

**KIRURGISEN POTILAAN KOTONA SELVIYTYMINEN
LEIKKAUKSEN JÄLKEEN**

Tampereen yliopisto
Lääketieteellinen tiedekunta
Hoitotieteen laitos
Pro gradu-tutkielma
Maaliskuu 2007
Marjo-Riitta Palokoski

TIIVISTELMÄ

TAMPEREEN YLIOPISTO
HOITOTIETEEN LAITOS

Marjo-Riitta Palokoski: **Kirurgisen potilaan kotona selviytyminen leikkauksen jälkeen**

Pro gradu-tutkielma: 85 sivua, 15 liitesivua

Ohjaajat: Professori, TtT Eija Paavilainen, Lehtori (vs), TtM Nina Halme

Hoitotiede

Maaliskuu 2007

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata kirurgisen potilaan kotona selviytymistä leikkauksen jälkeen sekä selvittää, miten sairaalassa annettu ohjaus tukee potilaan kotona selviytymistä. Tutkimusmenetelmänä käytettiin puhelinhaastattelua. Tutkimukseen kirjallisen luvan antaneille potilaille soitettiin 3-14 vuorokautta kotiutuksen jälkeen. Tutkimusjoukko muodostui 103 vastaajasta, jotka olivat olleet hoidettavana tavallisella kirurgisella vuodeosastolla.

Tutkimusta varten laadittiin strukturoitu mittari. Mittari muodostui neljästä osiosta, joissa esitettyihin väittämiin potilaat vastasivat puhelimesta kouluarvosanoilla 4-10. Potilaan kotona selviytyminen jaoteltiin tiedolliseen ja toiminnalliseen selviytymiseen ja sairaalassa annettu ohjaus potilaan tiedonsaantiin ja kokemuksiin hoitohenkilökunnan toiminnasta ohjaustilanteissa.

Aineiston analysoinnissa käytettiin korrelaatioita, t-testiä ja yksisuuntaista varianssianalyysia. Lisäksi käytettiin ristiintaulukointia, frekvenssi- ja prosenttijakaumia sekä keski- ja hajontalukuja. Avoimien kysymysten vastaukset analysoitiin sisällönerittelyllä. Mittarin todettiin olevan melko validi ja reliaabeli Cronbachin alpha -kerrointen ollessa kaikilla osioilla $> .80$. Potilaiden antamat arvosanat jaoteltiin kolmeen luokkaan, huonoon (4-5.99), tyydyttävään (6-7.99) ja hyvään (8-10) arvosanaan.

Tulosten perusteella voitiin todeta potilaiden tiedollisen ja toiminnallisen selviytymisen sekä sairaalassa annetun ohjauksen olleen hyvän tasoista. Tiedollisessa selviytymisessä potilaat olisivat halunneet enemmän tietoa haavanhoidon tarkkailusta. Toiminnallista selviytymistä olivat hankaloittaneet kodin siistinä pitäminen, kivun hoito ja kaupassa käynti. Alle 45 -vuotiaat kokivat toiminnallisesti selviytyneensä huonommin kuin vanhemmat potilaat. Leikkauksen jälkeen 20 potilasta oli tarvinnut yhteydenottoa joko osastolle tai muuhun terveydenhuollon yksikköön. Yhteydenottojen syinä olivat yleisimmin kivun- ja haavanhoitoon liittyneet ongelmat. Yli puolet potilaista oli tarvinnut apua päivittäisissä toiminnoissaan. Sairaalassa ollessaan potilaat olisivat kaivanneet lisätietoa haavanhoidon komplikaatioista, liikkumisen rajoituksista leikkauksen jälkeen ja kipulääkityksestä. Alle 45 -vuotiaat suhtautuivat samaansa tietoon kriittisemmin kuin vanhemmat potilaat. Potilaat toivoivat hoitajilta enemmän aikaa ohjaukseen ja potilaan elämäntilanne tulisi huomioida ohjausta annettaessa. Sairaalassa annetulla ohjauksella oli merkitystä potilaiden kotona selviytymiseen. Suullisissa palautteissaan potilaat olivat pääosin tyytyväisiä kotona selviytymiseensä ja samaansa hoitoon. Hoitajien kiire koettiin negatiivisena. Palautteenanto puhelimesta koettiin melko helpoksi. Tutkimuksessa saatuja tuloksia voidaan käyttää hyödyksi kehitettäessä käytännön hoitotyötä.

Avainsanat: kirurginen potilas, selviytyminen, potilaan ohjaus, puhelinhaastattelu

ABSTRACT

UNIVERSITY OF TAMPERE
DEPARTMENT OF NURSING SCIENCE

Marjo-Riitta Palokoski: **Surgical patient's coping at home after operation**

Master's thesis, 85 pages, 15 appendices

Supervisors: Eija Paavilainen, PhD, Professor, Nina Halme, MNSc, Lecturer
Nursing Science

March 2007

The purpose of this study was to describe surgical patient's coping at home after surgery and to find out how the guidance given at the hospital supports patient's coping at home. The research method was a telephone survey. Patients who have given written consent to take a part of this study were contacted 3-14 days after discharge. The total sample was 103 surgical patients.

A structured instrument was established for the study. The instrument included four items, which consist of different claims and patients answered by telephone so called school grades 4 to 10. Patient's coping at home was divided to informational and functional coping and guidance given at the hospital was divided to the patient's informational needs and experiences of nursing personnel activity in giving guidance to the patient.

The data was analyzed with correlations, t-test and one-way anova. Also cross-tabulations were used, frequency and percentage distributions and medians and standard deviations. The open-ended questions were analyzed by content analysis. The instrument was found to be quite valid and reliable with Cronbach alpha values over .80 for all the items. The given grades were divided in three categories, poor (4-5.99), satisfactory (6-7.99) and good (8-10).

The research result found that patient's informational and functional coping was good likewise patients experiences of the given guidance at the hospital. In the informational coping patients wish to have more information of wound care. House keeping, pain care and grocery shopping have complicated functional coping. Less than 45 years old found functional coping harder than older patients. After the surgery 20 patients had to contact the ward or other public health service. The reasons were usually problems with the wound or pain care. Over half of the patients needed help in daily activities. While at the hospital patients needed more information of wound care complications, movement restriction and pain medication. Patients under 45 years old look critically at the given information. Patients hope that nurses have more time for guidance and their life situation should observed better in the guidance. The guidance given at the hospital was in context coping at home. Patients were mostly satisfied for their coping at home and their care at the hospital. The busy schedules of nurses were experienced as a negative aspect. The feedback over the telephone was experienced fairly easy. The result of this study can be used to develop nursing practice.

Keywords: surgical patient, coping, guidance, telephone survey

SISÄLTÖ

1. TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS	1
2. TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	4
2.1 <i>Potilaan kotona selviytyminen.....</i>	<i>4</i>
2.1.1 <i>Selviytyminen käsitteenä</i>	<i>4</i>
2.1.2 <i>Kotona selviytyminen tutkimusten mukaan</i>	<i>6</i>
2.2 <i>Kirurgisen potilaan ohjaus.....</i>	<i>11</i>
2.2.1 <i>Tiedonsaanti ohjauksessa.....</i>	<i>11</i>
2.2.2 <i>Kokemuksia ohjaustilanteista.....</i>	<i>14</i>
2.3 <i>Yhteenveto tutkimuksen teoreettisista lähtökohdista</i>	<i>18</i>
3. TUTKIMUSONGELMAT.....	23
4. TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN.....	25
4.1 <i>Puhelinhaastattelun toteuttaminen</i>	<i>25</i>
4.2 <i>Aineiston keruu ja vastausaktiivisuus</i>	<i>26</i>
4.3 <i>Mittarin kuvaus.....</i>	<i>30</i>
4.4 <i>Mittarin luotettavuus.....</i>	<i>32</i>
4.5 <i>Aineiston analysointi.....</i>	<i>35</i>
4.6 <i>Eettiset näkökohdat.....</i>	<i>37</i>
5. TULOKSET	39
5.1 <i>Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot.....</i>	<i>39</i>
5.2 <i>Potilaiden kotona selviytyminen leikkauksen jälkeen.....</i>	<i>42</i>
5.2.1 <i>Tiedollinen selviytyminen.....</i>	<i>42</i>
5.2.2 <i>Toiminnallinen selviytyminen.....</i>	<i>44</i>
5.2.3 <i>Yhteydenotot ja avuntarve leikkauksen jälkeen.....</i>	<i>46</i>
5.3 <i>Potilaiden kokemukset sairaalassa annetusta ohjauksesta.....</i>	<i>47</i>
5.3.1 <i>Tiedonsaanti ohjauksessa.....</i>	<i>47</i>
5.3.2 <i>Kokemus ohjaustilanteista.....</i>	<i>49</i>
5.4 <i>Potilasohjauksen yhteys kotona selviytymiseen.....</i>	<i>51</i>
5.4.1 <i>Tiedonsaannin yhteys kotona selviytymiseen</i>	<i>51</i>
5.4.2 <i>Ohjaustilanteiden yhteys kotona selviytymiseen.....</i>	<i>52</i>
5.5 <i>Potilaiden antama palaute</i>	<i>53</i>
5.5.1 <i>Palaute saadusta hoidosta ja kehittämisehdotukset</i>	<i>53</i>
5.5.2 <i>Palaute puhelinhaastattelusta</i>	<i>54</i>
5.6 <i>Yhteenveto tuloksista.....</i>	<i>55</i>
6. POHDINTA.....	59
6.1 <i>Tulosten tarkastelu.....</i>	<i>59</i>
6.2 <i>Tutkimuksen luotettavuus</i>	<i>68</i>
6.3 <i>Tutkimuksen merkitys hoitotyön kehittämiselle ja jatkotutkimusaiheita.....</i>	<i>73</i>
LÄHTEET	77

LIITTEET

LIITE 1. Tiedote tutkimuksesta osastonhoitajille ja osastonsihteereille

LIITE 2. Potilastiedote tutkimuksesta

LIITE 3. Tiedote tutkimuksesta henkilökunnalle

TAULUKOT

TAULUKKO 1. Aineiston muodostuminen osastoittain

TAULUKKO 2. Tutkimukseen määrääjassa osallistuneet potilaat, hylätyt vastaukset ja lopullinen aineisto osastoittain

TAULUKKO 3. Summamuuttujien vastauksien ja väittämien lukumäärät sekä Cronbachin alpha-arvot

TAULUKKO 4. Yhteenvedo tutkimuksen taustamuuttujista

TAULUKKO 5. Potilaiden vastausjakauma tiedollisessa selviytymisessä

TAULUKKO 6. Potilaiden tiedollinen selviytyminen väittämien mukaan

TAULUKKO 7. Potilaiden vastausjakauma toiminnallisessa selviytymisessä

TAULUKKO 8. Potilaiden toiminnallinen selviytyminen väittämien mukaan

TAULUKKO 9. Potilaan iän tilastollinen yhteys toiminnalliseen selviytymiseen

TAULUKKO 10. Potilaiden vastausjakauma koskien tiedonsaantia ohjauksessa

TAULUKKO 11. Potilaiden kokema tiedonsaanti ohjauksessa väittämien mukaan

TAULUKKO 12. Potilaan iän tilastollinen yhteys potilaiden tiedonsaantiin ohjauksessa

TAULUKKO 13. Potilaiden vastausjakauma liittyen ohjaustilanteiden kokemukseen

TAULUKKO 14. Potilaiden kokemukset ohjaustilanteista väittämien mukaan

KUVIOT

Kuvio 1. Tutkimusasetelma

Kuvio 2. Potilaiden tiedonsaannin riippuvuus tiedollisesta selviytymisestä

Kuvio 3. Potilaan ohjaustilanteen kokemuksen riippuvuus tiedollisesta selviytymisestä

LIITETAULUKOT

Liitetaulukko 1. Aikaisempaa tutkimustietoa kirurgisen potilaan kotona selviytymisestä, tiedonsaannista ja ohjauksesta

Liitetaulukko 2. Kirurgisen potilaan puhelinhaastattelututkimuksia

1. TUTKIMUKSEN TAUSTA JA TARKOITUS

Kirurgisen potilaan hoito on muuttunut oleellisesti viime vuosien aikana. Potilaiden sairaalassaoloaika leikkauksen jälkeen on merkittävästi lyhentynyt. Tähän on syynä leikkaustekniikoiden edistyminen, kuten laserin, endoskooppisten instrumenttien sekä tietotekniikan lisääntyminen. (Välimäki ym. 2001, Mattila 1998, Kleinbeck & Hoffart 1994.) Potilaiden leikkauksenjälkeinen hoito on siirtynyt yhä enemmän sairaaloiden ulkopuolelle. Tämän vuoksi on tärkeää selvittää, miten potilaat selviytyvät hoidostaan leikkauksen jälkeen. Potilaiden yhä aikaisempi kotiuttaminen edellyttää kotona selviytymisen merkityksen ymmärtämistä (Henderson & Phillips 1996).

Maaliskuun 1. päivänä 2005 astui voimaan laki hoitotakuusta. Hoitotakuu lupaa, että potilaan tulee saada leikkaushoito puolen vuoden sisällä jonoon asettamisesta. (Lindberg 2005.) Hoitotakuun voimaantulo on aiheuttanut muutoksia sairaaloiden toimintaan. Monissa sairaaloissa jonoja lyhennetään lisätyönä ja potilaita leikataan iltopäivisin. Tavallisilla kirurgisilla vuodeosastoilla hoidetaan yhä iäkkäämpiä potilaita, jotka kotiutetaan melko nopeasti leikkauksen jälkeen. Potilaiden hoidostaan saama tieto voi jäädä vaillinaiseksi kotiutuksen yhteydessä ja heidän kotona selviytymisensä voi olla hankalaa leikkauksen jälkeen (Westman & Backman 1997, Henderson & Phillips 1996).

Kirurgisen potilaan kotona selviytymistä on tutkittu enimmäkseen päivä- ja lyhytkirurgiassa hoidetuilla potilailla (Viitamäki 1995, Kleinbeck & Hoffart 1994, Oberle, Allen & Lynkowski 1994, Caldwell 1991, Icenhour 1988). Kirurgisilla potilailla on kuitenkin samoja huolenaiheita riippumatta siitä, leikataanko heidät päiväkirurgiassa vai toipuvatko he leikkauksen jälkeen kirurgian vuodeosastolla. Hoidon saatavuuden ja jatkuvuuden ongelma voi olla suurempi huolenaihe päiväkirurgisille potilaille kuin potilaille, jotka ovat pidempään sairaalassa leikkauksen jälkeen. Potilaiden kanssa keskusteleminen ja kuunteleminen on ensiarvoisen tärkeää, jotta voidaan tukea potilaiden kotona selviytymistä leikkauksen jälkeen (Caldwell 1991.)

Aikaisemmassa tutkimuksessa on tullut esiin, että päivä- tai lyhytkirurgiassa leikattujen potilaiden ongelmat kotona selviytymisessä leikkauksen jälkeen ovat pääasiassa koskeneet päivittäisistä toiminnoista selviytymistä. Potilaille on ollut ongelmia koskien kotitöitä ja jokapäiväistä hygienian hoitoa (Hovi 2003). Potilaiden kotona selviytymistä ovat hankaloittaneet ongelmat liikkumisen suhteen (mm. Hovi 2003, Ahde 2001) ja kivun- sekä haavanhoitoon liittyvät asiat ovat aiheuttaneet potilaille ongelmia (esimerkiksi Hovi 2003, Henderson & Zernike 2001, Oberle ym. 1994, Caldwell 1991).

Nykypäivänä potilaan hoito terveydenhuollossa on lyhytaikaista ja hänen odotetaan selviytyvän kotona toimenpiteen jälkeen. Potilaan tulee saada riittävästi tietoa, jotta hän selviytyisi hoidostaan kotona leikkauksen jälkeen. Potilaiden sairaalassa saamalla ohjauksella on merkittävä osuus potilaan toipumiselle leikkauksesta. Tutkimuksissa on saatu vaihtelevia tuloksia koskien potilaiden sairaalasta saamaa tietoa ja sen hyödynnettävyyttä kotona. Esimerkiksi Hovin (2003) tutkimuksessa potilaat olivat olleet tyytyväisiä saamansa tietoon ja sen hyödynnettävyyteen. Potilaat ja omaiset ovat olleet tyytymättömiä tiedonsaantiin koskien kotihoitoa. Tyytymättömyys tiedonsaantiin lisää potilaan jännittyneisyyttä ja stressiä (Driscoll 2000, Bull 1992).

Viitamäen (1995) tutkimuksessa potilaat olisivat toivoneet lisää tietoa liittyen jatkohoitoon. Potilaat kuitenkin pystyivät hoitamaan itseään leikkauksen jälkeen, vaikka he kokivat saamansa tiedon liian vähäiseksi. Myös tiedon saannin ajoitukseen tulisi kiinnittää huomiota. Oberlen ym. (1994) päiväkirurgisia potilaita koskevassa tutkimuksessa todettiin, että potilaat eivät muista saamansa tietoa, mikäli tietoa annetaan liian aikaisessa vaiheessa. Potilaan saadessa riittävästi laadukasta tietoa, voidaan todeta potilastyytyväisyyden lisääntyvän. Potilaan vastuunotto omasta terveydentilasta lisääntyy, ja sairaalasta kotiin siirtyminen helpottuu sekä kotona selviytyminen lisääntyy (esimerkiksi Driscoll 2000, Henderson & Phillips 1996).

Potilaan kohtaaminen ohjaustilanteessa on tärkeää. Potilaan yksilöllisyys tulisi huomioida, ohjaustilanteen tulisi olla kiireetön, ja ohjausta tulisi antaa oikeaan aikaan (Laitinen & Åstedt-Kurki 1996). Potilaan riittävällä ohjauksella voidaan vähentää leikkauksen jälkeisten komplikaatioiden esiintymistä, lyhentää toipumisaikaa, vähentää kipua ja helpottaa paluuta normaaliin päivittäiseen toimintaan (Marttila & Piekkola 1997, Korte ym. 1996).

Hoitajan rooli korostuu potilaan ohjauksessa. Tutkimuksissa on todettu hoitajilla olevan enemmän mahdollisuuksia ohjaukseen kuin muilla terveydenhuollon ammattilaisilla (Holloway 1996, Leino-Kilpi & Vuorenheimo 1992). Aikaisemmassa tutkimustiedossa tuli esiin myös potilaan opettamista ja oppimista koskevien asioiden tärkeys potilaan kotona selviytymisessä (Johansson ym. 2002, Waterman ym. 1999, Kleinbeck & Hoffart 1994).

Kirurgisella vuodeosastolla työskentelevät hoitajat saavat harvoin tietoa siitä, kuinka potilaat selviytyvät kotona leikkauksen jälkeen. Useimmiten hoitajat saavat palautetta vain silloin, kun potilaan hoidossa on ollut runsaasti ongelmia. Potilas voi joutua palaamaan vuodeosastohoitoon kotona pärjäämättömyyden tai muiden hoitoon liittyvien ongelmien vuoksi (Henderson & Phillips 1996).

Tämän hoitotieteen alaan kuuluvan pro gradu- tutkimuksen tarkoituksena on kuvata, miten kirurgiset potilaat selviytyvät kotona leikkauksen jälkeen. Päiväkirurgiset (PÄIKI) -potilaat sekä lyhytjälkihoitoiset (LYHKI) -potilaat on rajattu tutkimusjoukon ulkopuolelle, koska näiden potilasryhmien kotona selviytymisestä on aikaisempaa tutkittua tietoa. Tässä tutkimuksessa tutkitaan tavallisella kirurgisella vuodeosastolla hoidettavana olleita potilaita. Tutkimuksen tekeminen on tärkeää, koska aiheesta on olemassa vain vähän tutkittua tietoa.

Tutkimusmenetelmänä käytetään puhelinhaastattelua, joka toteutetaan strukturoidun kyselylomakkeen avulla. Suomessa ei ole vastaavaa tutkimusta tehty. Puhelinhaastattelua on käytetty hoitotieteellisissä tutkimuksissa tutkimusmenetelmänä mm. Amerikassa, Englannissa ja Australiassa. Tutkimuksessa arvioidaan myös puhelinhaastattelumenetelmän soveltuvuutta potilaiden kokemuksen tutkimiseen.

2. TUTKIMUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 Potilaan kotona selviytyminen

2.1.1 Selviytyminen käsitteenä

Sana ”selviytyä” voidaan määrittää selviytymiseksi tai suoriutumiseksi vaikeasta tehtävästä, se voi olla jonkin hankalan vaiheen läpi selviämistä sekä jonkin vaikean, rasittavan tehtävän loppuunsaattamista tai toimeen tulemistä (MOT-Kielitoimiston sanakirja 2004). Synonyymi sanalle on ”selvitä”. Englannin kielessä selviytyminen määritellään ongelmasta (make it, work it out, cope with it), taudista tai traumasta (get over it, pull through) selviytymiseksi (Rekiaro & Robinson 1995). Lisäksi selviytyminen voi olla suoriutumista (get through), selviytyä (weather), selviytyä eri merkityksessä (make it, meet) tai tulla toimeen (manage, get along) (MOT-Kielikone 2004). Hoitotieteellisessä kirjallisuudessa käsite selviytyminen (engl. coping) määritellään toiminnaksi, johon ihmiset ongelma- ja häiriötilanteissa ryhtyvät (Leino-Kilpi & Vuorenheimo 1992).

Selviytyminen kuvaa kuinka yksilö selviää ja/tai pärjää elämän vastoinkäymisissä. Selviytyminen on dynaaminen prosessi, joka jatkuvasti muuttuu yksilön arvioidessa omaa tilannettaan. Selviytyminen voi olla myös adaptaatiota eli mukautumista. Adaptaatiolla voidaan tarkoittaa prosessia tai toiminnan tulosta ihmisen reagoidessa ympäristön muutoksiin. (Pietilä & Tervo 1998.)

Lazaruksen ja Folkmanin (1984) mukaan selviytymisellä tarkoitetaan yksilön jatkuvasti muuttuvaa kognitiivista ja toiminnallista pyrkimystä hallita, sietää ja vähentää ulkoisia ja/tai sisäisiä vaatimuksia ja niiden välisiä ristiriitoja, jotka arvioidaan rasitteeksi tai ylivoimaiseksi yksilön voimavaroihin nähden. Selviytyminen on dynaaminen ja muuttuva prosessi, jossa toimintaa arvioidaan jatkuvasti ja tehdään uudelleenarviointia yksilön ja ympäristön välisestä suhteesta. Selviytymiskeinoja on luokiteltu toiminnan tavoitteen mukaan. Tunnettu luokittelu on Lazaruksen ja Folkmanin, jossa selviytyminen jaotellaan ongelma- ja tunnesuuntautuneisiin selviytymiskeinoihin. Ongelmasuuntautuneita selviytymiskeinoja ovat mm. toimintasuunnitelman tekeminen tai keskittyminen seuraavaa vaihetta varten. Tunnesuuntautuneista selviytymiskeinoista

esimerkkinä on toiminnan suuntaaminen muualle, kuten alkoholin tai huumeiden käyttöön tai emotionaalisen tuen etsimiseen. (Folkman & Moskowitz 2004.)

Useat selviytymisen käsitteenmäärittelyt sopivat ongelma- ja tunnesuuntautuneisiin selviytymiskeinoihin. Esimerkiksi Moosin ja Schaeferin (1984) mukaan selviytymiskeinot jaetaan arviointi-, tunne- ja ongelmasuuntautuneisiin keinoihin. Arviointisuuntautuneessa selviytymiskeinossa yksilö yrittää ymmärtää tapahtunutta antamalla sille merkityksen. Yksilö voi vähätellä tapahtunutta ja kieltää sen olemassaolon olemalla ajattelematta asiaa. Ihminen tarkastelee tilannetta ja käsittelee sitä sitten, kun hänellä on siihen voimavaroja. Tunnesuuntautuneessa toiminnassa yksilö yrittää saavuttaa tasapainotilan käsittelemällä sekä kohtaamalla vaikean tilanteen aiheuttamat tunteet ja reaktiot. Tunnesuuntautuneita selviytymiskeinoja ovat toivon ja optimismin ylläpito sekä tosiasioden kieltäminen. Tietoinen ja alistuva tapahtuman hyväksyminen, usko kohtaloon ja luopuminen ratkaisuyrityksistä ovat esimerkkejä passiivisista tunnesuuntautuneista selviytymiskeinoista. Ongelmasuuntautuneessa toiminnassa yksilö arvioi tilannetta ja pyrkii löytämään sille ratkaisua. Yksilön tavoitteena on saada tilanne hallintaan tai muuttaa tekijä, joka aiheuttaa stressiä. (Moos & Schaefer 1984.)

Billings ja Moos (1981) jakavat selviytymisen aktiiviseen tiedolliseen, aktiiviseen käyttäytymiseen ja välttelyn käsitteeseen. Ongelmasuuntautuneita selviytymiskeinoja ovat aktiivinen tiedollinen ja aktiivinen käyttäytyminen selviytymisessä. Aktiivinen tiedollinen selviytyminen on yritystä nähdä asioiden positiivinen puoli ja eri vaihtoehdot. Aktiivinen käyttäytyminen selviytymiskeinona tarkoittaa esimerkiksi ystävän kanssa keskustelua. Välttely kuuluu tunnesuuntautuneeseen selviytymiskeinoon. Välttelyllä tarkoitetaan toimintaa, jossa yksilö yrittää vähentää jännitystä esimerkiksi syömällä enemmän tai olemalla niin kiireinen, ettei ole aikaa miettiä ongelmaa. (Folkman & Moskowitz 2004.)

Leino-Kilpi ja Suominen (1997) jakavat LYHKI -potilaan selviämismekanismit ihmisen moniulotteisuuden mukaan seitsemään eri osa-alueeseen. Näitä osa-alueita ovat: kognitiivinen, kokemuksellinen, toiminnallinen, sosiaalis-yhteisöllinen, biologis-fysiologinen, eettinen ja ekonominen. Kognitiivinen eli tiedollinen osa-alue sisältää potilaan tiedolliset tarpeet selviytymisessä. Kokemukselliseen puoleen potilaan selviytymisessä kuuluvat potilaan odotukset hoitoa kohtaan ja niiden toteutumista kuvaava tyytyväisyys. Toiminnalliseen selviytymiseen liittyy

kyky ja halu suoriutua erilaisista omaan hoitoon kuuluvista toimenpiteistä. Sosiaalis-yhteisöllinen selviytyminen merkitsee sitä, että ihmisen tulee säilyttää sairastuttuaankin omat sosiaaliset verkostonsa ja suhteensa. LYHKE-potilaan kohdalla korostuu sosiaalis-yhteisöllisessä selviytymisessä läheisten ihmisten tarve käytännön asioiden hoitamisessa. Bio-fysiologinen osa-alue sisältää toimenpiteestä paranemisen ja mahdollisten komplikaatioiden seuranta. Eettiseen näkökulmaan liittyy potilaan kokemus ihmisarvon säilyttämisestä koko hoitoprosessin ajan. Viimeisenä on ekonomisen näkökulma, joka sisältää sen, että LYHKE -operaation kustannukset eivät saa olla potilaalle liian suuret. (Leino-Kilpi & Suominen 1997.)

Leino-Kilpi ym. (1994) käsittelevät selviytymisstrategioita HYVÄ HOITO- mittarissa. Tulosten perusteella suurin osa potilaista osoittautui kognitiivisen (tiedollisen) strategian kannattajaksi, mutta myös muut strategiat koettiin tärkeäksi. Potilaiden etukäteen saadulla tiedolla näytti olevan vaikutusta strategian käyttöön. Potilaat, jotka kokivat saaneensa riittävästi etukäteen tietoa kokivat kognitiivisen ja toiminnallisen strategian toteutuneen. Myös muihin strategioihin etukäteen saadulla tiedolla todettiin olevan positiivinen vaikutus. Tutkimuksesta voidaan alustavasti todeta, että etukäteen annetulla tiedolla sairaalahoidosta voidaan tukea joidenkin selviytymisstrategioiden toteutumista ja näinollen edistää potilaiden selviytymistä. (Leino-Kilpi ym. 1994.)

2.1.2 Kotona selviytyminen tutkimusten mukaan

Kirurgisten potilaiden kotona selviytymistä koskeva tutkimus on keskittynyt enimmäkseen päivä- ja lyhytkirurgiassa hoidossa olleisiin potilaisiin niin Suomessa kuin ulkomaillakin (mm. Hovi 2003, Ahde 1997, Viitamäki 1995, Oberle ym. 1994). Kirurgisella vuodeosastolla hoidettujen potilaiden kotona selviytymisestä on olemassa vähän tutkittua tietoa.

Kirurgisten potilaiden kohdalla tulee huomioida useita seikkoja, jotka vaikuttavat potilaan selviytymiseen ja toipumiseen leikkauksesta. Monilla potilailla on huolenaiheita, jotka liittyvät tulevaan toimenpiteeseen ja hoitoon kirurgisella osastolla. Potilaiden huolenaiheet liittyvät tiedonsaantiin, itse leikkausprosessiin, leikkaustulokseen, toipumisprosessiin ja henkilökohtaiseen koskemattomuuteen. Tuleva leikkaus aiheuttaa aina huolta, etenkin jos leikkaukseen liittyy

epätietoisuutta ja pelkoja. Potilaiden pelot liittyvät usein nukutukseen ja siihen, että leikkauksessa löytyy mahdollisesti jotakin pahanlaatuista. Nämä huolenaiheet ovat hyvin yleisiä kirurgisilla potilailla. Kirurgisen toimenpiteen ollessa pieni, potilaat odottavat toipumisen tapahtuvan nopeasti. Hoitajien tulee tiedostaa kirurgisen potilaan huolenaiheet ennen leikkausta ja pyrkiä vähentämään niitä. Potilaiden asiallisella tiedonsaannilla on merkittävä vaikutus potilaan toipumiseen ja selviytymiseen kirurgisesta toimenpiteestä. (Caldwell 1991.)

Potilaiden kotona selviytyminen voidaan jakaa toimenpiteen jälkeiseen aikaan (2-3 päivää) sekä aikaan, jolloin terveydentila on palautunut entiselle tasolle tai paremmaksi. Leikkauksenjälkeiset ensimmäiset päivät ovat usein toipumista leikkauksen aiheuttamista fysiologisista seurauksista ja melko samankaltaisia eri ihmisille. Toipumisen seuraava vaihe on yksilöllinen ja saattaa kestää eri ihmisillä vaihtelevan pituisen ajanjakson. (Leino-Kilpi & Suominen 1997.)

Tutkimuksissa on tullut esiin ongelmia, jotka koskevat potilaiden päivittäisistä toiminnoista selviytymistä ja kivunhoitoa. Hovin (2003) tutkimuksen mukaan potilaiden kotitöistä selviytyminen voi olla hankalaa leikkauksen jälkeen. Potilailla oli ollut eniten ongelmia kotona selviytymisessä asioissa, jotka koskivat kotitöitä, jokapäiväistä hygienian hoitoa ja kivun hoitoa. Käsileikatuilla potilailla oli ollut useimmiten ongelmia hygienian hoidossa. Lisäksi potilailla oli ollut ongelmia koskien haavanhoitoa, liikkumista ja henkistä jaksamista. Potilaat olivat tyytyväisiä sairaalasta saatuun tietoon ja sen hyödynnettävyyteen kotona selviytymisessä. Potilaat olivat osanneet käyttää ohjauksessa saatuja yhteystietoja ongelmatilanteita varten. Useimmiten potilaat ottivat ongelmatilanteissa yhteyttä hoitaneeseen yksikköön tai oman alueen terveyskeskukseen. Naiset olivat tarvinneet miehiä enemmän ulkopuolista apua itsensä hoitamisessa ja kotitöissä. (Hovi 2003.)

Samantyyppisiä tuloksia tuli esiin Ahteen (1997) tutkimuksessa, jonka mukaan gynekologisen potilaan kotona selviytymistä hankaloitti eniten toimenpiteen jälkeinen liikkuminen. Myös kaupassakäynnin potilaat kokivat hankalaksi. Lisäksi potilailla oli ollut ongelmia jonkin verran myös ruoanvalmistuksessa ja kodin siistinä pitämisessä. Potilaat toipuivat fyysisesti hyvin toimenpiteestä, ja komplikaatioita oli ollut vähän. Ongelmatilanteissa potilaat ottivat enimmäkseen yhteyttä hoitaneeseen yksikköön ja vain yksi potilas oli joutunut palaamaan sairaalaan komplikaatioiden vuoksi. Potilaat kokivat sairausloman pituuden enimmäkseen sopivaksi. (Ahde 1997.)

Tiedonsaannin tärkeys korostuu potilaan hoitaessa itseään kotona leikkauksen jälkeen. Päiväkirurgisilla potilailla tehty tutkimus osoitti, että potilaat olisivat kaivanneet lisää tietoa liittyen kivun lievitykseen kotona. Osa potilaista koki, että jatkohoito-ohjeita ei annettu riittävästi. Vaikka potilailla oli ollut ongelmia hoidossaan kotiutuksen jälkeen, niin mielestään he pystyivät kuitenkin hoitamaan itseään kotona leikkauksen jälkeen. Päiväkirurgiassa hoidetuille potilaille soitettiin kotiin leikkausta seuraavana päivänä. Lähes kaikki potilaat pitivät puhelinsoittoa tarpeellisena. Tutkimuksen mukaan puhelinsoitto merkitsee eniten sen antaman kysymysmahdollisuuden vuoksi. Potilailla on kotona ollessaan vielä mahdollisuus kysyä epäselvistä asioista. (Viitamäki 1995.)

