



**Integroitu kirjallisuuskatsaus:**

**PÄIVÄKIRURGISEN POTILAAN  
OHJAUS**

Minna Simola

Opinnäytetyö  
Huhtikuu 2013  
Ylempi ammattikorkeakoulu  
Kliinisen asiantuntijan koulu-  
tushjelma

TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU  
Tampere University of Applied Sciences

## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Ylempi ammattikorkeakoulututkinto  
Kliinisen asiantuntijan koulutusohjelma  
Äkillisesti sairastuneen hoitotyö

SIMOLA, MINNA:

Integroitu kirjallisuuskatsaus: Päiväkirurgisen potilaan ohjaus

Opinnäytetyö 77 sivua, joista liitteitä 13 sivua  
Huhtikuu 2013

---

Tämä tutkimus tehtiin Hämeenlinnan Mehiläisen sairaalan päiväkirurgiseen yksikköön. Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa integroidun kirjallisuuskatsauksen avulla, millaisia odotuksia päiväkirurgisilla potilailla on oman ohjauksensa suhteen ja millaisesta tiedon saannista ja ohjausmenetelmien käytöstä potilaat hyötyvät.

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli luoda edellytyksiä näyttöön perustuvalla päiväkirurgisen potilaan ohjaukselle Mehiläisen Hämeenlinnan sairaalassa. Tavoitteena oli, että ohjauksessa voidaan käyttää potilaslähtöisiä sekä eettisesti hyväksyttäviä ja vaikuttavia toimintatapoja, joiden perustana on tieteellinen näyttö.

Alustavat systemaattiset haut tehtiin seuraaviin tietokantoihin: Cochrane, Cinahl (EBS-COhost) ja Medic. Cohranen kautta ei ollut sopivia tutkimusten kokotekstejä saatavilla, joten tästä tietokannasta heti alussa luovuttiin. Sopivaa aineistoa haettiin ja valikoitiin Cinahl- ja Medic – sähköisten tietokantojen lisäksi Google Scholar–internet-hakukoneen kautta. Tutkimusten valinta tehtiin ennalta määrättyjen sisäänotto- ja pois-sulkukriteerien perusteella. Lisäksi tutkimusten näytön astetta ja laatua arvioitiin kahdella erilaisella laadunarviointikaavakkeella. Integroituun kirjallisuuskatsaukseen valittiin lopulta mukaan 13 metodologialtaan vaihtelevaa tutkimusta, jotka kaikki analysoitiin aineistolähtöisellä sisällön analyysillä.

Kirjallisuuskatsauksen tuloksissa päiväkirurgisen potilaiden odotukset ohjauksen ja tiedon saannin suhteen jakautuvat kuuteen eri osa-alueeseen: biofysiologiset, toiminnalliset, kokemukselliset, sosiaaliset, eettiset sekä taloudelliset odotukset. Suurimmat odotukset kohdistuivat biofysiologiselle osa-alueelle. Potilaiden saaman tiedon ja ohjauksen hyödyllisyys jäsenyi tutkimuksista puolestaan ohjauksen ajoitukseen eli pre-, intra- ja postoperatiiviseen vaiheeseen. Katsauksen tutkimustulosten mukaan preoperatiivisen ohjauksen merkitys, hyödyllisyys ja tehokkuus korostuivat päiväkirurgista potilasta ohjattaessa. Mahdollisina käytettyinä ja hyödyllisinä ohjausmenetelminä kirjallisuuskatsauksen tutkimuksista nousi esiin sekä suullinen että kirjallinen potilasohjaus, Internet-perustainen ja Dvd-perustainen potilasohjaus. Tulevaisuuden haasteena tulee olemaan muun muassa teknologian hyödyntämisen lisääminen pyrittäessä tehokkaaseen, mutta asiakaslähtöiseen ja yksilölliseen päiväkirurgisen potilaan ohjaamiseen.

---

Asiasanat: integroitu kirjallisuuskatsaus, potilasohjaus, päiväkirurgia

## ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Tampere University of Applied Sciences  
Master's Degree  
Master's Degree Programme in Clinical Nursing Expertise

SIMOLA, MINNA:

Integrated review: Patient education in day surgery

Masters` Thesis 77 pages, appendices 13 pages

April 2013

---

This study was made for the day surgery unit (hospital) of Mehiläinen in Hämeenlinna. The purpose of this thesis was to survey by integrated literature review that what kinds of expectations day surgery patients have with their education and what kind of education or information giving methods are useful for them.

The goal of this study was to create resources in using evidence based patient education methods in hospital of Mehiläinen in Hämeenlinna. The goal was that in patient education can be used patient centred and ethically approved and effective methods which are based on evidenced knowledge of science.

Suitable data was collected and chosen using two databases as Cinahl and Medic and by internet search engine Google Scholar. The studies were selected on the basis of predetermined inclusion criteria. Also the level and quality of the proof of the studies was assessed by two different documents of assessment. Finally 13 different studies were included in the research and these studies were analysed using content analysis.

The results of this integrated literature review in patient expectations can be dealt with six dimensions: bio-physiological, functional, experiential, social, ethical and financial. Patients had most knowledge expectations in the bio-physiological dimension. The utility of received knowledge and education are located in pre-, intra- and postoperative periods of time. According to these results the most effective patient education is located in preoperative time. Possible and useful education methods in day surgery are spoken face to face communication and written education methods and also internet-based and Dvd-based methods. The challenge in the future is in using the benefits of patient-centred and individual patient education by new technology methods.

---

Key words: integrated review, patient education, day surgery, ambulatory surgery

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS.....	8
2.1	Mehiläisen konserni ja sairaalat.....	8
2.2	Hämeenlinnan Mehiläisen sairaalan toiminta.....	8
3	TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE .....	10
4	POTILASOHJAUKSEN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT.....	11
4.1	Potilasohjauksen lähtökohtia .....	11
4.2	Asiakaslähtöisyys potilasohjauksessa.....	12
4.3	Näyttöön perustuva potilasohjaus .....	13
4.4	Päiväkirurginen hoitotyö ja ohjauksen erityispiirteet .....	13
5	TUTKIMUKSEN METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT .....	16
5.1	Integroitu kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä.....	16
5.2	Aineiston keruu- ja tiedonhakustrategiat .....	18
5.2.1	Aineiston keruun ja tiedon haun kuvaus .....	18
5.2.2	Sisäänotto- ja poissulkukriteerit.....	19
5.2.3	Aineiston hakuprosessin arviointi .....	19
5.3	Aineiston arviointi .....	19
5.3.1	Tutkimusten näytön asteen arviointi .....	20
5.3.2	Tutkimusten laadun arviointi .....	21
5.4	Aineiston analyysimenetelmä ja tulkinta.....	21
6	KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TOTEUTTAMINEN.....	25
6.1	Tutkimusten hakuprosessi vaiheittain.....	25
6.1.1	Tutkimusten haku Medicistä.....	26
6.1.2	Tutkimusten haku Cinahlista .....	27
6.1.3	Tutkimusten haku Google Scholarista .....	27
6.1.4	Tutkimusten valinta arviointiprosessiin .....	28
6.2	Tutkimusten valinta näytön ja laadun arvioinnin perusteella .....	28
6.3	Tutkimustulosten analysointi.....	30
7	KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET .....	33
7.1	Päiväkirurgisten potilaiden odotuksia tiedon saannista ja ohjauksesta .....	33
7.1.1	Biofysiologiset odotukset.....	33
7.1.2	Funktionaaliset eli toiminnalliset odotukset .....	34
7.1.3	Kokemukselliset odotukset .....	34
7.1.4	Sosiaalis-yhteisölliset odotukset .....	34
7.1.5	Eettiset odotukset .....	35
7.1.6	Taloudelliset odotukset .....	35
7.2	Päiväkirurgisten potilaiden saaman tiedon ja ohjauksen hyödyllisyys.....	35
7.2.1	Preoperatiivinen tiedon saanti ja ohjaus.....	35
7.2.2	Intraoperatiivinen tiedon saanti ja ohjaus .....	37
7.2.3	Postoperatiivinen tiedon saanti ja ohjaus .....	38
7.3	Potilasohjausmenetelmien käyttö ja hyödyllisyys päiväkirurgiassa.....	38
7.3.1	Kirjallinen ja suullinen potilasohjaus.....	39
7.3.2	Internet-perustainen potilasohjaus .....	41
7.3.3	Dvd-perustainen potilasohjaus .....	43
8	POHDINTA.....	45
8.1	Kirjallisuuskatsauksen eettiset kysymykset.....	45
8.2	Kirjallisuuskatsauksen luotettavuus.....	46
8.3	Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset.....	49
8.3.1	Potilaiden odotukset tiedon saannista ja ohjauksesta.....	49

8.3.2 Potilaiden saaman tiedon ja ohjauksen hyödyllisyys .....	51
8.3.3 Ohjausmenetelmien käyttö ja hyödyllisyys .....	54
8.4 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimusaiheet .....	57
LÄHTEET .....	60
LIITTEET .....	65
Liite 1. Tutkimusten hakuprosessi.....	65
Liite 2. Tutkimusten lisähakuprosessi .....	66
Liite 3. RCT-tutkimusten laadunarviointikaavake .....	67
Liite 4. Määrällisten sekä laadullisten tutkimusten ja kirjallisuuskatsausten laadunarviointikaavake .....	68
Liite 5. Näytön ja laadun arviointiin valikoituneet tutkimukset (N=13).....	70
Liite 6. Hakuprosessissa hylätyt tutkimukset (N=3) .....	77

## 1 JOHDANTO

Suomessa oli vuonna 2009 päiväkirurgisten leikkausten osuus kaikista elektiivisistä ja ei kiireellisistä leikkauksista 56 prosenttia. Viimeisten vuosikymmenten aikana päiväkirurgisen toiminnan kasvu on ollut voimakasta, mm. Yhdysvalloissa ja Kanadassa päiväkirurgisten leikkausten osuus kaikista leikkauksista on jo lähes 90 prosenttia. Potilaan lyhyt hoitajakso ja kokonaisvaltaiset taloudelliset hyödyt ovat tehokkaan päiväkirurgisen toiminnan etuja sekä kansallisesti että kansainvälisesti. Päiväkirurginen toiminta asettaa kuitenkin haasteita erityisesti potilaan itsehoidolle, jossa potilaan tiedon saannin ja ohjaamisen merkitys korostuu. Kotimaisten että ulkomaisten tutkimusten mukaan potilaiden hoidossa esiintyy erilaisia ja vakiintuneita hoitokäytäntöjä, joiden tutkimuksellinen perusta voi kuitenkin olla heikko. (Heikkinen 2012, 54.)

Pitkällä tähtäimellä on kansallisesti annettu suosituksia hoitotyön käytännön kehittämiseksi sen hetkisiä tarpeita ja tulevia haasteita koskien. Asiakkaiden ja potilaiden näkökulmasta mm. itsehoidon edistämistä on korostettu käytännön työn kehittämisessä. Keskeisenä kehittämiskohteena johtamisen kannalta on nähty asiakaslähtöiset palvelut, moniammatillinen yhteistyö, näyttöön perustuva toiminta sekä toiminnan laatu, vaikuttavuus ja kustannusten seuranta. Hoitotyön ammattilaisten osaaminen on lisäksi nähty kehittämisalueena, joka toteutuu suunnitelmallisella ja pitkäjänteisellä täydennyskoulutuksella. Tähän yhteyteen on liitetty oman työn kehittäminen ja urakehitys. Terveystieteiden tutkimuksessa toimintayksiköiden, terveysalan koulutuksen ja hoitotieteellisen tutkimuksen on nähty tarvitsevan uusia yhteistyömuotoja, jotta työelämän edellyttämä osaaminen vahvistuu ja näyttöön perustuva toiminta kehittyy. (STM 2003.)

Näyttöön perustuvien yhtenäisten hoitokäytäntöjen kehittäminen ja soveltaminen on nostettu kehittämiskohteeksi edelleen mm. viimeisissä kansallisissa sosiaali- ja terveydenhuollon ohjelmissa. Näyttöön perustuvaa toimintaa ja sen merkitystä korostetaan terveyspalvelujen laadun ja vaikuttavuuden parantamisessa sekä väestön saamien terveyspalveluiden alueellisten erojen vähentämisessä. Uudistaminen vaatii myös hoitotyössä toimivien osaamisen vahvistamista näyttöön perustuvassa toiminnassa, sillä laajennetut tehtäväkuvat edellyttävät itsenäistä päätöksentekoa, tutkimustiedon hyödyntämistä ja moniammatillista yhteistyötä. Näyttöön perustuva toiminta edellyttää hoitotyössä toimivilta alansa kehityksen seuraamista, kykyä yhdistää erilaista tietoa päätöksen teossa ja

kyseenalaistaa käytössä olevia menetelmiä. Hoitotyössä toimivien ammattilaisten tehtävänä nähdään myös mm. tuottaa tietoa potilaan hoidon ja ohjauksen näkökulmasta. (STM 2012, 9.)

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa integroidun kirjallisuuskatsauksen avulla, millaisia odotuksia päiväkirurgisille potilailla on oman ohjauksensa suhteen ja millaisesta tiedon saannista ja ohjausmenetelmien käytöstä potilaan hyötyvät. Tavoitteena on tutkimuksen kautta luoda edellytyksiä näyttöön perustuvalle päiväkirurgisen potilaan ohjaukselle Mehiläisen Hämeenlinnan sairaalassa. Tavoitteena on, että ohjauksessa voidaan käyttää potilaslähtöisiä sekä eettisesti hyväksyttäviä ja vaikuttavia toimintatapoja, joiden perustana on tieteellinen näyttö.

## **2 TOIMINTAYMPÄRISTÖN KUVAUS**

### **2.1 Mehiläisen konserni ja sairaalat**

Suomessa Mehiläinen-konserni on tunnettu ja arvostettu yksityinen terveys- ja sosiaalipalveluiden tuottaja. Konsernin toimiala on laaja eli toimintaa on sekä yksityisrahoitteisten terveyspalveluiden sekä julkisrahoitteisten terveys- ja sosiaalipalveluiden markkinoilla. Mehiläisen valtakunnalliseen palveluverkoston yksityisrahoitteisissa terveyspalveluissa kuuluu yhteensä 26 lääkärikeskusta, palveluverkosta täydentävät työterveysasemat ja 9 sairaalaa. Julkisrahoitteisilla markkinoilla Mehiläinen-konserniin kuuluu tällä hetkellä mm. 10 vanhusten hoivakotia, 14 lastensuojeluyksikköä ja lastenpsykiatrien sairaala, 26 mielenterveyskuntoutuksen yksikköä sekä kehitysvamma- ja vammais- palveluyksiköitä. Mehiläinen kuuluu osana Ambea-konserniin, joka on Pohjoismaiden suurin yksityinen terveys- ja hoivapalveluyritys. (Mehiläisen yritysinfo 2012.)

Mehiläisen yhdeksällä paikkakunnalla toimivilla sairaaloilla on noin 25 modernia leikkaussalia. Leikkauksia tehdään päivittäin ja yleisimmät erikoisalut ovat ortopedia, korva-, nenä- ja kurkkutaudit, gynekologia, urologia sekä silmä-, plastiikka- ja yleiskirurgia. Leikkaukset ovat pääasiassa päiväkirurgisia toimenpiteitä, mutta tehdään myös vaativampia leikkauksia. Kaikissa Mehiläisen sairaaloissa potilailla on mahdollisuus yöpymiseen leikkauksen jälkeen. Potilasturvallisuus on kaiken toiminnan perustana. Leikkauksia suorittavat kirurgit ovat kokeneita erikoislääkäreitä, ja sairaaloiden henkilökunta ammattitaitoista ja leikkaustoimintaan hyvin perehtynyttä. (Mehiläisen sairaalat 2012.)

### **2.2 Hämeenlinnan Mehiläisen sairaalan toiminta**

Hämeenlinnan Mehiläisen sairaalan päiväkirurginen toiminta toteutuu uusissa vuoden 2010 joulukuussa käyttöön otetuissa tiloissa, joihin kuuluu kaksi leikkaussalia ja kahdeksanpaikkainen heräämö. Leikkauspotilaat ovat useimmiten perusterveitä tai potilaita, joilla on anestesia- ja lääketieteellisen arvioima perussairaus hyvässä hoitotasapainossa. Potilasvaihtuvuus voi olla hyvinkin suurta. Leikkausosastolla potilaille annostellaan kipulääkkeitä, huumeeksi luokiteltavia lääkkeitä, anesteetteja, hemodynamiikkaan vaikuttavia lääkkei-



tä sekä antibiootteja ja puudutteita. Suurin osa päiväkirurgisista leikkauksista tehdään erilaisissa puudutuksissa. (Sairaala Mehiläisen Hämeenlinnan yksikön toimintakäytäntö 2013.)

Ennen toimenpidettä päiväkirurgiset potilaat ovat saaneet yleensä puhelimitse ja kotiin kirjallisesti ohjeet, jotka koskevat yleistä valmistautumista kuten mm. anestesiaa, ravinnon oloa, hygieniaa ja mahdollisia lääkityksiä. Toimenpiteeseen liittyvää muuta preoperatiivista ohjausta ei päiväkirurgisille potilaille systemaattisesti anneta. Suurempiin plastiikkakirurgisiin toimenpiteisiin tuleville (ei päiväkirurgiselle) potilaille, jotka yöpyvät sairaalassa, on järjestetty ennen toimenpidettä tapahtuva sairaanhoitajan vastaanottokäynti, jossa valmistautumiseen, leikkaukseen ja toipumiseen liittyviä asioita käydään perusteellisemmin läpi. Lisäksi järjestetään tarvittaessa hyvissä ajoin ennen toimenpidettä tapahtuva anestesia- ja lääketieteellisen konsultaatio päiväkirurgisille potilaille, joiden sairaudet tai muut mahdolliset syyt sitä edellyttävät. (Sairaala Mehiläisen Hämeenlinnan yksikön toimintakäytäntö 2013.)

Päiväkirurgisia potilaita ohjataan leikkauksen jälkeen Hämeenlinnan sairaalan leikkausyksikössä ennen kotiutusta aina suullisesti ja kirjallisesti. Ohjaus liittyy tehtyyn toimenpiteeseen sekä siihen liittyvään jatkohoitoon, mahdollisen leikkauskivun hoitoon ja kuntoutumiseen. Pääosan ohjauksesta antaa sairaanhoitaja, mutta myös leikkannut lääkäri käy tapaamassa potilaan vielä heräämövaiheessa ja antaa omasta näkökulmastaan tietoa ja ohjeita potilaalle. Ortopediset leikkauspotilaat saavat useimmiten ohjeita ennen kotiutusta myös fysioterapeutilta. (Sairaala Mehiläisen Hämeenlinnan yksikön toimintakäytäntö 2013.)

### 3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa integroidun kirjallisuuskatsauksen avulla tutkimustietoon perustuvia, päiväkirurgisen potilaan tiedon saantiin ja ohjaukseen liittyviä asioita potilaiden näkökulmasta.

