaat valmistettiin yksilöllisesti päiväkirurgiaan. Suurin osa potilaista sai mielestään paljon tietoa toimenpiteestä ja heillä oli mahdollisuus esittää kysymyksiä.
Kuvata, miten potilaat kokevat valmistautumisen päiväkirurgiaan.		

TAMPEREEN YLIOPISTO
Lääketieteellinen tiedekunta
Hoitotieteen laitos

Kysely
1997

ARVOISA VASTAANOTTAJA
Polvinivelen tähytyksessä ollut henkilö

Pyydän kohteliaimmin Teitä osallistumaan tutkimukseen, jossa selvitetään, miten potilaat toipuvat kotona heille tehdyn polvinivelen tähytyksen jälkeen. Tutkimuksen tavoitteena on kehittää polvinivelen tähytyksessä olevan potilaan ohjausta. Teidät on valittu tutkimukseen, koska Teille on suoritettu kyseinen toimenpide. Kysely on luottamuksellinen, eikä henkilöllisyytenne tule missään vaiheessa esille.

Tämä tutkimus tehdään Tampereen yliopiston hoitotieteen laitokselle tieteellisessä jatkokoulutuksessa. Kyselylomakkeessa toimenpiteellä tarkoitetaan teille polvinivelen tehtyä tähytystä. Vastatkaa esitettyihin kysymyksiin joko rastimalla (x) yksi tai useampi vaihtoehto tai vastaamalla omin sanoin sitä varten varattuun tilaan noin viikon kuluttua toimenpiteen jälkeen. Toimittakaa kyselylomake mukana olevassa kirjekuoressa Tampereen yliopistolle. Kirjekuoren postimaksu on maksettu.

Pori 29.3.1997

Tarja Heino
Terveydenhuollon maisteri

Heli Nieminen
Terveydenhuollon tohtori

Marita Paunonen
Professori

1. Sukupuoli

- nainen
 mies

2. Ikä _____ vuotta

3. Siviilisäätty

- naimaton
 avioliitossa
 avoliitossa
 eronnut
 leski

4. Koulutus

- kansakoulu tai peruskoulu
 ylioppilastutkinto tai lukio
 ammatillinen koulutus
 opistotasoinen tutkinto
 korkeakoulututkinto
 muu, mikä _____

5. Aikaisemmat polvinivelen tähystykset

- minulle ei ole aiemmin tehty polvinivelen tähystystä
 minulle on tehty polvinivelen tähystys aiemmin kerran
 minulle on tehty polvinivelen tähystys aiemmin useammin kuin kerran

6. Valmistautuminen toimenpiteeseen

a) Koska saitte tietää toimenpiteen ajankohdan?

- alle viikon ennen toimenpidettä
 viikkoa ennen toimenpidettä
 alle 2 viikkoa, mutta yli viikko ennen toimenpidettä
 4-2 viikkoa ennen toimenpidettä
 yli kuukausi ennen toimenpidettä

b) Miten saitte ohjeet valmistautua toimenpiteeseen?

(voitte valita useamman kuin yhden vaihtoehdon)

- en saanut ohjeita
 suulliset ohjeet, kun toimenpiteestä tehtiin päätös
 soittamalla sairaalaan ja kysymällä ohjeita
 kirjalliset ohjeet postitse
 muulla tavoin, miten _____

7. Kuinka kauan olitte tämän teille tehdyn toimenpiteen yhteydessä sairaalassa?

- alle 5 tuntia
- 5-10 tuntia
- yhden yön
- 2 vuorokautta
- 3 vuorokautta
- yli 3 vuorokautta

8. Toimenpide tehtiin

- paikallispuudutuksessa
- epiduraalipuudutuksessa
- spinaalipuudutuksessa
- nukutuksessa

9. Miten paljon saitte tietoa tähestetyn polvenne viasta/vammasta?

- en yhtään
- liian vähän
- vähän
- kohtalaisesti
- tarpeeksi paljon
- en osaa sanoa

10. Miten paljon saitte tietoa polvenne kohdistuneesta hoidosta?

- en yhtään
- liian vähän
- vähän
- kohtalaisesti
- tarpeeksi paljon
- en osaa sanoa

11. Minulla oli mahdollisuus keskustella polveni viasta/vammasta (voitte valita useamman kuin yhden vaihtoehdon)

- hoitohenkilökunnan kanssa muiden potilaiden läsnäollessa
- muiden potilaiden kanssa
- sairaanhoitajan kanssa kahdestaan
- lääkärin kanssa kahdestaan
- jonkun muun kanssa, kenen _____
- ei kenenkään kanssa

12. Minulla oli mahdollisuus keskustella polveeni kohdistuneesta hoidosta (voitte valita useamman kuin yhden vaihtoehdon)

- hoitohenkilökunnan kanssa muiden potilaiden läsnäollessa
- muiden potilaiden kanssa
- sairaanhoitajan kanssa kahdestaan
- lääkärin kanssa kahdestaan
- jonkun muun kanssa, kenen _____
- ei kenenkään kanssa

13. Sain sairaalassa seuraavat kirjalliset ohjeet mukaani kotiin
(voitte valita useamman kuin yhden vaihtoehdon)

- haavan hoito-ohje
- ohje nukutuksen jälkeisestä seurannasta
- ohje puudutuksen jälkeisestä seurannasta
- jalan voimisteluohje
- ohje, mihin voi ottaa yhteyttä, jos polvessa esiintyy ongelmia
- haavainfektioiden seurantalomake
- oman tilansa tarkkailulomake
- joku muu ohje, mikä _____
- en saanut mitään ohjeita

14. Sain sairaalassa seuraavia suullisia ohjeita
(voitte valita useamman kuin yhden vaihtoehdon)

Ohjeen sisältö

Ohjeen antaja (esim. lääkäri,
sairaanhoitaja, fysioterapeutti)