Oberle, Allen & Lynkowski (1994) selvittivät päiväkirurgisten potilaiden tiedontarvetta ja potilaiden tiedontarpeeseen vastaamista. Useat potilaat olivat tyytymättömiä opetuksen ajankohtaan, joka oli ollut yleensä ennen toimenpidettä tai heti toimenpiteen jälkeen. Neljännos potilaista ilmoitti, että he eivät olleet saaneet minkäänlaista tietoa kirurgisesta toimenpiteestä. Tulokseen saattoi vaikuttaa tiedon jakamisen väärä ajankohta. Potilaat eivät muistaneet tiedosta paljonkaan, mikäli tiedot annettiin liian aikaisessa vaiheessa. Jopa 20 % potilaista oli saanut tietoja yli kaksi kuukautta ennen suunniteltua toimenpidettä. Päiväkirurgiset potilaat kokivat päivittäisissä toiminnoissaan pukeutumisen hankalaksi. Potilaat olivat olleet kivuliaita vielä toisena ja kolmantena postoperatiivisena päivänä. Myös väsyneisyyttä oli todettu kolmantena postoperatiivisena päivänä. Potilailla oli ollut kotona voimakkaita kiputiloja, heikkoutta ja hankaluutta selvittää päivittäisistä toiminnoista. Potilaiden ongelmien ratkaisua kotona yrityksen ja erehdyksen kautta pidettiin tiedonsaannin puutteena. (Oberle ym. 1994.) Myös Kleinbeckin ja Hoffartin (1994) tutkimuksessa tuli esille samantyyppisiä tuloksia potilaiden toimiessa yrityksen ja erehdyksen kautta. Potilaiden toimintaan saattoi vaikuttaa tarkkojen ohjeiden puute, joita he voisivat käyttää itsehoidossaan (Kleinbeck & Hoffart 1994.)

Caldwell (1991) tutki tiedonsaannin ja itsehoidon vaikutusta päiväkirurgisten potilaiden preoperatiiviseen stressiin ja selviytymiseen. Tulosten perusteella päiväkirurgisille potilaille eniten huolta aiheutti professionaalinen hoito. Tähän liittyi huoli kirurgisen teamin pätevyyydestä ja potilaan jatkohoidon järjestämisestä tai mahdollisten komplikaatioiden hoidosta. Professionaaliseen hoitoon liittyviä huolenaiheita potilaat eivät tuoneet esille muissa tutkimuksissa. Potilaat mainitsivat pelkoa aiheuttaneina tekijöinä kirurgisen prosessin, pitkät odotusajat, aikaisen kotiutuksen ja yleisen anestesiaan liittyvän pelkonsa. Potilaiden kotona selviytymiseen liittyvät huolet olivat

paranemisprosessi kotona sekä kipujen ja komplikaatioiden pelko. (ks. myös Viitamäki 1995, Kleinbeck & Hoffart 1994). Potilaat toivat tässäkin tutkimuksessa esiin huolensa päivittäisistä toiminnoista selviytymiseen. Tutkimukseen osallistujat olivat enimmäkseen nuoria naisia, ja etenkin pienten lasten äidit kokivat päivittäisistä toiminnoista selviytymisen haasteellisena. Potilaat kokivat myös ulkopuoliseen apuun turvautumisen epämiellyttävänä. (Caldwell 1991.)

Kleinbeckin ja Hoffmannin (1994) laadullisessa tutkimuksessa päiväkirurgiassa leikatuilla tähytyssappipotilailla tuli esiin tärkeitä seikkoja potilaan kotona selviytymisessä. Potilaat eivät määritelleet toipumistaan leikkauksesta fyysiseksi parantumiseksi, vaan toipuminen määriteltiin niin, että he pystyivät taas tekemään samoja asioita kuin ennen leikkausta. Potilaat kotiutettiin 24 tunnin kuluttua leikkauksesta ja heille soitettiin kotiin toisena ja neljäntenä tai viidentenä postoperatiivisena päivänä. Pääteemaksi potilaat mainitsivat toipumisensa olevan ”kohti entistä minää” ja potilaiden selviytymiseen vaikuttivat itsehoito ja kasvava aktiviteetti. Aikaisen vaiheen rajoitettuja aktiviteetteja olivat liikkuminen, nukkuminen, istuminen ja taivuttelu. Myöhästyneitä rajoitettuja aktiviteetteja olivat hiustenpesu, kevyet kotityöt ja ruoanlaitto, tavaroiden nostelu ja kylpeminen. Myöhästyneitä elektiiivisiä aktiviteetteja taas olivat mm. kunnon siivous, paluu työhön ja sosiaaliset tapahtumat. Heti kotiutuksen jälkeen eniten ongelmia aiheuttivat leikkausalueen arkuus ja yleinen väsymys. Kotona selviytyminen voi olla hankalaa, mutta useimmat potilaat selviytyivät itsehoidostaan hyvin. Tähän kuului mm. erilaisten oireiden hoito kotona. Yleisesti potilaat muistivat saamistaan kotihoito-ohjeista vain kaksi asiaa: ”tulee ottaa rauhallisesti”, ”eikä saa nostaa mitään”. Potilaat ottivat saamansa kirjalliset kotihoito-ohjeet esiin vasta myöhemmässä toipumisvaiheessaan kotona. (Kleinbeck & Hoffart 1994.)

Potilaiden opettamista ja oppimista koskevat asiat tulivat esiin kirurgisten potilaiden kotona selviytymisessä (Archibald 2003, Waterman ym. 1999). Lonkkaleikatuilla potilailla tehty tutkimus osoitti, että potilailla oli enemmän oppimistarpeita ennen kotiutusta kuin kotiutuksen jälkeen. Potilaat tiesivät itse mistä he tarvitsivat enemmän opetusta ja informaatiota. Potilaat kokivat tärkeimmäksi tiedot komplikaatioista ja oireista. Toiseksi tärkeäksi tiedoksi koettiin tieto lääkityksestä. Potilaat kokivat nämä tiedot tärkeäksi, jotta he selviäisivät hoidostaan kotiolosuhteissa. Kolmanneksi tärkeimmäksi tiedoksi potilaat ilmoittivat tiedon leikkauksestaan ja päivittäisistä toiminnoista kotona, etenkin liikkumiseen liittyvät asiat koettiin tärkeäksi. (Johansson, Hupli & Salanterä 2002).

Icenhourin (1988) tutkimuksessa tutkittiin potilaiden opettamisen ja emotionaalisen tuen tärkeyttä potilaiden kotona selviytymisessä leikkauksen jälkeen. Tutkittaessa gynekologisia ja ortopedisia päiväkirurgisia potilaita emotionaalisen tuen riittävyyttä mitattiin kysymällä oliko henkilökunnalla riittävästi aikaa, ymmärtämystä ja halua kuunnella sekä tukea potilasta. Potilaan opettamisessa kartoitettiin miten paljon potilaat tiesivät postoperatiivisesta hoidosta, kuten ruokailusta ja lääkityksestä. Potilaat olivat yleisesti ottaen saaneet mielestään laadukasta hoitoa. Potilaiden mielipidettä laadusta kartoitettiin myös yksittäisten kysymyksien avulla. Tulokseksi saatiin, että vain 8 % potilaista oli sitä mieltä, että heille annettu hoito oli laadullisesti hyvää. Tässä tutkimuksessa toisella osastolla toimi hoitajia, jotka oli valittu osastolle empatiakykynsä ansiosta. Potilaat kokivatkin tämän osaston tukevan potilaan tunteita paremmin kuin toisen osaston. Potilaat kokivat oman selviytymisensä kannalta tärkeänä henkilökohtaisen ohjauksen, jossa oli perhe mukana ja johon oli varattu riittävästi aikaa. Tämä toimintatapa koettiin selvästi paremmaksi kuin tapa, jossa potilaan tiedontarve arvioitiin heti sairaalaan tullessa ja kotiutuessaan potilas sai ainoastaan kirjallista materiaalia. (Icenhour 1988.)

Tiedonsaannilla ja potilaiden tukemisella voidaan auttaa potilaita selviytymään leikkauksesta. Garbeen ja Gentryn (2001) mukaan tiedon etsiminen voi olla sekä ongelma- että tunnesuuntautunutta selviytymistä. Tieto helpottaa potilaita ongelman ratkaisussa ja antaa emotionaalista tukea. Preoperatiivisessa opetuksessa hoitajat voivat jakaa tietoa ja tukea potilaita leikkaukseen liittyvissä asioissa. Hoitajien on myös tärkeää arvioida millaista tietoa potilaille voidaan antaa ennen leikkausta. Melko stressaantuneille potilaille annetaan enemmän tukea heitä huolestuttavissa asioissa. Erittäin stressaantuneille potilaille annetaan ainoastaan perustietoa ja potilaalle annetaan mahdollisuus kysyä heitä huolestuttavista asioista. Mikäli potilaat ovat paniikissa, he eivät pysty vastaanottamaan tietoa eivätkä oppimaan uusia asioita. (Garbee & Gentry 2001.)

Aikaisemman tutkimustiedon perusteella potilaan kotona selviytyminen määritellään tässä tutkimuksessa potilaan tiedolliseksi ja toiminnalliseksi selviytymiseksi kotona leikkauksen jälkeen (Leino-Kilpi & Suominen 1997).

Tiedollisessa selviytymisessä korostuvat potilaan saama tieto omasta hoidostaan. Tiedollisella selviytymisellä tarkoitetaan tässä sitä, että potilaalla tulee olla riittävästi tietoa selviytyäkseen omasta hoidostaan kotiolosuhteissa leikkauksen jälkeen. Potilaalla tulee olla tietoa kipulääkkeiden käytöstä, haavan hoidosta, peseytymisestä, liikuntaan liittyvistä asioista ja hoitoon mahdollisesti liittyvistä komplikaatioista.

Toiminnallinen selviytyminen on potilaan kykyä ja halua suoriutua erilaisista omaan hoitoon liittyvistä toimenpiteistä. Toiminnalliseen selviytymiseen kuuluu potilaan kyky selviytyä päivittäisistä toiminnoista leikkauksen jälkeen. Näitä toimintoja ovat suihkussa käynti, haavanhoito, pukeutuminen, kaupassakäynti, kivun hoito ja liikkuminen.

2.2 Kirurgisen potilaan ohjaus

2.2.1 Tiedonsaanti ohjauksessa

Hartmann ja Kochar (1994) määrittelevät ”tiedon” tietämykseksi tai älykkyydeksi ja tosiasioiden hankkimiseksi. Tietoa tulee antaa niin, että se on merkityksellistä tiedon saajalle. Tiedon saajan tulisi kuunnella tietoa mielenkiinnolla ja omasta halustaan. Terveystieteiden ammattilaiset antavat usein suullisen tiedon lisäksi myös kirjallista materiaalia. Terveystieteiden vaikuttavista asioista voi saada tietoa monesta eri lähteestä. (Hartmann & Kochar 1994.)

Pitkään on tiedetty, että potilaan riittävällä tiedonsaannilla on tärkeä merkitys potilaan toipumiselle ja ahdistuksen vähentämiselle (Read 1998). Leikkaukseen liittyvä pelko ja jännitys sekä poikkeava hoitoympäristö voivat lisätä potilaan ”jättäytymistä” henkilöstön vastuulle oman hoitonsa suhteen (Mattila 1998, Korte ym. 1996). Turvallisuuden tunteen lisääntyminen on tärkeää kirurgisen hoidon yhteydessä, toimenpide on pelottava ja stressaava asia. Potilaiden ennalta saatu tieto lisää turvallisuuden tunnetta leikkausosastolla. (Palmu & Suominen 2001, Laitinen & Åstedt-Kurki 1996.) Myös anestesiahoitajan preoperatiivisella haastattelulla voidaan tukea kirurgisen potilaan leikkaukseen valmistautumista ja lisätä tietoa tulevasta (Kettunen & Poskiparta 1998).

Potilaat haluavat tietoa erilaisista asioista tullessaan sairaalaan. Potilaat toivovat tietoa itse paikasta ja sen toiminnasta sekä omien asioidensa etenemisestä. Tiedon välittyminen koetaan tärkeäksi: mistä, keneltä ja milloin saa lisätietoa (Leino-Kilpi & Vuorenheimo 1992). Tutkimuksissa on todettu, että useimpien potilaiden on vaikea muistaa kirurgilta saatuja ohjeita kotiutuksen yhteydessä, hoitajan antama informaatio muistetaan paremmin (mm. Barthelsson, Lutzen & Nordström 2003, Law 1997).

Monien tutkimusten mukaan kirurgiselle potilaalle annettavan tiedon tulee olla yksilöllistä ja potilasta tyydyttävää. Potilaalle annettavan tiedon tulee olla lähtöisin potilaan tarpeista (Mordiffi ym. 2003, Henderson & Phillips 1996, Cawley ym. 1990). Lääkäreiden ja potilaiden näkemys siitä, millaista tietoa potilaat tarvitsevat vaihtelevat suuresti (Henderson & Phillips 1996). Potilaan tiedonsaannissa on tärkeää huomioida, että suullinen informaatio tulisi aina antaa myös kirjallisena (Hovi 2003, Timonen & Palmu-Suominen 1999, Sihvonen 1998, Ahde 1997, Viitamäki 1995).

Potilaiden tulee saada tietoa tarvittaessa myös nauhoitettuna, mikäli potilaalla on ongelmia näkökyvyn suhteen (Law 1997). Useissa tutkimuksissa on havaittu tarkoituksenmukaisen potilasohjeen tärkeys. Potilasohjeen tavoitteena on vähentää potilaiden pelkoa leikkausta kohtaan ja leikkauksen jälkeistä kotihoitoa kohtaan (esimerkiksi Barthelsson ym. 2003, Johnson ym. 1999, Harju 1998, Oberle ym. 1994.)

Tiedonsaannin määrällä on todettu olevan merkitystä potilaille. Laitisen ja Åstedt-Kurjen (1996) tutkimuksessa sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaiden tehohoitovaihetta edeltävässä tiedonsaannissa korostui potilaiden yksilöllisen tiedon tarve tulevasta hoidosta. Kaikki potilaat eivät kuitenkaan suhtautuneet tiedon saantiin ja ohjaukseen positiivisesti. Etukäteistieto aiheutti joillekin potilaille ahdistusta, ja he eivät olisi halunneet saada mitään tietoa etukäteen. Lisäksi leikkaukseen liittyvä pelko ja jännittäminen vaikeuttivat tiedon saantia. Myös tiedon puute aiheutti ahdistusta. Potilaat eivät aina kyenneet vastaanottamaan kaikkea tietoa, koska informaatiota tuli erittäin paljon. Toisaalta taas etukäteistieto tapahtumista vähensi potilaiden riippuvuuden tunnetta hoitohenkilökunnasta. Potilaiden tiedonsaanti koettiin ennen kaikkea yksilölliseksi. (Laitinen & Åstedt-Kurki 1996.)

Monissa tutkimuksissa on havaittu, että tiedon välityksessä ilmenevät ongelmat aiheuttavat potilaissa tyytymättömyyttä annettua hoitoa kohtaan. Potilaat eivät saa riittävästi itseään ja hoitoaan koskevaa tietoa. Terveystieteiden henkilöstön käyttämä ammattisanasto ei ole terveystieteiden käyttäjälle ymmärrettävää. Tietoa pitäisi esittää selkeästi ja ymmärrettävästi potilaan omalla kielellä. (Palmu & Suominen 1999, Korte ym. 1996, Oberle ym. 1994, Vuorenheimo 1991.)

Mordiffin ym. (2003) tutkimuksessa potilaat ymmärsivät melko hyvin sekä lääkäreiltä että hoitajilta saadun tiedon. Tähän vaikutti se, että hoitajat ja lääkärit käyttivät puhuessaan ”samaa” kieltä, lääketieteellisen sanaston käyttö oli vähäistä ja puheen rytmi oli sopiva, ei liian nopea. Eniten tietoa potilaat toivoivat nukutuksesta ja kaikkeen siihen liittyvästä. (ks. myös Lepola ym. 2001.) Potilaat eivät kuitenkaan kokeneet saaneensa tietoa omien tarpeidensa pohjalta. Hyvät vuorovaikutustaidot ovat välttämättömiä, jotta potilaat ymmärtävät saamansa tiedon. Potilaat olivat tyytyväisiä, kun tietoa annettiin heidän tarpeidensa mukaan. (Mordiffi ym. 2003.)

Potilaiden tarvitseman tiedon määrän ei välttämättä tarvitse olla suuri. Potilaiden tiedonsaannin tulee olla relevanttia. Pelkkä tiedon jakaminen ei välttämättä ole potilaalle hyödyllistä, vaan potilaalla tulee olla mahdollisuus osallistua tiedonsaantiin kysymällä ja ongelmia ratkaisemalla (Henderson & Phillips 1996, Holloway 1996). Potilaiden tulisi saada riittävästi tietoa myös jatkohoitoon liittyvistä asioista ja lääkityksestään (Holloway 1996, Cawley ym. 1990). Rintasyöpäpotilaita koskevassa tutkimuksessa potilaat olivat melko tyytyväisiä saamaansa tietoon, vaikka potilaat olivat saaneet huonosti tietoa koskien käsivarren harjoitusliikkeitä. Tähän voi olla syynä se, että leikkauksenjälkeiseen hoitoon kiinnitetään vähemmän huomiota tai sitten potilaat kotiutetaan sairaalasta ennenkuin tehokas ja kunnollinen opetus jatkohoidon suhteen on mahdollista (Cawley 1990).

Potilaan terveyden kannalta on erittäin tärkeää, että he saavat asianmukaista informaatiota kotiutuksen yhteydessä. Tiedon puute voi aiheuttaa potilaille erilaisia ongelmia. Kotiutuneet potilaat ovat olleet huolissaan kivun hoidosta, lääkähoidosta ja siitä, kuinka paljon he voivat harrastaa liikuntaa. Nimenomaan näitä seikkoja hoitajien tulisi huomioida kotiuttaessaan potilaita sairaalassa. (Westman & Backman 1997, Henderson & Phillips 1996.) Tutkimuksessa koskien kirurgisten potilaiden kotiutusta koskevaa tiedonsaantia todettiin, että potilaiden tulee ymmärtää, mitä kuuluu normaaliin paranemisprosessiin. Potilaiden tulisi tietää miten toimia, jos kotona todella

tulee ongelmia. Tutkimuksessa tuli esiin, että osa potilaista hakeutui muun terveydenhuollon yksikön puoleen saadakseen lisää tietoa hoidostaan. Toiset potilaat taas tarvitsivat vakuutusta siitä, että kaikki oli hoidon suhteen hyvin. (Henderson & Phillips 1996.)

Tutkittaessa potilaiden tiedonsaantia on todettu, että potilaat saavat kotiutuessaan hyvin tietoa haavanhoidosta, mutta eivät kivunhoidosta (ks. myös Dewar ym. 2004). Yksi mahdollinen syy tähän voi olla se, että haava on näkyvä, joten sen hoidon ohjaukseen kiinnitetään enemmän huomiota kuin ”näkyttömään” kivunhoitoon. Mikäli potilaalla ei ole kipuja, kivunhoitoon ei kiinnitetä huomiota. Potilaat tarvitsevat myös varmuutta siitä, että kipu on normaali ilmiö leikkauksen jälkeen ja kipulääkkeitä tulee käyttää riittävän pitkään. Tässä tutkimuksessa potilaat, jotka kokivat hallitsevansa haavanhoidon sitä kysyttäessä 24 tunnin jälkeen eivät kokeneet enää samalla tavalla 1-2 viikon päästä. Potilailla oli kysyttävää koskien haavan normaalia paranemista. Potilaat eivät tarkkaan osanneet sanoa millaista neuvontaa he tarvitsisivat ennen kotiutusta. Ongelmat haavanhoidossa ja kysymykset haavanhoidon suhteen ilmenivät vasta kotona. (Henderson & Zernike 2001.)

Tässä tutkimuksessa tiedonsaanti määritellään tiedoksi, jota potilas saa ohjauksen aikana. Potilaiden tiedonsaanti koskee leikkausta, leikkauksen vaikutuksia potilaan päivittäisiin toimintoihin, leikkaukseen liittyvää lääkehoitoa, kivun hoitoa, haavan hoitoa, mahdollisia rajoituksia liikunnan suhteen ja yhteystietoja ongelmatilanteita varten.

2.2.2 Kokemuksia ohjaustilanteista

Hoitotieteellisessä kirjallisuudessa varsinaisesta ohjaustoiminnasta on olemassa lukuisia määritelmiä. Aikaisemmin niissä korostui tiedollinen tulkinta ja ohjauksen yksilökohtaisuus, mutta nykyään ne korostavat myös tunnekokemuksia ja ryhmän käyttöä. (Mattila 1998.) Potilaan ohjauksen tarpeellisuudesta on olemassa runsaasti tutkimustietoa erityisesti pre- ja postoperatiivisen hoidon, potilaan tyytyväisyyden, tiedonsaannin, opetuksen sekä vuorovaikutuksen näkökulmasta tarkasteltuna. (Korte ym. 1996.)

Suomen kielen perussanakirja (1992) määrittää sanan ”ohjata” seuraavasti ”tietä tai suuntaa näyttäen neuvoa, johdattaa, opastaa, johtaa ja suunnata”. Ohjauksesta (engl. guidance) käytetään hoitotyössä useita eri ilmauksia puhuttaessa samasta asiasta, kuten potilaan opettaminen, neuvonta ja informoiminen.

Hartmannin ja Kocharin (1994) mukaan ammatillinen ohjaus tai neuvonta on metodi, jossa painottuu potilaan oma-aloitteisuus. Ohjaaja pidättäytyy suorien neuvojen tarjoamisesta ja ohjaa potilasta löytämään omat selviytymiskeinonsa. Avoimuus, empaattisuus ja aitous ovat ohjaajalle tärkeitä vuorovaikutussuhteessa. Ohjaajien täytyy olla avoimia, arvostaa potilasta ja heidän tulee ymmärtää potilaiden tunnekokemuksia. (Hartmann & Kochar 1994.)

Sairauden hoitoon kuuluvalla ohjauksella on keskeinen asema potilaan itsehoitotaitojen tukemisessa ja edistämisessä (Munnukka 1993.) Useissa tutkimuksissa on todettu, että hoitajat ymmärtävät potilaan ohjauksen tärkeyden hoitotyössä. Hoitajien rooli potilaan ohjauksessa korostuu, potilaan ohjaus ja opettaminen on tärkeä osa potilaan hoitoa. Syynä tähän on se, että hoitajilla on enemmän mahdollisuuksia potilaan ohjaukseen kuin muilla terveydenhuollon ammattilaisilla. Nykyään ohjaukselle asetettavat vaatimukset ovat lisääntyneet johtuen yhä lyhentyneistä sairaalassaoloajoista ja lyhythoitaisesta kirurgiasta. Potilaan ohjauksella leikkauksen jälkeen on tärkeä merkitys potilaalle ja hänen omaiselleen. (esimerkiksi Fox 1998, Westman & Backman 1997, Henderson & Phillips 1996, Holloway 1996, Viitamäki 1995.)

Ohjaava toiminta on osa potilaan hyvää hoitoa (Leino-Kilpi ym. 1994). Potilaiden ohjaustilanne edellyttää oikeaa ajoitusta, yksilöllisesti annettua tiedon määrää sekä potilaan kohtaamista kiireettömästi. (Laitinen & Åstedt-Kurki 1996.) Potilaan aktiivinen kuunteleminen ohjauksen aikana on tärkeää. Potilaan opettaminen ja ohjaaminen hyödyttävät potilasta mm. vähentämällä postoperatiivisten komplikaatioiden esiintymistä, lyhentämällä toipilasaikaa, vähentämällä kipua ja auttamalla palaamaan normaaliin päivittäiseen toimintaan. (Marttila & Piekkola 1997, Korte ym. 1996.)

Potilaan tietoihin ja taitoihin vaikutetaan potilaan ohjauksella, joka on osa hoitotyön prosessia. Ohjaus on hoitotyön interventio, jonka tulee olla hyvin suunniteltu. Potilaan ohjauksella mahdollistetaan potilaan osallistuminen ja sitoutuminen hoitoonsa. Riittäväällä ohjauksella voidaan vähentää potilaan pelkoa ja ahdistusta kirurgista toimenpidettä kohtaan. (Palmu & Suominen 1999, Leino-Kilpi & Vuorenheimo 1992.)

Mattilan (1998) tutkimuksessa tuli esille ohjauksen eroavaisuuksia kahdessa eri potilasryhmässä. Psykiatristen potilaiden mielestä ohjaus oli osallistuvaa ja kehittävää. Somaattiset potilaat käsittivät ohjauksen informaationa ja neuvontana, jolla seurataan kehon toimintaa. Hoitajakson eri vaiheissa somaattiset potilaat odottivat mitä tulee tapahtumaan, hoitoon osallistuminen koettiin vieraana. Jotkut somaattiset potilaat odottivat hoitoaan passiivisina. Psykiatriset potilaat kokivat ohjauksen painottuvan potilaan omatoimisuuden ja riippumattomuuden kehittämiseen. Tuloksissa korostui selkeästi kaksi potilaan ohjaukseen vaikuttavaa seikkaa: rohkea, keskusteleva ja potilaan tilanteen aistiva ohjaus tavoittaa potilaan äänen riippumatta siitä missä hoidon vaiheessa potilas on ja potilaiden voimavaroja hyödyntävä ohjaus edistää itsehoitoa. (Mattila 1998.)

Timosen ja Sihvosen (1998) tutkimuksessa leikatuilla rintasyöpäpotilailla oli melko myönteisiä kokemuksia hoitoon liittyvästä ohjauksesta. Potilaat kokivat, että annettu hoito oli vastannut heidän tarpeitaan. Lähes kaikki potilaat olivat samaa mieltä siitä, että vuodeosastolla annettu ohjaus vastasi heidän tarpeitaan. Ensisijaisesti potilaat saivat ohjausta kirurgilta, toiseksi hoitajalta ja kolmanneksi kirjallisista esitteistä. Potilaiden jatkohoidon ohjaukseen ei kuitenkaan oltu tyytyväisiä, potilaat toivoivat lisää tietoa nimenomaan jatkohoidostaan. Hoitohenkilökunnan ohjausvalmiuden parantamiseksi tulisikin järjestää lisäkoulutusta eri jatkohoitomuodoista. Kirjalliset ohjeet koettiin tärkeäksi tiedonlähteeksi potilaan ohjauksessa. (ks. myös Välimäki ym. 2001, Westman & Backman 1997.)

Samansuuntaisia tuloksia saatiin myös Hovin (2003) tutkimuksessa, jossa lyhytkirurgiassa hoidettujen potilaiden kokemukset ohjauksesta olivat positiivisia. Potilaat olivat saaneet ohjauksen aikana tietoa ja opetusta hoitoa koskevista asioista pyytämättä. Kotihoito-ohjeiden saanti oli painottunut kotiin lähtöhetken tai heti leikkauksen jälkeiseen aikaan. Vain neljäsosa vastanneista oli kokenut saaneensa ohjausta koko sairaalassaoloajan. Suurin osa potilaista oli saanut kirjalliset kotihoito-ohjeet, ja lähes kaikki potilaat olivat tyytyväisiä saamaansa informaatioon. (Hovi 2003.)

Kirjallisten ohjeiden tärkeys on korostunut kirurgisten potilaiden ohjauksessa. Tutkimuksen tuloksissa on ollut ristiriitaisuutta. Osassa tutkimuksissa potilaat ovat olleet melko tyytymättömiä kirjalliseen informaatioon ja toisissa tutkimuksissa potilaat ovat olleet tyytyväisiä saamansa informaatioon. Viitamäen (1995) tutkimuksessa potilaat toivoivat lisäselvitystä kirjallisiin ohjeisiin koskien kipulääkitystä, kuinka hoitaa itseään kotona ja tietoja siitä, mihin voi ottaa yhteyttä ongelmatilanteissa. Hovin (2003) mukaan suurin osa lyhytkirurgisista potilaista oli tyytyväisiä saamiinsa kirjallisiin ohjeisiin. (ks. myös Palmu & Suominen 1999.) Potilaat saavat usein kirjallista informaatiota vasta silloin, kun he kotiutuvat sairaalasta. Potilaiden sairaus voi vaikuttaa myös kirjallisten ohjeiden saamisen tärkeyteen. Potilaat, joilla on vakava sairaus kokivat, että he tarvitsevat mielestään muita useammin kirjallisia ohjeita ja etenkin ohjeita liittyen kotihoitoon. (Timonen & Sihvonen 1998.)

Nylander (2002) tutki sairaanhoitajien kokemuksia potilaan opettamisesta, ja tulosten perusteella todettiin potilaan vastaanottotilanteen ja hoitosuhteen alkuvaiheen olevan tärkeä. Hoitajien mukaan eri oppimistyyliä tai oppimisen teoriaa ei potilaan opettamisessa pohdita. Sairaanhoitajat kokivat potilaan opettamisen oleelliseksi osaksi sairaanhoitajan työtä. Potilaan opetusta nähtiin tapahtuvan koko hoitoprosessin ajan, tosin opettamisen pääpaino kiinnittyi potilaan kotihoidon opetukseen. (Nylander 2002.) Ohjauksen toteuttamisessa tulisi kiinnittää huomiota myös ympäristöön, jossa ohjausta annetaan. Rauhallisen tilan ja ajan puutteen koettiin heikentävän potilaan opetusta (Nylander 2002). Myös Marttila ja Piekkola (1997) toivat tutkimuksessaan esiin rauhallisen ohjaustilanteen tärkeyden.

Tutkittaessa päiväkirurgisen potilaan ohjausta potilaiden ja hoitajien näkökulmasta todettiin, että sairaanhoitajat korostivat omaa asiantuntijuuttaan ohjauksessa. Sairaanhoitajat painottivat ohjauksen oikeaa ajoitusta ja ajoituksen merkitystä potilaalle. Sekä hoitajat että potilaat toivat esille yksilöllisen ohjauksen tärkeyden. Hoitajat kokivat ohjauksen haasteelliseksi, koska siihen käytettävä aika on päiväkirurgiassa melko lyhyt. Hoitajien mielestä hyvän ohjauksen tunnusmerkkejä olivat lisäksi suunnitelmallisuus, tieto potilaan tarpeista, kokemuksista ja elämäntilanteesta. (Marttila & Piekkola 1997.) Watermanin ym. (1999) mukaan potilaan ohjauksen tärkeys tiedostetaan hyvin, mutta ohjauksen toteutus vaatii enemmän tutkimusta.

Omahoitajajärjestelmällä on todettu olevan myönteisiä vaikutuksia potilaiden kokemuksiin ohjauksesta. Omahoitajan merkitys korostuu potilaan ohjauksessa. Omahoitaja voi tukea potilaan oppimista ja vaikuttaa potilaiden kokemaan tyytyväisyyteen saadusta ohjauksesta. (mm. Hovi 2003, Nylander 2002, Viitamäki 1995.)

Tässä tutkimuksessa potilaan ohjaustilanteella tarkoitetaan sitä, että potilasta kuunnellaan ja hänen mielipiteensä huomioidaan. Potilaan yksilöllinen elämäntilanne huomioidaan, ohjaukseen käytetään riittävästi aikaa, potilaan tulee voida luottaa annettuun ohjaukseen ja potilasta arvostetaan.

2.3 Yhteenvedo tutkimuksen teoreettisista lähtökohdista

Kirurgisen potilaan kotona selviytymistä on tutkittu enimmäkseen päivä- ja lyhytkirurgiassa leikatuilla potilailla. On tärkeää, että aihetta tutkitaan lisää, jotta saadaan tietoa siitä, kuinka myös pidempään kirurgisella osastolla olleet potilaat selviytyvät kotona leikkauksen jälkeen.

Aikaisemmassa tutkimustiedossa nousivat keskeisesti esiin potilaiden ongelmat kotona selviytymisessä. Päivittäisiin toimintoihin liittyvät asiat olivat aiheuttaneet potilaille eniten ongelmia. Näitä olivat esimerkiksi kotityöt, kaupassa käynti, hygienian hoito sekä pukeutumiseen ja liikkumiseen liittyvät asiat. (esimerkiksi Hovi 2003, Ahde 1997, Oberle ym. 1994, Caldwell 1991.) Potilaiden kotona selviytymistä olivat hankaloittaneet etenkin kivun- ja haavanhoitoon liittyvät ongelmat. Potilailla oli ollut kotona ollessaan kipuja ja potilaat eivät tieneet kuinka kipua tulisi hoitaa. Myös haavanhoitoon liittyneet ongelmat olivat vaikeuttaneet kotona selviytymistä (Dewar ym. 2004, Hovi 2003, Viitamäki 1995, Kleinbeck & Hoffart 1994, Oberle ym. 1994.)

Potilaille tehdyn leikkauksen voitiin todeta vaikuttaneen siihen, miten potilaat selviytyivät päivittäisistä toiminnoista. Käsileikatuilla potilailla oli ollut ongelmia hygienian hoidossa ja gynekologisessa toimenpiteessä olleilla potilailla liikkumisessa. Tähystyssappipotilaiden ongelmat kotona selviytymisessä liittyivät liikkumiseen, nukkumiseen, istumiseen ja taivutteluun. (Hovi 2003, Ahde 1997, Oberle ym. 1994). Potilaat toivat tutkimuksessa esiin sairaalasta saadun tiedon

tärkeyden kotona selviytymisessä. Riittävällä tiedolla ja sen hyödynnettävyydellä kotiolosuhteissa edistetään potilaan selviytymistä leikkauksenjälkeisestä hoidostaan. (Hovi 2003.)