Tämän kirjallisuuskatsauksen tehtävänä on vastata seuraaviin kysymyksiin:

- 1) Millaisia odotuksia päiväkirurgisilla potilailla on tiedon saannin ja oman ohjauksensa suhteen?
- 2) Millaisesta tiedon saannista ja ohjauksesta päiväkirurgiset potilaat hyötyvät?
- 3) Millaisista ohjausmenetelmien käytöstä päiväkirurgiset potilaat hyötyvät?

Tavoitteena on tutkimuksen kautta luoda edellytyksiä näyttöön perustuvalla päiväkirurgisen potilaan ohjaukselle Mehiläisen Hämeenlinnan sairaalassa. Tavoitteena on, että ohjauksessa voidaan käyttää potilaslähtöisiä sekä eettisesti hyväksyttäviä ja vaikuttavia toimintatapoja, joiden perustana on tieteellinen näyttö.

## 4 POTILASOHJAUksen TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

### 4.1 Potilasohjauksen lähtökohtia

Ensisijaisesti laki potilaan oikeuksista määrittelee sen, että potilaalla on oikeus tiedon saantiin omasta terveydentilastaan, hoidosta ja hoidon vaihtoehdoista niin, että informaatio on potilaalle ymmärrettävää. Potilaalle on annettava tietoa mm. hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä hoitoon liittyvistä muista seikoista, joilla on merkitystä hoidon kannalta. Hoitohenkilöstön on annettava selvitys siten, että potilas riittävästi ymmärtää sen sisällön. (Laki 1992/785, 5§.) Potilaan tiedon saannin, ohjauksen ja siihen liittyvän potilasturvallisuuden taustalla vaikuttaa osaltaan myös uusi terveydenhuoltolaki (341/2011). Toukokuussa 2011 uudistetussa terveydenhuoltolaissa määritellään mm. terveydenhuollon toimintaa niin, että sen on perustuttava näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Terveydenhuollossa on sen mukaan pyrittävä toimimaan laadukkaasti, turvallisesti ja asianmukaisesti. Vaikka päävastuu potilasturvallisuudesta on hoitohenkilökunnalla, niin korostetaan myös sitä, että potilasturvallisuus on potilaan itsensä ja läheistenkin asia. Tästä johtuen tiedon saanti ja potilaan mahdollisuudet vaikuttaa myös omaan turvallisuuteensa korostuvat. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012.)

Hoitohenkilöstö ja organisaatio kantavat vastuun siitä, miten ohjausta arvostetaan hoitotyön toimintona sekä siitä, miten järjestetään riittävät resurssit ohjaukseen. (Kääriäinen 2007, 25; Kääriäinen 2010, 27). Ohjausta on kirjallisuudessa rinnastettu mm. tiedon antamiseen, neuvontaan, opetukseen, opastukseen ja informointiin. Ohjaus käsitteenä liittyy aina johonkin potilaan tai hoitohenkilöstön mielessä havaittuun tapahtumaan. Ohjaus nähdään kommunikaation ja ajattelun välineenä, jolla tietoa välitetään ihmiseltä toiselle. (Kääriäinen 2007, 27.) Ohjauksen taustalla vaikuttavat myös filosofiset ja eettiset lähtökohdat eli ymmärretään mitä ohjaus on, miksi ja miten ohjataan. (Kääriäinen 2010, 30). Perinteisesti ohjauksessa on korostettu potilaan ongelmia, kognitiivisuutta, ohjauksen yksilöllisyyttä, potilaan passiivisuutta sekä hoitohenkilöstön asiantuntijuutta. Myöhemmässä vaiheessa on painotettu potilaan ja hoitohenkilöstön jaettua asiantuntijuutta, vuorovaikutteista ohjaussuhdetta sekä potilaan vastuuta ja osallistumista ohjaukseen. (Kääriäinen 2007, 28.) Tässä kirjallisuuskatsauksessa päiväkirurgisen potilaan ohjaus-käsite rinnastetaan potilaan kokonaisvaltaiseen informointiin ja tiedon antoon.

## 4.2 Asiakslähtöisyys potilasohjauksessa

Sosiaali- ja terveydenhuollon jatkuvasti kehittyvät menetelmät ja asiakkaiden valinnanvapaus vaativat palvelujärjestelmältä aina parempaa toimivuutta. Haasteina asiakkaiden näkökulmasta ovat erityisesti omaa itseä koskevan tiedon ja yleisen sosiaali- ja terveystiedon saatavuus, omien tietojen mahdollinen hallinta ja käyttö sekä joustava asiointi ja palautteen anto. Haasteina ammattilaisten näkökulmasta on puolestaan tiedon tehokas hallinta ja asiakastietojen ajantasainen saatavuus. Haasteellisena nähdään myös tutkimustiedon ja palvelutoimintaa koskevan seurantatiedon saavutettavuus sekä hyödyntäminen päätöksenteossa ja toiminnan kehittämisessä. (STM 2012, 17, 28.)

Potilaan itsenäistä tiedonhakua ja potilasohjausta varten on jo kehitetty erilaisia hyvinvointiportaaleja ja verkkohoitajan palveluja. Sosiaali- ja terveysministeriön hankkeissa on kehitetty mm. valtakunnallisesti yhtenäisiä tietojärjestelmiä sekä valtakunnallista KanTa-palvelua, joissa on tulevaisuudessa potilastietojen sähköinen arkisto ja katseluyhteys omiin potilastietoihin. Ohjauksen vaikuttavuutta voidaan lisätä näillä asiakaslähtöisillä potilasohjausmenetelmillä. Uutta teknologiaa hyödyntävät menetelmät edellyttävät myös hoitohenkilöstön osaamisen kehittämistä. (Jauhiainen 2010b, 41.)

Ainoata oikeata tapaa ohjaajana toimimiseen osaavasti ja vaikuttavasti ei ole. Ohjauksessa pyritään potilaslähtöisyyteen, potilaan omaan osallistumiseen ja siihen, että ohjaus on riittävää ja vaikuttavaa. Tärkeätä hoitotyön toiminnassa on tiedostaa ja tunnistaa myös oma ammatillinen vastuu ja merkitys ohjaajana. Hoitajalta edellytetään ammatillisen vastuun lisäksi ajantasaisia tietoja ja taitoja potilaan luottamuksen saavuttamiseen, vuorovaikutuksen ylläpitoon ja tarkoituksenmukaisten ohjausmenetelmien käyttöön. (Kääriäinen 2010, 28–30, Vänskä, Laitinen-Väänänen, Kettunen & Mäkelä 2011, 85–86.) Potilasohjaukseen katsotaan liittyvän myös ns. prosessiosaamista, jolloin ammattilaisten huomio keskittyy siihen, miten asiakas motivoidaan menemään eteenpäin prosessissa, joka voi olla terveyden edistämistä, akuutin sairauden hoitoa tai kuntoutusta. Tavoitteena potilasohjauksessa on potilaan oman aktiivisuuden edistäminen terveytensä hoidossa. Tässä yhteydessä hyödynnetään myös asiakkaan oman läheisverkoston voimavaroja tavoitteiden saavuttamiseksi. (Mönkkönen 2010, 33.)

### 4.3 Näyttöön perustuva potilasohjaus

Vuosituhanne vaihteessa näyttö nousi tärkeäksi terveydenhuollon käsitteeksi. Aktiivisesti näyttöön perustuvasta hoitotyöstä alettiin Suomessa puhua vasta 1990-luvun loppupuolella. Tavoitteena näyttöön perustuvalla toiminnalla, eli tutkitun tiedon avulla, on hoitotyön laadun ja vaikuttavuuden parantaminen sekä hoitotyön kustannusten hallinta. Päätöksen teossa tutkittu tieto on perustana sille, että potilaan tarpeisiin voidaan vastata mahdollisimman hyvin. Terveydenhuollon valtakunnalliset kehittämissuunnitelmat luovat pohjan tämän toiminnan kehittämiseksi. Taloudelliset kysymykset terveydenhuollon alalla ovat asettaneet haasteita hoidon palvelujen laatuun, vaikuttavuuteen ja tehokkuuteen. Hoitotyössä on tavoitteena käyttää eettisesti hyväksyttäviä ja taloudellisesti vaikuttavia toimintatapoja, joiden perustana on tieteellinen näyttö. (Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 9, 111; STM 2009, 58.)

Potilaiden hoidon yhdenmukaistamiseksi sosiaali- ja terveysministeriö on suositellut kehitettäväksi kansallisia yhteneväisiä näyttöön perustuvia hoitotyön toimintakäytäntöjä. Tämä antaisi edellytyksiä sille, että kaikille samassa tilanteessa oleville potilaille voitaisiin tulevaisuudessa tarjota samantasoista hoitoa Suomessa. (STM 2009, 58.) Hoitotyössä toimivien ammattilaisten tehtävänä nähdään omalta osaltaan myös tuottaa tietoa potilaan hoidon ja ohjauksen näkökulmasta. (STM 2012, 9). Näyttöön perustuva ja asiakaslähtöinen potilasohjaus edellyttää tulevaisuudessa myös hoitajien osaamisen päivittämistä ja ammattitaidon kehittymistä tutkitun tiedon hyödyntämiseen (Hämäläinen, Jauhiainen & Janatuinen 2010, 11).

### 4.4 Päiväkirurginen hoitotyö ja ohjauksen erityispiirteet

Aikaisempina vuosikymmeninä kirurgisten potilaiden neuvonnan ja ohjauksen painotus liittyi hoitoon, joka tapahtui fyysisesti sairaalassa. Tämä olikin asianmukaista, koska potilaat viettivät aiemmin sairaalassa päiviä tai viikkoja kirurgisen toimenpiteen jälkeen. Päiväkirurgian lisääntyminen ja kehitys edellyttää tänä päivänä muutoksia kirurgisen potilaan hoidossa nimenomaan hoitotyön näkökulmasta. Lyhytaikainen ja tehokas päiväkirurginen hoitoprosessi nykyaikaisissa hoitoympäristöissä voi olla vaarassa muuttua pääosin mekaaniseen suorittamiseen keskittyväksi toimenpiteeksi, jossa leikkaussalin tehokkuus on ensisijaista (Mitchell 2010, 40.) Potilasohjauksen tehostamista ja kehittä-

mistä edellyttävät nyt ja tulevaisuudessa mm. nämä lisääntyneet päiväkirurgiset toimenpiteet sekä yleensäkin vaatimukset asiakaslähtöiselle toiminnalle (Jauhiainen 2010a, 5). Päiväkirurginen hoitotyö sisältää potilaan koko perioperatiivisen eli pre-, intra- ja postoperatiivisen vaiheen hoitoprosessin aikana, jonka potilas viettää sairaalassa tullessaan päiväkirurgiseen toimenpiteeseen. Päiväkirurgisessa hoitotyössä korostetaan potilaan kokonaisvaltaista hoitoa sekä potilaan riittävän tiedonsaannin merkitystä turvallisessa hoidossa. Keskeinen ajatus päiväkirurgisessa toiminnassa on se, että potilas saa tehdyn toimenpiteen kautta nopeasti avun vaivaansa. (Heino 2005, 43–45.)

Päiväkirurgisessa hoidossa tähdätään hyvään, joustavaan ja turvalliseen hoitoon. Potilas on kutsuttu sairaalaan sovittun aikataulun mukaisesti ja toimenpiteen jälkeinen kotiutuminen tapahtuu alle 12 tunnissa. Toimenpiteet ovat lähes poikkeuksetta suunniteltuja eli elektiivisiä ja anestesian kannalta pyritään nopeaan toipumiseen. Edellä mainitusta johtuen täsmäspinaalipuudutus, laskimosedatio, paikallispuudutus sekä yleisanestesiassa käytetyt lyhytvaikutteiset anestesia-aineet ovat suosittuja menetelmiä päiväkirurgiassa. Valintakriteereinä päiväkirurgiseen toimenpiteeseen on potilaan suostumus ja sitoutuminen omaan hoitoonsa. ASA-riskiluokituksessa potilaat ovat useimmiten ASA 1-2 luokkaa. Potilaat riskiluokassa ASA 3-4 ovat myös mahdollisia, jos potilaan perussairaus on hyvässä tasapainossa. Valintakriteereihin sisältyy myös se, että potilaalla on aikuinen, vastuullinen kotiin hakija sekä aikuista seuraa seuraavan yön ajan. Lisäksi matkan sairaalasta kotiin pitäisi kestää alle tunnin. (Tuominen 2005, 266.)

Olenaisia periaatteita päiväkirurgisessa hoidossa ovat mm. potilaan itsemääräämisoikeus, turvallisuus, hoidon jatkuvuus ja perhekeskeisyys. Itsemääräämisoikeuden osalta korostuu se, että potilaalle annetaan enemmän vastuuta omasta hoidostaan kuin perinteisesti toteutetussa kirurgisessa toiminnassa. Tämä edellyttää myös käytännössä sitä, että potilas ottaa enemmän vastuuta omasta hoidostaan, kun keskustellaan hoidon suunnittelusta ja toteutuksesta. (Viitamäki 1996, 17–23; Hautakangas, Horn, Pyhälä-Liljeström & Raappana 2003, 15.)

Päiväkirurgisen potilaan yksi tärkeimpiä valintakriteereitä on potilaan oma suostumus päiväkirurgiseksi potilaaksi. Tähän liittyy riittävä tiedonanto ns. informoidun potilaan suostumuksen periaatteella. Eli potilasta pitää informoida riittävästi, saadun informaation pitää olla ymmärrettävää ja potilas antaa suostumuksensa vapaaehtoisesti. Tietoinen suostumus edellyttää, että potilas tekee päätöksensä riittävien tietojen perusteella. (Hei-

no 2005, 20.) Lääketieteellisen hoidon suhteen potilaat eivät kykene tekemään päätöksiä, mutta heidän pitää saada tietoa eri hoitovaihtoehdoista sekä niiden vaikutuksista. Näin ollen potilailla on mahdollisuus osallistua päätöksen tekoon, jossa heidän on itse otettava vastuuta omasta hoidostaan ja sen onnistumisesta. (Hautakangas ym. 2003, 15.)

Päiväkirurgiassa mahdollinen preoperatiivinen ohjaukseynti järjestetään yhdestä kolmeen viikkoa ennen suunniteltua toimenpidettä tai leikkausta. Potilas voi tavata tällöin mahdollisuuksien mukaan kirurgin, sairaanhoitajan tai tarvittaessa anestesia-ääkärin. Käynnin yhteydessä huomioitavia asioita ovat potilasvalintaan liittyvät asiat kuten potilaan sairaudet, sosiaaliset olot, anestesianuoto, leikkausmenetelmä ja leikkauksen ajoitus. Siinä tapauksessa, että potilas ei käy ohjaukseyntillä hänelle lähetetään etukäteen kotiin yksityiskohtainen kirjallinen ohjausmateriaali, jota täydennetään tarvittaessa puhelinhaastattelulla. Lisäksi potilasturvallisuus varmistetaan esitietolomakkeella, jonka potilas täyttää kotona tai sairaalassa. Lomakkeen avulla kerätään tietoa mm. potilaan mahdollisesti käyttämistä säännöllisistä lääkityksistä, allergioista, sairauksista, aiemmista leikkauksista ja anestesianuodoista. (Tuominen 2005, 266.)

Päiväkirurginen hoitotyö edellyttää hoitohenkilökunnalta moniammatillisuutta, hyvää ammattitaitoa sekä laajaa näkemystä, joiden avulla potilas saa asiantuntevaa ohjausta ja kokee olonsa turvalliseksi. Hyvä yhteistyö potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä näin ollen korostuu. Päiväkirurgisen potilaan ohjaus suunnitellaan kaikkien hoitoon osallistuvien kanssa huolellisesti niin, että kaikilla hoitoon osallistuvilla on sisäistettynä ohjauksen tavoitteet. Hoitohenkilöstön yhteistyön puitteissa potilasta ohjataan samansuuntaisesti. Hoitohenkilöstön vuorovaikutustaidot vaikuttavat ohjauksen onnistumiseen sekä se, miten potilas omaksuu ja ymmärtää saatua tietoa. Kirurgisilla potilailla on lisäksi runsaasti odotuksia liittyen tiedonsaantiin sekä ohjaukseen ja niiden toteutuminen vaikuttaa merkittäväällä tavalla potilaan tyytyväisyyteen. Jokaisella potilaalla on kuitenkin yksilöllinen tapansa suhtautua saamaansa hoitoon liittyvään tietoon. Ongelmia hoitotyössä on esiintynyt potilaiden saaman tiedon määrässä, sisällössä ja ajoituksessa. Pääasiassa tiedonantaminen on perustunut hoitohenkilökunnan näkemykseen siitä, mitä tiedon pitää sisältää. (Heino 2005, 21, 23–24; Hautakangas ym. 2003, 42–45.)

## 5 TUTKIMUKSEN METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT

### 5.1 Integroitu kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä

Kirjallisuuskatsausta voidaan pitää itsessään tutkimuksena, jolloin on kyseessä tutkimustyybiltään teoreettinen tutkimus. Tällöin kyseessä on useimmiten systemaattinen kirjallisuuskatsaus, joka on tehokas keino syventää tietoja asioista, joita on saatavilla valmiista tutkimuksista ja niiden tuloksista. (Tuomi & Sarajärvi 2012, 123.) Muista kirjallisuuskatsauksista systemaattinen katsaus eroaa siinä, että sillä on spesifi tarkoitus ja erityisen tarkka tutkimusten valinta-, analysointi-, ja syntetisointiprosessi. Systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen sisältyy vain relevantit ja tarkoitusta vastaavat korkealaa-tuiset tutkimukset. Kvantitatiivisesta näkökulmasta katsottuna systemaattinen kirjalli-suuskatsaus sisältää pääsääntöisesti satunnaistettuja ja kontrolloituja kokeellisia vaikut-tavuustutkimuksia, mutta on mahdollista tarkastella ja arvioida systemaattisesti myös kvalitatiivisia tutkimuksia. (Johansson 2007, 4–5.)

Kirjallisuuskatsauksia on tyyppiltään kuitenkin monenlaisia. Yksi yleisimmin käytetyistä katsauksen perustyypeistä on Salmisen (2011) mukaan kuvaileva kirjallisuuskatsaus, jota voidaan luonnehtia yleiskatsaukseksi ilman tiukkoja ja tarkkoja sääntöjä. Aineistot, joita käytetään, ovat laajoja eikä aineiston valintaa rajaa metodiset säännöt. Ilmiö, jota tutkitaan, pystytään kuitenkin rajaamaan laaja-alaisesti ja tarvittaessa luokittelemaan sen ominaisuuksia. Tutkimuskysymykset ovat väljempiä esimerkiksi verrattuna systemaatti-seen kirjallisuuskatsaukseen. Katsaus, jota voidaan luonnehtia kuvailevaksi ja myös traditionaaliseksi kirjallisuuskatsaukseksi, toimii itsenäisenä metodina, mutta se voi myös tarjota systemaattista kirjallisuuskatsausta varten uusia tutkittavia ilmiöitä. Kuvai-levia kirjallisuuskatsauksia katsotaan olevan kahta erilaista tyyppiä eli narratiivinen kirjallisuuskatsaus ja integroiva kirjallisuuskatsaus. Integroivalla katsauksella nähdään useita yhtymäkohtia systemaattiseen katsaukseen (Salminen 2011, 6) ja katsauksen vai-heet noudattelevat systemaattista kirjallisuuskatsausta. Integroitua katsausta on käytetty toistaiseksi aika vähän hoitotieteessä. (Pata-Pudas 2008, 44.)