- haavan hoito-ohje
- ohje nukutuksen jälkeisestä seurannasta
- ohje puudutuksen jälkeisestä seurannasta
- jalan voimisteluohje
- ohje, mihin voi ottaa yhteyttä,
jos polvessa esiintyy ongelmia
- oman tilansa tarkkailulomake
- haavainfektioiden seurantalomake
- joku muu ohje, mikä _____
- en saanut mitään ohjeita

15. Sain suulliset kotihoito-ohjeet

- en saanut suullisia kotihoito-ohjeita
- ennen sairaalaan tuloa
- ennen toimenpidettä sairaalassa
- sairaalasta poislähtiessäni
- muulloin, milloin _____

16. Sain kirjalliset kotihoito-ohjeet

- en saanut kirjallisia kotihoito-ohjeita
- ennen sairaalaan tuloa
- ennen toimenpidettä sairaalassa
- sairaalasta poislähtiessäni
- muulloin, milloin _____

17. Keskustelin kotihoito-ohjeista (voitte valita useamman kuin yhden vaihtoehdon)

- leikkaavan lääkärin kanssa
- nukutuslääkärin kanssa
- sairaanhoitajan kanssa
- toisen potilaan kanssa

- jonkun muun kanssa, kenen _____
 en keskustellut kotihoito-ohjeista kenenkään kanssa sairaalassa

18. Saadessani kotihoito-ohjeita (voitte valita useamman kuin yhden vaihtoehdon)

- olin yksin ohjeita antavan henkilön kanssa
 minulla oli mahdollisuus kysyä minulle epäselvistä asioista
 ohjaustilanne oli minulle turvallinen
 huoneessa oli muita potilaita
 omainen oli mukana kuuntelemassa
 ohjaustilanne oli rauhallinen
 ohjaustilanne oli rauhaton
 ohjeet annettiin useammalle potilaalle samanaikaisesti
 en saanut kotihoito-ohjeita
 en osaa vastata

19. Ymmärsin saamani kotihoito-ohjeet

- huonosti
 osittain
 hyvin
 erittäin hyvin
 en osaa sanoa

20. Jos saitte kirjalliset kotihoito-ohjeet, niin ne olivat

- erittäin huonot
 vaikeaselkoiset
 epämääräiset
 selkeät
 erittäin selkeät
 en osaa sanoa

21. Sairaalasta poislähtiessäni tunsin oloni

- turvattomaksi
 kohtalaiseksi
 turvalliseksi
 erittäin turvalliseksi
 en osaa sanoa

22. Sairaalasta pois lähtiessäni vointini oli

- huono
 kohtalainen
 hyvä
 erittäin hyvä
 en osaa sanoa

23. Saattaja sai kotihoitoani koskevat ohjeet
(voitte valita useamman kuin yhden vaihtoehdon)

- hän ei saanut kotihoitoani koskevia ohjeita
 suullisesti sairaanhoitajalta

- suullisesti lääkäriltä
- kirjallisesti sairaanhoitajalta
- kirjallisesti lääkäriltä
- jotenkin muuten, miten _____

24. Saattajani oli kanssani sairaalassa

- hän ei ollut lainkaan sairaalassa
- hakemassa minut kotiin
- kun minulle annettiin kotihoito-ohjeita
- toimenpiteen jälkeen
- koko sairaalassaoloaikani

25. Saattajana kotiin mennessäni minulla oli
(voitte valita useamman kuin yhden vaihtoehdon)

- avio-/avopuoliso
- jompikumpi vanhemmistani
- oma lapsi
- sisar
- veli
- ystävä
- joku muu omainen, kuka _____
- joku muu, kuka _____
- ei kukaan

26. Sairaalasta lähtiessäni tiesin (voitte valita useamman kuin yhden vaihtoehdon)

- miten pitkään haavat on pidettävä kuivina
- milloin toimenpiteen jälkeen voi mennä saunaan
- milloin toimenpiteen jälkeen voi mennä suihkuun
- milloin siteet voi poistaa haavoilta
- milloin hoidetun jalan päälle voi astua koko painolla
- miten hoidetun jalan lihaksia voimistetaan
- miten jalan turvotusta tulee hoitaa
- miten jalassa esiintyvää kipua voi lievittää
- pitääkö vai eikö ompeleet poistaa haavoista
- mihin otan yhteyttä toimenpiteeseen mahdollisesti liittyvissä ongelmissa

IV KOTONA TOIMENPITEEN JÄLKEEN

27. Kotona kanssani toimenpiteen jälkeen oli
(voitte valita useamman kuin yhden vaihtoehdon)

- avio-/avopuoliso
- oma lapsi
- jompikumpi vanhemmistani
- veli
- sisar
- ystävä
- joku muu omainen, kuka _____
- joku muu, kuka _____
- ei kukaan

- minulle ei soitettu sairaalasta, mutta en pidä sitä puutteena
- minulle ei soitettu sairaalasta, mutta olisin toivonut sieltä yhteydenottoa
- soitin sairaalaan toimenpiteen jälkeen kysyäkseni neuvoa
- minulle soitettiin sairaalasta toimenpidettä seuraavana päivänä ja tiedusteltiin vointiani
- minulle soitettiin sairaalasta muutama päivä toimenpiteen jälkeen ja tiedusteltiin vointiani

29. Kuinka pitkän ajan kuluttua toimenpiteestä ajoitte autolla?

- toimenpidepäivänä
- toimenpidettä seuraavana päivänä
- toisena-kolmantena toimenpidettä seuranneena päivänä
- neljäntenä-seitsemäntenä toimenpidettä seuranneena päivänä
- yli viikon kuluttua toimenpiteestä
- en yleensä aja itse autoa

30. Oletteko ottanut yhteyttä tähän vaivaan tehtyyn toimenpiteeseen liittyen johonkin hoitavaan yksikköön toimenpiteen jälkeen?

- en
- kyllä

Jos vastasitte kyllä, niin

a) mihin otitte yhteyttä

b) minkälaisia oireita teillä oli?