Potilaat toivovat tietoa hoidon komplikaatioista ja oireista sekä lääkityksestään ja liikkumiseen liittyvistä asioista. (Johansson ym. 2002.) Potilaiden opettamiseen ja oppimiseen liittyvät asiat todettiin tärkeäksi kotona selviytymistä edistäväksi tekijäksi. (Archibald 2003, Johansson ym. 2002, Waterman ym. 1999, Oberle ym. 1994.) Tutkimuksissa tuli esiin myös, että potilaat toimivat kotona yrityksen ja erehdyksen kautta. Tähän toimintaan saattaa vaikuttaa tarkkojen ohjeiden puute. (Kleinbeck & Hoffart 1994, Oberle ym. 1994.) Potilaat tiesivät melko hyvin mihin ottaa yhteyttä, mikäli heille tulee kotona ollessa ongelmia. Ongelmatilanteissa potilaat olivat ottaneet yleensä yhteyttä hoitaneeseen yksikköön. Potilaat olivat melko tyytyväisiä sairaalasta saadun tiedon hyödynnettävyyteen kotona (Ahde 1997). Caldwellin (1991) tutkimuksessa potilaat toivat esiin huolensa professionaalista hoidosta, johon liittyi huoli kirurgisen teamin pätevyydestä ja jatkohoidon järjestämisestä. Muissa tutkimuksissa ei tullut esiin potilaiden huolta koskien professionaalista hoitoa.

Aikaisemman tutkimuksen mukaan potilaan kotona selviytymistä voidaan tukea antamalla potilaalle riittävästi aikaa ja ohjausta sairaalassa ollessa. Potilaat kokivat henkilökohtaisen ohjauksen merkityksellisenä, hoitajilla tulisi olla riittävästi aikaa ohjaukseen ja perheen osallistuminen ohjaukseen koettiin tärkeänä (Icenhour 1988).

Potilaiden kotona selviytymisen tutkimiseen oli käytetty laadullisia ja määrällisiä tutkimusmenetelmiä. Laadulliset tutkimukset olivat yleensä potilaiden haastatteluja, joissa oli saatu syvällisempää tietoa siitä, miten potilaiden toipuminen oli edistynyt kotona leikkauksen jälkeen. (Archibald 2003, Watermann ym. 1999, Kleinbeck & Hoffart 1994, Caldwell 1991, Icenhour 1988.) Määrällisissä tutkimuksissa oli käytetty tiedonkeruumenetelmänä enimmäkseen joko puolistrukturoituja tai strukturoituja kyselylomakkeita tutkittaessa potilaiden kokemuksia kotona selviytymisestään. (Hovi 2003, Johansson ym. 2002, Ahde 1997, Viitamäki 1995.)

Oberlen ym. (1994) määrällinen tutkimus tehtiin haastattelemalla potilaita puhelimitse leikkauksen jälkeen. Driscollin (2000) tutkimuksessa käytettiin sekä kvalitatiivista että kvantitatiivista kyselyä. Tutkimuksen tulosten perusteella voitiin todeta, että omaisten tiedonsaantia tulee lisätä, jotta potilaiden kotona selviytyminen sujuisi mahdollisimman hyvin ja ongelmitta. Puhelinhaastattelututkimuksissa tuli esiin tärkeitä asioita potilaan kotona selviytymisessä, tutkimusmenetelmät olivat joko määrällisiä (Henderson & Zernike 2001, Law 1997), tai sekä määrällisiä että laadullisia (Henderson & Phillips 1996).

Aikaisemman tutkimustiedon perusteella todetaan, että potilaan tiedonsaantia on tutkittu yksittäisenä, erillisenä kokonaisuutena, mutta usein tiedonsaanti on liitetty osaksi potilaan saamaa ohjausta. Yleensä kirurgiset potilaat ovat olleet melko tyytyväisiä tietoon, jota heille on ohjauksessa annettu. Useissa tutkimuksissa tuli kuitenkin esiin tiedonsaannissa ilmeneviä ongelmia. Kotiutukseen liittyvään tiedonsaantiin tulisi kiinnittää erityistä huomiota. Potilaat ovat olleet tyytymättömiä tiedonsaantiin koskien jatko- ja kotihoitoa. (Henderson & Zernike 2001, Westman & Backman 1997, Henderson & Phillips 1996.)

Aikaisemmassa tutkimustiedossa tuli esiin yksilöllisen tiedonsaannin tärkeys. Annettavan tiedon tulisi olla lähtöisin potilaan tarpeista ja tiedon tulisi olla potilasta tyydyttävää. Potilaiden tiedonsaannissa tulee huomioida myös leikkaukseen ja anestesiaan liittyvät pelot. Tutkimuksissa tuli esiin, että turvallisuuden tunteen lisääntyminen on tärkeää kirurgisen hoidon yhteydessä. Tiedon määrä voi vaihdella potilaasta riippuen. Osa potilaista haluaa lisää tietoa hoidostaan, mutta osalle potilaista liiallinen tiedonsaanti voi aiheuttaa ahdistusta (esimerkiksi Laitinen & Åstedt-Kurki 1996, Hiidenhovi ym. 2001, Read 1998, Oberle ym. 1994.) Tiedon välityksessä aiheutuneet ongelmat aiheuttavat tyytymättömyyttä annettua hoitoa kohtaan. Tutkimuksissa korostui myös ymmärrettävän tiedon tärkeys. Potilaat toivovat saavansa tietoa selkeästi ja ymmärrettävästi. Sairaalaslangin käyttö ei ole suotavaa. (Palmu & Suominen 1999, Oberle ym. 1994, Korte ym. 1996, Vuorenheimo 1991.)

Potilaiden tiedonsaantia koskevissa tutkimuksissa tiedonkeruumenetelminä käytettiin melko usein strukturoitua tai puolistrukturoitua kyselylomaketta (mm. Johansson ym. 2002, Harju 1998, Timonen & Sihvonen 1998, Ahde 1997, Westman & Backman 1997.) Tutkimustieto kerättiin dialogin avulla Laitisen ja Åstedt-Kurjen (1996) tutkimuksessa, jossa aineisto analysoitiin käyttämällä teema- ja mallihaastatteluja. Myös teemahaastattelua käytettiin

tiedonkeruumenetelmänä, analysointi tehtiin sisällönanalyysillä (Palmu & Suominen 1999, Vuorenheimo 1991.) Potilaiden tiedonsaantia on tutkittu myös postoperatiivisilla puhelinhaastatteluilla (Dewar ym. 2004, Henderson & Zernike 2001, Law 1997, Henderson & Phillips 1996.)

Useissa aikaisemmissa hoitotieteen tutkimuksissa korostui erityisesti hoitajan osuus potilaan ohjauksessa. Potilaan ohjausta pidetään hoitajien ensisijaisena tehtävänä, ja hoitajien rooli on korostunut ohjauksen antamisessa. Hoitajan odotetaan selittävän potilaalle, mitä hänelle tehdään ja miksi. Potilaan kohtaaminen kiireettömästi koettiin tutkimuksissa tärkeänä. Potilaan ohjauksen tulee olla riittävää, avointa ja sen tulee perustua rehellisyyteen. Ohjaustilanne nähdään potilaan ja hoitajan välisenä vapaana keskusteluna. Tutkimuksissa on myös todettu, että hoitajilla on enemmän mahdollisuuksia potilaan ohjaukseen kuin muilla terveydenhuollon ammattilaisilla. (esimerkiksi Palmu & Suominen 1999, Henderson & Phillips 1996, Holloway 1996, Leino-Kilpi & Vuorenheimo 1992.)

Potilaiden yksilöllisyyden huomioiminen ohjauksessa on todettu merkitykselliseksi. (Korte ym. 1996, Laitinen & Åstedt-Kurki 1996.) Tutkimuksissa potilaat ovat olleet melko tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen. Potilaiden yksilölliset mielipiteet ohjauksesta kuitenkin vaihtelevat. Eri tutkimuksissa korostui potilaan ohjauksen tarve koskien preoperatiivista ohjausta, haavanhoitoa, kivunhoitoa ja postoperatiivista hoitoa kotona. (Timonen & Sihvonen 1998, Marttila & Piekkola, 1997, Viitamäki 1995.) Potilaat kokevat kirjallisen tiedon tärkeänä hoidossaan, mutta sen hyödynnettävyydestä hoidossa potilaat on saatu erilaisia tuloksia. (mm. Hovi 2003, Palmu & Suominen 1999, Timonen & Sihvonen 1998, Viitamäki 1995.)

Tutkimuksissa, joissa on selvitelty sairaanhoitajan näkökulmaa ohjaukseen sairaanhoitajat kokevat potilaan ohjauksen ja opettamisen oleelliseksi osaksi omaa työtään. Sairanhoitajien mukaan ohjauksessa korostuu oikea ajoitus ja sen merkitys potilaalle. Asiantuntijuus korostuu potilaan ohjauksessa. Potilaan kotihoidon ohjausta sairaanhoitajat pitävät tärkeänä sekä kirjallisen tukimateriaalin antamista ohjauksessa. (Nylander 2002, Marttila & Piekkola 1997.)

Potilasohjausta koskevissa tutkimuksissa käytettiin tiedonkeruumenetelminä sekä haastattelua että kyselylomakkeita. Laadullisissa tutkimuksissa käytettiin avointa haastattelua (Marttila & Piekkola 1997), fenomenografista tulkitsevan analyysin menetelmää (Mattila 1998) sekä teemahaastatteluja. (mm. Nylander 2001, Palmu & Suominen 1999, Vuorenheimo 1991.) Potilaat vastasivat kyselyihin kotona ja palauttivat kyselylomakkeen kahden viikon kuluttua leikkauksesta (Timonen & Sihvonen 1998, Viitamäki 1995). Välimäen ym. (2001) tutkimuksessa kyselylomake jaettiin potilaille kotiinlähtöpäivänä ja palautettiin ennen kotiinlähtöä.

Liitetaulukossa 1 esitetään aikaisempaa tutkimustietoa kirurgisen potilaan kotona selviytymisestä, tiedonsaannista ja ohjauksesta.

3. TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata kirurgisen potilaan kotona selviytymistä leikkauksen jälkeen ja arvioida puhelinhaastattelun soveltuvuutta potilaiden kokemusten tutkimiseen.

Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa käytännön hoitotyöhön tutkittua tietoa potilaan kotona selviytymisestä leikkauksen jälkeen ja saada uutta tietoa puhelinhaastattelusta tutkimusmenetelmänä. Tutkimuksella saatu tieto on tärkeää, jotta voidaan kehittää potilaan ohjausta sairaalassaoloaikana niin, että annettu ohjaus edistäisi potilaan kotona selviytymistä leikkauksen jälkeen.

Tutkimusongelmat ovat:

1. Millaisia kokemuksia potilailla on kotona selviytymisestään leikkauksen jälkeen?

- 1.1 Miten potilaat kuvaavat selviytyvänsä tiedollisesti leikkauksen jälkeen?
- 1.2 Miten potilaat kuvaavat selviytyvänsä toiminnallisesti leikkauksen jälkeen?

2. Millaisia kokemuksia potilailla on sairaalassa annetusta ohjauksesta?

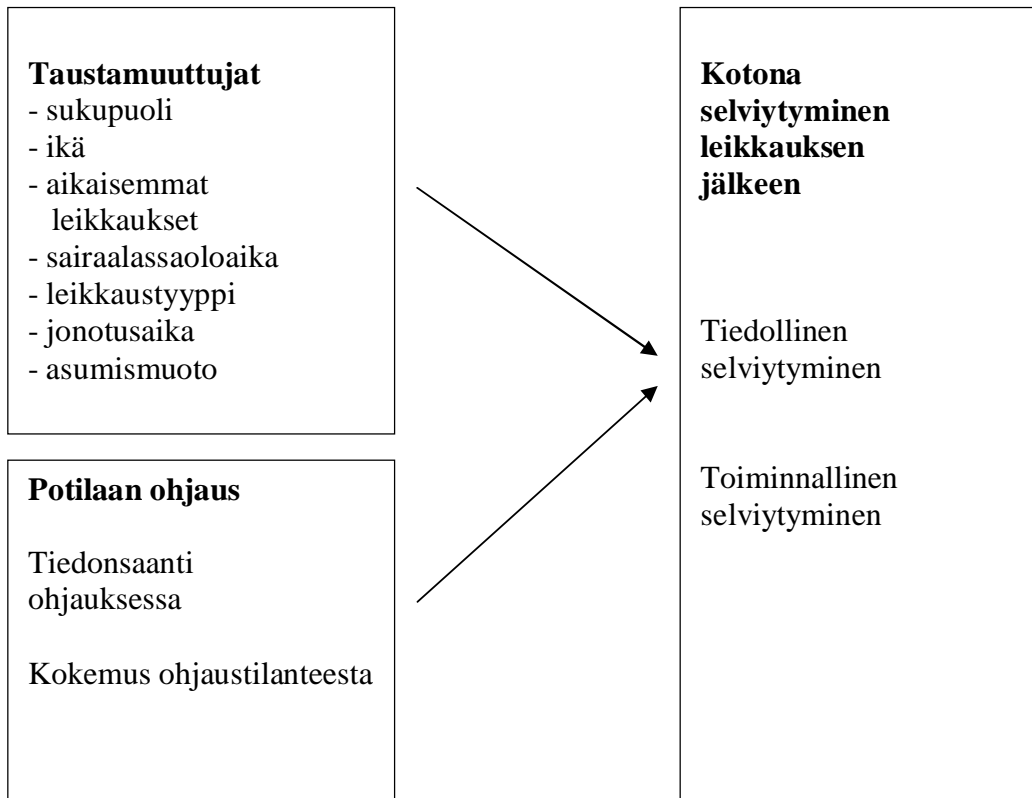
- 2.1 Millaisia kokemuksia potilailla on tiedonsaannista ohjauksessa?
- 2.2 Millaisia kokemuksia potilailla on ohjaustilanteista?

3. Millainen on sairaalassa annetun ohjauksen yhteys potilaan kotona selviytymiseen?

- 3.1 Miten kokemukset tiedonsaannista ohjauksessa ovat yhteydessä kotona selviytymiseen?
- 3.2 Miten kokemukset ohjaustilanteista ovat yhteydessä kotona selviytymiseen?

4. Miten puhelinhaastattelu soveltuu potilaiden hoitokokemusten tutkimiseen?

Tutkimusasetelma on esitetty kuviossa 1.



Kuvio 1. Tutkimusasetelma.

4. TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN

4.1 Puhelinhaastattelun toteuttaminen

Valmiita puhelinhaastattelututkimuksia ei ollut Suomessa saatavilla, joten tätä tutkimusta suunniteltaessa perehdyttiin aikaisempaan tietoon aiheesta. Tässä tutkimuksessa puhelinhaastattelun toteuttaminen ja siihen liittyvät valmistelut mietittiin tarkoin ennalta ennen metodin käyttöönottoa. Puhelinhaastattelumetodilla on yleisesti todettu olevan monia hyviä etuja. Näitä etuja ovat mm. maantieteellisesti laaja mahdollisuus kerätä aineistoa, ajan ja rahan säästö verrattuna esimerkiksi kasvokkain tapahtuvaan haastatteluun, koska matkakustannuksia ei tule. Puhelinhaastattelussa on mahdollisuus tarkistaa, että kaikkiin kysymyksiin on vastattu. (Whittemore & Grey 2006, Smith 2005). Puhelinhaastattelussa kysymyksiä voidaan myös selventää vastaajalle (Whittemore & Grey 2006). Puhelinhaastattelun on todettu olevan hyvä keino kerättäessä tietoa yksittäisen henkilön omista kokemuksista tai mielipiteistä (Smith 2005). Puhelinhaastattelututkimusten vastausprosentit ovat yleensä korkeammat kuin postitse tehtävissä kyselyissä (Thomas & Purdon 1994).

Tähän tutkimukseen osallistuneet potilaat saivat tiedotteen tutkimuksesta leikkauskutsun yhteydessä. Puhelinhaastattelu tehtiin kaikille elektiivisen leikkauksen läpikäyneille potilaille, jotka olivat palauttaneet allekirjoituksellaan varustetun kirjallisen luvan tutkimuksen suorittamiseen. Kotiutuneille potilaille soitettiin 3-14 vuorokautta kotiutuksen jälkeen heidän ilmoittamaansa puhelinnumeroon.

Jokaisen puhelun alussa tutkija esitteli itsensä, tutkimuksen tarkoituksen ja varmisti, että hän puhui oikean henkilön kanssa. Potilaille soittaessa tarkistettiin vielä heidän halukkuutensa osallistua tutkimukseen. Lisäksi kysyttiin oliko ajankohta sopiva haastattelun suorittamiseen. Mikäli ajankohta ei sopinut haastattelun tekemiseen, sovittiin haastateltavan kanssa toinen ajankohta ja hänelle soitettiin uudelleen. Mikäli potilaalle sopi haastattelu, kirjattiin kyselylomakkeeseen haastattelun alkamisaika ja aloitettiin haastattelu selvittämällä, miten potilaan tulee vastata kysymyksiin.

Puhelinhaastattelu suoritettiin hiljaisessa ja rauhallisessa tilassa, jossa tutkija pystyi keskittymään haastatteluun ilman häiriötekijöitä. Rauhallinen ja häiriötön tila on ensiarvoisen tärkeä puhelinhaastattelun toteuttamisessa, koska puhelimessa tapahtuva kysely on alttiimpi häiriötekijöille kuin kasvokkain tapahtuva kysely (Smith 2005).

Potilaat saivat vastata kysymyksiin omassa tahdissaan. Potilaat antoivat kouluarvosanan 4-10 sen mukaan, miten he kokivat hoidon toteutuneen omalla kohdallaan. Avoimien kysymysten vastaukset kirjoitettiin muistiin ja tarvittaessa varmistettiin haastateltavalta, että tutkija oli ymmärtänyt annetun palautteen oikein. Tutkija täytti kyselylomakkeen haastattelun aikana käsin. Samalla tarkistettiin, että jokainen kohta kyselylomakkeessa tuli täytettyä. Puhelinhaastattelun jälkeen siirrettiin potilaiden antamat vastaukset SPSS-tilasto-ohjelmaan analyysia varten.

4.2 Aineiston keruu ja vastausaktiivisuus

Aineiston keruu toteutettiin tutkimuslupien saamisen jälkeen neljällä erikoissairaanhoidon kirurgisella vuodeosastolla erään sairaanhoitopiirin alueella ajanjaksolla 16.8. – 14.11.2005. Kyseinen ajankohta edusti sairaalassa normaalia hoitoajankohtaa. Maaliskuun 1. päivänä 2005 voimaan tullut laki hoitotakuusta vaikutti leikkaukseen jonottavien potilaiden tilanteeseen, koska potilaiden jonotietoja tarkistettiin, ja tavoitteena oli hoitaa potilaat hoitotakuun edellyttämällä tavalla. Millään osastolla ei kuitenkaan tänä ajankohtana tehty ylimääräisiä leikkausjonojen purkuja lisätyönä.

Tutkimukseen osallistuneiden osastojen osastonhoitajat sekä osastonsihteerit saivat noin kolme kuukautta ennen tutkimuksen alkamista kirjallisen tiedotteen tulevasta tutkimuksesta ja sen toteutuksesta (ks. Liite 1). Tutkija kävi myös kaikilla tutkimukseen osallistuvilla osastoilla henkilökohtaisesti ja selvitti tutkimuksen kulun asianosaisten kanssa. Osastonhoitajan tai hänen sijaisensa osuus oli keskeinen aineiston keruuvaiheessa, koska tässä sairaalassa osastonhoitaja toimi myös ns. jonohoitajana. Tähän tutkimukseen osallistuivat vain elektiiviseen leikkaukseen tulevat potilaat. Päivystyksenä leikatut potilaat ja rintasyöpäpotilaat eivät kuuluneet tutkimusjoukkoon.

Samanaikaisesti oli yhdellä tutkimusosastolla meneillään rintasyöpäpotilaita koskeva väitöskirjatutkimus, joten tämä potilasryhmä jätettiin tutkimusjoukon ulkopuolelle. Tutkimusaineiston valinnassa tuli huomioida, että potilas pystyi kommunikoimaan puhelimitse suomen kielellä, ja hänen tuli kotiutua kotiin leikkauksen jälkeen. Tarvittavat tiedot potilaiden valinnasta tutkimukseen saatiin olemassa olevien jonotietojen perusteella. Sairaalassa oli käytössä sähköinen potilastietojärjestelmä, joten tarvittavat tiedot saatiin tämän järjestelmän kautta.

Osastonhoitajat lähettivät elektiiviseen leikkaukseen tuleville potilaille kutsukirjeen mukana tiedotteen tulevasta tutkimuksesta. Potilaille lähetetyssä tiedotteessa ilmeni tutkimuksen tarkoitus ja tutkimukseen liittyvät eettiset kysymykset. Potilaiden tuli laittaa nimensä ja puhelinnumerosa kirjalliseen suostumukseen sekä allekirjoituksellaan varmistaa osallistumisensa tai kieltäytymisensä tutkimukseen (Liite 2). Potilaat palauttivat allekirjoituksellaan varustetun tutkimuslomakkeen osastonsihteerille ilmoittautuessaan osastohoitoon. Osastonsihteerä säilytti kaikkien tutkimukseen osallistuvien potilaiden kirjalliset luvat tutkimuskansiossa. Potilaan kotiuduttua osastolta osastonsihteerä ilmoitti tutkijalle sähköpostitse kotiutuneiden potilaiden nimet, puhelinnumerot ja kotiutuspäivämäärän, lukuunottamatta yhtä osastoa. Osaston kohdalla sovittiin erityisjärjestely osaston toiveesta, ja tutkija kävi itse osastolla katsomassa kotiutuneiden potilaiden yhteystiedot ja kotiutuspäivämäärän. Jokaisen tutkimukseen osallistuneen osaston henkilökunta sai myös tiedotteen tulevasta tutkimuksesta ja sen toteutuksesta. (Liite 3.)

Tutkimukseen osallistuivat kaikki elektiiviseen leikkaukseen tulevat kirurgiset potilaat tutkimusajankohtana lukuunottamatta rintasyöpäpotilaita. Tähän tutkimukseen osallistuneet potilaat olivat ns. sekakirurgisia potilaita, pääosin ortopedisia sekä pehmytosakirurgisen toimenpiteen läpikäyneitä potilaita.

Tiedote tutkimuksesta lähetettiin 158 potilaalle. Näistä 123 potilasta (78 %) palautti tutkimuslomakkeen. Palauttamattomia lomakkeita oli 35 (22 %). Tutkimuslomakkeen palauttaneista 112 potilasta (91 %) antoi suostumuksensa puhelinhaastattelun tekemiseen. Tutkimuslomakkeen palauttaneista ainoastaan 11 potilasta (9 %) kieltäytyi osallistumasta tutkimukseen. Taulukossa 1 on esitetty aineiston muodostuminen osastoittain.

TAULUKKO 1. Aineiston muodostuminen osastoittain.

Osastot	Osasto 1 n	Osasto 2 n	Osasto 3 n	Osasto 4 n	Yhteensä N	%
Lähetetyt lomakkeet	41	36	29	52	158	100
Palautetut lomakkeet	39	24	25	35	123	78
Vastaamatta jättäneet	2	12	4	17	35	22
Tutkimukseen suostuneet	31	24	24	33	112	91
Tutkimuksesta kieltäytyneet	8	-	1	2	11	9

Puhelinhaastattelututkimukseen suostuneista 112 potilaasta kaikkiaan 106 potilasta (95 %) tavoitettiin määräajassa haastatteluun, eli 3-14 vuorokautta kotiutuksen jälkeen. Kuusi potilasta (5 %) jäi tavoittamatta määräajassa. Tutkimukseen määräajassa osallistuneet potilaat täyttivät tutkimuskriteerit kahta poikkeusta lukuunottamatta. Kahden potilaan haastattelut jouduttiin hylkäämään. Toisessa oli syynä potilaan huono kuulo ja toisessa potilas kommentoi vain yleisesti hoitoaan, kysymyslomaketta ei pystytty luotettavasti täyttämään. Yksi vastaus hylättiin aineiston tarkistusvaiheessa aineiston keruussa tapahtuneen virheen takia. Näin ollen lopullinen tutkimusjoukko muodostui kaikkiaan 103 vastaajasta. Tutkimuksen osallistuneiden potilaiden kokonaisosallistumisprosentiksi tuli 65. Tutkimukseen määräajassa osallistuneet potilaat, hylätyt vastaukset ja lopullinen aineisto on esitetty taulukossa 2.

TAULUKKO 2. Tutkimukseen määräajassa osallistuneet potilaat, hylätyt vastaukset ja lopullinen aineisto osastoittain

Osastot	Osasto 1 n	Osasto 2 n	Osasto 3 n	Osasto 4 n	Yhteensä N	%
Määräajassa tavoitetut potilaat	29	24	22	31	106	95
Potilaat, joita ei tavoitettu määräajassa	2	-	2	2	6	5
Hylätyt vastaukset	-	-	2	1	3	3
Lopullinen aineisto	29	24	20	30	103	65

Tarkasteltaessa kadon määrää todetaan kadon osuuden olevan kaikkiaan 55 potilasta, eli 35 % koko aineistosta. Näistä 35 potilasta jätti tutkimuslomakkeen palauttamatta, kaikkiaan 11 potilasta kieltäytyi tutkimuksesta, kuutta potilasta ei tavoitettu määräajassa ja kolme vastausta jouduttiin hylkäämään.

Tässä tutkimuksessa selvitettiin lisäksi potilaiden tavoitettavuus tutkimukseen soittokertoina. Suurimmalle osalle potilaista (80 %) sopi haastattelu ensimmäisellä soittokerralla, 19 % potilaista soitettiin kaksi kertaa ja vain yhdelle potilaalle soitettiin kolme kertaa. Tutkimukseen osallistui kahdeksan potilasta, kun kotiutuksesta oli kulunut 3-6 päivää. Kaikkiaan 30 potilasta osallistui tutkimukseen 7-10 päivää kotiutuksesta. Suurin osa potilaista, 65 potilasta (63 %), osallistui tutkimukseen 11-14 päivää kotiutuksen jälkeen.

4.3 Mittarin kuvaus

Tiedonkeruumenetelmänä käytettiin strukturoitua kyselylomaketta. Valmista mittaria tämän tyyppiseen tutkimukseen ei ollut olemassa, joten kyselylomake tehtiin tätä tutkimusta varten. Mittarin suunnitteluvaiheessa perehdyttiin aikaisempaan tutkittuun tietoon kirurgisen potilaan kotona selviytymisestä (mm. Hovi 2003, Ahde 1997, Oberle ym. 1994). Tässä tutkimuksessa tarkastellaan potilaan tiedollista ja toiminnallista selviytymistä kotona leikkauksen jälkeen sekä potilaiden kokemuksia sairaalassa annetusta ohjauksesta ja annetun ohjauksen yhteydestä potilaiden kotona selviytymiseen. Tiedollinen ja toiminnallinen selviytyminen kuvaa kirurgisen potilaan kotona selviytymistä leikkauksen jälkeen. Tiedollisessa selviytymisessä korostuu potilaan tieto omaan hoitoon liittyvistä asioista. Toiminnallisessa selviytymisessä korostuu potilaan kyky ja halu suoriutua omaan hoitoon liittyvistä toiminnoista ja kyky selviytyä päivittäisistä toiminnoista leikkauksen jälkeen (Leino-Kilpi & Suominen 1997). Kirurgisella potilaalla tulee olla riittävästi tietoa, jotta hän selviytyisi hoidostaan leikkauksen jälkeen (Driscoll 2000, Henderson & Phillips 1996).

Puhelinhaastattelulomakkeen toteutusta varten tutustuttiin puhelinhaastattelulla toteutettuihin tutkimuksiin (esimerkiksi Reilly 2006, Henderson & Zernike 2001, Law 1997). Vastaavia puhelinhaastattelututkimuksia ei Suomesta löytynyt. Kirjallisuudesta löytyi tietoa puhelinhaastattelumethodin toteutukseen liittyvistä seikoista (Smith 2005, Alkula, Pöntinen & Ylöstalo 1999, Heikkilä 2002). Liitetaulukossa 2 on nähtävillä taulukkoyhteenveto kirurgisen potilaan puhelinhaastattelututkimuksista.

Puhelinhaastattelumittarin toteutuksessa tuli huomioida kyselylomakkeen pituus. Pitkän kyselylomakkeen käyttömahdollisuutta ei puhelinhaastattelussa ole, koska haastattelu saa kestää korkeintaan 20 minuuttia (Heikkilä 2002, Alkula ym. 1999). Kyselylomakkeen suunnittelussa tuli huomioida seuraavia seikkoja: kysymysten tuli olla selkeitä ja ymmärrettäviä sekä vastausvaihtoehtojen tuli olla suhteellisen helppoja. Tämän vuoksi valittiin vastaaminen asteikolla 4-10, koska Likert-tyyppinen vastausvaihtoehto tuntui hankalalta. Kyselylomake muodostui pääasiassa neljästä aihealueesta, joihin potilaat vastasivat ns. kouluarvosanoilla 4-10 sen mukaan, kuinka he kokivat esitetyn väittämän toteutuneen omalla kohdallaan.

Kyselylomake muodostui seuraavista aihealueista:

1. Tiedollinen selviytyminen kotona (9 väittämää)
2. Toiminnallinen selviytyminen kotona (9 väittämää)
3. Tiedonsaanti ohjauksessa (11 väittämää)
4. Potilaiden kokemus ohjaustilanteista (9 väittämää)

Lisäksi vastausvaihtoehdoilla kyllä/ei selvitettiin kirjallisten kotihoito-ohjeiden saanti, yhteydenotot hoidettavalle osastolle, avuntarve kotona ollessa ja aikaisemmat leikkauskokemukset. Valmiilla vastausvaihtoehdolla kysyttiin kotiutusajan sopivuudesta (sopiva, liian aikainen, liian myöhäinen).

Potilaiden taustatiedot selvitettiin lyhyillä strukturoiduilla kysymyksillä. Näitä olivat: ikä, jonotusaika leikkaukseen, leikkaustyyppi, sairaalassaoloaika sekä asumismuoto. Muut avoimet kysymykset koskivat potilaiden mahdollisten yhteydenottojen syitä osastolle tai muuhun terveydenhuollon yksikköön sekä missä toiminnoissa potilaat olivat tarvinneet apua kotona ollessaan ja potilaiden lyhyitä kommentteja saadusta hoidosta. Avoimien kysymysten käyttömahdollisuus oli puhelinhaastattelussa suppea, koska puhelinhaastatteluita ei nauhoitettu.

Tutkimuksessa kysyttiin myös eri vastausvaihtoehdoilla miten potilaat kokivat puhelinhaastatteluun vastaamisen (helppo vai vaikea), haastatteluun pituuden (sopiva, liian lyhyt vai liian pitkä) sekä olisivatko potilaat jatkossakin valmiita osallistumaan puhelinhaastattelututkimuksiin (kyllä/ei-vaihtoehto).

Puhelinhaastattelua varten tutkija harjoitteli väittämien esittämistä useita kertoja kyselylomakkeen kanssa, jotta ne kuulostaisivat sujuvilta ja luonnollisilta. Haastattelijan rooliin ja tehtäviin tulee perehtyä huolellisesti (Hirsjärvi ym. 2003). Samassa yhteydessä sanamuotoja tarkistettiin useita kertoja. Näin saatiin alustavasti selville myös haastatteluun kuluva aika. Yksittäisen lomakkeen täyttämiseen todettiin kuluvan aikaa noin 10-15 minuuttia.

4.4 Mittarin luotettavuus

Mittarin validiteetti

Mittarin validiteetilla tarkoitetaan mittarin kykyä mitata sitä, mitä se on tarkoitettu mittaamaan (Alkula ym. 1999, Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997.) Validiudella tarkoitetaan systemaattisen virheen puuttumista, validilla mittarilla suoritettut mittaukset ovat keskimäärin oikeita. Sisäinen validiteetti tarkoittaa tutkimuksen mittausten vastaavuutta tutkimuksen teoriaosassa esitettyihin käsitteisiin. (Heikkilä 2002, Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997). Sisältövaliditeetin arvioinnin voidaan sanoa olevan mittarin sisällön rationaalista arviointia perustuen yksilöllisiin subjektiivisiin arviointeihin. Arviointi jaotellaan face-validiteettiin ja loogiseen validiteettiin. Face-validiteetissa mittaria tarkastellaan sellaisenaan ja arvioidaan kohdistuuko se mitattavaan asiaan. Loogiseen validiteettiin kuuluu tutkittavan sisältöalueen huolellinen määrittely ja sisältöalueen kattaminen mittarin osioilla. Loogista validiteettia voidaan arvioida myös asiantuntijaneelin tai -ryhmän avulla. Voidaan kuitenkin todeta, että sisältövaliditeetti pohjautuu muita validiteetin lajeja selvemmin subjektiivisiin arvioihin, joten se on alttiimpi virheille kuin muut. Sisältövaliditeetti on mittarin kehittytyössä oleellista, muita validiteetin lajeja ei ole ilman sitä. (Leino-Kilpi ym. 1994). Ulkoisella validiteetilla tarkoitetaan sitä, että muutkin tutkijat tulkitsevat tutkimustulokset samanlaisesti. (Heikkilä 2002).