Sekä teoreettista että empiiristä eri metodein tehtyä tutkimusta voidaan yhdistää samaan katsaukseen ja tässä yhteydessä puhutaan juuri integroidusta kirjallisuuskatsauksesta. Integroidulle kirjallisuuskatsaukselle on esitetty myös tiettyjä tehtäviä, joita ovat mm.



nykyisten tutkimusten puutteiden tunnistaminen sekä aukkojen täydentäminen. Lisäksi integroidun kirjallisuuskatsauksen tehtävänä nähdään tutkimuksen aihealueen tieteellisen näytön vahvuuden arviointi sekä käsitteellisen viitekehyksen tunnistaminen. Integroidussa kirjallisuuskatsauksessa voidaan kuvata sen hetkistä aihealueen tutkimuksen tilaa, kehitetään aiheeseen liittyvää teoriaa ja sovelletaan tietoa. Siinä on myös mahdollista testata ja soveltaa systemaattisen kirjallisuuskatsauksen metodia ja käyttökelpoisuutta tutkimuksen teossa (Laaksonen, Kuusisto-Niemi & Saranto 2010, 28; Flinkman & Salanterä 2007, 85–86). Integroidussa kirjallisuuskatsauksessa on mahdollista myös punnita yhteen nivottua näyttöön perustuvaa tietoa sekä tehdä sen nykytilasta myös johtopäätöksiä (Flinkman & Salanterä 2007, 85).

Integroitua kirjallisuuskatsausta käytetään, kun tutkittava ilmiö halutaan kuvata mahdollisimman monipuolisesti (Salminen 2011, 8). Tätä kirjallisuuskatsauksen muotoa pidetään kirjallisuudessa kaikkein laajimpana katsauksen muotona. Siinä sallitaan yhdistettäväksi eri metodein tehtyä tutkimusta eli esimerkiksi kokeellista ja ei-kokeellista tutkimusta samassa katsauksessa (Flinkman & Salanterä 2007, 85; Patala-Pudas 2008, 44). Laajemmasta näkökulmasta johtuen aihealueesta on mahdollisuus kerätä analysoitavaksi merkittävästi isompi otos. Tutkimusaineistossa olevat kirjallisuudet tyypit ja perspektiivit voivat integroidussa katsauksessa vaihdella paljon enemmän sekä ovat laajempia kuin systemaattisessa katsauksessa. Tämä on hyvä keino tuottaa uutta tietoa aiemmin tutkitusta aiheesta. Lisäksi monipuolisesta näkökulmasta on apua, kun tarkastellaan kirjallisuutta kriittisesti ja tehdään siitä synteisiä. Integroitu kirjallisuuskatsaus voi näin tarjota kokonaisuutena laajemman kuvan aihetta käsittelevästä tutkimuksesta kuin systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Lisäksi se ei seulo tutkimusaineistoa yhtä tarkasti eikä ole niin valikoiva kuin systemaattinen kirjallisuuskatsaus. (Salminen 2011, 8.)

Vaiheittain kuvattuna integroitu kirjallisuuskatsaus ei muun muassa Salmisen (2011) esittämien tietojen mukaan merkittävästi eroa systemaattisesta katsauksesta. Tältä osin se on osa systemaattista katsausta. Sen periaatteet ja vaiheet eivät eroa mitenkään alkuperäistutkimuksista. Eli alussa päätetään tutkimuskysymykset, suunnitellaan aineiston keruu ja sen strategia, kootaan haluttu aineisto sekä analysoidaan ja lopuksi tulkitaan tuloksia. Vaiheet voidaan tiivistää viiteen kohtaan, joita ovat siis tutkimuksen asettelu, aineiston hankkiminen, sen arviointi, analyysi sekä tulkinta ja tulosten esittäminen. (Salminen 2011, 8; Flinkman & Salanterä 2007, 88.)

## 5.2 Aineiston keruu- ja tiedonhakustrategiat

Optimaalisin tilanne integroidun kirjallisuuskatsauksen aineiston keruussa ja kirjallisuushauissa on se, että kaikki aiheesta olemassa oleva relevantti tutkimus pyritään ottamaan katsaukseen mukaan. Käytännössä tähän ei kuitenkaan aina päästä. Pyrkimyksenä kuitenkin on käyttää kaikkia mahdollisia menetelmiä tiedonhaussa. Näin saadaan mahdollisimman hyvä otos sopivista ja potentiaalisesta tutkimuksista katsaukseen. Kirjallisuuden mukaan hakuja voidaan tehdä mm. sähköisiin tietokantoihin ja hakupalveluihin, artikkeleiden ja raporttien lähdeluetteloihin ja lehtien sisällysluetteloihin. (Flinkman & Salanterä 2007, 91.) Tietokantojen tiedonhaussa onkin hyvä käyttää myös manuaalista tiedon hakua, jotta saadaan hankittua katsaukseen mahdollisimman kattava aineisto. (Johansson 2007, 6). Lisäksi katsauksen luotettavuutta parannetaan turvautumalla asiantuntijan apuun hakua tehtäessä (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 49).

### 5.2.1 Aineiston keruun ja tiedon haun kuvaus

Aineiston keruun strategian suunnitteluun pitäisi varata riittävästi aikaa, jotta se tulee tehtyä huolellisesti. Alkuun tiedonhaku ei välttämättä onnistu systemaattisesti, mutta hyvä suunnitelma auttaa tekemään siitä järkevää ja tarkkaa. Katsauksessa on oleellista, että aineiston keruu kuvataan niin tarkasti, jotta sen onnistuminen on lukijan arvioitavissa. Aineiston keruun toteuttaminen pitäisi raportoida niin tarkasti, että sama haku voidaan haluttaessa tehdä uudelleen ja saamaan hausta samat lopputulokset. Lisäksi aineiston keruulle tehdyt rajaukset pitää perustella ja raportoida täsmällisesti. Pitää olla myös määriteltynä mitä tietokantoja, hakutapoja, -sanoja ja/tai niiden yhdistelmiä aiotaan käyttää aineiston löytymiseen (Flinkman & Salanterä 2007, 91.)

Aineiston keruuseen ja hakuun käytettävissä olevia sähköisiä tietokantoja on useita. Cochrane-kirjasto sisältää esimerkiksi kokoelman kansainvälisiä tietokantoja, jotka sisältävät korkealaatuista, riippumatonta tietoa. Erityisesti näyttöön perustuvaa lääketiedettä etsittäessä, kannattaa haku aloittaa Cochranesta. Kotimaisia tutkimuksia voidaan hakea Medicin kautta. Medic sisältää viitteitä kotimaisista lääke- ja hoitotieteellisistä artikkeleista, kirjoista, väitöskirjoista, opinnäytetöistä ja tutkimuslaitosten raporteista. Se on vuodesta 1978 käytössä ollut terveystieteellinen tietokanta, joka sisältää yli 100 000 viitettä ja vuosittain tietokantaan syötetään noin 4000 viitettä lisää. Kansainvälisiä

tutkimuksia puolestaan löytyy mm. Cinahlin kautta, joka on hoitotieteen kansainvälinen tietokanta. Cinahl sisältää artikkeliviitteitä englanninkieliseen hoitotieteen ja lähialojen lehteen sekä alan amerikkalaisiin kirjoihin ja väitöskirjoihin. (Lamberg & Lodenius 2012.) Virallisten sähköisten tietokantojen lisäksi on mahdollista tehdä hakua myös Google Scholarin eli internet-hakukoneen kautta, joka on keskittynyt tieteelliseen kirjallisuuteen. Tieteellisessä internet-tiedonhaussa suositellaan Google Scholaria. Sen haakuominaisuuksia, tuotesisällön valintaa, kuvailua ja valvontaa kehitetään määrätietoisesti nimenomaan tieteellisen tiedon etsimistä varten. (Tähtinen 2007, 13.)

### **5.2.2 Sisäänotto- ja poissulkukriteerit**

Keräämisvaiheessa pitää aineistolle olla kirjallisuudessa esitettyjen edellytysten mukaan myös määriteltynä sisäänotto- ja poissulkukriteerit. Aineistoa pitää karsia sisäänotto- ja poissulkukriteerien ja tutkimuksen kannalta arvioidun relevanttiuden mukaan (Flinkman & Salanterä 2007, 91–92) sekä nämä kriteerit pitää myös kuvata selkeästi ja johdonmukaisesti tutkittavan ilmiön kannalta (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 48).

### **5.2.3 Aineiston hakuprosessin arviointi**

Kirjallisuuskatsauksessa olisi hyvä arvioida myös sitä, mitä tutkimuksia ei mahdollisesti löydetty tai pystytty hyödyntämään. Sähköisistä tietokannoista katsotaan jäävän osan tutkimuksista aina löytymättä, joten se vaikuttaa haun onnistumiseen ja sen arviointiin. (Flinkman & Salanterä 2007, 92.) Tietokantahakujen onnistumisen lisäksi voidaan arvioida ja kuvata myös manuaalista tiedon hakua eli onko katsaukseen saatu hankittua mahdollisimman kattava aineisto. (Johansson 2007, 6).

## **5.3 Aineiston arviointi**

Integroidussa katsauksessa pitää aina mukaan otettuja tutkimuksia arvioida, jonka avulla päätetään miten paljon katsauksen johtopäätöksillä on painoarvoa. Aineiston tarkastelua helpottaa se, että tutkimukset jo alkuvaiheessa taulukoidaan ja siihen kirjataan keskeiset tiedot tutkimuksen luonteesta, metodologiasta ja tuloksista. Materiaalia on mm.

helpompi hallita ja tarkastella yleisluontoisesti taulukon avulla. (Flinkman & Salanterä 2007, 92.)

### 5.3.1 Tutkimusten näytön asteen arviointi

Aineistoa voidaan arvioida tutkimusten näytön asteen näkökulmasta. Sairaanhoidtajaliitto (2004, 20–21) on koonnut hoitotyön suositusten laadintaa helpottamaan luokituksen mm. tutkimusten näytön asteen arviointiin, joka auttaa arvioimaan tutkimuksia yhdenmukaisesti ja selkeästi (taulukko 1).

TAULUKKO 1. Näytön asteen luokitus

ASTEIKKO	NÄYTÖN ASTE
I	Meta-analyysi, hyvä systemoitu katsaus
II	Systemoitu katsaus, yksi satunnaistettu hoitokoe (RCT = randomised controlled trial) tai useita muita kvasikokeellisia tutkimuksia, joiden tulokset ovat samansuuntaiset.
III (a)	Yksi hyvä kvasikokeellinen tutkimus tai useita muita kvasikokeellisia tutkimuksia, joiden tulokset ovat samansuuntaiset.
III (b)	Useita määrällisesti kuvailevia tai korrelatiivisia tutkimuksia, joissa samansuuntaiset tutkimukset.
III (c)	Useita hyviä laadullisia tutkimuksia, joiden tulokset samansuuntaiset.
IV	Yksittäiset hyvät muut tutkimukset, tapaustutkimukset, konsensuslausumat ja asiantuntija-arviot. Kun näyttö on arvostettujen asiantuntijoiden konsensuksen tulosta, kuvataan, miten se on syntynyt.

(Suomen sairaanhoidtajaliitto 2004, 21)

Suomen sairaanhoidtajaliiton näytön asteen luokitus (taulukossa 1) jakautuu viiteen eri luokkaan, joissa vahvinta näyttöä edustavat luokat I ja II. Luokassa III tutkimukset jaotellaan vielä kolmeen ryhmään (a, b ja c), joissa a edustaa näistä vahvinta ja c heikointa luokkaa. Luokituksessa kaikkein heikointa näyttöä edustavat tutkimukset kuuluvat luokkaan IV.

### 5.3.2 Tutkimusten laadun arviointi

Eri metodeilla tehtyjen tutkimusten laadunarviointi on integroidussa katsauksessa haastava prosessi, johon on käytettävissä erilaisia menetelmiä. Määrällistä ja laadullista aineistoa sisältävässä tutkimuksessa esimerkiksi ohjeistetaan käytettävän kahta erilaista laadun arvioinnin metodia. Aineiston laadun arviointia integroidussa katsauksessa voidaan kirjoittaa auki muun muassa kuvaamalla tutkimusten vahvuuksia ja heikkouksia. Empiirisiä tutkimuksia arvioidaan esimerkiksi niiden luotettavuuden, toistettavuuden, yleistettävyyden, aineiston edustavuuden sekä koon ja käytössä olleiden mittareiden laadun kautta. (Flinkman & Salanterä 2007, 93.) Tutkimusten laadun arviointi voi usein olla ristiriitaista, vaikeaa ja mahdotontakin. Arvioinnissa pitäisi käyttää mahdollisimman luotettavaa olemassa olevaa mittaria tai luoda sellainen, koska ainoastaan laadukkaista tutkimuksista saadaan luotettavia ja oikeita tuloksia. (Kontio & Johansson 2007, 107.)

### 5.4 Aineiston analyysimenetelmä ja tulkinta

Kaikessa laadullisen aineiston analysoinnissa voidaan analyysimenetelmänä käyttää sisällön analyysia. Laadullinen tutkimusaineisto voi koostua erilaisista teksteistä kuten esimerkiksi kirjoista ja artikkeleista (Kylmä, Rissanen, Laukkanen, Nikkonen, Juvakka & Isola 2008, 24) tai mikä tahansa kirjallinen materiaali voi olla laadullisen aineiston dokumenttina. Sisällön analyysimenetelmän avulla tutkittava aineisto pyritään saamaan tiivistettyyn ja yleiseen muotoon, josta voidaan tehdä lopulta johtopäätöksiä. (Tuomi & Sarajärvi 2012, 103.) Sisällön analyysissa useimmiten käytetään induktiivista eli aineistolähtöistä tai deduktiivista eli teorialähtöistä menetelmää (Kyngäs & Vanhanen 1999, 5; Kylmä ym. 2008, 24; Tuomi & Sarajärvi 2012, 95).

Aineistolähtöistä induktiivista analyysia voidaan kuvata karkeasti kolmella eri vaiheella: aineiston redusointi eli pelkistäminen (aineistosta esiin nostettu ilmaisu, sana tai lause), aineiston klusterointi eli ryhmittely sekä abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. Pelkistämisen jälkeen klusteroinnissa eli ryhmittelyssä aineistosta etsitään samankaltaisia ja/tai erilaisia kuvaavia käsitteitä, jotka ryhmitellään ja yhdistetään eri luokiksi. Tämän ryhmittelyn kautta syntyvät aineiston alaluokat. Analyysin edetessä alaluokkien ryhmittelyn myötä muodostetaan yläluokat ja lopulta abstrahoinnin kautta

myös niitä yhdistävät pääluokat. Tämän induktiivisen prosessin kautta erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto, jonka perusteella lopulta muodostetaan aineistosta teoreettisia käsitteitä. (Tuomi & Sarajärvi 2012, 109–112.)

Aineiston analyysia voidaan lähestyä myös valmiin teorian näkökulmasta eli deduktiivisesti. Tässä tapauksessa aineiston analyysin luokittelu perustuu aiempaan viitekehyyseen, joka voi olla käsitejärjestelmä tai teoria. Ensimmäisenä vaiheena sisällön analyysissä on tällöin analyysirungon muodostaminen, joka voi olla aika väljäkin. Analyysirungon sisälle muodostetaan erilaisia luokituksia ja kategorioita noudattamalla induktiivisen sisällön analyysin periaatteita. Aineistosta poimitaan tällöin analyysirunkoon kuuluvat asiat sekä myös ulkopuolelle jäävät asiat, jotka luokitellaan induktiivisen analyysin periaatteita noudattaen. Toisaalta voidaan käyttää myös strukturoitua analyysirunkoa, jolloin kerätään vain niitä asioita, jotka sopivat valittuun analyysirunkoon. Näin voidaan testata uudessa kontekstissa aikaisempaa käsitejärjestelmää tai teoriaa. (Tuomi & Sarajärvi 2012, 113.)

Aineiston analyysi koetaan laadullisessa tutkimuksessa vaikeaksi. Erilaisia vaihtoehtoja analyysin tekoon on paljon tarjolla ja analyysin tekoon ei ole olemassa tiukkoja sääntöjä. Tutkijalla on kuitenkin mahdollisuus tehdä aineistoon tutustumisvaiheessa jo alustavia valintoja esimerkiksi aineistosta esiin nostettavista teemoista. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 224.) Jako induktiiviseen ja deduktiiviseen analysointimenetelmään perustuu siihen tulkintaan, millaista päättelyn logiikkaa tutkimuksessa käytetään. Tieteellisesti tämän jaotuksen käyttö voi olla ongelmallista, koska ns. puhtaan induktion mahdollisuus voidaan asettaa kyseenalaiseksi. Tämän kahtiajaon suurimpana käytännöllisenä ongelmana nähdään se, että olemassa on vielä kolmaskin tieteellisen päättelyn logiikka. Tämä kolmas on abduktiivinen päättely, jonka mukaan teorian muodostuksen katsotaan olevan mahdollista, kun analyysin teossa on mukana jokin johtolanka tai johdajatus. (Tuomi & Sarajärvi 2012, 95).

Kirjallisuuskatsauksen aineistoa analysoitaessa voidaan Tuomen & Sarajärven (2012) mukaan käyttää apuna ns. teoriaohjaavaa sisällönanalyysiä, jonka katsotaan myös olevan aineistolähtöistä. Tässä analyysissä laaditaan ns. luokittelurunko työlle. Analyysissä tutkimuskysymyksiin vastaavat kuvaukset eli alkuperäiset ilmaukset pelkistetään ja kirjoitetaan eri luetteloiksi. Nämä luettelot voidaan luokitella eri luokkiin. Sisältöä analysoimalla saadut luokat eivät ole kirjallisuuskatsauksen tulos vaan ainoastaan keino

tiivistäen tarkastella tutkimuksia. Näiden avulla hahmotellaan tulosten tarkastelulle runko ja sisällysluettelo. Sisällönanalyysin teoriassa on näin edeten huomioitava se, että aina ei analyysissa välttämättä synny sisällön analyysiin liitettäviä sekä ala- että yläluokkia eli kategorioita, joita Kyngäs ja Vanhanen (1999) ovat kirjallisuudessa esittäneet. Analyysissä voi syntyä myös vain yläluokkia. Tässä yhteydessä on kysymys siitä, että ala- ja yläluokkien eli kategorioiden muodostumisesta sisällön analyysin aikana on kyseessä pelkästään eräs kyseisen analyysin teoreettinen malli. Tälle mallille on siis löydettävissä erilaisia variaatioita ja malleja. (Tuomi & Sarajärvi 2012, 123–124.)