31. Oletteko ottanut yhteyttä tehtyyn toimenpiteeseen liittyen nukutuslääkäriin toimenpiteen jälkeen?

- en
- kyllä

Jos olette ottanut yhteyttä nukutuslääkäriin, minkälaisia oireita teillä oli?

32. Miten hoiditte tähystettyä polveanne toimenpiteen jälkeen?

a) Pidin haavoja puhtaina ja kuivina toimenpiteen jälkeen

- toimenpidepäivän ajan
- toimenpidettä seuraavaan päivään asti
- toiseen-kolmanteen toimenpidettä seuranneeseen päivään asti
- neljänteen-seitsemänteen toimenpidettä seuranneeseen päivään asti
- yli viikon

b) Olin saunassa toimenpiteen jälkeen

- toimenpidettä seuraavana päivänä
- toisena-kolmantena toimenpidettä seuranneena päivänä
- neljäntenä-seitsemäntenä päivänä toimenpiteestä
- yli viikon kuluttua toimenpiteestä

c) Pidin siteitä polvessa haavojen suojana

- toimenpidepäivän
- toimenpiteen jälkeiseen päivään asti

- toiseen-kolmanteen toimenpidettä seuranneeseen päivään asti
 - neljänteen-seitsemänteen toimenpidettä seuranneeseen päivään asti
 - yli viikon
- d) Olin suihkussa toimenpiteen jälkeen
- toimenpidepäivänä
 - toimenpidettä seuraavana päivänä
 - toisena-kolmantena toimenpidettä seuranneena päivänä
 - neljäntenä-seitsemäntenä toimenpidettä seuranneena päivänä
 - yli viikon kuluttua toimenpiteestä

33. Hoidetun jalan kuntouttaminen

a) Miten usein olette tehneet "jumppaliikkeitä" jalkanne kuntouttamiseksi?

- en kertaakaan päivässä
- kerran päivässä
- 2 kertaa päivässä
- yli kaksi kertaa päivässä

b) Koska teitte ensimmäisen kerran "jumppa"ohjelman toimenpiteen jälkeen?

- en tehnyt lainkaan "jumppa"liikkeitä
- toimenpidepäivän iltana
- toimenpidettä seuranneena päivänä
- toisena toimenpidettä seuranneena päivänä
- yli kaksi päivää toimenpiteen jälkeen
- en tehnyt lainkaan "jumppa"liikkeitä

c) Miten pitkään jatkoitte "jumppa"ohjelman suorittamista?

- en tehnyt lainkaan "jumppa"liikkeitä
- toimenpidepäivän iltaan
- toimenpidettä seuranneeseen päivään
- toiseen toimenpidettä seuranneeseen päivään
- kolmanteen-seitsemänteen toimenpidettä seuranneeseen päivään

d) Miten kauan "jumppa"ohjelman suorittaminen vei yhdellä kerralla teiltä aikaa?

- alle 5 minuuttia
- 6-10 minuuttia
- 11-20 minuuttia
- 21-30 minuuttia
- yli 30 minuuttia

34. Miten olette pyrkinyt estämään polven turpoamisen ja kipeytymisen kotona?

(voitte valita useamman kuin yhden vaihtoehdon)

- liikkumalla mahdollisimman paljon
- kylmällä, esimerkiksi jääpussilla
- kohoasennolla
- kipulääkkeillä
- lämpimällä
- hieromalla
- muulla tavalla, millä _____

35. Mitä ongelmia teillä on esiintynyt toimenpiteen jälkeen?

36. Keneltä saitte apua toimenpiteen jälkeen ?
(voitte valita useamman kuin yhden vaihtoehdon)

Liite 2/9

omaiselta

ystävältä

naapurilta

terveydenhoitajalta tai sairaanhoitajalta

kotiaivustajalta tai kodinhoitajalta

joltakin muulta henkilöltä, keneltä _____

en tarvinnut kenenkään apua

37. Missä asioissa toimenpiteeseen liittyen tarvitsitte apua?

	Toimenpidepäivänä	I toimenpiteen jälkeisenä päivänä	Viikon kuluttua toimenpiteestä
liikkumisessa kotona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
liikkumisessa ulkona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
haavojen hoidossa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
siteiden vaihtamisessa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kaupassa käynnissä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
apteekissa käynnissä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sairaalassa käynnissä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
peseytymisessä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ruoanlaitossa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pukeutumisessa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
siivouksessa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lasten hoidossa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jossakin muussa asiassa, missä _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
en tarvinnut lainkaan apua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

38. Jälkitarkastus

minulle annettiin jälkitarkastusaika

tilaan itse jälkitarkastusajan

jälkitarkastus on sairaalassa, jossa toimenpide suoritettiin

jälkitarkastus on yksityislääkärin vastaanotolla

jossakin muualla, missä _____

en tiedä, mihin menen jälkitarkastukseen

jälkitarkastusta ei ole

39. Miten teillä on mielestänne sujunut toimenpiteen jälkeinen toipuminen?

KIITOS!

20.3.1997

TAMPEREEN YLIOPISTO
Lääketieteellinen tiedekunta
Hoitotieteen laitos

Kysely
1997

ARVOISA VASTAANOTTAJA

Polvinivelen tähystyksessä olleen henkilön omainen

Pyydän kohteliaimmin Teitä osallistumaan tutkimukseen, jossa selvitetään, miten potilaat toipuvat kotona heille tehdyn polvinivelen tähystyksen jälkeen sairaalassa saamansa ohjauksen avulla. Tutkimuksen tavoitteena on kehittää polvinivelen tähystyksessä olevan potilaan ohjausta. Teidät on valittu tutkimukseen, koska omaisellenne on suoritettu kyseinen toimenpide. Kysely on luottamuksellinen, eikä henkilöllisyytenne tule missään vaiheessa esille.