Tässä työssä mittarin validiteettia tarkasteltiin sisältövaliditeetin avulla. Asiantuntijaneeli koostui tutkimukseen osallistuneen sairaalan kirurgian ylihoitajasta, yhdestä opiskelijakollegasta ja kahdesta kokeneesta tutkijasta, jotka samalla toimivat tutkimuksen ohjaajina. Asiantuntijaneelin avulla arvioitiin kehitetyn mittarin sisältöä tutkimuksen teoriaosuuteen.

Tätä tutkimusta varten tehty kyselylomake esitettiin kuudella potilaalla. Mittarin esitestauksella pyrittiin parantamaan mittarin toimivuutta, selkeyttä ja ymmärrettävyyttä. Esitettäväksi valittiin ne potilaat, jotka ensimmäisinä antoivat myönteisen kirjallisen luvan tutkimuksen tekemiseen. Esitestauksen jälkeen todettiin, että summamuuttujassa, joka koski potilaiden tiedonsaantia ohjauksessa oli kohta, joka tarvitsi muokkausta. Muokattava kohta oli avoin kysymys: ”Keneltä arvioisitte saaneenne eniten tietoa sairaalassa ollessanne?”. Esitestauksen jälkeen neljä potilasta ilmoitti saaneensa eniten tietoa sairaanhoitajalta ja kaksi potilasta lääkäriltä.

Avoin kysymys heti kyselylomakkeen alkupuolella tuntui kuitenkin puhelinhaastattelussa hankalalta, joten lomakkeeseen päätettiin sisällyttää sekä hoitajia että lääkäreitä koskeva kysymys. Kyseinen kohta muutettiin muotoon: ”Minkä arvosanan antaisitte hoitajan antamalle tiedolle?” ja ”Minkä arvosanan antaisitte lääkärin antamalle tiedolle?” Potilaiden oli helpompi vastata tähän kysymykseen jatkossa, koska he antoivat arvosanan 4-10 sen mukaan, kuinka he kokivat saaneensa tietoa näiltä ammattihenkilöiltä. Esitestauksessa todettiin, että potilaat halusivat kommentoida myös yleisesti hoitoaan. Kyselylomakkeen loppuun lisättiin kysymys ”Haluaisitteko vielä lyhyesti kommentoida sairaalahoidoanne?”-kohta, jossa potilaat saivat halutessaan vielä kommentoida kokemuksiaan sairaalahoidosta. Muita muutoksia ei lomakkeeseen tehty.

Mittarin reliabiliteetti

Reliabiliteetilla tarkoitetaan tutkimuksen luotettavuutta ja tulosten tarkkuutta. Luotettava tutkimus tulee voida toistaa samanlaisin tuloksin. Reliabiliteetti on siis mittarin kyky tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia (Heikkilä 2002). Reliabiliteetin mittaamiseksi voidaan käyttää uudelleenmittausta, rinnakkaismittausta ja Cronbachin alfa-kertoimen käyttöä (Alkula ym. 1999.) Mittaamalla sama tilastoyksikkö useampaan kertaan voidaan todeta tutkimuksen sisäinen reliabiliteetti. Jos mittaustulokset ovat samat, todetaan mittauksen olleen reliabeli. Ulkoisella reliabiliteetilla tarkoitetaan mittausten toistettavuutta myös muissa tutkimuksissa ja tilanteissa. (Heikkilä 2002).

Tässä tutkimuksessa summamuuttujien väittämien homogeenisuutta tarkasteltiin sisäisen reliabiliteetin eli Cronbachin alfa-kertoimen avulla. Summamuuttujan osioiden eli väittämien määrä vaikuttaa reliabiliteettiin. Tarkastelemalla eri väittämien välisiä korrelaatioita korrelaatiokertoimien avulla, voidaan jättää pois ne väittämät, jotka korreloivat huonosti summamuuttujan kanssa (Heikkilä 2002). Tässä aineistossa väittämät korreloivat riittävästi yhdistetyn muuttujan kanssa ($r=0.26-0.88$), joten yhtäkään väittämää ei jouduttu jättämään pois korrelaatiotarkastelun jälkeen. Kaikkien summamuuttujien Cronbachin alfa-arvot olivat välillä 0,81-0,94. Summamuuttujan arvoa pidetään yleensä luotettavana, kun reliabiliteetikertoimen arvo ylittää 0,7 (Heikkilä 2002). Tavoiteltavana Cronbachin alfa-arvona pidetään 0,8-0,9 (Burns & Grove 2003).

Kyselylomake esitettiin kuudella potilaalla. Summamuuttujaan ”tiedonsaanti ohjauksessa” tehtiin vähäisiä muutoksia. Nämä esitestauksessa olleet kuusi vastausta jätettiin tutkimusjoukon ulkopuolelle tässä summamuuttujassa. Yksi haastateltavista ilmoitti, että hänellä ei ole näkyvää haavaa, joten haavanhoitoa koskevat kysymykset jäivät ilman vastausta. Näin ollen tiedonsaannissa ohjauksessa on seitsemän puuttuvaa vastausta eli vastauksia on kaikkiaan 96. Tiedollisessa ja toiminnallisessa selviytymisessä oli myös haavanhoitoa koskeva osio, joten niissäkin oli yksi puuttuva vastaus. Vastauksia oli näissä summamuuttujissa yhteensä 102. Taulukossa 3 on nähtävissä vastauksien lukumäärät summamuuttujissa, summamuuttujien väittämien lukumäärät ja Cronbachin alpha-arvot.

TAULUKKO 3. Summamuuttujien vastauksien ja väittämien lukumäärät sekä Cronbachin alpha-arvot (N=103).

Summa- muuttuja	n	Väittämien lkm	Cronbachin alpha
Tiedollinen selviytyminen	102	9	0,858
Toiminnallinen selviytyminen	102	9	0,815
Tiedonsaanti ohjauksessa	96	11	0,872
Kokemukset ohjaustilanteista	103	9	0,949

4.5 Aineiston analysointi

Tutkimusaineisto koottiin tätä tutkimusta varten laaditulla strukturoidulla kyselylomakkeella. Aineisto analysoitiin käyttäen SPSS for Windows 15.0 -tilasto-ohjelmaa. Ennen varsinaista tilastollista analyysia aineistoon perehdyttiin tarkastelemalla eri muuttujien arvojen jakautumista havaintoaineistossa. Jakaumien tarkastelulla saadaan hyvä tuntuma aineistoon, ja tarkastelun avulla voidaan löytää mahdolliset tallennusvirheet (Rasi, Lepola & Kanninen 2005). Aineiston tarkastelussa käytettiin apuna frekvenssi- ja prosenttilukuja, keskiarvoa, keskihajontaa sekä minimi- ja maksimiarvoja.

Aikaisempaan tutkimustietoon pohjautuen tehtiin kyselylomake, jossa oli positiivisessa muodossa esitetty erilaisia väittämiä liittyen potilaan kotona selviytymiseen ja ohjaukseen. Näistä väittämistä muodostettiin neljä summamuuttujaa, joita olivat potilaan tiedollinen ja toiminnallinen selviytyminen kotona leikkauksen jälkeen sekä potilaan tiedonsaanti ohjauksessa ja potilaan kokemukset ohjaustilanteista. Potilaan tiedollinen selviytyminen sisälsi yhdeksän väittämää koskien potilaiden tietotasoa hoidostaan kotona leikkauksen jälkeen. Potilaan toiminnallinen selviytyminen muodostui myös yhdeksästä väittämästä, joihin sisältyi potilaan konkreettista selviytymistä jokapäiväisistä toiminnoista kotona.

Potilaan tiedonsaanti ohjauksessa sisälsi yksitoista väittämää, jotka koskivat sairaalassaoloaikana ohjauksessa saatua tietoa. Potilaan kokemuksia ohjaustilanteista tutkittiin yhdeksän väittämän avulla, kyseiset väittämät koskivat potilaiden saamaa kohtelua sairaalassaoloaikana. Potilaat antoivat summamuuttujien väittämille arvosanan 4-10 sen mukaan, miten he kokivat väittämän toteutuneen omalla kohdallaan. Kaikki väittämät esitettiin samassa muodossa. Tilastollisen analyysin selkeyttämiseksi potilaiden antamat arvosanat luokiteltiin kolmeen eri luokkaan: arvosanat 4-5.99 tarkoittavat huonoa arvosanaa, 6-7.99 tyydyttävää ja 8-10 hyvää arvosanaa.

Tutkittaessa ohjauksessa annetun tiedonsaannin ja tiedollisen selviytymisen yhteyttä todettiin ohjauksen ja kotona selviytymisen välillä merkittävä korrelaatio ($r=0.78$). Potilaiden antamat arvosanat jouduttiin tässä yhteydessä vielä kerran luokittelemaan uudelleen. Tämä johtui siitä, että havaintoyksiköiden määrän todettiin olevan liian vähäinen huonon arvosanan kohdalla, havaintoja

oli maksimissaan vain kaksi. Arvosanat luokiteltiin kahteen luokkaan, tyydyttävään (4-7.99) ja hyvään (8-10) arvosanaan.

Kaikki summamuuttujat olivat välimatka-asteikollisia muuttujia, jotka olivat normaalisti jakautuneita. Summamuuttujan arvo saatiin laskemalla yhteen väittämien arvot ja jakamalla summa väittämien lukumäärällä. Summamuuttujien välisiä yhteyksiä tarkasteltiin Pearsonin korrelaatioanalyysin, t-testin ja yksisuuntaisen varianssianalyysin (ANOVA) avulla. Kaksiluokkaisten taustamuuttujien yhteyttä summamuuttujiin tarkasteltiin t-testillä. Yksisuuntaisen varianssianalyysin (ANOVA) avulla tarkasteltiin useampiluokkaisten taustamuuttujien yhteyttä summamuuttujiin, luokkien parittaiset vertailutestit tehtiin Bonferroni-testillä. Mittarin reliabiliteettia kuvattiin Cronbachin alpha-kertoimella. Tässä aineistossa Cronbachin alpha-arvot olivat 0.815-0.949 välillä. Tilastollisen merkitsevyyden rajana oli $p < 0.05$ (Heikkilä 2002).

Tutkimuksen taustamuuttujia olivat sukupuoli, ikä, aikaisemmat leikkaukset, sairaalassaoloaika, leikkaustyyppi, jonotusaika ja asumismuoto. Taustamuuttujana tarkasteltiin myös puhelinhaastattelun kestoa. Tilastollista analyysia varten tehtiin useita luokittelumuunnoksia aineistoon. Potilaiden ikä luokiteltiin kolmeen eri luokkaan: alle 45-vuotiaat, 45-64 vuotiaat ja 65 vuotta tai yli 65- vuotiaat. Potilaiden sairaalassaoloaika luokiteltiin kahteen luokkaan: 1-2 vuorokautta sairaalassa olleisiin tai kolme vuorokautta ja ylitse sairaalassa olleisiin. Potilaiden leikkaustyyppi jaoteltiin joko ortopediseen tai pehmytosakirurgiseen leikkaukseen. Potilaat ilmoittivat itse puhelinhaastattelun yhteydessä arvioidun jonotusaikansa leikkaukseen. Leikkaukseen jonotusaika luokiteltiin seuraavasti: alle kolme kuukautta jonottaneisiin, 3-6 kuukautta jonottaneisiin ja yli kuusi kuukautta jonottaneisiin.

Potilaat mainitsivat puhelinhaastattelun yhteydessä kenen kanssa he asuivat vastaamishetkellä. Potilaat ilmoittivat asuvansa vaimon tai miehen kanssa, tyttö- tai poikaystävänsä kanssa tai yksin. Potilaan asumismuoto luokiteltiin kahteen luokkaan: yksin tai parisuhteessa asuviin.

Tutkimuksessa dokumentoitiin myös jokaisen puhelinhaastattelun kesto. Puhelinhaastattelun kesto jaettiin seuraavasti: 10-11 minuuttia, 12-14 minuuttia ja 15 min tai yli 15 minuuttia kestäneet haastattelut. Tutkimuksessa kartoitettiin potilaiden kotiutuspäivä, koska potilaat tuli tavoittaa puhelinhaastattelututkimukseen 3-14 päivää kotiutuksen jälkeen. Potilaiden kotiutuksen jälkeiset

päivät luokiteltiin seuraavasti: 3-6, 7-10 ja 11-14 päivää kotiutuksen jälkeen tutkimukseen osallistuneet. Potilaiden tavoitettavuus tutkimukseen kirjattiin muistiin, eli kuinka monta soittokertaa tarvittiin, jotta haastattelu sopi potilaalle. Potilaiden tavoitettavuus soittokertoina jaettiin yhteen, kahteen ja kolmeen soittokertaan.

Kyselylomakkeen avoimet kysymykset koskivat potilaiden mahdollisia yhteydenottoja sairaalan osastolle hoidon jälkeen, avuntarvetta kotona sekä potilaiden kommentteja sairaalahoidosta. Puhelinhaastattelun yhteydessä saatu palaute kirjattiin ylös. Puhelinhaastattelulomakkeiden avointen kysymysten vastaukset kirjoitettiin puhtaaksi ja analysoitiin sisällönerittelyllä. Sisällönerittelyssä samaa tarkoittavat asiat eroteltiin omiksi luokikseen. Tässä tutkimuksessa aineisto luokiteltiin potilaiden palautteisiin hoidon laadusta. Hoidon laatua kuvaavat mielipiteet jaoteltiin myönteisiin ja kielteisiin kokemuksiin sekä hoidon kehittämisehdotuksiin. Puhelinhaastattelua koskeva palaute luokiteltiin erikseen myönteisiin ja kielteisiin palautteisiin.

4.6 Eettiset näkökohdat

Tutkimussuunnitelma hyväksyttiin Tampereen yliopiston hoitotieteen laitoksella sekä tutkimukseen osallistuvan sairaalan tutkimuslupatoimikunnan kokouksessa. Tutkija perehtyi tieteelliselle tutkimukselle vaadittaviin eettisiin näkökohtiin (ks. www.etene.org). Lisäksi tutustuttiin Human Research Ethics Committee'n (2006) ohjeisiin koskien puhelinhaastattelun toteuttamista (www.uow.edu.au/research/rso/ethics/human/telephone-interviewing.html).

Kirjallinen tiedote tutkimuksen tarkoituksesta ja toteutuksesta tutkittaville on erittäin tärkeä (Vehviläinen-Julkunen 1997). Tässä tutkimuksessa potilaille lähetetyssä tiedotteessa oli selvitetty tutkimuksen tarkoitus ja suunniteltu toteutustapa. Tiedotteessa oli maininta tutkimuksen vapaaehtoisuudesta sekä mahdollisuudesta esittää lisäkysymyksiä. Tutkijan pitää olla valmis myös vastaamaan tutkimustaan koskeviin mahdollisiin kysymyksiin (Burns & Grove 2003). Saatekirjeessä oli tutkijan nimi yhteystietoineen, joten tutkimukseen osallistuneet potilaat olisivat voineet halutessaan ottaa tutkijaan yhteyttä (ks. Liite 3). Kaikkien potilaiden tutkimukseen suostuminen pyydettiin kirjallisena. Eettisyyden kannalta on välttämätöntä, että kaikilta

tutkimukseen osallistuvilta on saatu kirjallinen suostumus tutkimukseen. Tutkimuslomakkeessa tulee olla potilaan allekirjoitus ja päiväys (Haber 2006). Kaikilta tutkimukseen osallistuneilta potilailta saatiin allekirjoituksella ja päiväyksellä vahvistettu lupa tutkimuksen toteuttamiseen. Jokaisen puhelinhaastattelun alussa potilailta vielä varmistettiin suullisesti heidän halukkuutensa osallistua tutkimukseen sekä kysyttiin sopiko kyseinen ajankohta haastattelun tekemiseen. Mikäli ajankohta ei potilaalle sopinut, tutkija sopi uuden ajan haastateltavan kanssa ja otti häneen yhteyttä myöhemmin. Puhelinhaastattelussa vastaajan tulee itse vastata esitettyihin kysymyksiin (Smith 2005). Puhelinhaastattelun aikana tutkittava vastasi itse kysymyksiin, tutkija ei vaikuttanut potilaiden mielipiteisiin. Tutkimukseen osallistuvilla tulee olla myös tietoa tutkimukseen kuluva ajasta (Burns & Grove 2003). Potilaille lähetetyssä tiedotteessa oli arvio haastatteluun kuluva ajasta, joten tähän tutkimukseen osallistuneet potilaat tiesivät suunnilleen tutkimukseen kuluva ajan.

Vastaajien anonymiteettia tulee korostaa ja vastaajalla tulee olla mahdollisuus keskeyttää tutkimus niin halutessaan (Haber 2006, Burns & Grove 2003, Vehviläinen-Julkunen 1997). Tutkimukseen osallistuvien anonymiteetti varmistettiin siten, että lomakkeissa oli vain koodinumerot. Tutkittavien potilaiden tietoja ei paljastettu missään vaiheessa. Tutkijalla oli käytössään ainoastaan potilaiden nimi, puhelinnumero ja kotiutuspäivämäärä. Potilaat olivat antaneet itse puhelinnumeron, joista heidät tavoittaa tutkimukseen. Tutkija ei myöskään hoitanut missään vaiheessa tutkimukseen osallistuvia potilaita. Ehdoton luottamuksellisuus korostui aineiston käsittelyssä. Aineiston analysointi tehtiin niin, ettei yksittäisen potilaan tietoja voinut tunnistaa. Kenenkään tutkimukseen osallistuvan henkilöllisyys ei tule esiin missään tutkimuksen vaiheessa.

5. TULOKSET

5.1 Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot

Tutkimukseen osallistui kaikkiaan 103 potilasta. Vastanneiden sukupuoli jakautui lähes tasan, naisia oli 52, miesten osuuden ollessa 51. Potilaiden ikä vaihteli 19 ja 85 vuoden välillä keski-ikä ollessa 56 vuotta (kh=15,1.) Alle 45-vuotiaita oli 22 potilasta (21 %), 45-64 vuotiaita oli 52 (51 %), 65 vuotta täyttäneitä tai sitä vanhempia oli 29 potilasta (28 %).

Tutkimukseen osallistuneiden potilaiden aikaisemmat leikkauskokemukset jakautuivat hyvin tasaisesti. Kaikkiaan 52 potilaalla (51 %) oli aikaisempia leikkauksia tässä sairaalassa. Potilaiden sairaalassaoloaika vaihteli yhdestä päivästä kahteen viikkoon. Enimmäkseen sairaalassaoloaika jakautui kahden päivän sairaalassaoloaikaan. Yli puolet vastanneista, 58 potilasta, oli sairaalassa kaksi päivää leikkauksen jälkeen, yhden päivän sairaalassa oli kahdeksan potilasta ja 18 potilasta oli kolme päivää. Pisimmillään sairaalassa oli yksi potilas sairaalajakson keston ollessa kaksi viikkoa. Potilaiden keskimääräinen hoitoaika oli kolme päivää, sairaalassaoloajan keskiarvon ollessa 2,87 (kh=1,93).

Potilaat ilmoittivat puhelinhaastattelussa millainen leikkaus heille tehtiin, ja potilaiden mainitsemia ortopedisia leikkauksia olivat mm. polventähystykset, erilaiset käsi- ja olkapääleikkaukset, vaivasenluuleikkaukset sekä selkäleikkaukset. Pehmytosakirurgiaan kuuluvista leikkauksista potilaat mainitsivat sappileikkaukset, ruokatorvileikkaukset, erilaiset suolistoleikkaukset, urologiset toimenpiteet, suonikohjuoperaatiot ja napa- sekä nivustyräleikkaukset. Potilaiden leikkaustyyppi jakautui aineistossa tasaisesti, ortopedisia leikkauksia oli 53 potilaalla ja pehmytosakirurgisia leikkauksia 50 potilaalla.

Tutkimuksessa haluttiin kartoittaa myös, kuinka pitkään potilaat jonottivat leikkausta oman arvionsa mukaan. Yli puolet vastanneista arvioi jonottaneensa leikkaukseen 3-6 kuukautta, keskiarvon ollessa kuitenkin lähellä seitsemää kuukautta (6,75 kk). Lyhyin jonotusaika oli kaksi viikkoa ja pisin neljä vuotta. Neljän vuoden jonotusaika oli ortopediseen olkapääoperaatioon ja lyhyin kaksi viikkoa oli sekä ortopediseen että urologiseen toimenpiteeseen.

Potilaiden asumismuotoa kysyttiin avoimella kysymyksellä: ”Kenen kanssa asutte?”. Potilaiden vastaukset vaihtelivat, yleisimmin he mainitsivat asuvansa miehen, vaimon tai perheen kanssa. Myös yksinasuvia oli vastanneissa. Potilaiden asumismuoto luokiteltiin parisuhteessa eläviin tai yksinasuviin. Potilaista suurin osa, 63 potilasta (61 %), asui parisuhteessa ja 40 potilasta asui yksin. Tarkasteltaessa asumismuotoa sukupuolittain todetaan naisten ja miesten asumismuodon olevan hyvin samantyyppisiä. Naisista 33 (63 %) asui parisuhteessa ja 19 naista (37 %) asui yksin. Miehistä 30 (59 %) oli parisuhteessa ja yksineläviä oli 21 miestä (41 %).

Tutkimuksessa kartoitettiin myös yksittäisen puhelinhaastattelun kesto. Vain kolmesta lomakkeesta puuttui puhelinhaastattelun kesto. Puhelinhaastattelujen kestot vaihtelivat riippuen potilaiden kokemuksista hoidettavana ollessaan. Osa potilaista halusi antaa hyvin perusteellista palautetta hoidostaan ja he miettivät tarkoin myös kouluarvosanojen antoa eri väittämille. Tästä johtuen puhelinhaastattelu usein kesti pidempään. Tarkasteltaessa potilaiden antamia arvosanoja ja puhelinhaastattelun kestoja, todetaan haastattelun olleen lyhyempi, mikäli potilas oli tyytyväisempi kotona selviytymiseensä ja sairaalassa annettuun ohjaukseen. Lyhyin puhelinhaastattelu kesti 10 minuuttia ja pisin haastattelu oli 30 minuuttia. Puhelinhaastattelut kestivät keskimäärin 13,15 minuuttia ($kh=2,87$).

Taulukkoon 4 on koottu yhteenveto tutkimuksen taustamuuttujista.

TAULUKKO 4. Yhteenveto tutkimuksen taustamuuttujista (N=103).

Taustamuuttuja		N	%	ka	kh	min	max
Sukupuoli	1. nainen	52	51				
	2. mies	51	49				
Ikä	1. alle 45-vuotta	22	21				
	2. 45-64 vuotta	52	51				
	3. 65 vuotta tai yli	29	28	56	15,1	19	85
Aikaisemmat leikkaukset	1. kyllä	52	51				
	2. ei	51	49				
Sairaalassa-oloaika	1. 1-2 vrk	66	64				
	2. 3 vrk tai yli	37	36	2,87	1,93	1	14
Leikkaus-tyyppi	1. ortopedinen	53	51				
	2. pehmytosa	50	49				
Jonotusaika leikkaukseen	1. alle 3 kk	25	24				
	2. 3-6 kk	55	54				
	3. yli 6 kk	22	22	6,75	32,125	2 vk	4 v
Asumismuoto	1. parisuhteessa	63	61				
	2. yksin	40	39				
Puhelinhaastattelun kesto	1. 10-11 min	22	22				
	2. 12-14 min	56	56				
	3. 15 min tai yli 15	22	22	13,15	2,87	10	30

5.2 Potilaiden kotona selviytyminen leikkauksen jälkeen

Tutkimukseen osallistuneilta kysyttiin valmiilla vastausvaihtoehdolla, miten he kokivat kotiutusaikansa sairaalasta. Lähes kaikki, eli 92 % potilaista, koki kotiutusaikansa sairaalasta sopivana. Liian aikaisena sen koki vain viisi potilasta ja kolmen potilaan mielestä kotiutusaika oli liian myöhäinen. Lisäksi haluttiin selvittää olivatko potilaat saaneet kotiutuessaan kirjalliset ohjeet kotihoitoa varten. Kaikki potilaat saivat kahta poikkeusta lukuunottamatta kirjalliset kotihoito-ohjeet sairaalasta kotiutuessaan.

5.2.1 Tiedollinen selviytyminen

Tiedollisessa selviytymisessä tutkittiin millaisia kokemuksia potilailla on tiedollisesta selviytymisestään kotona leikkauksen jälkeen. Potilaat arvioivat puhelinhaastattelussa, miten he olivat tienneet hoitaa itseään leikkauksen jälkeen. Tiedolliseen selviytymiseen sisältyivät tieto kipulääkityksestä, leikkaushaavan hoidosta, haavanhoidon tarkkailusta, tieto saunaan ja suihkuun menosta, tieto siitä millaista liikuntaa voi harrastaa sekä tieto siitä mihin voi ottaa yhteyttä, mikäli hoidossa tulee ongelmia ja kaikkiaan tieto siitä kuinka potilas osaa hoitaa itseään.

Valtaosa potilaista kuvasi tienneensä hyvin hoitoonsa liittyvistä asioista. Vastanneista jopa 89 potilasta (87 %) koki, että he olivat selviytyneet tiedollisesti hyvin kotona ollessaan ja 12 potilasta (12 %) potilasta koki tiedollisen selviytymisensä olleen tyydyttävää tasoa. Ainoastaan yhden potilaan kohdalla tiedollinen selviytyminen kotona oli ollut huonoa. Taulukossa 5 on esitetty potilaiden vastausjakauma koskien tiedollista selviytymistä.

TAULUKKO 5. Potilaiden vastausjakauma tiedollisessa selviytymisessä (N=102).

	Huono (4-5.99)		Tyydyttävä (6-7.99)		Hyvä (8-10)		ka	kh	min	max	n
	n	%	n	%	n	%					
Potilaiden kokemus tiedollisesta selviytymisestään	1	1	12	12	89	87	8,87	0,73	5,67	10	102

Tulosten perusteella voidaan todeta, että parhaiten potilaat tiesivät kotona ollessaan peseytymiseen liittyvistä asioista, kotona käytettävistä kipulääkkeistä ja siitä, mihin voi ottaa yhteyttä, mikäli hoidossa tulee ongelmia (ka 9,00-9,17, kh=1,27-1,05). Näissä kaikissa osioissa keskiarvot olivat yli yhdeksän, mikä osoittaa potilaiden tietotason erittäin hyväksi. Myös leikkaushaavansa hoidosta potilailla oli hyvin tietoa (ka 8,76, kh=1,13), sekä siitä millaista liikuntaa voi kotona ollessa harrastaa keskiarvon ollessa 8,77 (kh=1,24).

Sen sijaan vähiten potilaat kokivat tietävänsä haavanhoidon tarkkailusta (ka 8,53, kh=1,30) ja hoitoonsa mahdollisesti liittyvistä komplikaatioista (ka 8,69, kh=1,10). Kysyttäessä kuinka potilaat mielestään tiesivät kaikkiaan omasta hoidostaan, potilaat kokivat tiedollisen selviytymisensä olleen hyvää (ka 8,78, kh=0,74). Tarkasteltaessa tiedollista selviytymistä kokonaisuutena todetaan potilaiden tienneen hyvin omasta hoidostaan keskiarvon ollessa lähellä yhdeksää (ka 8,87, kh=0,73). Tässä on huomattava, että kaikkien osioiden keskiarvot ovat vähintään 8,5. Tämä osoittaa potilaiden tienneen hyvin hoitoonsa liittyvistä asioista leikkauksen jälkeen. Taulukossa 6 on eritelty potilaiden tiedollinen selviytyminen eri väittämien mukaan.

TAULUKKO 6. Potilaiden tiedollinen selviytyminen väittämien mukaan (N=102).

Väittäjä	ka	kh	n
Tieto kotona käytettävistä kipulääkkeistä	9,05	0,86	102
Tieto leikkaushaavan hoidosta	8,76	1,13	102
Tieto haavanhoidon tarkkailusta	8,53	1,30	102
Tieto suihkuun menosta	9,17	1,05	102
Tieto turvallisesta saunaan menosta	9,00	1,27	102
Tieto millaista liikuntaa voi harrastaa	8,77	1,24	102
Tieto mahdollisista hoidon komplikaatioista	8,69	1,09	102
Tieto siitä, mihin ottaa yhteyttä, jos hoidossa on ongelmia	9,09	0,76	102
Tieto kaikkiaan siitä, kuinka potilas hoitaa itseään	8,78	0,74	102
Yhteensä	8,87	0,73	102

Lisäksi tarkasteltiin eri taustamuuttujien yhteyttä potilaiden tiedolliseen selviytymiseen. Tarkastelussa todettiin, että potilaiden sukupuolella, iällä, aikaisemmillä leikkauskokemuksilla, sairaalassaoloajalla, leikkaustyyppillä, jonotusajalla leikkaukseen tai asumismuodolla ei todettu olevan tilastollista yhteyttä potilaiden tiedolliseen selviytymiseen kotona leikkauksen jälkeen.

5.2.2 Toiminnallinen selviytyminen

Toiminnallisessa selviytymisessä selvitettiin, miten potilaat olivat omasta mielestään selviytyneet arkielämään liittyvistä toiminnoista leikkauksen jälkeen. Näitä toimintoja olivat: suihkussa käynti, haavanhoito, syöminen, pukeutuminen, kodin siistinä pitäminen, kaupassa käynti, päivittäinen liikkuminen, kivuton olo ja kokemus siitä, että potilas on jaksanut hoitaa itseään leikkauksen jälkeen.

Tarkasteltaessa vastauksia todetaan, että suurin osa potilaista, 84 (82 %), oli mielestään selviytynyt toiminnallisesti hyvin kotona ollessaan. Kaikkiaan 18 potilasta (18 %) arvioi toiminnallisen selviytymisensä olleen tyydyttävää. Yksikään potilas ei kokenut selviytyneensä huonosti jokapäiväiseen elämään liittyvistä toiminnoista leikkauksen jälkeen (taulukko 7).

TAULUKKO 7. Potilaiden vastausjakauma toiminnallisessa selviytymisessä (N=102).

	Huono (4-5.99)		Tyydyttävä (6-7.99)		Hyvä (8-10)		ka	kh	min	max	n
	n	%	n	%	n	%					
Potilaiden kokemus toiminnallisesta selviytymisestään	-	-	18	18	84	82	8,66	0,76	6,89	10	102

Toiminnallista selviytymistä kuvaavien väittämien vastausten keskiarvo oli kokonaisuudessaan 8,66 (kh=0,76). Kaikkein parhaiten potilaat olivat mielestään selviytyneet suihkussa käynnistä, haavanhoidosta ja syömisestä. Näissä kaikissa keskiarvot olivat lähellä yhdeksää (8,94-8,98 kh=1,23-1,07). Eli suurin osa potilaista oli selviytynyt näistä toiminnoista erinomaisesti (taulukko 8).

Toiseksi parhaiten potilaat kokivat selviytyneensä päivittäisestä liikkumisesta ja pukeutumisesta keskiarvojen vaihteluvälin ollessa 8,64-8,66 (kh=0,99-1,30). Selvästi huonoiten potilaat kokivat selviytyneensä kodin siistinä pitämisestä (ka 8,28, kh=1,43). Myös kivunhoitoon liittyvät asiat olivat aiheuttaneet ongelmia. Potilailla oli ollut kipua, joka oli haitannut heidän jokapäiväistä elämäänsä (ka 8,30, kh=1,36). Kaupassa käyntiin liittyvät asiat olivat aiheuttaneet myös jonkin verran vaikeuksia. Osa potilaista oli kokenut kaupassa käynnin vaikeaksi keskiarvon ollessa 8,38

(kh=1,29). Vaikka potilaiden toiminnallista selviytymistä olivat hankaloittaneet kodin siistinä pitäminen, kipu ja kaupassa käynti, niin potilaat olivat mielestään jaksaneet hoitaa itseään. Tarkasteltaessa potilaiden kokemusta omasta jaksamisestaan todetaan potilaiden jaksaneen hoitaa itseään keskiarvon ollessa 8,77 (kh=0,87). Potilaiden toiminnallinen selviytyminen väittämien mukaan on esitetty taulukossa 8.

TAULUKKO 8. Potilaiden toiminnallinen selviytyminen väittämien mukaan (N=102).

Väittäjä	ka	kh	n
Suihkussa käynti sujunut hyvin	8,97	1,07	102
Haavanhoito sujunut ongelmitta	8,94	1,23	102
Syöminen sujunut ongelmitta	8,98	1,07	102
Pukeutuminen sujunut ongelmitta	8,66	1,31	102
Kodin siistinä pitäminen sujunut ongelmitta	8,28	1,43	102
Kaupassa käynti sujunut vaikeuksitta	8,38	1,29	102
Päivittäinen liikkuminen sujunut hyvin	8,64	1,00	102
Kivut eivät ole haitanneet päivittäisissä toiminnoissa	8,30	1,36	102
Potilaan kokemus siitä, että on jaksanut hoitaa itseään leikkauksen jälkeen	8,77	0,87	102
Yhteensä	8,66	0,76	102

Tarkasteltaessa taustamuuttujien yhteyttä toiminnalliseen selviytymiseen todettiin vain iällä olevan tilastollisesti merkitsevä yhteys potilaiden kokemaan selviytymiseen ($p < 0.001$, $F = 13,267$, $df = 2$). Tässä tutkimuksessa alle 45-vuotiaat potilaat kokivat selviytyneensä toiminnallisesti huonommin kuin 65 vuotta täyttäneet ja sitä vanhemmat. Taulukossa 9 on esitetty iän yhteys toiminnalliseen selviytymiseen.