Aineistolähtöisessä analyysissä tutkimusaineistosta pyritään luomaan teoreettinen kokonaisuus. Aineistosta valitaan analyysiyksiköt tutkimuksen tarkoituksen ja tehtävän asettelun mukaan. Pääajatus on kuitenkin se, että analyysiyksiköt eivät ole etukäteen sovittuja ja harkittuja. (Tuomi & Sarajärvi 2012, 95.) Kirjallisuuskatsauksen teossa voidaan käyttää apuna aineistolähtöistä sisällön analyysia, jonka avulla saatavaa tietoa pitää koota ja tiivistää. Aineistolähtöistä sisällön analyysiä voidaan tässä yhteydessä käyttää analyysia ohjaavan luokittelurungon laatimiseen, joiden varassa tiivistetty kooste aineistosta esitetään. (Tuomi & Sarajärvi 2012, 123.)

Aineiston analysointi ei kuitenkaan pelkästään riitä, vaan analyysistä koottuja tuloksia myös tulkitaan eli niistä tehdään johtopäätöksiä. Tulosten analysoinnin avulla ei siis vielä pystytä kertomaan tutkimuksen tuloksia, vaan tuloksista pitää pyrkiä myös laatimaan synteesejä. Vasta näiden synteiesien avulla kootaan yhteen pääseikat ja saadaan kirkkaammat vastaukset tutkimuksessa asetettuihin ongelmiin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2010, 229–230.) Integroidussa katsauksessa aineistoa kirjoitetaan auki myös narratiiviseen muotoon (Flinkman & Salanterä 2007, 93). Aineiston tiivistämiseen voidaan käyttää lisäksi jatkuvaa aineiston vertailun metodia, jonka avulla laadullista aineistoa on tarkoitus koodata ja tiivistää systemaattisiksi kategorioiksi. Aineistosta pyritään näiden kategorioiden avulla erottamaan yleisiä teemoja, malleja, vaihteluja ja eri asioiden välisiä suhteita. Synteiesin tekeminen voi kuitenkin käytännössä olla vaikeaa, jos tutkimukset ovat metodologisesti merkittävästi erilaisia. Flinkman & Salanterä (2007, 96.)

Integroidun katsauksen päämäärää kuvaillaan kirjallisuudessa tasapuolisena ja huolellisena tutkimustulosten tulkintana, johon sisältyy innovatiivinen synteiesi. Tutkija analysoi erillisiä aineistoja ja tekee tuloksista kokonaisvaltaisen synteiesin. Laajasta aineistos-

ta on tarkoitus saada koottua älykäs ja lukijaystävällinen tiivistelmä. Strategiat, joilla aineistoa analysoidaan, ovat kuitenkin vähiten kehittynein osa-alue integroidussa katsauksessa. Mielekäs analysointi ja aineiston tiivistäminen innovatiivisesti on tästä johtuen kaikkein vaikein vaihe ja myös herkin erilaisille virheille. (Flinkman & Salanterä 2007, 94–95.) Sisällön analyysin yhtenä ongelmana on lisäksi pidetty sitä, että tutkimusta yksin tehdessä ei pysty täysin objektiivisesti tarkastelemaan tutkimusprosessia, vaan tutkimuksesta saadut tulokset perustuvat aina tutkijan subjektiiviseen näkemykseen ja tulkintaan asiasta (Kynge & Vanhanen 1999, 10).



## 6 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TOTEUTTAMINEN

### 6.1 Tutkimusten hakuprosessi vaiheittain

Tähän integroituun kirjallisuuskatsaukseen haettiin tietoa hoitotieteellisistä, kotimaisista ja kansainvälisistä sähköisistä tietokannoista. Työhön haettiin aiheeltaan sekä näkökulmaltaan sopivia ja ajallisesti melko tuoreita (2007–2012) tutkimuksia. Hakujen myötä kävi ilmi, että suurin osa kotimaisista aihepiirin tuoreimmista ja tarkoitukseen sopivista tutkimuksista ei ole sähköisesti kokotekstinä saatavilla. Hakujen avulla päästiin kuitenkin tiedon jäljille ja sopiviin kotimaisiin tutkimuksiin oli mahdollista päästä tutustumaan lainaamalla niitä kaukolainana kirjaston kautta. Kansainvälistä tutkimustietoa sähköisistä tietokannoista oli aiheesta kokotekstinä paremmin saatavilla.

Kirjallisuuskatsauksessa aineiston keruu- ja hakustrategiat mukailivat systemaattisen katsauksen periaatteita. Tutkimusaineistoa hahmoteltiin aluksi tekijän itsenäisesti suorittamien hakujen avulla. Haut varmistettiin ja edellä mainittuun lisästrategiaan eli kaukolainaukseen päädyttiin kotimaisten tutkimusten osalta yhdessä informaattikko Sinikka Lehtomäen kanssa 13.9.2012, jolloin ns. hakukoonti tehtiin. Alustavat systemaattiset haut tehtiin seuraaviin tietokantoihin: Cochrane, Cinahl (EBSCOhost) ja Medic. Cohranen kautta ei ollut sopivia tutkimuksia kokotekstinä saatavilla, joten tästä tietokannasta luovuttiin. Sopivia tutkimuksia saatiin ja/tai jäljitettiin informaattikon avustuksella kotimaisten tutkimusten osalta Medicin ja kansainvälisten tutkimusten osalta Cinahlin kautta. Lisäksi lisähakua tehtiin itsenäisesti Google Scholarin eli internet-hakukoneen kautta, joka on keskittynyt tieteelliseen kirjallisuuteen. Google Scholarin hakupolun kautta löytyi muutama hyvä aihepiirin ja vahvan näytönkin tutkimusartikkeli.

Hakustrategiaa ja -prosessia ohjaamaan asetettiin tarkat tutkimusten sisäänotto- ja pois-sulkukriteerit (taulukko 2). Medic-, Cinahl-, Google Scholar- haut raportoitiin kaikki erikseen sekä kuvattiin kaikkien hakujen osalta myös kaavioina (liitteet 1 ja 2). Käytettyä hakustrategiaa ja työn tarkkaa rajausta perustellaan sillä, että opinnäytetyöhön oli aikaa puoli vuotta ja katsauksen tekijöitä oli yksi. Lisäksi kirjallisuuskatsauksessa haluttiin keskittyä ajallisesti tuoreisiin tutkimuksiin.

TAULUKKO 2. Tutkimusten sisäänotto- ja poissulkukriteerit

SISÄÄNOTTOKRITEERIT	POISSULKUKRITEERIT
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Alkuperäistutkimukset on julkaistu vuosien 2007–2012 aikana</li> <li>• Tutkimusmetodi avoin: tutkimukseen otetaan määrällisiä sekä laadullisia tutkimuksia / tutkimusartikkeleita ja kirjallisuuskatsauksia</li> <li>• Asiasisältönä päiväkirurginen hoitotyö, potilasohjaus/ tiedonsaanti ja näkökulmana potilasnäkökulma</li> <li>• Tutkimukset / tutkimusartikkelit saatavilla kokotekstinä</li> <li>• Tutkimusten tai tutkimusartikkelien julkaisukielenä suomi ja englanti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tutkimukset, jotka on julkaistu ennen vuotta 2007</li> <li>• Tutkimusartikkelit, jotka koskevat tutkimuksia, joiden alkuperäinen julkaisu on ennen vuotta 2007</li> <li>• Asiasisällöltään hoitajien / hoitohenkilöstön näkökulmasta tehdyt tutkimukset</li> <li>• Tutkimusta / tutkimusartikkelia ei saatavilla kokotekstinä</li> <li>• Tutkimusten / tutkimusartikkelien julkaisukielenä muut kielet (kuin suomi ja englanti)</li> </ul>

Kirjallisuuskatsauksessa ei todennäköisesti tavoitettu kaikkia sähköisesti saatavilla olevia aihepiirin ja rajatun ajanjakson tutkimuksia. Kirjallisuuskatsauksessa käytettiin vain kahta sähköistä tietokantaa, Medic ja Cinahl sekä täsmällisesti rajattuja hakusanoja ja hakustrategiaa. Valituistakin sähköisistä tietokannoista katsotaan jäävän osan tutkimuksista aina löytymättä. Tässä työssä ei käytetty tutkimusten täydentävään hakuun manuaalista hakuja selaamalla esimerkiksi muiden tutkimusten lähdeluetteloita tai aihepiirin lehtien lähdeluetteloita. Lisähaku tehtiin internet-hakukone Google Scholarin kautta.

### 6.1.1 Tutkimusten haku Medicistä

Kotimaisia tutkimuksia haettiin kirjallisuuskatsaukseen Medicin kautta. Hakusanoina Medicissä käytettiin sanayhdistelmiä ”Patient Education as Topic” AND ”ambulatory surgical procedures” päiväkirurg\*. Hakurajauksena oli lisäksi julkaisutyypiltään gradut ja väitöskirjat sekä kaikki tietokannassa olevat kielet. Tällä rajauksella saatiin 33 tutki-

musta. Aikarajauksella 2007–2012 hakutuloksena oli yhdeksän tutkimusta, jotka otettiin tarkasteluun. Näistä vain yksi kotimainen (englanninkielinen) väitöskirjatutkimus oli tietokannan kautta pdf-muodossa kokotekstinä saatavilla. Kahdeksan muuta (suomenkielistä) tutkimusta oli tarvittaessa saatavilla kaukolainamalla. Tästä hausta kaikki yhdeksän tutkimusta otettiin tarkasteluun sisäänotto- ja poissulkukriteerien näkökulmista.

### **6.1.2 Tutkimusten haku Cinahlista**

Kansainvälisiä tutkimuksia haettiin kirjallisuuskatsaukseen Cinahlin kautta. Haussa käytettiin tarkennettua hakua ”advanced search” ja hakusanoina käytettiin sanayhdistelmiä ”Ambulatory surgery” AND ”Patient education”. Hakutuloksena saatiin 270 tutkimusta / tutkimusartikkelia. Hakurajauksella vuosilta 2007–2012 ja kokotekstinä tuli haun tulokseksi 23 artikkelia/tutkimusartikkelia. Aikarajauksen jälkeen tämän haun tuloksena saatua 23 artikkelia ryhdyttiin tarkastelemaan ja tekemään valintaa myös muiden sisäänotto- ja poissulkukriteerien näkökulmasta.

### **6.1.3 Tutkimusten haku Google Scholarista**

Tutkimusten lisähaaku tehtiin syyskuussa 2012 Google Scholarin eli internet-hakukoneen kautta. Haussa käytettiin tarkennettua hakua sanoilla ”Päiväkirurgisen potilaan ohjaus ja väitöskirjat”. Hakutuloksena oli 215 osumaa, jotka olivat opinnäytetöitä, artikkeleita ja tutkimuksia. Ajalta 2007–2012 haku supistui 186 osumaan. Osumista löytyi vain yksi tuore ja asiasisällöltään sopiva väitöskirja, joka oli saatavilla kaukolainauksen kautta. Kaukolainamalla tarkasteluun saatiin mukaan tämä yliopiston julkaisu, joka koostui kuudesta englanninkielisestä tutkimusartikkelista. Näistä otettiin hakuprosessin tuloksena kaikki kuusi tutkimusta sisäänotto- ja poissulkukriteerien mukaiseen valintaprosessiin mukaan.

#### **6.1.4 Tutkimusten valinta arviointiprosessiin**

Arviointiin valittiin tutkimuksia tarkkojen sisäänotto- ja poissulkukriteerien (taulukko 2) lisäksi määriteltyjen tutkimuskysymysten avulla. Valinnassa tutkimuksia tarkasteltiin ensin otsikko, abstrakti ja sittemmin koko teksti tasolla. Kaikkien näiden valintaperusteiden jälkeen valikoitui lähemmin tarkasteltavaksi yhteensä 16 tutkimusta tai tutkimusartikkelia: Cinahl 6, Medic 6 ja Google Scholar 4 tutkimusta. Tutkimukset taulukoitiin lähempää tarkastelua ja tutkimusten kuvaamista varten. Näistä valittiin tutkimusten näytön ja laadun arviointiprosessiin mukaan 13 tutkimusta tai tutkimusartikkelia, jotka taulukoitiin (liite 5). Mukaan valikoituneista tutkimuksista neljä oli suomenkielistä ja loput yhdeksän englanninkielisiä tutkimuksia tai tutkimusartikkeleita. Kaksi tutkimusartikkelia (Cinahl) hylättiin tässä vaiheessa puutteellisten metodologisten tietojen takia ja yksi tutkimus (Medic) sen vuoksi, että siinä esitetyistä tutkimustuloksista ei saatu vastauksia tämän kirjallisuuskatsauksen tutkimuskysymyksiin. Hylätyt tutkimukset esitetään myös raportissa taulukoituna (liite 6). Tutkimusten valikoituminen kuvataan omalta osaltaan myös hakuprosessikaavioissa (liitteet 1 ja 2).

#### **6.2 Tutkimusten valinta näytön ja laadun arvioinnin perusteella**

Arviointiprosessiin mukaan valikoituneiden tutkimusten (N=13) näytön astetta arvioitiin Sairaanhoidajaliiton ohjeistuksen ja luokittelun mukaisesti (taulukko 1). Tällä luokittelulla kirjallisuuskatsauksen tutkimusten näytön astetta pyrittiin arvioimaan yhdenmukaisesti ja selkeästi.

Kirjallisuuskatsauksen laadun arviointiin laadittiin kaksi erillistä arviointikaavaketta. Satunnaistetuille, kontrolloiduille tutkimuksille eli RCT (randomized controlled trial) – tutkimuksille laadittiin oma arviointikaavake (liite 3). Kaikille muille tutkimuksille (määrälliset, laadulliset ja kirjallisuuskatsaukset) laadittiin oma erillinen laadun arviointikaavake (liite 4). Hyväksymiskriteeriksi asetettiin molemmissa arviointikaavakkeissa 60 % maksimipistemäärästä, jota on kirjallisuuskatsauksissa suuntaa antavasti käytetty laadun arvioinnissa rajana. Maksimipistemäärät olivat RCT-tutkimuksilla 13 ja muilla tutkimuksilla 20 pistettä. Tutkimukset taulukoitiin näytön asteen ja laadun arvioinnista saatujen pisteiden osalta (taulukko 3).

TAULUKKO 3. Tutkimusten (N=13) tyypit, näytön asteet ja laadun arvioinnin pisteet

Tutkimuksen tekijät, vuosi, tutkimus	Tutkimuksen tyyppi	Näytön aste	Pisteet
1. Gilmartin & Wright <b>2007</b> . Tutkimusartikkeli	Kirjallisuuskatsaus	II	18/20
2. Heikkinen, Leino-Kilpi, Hiltunen, Johansson, Kaljonen, Rankinen, Virtanen & Salanterä <b>2007</b> . Tutkimusartikkeli	Muu määrällinen tutkimus	III (b)	19/20
3. Heikkinen, Leino-Kilpi, Nummela, Kaljonen & Salanterä <b>2009</b> . Tutkimusartikkeli	Määrällinen RCT-tutkimus	II	12/13
4. Renholm, Suominen, Turtiainen & Leino-Kilpi <b>2009</b> . Tutkimusartikkeli	Laadullinen tutkimus	III (c)	18/20
5. Kättö <b>2009</b> . Pro gradu – tutkielma	Muu määrällinen tutkimus	III (b)	18/20
6. Ylenius <b>2009</b> . Pro gradu – tutkielma	Muu määrällinen ja laadullinen tutkimus	III (c)	15/20
7. Kesänen <b>2009</b> . Pro gradu – tutkielma	Laadullinen tutkimus	III (c)	20/20
8. Wiggins <b>2009</b> . Tutkimusartikkeli	Laadullinen ja määrällinen RCT-tutkimus	II	9/13
9. Heikkinen, Suomi, Jääskeläinen, Kaljonen, Leino-Kilpi & Salanterä <b>2010</b> . Tutkimusartikkeli	Muu määrällinen tutkimus	III (b)	17/20
10. Klemetti <b>2010</b> . Väitöskirja	Määrällinen RCT-tutkimus	II	10/13
11. Kaukonen <b>2010</b> . Pro gradu – tutkielma	Laadullinen tutkimus	III (c)	17/20
12. Heikkinen, Salanterä, Leppänen, Vahlberg & Leino-Kilpi <b>2011</b> . Tutkimusartikkeli	Määrällinen RCT-tutkimus	II	10/13
13. Heikkinen, Leino-Kilpi, Vahlberg & Salanterä, <b>2011</b> . Tutkimusartikkeli	Määrällinen RCT-tutkimus	II	10/13

Vahvan tutkimusnäytön (luokka II) RCT-tutkimuksia oli viisi, joista yhdessä oli määrällinen sekä laadullinen tutkimusote. Kirjallisuuskatsauksia (luokka II) oli vain yksi. Muita määrällisiä tutkimuksia ja laadullisia tutkimuksia (luokka III) oli molempia kolme. Lisäksi yhdessä (luokka III) kirjallisuuskatsaukseen mukaan otetuista tutkimuksissa oli sekä määrällinen että laadullinen tutkimusote.

Kirjallisuuskatsaukseen hyväksyttävien tutkimusten vähimmäispistemäärät (60 % maksimipisteistä) olivat RCT-tutkimusten osalta 8/13 pistettä ja muilta tutkimuksilta 12/20 pistettä. RCT- ja määrällisistä tutkimuksista yksikään ei saanut täysiä pisteitä, mutta yksi laadullinen tutkimus sai täydet pisteet. Tutkimustuloksia arvioitaessa tutkimuksen saamien pisteiden painoarvoa kuuluu peilata tutkimuksen näytön vahvuuteen.

Kaikki arvioidut 13 tutkimusta tai tutkimusartikkelia hyväksyttiin näillä kriteereillä mukaan kirjallisuuskatsaukseen. Kirjallisuuskatsauksen lopullinen aineisto oli näytön ja laadun arvioinnin jälkeen neljä suomenkielistä ja yhdeksän englanninkielistä tutkimusta tai tutkimusartikkelia.

### **6.3 Tutkimustulosten analysointi**

Tulosten analysoinnissa käytettiin tässä kirjallisuuskatsauksessa laadullista, aineistolähtöistä sisällön analyysia. Analysointivaihe lähti liikkeelle siitä, että kirjallisuuskatsaukseen valittujen tutkimusten tulokset luettiin ensin useaan kertaan läpi. Tämän jälkeen haettiin tutkimuskysymyksittäin yhdestä tutkimuksesta kerrallaan vastauksia haluttuun kysymykseen ja laitettiin samalla ylös marginaaliin aineistosta esiin nousevia sanoja, asiayhteyksiä tai teemoja. Edellä mainituista ja esiin nousseista pelkistyksistä alkoi tuloksille muodostua teemojen ja asiayhteyksien kautta luokittelurunko, jonka ympärille koostetta alettiin rakentaa.

Vaikka analyysi eteni aineistolähtöisesti, se ei edennyt puhtaasti induktiivisesti. Eli ei niin, että aineiston pienistä pelkistetyistä osista ja alaluokkien muodostumisen kautta olisi edetty klusteroinnin (ryhmittelyn) ja abstrahoinnin (käsitteellistämisen) kautta yläluokkiin/pääloukkiin ja lopulta käsitteelliseen teoriaan. Se ei myöskään edennyt kokonaisuudesta osiin eli deduktiivisesti, koska analyysin taustalla ei ollut valmiina mitään teoreettista, valmista ja sovittua mallia analyysia ohjaamassa. Analyysia voidaan kuvaila tässä kirjallisuuskatsauksessa lähinnä abduktiiviseksi eli teoriaohjaavaksi. Teoriaohjaavassa lähestymistavassa aineistolähtöisesti nousi pelkistysvaiheessa käsitteellisesti jo valmiiksi laajempia kokonaisuuksia eli yläluokkia ja luokittelurunko ohjaamaan analyysin etenemistä.