Tämä tutkimus tehdään Tampereen yliopiston hoitotieteen laitokselle tieteellisessä jatkokoulutuksessa. Kyselylomakkeessa toimenpiteellä tarkoitetaan polviniveleen tehtyä tähystystä. Vastatkaa esitettyihin kysymyksiin joko rastimalla (x) yksi tai useampi vaihtoehto tai vastaamalla omin sanoin sitä varten varattuun tilaan noin viikon kuluttua toimenpiteen jälkeen. Toimittakaa kyselylomake mukana olevassa kirjekuoressa Tampereen yliopistolle. Kirjekuoren postimaksu on maksettu.

Pori 29.3.1997

Tarja Heino
Terveystieteiden maisteri

Heli Nieminen
Terveystieteiden tohtori

Marita Paunonen
Professori

1. Sukupuoli

- nainen
 mies

2. Ikä _____ vuotta

3. Siviilisäätty

- naimaton
 avioliitossa
 avoliitossa
 eronnut
 leski

4. Koulutus

- kansakoulu tai peruskoulu
 ylioppilastutkinto tai lukio
 ammatillinen koulutus
 opistotasoinen tutkinto
 korkeakoulututkinto
 muu, mikä _____

5. Olen potilaan

- aviopuoliso
 avopuoliso
 jompikumpi vanhemmista
 oma lapsi
 sisar
 veli
 ystävä
 joku muu omainen, kuka _____
 joku muu, kuka _____

6. Asun omaisen kanssa samassa taloudessa

- kyllä
 en

7. Koska saitte tietää omaisellenne tehtävän toimenpiteen ajankohdan?

- toimenpidepäivänä
 alle viikon ennen toimenpidettä
 viikkoa ennen toimenpidettä
 alle 2 viikkoa, mutta yli viikko ennen toimenpidettä
 2-4 viikkoa ennen toimenpidettä
 yli kuukausi ennen toimenpidettä

II OMAISEN KOTIUTUMINEN SAIRAALASTA

8. Haitteko omaisen sairaalasta pois?

- kyllä
- en

Jos vastasitte kyllä, vastatkaa kaikkiin esitettyihin kysymyksiin. Jos vastasitte ei, jatkakaa vastaamista kohdasta 18 alkaen.

9. Olin omaisen kanssa sairaalassa (voitte valita useamman kuin yhden vaihtoehdon)

- en ollut lainkaan sairaalassa
- hakemassa hänet pois sairaalasta
- kun hänelle annettiin kotihoito-ohjeet
- hänelle tehdyn toimenpiteen jälkeen
- koko hänen sairaalassaoloaikansa

10. Miten paljon saitte tietoa sairaalassa omaisenne polvivammasta?

- en yhtään
- liian vähän
- vähän
- kohtalaisesti
- tarpeeksi paljon
- en osaa sanoa

11. Miten paljon saitte tietoa sairaalassa omaisenne saamasta hoidosta?

- en yhtään
- liian vähän
- vähän
- kohtalaisesti
- tarpeeksi paljon
- en osaa sanoa

12. Vein omaisen kotiin toimenpiteen jälkeen

- henkilöautolla
- taksilla
- ambulanssilla
- muulla tavalla, miten _____

13. Minulla oli mahdollisuus keskustella omaiseni polvivammasta (voitte valita useamman kuin yhden vaihtoehdon)

- ei kenenkään kanssa
- omaiseni kanssa samassa huoneessa olleiden potilaiden kanssa
- omaiseni kanssa
- lääkärin kanssa
- sairaanhoitajan kanssa
- jonkun muun kanssa, kenen _____
- en pitänyt omaisen polvivammaan liittyvää keskustelua tarpeellisena

14. Minulla oli mahdollisuus keskustella omaiseni saamasta hoidosta (voitte valita useamman kuin yhden vaihtoehdon)

- ei kenenkään kanssa
- omaiseni kanssa samassa huoneessa olleiden potilaiden kanssa

- omaiseni kanssa
- lääkärin kanssa
- sairaanhoitajan kanssa
- jonkun muun kanssa, kenen _____
- en pitänyt omaisen polvivammaan liittyvää keskustelua tarpeellisena

15. Sain omaista koskevat kotihoito-ohjeet
(voitte valita useamman kuin yhden vaihtoehdon)

- omaiseltani itseltään
- suullisesti sairaanhoitajalta
- suullisesti lääkäriltä
- kirjallisesti sairaanhoitajalta
- kirjallisesti lääkäriltä
- joltakin muulta, keneltä _____
- en saanut omaiseni kotihoitoa koskevia ohjeita

16. Sairaalasta pois lähtiessään omaisen tunsi olonsa

- turvattomaksi
- jonkinverran turvattomaksi
- turvallisiksi
- erittäin turvallisiksi
- en osaa sanoa

17. Sairaalasta pois lähtiessään omaisen vointi oli

- huono
- kohtalainen
- hyvä
- erittäin hyvä
- en osaa sanoa

III OMAISEN TOIPUMINEN KOTONA TOIMENPITEEN JÄLKEEN

18. Omaiseni sai sairaalasta seuraavat kirjalliset ohjeet mukaansa kotiin
(voitte valita useamman kuin yhden vaihtoehdon)

- haavan hoito-ohje
- ohje nukutuksen jälkeisestä seurannasta
- ohje puudutuksen jälkeisestä seurannasta
- jalan voimisteluohje
- ohje, mihin voi ottaa yhteyttä, jos polvessä esiintyy ongelmia
- haavainfektioiden seurantalomake
- oman tilansa tarkkailulomake
- joku muu ohje, mikä _____
- en tiedä, mitä ohjeita hän sai mukaansa kotiin

19. Tutustuin omaisen hoitoa koskeviin kirjallisiin kotihoito-ohjeisiin
(voitte valita useamman kuin yhden vaihtoehdon)

- ennen omaisen sairaalaan menoa
- omaisen tullessa kotiin
- toimenpidettä seuranneiden päivien aikana

- muulloin, milloin _____
- en tutustunut ohjeisiin

20. Kirjalliset kotihoito-ohjeet olivat

- erittäin huonot
- vaikeaselkoiset
- epämääräiset
- selkeät
- erittäin hyvät
- en osaa sanoa