TAULUKKO 9. Potilaan iän tilastollinen yhteys toiminnalliseen selviytymiseen kotona leikkauksen jälkeen (N=102).

Taustamuuttujat	n	ka	kh	p-arvo
Ikä				
alle 45 vuotta	22	8,07	0,82	< 0.001
45- 64 vuotta	52	8,69	0,69	
65 vuotta ja yli 65	28	9,06	0,53	
Yhteensä	102	8,66	0,76	

5.2.3 Yhteydenotot ja avuntarve leikkauksen jälkeen

Tutkimuksessa selvitettiin potilaiden mahdolliset yhteydenotot eri terveydenhuollon yksiköihin kotiutuksen jälkeen. Kaikkiaan 20 potilasta oli tarvinnut yhteydenottoa kotiutuksen jälkeen. 18 potilasta oli ottanut ensisijaisesti yhteyttä osastolle, jossa heidät oli leikattu. Näistä seitsemän potilasta oli vielä ottanut yhteyttä muuhun terveydenhuollon yksikköön osastolta saatujen ohjeiden mukaan. Muut osastolle soittaneista 11 potilaasta olivat saaneet sieltä tarvitsemansa avun eikä heidän tarvinnut ottaa yhteyttä enää muualle. Vain kaksi potilasta oli ensisijaisesti ottanut yhteyttä muuhun terveydenhuollon yksikköön kuin osastolle. Yhteydenottojen määrä oli kaikkiaan 27.

Avoimella kysymyksellä kartoitettiin syitä potilaiden yhteydenottoihin. Potilaiden yleisimmät ongelmat olivat kipuun ja haavanhoitoon liittyvät kysymykset. Lisäksi potilaat ilmoittivat yhteydenoton syiksi nilkkaturvotuksen, tromboflebiitin ja virtsatietulehduksen. Muita yksittäisiä syitä olivat: sairausloman pituus liian lyhyt, lääkintävoimistelijan ohjeista kysyttävää sekä laboratorionkokeista. Yleisin muu yhteydenottopaikka oli ollut oman alueen terveyskeskus, vain kaksi potilasta oli käynyt sairaalan päivystysasemalla. Ainoastaan yksi potilas oli tarvinnut jatkohoitoa toisessa sairaalassa leikkauksen jälkeen. Potilas oli lähetetty toiseen sairaalaan sisäisen verenvuodon takia ja hänet oli leikattu uudelleen.

Potilailta kysyttiin myös, olivatko he tarvinneet muilta apua kotona ollessaan. Tulosten perusteella todetaan, että valtaosa potilaista oli tarvinnut muilta apua. Vastaajista yli puolet, 63 potilasta (61 %), oli tarvinnut apua jokapäiväisissä toiminnoissaan. Tarkasteltaessa tarkemmin avuntarvetta, todetaan määrällisesti eniten avuntarvitsijoita olleen naisten ikäluokassa 45-64 vuotta. Heistä jopa 83 % oli tarvinnut apua kotona ollessaan. Avoimella kysymyksellä kartoitettiin potilaiden tarvitsemaa apua leikkauksen jälkeen. Potilaiden avuntarve liittyi jokapäiväisiin toimintoihin. Potilaat mainitsivat tarvinneensa apua peseytymisessä, ruoan laitossa, pukeutumisessa, kaupassa käynnissä, haavan hoidossa, siivouksessa, lasten hoidossa ja autolla ajamisessa. Osa potilaista mainitsi lisäksi tarvinneensa kantoapua ja apua tavaroiden siirtelyssä.

5.3 Potilaiden kokemukset sairaalassa annetusta ohjauksesta

5.3.1 Tiedonsaanti ohjauksessa

Tiedonsaannissa ohjauksessa selvitettiin potilaiden kokemuksia ohjauksessa annetusta tiedosta. Tiedonsaantiin ohjauksessa sisältyivät tiedonsaanti tehdystä leikkauksesta, tiedonsaanti mahdollisista liikkumisen rajoituksista, haavanhoidosta, haavanhoidon komplikaatioista, kipulääkityksestä, suihkuun ja saunaan menosta sekä tiedon ymmärrettävyydestä ja yhteydenotosta ongelmatilanteissa. Lisäksi potilaita pyydettiin arvioimaan hoitajien ja lääkäreiden antamaa tietoa.

Tulosten perusteella voidaan todeta potilaiden olleen tyytyväisiä saamaansa tietoon. Lähes kaikki vastanneista, 82 potilasta (85 %) koki, että heidän saamansa tieto ohjauksessa oli ollut riittävää. Kaikkiaan 13 potilasta (14 %) arvioi tiedonsaantinsa olleen tyydyttävää tasoa. Ainoastaan yksi potilas koki, ettei hän ollut saanut riittävää tietoa ohjauksessa vastausten keskiarvon ollessa 5,82 (taulukko 10).

TAULUKKO 10. Potilaiden vastausjakauma koskien tiedonsaantia ohjauksessa (N=96).

	Huono (4-5.99)		Tyydyttävä (6-7.99)		Hyvä (8-10)		ka	kh	min	max	n
	n	%	n	%	n	%					
Potilaiden kokemus tiedonsaannista	1	1	13	14	82	85	8,70	0,90	5,82	10	96

Kokonaisuudessaan potilaat kokivat tiedonsaannin ohjauksessa hyväksi keskiarvon ollessa 8,70 (kh=0,90). Etenkin suihkuun menosta leikkauksen jälkeen potilaat olivat saaneet mielestään erittäin hyvin tietoa (ka 9,16, kh=1,27). Potilaat kokivat saaneensa erinomaisesti tietoa siitä, mihin tulee ottaa yhteyttä mahdollisissa ongelmatilanteissa keskiarvon ollessa yli yhdeksän (ka 9,09, kh=1,14). Kysyttäessä miten potilaat arvioivat hoitajan ja lääkärin antaman tiedon todetaan hoitajien antaneen potilaiden arvion mukaan hieman paremmin tietoa (ka 8,79, kh=1,20). Potilaat arvioivat lääkärin antaman tiedon keskiarvolla 8,70 (kh=1,30). Tässä on huomioitava, että keskiarvojen erot ovat kuitenkin hyvin vähäiset.

Selkeästi huonoiten potilaat kokivat saaneensa ohjauksessa tietoa haavanhoidon komplikaatioista keskiarvon ollessa 8,17 (kh=1,73). Myös liikkumiseen liittyvistä rajoituksista leikkauksen jälkeen potilaat olisivat kaivanneet enemmän tietoa (ka 8,45, kh=1,37) Potilaiden ohjauksessa saama tieto kipulääkityksestään oli melko riittävää (ka 8,50, kh=1,46). Tiedonsaantiin koskien potilaille tehtyä leikkausta oltiin melko tyytyväisiä keskiarvon ollessa 8,58 (kh=1,30). Tulosten perusteella potilaat kokivat saaneensa tietoa melko ymmärrettävästi (ka 8,72, kh=1,20). (Taulukko 11).

TAULUKKO 11. Potilaiden kokema tiedonsaanti ohjauksessa väittämien mukaan (N=96).

Väittäjä	ka	kh	n
Tiedonsaanti tehdystä leikkauksesta	8,58	1,30	96
Tieto liikkumisen rajoituksista	8,45	1,37	96
Tieto haavanhoidosta	8,55	1,50	96
Tieto haavanhoidon komplikaatioista	8,17	1,73	96
Riittävä tieto kipulääkityksestä	8,50	1,46	96
Tieto suihkuun menosta leikkauksen jälkeen	9,16	1,27	96
Tieto saunaan menosta leikkauksen jälkeen	8,96	1,43	96
Tietoa annettiin ymmärrettävästi	8,72	1,20	96
Tieto ongelmatilanteiden yhteydenotosta	9,09	1,14	96
Hoitajan antama tieto	8,79	1,20	96
Lääkärin antama tieto	8,70	1,30	96
Yhteensä	8,70	0,89	96

Taustamuuttujista vain iällä todettiin olevan yhteyttä potilaiden kokemaan tiedonsaantiin ohjauksessa. Potilaiden iällä ja tiedonsaannilla oli tilastollista merkitsevyyttä ($p=0.014$, $F=4,477$, $df=2$). Alle 45- vuotiaat olivat selvästi tyytymättömämpiä saamaansa tietoon kuin 65 vuotta täyttäneet tai yli 65- vuotiaat potilaat. Taulukossa 12 on esitetty iän tilastollinen yhteys potilaiden tiedonsaantiin ohjauksessa.

TAULUKKO 12. Potilaan iän tilastollinen yhteys tiedonsaantiin ohjauksessa (N=96).

Taustamuuttujat	n	ka	kh	p-arvo
Ikä				
alle 45 vuotta	16	8,25	0,93	0.014
45- 64 vuotta	52	8,65	0,95	
65 vuotta ja yli 65	28	9,05	0,67	
Yhteensä	96	8,70	0,90	

5.3.2 Kokemus ohjaustilanteista

Potilaiden kokemuksella ohjaustilanteista selvitettiin, miten hoitohenkilökunta huomioi potilasta ohjausta annettaessa. Potilaiden kokemukseen ohjaustilanteista sisältyivät heidän mielipiteidensä huomiointi, tunne siitä, että hoitajat kuuntelivat, hoitajien riittävä aika ohjaukseen, mahdollisuus kysymysten esittämiseen, elämäntilanteen huomiointi, luottamus hoitajien ammattitaitoon, potilaan arvostaminen ja ohjauksen sopiva ajankohta sekä ohjaustilanteen rauhallisuus.

Tulosten perusteella todetaan potilaiden olleen tyytyväisiä siihen, miten hoitohenkilökunta huomioi heitä ohjaustilanteissa. Kaikkiaan 88 potilasta (85 %) koki hoitohenkilökunnan toiminnan ohjauksessa hyvänä, 13 potilasta (13 %) koki ohjaustilanteet tyydyttävänä. Tässä on kuitenkin huomattava, että kaksi potilasta (2 %) koki, ettei heitä oltu huomioitu lainkaan ohjauksessa keskiarvon ollessa 4. (Taulukko 13).

TAULUKKO 13. Potilaiden vastausjakauma liittyen ohjaustilanteiden kokemukseen (N=103).

	Huono (4-5.99)		Tyydyttävä (6-7.99)		Hyvä (8-10)		ka	kh	min	max	n
	n	%	n	%	n	%					
Potilaiden kokemus ohjaustilanteista	2	2	13	13	88	85	8,70	1,03	4	10	103

Väittämien keskiarvojen summa oli kuitenkin 8,70 (kh=1,03) eli kaikkiaan potilaiden kokema kohtelu ohjaustilanteissa oli vastaajien arvioinnin mukaan hyvää. Eniten potilaat kokivat hoitajien arvostaneen heitä ihmisinä (ka 9,08, kh=0,99). Myöskin hoitajien ammattitaitoon luotettiin keskiarvon ollessa tässäkin osiossa yli yhdeksän (ka 9,04, kh=1,09). Potilaiden saamaan ohjauksen ajankohtaan oltiin yleisesti melko tyytyväisiä. Potilaat kokivat saaneensa ohjausta heille sopivana ajankohtana keskiarvon ollessa 8,86 (kh=1,10). Hoitajien koettiin myös kuunnelleen potilaita ohjaustilanteissa (ka 8,69, kh=1,13).

Hoitajilta toivottiin enemmän aikaa ohjaukseen, tämä toteutui potilaiden mielestä selvästi heikoiten keskiarvon ollessa 8,23 (kh= 1,56). Sen sijaan potilaan elämäntilanteen huomiointi (ka 8,53, kh=1,33), mahdollisuus kysymysten esittämiseen (ka 8,63, kh=1,28) sekä mielipiteiden huomiointi ohjauksessa (ka 8,63, kh=1,17) koettiin toteutuneen melko hyvin. Ohjaustilanteen ympäristön potilaat olivat kokeneet melko rauhallisena keskiarvon ollessa 8,72 (kh=1,27). Taulukossa 14 on esitetty eri väittämien keskiarvot koskien potilaiden kokemuksia ohjaustilanteista. Taustamuuttujilla ei ollut tilastollista yhteyttä potilaiden kokemukseen ohjaustilanteista.

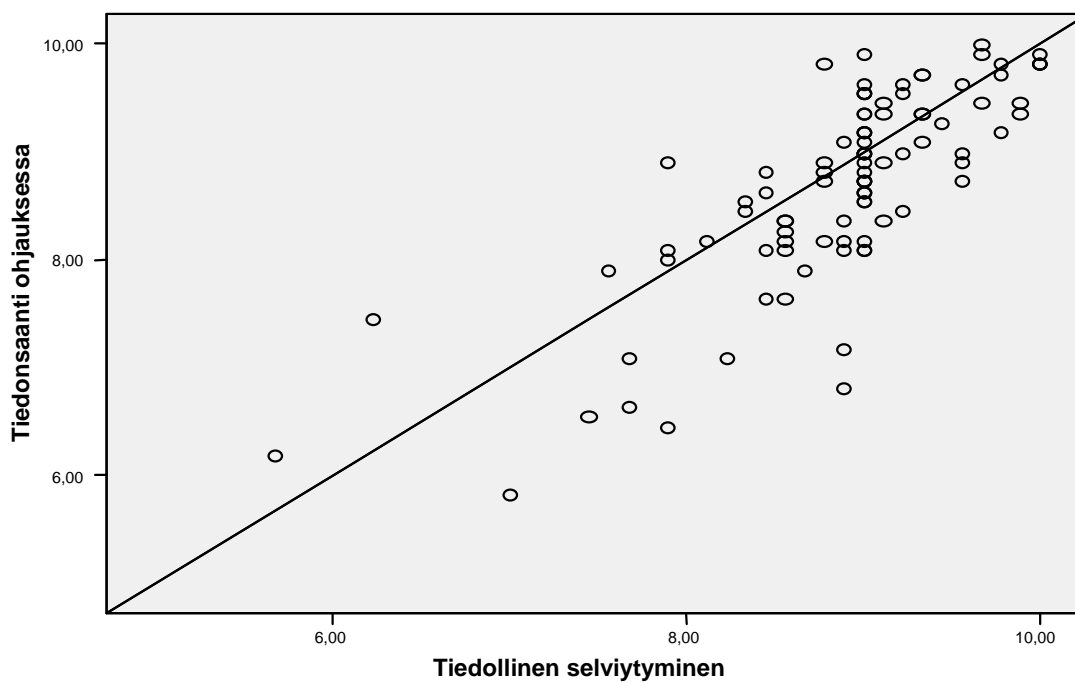
TAULUKKO 14. Potilaiden kokemukset ohjaustilanteista väittämien mukaan (N=103).

Väittämä	ka	kh	n
Mielipiteiden huomiointi ohjaustilanteissa	8,63	1,17	103
Tunne, että hoitajat kuuntelivat	8,69	1,13	103
Riittävä aika ohjaukseen	8,23	1,56	103
Mahdollisuus kysymysten esittämiseen	8,63	1,28	103
Elämäntilanteen huomiointi ohjauksessa	8,53	1,33	103
Luottamus hoitajien ammattitaitoon	9,04	1,09	103
Tunne, että hoitajat arvostivat potilasta ihmisenä	9,08	0,99	103
Ohjausta annettiin sopivana ajankohtana	8,86	1,10	103
Ohjaustilanteen rauhallisuus	8,72	1,27	103
Yhteensä	8,70	1,03	103

5.4 Potilasohjauksen yhteys kotona selviytymiseen

5.4.1 Tiedonsaannin yhteys kotona selviytymiseen

Tutkimuksessa haluttiin selvittää, onko sairaalassa annetulla ohjauksella yhteyttä potilaiden kotona selviytymiseen. Tulosten perusteella todetaan, että potilaiden tiedonsaannilla ohjauksessa on tilastollista yhteyttä potilaiden kotona selviytymiseen. Potilaiden ohjauksessa kokeman tiedonsaannin ja tiedollisen selviytymisen välillä kotona leikkauksen jälkeen todetaan vahva positiivinen korrelaatio ($r=0,78$), p -arvo $< 0,001$ ($t=-4,880$, $df=14,087$). Tämän mukaan ne potilaat, jotka kokivat saaneensa hyvin tietoa ohjauksessa, kokivat selviytyneensä myös tiedollisesti hyvin leikkauksenjälkeisestä hoidostaan. Alla olevassa hajontakuviassa (kuvio 2) voidaan nähdä muuttujien välinen positiivinen yhteys.

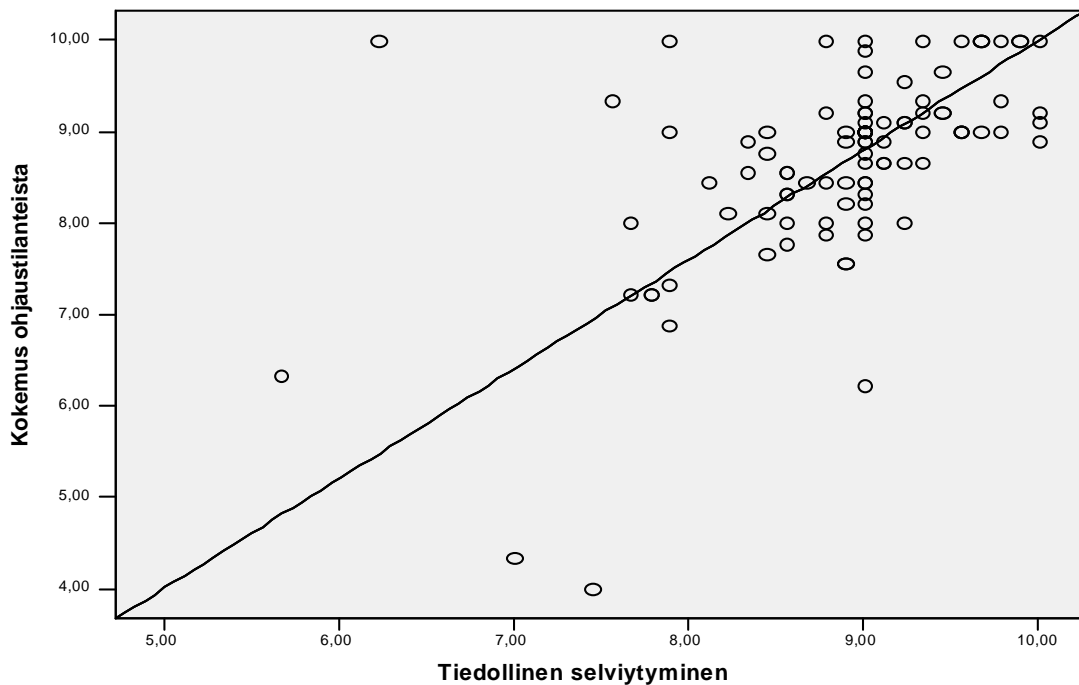


Kuvio 2. Potilaiden tiedonsaannin riippuvuus tiedollisesta selviytymisestä.

Tilastollisesti erittäin merkitsevää yhteyttä todetaan olevan myös tiedonsaannilla ohjauksessa ja toiminnallisessa selviytymisessä kotona leikkauksen jälkeen (p-arvo<0.001, $t=-4,951$, $df=94$). Tuloksen perusteella voidaan todeta, että potilaat kokivat selviytyneensä jokapäiväisissä toiminnoissaan paremmin, kun he olivat saaneet riittävästi tietoa hoidostaan.

5.4.2 Ohjaustilanteiden yhteys kotona selviytymiseen

Tarkasteltaessa potilaiden kokemusta ohjaustilanteista todetaan myös positiivinen korrelaatio tiedolliseen selviytymiseen kotona leikkauksen jälkeen ($r=0,57$). Potilaiden kokemuksella ohjaustilanteista oli tilastollisesti merkitsevää yhteyttä sekä tiedolliseen (p-arvo=0.001, $t=-3,974$ $df=16,115$) että toiminnalliseen selviytymiseen (p<0.001, $t=-4,673$, $df=100$). Potilaat, jotka kokivat hoitohenkilökunnan huomioineen heitä hyvin ohjaustilanteissa, selvisivät hyvin myös tiedollisesti ja toiminnallisesti leikkauksen jälkeen. Kuviossa 3 on nähtävissä potilaan ohjaustilanteen kokemuksen riippuvuus tiedolliseen selviytymiseen.



Kuvio 3. Potilaan ohjaustilanteen kokemuksen riippuvuus tiedollisesta selviytymisestä.

5.5 Potilaiden antama palaute

5.5.1 Palaute saadusta hoidosta ja kehittämisehdotukset

Puhelinhaastattelun lopuksi potilailta kysyttiin, että halusivatko he kommentoida vielä lyhyesti hoitoaan. Valtaosa potilaista halusi antaa palautetta. Potilaiden kommentit koskivat yleensä sairaalassa annettua hoitoa. Hoidosta annettu palaute oli enimmäkseen positiivista. Potilaat kokivat saaneensa hyvää ja asiantuntevaa hoitoa. Luottamus hoitohenkilökuntaan koettiin tärkeäksi. Potilaat halusivat erikseen kiittää heräämön hoitajia sekä nukutuslääkäreitä saamastaan hoidosta. Kaikkiaan potilaat sanoivat hoidon olleen myönteinen kokemus ja mainitsivat saaneensa ”erittäin hyvää hoitoa” .

Potilaat toivat suullisissa palautteissaan esille myös negatiivisina kokemiaan asioita. Negatiivista palautetta potilaat antoivat yleisesti kiireestä, etenkin hoitajien jatkuva kiire tuli selkeästi palautteissa esille. Osa potilaista oli joutunut ajoittain odottamaan avunsaantia melko pitkäänkin. Potilaat kokivat hoitajien määrän riittämättömäksi osastoilla. Potilaat halusivat tuoda esiin, että saatuun hoitoon oltiin tyytyväisiä, vaikka avunsaantia oli ajoittain jouduttu odottamaan. Potilaat halusivat korostaa sitä, että hoitajia tulisi saada osastoille lisää.

Sairaalassa ollessaan potilaat olivat kiinnittäneet huomiota osaston fyysiseen ympäristöön. Osastot olivat ajoittain olleet hyvin täynnä ja potilaita oli jouduttu sijoittamaan osaston käytävälle. Tästä johtuen osa potilaista oli tullut hoidetuksi käytäväpaikalla. Potilaat kokivat tämän epämiellyttävänä. Potilaat totesivat, että käytävä ei ole hoitopaikka. Jokaisen potilaan tulisi saada hoitoa asianmukaisella potilaspaikalla.

Potilaat toivoivat, että hoitoon liittyviä asioita käytäisiin läpi yhdessä potilaiden kanssa. Potilaat olisivat toivoneet enemmän tietoa ennen leikkausta tapahtuvista asioista. Myös jatkohoitoon liittyviin asioihin tulisi kiinnittää tarkemmin huomiota eli mitä kaikkea potilas saa kotona tehdä leikkauksen jälkeen. Potilaat toivat palautteissaan esiin jonotusaikansa leikkaukseen. Osa potilaista totesi hoitoon pääsyn kestäneen liian kauan. Lisäksi tuli esiin, että kutsun leikkaukseen pitäisi tulla ajoissa, eikä viikkoa ennen suunniteltua leikkausta. Leikkauksessa oli ollut myös hoitoalan ihmisiä,

jotka olisivat toivoneet enemmän ohjausta. Nämä potilaat kokivat, että he eivät olleet saaneet riittävästi ohjausta omasta hoidostaan.

Kehittämisehdotuksina tuli esiin, että potilaille annettavan epikriisin tulisi olla suomenkielinen ja ymmärrettävä. Hoitohenkilökuntaa tulisi saada osastoille lisää. Potilaat toivoivat tulevansa hoidetuksi kunnan potilaspaikalla eikä käytävillä, tai vastaavissa paikoissa. Kutsun leikkaukseen pitäisi tulla riittävän ajoissa, jotta potilaat voisivat varautua tulevaan. Yleensä potilaat toivoivat enemmän tietoa siitä, mitä sairaalassa ollessa yleensä tapahtuu. Potilaat kokevat olonsa luottavaiseksi, kun he tietävät miksi he joutuvat odottamaan.

5.5.2 Palaute puhelinhaastattelusta

Tässä tutkimuksessa selvitettiin, kokivatko potilaat puhelinhaastattelun helppona vai vaikeana ja miten he kokivat haastattelun keston sekä olisivatko he jatkossakin kiinnostuneita puhelinhaastattelututkimuksista, jotka koskevat heidän saamaansa hoitoa. Miltei kaikki potilaat pitivät puhelinhaastattelua helppona vastata, kaksi potilasta koki numeroilla vastaamisen vaikeana. Nämä potilaat kokivat kouluarvosanoilla vastaamisen hankalaksi tavaksi antaa palautetta hoidosta. Lähes kaikkien potilaiden mielestä puhelinhaastattelun kesto oli sopiva. Kaksi potilasta ei jatkossa haluaisi osallistua puhelimitse tehtäviin kyselyihin hoidostaan, muut heistä osallistuisivat jatkossakin hoitoa koskeviin puhelinhaastattelututkimuksiin.

Potilailta ei erikseen kysytty mielipidettä puhelinhaastattelun toteutuksesta, mutta neljäsosa potilaista halusi kommentoida myös puhelinhaastattelun toteutusta. Osa potilaista ilmoitti puhelinhaastattelun alussa, että heitä jännittää, kuinka haastattelu sujuu ja he saattoivat sanoa, että ”osaankohan minä nyt ollenkaan vastata”. Potilaat totesivat haastattelun päätyttyä, että vastaaminen oli kuitenkin tuntunut helpolta. Osa potilaista totesi puhelinhaastattelun olevan parempi palautteenannossa kuin kirjekyselyn. Potilaat kommentoivat myös esitettyjä väittämiä, väittämien koettiin olleen selkeitä ja hyviä. Yksi potilas totesi, että ”oikeita kysymyksiä, tavallinenkin ihminen ymmärsi”.

Kaikki tutkimukseen osallistuneet potilaat olivat antaneet kirjallisen luvan tutkimuksen tekemiseen. Potilaat kokivatkin etukäteen saadun informaation tutkimuksesta tärkeänä. Osa potilaista kertoi odottaneensa jo etukäteen haastattelua. Valmiin asteikon todettiin helpottaneen vastaamista. Potilaat mainitsivat myös, että haastattelu ”tuntui mukavalle”, oli ”myönteinen kokemus” ja ”hyvä tapa kerätä tietoa”. Osa potilaista kommentoi, että puhelimitse on hyvä antaa palautetta, kun hoidosta on jo kulunut aikaa. Nämä potilaat mainitsivat lisäksi, että on aikaa miettiä ja arvioida hoitoaan sekä kotona selviytymistään.

Mielipiteet puhelinhaastattelun suhteen vaihtelivat. Puhelinhaastattelumenetelmä koettiin myös negatiivisena. Kaksi potilasta sanoi vastaamisen tuntuneen hankalalle. Toinen heistä totesi paperilla vastaamisen olevan ”helpompaa”. Yhden potilaan mielestä taas kysymyksiä oli ollut liian vähän. Potilaat antoivat myös negatiivista palautetta hoidostaan. Yksittäisellä potilaalla oli ollut paljon ongelmia hoidossaan ja hän totesikin, että puhelimesta annettu palaute soveltuikin hänen tilanteeseensa erittäin hyvin. Tämän potilaan mielestä oli hyvä, että negatiivista palautetta pystyi antamaan puhelimitse.

5.6 Yhteenveto tuloksista

Tässä tutkimuksessa kuvattiin kvantitatiivisten tutkimusmenetelmien avulla kirurgisen potilaan kotona selviytymistä leikkauksen jälkeen ja potilaiden kokemuksia sairaalassa annetusta ohjauksesta sekä ohjauksen yhteydestä potilaiden kotona selviytymiseen. Tutkimusmenetelmänä käytettiin puhelinhaastattelua. Tutkimusjoukko muodostui kaikkiaan 103 vastaajasta. Vastanneista oli naisia 52, miehiä 51. Potilaiden ikäjakauma oli 19-85 vuotta keski-ikä ollessa 56 vuotta. Puolet vastanneista oli 45-64-vuotiaita. Aikaisempia leikkauskokemuksia oli 52 potilaalla. Potilaiden sairaalassaoloaika vaihteli yhdestä päivästä aina kahteen viikkoon. Yli puolet vastanneista oli ollut sairaalassa enimmillään kaksi päivää leikkauksen jälkeen. Keskimääräinen hoitoaika oli noin kolme päivää, keskiarvon ollessa 2,87.

Potilaiden leikkaustyyppi jakautui hyvin tasaisesti, ortopedisia leikkauksia oli 53 potilaalla ja pehmytosakirurgisia leikkauksia 50 potilaalla. Yli puolet potilaista arvioi jonottaneensa leikkaukseen 3-6 kuukautta, keskimääräisen jonotusajan ollessa lähellä seitsemää kuukautta. Suurin osa potilaista asui parisuhteessa, yksinasuvia oli 36 %. Potilaiden puhelinhaastattelut kestivät keskimäärin 13 minuuttia vaihteluvälin ollessa 10-30 minuuttia. Valtaosa potilaista koki kotiutusajan sairaalasta olleen sopiva. Viiden potilaan mielestä kotiutus oli liian aikainen ja kolmen potilaan mielestä liian myöhäinen. Lähes kaikki potilaat olivat saaneet kirjalliset kotihoito-ohjeet sairaalasta kotiutuessaan.

Suurin osa potilaista (87 %) koki selviytyneensä tiedollisesti hyvin leikkauksen jälkeen. Tyydyttävästi koki selviytyneensä 12 % potilaista. Vain yksi potilas oli kokenut selviytyneensä huonosti kotona leikkauksen jälkeen. Potilaat tiesivät erittäin hyvin peseytymiseen liittyvistä asioista ja kipulääkkeistä, joita voi kotona ollessa käyttää, sekä yhteydenotosta ongelmatilanteissa. Potilaat tiesivät melko hyvin myös leikkaushaavansa hoidosta, liikkumisesta leikkauksen jälkeen ja hoidon mahdollisista komplikaatioista. Vähiten potilailla oli tietoa haavanhoidon tarkkailusta.

Potilaat kuvasivat toiminnallisen selviytymisensä olleen pääosin hyvää, 82 % vastanneista koki selviytyneensä hyvin. Tyydyttävästi koki selviytyneensä 18 % potilaista. Yksikään potilas ei kokenut toiminnallisen selviytymisensä olleen huonoa. Etenkin suihkussa käynti sekä haavanhoitoon ja ruokailuun liittyvät asiat olivat sujuneet hyvin. Päivittäisen liikkumisen ja pukeutumisen potilaat kuvasivat sujuneen melko. Toiminnallinen selviytyminen oli ollut huonointa kodin siistinä pitämisessä, potilaiden kokeman kivun suhteen ja kaupassa käynnissä. Potilaan iällä todettiin olevan tilastollisesti erittäin merkitsevä yhteys toiminnalliseen selviytymiseen. Alle 45-vuotiaat kokivat selviytyneensä toiminnallisesti huonommin kuin 65 vuotta täyttäneet tai yli 65-vuotiaat potilaat.

Kaikkiaan 20, eli viidennes potilaista oli ottanut yhteyttä hoidettavalle osastolle tai muuhun terveydenhuollon yksikköön kotiutuksensa jälkeen. Ongelmatilanteissa potilas oli usein ensiksi soittanut osastolle ja osastolta saatujen ohjeiden mukaan tarvittaessa soittanut toiseen terveydenhuollon yksikköön. Näistä 20 potilaasta 18 potilasta oli ensin soittanut osastolle. Suurin osa osastolle soittaneista potilaista, 11 potilasta, sai osastolta tarvitsemansa avun.

Seitsemän potilasta oli ottanut yhteyttä vielä muuhun terveydenhuollon yksikköön osastolta saatujen ohjeiden mukaisesti. Vain kaksi potilasta oli ensisijaisesti ottanut yhteyttä muualle kuin osastolle. Potilaiden yhteydenottojen määrä oli yhteensä 27. Yhteydenottojen syinä olivat enimmäkseen kipuun ja haavanhoitoon liittyvät kysymykset. Yleisin muu yhteydenottopaikka oli ollut oman alueen terveyskeskus. Sairaalan päivystysasemalla oli käynyt kaksi potilasta. Vain yhdellä potilaalla oli ollut vakavampia komplikaatioita. Potilas oli lähetetty toiseen sairaalaan jatkohoitoon, jossa hänet oli uudestaan leikattu sisäisen verenvuodon takia.

Yli puolet potilaista (61 %) oli tarvinnut muilta apua kotona ollessaan. Naiset ikäluokassa 45-64-vuotta olivat suurin avuntarvitsijoiden ryhmä. Potilaiden avuntarpeet liittyivät jokapäiväisiin toimintoihin kuten peseytymiseen, pukeutumiseen, ruoan laittoon, kaupassa käyntiin, haavanhoitoon ja siivoukseen.

Potilaiden tiedonsaantiin ohjauksessa oltiin pääosin tyytyväisiä, 85 % potilaista koki tiedonsaannin olleen hyvää. Tyydyttävästi tietoa oli saanut 14 % potilaista, vain yhden potilaan kohdalla tiedonsaanti oli ollut huonoa. Erityisesti suihkuun meno ja ongelmatilanteiden yhteydenotto olivat hyvin tiedossa. Potilaat kokivat saaneensa hieman paremmin tietoa hoitajilta kuin lääkäreiltä. Huonoiten potilaat saivat tietoa haavanhoidon komplikaatioista. Melko hyvin potilaat saivat tietoa ohjauksessa liikkumiseen liittyvistä rajoituksista kipulääkityksestään ja haavanhoidosta. Potilaat olivat melko tyytyväisiä tiedonsaantiinsa tehdystä leikkauksesta. Yleisesti potilaat arvioivat saamansa tiedon ymmärrettäväksi. Potilaan ikä vaikutti siihen, miten potilaat arvioivat saamaansa tietoa. Alle 45-vuotiaat suhtautuivat kriittisemmin ohjauksessa saamaansa tietoon, kun taas 65 vuotiaat tai yli 65-vuotiaat olivat tyytyväisempiä tiedonsaantiin.