Tulosten rakentumista hahmoteltiin edellä mainittua luokittelurunkoa hyödyntäen. Asiakokonaisuudet eli yläluokat nousivat aineistosta jo pelkistysvaiheessa esiin ja analyysi jäsenyi ja eteni niiden mukaan. Kahteen ensimmäiseen tutkimuskysymykseen kootuissa tuloksissa analyysin avulla hahmottuivat yläluokkien lisäksi ”taaksepäin” myös alaluokat. Analyysi eteni ensimmäisen ja toisen tutkimuskysymyksen kohdalla niin, että hahmoteltujen yläluokkien alle koottiin tutkimuskysymyksittäin tutkimuksista sisältöä eli ns. alaluokkia synteessillä yhteen. (taulukot 4 ja 5.)

TAULUKKO 4. Analyysin eteneminen kahden esitetyn yläluokan ohjaamana

Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Tietoa tulevasta toimenpiteestä</li> <li>• Tietoa toimenpiteen jälkeisestä verenvuodosta ja toimenpidealueen hoidosta</li> <li>• Tietoa komplikaatioiden estosta</li> <li>• Tietoa kivun hoidosta ja lääkityksestä</li> <li>• Tietoa mahdollisista oireista</li> </ul>	<p>Biofysiologiset odotukset tiedon saannista ja ohjauksesta</p>	<p>Päiväkirurgisten potilaiden odotuksia ohjauksesta ja tiedon saannista</p>
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Yhteystiedot mahdollisten ongelmien varalta</li> <li>• Tiedot jälkitarkastuksesta</li> <li>• Tietoa toimintakyvystä</li> <li>• Tietoa leikkauksen jälkeisistä rajoituksista mobilisaation ja rasituksen suhteen</li> <li>• Tietoa ravitsemukseen liittyvistä asioista</li> <li>• Tietoa kotiavun tarpeesta</li> </ul>	<p>Funktionaaliset eli toiminnalliset odotukset tiedon saannista ja ohjauksesta</p>	

TAULUKKO 5. Analyysin eteneminen yhden esitetyn yläluokan ohjaamana

Alaluokka	Yläluokka	Pääluokka
<ul style="list-style-type: none"> <li>• Päiväkirurgiseen anestesiaan, leikkaukseen ja hoitoon liittyvät konkreettiset ohjeet</li> <li>• Etukäteen annetut selkeät sekä riittävät kirjalliset ja suulliset ohjeet</li> <li>• Esikäynti / tehostettu preoperatiivinen ohjaus</li> <li>• Etukäteen annettu yksilöllinen ohjaus</li> </ul>	Preoperatiivinen tiedon saanti ja ohjaus	Päiväkirurgisten potilaiden tiedon saannin ja ohjauksen hyödyllisyys

Kolmannen tutkimuskysymyksen kohdalla aineistosta nousi esiin vain asiakokonaisuuksia eli yläluokkia eikä ollenkaan ns. kuvattavia alaluokkia (taulukko 6). Viimeiseen tutkimuskysymykseen tulokset koottiin ja kirjoitettiin auki yksilöllisesti tutkimuksittain, koska vain kuvailevaa eli narratiivista lähestymistapaa käyttäen tutkimuksissa käytettyjen ohjausmenetelmien käyttöä ja hyödyllisyyttä saatiin tuotua esiin. Kolmannen tutkimuskysymyksen tulokset koottiin tästä johtuen kuvailevasti.

TAULUKKO 6. Analyysin eteneminen esitettyjen yläluokkien ohjaamana

Yläluokka	Pääluokka
Kirjallinen ja suullinen potilasohjaus	Potilasohjausmenetelmien käyttö ja hyödyllisyys
Internet-perustainen potilasohjaus	
Dvd-perustainen potilasohjaus	



## **7 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET**

Kirjallisuuskatsauksen tulokset koottiin tutkimuskysymysten mukaisesti. Ensin kuvattiin tuloksia päiväkirurgisten potilaiden odotuksista tiedon saannin ja ohjauksen suhteen. Sen jälkeen kuvattiin sitä, millaisesta tiedon saannista ja ohjauksesta potilaat hyötyvät. Viimeisenä kuvattiin eri potilasohjausmenetelmien käyttöä ja niiden hyödyllisyyttä päiväkirurgiassa.

### **7.1 Päiväkirurgisten potilaiden odotuksia tiedon saannista ja ohjauksesta**

Potilaiden odotukset tiedon saannista ja ohjauksesta jäsenyivät kuuteen eri osa-alueeseen. Osa-alueet olivat biofysiologiset, toiminnalliset, kokemukselliset, sosiaaliset, eettiset sekä taloudelliset odotukset ohjauksesta.

#### **7.1.1 Biofysiologiset odotukset**

Päiväkirurgisten potilaiden odotukset tiedon saannista ja ohjauksesta kohdistuivat suurimmassa osassa tutkimuksista eniten biofysiologiselle osa-alueelle. Biofysiologiselta alueelta potilaat odottivat tietoa mm. mahdollisesta toimenpiteen jälkeisestä verenvuodosta, komplikaatioiden estosta, kivun hoidosta, oireista, lääkityksestä, toimenpidealueen hoidosta tai tulevasta toimenpiteestä. (Kättö 2009, 24–25; Ylenius 2009, 29, 31, 32; Gilmartin & Wright 2007, 186; Heikkinen, Leino-Kilpi, Hiltunen, Johansson, Kaljonen, Rankinen, Virtanen & Salanterä 2007, 274; Renholm, Suominen, Turtiainen & Leino-Kilpi 2009, 171 & Kesänen 2009, 23, 35.) Tiedollisia biofysiologisia odotuksia potilailla oli lisäksi leikkausvalmisteluihin liittyvästä syömisestä, juomisesta ja valmistautumisesta toimenpiteeseen liittyvään peseytymiseen ja ihon hoitoon. (Kättö 2009, 24–25).

### **7.1.2 Funktionaaliset eli toiminnalliset odotukset**

Päiväkirurgisten potilaiden odotuksia tiedon saannista kohdistui myös paljon toiminnalliselle osa-alueelle. Tietoa kaivattiin yhteystiedoista mahdollisten ongelmien varalta, jälkitarkastuksesta sekä peseytymisestä toimenpiteen jälkeen (Kättö 2009, 26), millaista liikuntaa saa harrastaa (Heikkinen ym. 2007, 274), millainen toimintakyky tai millaisia rajoituksia on mobilisaation ja rasituksen suhteen leikkauksen jälkeen sekä miten haa-vaa ja toimenpidealuetta pitää itse hoitaa (Kesänen 2009, 23–26). Osa potilaista koki tarvitsevansa vain vähän tietoa levosta ja muista kotona tarvittavista järjestelyistä (Kättö 2009, 26). Kuitenkin osa iäkkäistä päiväkirurgisista potilaista koki tarvitsevansa tarkkaa tietoa esimerkiksi myös ravitsemukseen liittyvistä asioista ja mahdollisesta kotiavun tarpeesta (Kesänen 2009, 26, 35) tai siitä, mitä kotitöitä sai tehdä leikkauksen jälkeen (Kaukonen 2010, 52).

### **7.1.3 Kokemukselliset odotukset**

Tutkimusten mukaan päiväkirurgisista potilailla oli tiedollisia odotuksia myös kokemuksellisella osa-alueella. Kokemuksellisen alueen tiedon tarve liittyi sairauteen ja sen hoitoon liittyvistä peloista ja tunteista sekä siitä, kenen kanssa näistä asioista on mahdollista keskustella. (Kättö 2009, 24, 29; Ylenius 2009, 33 & Heikkinen ym. 2007, 274.) Päiväkirurgisen anestesian (nukutuksen) suhteen osalla potilaista ei ollut kokemuksellisella osa-alueella tiedon tarvetta ollenkaan, jos he olivat esimerkiksi olleet aikaisemmin monesti nukutettuina vastaavissa toimenpiteissä (Kesänen 2009, 28).

### **7.1.4 Sosiaalis-yhteisölliset odotukset**

Potilailla oli tutkimusten mukaan odotuksia tiedon saannista myös jonkin verran sosiaalis-yhteisölliseltä osa-alueelta. Eniten potilaat odottivat sosiaalis-yhteisölliseltä osa-alueelta tietoa ja ohjausta siitä, keneltä läheiset voivat saada tietoa mahdollisesta hoitoon osallistumisesta. Lisäksi tietoa kaivattiin esimerkiksi kotipalveluiden saatavuudesta. (Kättö 2009, 24, 28 & Ylenius 2009, 31, 33.) Lisäksi potilaan odotuksiin tällä osa-alueella nimettiin nimenomaan operoivan lääkärin tapaaminen hyvissä ajoin ennen toi-

menpidettä (Renholm ym. 2009, 171). Osalla iäkkäistä päiväkirurgisista potilaista ei esiintynyt tiedon tarvetta sosiaaliselta osa-alueelta ollenkaan (Kesänen 2009, 28).

### **7.1.5 Eettiset odotukset**

Potilailla oli vähemmän odotuksia tiedon saannista ja ohjauksesta eettisellä osa-alueella. Tältä alueelta kaivattiin tietoa potilaan vastuusta ja osallistumisesta omaan hoitoonsa ja sitä koskevaan päätöksen tekoon. Tietoa odotettiin potilasasiamiehen toiminnasta tai hoitoon osallistuvien ammattiryhmien vastuun jakautumisesta (Kättö 2009, 24, 28; Heikkinen ym. 2007, 275), mutta esimerkiksi osalla iäkkäillä päiväkirurgisilla potilailla ei tullut esiin tiedon tarvetta eettisellä osa-alueella ollenkaan (Kesänen 2009, 28).

### **7.1.6 Taloudelliset odotukset**

Tiedollisia odotuksia kohdistui myös taloudelliselle osa-alueelle lähinnä liittyen sairaaloman määrään ja sairaalakustannuksiin. Joidenkin tutkimusten mukaan potilaat odottivat jonkin verran tietoa sairauspäivärahoista, vakuutusasioista tai taloudellisesta tuesta (Kättö 2009, 27; Ylenius 2009, 33), mutta osalla iäkkäillä päiväkirurgisilla potilailla ei esiintynyt tarvetta tältä taloudelliselta osa-alueelta ollenkaan (Kesänen 2009, 28).

## **7.2 Päiväkirurgisten potilaiden saaman tiedon ja ohjauksen hyödyllisyys**

Potilaiden hyötyminen tietynlaisesta tiedon saannista ja ohjauksesta jäsenyi selvästi siihen, miten ohjaus ajoitetaan. Tulokset on koottu ennen leikkausta toteuttavasta informaatiosta, toimenpiteen ja sairaalassa olon aikaisesta informaatiosta sekä toimenpiteen jälkeisestä informaatiosta.

### **7.2.1 Preoperatiivinen tiedon saanti ja ohjaus**

Potilaat kokivat hyötывnsä ennen toimenpidettä annettavasta päiväkirurgiseen hoitoon ja tapahtumiin liittyvästä tiedosta sekä sairauden eri hoitomahdollisuuksista että hoito-

jen tuloksista (Kesänen 2009, 23–24). Potilaat hyötyivät lisäksi hyvin aikataulutetusta hoitoprosessista ja hoitoprosessiin liittyvien vaiheiden informoinnista (Renholm ym 2009, 171) sekä arvostivat mm. tietoa anestesiamenetelmästä, toimenpiteestä, sen ajankohdasta ja mahdollisesta odotusajasta. Osa potilaista kaipasi tarkkaa tietoa leikkauksesta ja leikkaussalin tapahtumista, mahdollisesta leikkausasennosta ja lääkityksestä (Kaukonen 2010, 57) ja potilaille annettu tieto leikkauksesta mm. lisäsi turvallisuuden tunnetta leikkaukseen mennessä (Kesänen 2009, 31).

Ohjauksen haluttiin sisältävän itse toiminnan kuvaamista, taitojen opettamista (tarkkoja neuvoja) sekä selkeitä, riittäviä ja yhteneväisiä ohjeita. Suullisten ja kirjallisten ohjeiden yhdenmukaisuus nousi mm. tärkeänä asiana esiin ohjattaessa iäkkäitä kaihipotilaita. (Kaukonen 2010, 32–35, 53.) Preoperatiiviseen ohjaukseen liitetty suullinen ohjaus ja kirjallinen informaatio valmistautumisesta toimenpiteeseen vähensivät myös postoperatiivista tiedon tarvetta. Ohjaus lisäsi esimerkiksi lapsipotilaiden ja vanhempien turvallisuuden tunnetta sekä vähensi levottomuutta (Klemetti 2010, 5, 38, 45). Iäkkäiden potilaiden ohjauksessa puolestaan tuli tärkeänä esiin asioiden perustelu eli miksi jokin asia pitää tehdä tietyllä tavalla. Perustelujen kautta koettiin olevan helpompaa sisäistää asioita. Ohjauksessa toivottiin kiinnitettävän huomiota myös potilaiden mahdollisen jännityksen lieventämiseen. (Kaukonen 2010, 35–36.)

Tehokkaana ohjausmenetelmänä päiväkirurgisille potilaille toimi tutkimusten mukaan preoperatiivinen ohjaus ennen toimenpidettä. Ohjaus voitiin tehdä puhelimitse tai vaihtoehtoisesti toteutettuna esikäyntinä / tapaamisena muutamia päiviä ennen toimenpidettä. Molemmilla tavoilla voitiin tehokkaasti valmistella potilasta päiväkirurgiseen toimenpiteeseen. (Gimartin & Wright 2007, 186–187.) Etukäteen annetut tai kutsukirjeen mukana lähetetyt kirjalliset ohjeet koettiin myös hyödyllisiksi. Ohjeisiin voitiin tutustua kotona ja pystyttiin valmistautumaan tulevaan. (Kaukonen 2010, 44.)

Päiväkirurgisilla potilailla voi olla myös eroja omissa tiedon tarpeissaan. Gilmartinin & Wrightin (2007) tutkimuksen mukaan suuri osa potilaista voi kokea vähemmänkin ohjeistuksen ja tiedon riittäväksi. Kuitenkin jotkut potilaat kaipasivat enemmän tietoa ja yksilöllistä kohtelua terveydenhuollon ammattilaisilta (Gimartin & Wright 2007, 186–187) ja etukäteen saatua tietoa toimenpiteestä sekä sen vaikutuksista omaan toimintakykyyn pidettiin tärkeänä (Renholm ym 2009, 171). Esitutkimuksessa saatu ohjaus oli erään iäkkään potilaan mielestä helpompi sisäistää, kun esikäynnin ja leikkauksen välil-

lä oli suhteellisen lyhyt aika. Saatu ohjaus oli tällöin hyvin mielessä leikkaukseen mennessä. (Kaukonen 2010, 59.)

Päiväkirurgisille nielurisaleikkaukseen valmistautuvilla lapsipotilaille ja heidän vanhemmilleen osoitettiin olevan kokonaisvaltaista hyötyä preoperatiivisesta ohjauksesta ja intensiivisestä valmistautumisesta ennen toimenpidettä toteutettavaan paastoon liittyen (Klemetti 2010, 39–45). Ortopediset potilaat hyötyivät merkittävästi myös preoperatiivisesta ohjauksesta sekä sairaanhoitajan kasvotusten antamaa että internet-perustaisen potilasohjausmenetelmää käytettäessä (Heikkinen, Leino-Kilpi, Nummela, Kaljonen & Salanterä 2009, 126).

### **7.2.2 Intraoperatiivinen tiedon saanti ja ohjaus**

Tärkeimpänä oppimistarpeena sairaalassa ennen kotiutumista päiväkirurgiset potilaat pitivät komplikaatioihin, oireisiin, lääkitykseen ja toimenpiteen jälkeiseen hoitoon liittyviä asioita. Lisäksi tärkeänä ja hyödyllisenä pidettiin tietoa fyysisen rasituksen rajoituksista ja siitä, miten sairaus vaikuttaa tulevaisuuteen (Ylenius 2009, 32) sekä sitä, että tarkkaa tietoa toimenpiteestä sekä sen kulusta saatiin suoraan myös toimenpiteen tehneeltä kirurgilta. Potilaalla oli tällöin mahdollisuus esittää kirurgille toimenpiteen jälkeen myös kysymyksiä (Renholm ym 2009, 172). Osa iäkkäistä kaihipotilaista koki hyötyvänsä vuorovaikutuksellisesta ohjauksesta, jossa kohtelu oli ystävällistä, tiedon saanti riittävää ja toiminta luottamusta herättävää. Asianmukaista toimintaa ja ohjausta he kuvailivat niin, että siinä keskitytään olennaiseen eikä tehdä mitään turhanpäiväistä. Osa potilaista saattoi kuvata suurten yksiköiden toimintaa toisaalta kuitenkin liukuhinamaiseksi toiminnaksi. (Kaukonen 2010, 39, 41).

Potilaiden informointi toimenpiteen jälkeisistä normaaleista tuntemuksista nostettiin myös tärkeäksi huomioitavaksi asiaksi ohjattaessa iäkkäitä kaihipotilaita sairaalassa. Yleisimmät tuntemukset ja leikkauksen jälkeiset oireet kuten roskantunne silmässä, silmätippojen aiheuttama kirvely ja häikäisy voivat aiheuttaa potilaille hämmennystä ja huolta. Potilaat olivat kyllä saaneet sairaalassa ollessaan tietoa niiden mahdollisuudesta, mutta tähdensivät myös niistä tiedottamisen tärkeyttä. (Kaukonen 2010, 37).

### 7.2.3 Postoperatiivinen tiedon saanti ja ohjaus

Päiväkirurgiset potilaat kokivat postoperatiivisen soiton hyödylliseksi seurattaessa ja hoidettaessa potilaiden leikkauksen jälkeistä kipua. Tästä huolimatta potilaan asianmukaiseen ohjeistukseen jäi vieläkin epäyhtenäisyyttä ja aukkoja potilaan näkökulmasta. (Gilmartin & Wright 2007, 187.) Vaikka potilaat tiesivät millaisessa tilanteessa pitää ottaa yhteyttä sairaalaan, niin kynnys yhteydenottoon oli suuri (Kaukonen 2010, 37, 54).

Päiväkirurgiset potilaat nimesivät erittäin tärkeäksi asiaksi hoidon jatkuvuuden näkökulmasta koko hoitoprosessin systemaattisen aikataulutuksen ja organisoinnin. Vaikka potilaat toivoivat nopeaa kotiutumista toimenpiteen jälkeen, he pitivät tärkeänä myös sitä, että heihin ollaan yhteydessä toimenpiteen jälkeen. (Renholm, Suominen, Turtiainen & Leino-Kilpi 2009, 171.) Ongelmia ja yhteydenottotarvetta voi erityisesti esiintyä nielu- ja kitarisaleikatuilla päiväkirurgisilla lapsipotilailla ja heidän vanhemmillaan päätöksen teossa kotona annosteltavien lääkkeiden, toipumisen ja tarvittavan tuen antamisen suhteen. (Wiggins 2009, 172–173.)