21. Yhteydenotot sairaalaan (voitte valita useamman kuin yhden vaihtoehdon)

- omaiselleni ei soitettu sairaalasta, mutta hän ei pitänyt sitä puutteena
- omaiselleni ei soitettu sairaalasta, mutta hän olisi toivonut sieltä yhteydenottoa
- omaiseni soitti toimenpiteen jälkeen sairaalaan kysyäkseni omaan hoitoonsa liittyviä ohjeita
- soitin omaiseni puolesta sairaalan kysyäkseni häneen hoitoonsa liittyviä ohjeita
- omaiselleni soitettiin sairaalasta toimenpidettä seuraavana päivänä ja tiedusteltiin hänen vointiaan
- omaiselleni soitettiin sairaalasta muutama päivä toimenpiteen jälkeen ja tiedusteltiin hänen vointiaan
- en tiedä, otettiinko omaiseen yhteyttä sairaalasta toimenpiteen jälkeen

22. Missä asioissa toimenpiteeseen liittyen autoitte omaistanne?

	Toimenpidepäivänä	I toimenpiteen jälkeisenä päivänä	Viikon kuluttua toimenpiteestä
liikkumisessa kotona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
liikkumisessa ulkona	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
haavojen hoidossa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
siteiden vaihtamisessa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
kaupassa käynnissä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
apteekissa käynnissä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
sairaalassa käynnissä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
peseytymisessä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
ruoanlaitossa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
pukeutumisessa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
siivouksessa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
lasten hoidossa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
jossakin muussa asiassa, missä _____	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
en auttanut häntä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

23. Oletteko ottanut yhteyttä omaisenne toimenpiteeseen liittyen johonkin hoitavaan yksikköön toimenpiteen jälkeen?

- en
- kyllä

Jos vastasitte kyllä, niin
a) mihin otitte yhteyttä

Liite 3/6

b) minkälaisia oireita omaisellanne oli?

24. Oletteko ottanut yhteyttä omaisenne toimenpiteeseen liittyen nukutuslääkəriin toimenpiteen jälkeen?

- en
 kyllä

Jos olette ottanut yhteyttä nukutuslääkəriin, minkälaisia oireita omaisellanne oli?

25. Saiko omaisenne toimenpiteen jälkeen apua
(voitte valita useamman kuin yhden vaihtoehdon)

- joltakin muulta omaiselta
 ystävältä
 naapurilta
 terveydenhoitajalta tai sairaanhoitajalta
 kotiavustajalta tai kodinhoitajalta
 joltakin muulta henkilöltä, keneltä _____
 hän ei tarvinnut muiden henkilöiden kuin minun apuani
 hän ei tarvinnut kenenkään apua
 en osaa sanoa

26. Saitteko tarpeeksi tietoa omaisenne kotihoidosta?

- kyllä
 en

Jos vastasitte kieltävästi, mitä tietoa olisitte halunnut saavanne enemmän?

27. Miten omaisenne on toipunut toimenpiteestä?

KIITOS!

20.3.1997

<u>Taustatieto</u>	<u>Potilaan avuntarve kotona liikkumisessa</u>					
	<u>toimenpide-</u>		<u>ensimmäisenä</u>		<u>viikon</u>	
	<u>päivänä</u>		<u>toimenpiteen</u>	<u>jälkeisenä</u>	<u>kuluttua</u>	<u>toimen-</u>
	<u>n</u>	<u>%</u>	<u>päivänä</u>	<u>%</u>	<u>toimen-</u>	<u>piteestä</u>
			<u>n</u>	<u>%</u>	<u>n</u>	<u>%</u>
<u>Keskustelu polven viasta (n = 173)</u>						
vähän	8	16,3	3	4,2	1	1,4
kohtalaisesti	11	17,1	3	5,7		
paljon	11	15,4	2	4,1		
<u>Keskustelu polven hoidosta</u>						
vähän	11	16,4	5	7,5	1	1,5
kohtalaisesti	11	17,7	2	3,2		
paljon	8	18,2	1	2,3		
<u>Kirjallisten ohjeiden määrä</u>						
vähän	3	11,1	4	14,8	1	3,7
kohtalaisesti	20	20,0	4	4,0		
paljon	7	15,2				
<u>Suullinen ohjaus</u>						
vähän	5	9,4	1	1,9		
kohtalaisesti	15	20,5	6	8,2	1	1,4
paljon	10	21,3	1	2,1		
<u>Kotihoito-ohjeista keskustelu</u>						
vähän	3	15,8	2	10,5		
kohtalaisesti	20	15,4	5	3,8	1	0,8
paljon	7	29,2	1	4,2		
yhteensä	30	17,3	8	4,6	1	0,6

<u>Taustatieto</u>	<u>Potilaan avuntarve ulkona liikkumisessa</u>					
	<u>toimenpide-</u> <u>päivänä</u>		<u>ensimmäisenä</u> <u>toimenpiteen</u> <u>jälkeisenä</u> <u>päivänä</u>		<u>viikon</u> <u>kuluttua</u> <u>toimen-</u> <u>piteestä</u>	
	<u>n</u>	<u>%</u>	<u>n</u>	<u>%</u>	<u>n</u>	<u>%</u>
<u>Keskustelu polven viasta</u>						
vähän	8	11,3	4	5,6	2	2,8
kohtalaisesti	9	17,0	6	11,3	1	1,9
paljon	7	14,3	2	4,1		
<u>Keskustelu polven hoidosta</u>						
vähän	9	13,4	5	7,5	2	3,0
kohtalaisesti	6	9,7	5	8,1	1	1,6
paljon	9	20,5	2	4,5		
<u>Kirjallisten ohjeiden määrä</u>						
vähän	4	14,8	4	14,8	1	3,7
kohtalaisesti	14	14,0	6	6,0	1	1,0
paljon	6	13,0	2	4,3	1	2,2
<u>Suullinen ohjaus</u>						
vähän	6	11,3	2	3,8		
kohtalaisesti	10	13,7	6	8,2	1	1,4
paljon	8	17,0	4	8,5	2	4,3
<u>Kotihoito-ohjeista keskustelu</u>						
vähän	3	15,8	2	10,5		
kohtalaisesti	15	11,5	8	6,2	3	2,5
paljon	6	25,0	2	8,3		
yhteensä	24	13,9	12	6,9	3	1,7