Potilaiden ohjaustilanteiden kokemus sairaalassa ollessa oli pääosin hyvää. Kahdella potilaalla oli ollut huonoja kokemuksia ohjauksesta, mutta suurin osa potilaista, 85 %, koki henkilökunnan huomioineen heitä ohjauksessa. Tyydyttävänä ohjaustilanteet koki 13 % vastanneista. Erityisesti potilaat kokivat hoitajien arvostaneen heitä ihmisinä ja hoitajien ammattitaitoon luotettiin. Vastaajien mielestä ohjauksessa toteutui hyvin mahdollisuus kysymysten esittämiseen ja mielipiteiden huomiointi. Potilaat kokivat hoitajien kuunnelleen heitä ja ohjaustilanteiden olleen rauhallisia. Huonoiten potilaiden mielestä toteutui hoitajien riittävä aika ohjaukseen ja

elämäntilanteen huomiointi ohjauksessa. Potilaat olivat tyytyväisiä saamansa ohjauksen ajankohtaan.

Tarkasteltaessa potilaiden tiedonsaannin yhteyttä kotona selviytymiseen todettiin, että tiedonsaanti ohjauksessa vaikutti sekä tiedolliseen että toiminnalliseen selviytymiseen. Potilaat, jotka kokivat saaneensa hyvin tietoa ohjauksessa, kokivat selviytyneensä myös tiedollisesti ja toiminnallisesti paremmin leikkauksenjälkeisestä hoidostaan. Myös potilaiden kokemus ohjaustilanteista oli yhteydessä tiedolliseen ja toiminnalliseen kotona selviytymiseen leikkauksen jälkeen. Potilaat, jotka arvioivat hoitohenkilökunnan toiminnan ohjauksessa hyvänä, kokivat selviytyneensä hyvin myös tiedollisesti. Potilaat, jotka kokivat ohjaustilanteet positiivisina, kokivat toiminnallisesti selviytyneensä hyvin.

Potilaiden suullinen palaute saadusta hoidosta oli valtaosin myönteistä. Hoito koettiin hyväksi ja asiantuntevaksi. Hoitavaan henkilökuntaan luotettiin. Erikseen kiitettiin heräämön hoitajia ja nukutuslääkäreitä. Kielteistä palautetta potilaat antoivat etenkin hoitajien kiireestä. Potilaat totesivat, että heitä tulisi hoitaa asianmukaisella potilaspaikalla. Sairaalan käytävä ei ole hoitopaikka. Yleensä potilaat toivoivat enemmän tietoa hoitoon liittyen, leikkausta edeltävän päivän ohjelmaan ja jatkohoitoon. Tutkimukseen osallistuneet hoitoalan ihmiset toivoivat saavansa samanlaista ohjausta kuin muutkin potilaat. Hoitoalalla työskentelevät potilaat kokivat, että he eivät olleet saaneet riittävästi ohjausta. Osa potilaista koki hoitopäätöksensä kestäneen liian kauan. Potilaat toivoivat leikkauskutsun tulevan ajoissa. Epikriisin saanti kotiutuksen yhteydessä koettiin hyvänä, mutta potilaiden mielestä epikriisin tulisi olla suomenkielinen ja ymmärrettävä.

Potilaat suhtautuivat myönteisesti puhelinhaastatteluun. Lähes kaikki potilaat kokivat haastattelun keston sopivana. Potilaat olivat halukkaita osallistumaan hoitoa koskeviin puhelimitse tehtäviin kyselyihin jatkossakin. Kaksi potilasta ilmoitti haluttomuutensa osallistua jatkossa puhelimitse tehtäviin tutkimuksiin. Nämä potilaat kokivat vastaamisen kouluarvosanoilla hankalaksi. Potilaat kokivat etukäteen saadun informaation tutkimuksesta tärkeänä. Valmiin kouluarvosana-asteikon todettiin helpottaneen vastaamista. Yleisesti potilaat kommentoivat puhelimitse tehtyä tutkimusta ”helppona”, ”mukavana” ja ”hyvänä tapana kerätä tietoa”.

6. POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelu

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata kirurgisen potilaan kotona selviytymistä leikkauksen jälkeen. Tutkimusmenetelmänä oli puhelinhaastattelu, jonka soveltuvuutta tämäntyyppisessä tutkimuksessa arvioitiin. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella voidaan todeta, että suurin osa potilaista selviytyi tiedollisesti ja toiminnallisesti hyvin kotona leikkauksen jälkeen. Potilaat kokivat sairaalassa saadun tiedon hyväksi ja potilaiden kokemukset ohjaustilanteista olivat pääosin hyvän luokkaa. Puhelinhaastattelumetodilla saadut tutkimustulokset ovat suurelta osin yhteneväisiä aikaisemman tutkimustiedon kanssa, jossa on tutkittu pääasiassa lyhyt- ja päiväkirurgisten potilaiden kotona selviytymistä leikkauksen jälkeen.

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella potilaat olivat yli 80 % tyytyväisiä kotona selviytymiseensä ja sairaalassa annettuun ohjaukseen. Tässä on huomattava, että tutkimus tehtiin puhelinhaastatteluna. Puhelin tutkimusvälineenä saattaa sekoittaa tai muuttaa potilaiden mielipidettä hoidosta niin, että tyytyväisyystaso nousee ja vastaavasti tyytymättömyyden ilmaiseminen vähenee (Law 1997).

Aikaisemmin on todettu, että erilaisilla asiakaskyselyillä on taipumus tuottaa samantyyppisiä vastauksia ja vastausjakaumia. Tulos ”80 % vastanneista oli tyytyväisiä”-näyttäisi olevan tavanomaista (Salmela 1997), kuten tämänkin tutkimuksen tuloksista voidaan todeta. Tutkimuksen ajankohta saattaa myös vaikuttaa potilaiden kokemuksiin. Potilaat ovat yleensä tyytyväisempiä, mikäli hoidosta on kulunut vähemmän aikaa (Henderson & Phillips 1996). Tässä tutkimuksessa saadut tulokset tukevat tätä. Suurin osa tutkimukseen vastanneista tavoitettiin 11-14 päivää kotiutuksesta ja potilaat olivatkin melko tyytyväisiä kotona selviytymiseensä ja sairaalassa annettuun ohjaukseen.

Potilaille kohdistuvissa tutkimuksissa on keskitytty yleensä potilastyytyväisyyden tutkimiseen. Viime aikoina on esitetty, että tyytyväisyyden sijaan pitäisi huomioida potilaan tyytymättömyyteen (Hiidenhovi 2001). On ehdotettu, että potilaskyselyissä saadut negatiiviset kommentit tulisi kääntää parantamissuunnitelmiksi (Hiidenhovi 2001). Hiidenhovin (2001) tutkimuksessa koskien palvelumittarin kehittämistä sairaalan poliklinikalla potilaiden antamat kouluarvosanat jaoteltiin kahteen luokkaan, 4-8 ja 9-10. Hoitotyön kehittämisen kannalta todettiin merkitystä olevan kaikilla alle yhdeksän arvosanoilla. Tässä tutkimuksessa arvosanat luokiteltiin kolmeen luokkaan, huonoon (4-5.99), tyydyttävään (6-7.99) ja hyvään (8-10). Mikäli arvosanat olisi luokiteltu Hiidenhovin (2001) tapaan, niin lähes kaikki summamuuttujien osiot olisivat olleet tässä tutkimuksessa hoitotyön kehittämisen kohteena.

Tässä tarkastellaan niitä summamuuttujien osioita, joiden keskiarvot olivat 8,5 tai ali. Hoitotyön kehittämisen kannalta keskiarvo 8,5, tai sen alle ovat niitä alueita, joissa potilaan kotona selviytymisessä oli ollut jonkin verran hankaluuksia tai ongelmia. Sama tarkastelunäkökulma on potilaan ohjauksessa. Ne summamuuttujien osiot, joissa keskiarvot ovat 8,5, tai sen alle ovat niitä, joihin tulisi potilaan ohjauksessa kiinnittää tarkemmin huomiota.

Tässä tutkimuksessa tutkittiin tavallisella kirurgisella vuodeosastolla hoidettuja potilaita, päiväkirurgiset potilaat eivät kuuluneet tutkimusjoukkoon. Tuloksista voidaan todeta, että potilaiden hoitoajat olivat melko lyhyitä leikkauksen jälkeen. Yli puolet potilaista oli sairaalassa vain kaksi päivää, yhden päivän sairaalassa oli ollut kaikkiaan kahdeksan potilasta. Samaan tulokseen on päädytty muissakin tutkimuksissa, joissa kirurgisten potilaiden sairaalassaoloajan on todettu lyhentyneen (Välimäki ym. 2001, Mattila 1998, Kleinbeck & Hoffart 1994, Caldwell 1991.)

Tutkimuksissa on todettu potilailla olevan odotuksia kotiutuksen ajankohtaan. Potilaiden tulisi tietää tulevasta kotiutuksesta riittävän ajoissa (Timonen & Sihvonen 1998, Leino-Kilpi & Vuorenheimo 1992). Tämän tutkimuksen mukaan potilaat pitivät kotiutusaikaansa leikkauksen jälkeen yleisimmin sopivana. Vain viiden potilaan mielestä heidät kotiutettiin liian aikaisin. Useiden aikaisempien tutkimusten mukaan potilaiden tulee saada suullisen tiedon lisäksi kirjallista tietoa hoidostaan (Timonen & Palmu-Suominen 1999, Sihvonen 1998, Ahde 1997, Viitamäki 1995).

Tässä tutkimuksessa potilaat olivat saaneet kirjalliset kotihoito-ohjeet kotiutuessaan kahta poikkeusta lukuunottamatta. Potilaat eivät kommentoineet puhelinhaastattelussa kirjallisia ohjeitaan eikä niiden tarkoituksenmukaisuutta tässä tutkimuksessa tutkittu. Aikaisemmassa tutkimuksessa potilaat ovat olleet tyytyväisiä sairaalasta saatuun tietoon ja sen hyödynnettävyyteen kotona selviytymisessä (Hovi 2003).

Potilaiden leikkaukseen jonotusaika oli heidän oman arvionsa mukaan melko pitkä, keskiarvon ollessa lähellä seitsemää kuukautta. Potilaiden oman arvion mukaan heidän jonotusaikansa ei ollut hoitotakuun edellyttämällä tasolla. Tutkimuksessa ei selvitetty sitä, mistä lähtien potilaat arvioivat jonottaneensa. Mahdollisesti osa potilaista arvioi leikkaukseen jonotusaikansa alkaneen siitä, kun he ottivat vaivansa vuoksi ensimmäisen kerran yhteyttä lääkäriin. Todellinen leikkaukseen jonotusaika alkaa kuitenkin siitä, kun heidät laitetaan leikkausjonoon. Tavallisimmin tämä tapahtuu erikoislääkärillä käynnin jälkeen, jolloin todetaan leikkauksen tarve.

Potilaiden kokemus tiedollisesta selviytymisestään

Tarkasteltaessa tiedollista selviytymistä kokonaisuutena todetaan, että potilaat olisivat kaivanneet enemmän tietoa haavanhoidon tarkkailuun liittyen. Useissa tutkimuksissa on päädytty samantyyppisiin tuloksiin. Hendersonin ja Zerniken (2001) tutkimuksen mukaan potilaat olisivat tarvinneet tietoa siitä, mitä on haavan normaali paraneminen. Potilaiden ongelmat, jotka liittyvät haavanhoitoon ja kipulääkitykseen ovat tulleet esiin vasta kotiolosuhteissa. (ks. myös Westman & Backman 1997, Henderson & Phillips 1996).

Tämän tutkimuksen tuloksissa on huomattava se, että potilaiden tieto kotona käytettävästä kipulääkityksestä oli erittäin hyvä. Potilaat tiesivät hyvin myös peseytymiseen liittyvistä asioista ja siitä mihin ottaa yhteyttä, mikäli hoidossa on ongelmia. Hovin (2003) tutkimuksessa saatiin samankaltaisia tuloksia (ks. myös Ahde 1997).

Potilaiden kokemus toiminnallisesta selviytymisestään

Potilaiden toiminnallinen selviytyminen oli kokonaisuutena sujunut hyvin. Potilaiden jokapäiväisessä elämässä hankaluuksia olivat aiheuttaneet kodin siistinä pitäminen ja kivun hoito sekä kaupassa käynti. Näissä keskiarvojen vaihteluväli oli selvästi alle 8,5 ollen 8,28-8,38. Nämä tulokset ovat yhteneväisiä aikaisemman tutkimustiedon kanssa (Archibald 2003, Hovi 2003, Ahde 1997). Toiminnallisessa selviytymisessä potilaat kokivat selviytyneensä parhaiten suihkussa käynnistä, haavanhoidosta ja syömisestä.

Tämän tutkimuksen tuloksissa on ristiriitaisuutta tarkasteltaessa potilaiden tiedollista ja toiminnallista kotona selviytymistä. Kotona ollessaan potilaat tiesivät erittäin hyvin kipulääkkeiden käytöstä (ka 9,05), mutta silti kivut olivat haitanneet toiminnallista selviytymistä (ka 8,30). Hendersonin ja Zerniken (2001) tutkimuksessa todettiin, että potilaiden kivunhoitoon ei kiinnitetä huomiota, mikäli potilaalla ei ole kipuja. Potilaille tulisi antaa tietoa myös siitä, että kipu on normaali ilmiö leikkauksen jälkeen ja kipulääkkeitä tulee käyttää riittävän pitkään. (Henderson & Zernike 2001).

Tässä tutkimuksessa potilaiden tieto haavanhoidon tarkkailusta (ka 8,53) oli hieman huonompaa, mutta potilaat olivat selviytyneet kuitenkin mielestään hyvin haavanhoidostaan (ka 8,94). Samantyyppisiin tuloksiin päädyttiin myös Viitamäen (1995) tutkimuksessa, jonka mukaan potilailla oli ollut ongelmia hoidossaan, mutta he olivat silti pystyneet hoitamaan itseään. (Viitamäki 1995).

Taustamuuttujista iän todettiin olevan merkittävässä yhteydessä toiminnalliseen selviytymiseen ($p < 0.001$). Huomattavaa on, että alle 45-vuotiaat kokivat selviytyneensä toiminnallisesti huonommin (ka 8,07) kuin 65 vuotiaat tai yli 65-vuotiaat (ka 9,06). Potilaan iän on todettu vaikuttavan kokemukseen kotona selviytymisestä. Caldwell'n (1991) tutkimuksessa nuoret äidit kokivat päivittäisistä toiminnoista selviytymisen haasteellisena. (Caldwell 1991.)

Potilaiden yhteydenotot eri terveydenhuollon yksiköihin leikkauksen jälkeen

Tässä tutkimuksessa jopa 20 potilasta oli tarvinnut yhteydenottoa kotiutuksen jälkeen. Potilaat ottivat ongelmatilanteissa yleisimmin yhteyttä hoitaneeseen yksikköön. Tämä tulos on yhteneväinen aikaisemman tiedon kanssa (mm. Hovi 2003, Ahde 1997). Lisäksi seitsemän potilasta oli ottanut yhteyttä sekä osastolle että muuhun terveydenhuollon yksikköön. Muita yhteydenottoaikoja olivat oman alueen terveyskeskus ja sairaalan päivystysasema.

Tulosten perusteella yhteydenottoja oli kaikkiaan 27, mitä voidaan pitää melko runsaana määränä. Useissa aikaisemmissa tutkimuksissa on tullut esiin, että mikäli potilaat saavat asianmukaista informaatiota kotiutuessaan, niin kotona selviytyminen onnistuu hyvin leikkauksen jälkeen (esimerkiksi Henderson & Zernike 2001, Harju 1998, Timonen & Sihvonen 1998). Tarkoituksenmukaisella kotiutuksella voidaan ylläpitää hoidon laatua ja jatkuvuutta sekä vähentää sairaalassaolopäiviä ja potilaiden uusintakäyntejä (Driscoll 2000). Tässä tutkimuksessa potilaiden yhteydenottojen syinä olivat pääosin kipuu ja haavanhoitoon liittyvät kysymykset. Tästä voidaan päätellä, että kivun- ja haavanhoitoon liittyvät kysymykset olivat aiheuttaneet potilaille eniten ongelmia kotona ollessa. Ahteen (1997) tutkimuksessa potilaiden yhteydenotot leikkauksen jälkeen olivat vähäisiä, potilaat toipuivat leikkauksesta fyysisesti hyvin ja komplikaatioita oli kotona ollessa ollut hyvin vähän. Henkiseen jaksamiseen liittyviä ongelmia eivät potilaat tuoneet tässä tutkimuksessa esiin toisin kuin Hovin (2003) ja Lepolan ym. (2001) tutkimuksissa.

Potilaiden avuntarve leikkauksen jälkeen

Tarkasteltaessa potilaiden avuntarvetta leikkauksen jälkeen todetaan, että jopa 63 potilasta oli tarvinnut apua leikkauksen jälkeen. Tuloksissa on runsaasti yhteneväisyyksiä aikaisempiin tutkimuksiin (mm. Ahde 1997, Viitamäki 1995, Oberle ym. 1994). Tarkasteltaessa potilaiden avuntarvetta todettiin 45-64-vuotiaiden naisten tarvinneen apua enemmän kuin saman ikäryhmän miesten. Tässä ikäluokassa jopa 83 % naisista oli tarvinnut apua leikkauksen jälkeen. Potilaat olivat tarvinneet apua yleensä jokapäiväiseen elämään liittyen, mm. peseytymisessä, pukeutumisessa ja haavanhoidossa. Samaan tulokseen päädyttiin Hovin (2003) tutkimuksessa, jossa naiset olivat tarvinneet miehiä enemmän apua itsensä hoitamisessa ja kotitöissä.

Potilaiden kokemus tiedonsaannista ohjauksessa

Valtaosa potilaista koki tiedonsaantinsa ohjauksessa hyväksi. Käytännön hoitotyön kehittämisessä tulisi kiinnittää huomiota etenkin potilaiden tiedonsaantiin haavanhoidon komplikaatioista, tietoon liikkumisen rajoituksista ja riittävään tietoon kipulääkityksestä. Keskiarvojen vaihteluväli oli näissä 8,17-8,50. Aikaisemmassa tutkimustiedossa on päädytty samanlaisiin tuloksiin (Henderson & Zernike 2001, Westman & Backman 1997, Henderson & Phillips 1996, Viitamäki 1995). Potilaat arvioivat saaneensa hieman paremmin tietoa hoitajilta kuin lääkäreiltä. Tämä tulos tukee aikaisempaa tietoa. On todettu, että potilaiden on vaikea muistaa kirurgilta saatuja ohjeita, hoitajan antama informaatio muistetaan paremmin (Barthelsson ym. 2003, Law 1997).

Useiden aikaisempien tutkimusten mukaan nuoremmat potilaat suhtautuvat saamaansa tietoon kriittisemmin kuin vanhemmat potilaat (Hiidenhovi 2001, Palmu & Suominen 1999, Leino-Kilpi ym. 1994). Tässä tutkimuksessa saatiin samantyyppisiä tuloksia. Nuoremmat potilaat, alle 45-vuotiaat, olivat tyytymättömämpiä (ka 8,25) saamaansa tietoon ohjauksessa kuin 65 vuotta täyttäneet tai yli 65-vuotiaat potilaat (ka 9,05, $p=0.014$). Voidaan ehkä olettaa, että tulevaisuudessa nuorempi sukupolvi odottaa ja vaatii hoidoltaan enemmän. Tosin yleistyksiä ei tämän tutkimuksen tulosten perusteella voida tehdä.

Potilaiden kokemus hoitohenkilökunnan toiminnasta ohjauksessa

Kokonaisuutena potilaiden kokemus ohjaustilanteista oli enimmäkseen positiivista. Kaikkiaan 13 % potilaista koki ohjaustilanteet tyydyttävänä. Kahdella potilaalla oli ohjaustilanteista erittäin huono kokemus. Potilaat kokivat, että heitä ei oltu huomioitu lainkaan ohjausta annettaessa. Aikaisemmassa tutkimuksessa on tullut esiin, että potilaalle jää mieleen hoitohenkilökunnan tyyli käyttäytyminen, vaikka potilaan hoito olisikin mennyt hyvin (Sundman 2000).

Tässä tutkimuksessa potilaat kokivat huonoimmaksi hoitajien riittävän ajan ohjaukseen (ka 8,23). Potilaat ovat kokeneet hoitajien ajan olevan riittämätöntä myös muissakin tutkimuksissa (Alanen 2002, Henderson & Zernike 2001). Tämän aineiston perusteella potilaat eivät olleet täysin tyytyväisiä elämäntilanteensa huomioimiseen ohjaustilanteissa (ka 8,53). Marttilan ja Piekkolan (1997) tutkimuksessa hoitajien mielestä hyvään ohjaukseen kuuluu potilaan elämäntilanteen

huomioiminen, tieto potilaan tarpeista ja kokemuksista. Potilasta tulee kuulla ja kuunnella, hänen kanssaan tulee keskustella ja häntä on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Tässä tutkimuksessa on erityisesti huomattava, että potilaat kokivat hoitajien arvostaneen heitä ihmisinä keskiarvon ollessa 9,08. Potilaan arvostaminen on todettu tärkeäksi myös muissa tutkimuksissa. (Schmidt 2003, Lepola ym. 2001, Kralik ym. 1999). Hoitohenkilökunnan on tärkeää kuunnella potilasta, kunnioittaa ja arvostaa häntä ihmisenä (Hogson & Given 2004, Ponzer ym. 2000.) Aikaisemmassa tutkimuksessa on todettu, että henkilökunnan hyvä käytös ja potilaan kunnioittaminen edesauttavat hyvään hoitokokemukseen. (Lynn & McMillen 1999.)

Tulosten perusteella voidaan todeta, että potilaat luottivat erityisesti hoitajien ammattitaitoon (ka 9,04). Aikaisemmissa tutkimuksissa on saatu yhteneväisiä tuloksia potilaiden luottamuksesta hoitohenkilökunnan ammattitaitoon. Sairaalassa ollessaan potilaat eivät kyseenalaista hoitajien ammatillista osaamista (ks. esimerkiksi Kvist 2004, Schmidt 2003, Harju 1998, Kralik ym. 1997). Tässä tutkimuksessa potilaat olivat melko tyytyväisiä saamansa ohjauksen ajankohtaan. Lisäksi he kokivat ohjaustilanteet suhteellisen rauhallisina. Aikaisempien tutkimusten mukaan potilaat ovat olleet tyytymättömiä, mikäli ohjausta on annettu rauhattomassa ympäristössä. Potilaan rauhalliseen ohjausympäristöön tulee kiinnittää huomiota (Nylander 2002, Marttila & Piekkola 1997).

Sairaalassa annetun ohjauksen yhteys kotona selviytymiseen

Tässä tutkimuksessa todettiin potilaan ohjauksen vaikuttaneen potilaiden kotona selviytymiseen. Potilaat, jotka kokivat saaneensa riittävästi tietoa ohjauksessa selviytyivät niin tiedollisesti ja toiminnallisestikin hyvin hoidostaan kotona ollessaan. Potilailla tulee olla tarvittava tieto itsehoitoon leikkauksen jälkeen (Henderson & Zernike 1999). Asianmukaisella tiedon antamisella voidaan vähentää terveydenhuollon kustannuksia, lisätä potilastyytyväisyyttä ja potilaiden kotona selviytymistä leikkauksen jälkeen. (Henderson & Phillips 1996.) Tässä tutkimuksessa saadut tulokset tukevat aikaisempaa tietoa aiheesta.

Samoin kuin potilaat, jotka kokivat ohjaustilanteet positiivisina, selviytyivät tiedollisesti ja toiminnallisesti hyvin omasta hoidostaan. Samantyyppisiin tuloksiin on päädytty myös muissa tutkimuksissa. Hyvät vuorovaikutustaidot ja potilaan huomioiminen ohjaustilanteissa on todettu tärkeäksi potilaan jatkohoidon kannalta (Mordiffi ym. 2003). Tutkimuksissa on todettu, että kunnon ohjauksella voidaan vähentää postoperatiivisia komplikaatioita, toipilasaika lyhenee ja potilaan paluu normaaliin päivittäiseen toimintaan helpottuu (Marttila & Piekkola 1997, Korte ym. 1996).

Potilaiden palaute hoidosta

Suullisissa palautteissaan potilaat olivat pääosin tyytyväisiä saamansa hoitoon. Yleisesti potilaat toivoivat lisää tietoa. Riittämätön tiedonsaanti on tullut esiin myös muissa tutkimuksissa (mm. Palmu & Suominen 1999, Korte ym. 1996, Vuorenheimo 1991). Hoitajat koettiin kovin kiireisinä ja siitä potilaat antoivat palautetta. Tämä tukee aikaisempia tuloksia, joissa hoitajien kiireen on todettu vaikuttaneen potilaiden kokemukseen hoidostaan (Schmidt 2003, Lepola ym. 2001, Suhonen ym. 1999).

Potilaat toivoivat, että kotiin annettava epikriisi olisi suomenkielinen. Aikaisemmissa tutkimuksissa on saatu samanlaisia tuloksia. Sairaalassa käytettävä ammattisanasto ei ole potilaille ymmärrettävää (Palmu & Suominen 1999, Oberle ym. 1994, Vuorenheimo 1991). Toisaalta Leino-Kilven ja Vuorenheimon (1992) tutkimuksessa potilaat taas kokivat ammattikielellä annetun dokumentaation tärkeäksi. Ammattikielellä annetun dokumentaation tärkeys korostui, mikäli potilas tarvitsi lisähoitoa kotiutuksen jälkeen. Potilaan tulisi saada tietoa selkeästi ja ymmärrettävästi. Potilaan tyytyväisyys hoitoon lisääntyy hänen saadessaan riittävästi ymmärrettävää tietoa (Mordiffi ym. 2003).

Tässä tutkimuksessa ei kartoitettu potilaiden mielipidettä sairaalan fyysisestä ympäristöstä. Potilaat toivat kommentissaan kuitenkin esiin asianmukaisen hoitoympäristön. Aikaisemmissa tutkimuksissa potilaiden negatiiviset kommentit ovat myös koskeneet fyysistä ympäristöä (Hiidenhovi 2001, Harju 1998, Mattila 1998, Fareed 1996). Voidaan olettaa, että potilaat kokevat fyysisen ympäristön tärkeänä hoidettavana ollessaan ja kiinnittävät siihen paljon huomiota.

Puhelinhaastattelun kesto

Tässä tutkimuksessa puhelinhaastattelut kestivät keskimäärin 13 minuuttia, vaihteluvälin ollessa 10-30 minuuttia. Puhelinhaastattelu ei saa olla liian pitkä, enimmäisaikana pidetään 20 minuuttia. (Smith 2005, Heikkilä 2002). Potilaille jaetussa tiedotteessa haastatteluun arvioitiin kuluvan aikaa 10-15 minuuttia, joten potilaat olivat tietoisia tutkimukseen kuluva ajasta. Potilaiden yksilölliset kokemukset vaikuttivat haastattelun keston. Osa potilaista oli puheliaita, osa taas vastasi ainoastaan kysytyihin kysymyksiin. Haastattelijan tulee varautua sekä puheliaisiin että niukkasnaisiin haastateltaviin (Hirsjärvi ym. 2003). Kouluarvosanoilla vastaaminen oli osalle potilaista heti hyvin helppoa, osaa potilaista muistutettiin oikeasta vastaustekniikasta haastattelun kuluessa.

Aikaisemmassa tiedossa puhelinhaastattelututkimuksen on todettu olevan altis häiriötekijöille ja keskeytyksille (Alkula ym. 1999). Tässä tutkimuksessa saadut tulokset eivät tätä tue, koska yksikään haastattelu ei keskeytynyt häiriötekijöiden takia. Suurimmalle osalle potilaista sopi haastattelu ensimmäisellä soittokerralla. Osalle potilaista soitettiin kahteen kertaan ja yhdelle kolme kertaa. Nämä potilaat ilmoittivat jo ennen haastattelun alkua, että haastatteluajankohta on huono. Vastajien kanssa sovittiin uusi haastattelu-aika ja heille soitettiin uudelleen sovittuna ajankohtana.

Potilaiden palaute puhelinhaastattelusta

Suullisissa kommentteissaan potilaat toivat esiin mielenkiintonsa tutkimusmenetelmää kohtaan. Potilaat kokivat puhelinhaastatteluun vastaamisen helppona ja hyvänä keinona antaa palautetta hoidostaan. Osa potilaista mainitsi puhelinhaastattelun olevan parempi tapa antaa palautetta kuin postikyselyn. Kaksi potilasta koki puhelinhaastattelun hankalana tapana antaa palautetta. Tutkijalle puhelinhaastattelututkimuksen tekeminen oli antoisaa ja haastattelun toteuttaminen valmiin kyselylomakkeen kanssa oli helppoa. Tutkimuksen tekeminen oli tosin työlästä, koska muita haastattelijaita ei ollut. Valmiit vastausvaihtoehdot ja avoimien kysymysten vähäinen määrä teki tutkimuksen toteuttamisesta kuitenkin joustavan ja tehokkaan tavan kerätä tietoa potilaiden kokemuksista. Tutkimuksen toteutuksessa on huomattava, että puhelinhaastattelun tulee olla joustava (Smith 2005, Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2003). Kyselylomakkeen kysymyksissä tuli huomioida jousto. Mikäli potilas toi kesken haastattelun esiin asioita, jotka liittyivät toiseen kysymykseen, niin tähän osioon pyrittiin pyytämään potilaan arvosana. Mikäli potilas halusi jo

kesken haastattelun tuoda esiin esimerkiksi palautetta hoidostaan, niin palaute kirjattiin ylös. Näin haastattelu sujuvuus varmistettiin.

6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tämän tutkimuksen tulosten luotettavuutta tarkasteltiin sisältövaliditeetin ja sisäisen reliabiliteetin avulla. Sisältövaliditeettia pyrittiin parantamaan perehtymällä kirurgisen potilaan kotona selviytymiseen liittyvään aikaisempaan tutkimustietoon ja kirjallisuuteen. Valmista mittaria ei ollut saatavilla puhelinhaastattelun toteutukseen, joten mittari tehtiin tätä tutkimusta varten. Kyselylomakkeen suunnittelussa ja rakentamisessa käytettiin apuna tutkittua tietoa kirurgisen potilaan kotona selviytymisestä (mm. Hovi 2003, Ahde 1997, Leino-Kilpi & Suominen 1997). Lisäksi perehdyttiin aikaisempaan tietoon puhelinhaastattelututkimuksista (Henderson & Zernike 2001, Law 1997, Henderson & Phillips 1996).

Asiantuntijapaneelin avulla arvioitiin kehitetyn mittarin sisältöä tutkimuksen teoriaosuuteen. Asiantuntijoita käyttämällä saadaan luotettavampi ja vaativampi mittarin sisältövaliditeetin arvio (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997). Mittarin suunnitteluun ja arviointiin vaikutti keskeisesti pätevän asiantuntijapaneelin käyttö. Asiantuntijapaneelin ehdotuksien ja kommenttien perusteella mittaria kehitettiin paremmin toimivaksi. Asiantuntijapaneelin käytön mittarin suunnittelussa voidaan todeta parantaneen luotettavuutta.

Mittarin validiteetin arvioinnissa on esitutkimuksella merkittävä rooli. Sen avulla varmistetaan mittarin toimivuus, loogisuus, ymmärrettävyys ja helppokäyttöisyys (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997). Kyselylomake testattiin kuudella potilaalla. Lomakkeen esitestauksessa arvioitiin rakenteen toimivuutta ja vastausvaihtoehtojen ymmärrettävyyttä. Esitestauksen perusteella lomakkeeseen tehtiin vähäisiä muutoksia. Lomakkeen vastausvaihtoehdot pyrittiin laatimaan selkeiksi ja helposti vastattaviksi. Tämän vuoksi vastausvaihtoehdoiksi eri väittämiin valittiin kouluarvosanat 4-10 eikä esimerkiksi Likert-tyyppistä vaihtoehtoa. Esitestauksessa lomake todettiin toimivaksi ja kysymykset ymmärrettäviksi. Potilaiden positiiviset kommentit vahvistivat vastausvaihtoehtojen ymmärrettävyyttä. Potilaat totesivat kouluarvosanoilla vastaamisen helpoksi

tavaksi antaa palautetta puhelimesta. Avoimien kysymysten määrä oli hyvin pieni, ja avoimet kysymykset olivat haastattelun lopussa. Potilaiden antama suullinen palaute kirjattiin ylös haastattelun aikana tai heti haastattelun loputtua.