Lisäksi tärkeänä pidettiin sitä, että potilaalla itsellään on vaikutusmahdollisuuksia erityisesti toimenpiteen jälkeiseen hoitoprosessiin ja hoitoon (Renholm, Suominen, Turtiainen & Leino-Kilpi 2009, 171). Tietoa ja ymmärrystä tarvitaan esimerkiksi pitkästä toipumisajasta eli tukea sekä ohjausta enemmän niin, että se kantaisi pidemmälle toipumisjakson aikana (Wiggins 2009, 172–173). Potilaat kokivat turvalliseksi sen, että hoidosta vastaisi jatkossakin sama henkilökunta kuin aiemmin. He mielestään hyötyivät siitä, ettei hoitoon osallistunut liian montaa hoitotyön eri ammattilaista. (Renholm, Suominen, Turtiainen & Leino-Kilpi 2009, 171–172.)

### 7.3 Potilasohjausmenetelmien käyttö ja hyödyllisyys päiväkirurgiassa

Päiväkirurgisiksi potilasohjausmenetelmiksi jäsenyi tutkimuksista kolme yhtenäistä osa-aluetta, mutta käytännössä neljä erilaista potilasohjausmenetelmää, joiden käytöstä ja/tai hyödyllisyydestä tuloksia koottiin. Kirjallisuuskatsauksen tutkimuksista esiin nousseet potilasohjausmenetelmät olivat kirjallinen sekä suullinen (kasvotusten annettu) potilasohjaus, internetperustainen ja dvd-perustainen potilasohjaus. Tämän tutkimuskysymyksen tulokset on esitetty tutkimuksittain ja narratiivisesti. Kirjallinen ja suullinen

potilasohjaus olivat kirjallisuuskatsauksen tutkimuksissa integroitu niin tiiviisti yhteen, ettei niitä ei ollut mahdollista raportoida tuloksissa erikseen.

### 7.3.1 Kirjallinen ja suullinen potilasohjaus

Tehostettua potilasohjausta käytettiin kivun hoitoon liittyvään leikkauksen jälkeiseen ohjaukseen päiväkirurgisilla nielu- ja kitarisaleikatuilla Wigginsin (2009) määrällisesti suppean RCT-tutkimuksen koeryhmän lapsilla. Koeryhmän lapset ja vanhemmat (N=7) saivat postoperatiivisen ohjeistuksen vuorokauden ympäri toteutettavasta säännöllisestä kipulääkityksestä, johon kuului muistihälytyksen käyttö ja lääkkeiden annostelu myös yöllä. Kontrolliryhmän lapset ja vanhemmat (N=6) saivat muuten samat eli tavallisesti käytössä olevat leikkauksen jälkeiset kirjalliset ja suulliset potilasohjeet, muttei ohjeistusta hälytyksen käyttöön. Ohjausta annettiin kaikille leikkauksen jälkeiseen kivun hoitoon, nesteytykseen ja yöuneen liittyen. Merkittävää eroa kivun voimakkuuden suhteen ei koe- ja kontrolliryhmän välillä kuitenkaan ollut. Kipua esiintyi molemmissa ryhmissä kohtuullisesta voimakkaaseen. (Wiggins 2009, 168–170.)

Etukäteen saatujen kirjallisten ohjeiden hyödyllisyys korostui Kaukosen (2010) laadullisessa tutkimuksessa ohjattaessa iäkkäitä kaihipotilaita. Hyötynä nähtiin se, että potilaat saattoivat kerrata ohjeita kotona aina silloin, kun halusivat. Kirjallisia ohjeita pidettiin hyvin tärkeinä siksi, että niistä pystyi tarkistamaan ohjeiden oikeellisuuden. Iäkkäistä potilaista monen muisti oli jo jonkin verran huonontunut ja uusia, outoja asioita oli vaikea painaa mieleen. Suullista ohjausta pidettiin puolestaan tärkeänä henkilökohtaisen kontaktin vuoksi. Ohjaustilanteessa koettiin tärkeäksi myös se, että potilaalla on mahdollisuus esittää kysymyksiä. Potilaat pitivät hyvänä henkilökohtaisena valmennuksena sitä, että suullisessa ohjaustilanteessa toistettiin ja kerrattiin kirjallisia ohjeita. (Kaukonen 2010, 45–46.)

Päiväkirurgisen ortopedisten potilaiden tiedon taso parani sairaanhoitajan kasvotusten antaman preoperatiivisen ohjauksen ansiosta. Heikkisen ym. (2009) RCT-tutkimuksen kontrolliryhmässä (N=75) tiedon taso parani muilla tiedon tason osa-alueilla paitsi kokemuksellisella ja eettisellä osa-alueilla lähtötasoon verrattuna. Potilaiden tiedon taso mitattiin tutkimuksessa kolmesti: ennen preoperatiivista ohjausta, ohjauksen jälkeen ja kaksi viikkoa leikkauksen jälkeen. Tiedon taso oli parantunut lähtötilanteeseen nähden

vielä viimeisessä mittauksessa. (Heikkinen, Leino-Kilpi, Nummela, Kaljonen & Salanterä 2009, 126.)

Kasvotusten annetun preoperatiivisen potilasohjauksen vaikutuksia testattiin päiväkirurgisten ortopedisten potilaiden tunnetasoihin. Heikkisen ym. (2011) RCT-tutkimuksen mitattavia tunteita olivat pelko, huoli, kärsimättömyys, masentuneisuus, hermostuneisuus ja epävarmuus. Tunnetasoja mitattiin hoitoprosessin aikana yhteensä seitsemän eri kertaa: ensimmäisen kerran ennen preoperatiivista ohjausta ja viimeisen kerran neljä viikkoa leikkauksen jälkeen. Potilasohjauksen jälkeen kaikki tunnetasot olivat sekä ohjauksen kasvotusten saaneessa kontrolliryhmässä (N=77) että internet-ohjauksen saaneessa koeryhmässä (N=72) melko matalalla. Kuitenkin hermostuneisuutta mitattaessa esiintyi kontrolliryhmällä 30 %:lla ja koeryhmällä 14 %:lla kohtuullista tai kovempaa hermostuneisuutta. Lisäksi mm. muita tunnetasoja mitattaessa noin 18 % kontrolliryhmän potilaista ja 27 % koeryhmän potilaista koki olonsa kärsimättömäksi. Kummassakaan ryhmässä ohjaus ei vähentänyt mitattavia tunnetasoja. Molemmissa ryhmissä hermostuneisuus sen sijaan merkittävästi lisääntyi ohjauksen jälkeen ja tunnetasot vaihtelivat molemmissa ryhmissä ohjausprosessin eri vaiheissa. Käytetyllä ohjausmenetelmällä ei kuitenkaan ollut merkittävää eroa potilaiden tunteisiin. (Heikkinen, Salanterä, Leppänen, Vahlberg & Leino-Kilpi 2011, 133–135.)

Heikkisen ym. (2011) RCT-tutkimuksessa testattiin kasvotusten annettavan preoperatiivisen ohjauksen vaikutuksia myös ortopedisten polven ja olkapään tähytyspotilaiden oireisiin hoitoprosessin eri vaiheissa. Kaikista kontrolliryhmän kasvotusten saaneista (N=75) ja koeryhmän internet-ohjauksen saaneista (N=72) tutkimukseen osallistuneista potilaista yli puolet eli 58 % olivat olleet aiemmin päiväkirurgisessa toimenpiteessä. Mitattavina oireina olivat mm. päänsärky, toimenpidealueen kipu, kipu muualla kehossa, unettomuus ja vaikeudet liikkua. Oireita mitattiin hoitoprosessin aikana yhteensä seitsemän eri kertaa: ensimmäisen kerran ennen preoperatiivista ohjausta ja viimeisen kerran neljä viikkoa leikkauksen jälkeen. Oireet, joita mitattiin ainoastaan leikkauksen jälkeen, olivat pahoinvointiin, leikkauksen jälkeisiin ongelmiin ja esimerkiksi ruuansulatukseen liittyviä oireita. Mittauksessa neljä viikkoa toimenpiteen jälkeen 10 %:lla molempien ryhmien potilailla kipua esiintyi jossain muuallakin kuin toimenpidealueella sekä esiintyi mm. unettomuutta ja vaikeuksia liikkua. Kasvotusten ohjauksen saaneista potilaista 10 %:lla ja internet-ohjauksen saaneista 30 %:lla oli toimenpidealueella tällöin kohtalaista kipua. Potilasohjausmenetelmällä ei kuitenkaan tutkimuksen mukaan ollut



kokonaisuutena merkittävää vaikutusta potilaiden oireisiin. (Heikkinen, Leino-Kilpi, Vahlberg & Salanterä 2011, 142.)

Aktiivisesta preoperatiivisesta potilasohjauksen käytöstä ja hyödyllisyydestä saatiin hyviä kokemuksia Klemetin (2010) RCT-tutkimuksessa. Päiväkirurgiseen nielurisaleikkaukseen tulleet lapset ja vanhemmat saivat vaihtoehtoisesti sairaanhoitajalta kasvotusten interaktiivisen ohjauksen (koeryhmä N=58) liittyen valmistautumiseen eli preoperatiiviseen paastoon ja aktiiviseen nesteyttämiseen vielä kaksi tuntia ennen leikkausta. Toisen ryhmän lapset ja vanhemmat (kontrolliryhmä N=58) saivat puolestaan rutiiniohjauksen kirjallisena ilman intensiivisempää ohjausta nesteytykseen ennen leikkausta. Paastoajat (neljä tuntia syömättä ja kaksi tuntia juomatta) koskivat molempia ryhmiä. Vanhempien asiaan liittyvää tiedon tasoa mitattaessa molempien ryhmien tiedon tasot olivat samanlaiset ennen ohjausta. Ohjauksen jälkeen tiedon taso oli parantunut molemmissa ryhmissä verrattuna lähtötasoon. Sairaanhoitajan antaman preoperatiivisen ohjauksen saaneiden päiväkirurgisten lasten vanhempien tiedon taso oli koeryhmässä kuitenkin merkittävästi korkeampi kuin kontrolliryhmässä. Lisäksi vanhempien tiedon tarpeessa, jota myös mitattiin, oli merkittävä ero eli rutiiniohjeet (vähemmän tietoa) saaneet vanhemmat kontrolliryhmässä päinvastoin kaipasivat vielä enemmän tietoa ja tunsivat levottomuutta asioiden suhteen. (Klemetti 2010, 36–38.)

Aktiivisen preoperatiivisen ohjauksen saaneet koeryhmän vanhemmat pitivät Klemetin (2010, 40) tutkimuksen mukaan ohjeita selkeämpinä, järkevämpinä ja riittävämpinä kuin kontrolliryhmän vanhemmat. Koeryhmän vanhemmista suurin osa koki, että olivat ymmärtäneet valmistautumisohjeet hyvin, saavuttaneet riittävät taidot sekä onnistuneet toimenpiteeseen valmistautumisessa. Lisäksi leikkauksen jälkeisenä aamuna aktiivisen ohjauksen ja preoperatiivisen nesteytyksen (2h ennen leikkausta) saaneet koeryhmän lapset olivat merkittävästi kivuttomampia kuin kontrolliryhmän lapset (Klemetti 2010, 43).

### **7.3.2 Internet-perustainen potilasohjaus**

Päiväkirurgisten ortopedisten potilaiden tiedon taso parani internet-perustaisen ohjauksen ansiosta Heikkisen ym. (2009) RCT-tutkimuksen koeryhmässä (N=72) lähtötasoon verrattuna kaikilla muilla osa-alueilla paitsi kokemuksellisella osa-alueella. Potilaiden

tiedon taso mitattiin tutkimuksessa kolmesti: ennen preoperatiivista ohjausta, ohjauksen jälkeen ja kaksi viikkoa leikkauksen jälkeen. Tätä ohjausmenetelmää käytettäessä tiedon taso parani tutkimuksessa enää vähän (2 %), kun se mitattiin viimeisen kerran eli kaksi viikkoa toimenpiteen jälkeen. (Heikkinen ym. 2009, 126.)

Päiväkirurgisten ortopedisten potilaiden ohjaukseen luotujen web-sivujen hyödyllisyys sai tukea Heikkisen ym. (2010) tutkimuksessa. Web-sivujen hyödyllisyyttä mitattiin ja arvioitiin potilailla (N=72) heti preoperatiivisen ohjauksen käytön jälkeen sekä kaksi viikkoa toimenpiteen jälkeen. 84,46 % kyselyyn osallistuneista polvi- ja olkapääpotilaista oli valmiita suosittelemaan sivujen käyttöä muille potilaille. Vain pieni osa potilaista koki tarvitsevansa lisäohjauksena sairaanhoitajan antamaa suullista tai kirjallista materiaalia. Kahta eri kyselyajankohtaa verrattaessa todettiin, että kaikki potilaat arvioivat sivujen hyödyllisyyden toisella mittauskerralla paremmaksi kuin ensimmäisellä. Web-sivujen hyödyllisyyden lisäksi ortopediset potilaat arvioivat myös niiden käyttökelpoisuutta. Yleisesti ottaen potilaiden mielestä web-sivut toimivat teknisesti moitteettomasti ja niistä oli apua. Osalla potilaista oli tosin ongelmia internet-yhteyksien kanssa ja joillain web-sivuihin liitettyjen kuvien kanssa. (Heikkinen, Suomi, Jääskeläinen, Kaljonen, Leino-Kilpi & Salanterä 2010, 108.)

Internet-perustaisen preoperatiivisen potilasohjauksen vaikutuksia testattiin päiväkirurgisten ortopedisten potilaiden tunnetasoihin Heikkisen ym. (2011b) RCT-tutkimuksessa. Mitattavia tunteita olivat pelko, huoli, kärsimättömyys, masentuneisuus, hermostuneisuus ja epävarmuus. Tunnetasoja mitattiin hoitoprosessin aikana yhteensä seitsemän eri kertaa: ensimmäisen kerran ennen preoperatiivista ohjausta ja viimeisen kerran neljä viikkoa leikkauksen jälkeen. Potilasohjauksen jälkeen kaikki tunnetasot olivat sekä internet-ohjauksen saaneessa koe- (N=72) että ohjauksen kasvatusten saaneessa kontrolliryhmässä (N=77) melko matalalla. Kuitenkin hermostuneisuutta mitattaessa koeryhmällä 14 %:lla ja kontrolliryhmällä 30 %:lla esiintyi kohtuullista tai kovempaa hermostuneisuutta. Lisäksi mm. muita tunnetasoja mitattaessa noin 27 % koeryhmän potilaista ja 18 % kontrolliryhmän potilaista koki olonsa kärsimättömäksi. Kummassakaan ryhmässä ohjaus ei vähentänyt mitattavia tunnetasoja. Molemmissa ryhmissä hermostuneisuus sen sijaan lisääntyi merkittävästi ohjauksen jälkeen ja tunnetasot vaihtelivat molemmissa ryhmissä ohjausprosessin eri vaiheissa. Käytetyllä ohjausmenetelmällä ei kuitenkaan ollut merkittävää eroa potilaiden tunteisiin. (Heikkinen, Salanterä, Leppänen; Vahlberg & Leino-Kilpi 2011, 133–135.)

Heikkisen ym. (2011a) RCT-tutkimuksessa testattiin internet-perustaisen preoperatiivisen ohjauksen vaikutuksia myös ortopedisten polven ja olkapään tähystyspotilaiden oireisiin hoitoprosessin eri vaiheissa. Kaikista koeryhmän eli internet-ohjauksen (N=72) ja kontrolliryhmän eli kasvotusten saadun ohjauksen (N=75) potilaista yli puolet eli 58 % olivat olleet aiemmin päiväkirurgisessa toimenpiteessä. Mitattavina oireina olivat mm. päänsärky, toimenpidealueen kipu, kipu muualla kehossa, unettomuus ja vaikeudet liikkua. Oireita mitattiin hoitoprosessin aikana yhteensä seitsemän eri kertaa: ensimmäisen kerran ennen preoperatiivista ohjausta ja viimeisen kerran neljä viikkoa leikkauksen jälkeen. Oireet, joita mitattiin ainoastaan leikkauksen jälkeen, olivat pahoinvointiin, leikkauksen jälkeisiin ongelmiin ja esimerkiksi ruuansulatukseen liittyviä oireita. Mittauksessa neljä viikkoa toimenpiteen jälkeen 10 %:lla molempien ryhmien potilailla kipua esiintyi jossain muuallakin kuin toimenpidealueella sekä esiintyi mm. unettomuutta ja vaikeuksia liikkua. Internet-ohjauksen saaneista 30 %:lla ja kasvotusten ohjauksen saaneista potilaista 10 %:lla ja oli tällöin toimenpidealueella kohtalaista kipua. Potilasohjausmenetelmällä ei kuitenkaan tutkimuksen mukaan ollut kokonaisuutena merkittävää vaikutusta potilaiden oireisiin. (Heikkinen, Leino-Kilpi, Vahlberg & Salanterä 2011, 142.)

### 7.3.3 Dvd-perustainen potilasohjaus

Ohjaus-Dvd:n käytöstä oli saatu kokemuksia iäkkäiden kaihileikkaukseen valmistautuvien potilaiden (N=13) ohjauksen yhteydessä Kaukosen (2010) laadullisessa tutkimuksessa. Suuresta potilasmäärästä johtuen Dvd:n katsomistilanne ei ollut optimaalinen. Potilaat olivat katselleet Dvd:tä hoitoyksikön aulassa odottaessaan lääkärin vastaanotolle tai leikkaukseen pääsyä. Katseluun halukkaat potilaat eivät aina pystyneet keskittymään Dvd:hen kunnolla, koska osa potilaista jutteli keskenään ja osaa potilaista kutsuttiin lääkärin tai hoitajan vastaanotolle. (Kaukonen 2010, 42.)

Dvd:n katsoneista potilaista osa oli sitä mieltä, että siitä saatu tieto leikkaussalin tapahtumista helpotti henkistä valmistautumista omaan leikkaukseen. Potilaat pitivät hyvänä, että Dvd:tä pystyi katsomaan leikkaukseen tai lääkärin vastaanotolle odotellessa useaan kertaan, jotta sisältö jäisi hyvin mieleen. Ohjaus-Dvd:tä pidettiin sekä hyödyllisenä että havainnollisena ja joidenkin potilaiden mielestä se oli jopa yksinäänkin riittävä ohjausmenetelmä. Toisaalta taas eräs potilas kertoi avoimesti, että Dvd:n katsominen oli aluksi

pelottanut häntä vaikka myöhemmin hän oli pystynyt sen rauhallisesti katsomaan. Potilaat, joilla oli omasta mielestään riittävästi tietoa tulevasta toimenpiteestä, eivät pitäneet Dvd:tä tärkeänä. (Kaukonen 2010, 45, 47, 49.)