<u>Taustatieto</u>	<u>Potilaan avuntarve haavahoidossa</u>		toimenpide-		ensimmäisenä		viikon	
	n	%	päivänä	jälkeisenä	päivänä	%	n	%
<u>Keskustelu polven viasta</u>								
vähän	4	5,6	3	4,2	2	2,8	2	2,8
kohtalaisesti	3	5,7	1	1,9	2	3,8	2	3,8
paljon			4	8,2	4	8,2	4	8,2
<u>Keskustelu polven hoidosta</u>								
vähän	4	6,0	4	6,0	2	3,0	2	3,0
kohtalaisesti	3	4,8	2	3,2	3	4,8	3	4,8
paljon			2	4,5	3	6,8	3	6,8
<u>Kirjallisten ohjeiden määrä</u>								
vähän	2	7,4	4	14,8	3	11,1	3	11,1
kohtalaisesti	5	5,0	2	2,0	3	3,0	3	3,0
paljon			2	4,3	2	4,3	2	4,3
<u>Suullinen ohjaus</u>								
vähän	2	3,8	3	5,7	4	7,5	4	7,5
kohtalaisesti	3	4,1	2	2,7	1	1,4	1	1,4
paljon	2	4,3	3	6,4	3	6,4	3	6,4
<u>Kotihoito-ohjeista keskustelu</u>								
vähän	2	10,5	2	10,5				
kohtalaisesti	4	3,1	5	3,8	7	5,4	7	5,4
paljon	1	4,2	1	4,2	1	4,2	1	4,2
yhteensä	7	4,0	8	4,6	8	4,6	8	4,6

<u>Taustatieto</u>	<u>Potilaan avuntarve sidevaihdoissa</u>					
	toimenpide- päivänä		ensimmäisenä toimenpiteen jälkeisenä päivänä		viikon kuluttua toimen- piteestä	
	n	%	n	%	n	%
<u>Keskustelu polven viasta</u>						
vähän	3	4,2	5	7,0	3	4,2
kohtalaisesti	3	5,7	6	11,3	2	3,8
paljon	1	2,0	6	12,2	1	2,0
<u>Keskustelu polven hoidosta</u>						
vähän	4	6,0	7	10,4	4	6,0
kohtalaisesti	2	3,2	7	11,3	2	3,3
paljon	1	2,3	3	6,8		
<u>Kirjallisten ohjeiden määrä</u>						
vähän	2	7,4	4	14,8	3	11,1
kohtalaisesti	5	5,0	7	7,0	2	2,0
paljon			6	13,0	1	2,2
<u>Suullinen ohjaus</u>						
vähän	3	5,7	6	11,3	3	5,7
kohtalaisesti	2	2,7	4	5,5	2	2,7
paljon	2	4,3	7	14,9	1	2,1
<u>Kotihoito-ohjeista keskustelu</u>						
vähän	2	10,5	2	10,5		
kohtalaisesti	4	3,1	12	9,2	6	4,6
paljon	1	4,2	3	12,5		
yhteensä	7	4,0	17	9,8	6	3,5

<u>Taustatieto</u>	<u>Potilaan avuntarve kauppa-asioinnissa</u>					
	toimenpide- päivänä		ensimmäisenä toimenpiteen jälkeisenä päivänä		viikon kuluttua toimen- piteestä	
	n	%	n	%	n	%
<u>Keskustelu polven viasta</u>						
vähän	23	32,4	27	38,0	16	22,8
kohtalaisesti	17	32,1	27	50,7	8	15,1
paljon	16	32,7	20	40,8	5	10,2
<u>Keskustelu polven hoidosta</u>						
vähän	27	40,3	30	44,8	18	26,9
kohtalaisesti	16	25,8	27	43,5	7	11,3
paljon	13	29,5	17	38,6	4	9,1
<u>Kirjallisten ohjeiden määrä</u>						
vähän	6	22,2	9	33,3	6	22,2
kohtalaisesti	36	36,0	42	42,0	13	13,0
paljon	14	30,4	23	50,0	10	21,7
<u>Suullinen ohjaus</u>						
vähän	20	37,7	15	28,3	11	20,8
kohtalaisesti	19	26,0	32	43,8	7	9,6
paljon	17	36,2	27	57,4	11	23,4
<u>Kotihoito-ohjeista keskustelu</u>						
vähän	8	42,1	6	31,6	4	21,1
kohtalaisesti	36	27,7	52	40,0	18	13,8
paljon	12	50,0	16	66,7	7	29,2
yhteensä	56	32,4	74	42,8	29	16,8

<u>Taustatieto</u>	<u>Potilaan avuntarve apteekki-asioinnissa</u>					
	toimenpide- päivänä		ensimmäisenä toimenpiteen jälkeisenä päivänä		viikon kuluttua toimen- piteestä	
	n	%	n	%	n	%
<u>Keskustelu polven viasta</u>						
vähän	19	26,8	9	12,7	7	9,9
kohtalaisesti	13	24,5	11	20,8	2	3,8
paljon	11	22,4	4	8,2		
<u>Keskustelu polven hoidosta</u>						
vähän	21	31,3	12	17,9	6	9,0
kohtalaisesti	12	19,4	7	11,3	3	4,8
paljon	10	22,7	5	11,4		
<u>Kirjallisten ohjeiden määrä</u>						
vähän	5	18,5	4	14,8	4	14,8
kohtalaisesti	27	27,0	13	13,0	4	4,0
paljon	11	23,9	7	15,2	1	2,2
<u>Suullinen ohjaus</u>						
vähän	12	22,6	8	15,1	7	13,2
kohtalaisesti	17	23,3	10	13,7	2	2,7
paljon	14	29,8	6	12,8		
<u>Kotihoito-ohjeista keskustelu</u>						
vähän	5	26,3	3	15,8	1	5,3
kohtalaisesti	31	23,8	19	14,6	8	6,2
paljon	7	29,2	2	8,3		
yhteensä	43	24,9	24	13,9	9	5,2