Puhelinhaastattelumetodi voikin soveltua erinomaisesti juuri lyhyisiin, tarkkoihin, ja ei liian henkilökohtaisiin haastatteluihin. Puhelinhaastattelussa haastattelijan ollessa tuntematon, vastaajat saattavat jättää vastaamatta kysymyksiin (Polit & Beck 2006). Tässä tutkimuksessa potilaat vastasivat mielellään kysymyksiin ja osa potilaista totesi haastattelijan kanssa keskustelemisen helpoksi. On huomattava, että potilaiden on todettu antavan mielellään informaatiota omaan hoitoon liittyvistä asioista (Smith 2005). Tähän tutkimukseen osallistuneet potilaat antoivat mielellään palautetta kotona selviytymisestään ja sairaalassa annetusta ohjauksesta.

Mittarin luotettavuutta tarkasteltaessa tulee huomioida, että kaikki summamuuttujien osiot on koodattu samansuuntaisesti. Summamuuttujien osioiden tulee mitata samaa asiaa samansuuntaisesti (Metsämuuronen 2000). Tässä tutkimuksessa kaikki vastausvaihtoehdot olivat samansuuntaisia, joten summamuuttujien osioiden kääntämistä samansuuntaiseksi ei tarvinnut erikseen huomioida. Mittarin sisäistä reliabiliteettiä arvioitiin Cronbachin alpha-kertoimen avulla. Cronbachin alphan tulisi olla vähintään 0,70 ja mielellään sen yli (Haber & LoBiondo-Wood 2006). Summamuuttujien alpha-kertoimet vaihtelivat välillä 0,815-0,949. Tavoiteltavana Cronbachin alphan voidaan pitää kerrointa 0,80-0,90 (Burns & Grove 2003). Tarkastelussa todettiin, että yksittäisen osion poistaminen ei olisi osaltaan parantanut Cronbachin alpha-kerrointa. Saatujen arvojen perusteella kyselylomaketta voidaan pitää luotettavana. Myös summamuuttujien kysymysten lukumäärää voidaan pitää hyvänä. Summamuuttujien kysymysten määrä vaihteli 9-11 kysymyksen välillä. Tässä aineistossa kysymykset korreloivat riittävästi yhdistetyn muuttujan kanssa ($r=0.26-0.88$). Kysymysten suuri määrä ja kysymysten väliset korrelaatiot parantavat Cronbachin alpha-arvoa (DeVellis 1991.) Voidaan todeta, että tutkimusta varten kehitetyn mittarin luotettavuutta tukee sen hyvä reliabiliteetti ja summamuuttujan osioiden keskinäinen korrelaatio.

Tämän tutkimuksen perusjoukko muodostui neljällä kirurgisella osastolla hoidettavana olleista potilaista tutkimusajankohtana. Elektiiviseen leikkauksen tulevat potilaat saivat tiedon tutkimuksesta etukäteen. Kaikilta tutkimukseen osallistuneilta potilailta saatiin kirjallinen tutkimuslupa tutkimuksen suorittamiseen. Eettisyyden kannalta on välttämätöntä, että kaikilta tutkimukseen osallistuvilta on saatu kirjallinen suostumus tutkimukseen (Haber 2006). Tutkimusta varten suunniteltu aineiston keruu toimi käytännössä hyvin. Osastonhoitajat (tai heidän sijaisensa) olivat keskeisessä asemassa valittaessa tutkimukseen osallistuvia potilaita, koska potilaat saivat leikkauskutsun yhteydessä tiedotteen tulevasta tutkimuksesta. Tässä tutkimuksessa tulee huomioida, että haastateltavat valikoitiin tutkimukseen tarkasti. Esitietojen perusteella potilaan tuli pystyä kommunikoidaan puhelimesta, ts. potilaalla ei saanut olla kuuloaistiin liittyviä rajoituksia eikä muitakaan esteitä, joiden voisi olettaa rajoittavan puhelimesta tapahtuvaa kommunikaatiota.

Ennen haastattelun alkua potilaille selvitettiin vielä tutkimuksen tarkoitus ja varmistettiin heidän osallistumisensa tutkimukseen. Jokaisen puhelinhaastattelun alussa tulee vielä varmistaa potilaan suostumus tutkimuksen tekemiseen (Smith 2005). Puhelinhaastattelun luotettavuutta parantaa se, että tutkija tietää kuka antaa vastaukset. Postitetuissa lomakekyselyissä ei voida varmasti tietää vastaajan henkilöllisyyttä (Whittemore & Grey 2006). Tämä tutkimus tehtiin kolmen kuukauden aikana. Tutkimusajankohdalla voi olla myös merkitystä tulosten luotettavuuteen. Tämä tutkimus tehtiin syksyllä 2005, jolloin sairaalassa ja kaikilla tutkimukseen osallistuvilla vuodeosastoilla oli normaalia toimintaa. Tämän voidaan katsoa lisäävän tutkimustulosten luotettavuutta. Kyseisenä ajanjaksona vain yksi haastattelija, tutkija, soitti potilaille.

Puhelinhaastattelun yhteydessä on myös arvioitava kriittisesti haastattelijan osuutta annettuihin vastauksiin (ks. Law 1997). Tässä tutkimuksessa potilaat toivat suullisissa kommentissaan esille negatiivisina kokemiaan asioita hoidossaan. Voi tosin olla, että suora palautteenanto on ollut osalle potilaista vaikeaa. Tästä johtuen on mahdollista, että puhelinhaastattelussa on annettu parempia vastauksia kuin nimettömänä esimerkiksi kirjekyselyyn. Kaikissa tutkimuksissa, joihin sisältyy suullista raportointia, tulee huomioida vastausten tarkkuus. Koskaan ei voida varmuudella tietää, ovatko annetut vastaukset oikeita. On tiedossa, että ihmiset vastaavat kysymyksiin tavalla, jolla heistä saadaan myönteinen vaikutus (Whittemore & Grey 2006). Tätä vastaamistapaa kutsutaan tavaksi, jossa haastateltava vastaa sosiaalisesti suotuisalla tavalla (Whittemore & Grey 2006, Hirsjärvi ym. 2003). Tutkija ei voi millään tietää, ovatko haastattelussa annetut vastaukset oikeita

vai vastaako haastateltava sosiaalisesti suotuisalla tavalla. Tästä johtuen tutkijan täytyy olettaa annettujen vastauksien olevan tosia (Whittemore & Grey 2006). Tässä tutkimuksessa vastauksissa ei ole suuria hajontoja ja moni potilaista vastasi tutkimuslomakkeen kysymyksiin samoilla arvosanoilla. Mikäli hoito oltiin koettuna hyvänä, siitä annetut arvioinnit olivat usein 9-10 arvosanan välillä. Tosin myös itsetäytettävillä kyselylomakkeilla saadaan vastauksia, joissa osa potilaista ilmoittaa olevansa kaikkeen tyytyväisiä ja annetut arvosanat ovat erinomaisia.

Puhelinhaastattelututkimusten vastausprosentit ovat yleensä korkeammat kuin postitse tehtävissä kyselyissä (Polit & Beck 2006, Smith 2005, Thomas & Purdon 1994). Postikyselyiden vastausprosenttien on todettu vaihtelevan yleensä 20-80 prosentin välillä. Usein postikyselyiden vastausprosentti jää kuitenkin alle 60 prosentin (Heikkilä 2002). Tässä tutkimuksessa todettiin puhelinhaastattelun kiinnostaneen potilaita, sillä 78 % potilaille lähetetyistä tutkimuslomakkeista palautui. Suurempi ongelma puhelinhaastatteluissa on ollut yleensä se, että haastateltavia on vaikea tavoittaa tutkimukseen (Heikkilä 2002.) Tässä on ristiriitaisuutta, koska tässä tutkimuksessa potilaiden tavoitettavuus puhelinhaastattelututkimukseen oli erinomainen. Tutkimukseen suostuneista potilaista 95 % tavoitettiin määräajassa. Useilla tutkimukseen osallistuneista potilaista oli matkapuhelin, joten potilaiden tavoittaminen oli helppoa.

Tässä tutkimuksessa potilaiden korkea vastausprosentti ja potilaiden tavoitettavuus tutkimukseen kertoo siitä, että potilaat olivat halukkaita antamaan palautetta hoidostaan puhelimitse. Haastattelututkimuksissa on myös huomioitava, että haastattelusta on vaikeampi kieltäytyä vastaamasta kuin kirjekyselyissä (Polit & Beck 2006, Whittemore & Grey 2006). Aikaisemmassa puhelinhaastattelututkimuksessa on tullut esiin, että tutkittavat antavat mielellään palautetta, jos mielenkiinnon kohteena ovat kokemukset tai tietämys omaan hoitoon liittyvistä asioista. (Smith 2005.)

Tutkimuksen luotettavuutta arvioidessa tulee aina kiinnittää huomiota vastaamatta jättäneisiin (Heikkilä 2002). Tutkimuksessa kadon osuus oli 35 %, eli kaikkiaan 55 potilasta jäi tutkimusjoukon ulkopuolelle. Näistä 35 potilasta jätti tutkimuslomakkeen palauttamatta, 11 potilasta kieltäytyi tutkimuksesta ja kolme vastausta jouduttiin hylkäämään, näistä kahden potilaan kohdalla haastatteluja ei pystytty luotettavasti suorittamaan. Lisäksi kuutta potilasta ei tavoitettu soittokerroista huolimatta. Tässä yhteydessä täytyy ottaa huomioon myös aikatauluun liittyvät

resurssit. Mikäli haastattelihoita olisi ollut enemmän, niin mahdollisesti nämä kuusi tavoittamatta jäänyttä potilasta olisi tavoitettu määräaikaan mennessä. Tarkkaa katoanalyysia ei kaikilta osin pystytä tekemään. Kaikilta tutkittavilta ei juuri koskaan saada vastauksia (Alkula ym. 1999). Voidaan myös olettaa, että osa potilaista unohti palauttaa tutkimuslomakkeen osastolle ilmoittautuessaan. Lomakkeen palauttamatta jättäneiltä potilailta ei uudestaan kysyty mahdollisesta tutkimukseen osallistumisesta. Tästä syystä potilaat jäivät tutkimusjoukon ulkopuolelle. On myös huomioitava, että 11 potilasta kieltäytyi kokonaan tutkimuksesta. Kadon syihin vaikuttaa tutkimuksen aihe ja erityisesti sen kiinnostavuus (Alkula ym. 1999).

Tarkasteltaessa lähemmin potilaiden antamia arvosanoja toiminnallisessa selviytymisessä ja avuntarvetta kotona ollessa, todetaan tuloksissa jonkin verran ristiriitaisuutta. Tässä tutkimuksessa potilaat arvioivat toiminnallista selviytymistään ensin kouluarvosanoilla. Tämän osion jälkeen potilaiden avuntarvetta kartoitettiin erillisellä kysymyksellä: ”Oletteko tarvinnut muilta apua kotona ollessanne?” Mikäli potilas oli tarvinnut apua, niin kysyttiin missä toiminnoissa hän oli tarvinnut apua. Tulosten mukaan 26 % potilaista koki selviytyneensä toiminnallisesti hyvin, vaikka vastausten perusteella he olivat kuitenkin tarvinneet muilta apua kotona ollessaan. Tarkasteltaessa potilaiden vastauksia, todettiin avuntarpeen liittyneen etenkin kodin siistinä pitämiseen ja kaupassa käyntiin. Voi tosin olla, että potilaat kokivat selviytyneensä toiminnallisesti hyvin avunsaantinsa takia. Tässä yhteydessä on kuitenkin tarkasteltava kriittisesti mittarin validiutta. On huomattava, että mittari ei aina vastaa sitä todellisuutta, jota tutkija kuvittelee tutkivansa. Kysymyksiin saadaan vastaukset, mutta vastaajat ovat voineet käsittää kysymykset eri tavalla kuin tutkija on ajatellut (Hirsjärvi ym. 2003). Ilman täydentävää lisäkysymystä avunsaannista tämä ristiriita ei olisi tullut tuloksissa esiin.

Tarkasteltaessa kaikkien summamuuttujien kokonaisarvosanoja, todetaan potilaiden arvioineen tiedollisen selviytymisensä lähelle yhdeksää (8,87). Tässä yhteydessä potilaat arvioivat nimenomaan omaa tietoaan hoidostaan. Voi olla, että annettuihin vastauksiin on vaikuttanut vastaajien taipumus vastata sosiaalisesti suotuisalla tavalla (Whittemore & Grey 2006). On mahdollista, että potilaat ovat halunneet vastata tavalla, jolla heistä saadaan myönteinen kuva. Tosin tutkijan täytyy luottaa annettuihin vastauksiin (Whittemore & Grey 2006). Mittarin mahdollista jatkokäyttöä ajatellen täytyy näihin seikkoihin kiinnittää kuitenkin erityistä huomiota.

Tähän tutkimukseen osallistui kaikkiaan 103 potilasta. Tutkimuksen otoskoon tulisi olla vähintään 100, jos kohderyhmä on suppea ja tuloksia tarkastellaan kokonaisuutena. Otoskoon tulisi olla 200-300, mikäli perusjoukossa on ryhmiä, joiden välisiin eroihin tutkimuksessa keskitytään. Suositeltavaa olisi, että jokaisessa ryhmässä olisi vähintään 30 tilastoyksikköä. (Heikkilä 2002). Tässä tutkimuksessa eri ryhmien tilastoyksiköiden määrä vaihteli. Sen voidaan todeta heikentävän tulosten luotettavuutta.

Tutkimuksen luotettavuutta tarkasteltiin myös voimakkuusanalyysilla, jolla voidaan määrittää tutkimukseen tarvittava riittävä otoskoko. Voimakkuusanalyysin laskenta suoritettiin General Power Analysis (G*POWER) – ohjelmalla (www.psych.uni-duesseldorf.de/aap/projects/gpower). Tulokseksi saatiin, että 95 % merkitsevyystasolla tutkimuksen otoskoon tulisi olla 278 vastaajaa. Voidaankin todeta, että suurempi otoskoko olisi merkittävästi parantanut tulosten luotettavuutta. Tässä on huomattava, että voimakkuusanalyysi tehtiin vasta aineistonkeruun jälkeen. Jatkossa tuleekin huomioida tarvittavan otoskoon määrittely ennen aineistonkeruuta.

Joten tämän tutkimuksen otoskoon vuoksi tuloksetkin ovat suuntaa antavia eikä niiden perusteella voida tehdä yleistyksiä. Tutkimuksessa saatuja tuloksia voidaan kuitenkin käyttää käytännön hoitotyön kehittämiseen.

6.3 Tutkimuksen merkitys hoitotyön kehittämiseksi ja jatkotutkimusaiheita

Tässä tutkimuksessa tutkittiin kvantitatiivisesti puhelinhaastattelumetodilla potilaiden kotona selviytymistä leikkauksen jälkeen. Tässä tutkimuksessa saatuja tuloksia ei voida yleistää, mutta tutkimuksella saatu tieto potilaiden kotona selviytymisestä on tärkeää käytännön hoitotyön kehittämiseksi. Tutkimuksella saatu tieto on tärkeää, jotta voidaan ennaltaehkäistä niitä ongelmia, joita potilailla on todettu olevan kotona selviytymisessään. Tässä tutkimuksessa saatiin uutta tietoa puhelinhaastattelusta tutkimusmenetelmänä. Puhelinhaastattelumetodista saatu tutkimustieto on merkityksellistä hoitotyön tutkimuksen kehittämiseksi jatkossa.

Strukturoidun puhelinhaastattelun etuja ovat tehokkuus ja nopea tiedonkeruu verrattuna esimerkiksi kirjekyselyyn. Puhelinhaastattelututkimuksen tekemisessä tulee huomioida myös taloudelliset seikat. Nykypäivänä tutkimuksen kokonaiskustannukset voidaan tarvittaessa melko luotettavasti arvioida ennakkoon ennen tutkimuksen aloittamista.

Tässä tutkimuksessa todettiin, että potilaiden kotona selviytymistä voidaan tukea ja edistää sairaalassa annetulla ohjauksella. Saatujen tulosten avulla voidaan sairaalassa annettavaa ohjausta keskittää niihin asioihin, joista potilaat toivoivat lisää tietoa ja ohjausta. Potilaat toivovat hoitajilta riittävästi aikaa ohjaukseen ja hoitajien pitäisi huomioida potilaan elämäntilanne paremmin ohjausta annettaessa. Potilaille tulee antaa lisää tietoa haavanhoidon tarkkailuun liittyvistä asioista. Potilaat haluavat enemmän tietoa haavanhoidon komplikaatioista eli siitä mitä heidän tulee konkreettisesti tarkkailla haavanhoidossaan. Myös mahdolliset liikkumiseen liittyvät rajoitukset tulee huomioida potilaiden ohjauksessa. Lisäksi tulisi kiinnittää huomiota potilaan riittävään tietoon kipulääkityksestään, jotta potilaiden toiminnallinen selviytyminen sujuisi hyvin kotona leikkauksen jälkeen. Potilaiden riittävä kivunhoito edistäisi potilaan selviytymistä päivittäisistä toiminnoista.

Tämän tutkimuksen perusteella esitetään useita jatkotutkimusaiheita ja puhelinhaastattelumetodin kehittämisehdotuksia. Potilaiden kotona selviytymistä olisi hyvä tutkia puhelinhaastattelumetodilla jatkossakin. Mittarin luotettavuuteen tulee kuitenkin kiinnittää erityistä huomiota. Tässä tutkimuksessa käytettyä mittaria, koskien potilaiden tiedollista ja toiminnallista selviytymistä, tulee vielä kehittää luotettavuuden parantamiseksi.

Potilaiden kotona selviytymistä leikkauksen jälkeen olisi hyödyllistä tutkia systemaattisemmin kotiutuksen jälkeen, esimerkiksi yhden viikon kuluttua kotiutuksesta ja sitten uudelleen kahden viikon kuluttua leikkauksesta. Näin olisi mahdollista selvittää vaihteleeke potilaiden kokema selviytyminen sen mukaan kuinka kauan aikaa leikkauksesta on kulunut. Aikaisemmassa tutkimustiedossa on todettu potilaiden selviytymisen olleen erilaista riippuen siitä, kuinka kauan aikaa leikkauksesta on kulunut. (Henderson & Zernike 2001.) Potilaiden mahdolliset yhteydenotot eri terveydenhuollon yksiköihin olisi syytä kartoittaa, koska tässä tutkimuksessa potilaiden yhteydenottojen määrät eri terveydenhuollon yksiköihin olivat melko suuret. Näin saataisiin tietoa myös siitä, millaisia huolenaiheita potilailla on leikkauksen jälkeen. Puhelinhaastattelujen on

todettu olevan tehokas keino selvittäessä potilaiden huolenaiheita kotiutuksen jälkeen (Watermann ym.1999).

Tarkemmin voisi kartoittaa potilaan ohjaukseen liittyvää informaatiota. Erikseen voisi tutkia potilaan tiedonsaantia ohjauksessa tai potilaiden kokemuksia ohjaustilanteista. Potilaiden ohjaustilanteet tapahtuvat nykyään melko nopeaan tahtiin, potilaat saavat lyhyessä ajassa runsaasti tietoa. Olisikin tärkeää tutkia systemaattisemmin potilaiden kokemuksia tiedonsaannista ja ohjaustilanteista yleensä. Tutkimuksissa on todettu, että potilaan fyysisellä ympäristöllä on vaikutusta hänen kokemukseensa annetun hoidon laadusta, joten olisi hyödyllistä kartoittaa potilaiden kokemuksia fyysisestä ympäristöstään.

Potilaiden saamaan kirjalliseen materiaaliin ja informaatioon liittyvää tutkimusta tarvittaisiin enemmän. Ei ole tietoa siitä, ovatko nykyiset kotiin annettavat kirjalliset ohjeet relevantit ja onko niissä kaikki potilaiden tarvitsema tieto. Erityisesti potilaiden haavan hoitoon ja kivun hoitoon liittyvää tutkimusta tarvittaisiin, jotta potilaiden mahdollisesti kotona esiintyviin ongelmiin voitaisiin puuttua sairaalassa annetussa suullisessa ja kirjallisessa ohjauksessa.

Kehittämissuhteina esitetään lisäksi, että puhelinhaastatteluun toteuttamiseen koulutettaisiin lisää henkilökuntaa, jotta aineiston keruu voitaisiin toteuttaa tehokkaammin ja nopeammalla aikataululla. Koulutettujen haastattelijoiden avulla aineiston kerääminen vie suhteellisen vähän resursseja saatavaan tietoon nähden. Tämän tutkimuksen perusteella potilaiden tavoitettavuus todettiin erinomaiseksi.

Tähän tutkimukseen osallistuivat vain elektiivisen leikkauksen läpikäyneet potilaat lukuunottamatta rintasyöpäpotilaita. Samaan aikaan tässä sairaalassa oli meneillään rintasyöpäpotilaita koskeva väitöskirjatutkimus, joten tämä potilasryhmä jätettiin tutkimusjoukon ulkopuolelle. Jatkossa olisikin tärkeää, että tutkimukseen osallistuisivat kaikki kotiin kotiutuvat potilaat mukaan lukien rintasyöpäpotilaat sekä päivystyspotilaat.

Aineistonkeruumenetelmää ehdotetaan muutettavaksi niin, että leikkaukseen tuleville potilaille annettaisiin ohjauksen yhteydessä kirjallinen tiedote puhelinhaastattelututkimuksesta. Valmiiksi täytetyt lomakkeet pyydetäisiin potilailta heidän kotiutuessaan. Olisi mielenkiintoista saada lisätietoa siitä, kuinka halukkaita potilaat ovat osallistumaan puhelinhaastattelututkimukseen, ja kuinka heidät tavoittaa haastatteluun kotiutuksen jälkeen.

Myös laadullisella tutkimusmenetelmällä voitaisiin tutkia potilaiden kotona selviytymistä ja heidän kokemuksiaan sairaalassa saadusta hoidosta. Laadullisessa tutkimuksessa kaikki haastattelut nauhoitettaisiin potilaan luvalla. Näin voitaisiin mahdollisesti saada lisää tietoa potilaiden kotona selviytymisestä ja sairaalassa annetun ohjauksen hyödynnettävyydestä. Saadun tiedon perusteella voitaisiin kehittää käytännön hoitotyötä vastaamaan paremmin potilaiden tarpeisiin.

Vuodeosastojen oman hoitotyön kehittämiseksi olisi tärkeää systemaattinen tutkimus, jolla voisi tutkia oman osaston hoitotyön toteutusta ja kehitystä. Mielenkiintoista olisi myös vertailla oman osaston tuloksia muihin osastoihin. Hoitotyön laadun mittaaminen on vaikeaa ja haasteellista. Hoitotyö tulisi saada näkyvämmäksi ja hoitotyön laadun seurannan tulisi olla helposti toistettavissa ja mitattavissa.

LÄHTEET

- Ahde, M. 1997. Gynekologisen potilaan tiedonsaanti, komplikaatiot, tyytyväisyys ja selviytyminen kotona päiväkirurgisen toimenpiteen jälkeen. Pro gradu-tutkielma. Helsingin yliopisto. Helsinki.
- Alkula, T., Pöntinen, S. & Ylöstalo, P. 1999. Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. WSOY. Juva.
- Alanen, S. 2002. Potilaiden tiedontarpeet ja tiedonsaanti Hyvinkään sairaalan sisätautien, kirurgian ja päiväkirurgian osastoilla. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Tampere.
- Archibald, G. 2003. Patients' experiences of hip fracture. *Journal of Advanced Nursing* 44, 385-392.
- Barthelsson, C., Lutzen, K., Anderberg, B. & Nordström, G. 2003. Patients' experiences of laparoscopic cholecystectomy in day surgery. *Journal of Clinical Nursing* 12, 253-259.
- Burns, N. & Grove, S. 2003. *Understanding Nursing Research*. Third Edition. Saunders, Philadelphia. Pennsylvania.
- Caldwell, M. 1991. Surgical outpatient concerns. What every perioperative nurse should know. *AORN Journal* 53, 761-767.
- Cawley, M., Kostic, J. & Cappello, C. 1990. Informational and psychosocial needs of women choosing conservative surgery/primary radiation for early stage breast cancer. *Cancer Nursing* 13, 90-94.
- DeVellis, RF. 1991. *Scale Development. Theory and Applications*. Applied Social Research Methods Series 26. Sage, London.

Dewar, A., Scott, J. & Muir, J. 2004. Telephone follow-up for day surgery patients: patient perceptions and nurses' experiences. *Journal of PeriAnesthesia Nursing* 19, 234-41.

Driscoll, A. 2000. Managing post-discharge care at home: an analysis of patients' and their carers' perception of information received during their stay in hospital. *Journal of Advanced Nursing* 31, 1165-1173.

Fareed, A. 1996. The experience of reassurance: patients' perspectives. *Journal of Advanced Nursing* 23, 272-279.

Folkman, S. & Moskowitz, J.T. 2003. Coping: Pitfalls and Promise. *Annual Review of Psychology* 55, 745-774.

Fox, V. 1998. Postoperative education that works. *The Association of Perioperative Registered Nurses* 67, 1010-1017.

Garbee, D. & Beare, P. 2001. Creating a Positive Surgical Experience for Patients. *The Association of Perioperative Registered Nurses* 74, 333-337.

Garbee, D. & Gentry, J. 2001. Coping with stress of surgery. *The Association of Perioperative Registered Nurses* 73, 946, 949-951.

G*POWER. Luettavissa: www.psych.uni-duesseldorf.de/aap/projects/gpower.

Haber, J. 2006. Legal and Ethical Issues. Teoksessa LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. *Nursing Research. Methods and Critical Appraisal for Evidence-Based Practice*. 6th Edition. Mosby Inc. Missouri.

Haber, J. & LoBiondo-Wood, G. 2006. Reliability and Validity. Teoksessa LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. *Nursing Research. Methods and Critical Appraisal for Evidence-Based Practice*. 6th Edition. Mosby Inc. Missouri.

Harju, P. 1998. Terveysthuollon asiakaspalvelun laatu keskussairaalan kirurgian vuodeosastoilla hoidettujen potilaiden arvioimana. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Tampere.

Hartmann, R. A. & Kochar, M.S. 1994. The provision of patient and family education. *Patient Education and Counseling* 24, 101-108.

Heikkilä, T. 2002. Tilastollinen tutkimus. Edita Prima Oy. Helsinki.

Henderson, A. & Zernike, W. 2001. A study of the impact of discharge information for surgical patients. *Journal of Advanced Nursing* 35, 435-441.

Henderson, A. & Phillips, S. 1996. Surgical patients' information needs on discharge: Are they being met? *International Journal of Nursing Practice* 2, 229-235.

Hiidenhovi, H. 2001. Palvelumittarin kehittäminen sairaalan poliklinikalla. *Acta Universitatis Tamperensis* 914. Tampereen Yliopistopaino Oy Juvenes Print. Tampere.

Hiidenhovi, H., Paunonen-Ilmonen M. & Åstedt-Kurki, P. 2001. Palvelu potilaiden kokemana yliopistollisessa sairaalassa. *Hoitotiede* 1, 11-20.

Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 2003. Tutki ja kirjoita. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Hodgson, N.A. & Given, C.W. 2004. Determinants of functional recovery in older adults surgically treated for cancer. *Cancer Nursing. An International Journal for Cancer Care* 27. 10-16.

Holloway, A. 1996. Patient knowledge and information concerning medication on discharge from hospital. *Journal of Advanced Nursing* 24, 1169-1174.

Hovi, P-R. 2003. Lyhythoittoisten potilaiden kokemuksia leikkauksen jälkeen annetusta ohjauksesta ja selviytymisestä kotona. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Tampere.

Human Research Ethics Committee.2006. Telephone interviewing policy. Australia. University of Wollongong. Viitattu 19.11.2006

www.uow.edu.au/research/rso/ethics/human/telephone-interviewing.html

Icenhour, M.L. 1988. Quality interpersonal care. A study of ambulatory surgery patients' perspectives. *The Association of Perioperative Registered Nurses* 47, 1414-1418.

Johansson, K., Hupli, M. & Salanterä, S. 2002. Patients' learning needs after hip arthroplasty. *Journal of Clinical Nursing* 11, 634-639.

Johnson, R., Pye, J., Scriven, M., Billings, P., Wood, C. & Crumplin, M. 1999. Patient's perceptions of surgical services in a district general hospital. *British Journal of Surgery* 86, 1549-1555.

Kettunen, T. & Poskiparta, M. 1998. Preoperatiivinen haastattelu. Anestesiahoitajan mahdollisuus tukea potilaan leikkaukseen valmistautumista. *Hoitotiede* 5, 271-278.

Kleinbeck, S.V.M. & Hoffart, N. 1994. Outpatient recovery after laparoscopic cholecystectomy. *The Association of Perioperative Registered Nurses* 60, 394-402..

Korte, R, Rajamäki, A., Lukkari, L. & Kallio, A. 1996. Perioperatiivinen hoito. WSOY. Porvoo.

Kralik, D., Koch, T. & Wotton, K. 1997. Engagement and detachment: understanding patients' experiences with nursing. *Journal of Advanced Nursing* 26, 399-407.

Laitinen, H. & Åstedt-Kurki P. 1996. Tehohoitovaihetta edeltävä tiedonsaanti sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaiden kokemana. *Hoitotiede* 4, 167-174.

Law, M-L. 1997. A telephone survey of day-surgery eye patients. *Journal of Advanced Nursing* 25, 55-363.

Leino-Kilpi, H. & Suominen, T. 1997. Mitä on olla LYHKE-potilaana? Kirjassa Suominen, T. & Leino-Kilpi, H. (toim.) Lyhytkirurginen potilas terveydenhuollon asiakkaana. Stakes Raportteja 210. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

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. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Leino-Kilpi, H. & Vuorenheimo, J. 1992. Potilas hoidon laadun arvioijana. Stakes. Raportteja 68. Valtion painatuskeskus. Helsinki.

Lepola, I., Louet, T. & Aho, R. 2001. Aivokasvaintopotilaiden kuvaukset potilaana olemisesta ja hoidosta yliopistollisen keskussairaalan neurokirurgian klinikassa. Hoitotiede 1, 3-10.

Lepola, E., Muhli, A. & Kanninen, A. 2003. SPSS 11.5 for Windows-perusteet. ATK-keskus. Oulun yliopisto. Oulu.

Lindberg, M. 2005. Helsingin Sanomat, 1.3.2005., A6.

Lynn, M. & McMillen, B. 1999. Do nurses know what patients think is important in nursing care? Journal of Nursing Care Quality 13, 65-74.

Mattila, E. 1998. Potilaan ohjaus sairaalahoidon aikana – potilaiden käsityksiä ja kokemuksia. Hoitotiede 3, 144-152.

Marttila, M. & Piekkola, S. 1997. Päiväkirurgisen potilaan ohjaus potilaiden ja sairaanhoitajien näkökulmasta. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Tampere.

Metsämuuronen, J. 2000. SPSS aloittelevan tutkijan käytössä. International Methelp, Helsinki.

Moos, R.H. & Schaefer, J. A. 1984. Coping with physical illness 2: New perspectives. Plenum Publishing Corporation. New York.

Mordiffi, S. Z., Tan, S. P. & Wong, M. K. 2003. Information provided to surgical patients versus information needed. *The Association of Perioperative Registered Nurses* 77, 546-562.

MOT-Kielikone.2004. MOT Enteka Englanti-Suomi. Luettavissa:
<http://mot.kielikone.fi/mot/uta/netmot.exe>.

MOT-Kielitoimiston sanakirja 1.0. Luettavissa:
<http://helios.uta.fi:2070/mot/uta/netmot.exe?UI=figr&height=153>

Munnukka, T. 1993. Tehtävien hoidosta yksilövastuiseen hoitotyöhön. Väitöskirja. *Acta Universitas Tamperensis ser A vol 375*. Tampereen yliopisto. Tampere.

Nylander, U. 2002. Potilaan opettaminen. Lähtökohtana potilaslähtöisyys. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Tampere.

Oberle K., Allen, M. & Lynkowski, P. 1994. Follow-up of same day surgery patients. A study of patient concerns. *The Association of Perioperative Registered Nurses* 59, 1016-1025.

Palmu, P. & Suominen, T. 1999. Nuoren lyhytkirurgisessa hoidossa olevan potilaan ohjaus. *Hoitotiede* 3, 119-127.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. WSOY. Juva.

Pietilä, A-M. & Tervo, A. 1998. Elderly Finnish people's experiences with coping at home. *International Journal of Nursing Practice* 4, 19-24.

Polit, D.F. & Beck, C.T. 2006. *Essentials of Nursing Research. Methods, Appraisal, and Utilization*. Sixth Edition. LippincottWilliams & Wilkins. Philadelphia.

Ponzer, S., Molin, U., Johansson, S-E, Bergman, B. & Törnkvist, H. Psychosocial support in rehabilitation after orthopedic injuries. *The Journal of Trauma. Injury, Infection and Critical Care* 48, 273-279.

Rasi, I., Lepola, E. & Kanninen, A. SPSS 13.0. 2005. Oulun yliopisto. Tietohallinto. Oulu.

Read, C. 1998. Patients' information needs in intensive care and surgical wards. *Nursing Standard* 12, 37-39.

Reilly, J. Allardice, G., Bruce, J. Hill, R. & McCoubrey, J. 2006. Procedure-specific surgical site infection rates and postdischarge surveillance in Scotland. *Infection Control and Hospital Epidemiology* 27, 1318-1323.

Rekiaro, I. & Robinson, D. 1995. Suomi-Englanti-Suomi-sanakirja. Toinen laajennettu ja uusittu painos. Gummerus Kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Schmidt, L. 2003. Patient's perceptions of nursing care in the hospital setting. *Journal of Advanced Nursing* 44, 393-399.