## 8 POHDINTA

### 8.1 Kirjallisuuskatsauksen eettiset kysymykset

Tutkimuksen teko muodostuu tuhansista isoista ja pienistä tutkimuksen eettisyyteen liittyvistä kysymyksistä. Näihin ei ole luotu aukotonta ja kaiken kattavaa säännöstöä, joten tutkijan on itse tehtävä eettisiä ratkaisuja. Jos eettisyyteen liittyvä problematiikka tutkimuksen teossa tiedostetaan, voidaan tehdä eettisesti asiallista tutkimusta. (Eskola & Suoranta 2008, 52.) Toimintatapoja kuvataan mm. rehellisyydellä, yleisellä huolellisuudella ja tarkkuudella tutkimuksen teossa ja tulosten arvioimisessa, jossa noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä, joka edellyttää tiedeyhteisön tunnustamien toimintatapojen käyttöä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002; Tuomi & Sarajärvi 2012, 132).

Tähän kirjallisuuskatsaukseen ei ole tarvittu tutkimuslupaa, koska siihen ei ole osallistunut henkilöitä vaan tutkimus on puhtaasti teoreettista. Eettisyyttä on huomioitu mm. niin, että kirjallisuuskatsauksen työstämiseen, jota pääasiassa tehtiin työn ohessa, otettiin muutama viikko ns. tutkimuslomaa. Suuri osa tekijän käytettävissä olevasta vapaaajasta tutkimusprosessin aikana käytettiin lisäksi katsauksen tekemiseen. Tämä mahdollisti huolelliseen tutkimuksen tekoon perehtymisen. Riittävän ajan käytön lisäksi tutkimuksen teossa ja tutkimustulosten raportoinnissa noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä, johon kuuluu tarkkuus ja rehellisyys.

Myös tutkimusaiheen valintaa voidaan tarkastella eettisestä näkökulmasta. Potilaan hoitomyönteisyyttä voidaan esimerkiksi määritellä niin, että asiakas pyrkii toimimaan mm. lääkäriltä saamiensa ohjeiden mukaan. Jos asiakas ei toimi näin, tulkitaan, että hän ei ole hoitomyönteinen. Edellä kuvatun toiminnan perustana on se, että hoito-ohjeiden katsotaan olevan ”oikeat” sairauden hoidon kannalta. Tässä ei kuitenkaan oteta huomioon sitä, että ovatko ohjeet mielekkäät ja ymmärrettävät asiakkaan/potilaan elämäntilanteen kannalta. Asiakas ei mahdollisesti noudata hoito-ohjeita sen takia, että ei koe niitä mielekkäiksi tai ei kykene noudattamaan niitä. Aiheen valintaan liittyvään etiikkaan kuuluu tästä johtuen myös se, että selkiytetään kenen ehdoilla tutkimusaihe valitaan ja miksi siihen ryhdytään. (Tuomi & Sarajärvi 2012, 129.) Yhtenä lähtökohtana tässä kirjallisuuskatsauksessa oli se, että tutkimustietoa kartoitettiin ja koottiin yhteen päiväkirurgisen potilaan näkökulmasta. Päiväkirurgisen potilaan ohjaukseen ja tiedon saantiin

liittyviä asioita pyrittiin kuvaamaan tämän työn kautta potilaan näkökulmasta eikä siitä, mitä hoitohenkilökunta pitää ohjauksessa ja potilaan tiedon saannissa tärkeänä. Päiväkirurgisen potilaan ohjaukseen tulisi käyttää potilaslähtöisiä sekä eettisesti hyväksyttäviä ja vaikuttavia toimintatapoja, joiden perustana on tieteellinen näyttö.

## 8.2 Kirjallisuuskatsauksen luotettavuus

Integroidun kirjallisuuskatsauksen suunnitteluun on hyvä varata yhtä paljon aikaa kuin alkuperäistutkimuksen suunnitteluun. Lisäksi suositellaan, että integroitua katsausta tekisi aina vähintään kaksi tekijää. Tällä varmistetaan tutkimuksen luotettava raportointi ja vähennetään tutkimuksen subjektiivisuutta sekä tekijöiden työtaakkaa. (Flinkman & Salanterä 2007, 98.) Tämän kirjallisuuskatsauksen suunnitteluun käytettiin paljon aikaa, joka lisää tutkimuksen luotettavuutta. Kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta vähentää puolestaan se, että tekijöitä oli vain yksi. Lisäksi tutkimuksen raportoinnin luotettavuutta voi vähentää se, että suurin osa tutkimuksista oli englanninkielisiä ja kääntöapua ei käytetty.

Tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta lisää laadullisen tutkimuksen luotettavuutta ja tarkkuus koskee kaikkia tutkimuksen vaiheita (Hirsjärvi ym. 2010, 232). Tutkimuksessa on hyvä osoittaa myös tutkijan tieteellinen ote ja tieteenalan hallinta, jota kutsutaan tutkimuksen sisäiseksi validiteetiksi. Tulkintojen ja johtopäätösten suhde aineistoon puolestaan määrittelee sen, millaiseksi tutkimuksen ulkoinen validiteetti muodostuu. (Eskola & Suonranta 2008, 213.) Tässä katsauksessa tutkimuksen sisäisen validiteetin lisäämiseksi tieteellinen ote ja tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta eli metodologia ja kaikki vaiheet pyrittiin raportoimaan tarkasti. Koottujen tulosten monipuolisella tarkastelulla ja johtopäätöksillä pyrittiin lisäksi vahvistamaan tutkimuksen ulkoista pätevyyttä eli validiteettia.

Kirjallisuuskatsauksessa luotettavuutta ja läpinäkyvyyttä lisää se, että tietokantojen hakuprosessit kuvataan niin tarkkaan, että lukija pystyy arvioimaan aineiston keruuta ja sen osuvuutta. Lukijan pitää halutessaan pystyä tekemään samat haut ja saamaan samat lopputulokset uudelleen. (Flinkman & Salanterä 2007, 91.) Tässä kirjallisuuskatsauksessa hakuprosessit raportoitiin sekä kuvattiin lisäksi kaaviona ja kaikki haut hakusanoineen ovat toistettavissa. Huomion arvoista on, että täysin samoihin lopputulok-

siin ei mahdollisesti päästä, koska sähköisiin tietokantoihin tulee koko ajan lisää tutkimuksia ja tutkimusartikkeleita.

Lisäksi tutkimuksen luotettavuutta voidaan parantaa turvautumalla asiantuntijan apuun hakua tehtäessä ja manuaalisella haulla voidaan täydentää tietokantojen ulkopuolelle jääneiden tutkimusten löytämistä. (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 49). Tämän katsauksen luotettavuutta lisää se, että kirjallisuuskatsauksessa hyödynnettiin tietokantahakuja tehtäessä asiantuntijaa eli Tampereen ammattikorkeakoulun informaation Sinikka Lehtomäen apua. Haun kattavuutta ja samalla tutkimuksen luotettavuutta vähentää se, että varsinaista manuaalista lisähakua ei tehty selaamalla esimerkiksi muiden tutkimusten lähdeluetteloita tai aihepiirin lehtien lähdeluetteloita. Lisähaku tehtiin internet-hakukoneen kautta. Tutkimuksen luotettavuutta toisaalta lisää kuitenkin se, että haut rajattiin tarkkaan huomioiden yksi tekijä, joten kirjallisuuskatsauksen huolelliseen tekkoon on ollut realistisemmat resurssit ja riittävästi aikaa.

Kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta lisätään sillä, että aineistoa karsitaan sisäänotto- ja poissulkukriteerien ja tutkimuksen kannalta arvioidun relevanttiuden mukaan (Flinkman & Salanterä 2007, 91–92). Kriteerit pitää katsauksessa kuvata selkeästi ja johdonmukaisesti tutkittavan ilmiön kannalta (Pudas-Tähkä & Axelin 2007, 48). Tässä katsauksessa asetettiin tutkimuksille tarkat sisäänotto- ja poissulkukriteerit, joiden avulla löydettiin arviointiprosessiin mukaan ajallisesti sekä tutkimusasetelmaltaan ja näkökulmaltaan sopivia tutkimuksia.

Integroidun kirjallisuuskatsauksen luotettavuutta ja painoarvoa lisätään myös sillä, että valitut tutkimukset arvioidaan niiden näytön ja laadun suhteen. (Flinkman & Salanterä 2007, 93). Tutkimusten näyttöä arvioitiin tässä kirjallisuuskatsauksessa Suomen Sairaanhoidajaliiton luokituksen mukaisesti. Kirjallisuuskatsaukseen mukaan otettujen tutkimusten merkittävyyttä pyrittiin huomioimaan niin, että tulosten kokoamisessa ja/tai tarkastelussa tuotiin mahdollisuuksien mukaan esiin tutkimuksen näytön vahvuus. Esimerkiksi hyvät pisteet saaneen määrällisen tai varsinkaan laadullisen tutkimuksen tulokset eivät ole painoarvoltaan kirjallisuuskatsauksessa niin merkittäviä ja yleistettävissä, kuten kokeellisten kontrolloitujen, satunnaistettujen RCT-tutkimusten tulokset voivat olla. Kaikki tutkimukset ovat raportissa arviointiprosessin osalta lisäksi taulukoitu, josta nähdään selkeästi kunkin tutkimuksen näytön aste ja myös laadunarvioinnista saadut pistemäärät.

Järjestelmällisessä katsauksessa mukaan otettavien tutkimusten laadun arviointi on välttämätöntä. Näin tavoitellaan mahdollisimman todenmukaisia johtopäätöksiä tutkimustuloksista. Satunnaistetuissa tutkimuksissa merkittävää on mm. niiden oikeanlainen toteutus, ryhmien vertailukelpoisuus alkutilanteessa, sokkouttaminen ja asianmukainen interventio eli tutkittava toimenpide. Satunnaistettujen tutkimusten laadun arviointiin on useita tarkistuslistoja, mutta tarkistuslistoja on laadittu myös muiden tutkimusasetelmien arviointiin. (Malmivaara 2008, 275.)

Tutkimusten laatua tässä katsauksessa arvioitiin kahdella eri arviointikaavakkeella, jotka muokattiin kirjallisuudesta esiin nousseiden arviointikriteerien pohjalta. Satunnaistetuille, kontrolloiduille tutkimuksille laadittiin oma laadun arviointikaavake ja muille tutkimuksille oma arviointikaavake. Näillä arviointikaavakkeilla pyrittiin varmistamaan mukaan otettavien tutkimusten laatu, joka lisää katsauksen luotettavuutta. Tutkimusartikkelien näkökulmasta voi laadunarviointi olla melko ankaraa, koska tutkimusartikkeleista ei välttämättä löydy (vs. alkuperäinen raportti) ihan kaikkia arvioitavia asioita. Lisäksi se, että kääntöapua ei käytetty, voi periaatteessa vaikuttaa englanninkielisten tutkimusten laadunarvioinnin pisteytykseen jopa ankarammin, jos kaikkia arvioitavia asioita niistä ei löydetty. Tutkimusten laadunarviointi ja pisteyttäminen oli hankala sekä aikaa vievä vaihe kirjallisuuskatsauksessa, joka pyrittiin tekemään mahdollisimman huolellisesti.

Integroidun kirjallisuuskatsauksen vähiten kehittyneimpänä ja vaikeimpana osa-alueena pidetään kuitenkin aineiston eli tutkimustulosten analysointia. Synteesin tekeminen tutkimusten tuloksista voi käytännössä olla vaikeaa, jos tutkimukset ovat metodologisesti merkittävästi erilaisia. Flinkman & Salanterä (2007, 95–96.) Tähän kirjallisuuskatsauksen mukaan otetut tutkimukset olivat melko heterogeenisiä eli mukana oli yksi kirjallisuuskatsaus sekä määrällisiä, laadullisia ja vahvan näytön RCT-tutkimuksia.

Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa tutkimuskysymysten laadinnassa ja tietokantahakujen muotoilun vaiheessa voidaan jo käyttää (ainakin intervention vaikuttavuutta ja haittoja arvioitaessa) apuna ns. PICO-rakennetta, jolla varmistetaan tutkimusten homogeenisyyttä (Malmivaara 2008, 274). Integroidussa kirjallisuuskatsauksessa tutkimuskysymykset taas saavat olla väljemmät kuin systemaattisessa katsauksessa eikä hakuprosessi ole tältä osin niin systemaattinen. Tässä kirjallisuuskatsauksessa aineistot, kuten integroidussa katsauksessa saavatkin olla, olivat metodologisesti aika hetero-



geenisää, joten se teki tutkimustulosten synteessin teosta ja tulosten kokoamisesta haastavaa. Tutkimustulosten kokoamisessa käytettiin aineistolähtöistä, mutta teoriaohjaavaa sisällön analyysia, jonka käytöstä ei tekijällä ollut aiempaa kokemusta. Myös tällä on vaikutusta siihen, miten innovatiivisesti tulokset on saatu koottua.

Lisäksi yksin tehdessä tutkimusprosessin objektiivinen tarkastelu voi olla vaikeaa ja sisällön analyysin avulla kootut tulokset perustuvat aina myös tekijän subjektiiviseen näkemykseen ja tulkintaan asiasta (Kyngäs & Vanhanen 1999, 10). Tässä tutkimuksessa luotettavuutta olisi lisännyt se, että tutkimustulosten analysointiprosessiin ja sisällön analyysiin olisi ollut käytettävissä toinen tekijä. Kirjallisuuskatsauksen tulokset koottiin tässä katsauksessa yhden tekijän näkökulmasta ja tämä vähentää tulkinnan objektiivisuutta ja siltä osin luotettavuutta.

### **8.3 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset**

Integroituun kirjallisuuskatsaukseen valikoitui kolmetoista tutkimusta, joista neljä oli suomenkielisiä ja yhdeksän englanninkielisiä tutkimuksia tai tutkimusartikkeleita. Näistä yksitoista oli kuitenkin Suomessa tehtyjä tutkimuksia, yksi Yhdysvalloissa ja yksi Britanniassa. Kirjallisuuskatsauksen tuloksia tarkasteltiin sekä niistä tehtiin johtopäätöksiä peilaten niitä muihin/aikaisempiin tutkimuksiin sekä suomalaiseen terveydenhuoltoon eli tämän opinnäytetyön kohdeorganisaation Hämeenlinnan Mehiläisen sairaalan toimintaan.

#### **8.3.1 Potilaiden odotukset tiedon saannista ja ohjauksesta**

Kirjallisuuskatsauksen tutkimusten mukaan potilaiden odotuksia tiedon saannista ja ohjauksesta kohdistui kaikille (biofysiologiset, toiminnalliset, kokemukselliset, sosiaalis-yhteisölliset, eettiset ja taloudelliset) tiedollisille osa-alueille. Useista tutkimuksista nousi selkeästi esiin, että potilaat odottivat eniten tietoa biofysiologiselta osa-alueelta, joka koski esimerkiksi toimenpiteen jälkeistä verenvuotoa, komplikaatioiden estoa, kivun hoitoa ja lääkitystä. Odotuksia kohdistui merkittävästi myös funktionaalille eli toiminnalliselle osa-alueelle. Tällä osa-alueella tietoa ja ohjeistusta odotettiin mahdollis-

ten ongelmien, liikkumisen, toimenpiteen jälkeisen peseytymisen ja esimerkiksi toimenpidealueen ja haavan hoidon suhteen.

Tiedollisia odotuksia esiintyi jonkin verran kokemuksellisella osa-alueella liittyen toimenpiteen aiheuttamaan pelkoon ja tunteisiin eli kenen kanssa potilaan oli mahdollista keskustella ja miten nämä asiat huomioidaan. Sosiaalis-yhteisöllisellä osa-alueella tietoa odotettiin lähinnä vain siitä, miten läheiset voivat mahdollisesti osallistua potilaan hoitoon tai missä vaiheessa on mahdollista keskustella operoivan lääkärin kanssa.

Potilaat odottivat tietoa eettiseltä tai taloudelliselta osa-alueelta merkittävästi vähemmän kuin muilta osa-alueilta. Eettisellä osa-alueella tiedon tarve ja odotukset koskivat lähinnä potilaan vastuunottoa ja osallistumista omaan hoitoonsa sekä mahdollista potilasiamiehen toimintaa. Tiedolliset odotukset taloudellisella osa-alueella koskivat esimerkiksi sairauspäivärahaa tai vakuutusasioita.

Heikkisen ym. (2007, 270, 274) tutkimuksessa oli potilaiden tiedollisten odotusten (ennen leikkausta) lisäksi kartoitettu samassa tutkimuksessa myös potilaiden arvioimana heidän saamaansa tietoa leikkauksen jälkeen. Tutkimuksen mukaan potilaat arvioivat saaneensa kaikilta muilta osa-alueilta paitsi biofysiologiselta osa-alueelta vähemmän tietoa, kun odottivat. Biofysiologiselta osa-alueelta potilaat saivat jopa enemmän tietoa, kun odottivat. Potilaat saivat vähiten tietoa kokemukselliselta, eettiseltä, sosiaaliselta ja taloudelliselta osa-alueelta. Potilaiden odotukset eettiseltä osa-alueelta olivat jo ennen leikkausta vähäisiä, mutta leikkauksen jälkeen vaje tällä tiedon osa-alueella oli suurin verrattaessa odotuksia saatuun tietoon.

Potilaiden tiedolliset odotukset korreloituivat Heikkisen ym. (2007, 276) tutkimuksen mukaan potilaiden ikään ja koulutukseen. Iäkkäämmät ja vähemmän koulutetut potilaat odottivat enemmän tietoa kuin nuoremmat ja koulutetummat potilaat. Tutkimuksen mukaan potilailla, jotka ovat iältään 66–83-vuotiaita tai 19–34-vuotiaita, on esimerkiksi yli viisinkertainen riski saada vähemmän tietoa, kun he odottavat. Aiemmat kokemukset päiväkirurgisista leikkauksista myös vähensivät tiedollisia odotuksia ja tiedon tarvetta. Potilailla, joilla ei ole aiempaa kokemusta päiväkirurgisesta leikkauksesta, on 0,25-kertainen riski saada vähemmän tietoa kuin he odottavat, kun heitä verrataan aiempaa päiväkirurgista leikkauskokemusta omaaviin potilaisiin.

Mehiläisen Hämeenlinnan päiväkirurgisessa sairaalassa hoidetaan potilaita, joiden ikähaarukka on ”vauvasta vaariin”. Eri-ikäisten ja taustoiltaan erilaisten päiväkirurgisten potilaiden ohjaamien asettaa haasteita hoitotyöhön. Päiväkirurgisia potilaita ja/tai hoidossa mukana olevia läheisiä ohjataan aina suullisesti ja kirjallisesti. Potilaat saavat nykykäytännön mukaan vasta leikkauksen jälkeen kirjallisen materiaalin, joka liittyy itse leikkaukseen ja siihen liittyvään jatkohoitoon. Pääpaino on ohjauksellisesti varmasti biofysiologisella osa-alueella, koska potilaat tarvitsevat paljon tietoa tähän liittyen. Usein on kuitenkin huomattavissa, että informaation määrä on aika suuri, varsinkin ortopedisillä potilailla, ja potilaiden on vaikea lyhyessä ajassa ihan kaikkea siihen liittyvää sisäistää. Ortopediset potilaat saavat ohjeita toimenpidelääkärin ja heräämöhoitajan antamien ohjeiden lisäksi myös fysioterapeutilta, joka omalta osaltaan lisää informaation määrää.