<u>Taustatieto</u>	<u>Potilaan avuntarve kotona liikkumisessa</u>					
	toimenpide- päivänä		ensimmäisenä toimenpiteen jälkeisenä päivänä		viikon kuluttua toimen- piteestä	
	n	%	n	%	n	%
<u>Keskustelu polven viasta</u>						
vähän	4	5,6				
kohtalaisesti	2	3,8				
paljon	10	20,4				
<u>Keskustelu polven hoidosta</u>						
vähän	5	7,5				
kohtalaisesti	5	8,1	1	1,6		
paljon	6	13,6				
<u>Kirjallisten ohjeiden määrä</u>						
vähän	2	7,4				
kohtalaisesti	7	7,0				
paljon	7	15,2	1	2,2		
<u>Suullinen ohjaus</u>						
vähän	2	3,7				
kohtalaisesti	8	10,9	1	1,4		
paljon	6	10,5				
<u>Kotihoito-ohjeista keskustelu</u>						
vähän	1	5,3				
kohtalaisesti	10	7,7	1	0,8		
paljon	5	20,8				
yhteensä	16	9,2	1	0,6		

<u>Taustatieto</u>	<u>Potilaan avuntarve peseytymisessä</u>				viikon kuluttua toimenpiteestä	
	toimenpide-päivänä		ensimmäisenä jälkeisenä päivänä			
	n	%	n	%	n	%
<u>Keskustelu polven viasta</u>						
vähän	3	4,2	6	8,5		
kohtalaisesti	3	5,7	4	7,5		
paljon	1	2,0	3	6,1		
<u>Keskustelu polven hoidosta</u>						
vähän	3	4,5	7	10,4		
kohtalaisesti	3	4,8	6	9,7		
paljon	1	2,3				
<u>Kirjallisten ohjeiden määrä</u>						
vähän	1	3,7	3	11,1		
kohtalaisesti	5	5,0	5	5,0		
paljon	1	2,2	5	10,9		
<u>Suullinen ohjaus</u>						
vähän	3	5,7	5	9,4		
kohtalaisesti	3	4,1	6	8,2		
paljon	1	2,1	2	4,3		
<u>Kotihoito-ohjeista keskustelu</u>						
vähän	1	5,3	1	5,3		
kohtalaisesti	5	3,8	11	8,5		
paljon	1	4,2	1	4,2		
yhteensä	7	4,0	13	7,5		

<u>Taustatieto</u>	<u>Potilaan avuntarve ruoan valmistuksessa</u>					
	<u>toimenpide-</u> <u>päivänä</u>		<u>ensimmäisenä</u> <u>toimenpiteen</u> <u>jälkeisenä</u> <u>päivänä</u>		<u>viikon</u> <u>kuluttua</u> <u>toimen-</u> <u>piteestä</u>	
	<u>n</u>	<u>%</u>	<u>n</u>	<u>%</u>	<u>n</u>	<u>%</u>
<u>Keskustelu polven viasta</u>						
vähän	16	22,5	15	21,1	4	5,6
kohtalaisesti	18	34,0	17	32,1	3	5,7
paljon	16	32,7	9	18,4	3	6,1
<u>Keskustelu polven hoidosta</u>						
vähän	17	25,4	16	23,9	6	9,0
kohtalaisesti	15	24,2	16	25,8	4	6,5
paljon	18	40,9	9	20,5		
<u>Kirjallisten ohjeiden määrä</u>						
vähän	5	18,5	6	22,2	1	3,7
kohtalaisesti	29	29,0	19	19,0	5	5,0
paljon	16	34,8	16	34,8	4	8,7
<u>Suullinen ohjaus</u>						
vähän	14	26,4	8	15,1	5	9,4
kohtalaisesti	18	24,7	16	21,9	1	1,4
paljon	18	38,3	17	36,2	4	8,5
<u>Kotihoito-ohjeista keskustelu</u>						
vähän	4	21,1	3	15,8	1	5,3
kohtalaisesti	33	25,4	26	20,0	5	3,8
paljon	13	54,2	12	50,0	4	16,7
yhteensä	50	28,9	41	23,7	10	5,8

<u>Taustatieto</u>	<u>Potilaan avuntarve pukeutumisessa</u>		toimenpide-		viikon	
	n	%	päivänä	ensimmäisenä toimenpiteen jälkeisenä päivänä	n	%
<u>Keskustelu polven viasta</u>						
vähän	6	8,5	6	8,5		
kohtalaisesti	7	13,2	2	3,8	1	1,9
paljon	3	6,1	4	8,2	2	4,1
<u>Keskustelu polven hoidosta</u>						
vähän	9	13,4	8	11,9		
kohtalaisesti	7	11,3	4	6,5	3	4,8
paljon						
<u>Kirjallisten ohjeiden määrä</u>						
vähän			2	7,4		
kohtalaisesti	10	10,0	4	4,0	1	1,0
paljon	6	13,0	6	13,0	2	4,3
<u>Suullinen ohjaus</u>						
vähän	1	1,9	1	1,9	1	1,9
kohtalaisesti	9	12,3	4	5,5		
paljon	6	9,2	7	14,9	2	4,3
<u>Kotihoito-ohjeista keskustelu</u>						
vähän			1	5,3		
kohtalaisesti	12	9,2	8	6,2	1	0,8
paljon	4	16,7	3	12,5	2	8,3
yhteensä	16	9,2	12	6,9	3	1,7