Smith, E.M. 2005. Telephone interviewing in health care research: a summary of the evidence. *Nurse Researcher* 12, 1351-5578.

Suhonen, R. & Katajisto, J., Välimäki, M. 1999. Yksilöllinen hoito potilaiden kokemana. *Hoitotiede* 5, 282-291.

Sundman, E. toim. 2000. Teoksessa Potilaan asema ja oikeudet. Sundman, E. Potilaan hoitokokemuksia somaattisessa sairaanhoidossa 187-203.

Suomen kielen perussanakirja. 1992. Toinen osa. Valtion painatuskeskus. Helsinki.

Suominen, T. 1998. Päiväkirurgia ja potilaan kokemukset. *Sairaalaviesti* 4, 27-28.

Timonen, L. & Sihvonen, M. 1998. Rintasyöpäpotilaan ohjaus yliopistollisen keskussairaalan kirurgisella vuodeosastolla ja poliklinikalla. *Hoitotiede* 5, 299-308.

Thomas, R. & Purdon, S. 1994. Telephone methods for social surveys. *Social research Update*, Issue 8. Guilford, University of Surrey. Viitattu 19.11.2006.
www.soc.surrey.ac.uk/sru/SRU8.html

Vainiola, T. 2000. Kirurgiselle vuodeosastolle kutsutun potilaan tulopäivä. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Tampere.

Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. WSOY. Juva.

Viitamäki, R. 1995. Päiväkirurgisen toimintaohjelman arviointi. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Tampere.

Vuorenheimo, J. 1991. Hyvä perioperatiivinen hoito selkäleikkauspotilaiden arvioimana. *Hoitotiede* 3, 154-160.

Välimäki, M., Leino-Kilpi, H., Antila, M-L., Myllylä, B-M., Dassen, T., Gasull, M., Lemonidou, C., Scott, A., Ardnt, M. & Kaurila, T. 2001. Potilaan autonomia kirurgisessa hoitotyössä. *Hoitotiede* 3, 155-166.

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.

Westman, M. & Backman, M. 1997. Potilaiden näkemys kirurgisesta sairaanhoidosta. Tutkimus HYKS:n Kirurgisessa sairaalassa vuonna 1994 ja vertailu tutkimustuloksiin vuodelta 1990. *Hoitotiede* 1, 33-39.

Whittemore, R. & Grey, M. 2006. Data-Collection Methods. Teoksessa LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. Nursing Research. Methods and Critical Appraisal for Evidence-Based Practice. 6th Edition. Mosby Inc. Missouri.

Liitetaulukko 1. Aikaisempaa tutkimustietoa kirurgisen potilaan kotona selviytymisestä, tiedonsaannista ja ohjauksesta.

Tutkija/ Vuosi	Tutkimuksen aihe	Aineistonke- ruu- ja analysointi	Tutkimukseen osallistujat/ Taustamuut- tajat	Päätulokset
Ahde, 1997.	Gynekologisen potilaan tiedonsaanti, komplikaatiot, tyytyväisyys ja selviytyminen kotona päiväkirurgisen toimenpiteen jälkeen.	Puolistruktu- roitu kyselylomake, annettiin kotiutuksen yhteydessä. Palautus viikon kuluttua toimenpiteestä postitse.	N=72 Koulutus, ikä, työssäkäynti, asumismuoto, kenen kanssa asuu, lapsien lukumäärä, lapsien hoitopaikka, välimatka sairaalan ja kodin välillä, aikaisemmat leikkaukset	Potilaat olivat tyytyväisiä tiedonsaantiin ennen ja jälkeen leikkauksen. Komplikaatioita oli vähän. Saamansa hoitoon potilaat olivat hyvin tyytyväisiä. Kotona selviytymistä hankaloittivat eniten liikkuminen ja kaupassakäynti.
Archibald 2003.	Potilaiden kokemukset lonkkamurtumasta .	Laadullinen haastattelututkimus.	N=5 potilasta.	Potilaiden kivun hoito oleellista, kotiutuksen suunnittelu on tärkeää ja potilaiden elämän laadun säilyttäminen merkityksellistä. Potilaiden kuntoutusmahdollisuudet tulee selvittää.
Barthelsson, ym. 2003.	Potilaiden kokemukset laparoskopisesta sappirakon poisto- leikkauksesta päiväkirurgiassa.	Laadullinen haastattelututkimus. Aineisto koodattiin, kategorisoitiin ja analysoitiin käyttämällä laadullista analyysia.	N= 12 10 naista ja 2 miestä.	Potilaat jännittivät leikkausta ja toivoivat lääkitystä rauhoittuakseen. Kirurgilta saatuja kotiohjeita ei muistettu, kivun kokemus vaihteli suuresti. Suuri osa potilaista kuitenkin koki kotiutumisen leikkauksen päivänä positiivisena.

jatkuu...

Liitetaulukko 1. 2 (9)

Tutkija/ Vuosi	Tutkimuksen aihe	Aineistonkeruu- ja analysointi	Tutkimukseen osallistujat/ Taustamuut- tajat	Päätulokset
Caldwell, L.M. 1991.	Päiväkirurgisen potilaan huolenaiheet.	Haastattelututki- mus potilaille, jotka leikattiin ensimmäistä kertaa päiväkirurgiassa.	N=76 potilasta.	On tärkeää kysyä potilailta, mikä heitä huolestuttaa hoidossaan. Potilaiden huolenaiheita olivat tiedonsaanti, kirurginen toimenpide, mm. pelko leikkausta kohtaan ja toipumisprosessiin liittyvät asiat.
Driscoll, 2000.	Selviytyminen kotiutuksen jälkeisestä hoidosta: analyysi potilaiden ja heidän omaistensa tiedonsaamista sairaalassaoloaikana	Tutkimus suoritettiin kahdessa osassa. Ensimmäinen osio sisälsi kvalitatiivisen haastattelun potilaille ja omaisille. Toinen osio oli kvantitatiivinen kysely, toinen potilaille ja toinen omaisille.	Ensimmäinen osio N=5 potilasta ja heidän omaisensa, kaksi viikkoa kotiutuksen jälkeen. Toinen osio N=40 potilasta ja heidän omaisensa kaksi viikkoa kotiutuksen jälkeen	Päätuloksena voitiin todeta, että omaiset saivat vain vähän tietoa koskien potilaiden ongelmia ja hoitoa kotona. Kotiutuksen suunnittelussa ei usein huomioitu omaisten terveyttä tai työtilannetta. Omaiset, jotka osallistuivat tiedonsaantiin koskien kotihoitoa olivat kaikkiaan tyytyväisempiä hoitoon, potilailla oli myös vähemmän ongelmia kotona.
Fareed, 1996.	Vakuuttavuuden kokemus: Potilaiden näkökulma.	Laadullinen tutkimus Colaizzin mukaan.	N=8 potilasta.	Potilaat odottavat hoitajien olevan ammattitaitoisia, tietoa antavia, hyvät kommunikaatiotaidot omaavia, ”läsnä olevia”, luotettavia ja optimismia ylläpitäviä. Hoitoympäristön toivotaan olevan ystävällinen, turvallinen ja miellyttävä.

jatkuu...

Liitetaulukko 1.3 (9)

Tutkija/ Vuosi	Tutkimuksen aihe	Aineistonkeruu- ja analysointi	Tutkimukseen osallistujat/ Taustamuut- tajat	Päätulokset
Harju, 1998.	Terveysten- huollon asiakaspalve- lun laatu keskussairaa- lan kirurgian vuodeosas- toilla hoidettujen potilaiden arvioimana.	Tilastollinen tutkimus. Analysointi SPSS-ohjelmalla. Strukturoitu kyselylomake, annettiin potilaalle kotiutuksen yhteydessä.	N=97 potilasta. Osasto, sukupuoli, ikä, sairaalassaolo- aika, koulutus, päi- vystys/elekti- vinen leikkaus, tulopäivä, kellonaika, omahoitaja, potilaiden avuntarve	Fyysinen ympäristö arvioitiin erittäin hyväksi, samoin henkilökunnan ammattitaitoon luotettiin. Hoidon saavutettavuus ja tiedon saanti toteutui heikoimmin.
Hiidenhovi ym. 2001.	Palvelu potilaiden kokemana yliopistollis- essa sairaalassa.	Laadullinen tutkimus Colaizzin mukaan.	N=40 22 naista. 18 miestä.	Palvelu on sairaalassa monisisältöinen, dynaaminen käsite, joka on aika- ja tilannesidonnainen. Palvelu on subjektiivisena kokemuksena yksilöllinen ja toiminnallinen tapahtumaprosessi. Palvelussa korostuu ihmisten välinen vuorovaikutus.
Hovi, P-R. 2003.	Lyhythoitais- ten potilaiden kokemuksia leikkauksen jälkeen anne- tusta ohjauksesta ja selviytymises- tä kotona	Kyselytutkimus.	N=75	Potilaat kokivat saaneensa riittävästi tietoa ja taitojen opetusta sairaalassa ollessaan. Potilailla oli ongelmia liikkumisessa, haavanhoidossa ja henkisessä jaksamisessa kotona. Naisten ulkopuolinen avuntarve oli suurempi kuin miesten.

jatkuu...

Liitetaulukko 1. 4 (9)

Tutkija/ Vuosi	Tutkimuksen aihe	Aineistonkeruu- ja analysointi	Tutkimukseen osallistujat/ Taustamuut- tajat	Päätulokset
Johansson ym. 2002.	Potilaiden oppimistarpeet lonkkaproteesileikkauksen jälkeen	Määrällinen tutkimus. Ensimmäinen kysely täytettiin ennen kotiutusta ja toinen kaksi viikkoa kotiutuksen jälkeen.	Ensimmäinen kysely N=212 potilasta, toinen kysely N=144 potilasta. Ikä, sukupuoli, koulutus ja työelämä.	Tulokset osoittivat, että potilaiden oppimistarpeet vähenivät selvästi kotiutuksen jälkeen. Molemmissa kyselyissä potilaat kokivat, että on tärkeää saada tietoa kompikaatioista ja oireista. Iällä, sukupuolella, koulutuksella ja työelämässä olemisella oli selvä yhteys oppimistarpeisiin. Useimpia oppimistarpeita oli yli 60-vuotiailla naisilla, vähemmän koulutetuilla ja eläkeläisillä.
Johnson ym. 1999.	Potilaiden näkemykset kirurgisesta hoidosta aluesairaalassa.	Tilastollinen kyselytutkimus, joka tehtiin kolmessa eri sairaalassa, tuloksia vertailtiin toisiinsa.	N=1666 vastausta ensimmäiseen kyselyyn, 1445 vastausta toiseen kyselyyn kuusi viikkoa myöhemmin. Ikä, diagnoosi	Potilaat olivat pääosin tyytyväisiä kirurgiseen hoitoon. Negatiiviset kommentit koskivat huonoa kommunikaatiota ja mikäli potilaat joutuivat odottamaan vuodepaikkaa. Kirjallisen informaation saanti koettiin tärkeäksi.
Kralik ym. 1997.	Sitoutunut ja sitoutumaton: Potilaiden kokemusten ymmärtäminen hoitotyössä.	Potilashaastattelut ennen leikkausta, leikkauksen jälkeen ja kotiutuksen jälkeen, Colaizzin mukaan.	N=9 naispotilasta, jotka toipuivat lonkkaproteesileikkauksesta.	Sitoutunut hoitaja koettiin ystävällisenä, tietoa ja tukea antavana sekä luotettavana fyysisessä kontaktissa. Sitoutumaton hoitaja kohteli potilaita objektina, oli liian tehokas, kiireinen ja oli kovakourainen fyysisessä kontaktissa.

jatkuu...

Liitetaulukko 1. 5 (9)

Tutkija/ Vuosi	Tutkimuksen aihe	Aineistonkeruu- ja analysointi	Tutkimukseen osallistujat/ Taustamuut- tajat	Päätulokset
Kvist, 2004.	Hoidon laatu- potilaiden ja henkilöstön yhteinen asia?	Tilastollinen kyselytutkimus.	N=861 potilasta. N=699 henkilöstöön kuuluvaa.	Hoidon laatu oli yleisesti ottaen hyvää potilaiden ja henkilöstön arvioimana. Hoidon laadun arvioinneissa oli selviä eroja potilaiden ja henkilöstöryhmien kesken.
Laitinen & Åstedt- Kurki. 1996.	Tehohoitovaihetta edeltävä tiedonsaanti sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilai- den kokemana.	Tutkimustiedon kerääminen dialogin avulla, aineiston analysointi käyttämällä teema- ja mallianalyysia.	N=10 potilasta.	Potilaiden tiedon tarve on yksilöllinen, joillekin potilaille tiedonsaanti aiheutti ahdistusta. Pääosin tiedonsaanti lisäsi turvallisuuden tunnetta, orientoitumista, oman elämän hallinnan tunnetta sekä vähensi riippuvuutta hoitohenkilökunnasta.
Lepola ym. 2001.	Aivokasvainpotilai- den kuvaukset potilaana olemisesta ja hoidosta yliopistollisen keskussairaalan neurokirurgian klinikassa.	Teemahaastattelu käyttämällä sisällönanalyysia.	N=8 potilasta.	Potilaat suhtautuivat sairauteen pelottomasti ja rauhallisesti, masentuneisuutta ja pelokkuutta esiintyi myös. Hoito koettiin ystävälliseksi, asialliseksi ja perustarpeista huolehdittiin. Kiireen tuntu koettiin negatiivisena.

jatkuu...

Tutkija/ Vuosi	Tutkimuksen aihe	Aineistonkeruu- ja analysointi	Tutkimukseen osallistujat/ Taustamuut- tijat	Päätulokset
Lynn & McMillen, 1999.	Tietävätkö sairaanhoitajat mitä potilaat pitävät tärkeänä hoitotyössä?	90 eri kohdan mittari, joka oli kehitetty potilaiden laadullisten haastattelujen pohjalta. Potilaat laittoivat tärkeysjärjestyk- seen kohdat omasta näkökulmastaan ja sairaanhoitajat niin kuin he ajattelivat potilaiden tärkeysjärjestyk- sen olevan.	N=448 potilasta ja N=350 sairaanhoita- jaa sisätauti- kirurgisilta osastoilta seitsemässä eri sairaalassa.	Potilaiden ja sairaanhoitajien vastauksissa oli eroja. Hyvän hoitotyön toteutus arvioitiin molemmissa vastaajaryhmissä korkealle. Hoitajat aliarvostivat fyysisen ympäristön merkitys potilaalle, samoin hoitajan ammatillisuutta potilaat arvostivat enemmän kuin hoitajat olettivat.
Mattila, 1998.	Potilaiden ohjaus sairaalahoidon aikana – potilaiden käsityksiä ja kokemuksia	Fenomenografinen tulkitsevan analyysin menetelmä.	N=15 somaattista potilasta. N=10 psykiatrista potilasta.	Somaattisten potilaiden mielestä ohjaus on informointia, neuvojen saamista. Psykiatristen potilaiden mielestä ohjaus on osallistuvaa ja kehittävää. Ohjauksen todettiin edistävän itsehoitovalmiuksia.
Marttila & Piekkola. 1997.	Päiväkirurgisen potilaan ohjaus potilaiden ja sairaanhoitajien näkökulmasta.	Laadullinen tutkimus. Avoin haastattelu.	N=10 potilasta. N=10 sairaanhoi- tajaa.	Ohjaukokemuksiin vaikutti henkilökunnan kanssa koettu vuorovaikutus. Potilaat yhdistivät ohjauksen ymmärrettävyyteen kirjallisen materiaalin käytön, ja ohjauksen tuli vastata potilaan tarpeita. Sairaanhoitajat pitivät ohjausta hoitotyön oleellisena osana.

jatkuu...

Liitetaulukko 1. 7 (9)

Tutkija/ Vuosi	Tutkimuksen aihe	Aineistonkeruu- ja analysointi	Tutkimukseen osallistujat/ Taustamuut- tajat	Päätulokset
Nylander, 2002.	Potilaan opettaminen lähtökohtana potilaslähtöisyys.	Laadullinen tutkimus. Puolistrukturoitu teemahaastattelu.	N=12 sairaanhoitajaa.	Hoitajien pääpaino opetuksessa kohdistui kotihoidon opetukseen. Opetusmateriaalit ja välineet koettiin riittäviksi. Rauhallisen tilan puute ja riittämätön aika todettiin hyvän potilasopetuksen esteiksi.
Palmu & Suominen. 1999.	Nuoren lyhytkirurgisessa hoidossa olevan potilaan ohjaus.	Teemahaastattelu käyttäen sisällön analyysia.	N=15 potilasta, iältään 13-15-vuotiasta.	Potilaat toivoivat lisää tietoa hoidostaan. Itsehoitoa ei pidetty osana sairaalahoitoa. Ennen leikkausta annettu tieto koetaan tärkeäksi.
Schmidt, 2003.	Potilaiden havainnot hoitotyöstä sairaalassa.	Grounded teoria.	N=8 sisätauti-kirurgista potilasta.	Hoitotyöstä nousi esiin neljä erilaista kategoriaa. Potilaan yksilöllisyys, ”selittäminen” eli hoitaja selittää, mitä hän tekee, ”vastaaminen” potilaan tarpeisiin tai oireisiin, ”perään katsominen” tarkoittaa hoitohenkilökunnan valvovaa toimintaa, potilaista huolehtimista.

jatkuu...

Tutkija/ Vuosi	Tutkimuksen aihe	Aineistonkeruu- ja analysointi	Tutkimukseen osallistujat/ Taustamuut- tijat	Päätulokset
Suhonen ym. 1999.	Yksilöllinen hoito potilaiden kokemana.	Tilastollinen kyselytutkimus, annettiin kotiutuessa potilaille, palautus osastolle varattuun paikkaan.	N=186 potilasta, Hoidettava osasto, sukupuoli, ikä, sairaalassaolo- aika.	Yksilöllinen hoito toteutui melko hyvin, potilaan sairaalahoidosta johtuva tilanne huomioitiin parhaiten, huonoiten henkilökohtainen tilanne.
Timonen & Sihvonen. 1998.	Rintasyöpäpotilaan ohjaus yliopistollisen keskussairaalan kirurgisella vuodeosastolla ja poliklinikalla.	Tilastollinen kyselytutkimus, puolistrukturoitu kyselylomake. Lomakkeen palautus kahden viikon kuluttua jälkitarkastuk- sessa.	N=71 potilasta. Ikä, koulutus, siviilisääty, leikkausme- netelmä ja sairaalassaolo- aika.	Potilaat olivat melko tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen hoidon aikana. Parhaiten ohjausta saaneet potilaat saivat ohjausta eri lähteistä. Tietoa potilaat saivat eniten kirurgilta, hoitajalta ja kirjallisista lähteistä. Huonoiten potilaat saivat tietoa jatkohoidoista.
Viitamäki, 1995.	Päiväkirurgisen toimintaohjelman arviointi.	Tilastollinen kyselytutkimus. Potilaat saivat kotiutuessaan kyselylomakkeen, palautus kahden viikon kuluttua leikkauksesta.	N=128. Sukupuoli, ikä, ammatti, aikaisemmat leikkaukset, aik. kokemus päiväkirurgi- asta	Sairaanhoitajien suorittama ohjaus ja neuvonta oli kohtalaisen onnistunut. Potilaat toivoivat lisää tietoa leikkauksen vaikutuksista päivittäisiin toimiin. Puhelinsoittoa kotiin seuraavana päivänä leikkauksesta potilaat pitivät tarpeellisena.

jatkuu...

Tutkija/ Vuosi	Tutkimuksen aihe	Aineistonkeruu- ja analysointi	Tutkimukseen osallistujat/ Taustamuut- tijat	Päätulokset
Välimäki ym. 2001.	Potilaan autonomia kirurgisessa hoitotyössä.	Tilastollinen kyselytutkimus, kyselylomakkeet jaettiin potilaille kotiinlähtöpäivänä ja palautettiin ennen kotiinlähtöä.	N=190 potilasta, N=141 hoitajaa. Sukupuoli, ikä, siviilisäätty, koulutus, sairaalassa- oloaika, elektiivinen/ päivystyspo- tilas	Potilaiden odotukset autonomian suhteen toteutuivat pääasiassa. . Potilaiden ja hoitajien odotukset erosivat toisistaan. Potilaiden tiedonsaanti toteutui hyvin hygieniaan ja lääkehoitoon liittyvissä asioissa. Erittämiseen liittyvissä kysymyksissä esiintyi epätietoisuutta.
Vuorenhai- mo, 1991.	Hyvä perioperatiivinen hoito selkäleikkaus- potilaiden arvioimana.	Puolistrukturoitu teemahaastattelu, analysoitiin sisällönanalyysi- menetelmällä.	N=30 potilasta.	Kaikki potilaat olivat tyytyväisiä saamaansa hoitoon. Tiedon määrä ja laatu vaihtelivat. Potilaan ohjauksessa koettiin tärkeäksi selittäminen, mitä tehdään ja miksi.
Westman & Backman. 1997.	Potilaiden näkemys kirurgisesta sairaanhoidosta. Tutkimus HYKS:n Kirurgisessa sairaalassa vuonna 1994 ja vertailu tutkimustuloksiin vuodelta 1990.	Kyselylomake. Strukturoidut kysymykset analysoitiin SOLO-ohjelmalla, ei-strukturoidut kysymykset sisällön analyysillä. Hoidon minimijaksi määriteltiin 4 vuorokautta. Lomakkeen palautus kahden viikon kuluttua kotiutuksesta.	N=215 potilasta. Osasto, äidinkieli, diagnosi, ikä, sukupuoli, koulutus, tulotapa sairaalaan, hoitoajan pituus.	Tiedonsaannissa ja kohtelussa oli tapahtunut myönteistä edistystä. Tiedonsaantia tulee kuitenkin edelleen parantaa. Potilaat olivat vuonna 1994 iäkkäämpiä ja sairaampia kuin 1990, myös hoitoaika oli pidentynyt. Tyytymättömyyttä esiintyi vähän.

Kirurgisen potilaan puhelinhaastattelututkimuksia.

Tutkija/ Vuosi	Tutkimuksen aihe	Aineistonkeruu- ja analysointi	Tutkimukseen osallistujat	Päätulokset
Dewar, ym. 2004. Kanada.	Puhelinhaastattelu- tutkimus päiväkirurgisille potilaille: potilaiden mielipiteet ja hoitajien kokemukset	Laadullinen tutkimus.	N=238	Leikkauksen jälkeen potilailla oli kipua ja kivunhoitoon liittyviä ongelmia, jotka eivät tulleet esiin kotiutuksen yhteydessä. Potilaiden ongelmat kivunhoidon suhteen tulivat esiin vasta kotona ollessa.
Henderson & Phillips. 1996. Australia.	Kirurgisten potilaiden tiedon tarve kotiutuksessa	Haastattelututki- mus potilaan huoneessa ja puhelimitse. Ensimmäinen haastattelu 1-2 päivää leikkauksesta, toinen 24 tuntia ennen kotiutusta. Puhelinhaastattelu 10 päivää kotiutuksen jälkeen ja haastattelu poliklinikalla tai puhelimitse 4 viikkoa kotiutuksen jälkeen.	N=20 potilasta.	Potilaat kokivat saaneensa liian vähän tietoa. Potilaat eivät välttämättä kaipaa lisää tietoa vaan tietoa tulee antaa potilaiden tarpeiden pohjalta. Potilaille tulee antaa mahdollisuus kysyä jatkohoidostaan. Ensimmäisessä haastattelussa potilaat olivat yleensä tyytyväisiä annettuun tietoon. Mikäli ongelmia oli, ne tulivat esiin puhelinhaastattelun yhteydessä. Hoitajien pitää olla tietoisia siitä millaisia ongelmia potilailla voi olla kotiutuksen jälkeen, jotta he voivat antaa asianmukaista tietoa.

jatkuu...

Tutkija/ Vuosi	Tutkimuksen aihe	Aineistonkeruu- ja analysointi	Tutkimukseen osallistujat	Päätulokset
Henderson & Zernike. 2001. Australia.	Kotiutusohjeiden vaikutus kirurgisilla potilailla.	Kyselykaavake jaettiin 24 tunnin kuluttua kotiutuksesta ja puhelinhaastattelu tehtiin 1-2 viikon kuluttua kotiutuksesta.	N=158 potilasta.	Mikäli potilaat kotiutetaan sairaalasta vähin kotiutustiedoin tai ei tietoa ollenkaan, he saattavat tarvita terveydenhuollon palveluita myös kotiutuksen jälkeen. Sairaanhoitajien tulee tiedostaa potilaiden riittävä tiedon saanti kotiutuksen yhteydessä.
Law, 1997. Englanti.	Puhelinkysely päiväkirurgisille silmäpotilaille.	Postoperatiivinen puhelinkysely 48 tunnin kuluttua leikkauksesta.	N=38 potilasta.	Potilaat olivat tyytyväisiä hoitoon ja päiväkirurgiaan. Odotusajat lääkärielle ennen leikkausta koettiin liian pitkinä. Kirjallisia ja nauhoitettuja ohjeita tulisi lisätä. Kivunhoito tulisi huomioida paremmin.
Reilly, ym. 2006. Skotlanti.	Tutkimus puhelinhaastattelusta ja kirurgisen haavainfektion tarkkailusta kotiutuksen jälkeen.	Kyselylomake. Potilaat täyttivät ja palauttivat lomakkeen joko terveydenhoita- jalle tai lääkärielle, mikäli heillä oli ongelmia haavanhoidossa. Näille potilaille soitettiin 10, 20 ja 30 vrk:n kuluttua leikkauksesta.	N=366.	Puhelinhaastattelu on tehokas metodi selvitettäessä ortopedisten potilaiden haavainfektoriskeitä. Tulosten perusteella todetaan, että potilaat voivat luotettavasti arvioida haavainfektoriskeitä puhelimitse.

jatkuu...

Liitetaulukko 2. 3 (3)

Tutkija/ Vuosi	Tutkimuksen aihe	Aineistonkeruu- ja analysointi	Tutkimukseen osallistujat	Päätulokset
Waterman, ym. 1999. Englanti.	Postoperatiivinen kipu, pahoinvointi ja oksentaminen: kvalitatiivisia näkökohtia puhelinhaastattelusta.	Postoperatiivinen puhelinkysely kahdeksan päivää silmäleikkauk- sesta. Puhelujen kestot vaihtelivat 20-60 minuutin välillä. Laadullinen tutkimus.	N=55 potilasta.	Tuloksista selvisi, että kaikki potilaat eivät kotiudu optimaalisessa kunnossa. Mahdollisuus postoperatiiviseen lyhythoitaiseen jälkitarkkailuun on huomioitava. Potilaan opettaminen ja ohjaus korostuvat.

TIEDOTE OSASTONHOITAJALLE JA OSASTONSIHTEERILLE KOSKIEN HOITOTYÖN TUTKIMUSTA

Osastollanne tehdään hoitotyön tutkimusta vuoden 2005 aikana. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata kirurgisen potilaan kotona selviytymistä leikkauksen jälkeen ja testata puhelinhaastattelua tutkimusmenetelmänä. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa käytännön hoitotyöhön tutkittua tietoa kirurgisen potilaan kotona selviytymisestä ja saada uutta tietoa puhelinhaastattelusta tutkimusmenetelmänä. Tutkimuksella saatu tieto on tärkeää, jotta voidaan kehittää potilaan ohjausta sairaalassaoloaikana niin, että sairaalassa annettu ohjaus edistäisi potilaan kotona selviytymistä leikkauksen jälkeen. Tutkimukseen osallistuvat kaikki potilasryhmät poislukien rintasyöpäpotilaat, koska heille on parhaillaan menossa erillinen tutkimus.

Tutkimukseen osallistuvat osastot saavat kukin 50 potilastiedotetta tulevasta tutkimuksesta. Osastonhoitaja lähettää tiedotteen tutkimuksesta *elektiiviseen leikkaukseen* tuleville potilaille. Tutkimukseen osallistuvien potilaiden tulisi esitietojen perusteella pystyä kommunikoimaan puhelimesta, ts. potilaalla ei ole kuuloaistiin liittyviä rajoituksia eikä muitakaan esteitä, joiden voisi olettaa rajoittavan puhelimesta tapahtuvaa kommunikaatiota, esim. kieliongelma, potilas ei puhu suomea.

Potilaat saavat kutsukirjeen mukana tiedotteen tutkimuksesta ja tutkimukseen suostuminen pyydetään kirjallisena. *Potilaita pyydetään palauttamaan kirjallinen tutkimukseen suostuminen osastonsihteerille heidän ilmoittautuessaan osastolle.* Osastonsihteerille säilyttää potilaiden kirjalliset suostumukset. Potilaan kotiuduttua tutkija saa potilaiden nimet ja puhelinnumerot joko sähköpostin välityksellä tai vaihtoehtoisesti hakemalla henkilökohtaisesti potilaiden tiedot osastoilta. Mikäli teillä on kysyttävää tutkimukseen liittyen, voitte soittaa tai ottaa yhteyttä sähköpostitse. Vastaan mielelläni tutkimusta koskeviin kysymyksiin.

Marjo-Riitta Palokoski, Ttm-opiskelija
puh. 040-510 4000
e-mail: Marjo-Riitta.Palokoski@uta.fi

Arvoisa leikkaukseen tuleva potilas

Pyydän Teitä ystävällisesti osallistumaan tutkimukseen, jonka tarkoituksena on kuvata, miten kirurgiset potilaat selviytyvät kotona leikkauksen jälkeen. Tutkimuksella saatu tieto on tärkeää, jotta voidaan kehittää kirurgisen potilaan ohjausta sairaalassaoloaikana. Tutkimus on Tampereen yliopiston hoitotieteen alaan kuuluva pro gradu-työ ja tutkimuksen ohjaajat ovat professori Eija Paavilainen ja tutkija Nina Halme. Tutkimus tehdään Tampereen kaupungin tutkimuslupatoimikunnan suostumuksella.

Jos päätätte osallistua tutkimukseen, Teille soitetaan kahden viikon sisällä kotiutuksesta. Puhelinhaastattelun kesto on noin 10-15 minuuttia. Tutkimukseen suostumisenne pyydetään kirjallisena, ks. lomakkeen alaosa. Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista, mahdollinen tutkimuksesta kieltäytyminen ei vaikuta hoitonne laatuun eikä kohteluunne millään tavoin. Tutkimukseen vastataan nimettömänä eikä tutkimukseen osallistuvien potilaiden yksittäiset tiedot tule esiin missään tutkimuksen vaiheessa. Mikäli haluatte saada lisätietoja tutkimuksesta, voitte soittaa alla olevaan numeroon. Vastaan mielelläni tutkimusta koskeviin kysymyksiinne.

Ystävällisin terveisin,

Marjo-Riitta Palokoski
Terveystieteiden maisteriopiskelija
Tampereen yliopisto
puh. 040-510 400

POTILAAN SUOSTUMINEN TUTKIMUKSEEN

Olen saanut tietoa kirurgisen potilaan kotona selviytymiseen liittyvästä tutkimuksesta. Ymmärrän, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja että minulla on oikeus kieltäytyä siitä milloin tahansa syytä ilmoittamatta. Ymmärrän myös, että kaikki tutkimukseen liittyvät tiedot käsitellään luottamuksellisesti. **Palauttakaa tämä lomake osastonsihteerille ilmoittautuessanne osastolle.**

Suostun osallistumaan tutkimukseen:

(laittakaa rasti valitsemaanne vaihtoehtoon)

___ kyllä ___ en

potilaan nimi

puhelinnumero

Päiväys ___/___ 2005

TIEDOTE OSASTOLLE HOITOTYÖN TUTKIMUKSESTA

Teen pro gradu-työtäni Tampereen yliopiston hoitotieteen laitokselle. Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata miten kirurgiset potilaat selviytyvät kotona leikkauksen jälkeen ja testata puhelinhaastattelua tutkimusmenetelmänä. Työn ohjaajina Tampereen yliopistolta toimivat professori Eija Paavilainen ja tutkija Nina Halme. Tampereen kaupungin tutkimuslupatoimikunta on antanut tutkimukselle puoltavan lausunnon.

Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa käytännön hoitotyöhön tutkittua tietoa kirurgisen potilaan kotona selviytymisestä leikkauksen jälkeen ja saada uutta tietoa puhelinhaastattelusta tutkimusmenetelmänä.

Tutkimuksen aineiston keruu suoritetaan siten, että elektiiviseen leikkaukseen tulevat potilaat saavat kutsukirjeen mukana tiedotteen tutkimukseen osallistumisesta. Tutkija soittaa potilaille 3-14 päivää kotiutuksen jälkeen. Tutkimuksen aineistonkeruu tehdään kesän ja syksyn 2005 aikana.

Potilaiden suostuminen tutkimukseen pyydetään kirjallisena. Potilaita on pyydetty palauttamaan kirjallinen suostumus osastonsihteerille osastolle ilmoittautuessaan. Osastonsihteerin ilmoittaa tutkijalle kotiutuneiden potilaiden nimet ja puhelinnumerot. Käytännön hoitotyöhön tutkimus ei tule vaikuttamaan, koska tutkimus suoritetaan puhelinhaastatteluna ja tutkimukseen osallistuvien potilaiden yhteystiedot saadaan osastonsihteerin kautta.

Marjo-Riitta Palokoski
Terveystieteiden maisteriopiskelija
Tampereen yliopisto
puh. 040 – 510 4000

Eija Paavilainen
Professori
Tampereen yliopisto
Hoitotieteen laitos

Nina Halme
Tutkija
Tampereen yliopisto
Hoitotieteen laitos