<u>Taustatieto</u>	<u>Potilaan avuntarve siivoamisessa</u>				viikon kuluttua toimenpiteestä	
	toimenpide-päivänä		ensimmäisenä jälkeisenä päivänä			
	n	%	n	%	n	%
<u>Keskustelu polven viasta</u>						
vähän	16	22,5	13	18,3	12	16,9
kohtalaisesti	10	18,9	14	26,4	8	15,1
paljon	11	22,4	15	30,6	7	14,3
<u>Keskustelu polven hoidosta</u>						
vähän	14	20,9	15	22,4	13	19,4
kohtalaisesti	15	24,2	17	27,4	7	11,3
paljon	8	18,2	10	22,7	7	15,9
<u>Kirjallisten ohjeiden määrä</u>						
vähän	5	18,5	6	22,2	2	7,4
kohtalaisesti	21	21,0	19	19,0	11	11,0
paljon	11	23,9	17	37,0	14	30,4
<u>Suullinen ohjaus</u>						
vähän	14	26,4	9	17,0	8	15,1
kohtalaisesti	13	17,8	18	24,7	8	11,0
paljon	10	21,3	15	31,9	11	23,4
<u>Kotihoito-ohjeista keskustelu</u>						
vähän	5	26,3	4	21,1	2	10,5
kohtalaisesti	22	16,9	28	21,5	17	13,1
paljon	10	41,7	10	41,7	8	33,3
yhteensä	37	21,4	42	24,3	27	15,6

<u>Taustatieto</u>	<u>Potilaan avuntarve lastenhoidossa</u>					
	toimenpide- päivänä		ensimmäisenä toimenpiteen jälkeisenä päivänä		viikon kuluttua toimen- piteestä	
	n	%	n	%	n	%
<u>Keskustelu polven viasta</u>						
vähän	4	5,6	3	4,2	3	4,2
kohtalaisesti	3	5,7	4	7,5	1	1,9
paljon	5	10,2	5	10,2	1	2,0
<u>Keskustelu polven hoidosta</u>						
vähän	2	3,0	3	4,5	3	4,5
kohtalaisesti	9	14,5	8	12,9	2	3,2
paljon	1	2,3	1	2,3		
<u>Kirjallisten ohjeiden määrä</u>						
vähän	1	3,7	1	3,7	1	3,7
kohtalaisesti	6	6,0	4	4,0	1	1,0
paljon	5	10,9	7	15,2	3	6,5
<u>Suullinen ohjaus</u>						
vähän	1	1,9				
kohtalaisesti	5	6,8	7	9,6	2	2,7
paljon	6	12,8	5	10,6	3	6,4
<u>Kotihoito-ohjeista keskustelu</u>						
vähän	2	10,5	1	5,3	1	5,3
kohtalaisesti	6	4,6	7	5,4	2	1,5
paljon	4	16,7	4	16,7	2	8,3
yhteensä	12	6,9	12	6,9	5	2,9

<u>Taustatieto</u>	<u>Potilaan avuntarve jossakin muussa</u>		<u>toimenpide-</u>		<u>viikon</u>	
	<u>päivänä</u>	<u>ensimmäisenä</u>	<u>toimenpiteen</u>	<u>jälkeisenä</u>	<u>päivänä</u>	<u>kuultua</u>
	<u>n</u>	<u>%</u>	<u>n</u>	<u>%</u>	<u>n</u>	<u>%</u>
<u>Keskustelu polven viasta</u>						
vähän	5	7,0	1	1,4	1	1,4
kohtalaisesti	4	7,5	4	7,5	1	1,9
paljon	4	8,2	3	6,1	1	2,0
<u>Keskustelu polven hoidosta</u>						
vähän	4	6,0	1	1,5		
kohtalaisesti	5	8,1	4	6,5	2	3,2
paljon	4	9,1	3	6,8	1	2,3
<u>Kirjallisten ohjeiden määrä</u>						
vähän						
kohtalaisesti	6	6,0	3	3,0		
paljon	7	15,2	5	10,9	3	6,5
<u>Suullinen ohjaus</u>						
vähän	4	7,5	2	3,8		
kohtalaisesti	5	6,8	4	5,5		
paljon	4	8,5	2	4,3	1	2,1
<u>Kotihoito-ohjeista keskustelu</u>						
vähän	2	10,5	1	5,3		
kohtalaisesti	10	7,7	6	4,6	3	2,3
paljon	1	4,2	1	4,2		
yhteensä	13	7,5	8	4,6	3	1,7

<u>Taustatieto</u>	<u>Potilaan avuntarve</u>		toimenpide-		viikon	
	n	%	päivänä	ensimmäisenä	toimenpiteen	kuluttua
			n	%	jälkeisenä	toimen-
			n	%	päivänä	piteestä
			n	%		n
						%
<u>Keskustelu polven viasta</u>						
vähän	18	25,4	20	28,2	23	32,4
kohtalaisesti	12	23,1	5	9,4	13	24,5
paljon	12	24,5	9	18,4	14	28,6
<u>Keskustelu polven hoidosta</u>						
vähän	19	28,4	15	22,4	20	29,9
kohtalaisesti	11	18,0	8	12,9	14	22,6
paljon	12	27,3	11	25,0	16	36,4
<u>Kirjallisten ohjeiden määrä</u>						
vähän	8	29,6	6	22,2	6	22,2
kohtalaisesti	27	27,0	21	21,0	34	34,0
paljon	7	15,2	7	15,2	10	21,7
<u>Suullinen ohjaus</u>						
vähän	13	25,0	11	20,8	14	26,4
kohtalaisesti	17	23,3	17	23,3	22	30,1
paljon	12	25,5	6	12,8	14	29,8
<u>Kotihoito-ohjeista keskustelu</u>						
vähän	6	31,6	5	26,3	6	31,6
kohtalaisesti	32	24,8	26	20,0	38	29,2
paljon	4	16,7	3	12,5	6	25,0
yhteensä	42	24,4	34	19,7	50	28,9