Hoitajalta edellytetään herkkyyttä tunnistaa potilaat, jotka esimerkiksi ikänsä tai jonkin muun syyn takia tarvitsevat intensiivisempää ohjausta ja motivointia. Heikkisen ym. (2007) tutkimuksen mukaan tiedollisista osa-alueista eettiseltä osa-alueelta potilaat odottivat ja myös saivat vähiten tietoa ja ohjausta. Tämän osa-alueen huomiointi olisi kuitenkin päiväkirurgisen potilaan ohjauksessa erittäin tärkeää. Eettiseen näkökulmaan liittyy keskeisesti se, miten potilas motivoitetaan sitoutumaan omaan hoitoonsa sekä ottamaan siitä vastuuta.

### **8.3.2 Potilaiden saaman tiedon ja ohjauksen hyödyllisyys**

Tiedonsaanti ja ohjaus, josta päiväkirurgiset potilaat hyötyvät, jäsenyi tutkimuksista ohjauksen ajoitukseen eli pre-, intra- ja postoperatiiviseen vaiheeseen. Etukäteen annettavat selkeät ja riittävät suulliset ja kirjalliset ohjeet nousivat tutkimuksista hyödyllisenä esiin. Etukäteen annettu yksilöllinen ohjaus ja tiedonanto tai mahdollinen esikäynti liittyen päiväkirurgiseen toimenpiteeseen koettiin hyödylliseksi. Esimerkiksi mm. kirjallisuuskatsauksessa mukana olevassa Klemetin (2010) RCT-tutkimuksessa päiväkirurgisille nielurisaleikkaukseen valmistautuvilla lapsipotilaille ja heidän vanhemmilleen osoitettiin olevan kokonaisvaltaista hyötyä preoperatiivisesta ohjauksesta. Tähän ohjaukseen liittyi intensiivinen valmistautuminen ja tarkasti ohjeistettu paasto ennen toimenpidettä.

Aikaisempien tutkimusten mukaan (Heino 2005, 26–27) päiväkirurgiset potilaat toivoivat saavansa ohjausta jo ennen sairaalaan tuloa, anestesiaan ja leikkaukseen liittyvän tiedon lisäksi, myös koko hoitosuunnitelmasta, sairaudesta ja postoperatiivisesta toipumisesta. Päiväkirurgisen potilaan tiedonsaanti on merkityksellistä toimenpiteeseen valmistautumisen kannalta, mutta myös siksi, että potilaalla on mahdollisuus suunnitella toimenpiteen jälkeistä aikaa. Tutkimusten mukaan preoperatiivinen tiedonsaanti edistää potilaan toipumista ja mm. vähentää leikkauksen jälkeistä kipulääkkeiden tarvetta ja komplikaatioiden riskiä. Lisäksi se edistää potilaan fyysistä ja psyykkistä kotiutumisen jälkeistä hyvinvointia ja lisää potilastyytyväisyyttä. Preoperatiivinen tiedonsaanti mahdollistaa lisäksi entistä aikaisemman kotiutumisen ja vähentää mahdollisuutta, että potilas joutuisi hakeutumaan uudelleen sairaalaan.

Päiväkirurgisia potilaita ohjeistetaan tehdyn toimenpiteen osalta Mehiläisen Hämeenlinnan sairaalassa pääosin vasta leikkauksen jälkeen. Ennen leikkausta päiväkirurgiset potilaat ovat saaneet yleensä puhelimitse ja kotiin kirjallisesti ohjeet, jotka koskevat yleistä valmistautumista kuten mm. anestesiamuotoa, ravinnotta oloa, hygieniaa ja mahdollisia lääkityksiä. Toimenpiteeseen liittyvää muuta preoperatiivista ohjausta ei päiväkirurgisille potilaille systemaattisesti anneta. Tutkimustulosten pohjalta potilaat kuitenkin hyötyvät paljon preoperatiivisesta tiedonsaannista ja ohjauksesta, joka liittyy koko hoitoprosessiin. Tämän perusteella preoperatiivista ohjausta tehostamalla voitaisiin potilasohjausta kehittää merkittävästi asiakaslähtoisemmäksi.

Intraoperatiivisessä vaiheessa saatu konkreettinen tieto ja mahdollisuus kysyä asioita suoraan toimenpidelääkäriltä nousivat kirjallisuuskatsauksessa potilaiden näkökulmasta hyödyllisiksi. Muu hyödyllinen tietosaanti ja ohjaus intraoperatiivisessä vaiheessa liittyivät mm. mahdollisiin komplikaatioiden ehkäisyyn sekä lääkehoitoon. Potilaat kokivat lisäksi hyötyvänsä siitä, että sairaalassa annettavassa tiedonannossa ja ohjauksessa keskityttiin olennaiseen. Lisäksi toivottiin annettavan hyödyllistä tietoa toimenpiteen mahdollisista välittömistä vaikutuksista, jonka merkitys konkretisoitui esimerkiksi iäkkäitä kaihipotilaita hoidettaessa.

Päiväkirurgisessa hoidossa potilaan ja henkilökunnan vuorovaikutus jää lyhyeksi, koska potilas on ajallisesti vain muutaman tunnin sairaalassa. Aikaisemmissakin tutkimuksissa on tämä todettu ongelmalliseksi, koska tiedon välittäminen ja vastaanottaminen voi olla vaikeaa lyhyen sairaalassa olon aikana. (Heino 2005, 35.) Käytännön hoitotyössä am-

matillisuus luo edellytykset sille, että hoitotyössä pystytään keskittymään lyhyessä ajassa olennaiseen ja potilaita pyritään kohtelemaan yksilöllisesti. Kuitenkin lyhyt ohjausai-ka sairaalassa ja esimerkiksi erilaiset anestesiamenetelmät voivat tuoda haasteita poti- laan informointiin ja ohjaukseen.

Mehiläisen Hämeenlinnan sairaalassa tehdään paljon ortopedisiä toimenpiteitä, joissa optimaalinen anestesiamenetelmä on puudutus. Puudutetun potilaan ohjaaminen leikka- uksen jälkeen on merkittävästi helpompaa kuin nukutettuna olleen potilaan. Puudutettua potilasta voidaan osaltaan ohjata jo leikkaussalivaiheen aikanakin. Nukutetuilla poti- lailla anestesia-aineiden aiheuttama amnesia eli lähimuistin heikkeneminen toimenpi- teen jälkeen voi aiheuttaa sen, että vaikka potilaan virkistymistä odotetaan riittävän kau- an, pahimmassa tapauksessa potilas ei muista heräämävaiheessa saamastaan ohjauksesta seuraavana päivänä oikein mitään. Tämä asia tulee ajoittain esiin postoperatiivisen soi- ton yhteydessä nukutettujen potilaiden kohdalla. Tehtiin toimenpide sitten puudutukses- sa tai nukutuksessa, niin päiväkirurgiset potilaat varmasti hyötyisivät siitä, että ohjauk- sen painopistettä muutettaisiin sairaalassa olon aikaisen ohjauksen osalta enemmän pre- operatiiviseksi ohjaukseksi.

Kirjallisuuskatsauksen tuloksista nousi esiin, että postoperatiivisesta soitosta oli myös potilaille hyötyä. Lisäksi riittävän pitkälle kantava tuki ja ohjaukseen panostaminen hyödytti potilaita. Ohjaus ja tiedonsaanti, joka vahvisti potilaan omia vaikutusmahdolli- suuksia ja potilaan sitoutumista omaan hoitoonsa, oli lisäksi hyödyllistä. Potilaat koki- vat lisäksi turvalliseksi ja hyödylliseksi sen, että hoidosta ja ohjauksesta vastasivat sa- mat hoitotyön ammattilaiset kuin aiemmin hoitoprosessin aikana.

Postoperatiivisen puhelinoiton avulla voidaan seurata päiväkirurgisen potilaan toipu- mista. Potilaaseen voidaan ottaa yhteyttä suunnitellusti ensimmäisenä tai toisena posto- peratiivisena päivänä. Seurantasoitto on tehokas tapa potilaan yksilölliseen ohjaami- seen. Potilaiden kotihoitoon liittyvät ongelmat konkretisoituvat yleensä vasta kotona, joten tällöin on aiheellista tiedustella mahdollisia oireita ja komplikaatioita, kuten esi- merkiksi pahoinvointia, haavavuotoa tai kipua. Seurantasoitto tarkoitus on tukea poti- lasta, saada tietoa selviytymisestä, täydentää ohjausta ja ohjeiden noudattamista. Myös aikaisempien tutkimusten mukaan puhelinoitto tarjoaa erittäin hyvän mahdollisuuden arvioida potilaan hoitoa sekä ohjausta ja ohjeiden noudattamista. (Heino 2005, 36.)

Leikkauksen jälkeinen puhelinsoitto on Mehiläisen Hämeenlinnan sairaalassa käytössä oleva rutiinitoimenpide, jota hyödynnetään päiväkirurgisten potilaiden hoidossa ja ohjauksessa. Siitä on selvästi hyötyä erityisesti ortopedisten, mutta myös kaikkien leikkauspotilaiden kohdalla. Hoitotyön käytännössä ei kuitenkaan aina ole mahdollista, että soit-taja on sama hoitotyön ammattilainen, joka on esimerkiksi antanut suulliset ja kirjalliset ohjeet sekä kotiuttanut potilaan.

### 8.3.3 Ohjausmenetelmien käyttö ja hyödyllisyys

Kirjallisuuskatsaukseen mukaan valikoituneista tutkimuksista nousi päiväkirurgisen potilaan ohjauksessa käytettävänä ohjausmenetelminä esiin suullinen ja kirjallinen potilasohjaus, internet-perustainen ja Dvd-perustainen potilasohjaus.

Tärkeintä potilasohjausmenetelmien valinnassa on asiakaslähtöisyys. Asiakaslähtöinen ohjaus edellyttää hoitohenkilöstöltä tiedollisia ja taidollisia valmiuksia, riittävästi aikaa ja esimerkiksi sopivaa toimintaympäristöä. Potilaan perusteelliseen ohjaukseen tulee hoitoprosessissa kiinnittää erityistä huomiota, koska hoidon jatkuvuus jää potilaan omalle ja/tai omaisten vastuulle. (Hämäläinen, Janatuinen, Kostainen & Jauhiainen 2010, 94.)

Aikaisempien tutkimusten mukaan kaikki potilaat tarvitsevat sairaalassaoloaikana ohjausta monipuolisilla ohjausmenetelmin. Suullisessa ohjauksessa selkeä puhetyyli, jossa ei käytetä liikaa vierasperäisiä sanoja helpottaa ohjauksen ymmärtämistä. Ohjatessa ikään-tyneempiä potilaita tulee huomioida muutokset myös potilaan aistien ja kognition suh-teen. Iäkkäitä ohjatessa on mm. hyvä huomioida se, että ohjausta annetaan lyhyt aika kerrallaan ja ohjeita mahdollisesti kerrataan. (Hämäläinen, Janatuinen, Kostainen & Jauhiainen 2010, 95.)

Kirjallisuuskatsauksen tutkimusten mukaan suullisen sekä kirjallisen potilasohjauksen yhdistäminen tehostaa potilaan ohjausta. Suullista ohjausta pidettiin tärkeänä esimerkik-si henkilökohtaisen kontaktin vuoksi ja ohjaustilanteessa koetaan tärkeäksi myös se, että potilaalla on mahdollisuus esittää kysymyksiä. Suullisella ohjauksella saatiin hyvin pa-rannettua potilaan tiedon tasoa.

Kasvotusten annetusta aktiivisesta preoperatiivisesta ohjauksesta saatiin Klementin (2010) RCT-tutkimuksessa päiväkirurgisten nielurisaleikkauksen läpikäyneillä lapsipotilailla hyviä kokemuksia. Koeryhmä sai sairaanhoitajalta kasvotusten tarkat ohjeet valmistautumiseen ja lapsen aktiiviseen nesteyttämiseen vielä kaksi tuntia ennen leikkausta. Kontrolliryhmä sai rutiiniohjauksen kirjallisena ilman intensiivistä ohjausta nesteytykseen. Koeryhmän vanhempien tiedon taso oli mittauksissa parempi ja lisäksi leikkauksen jälkeisenä aamuna preoperatiivisen aktiivisen nesteytyksen saaneet koeryhmän lapset olivat merkittävästi kivuttomampia kuin kontrolliryhmän lapset. Tämän kirjallisuuskatsauksen tutkimuksen mukaan nämä tutkimustulokset ovat yleistettävissä nielurisaleikkaukseen tulevien lasten hoidossa ja niistä voi olla hyötyä päiväkirurgisen potilaan hoitoa kehitettäessä.

Sairaanhoitajan kasvotusten antamaa, suullista ohjausta verrattiin kahdessa (Heikkinen ym. 2011a ja 2011b) katsauksen eri RCT- tutkimuksissa internet-perustaiseen potilasohjaukseen. Ohjausmenetelmien käyttöä verrattiin samaa tutkimusasetelmaa hyödyntäen ensimmäisessä tutkimuksessa ortopedisten potilaiden kokemiin oireisiin (a) ja toisessa tutkimuksessa tunteisiin (b). Vaikka eroavaisuuksiakin koe- ja kontrolliryhmien välillä tutkimuksissa tuli esiin, niin molemmissa tutkimuksissa todettiin, että kokonaisuutena ohjausmenetelmien käytöllä ei ollut merkittävää eroa potilaiden kokemien oireiden tai tunteiden tasolla. Molempien tutkimusten perusteella todettiin, että sekä kasvotusten annettava potilasohjaus että internet-perustainen potilasohjaus soveltuvat hyvin päiväkirurgisten ortopedisten potilaiden ohjaukseen.

Web-sivujen käyttöä ja niiden hyödyllisyyttä mitattiin ja arvioitiin Heikkisen ym. (2010) tutkimuksessa ortopedisillä potilailla. Sivut koettiin hyödyllisiksi ja tutkimuksen mukaan suurin osa potilaista oli valmis suosittelemaan sivujen käyttöä myös muille potilaille. Tutkimukseen liittyvää kahta eri kyselyajankohtaa verrattaessa kaikki potilaat arvioivat sivujen hyödyllisyyden toisella mittauskerralla paremmaksi. Yleisesti potilaat arvioivat, että web-sivut toimivat moitteettomasti ja niistä oli apua.

Kaukosen (2010) laadullisen tutkimuksen kautta saatiin katsauksessa näkemystä myös ohjaukseen tarkoitetun Dvd:n käytöstä iäkkäiden kaihipotilaiden ohjauksessa ennen leikkausta. Potilaat olivat pitäneet ohjaus dvd:tä pääosin hyödyllisenä. Joidenkin potilaiden mielestä se oli jopa yksinään riittävä ohjausmenetelmä, kun taas potilaat, joilla oli jo riittävästi tietoa tulevasta toimenpiteestä, eivät pitäneet sitä tärkeänä.

Nykyistä tai ainakin tulevaisuuden hoitotyötä muuttaa mm. teknologian hyödyntämisen mahdollisuus sekä se, että potilaiden tarpeet ja vaatimukset tulevat muuttumaan. Tulevaisuuden hoitotyössä ja potilasohjauksessa korostuu tutkimusten mukaan asiakaslähtöisyys ja hoitajan toiminnan uudelleen organisointi. Hoitajan rooli on muuttumassa tiedonantajasta tiedon lähteille ohjaajaksi, tukijaksi ja kannustajaksi hoitoon sitoutumisessa sekä päätöksen teossa. Hoitajan rooli konsultojana korostuu ja tavoitteena asiakaslähtöisessä toiminnassa on se, että potilas itse saa valita ja päättää, mitä menetelmiä esimerkiksi potilasohjauksessa käytetään. Tämä kuitenkin edellyttää sitä, että vaihtoehtoisia menetelmiä on potilaille tarjolla. (Jauhiainen 2010, 42.)

Teknologian hyödyntäminen potilasohjauksessa edellyttää sitä, että potilailla on riittävät valmiudet käyttää tieto- ja viestintäteknikkaa. Riittävän motivaation ja osaamisen lisäksi potilaalla pitää olla sopivat laitteet ja ohjelmat sekä verkkoyhteydet. Suomalaisten tieto- ja viestintätekniset valmiudet ovat hyvällä tasolla ja ikääntyneetkin ihmiset käyttävät tietokonetta. Tilastokeskuksen tutkimuksessa mm. selvitettiin, että 82 % suomalaisista 16–74-vuotiaista oli keväällä 2009 käyttänyt Internetiä edellisten kolmen kuukauden aikana. Noin 66 % 65–74-vuotiaista käytti Internetiä päivittäin. Kaikilla Internetin käyttäjillä pääasiallisoin käyttötarkoitus oli sähköpostin käyttäminen (91 %) mutta osa käyttäjistä (68 %) oli etsinyt myös tietoa terveyteen, sairauksiin ja ravitsemukseen liittyen. (Jauhiainen 2010, 45.)

Edellytyksenä teknologian hyödyntämiseen on myös hoitotyön ammattilaisten osaamisen kehittäminen. Tähän osaamiseen sisällytetään hoitotyön tiedonhallinta, hoitamisen osaaminen, muutoksen hallinta sekä kehittämisen näkökulma. Tiedonhallinnan osaamiseen kuuluu, että hoitajilla on tiedossa tietosuojaa ja – turvaa koskevat asiat ja että toimitaan niiden mukaisesti. Lisäksi pitää hallita tieto- ja viestintäteknikan peruskäyttötaidot sekä olla valmiudet erilaisten tietojärjestelmien käyttöön. Osaaminen edellyttää lisäksi valmiuksia hakea tietoa erilaisista tietokannoista ja tietoportaleista sekä sitä, että osataan ohjata potilasta tieto- ja viestintäteknikan käyttöön. (Jauhiainen 2010, 45.)

Jo aiemmista tutkimustuloksista on saatu näyttöä siitä, että teknologialla voidaan tukea potilasohjauksen asiakaslähtöisyyttä ja saada siihen vaikuttavuutta. Sähköistä asiointia käytetään ja hyödynnetään monissa muissakin arkipäivän asioissa, kuten pankki- ym. erilaisissa palveluissa, tuotteiden varaamisessa ja ostamisessa. Sähköinen asiointi on toivottavaa silloin, kun sillä nopeutetaan ja tehostetaan palvelua laadun kuitenkään kärsimättä. Erityisesti niiden potilaiden kohdalla, jotka käyttävät monipuolisesti teknologi-



aa muutoinkin elämässään, kannattaa tätä mahdollisuutta hyödyntää. Kaikista ikäryhmistä löytyy tällaisia potilaita. Teknologian hyödyntäminen edellyttää kuitenkin ensin hoitohenkilöstön osaamisen ja valmiuksien kehittämistä tiedollisesti, taidollisesti ja asenteellisesti. (Jauhiainen 2010, 46.)

Mehiläisen Hämeenlinnan sairaalassa päiväkirurgisia potilaita ohjataan leikkauksen jälkeen eli heräämövaiheessa suullisesti ja he saavat aina mukaansa myös kirjalliset ohjeet. Internet-perustaista tai dvd-potilasohjausta ei ole käytössä. Mehiläisen Hämeenlinnan toimipisteen Internet-sivuilla on käytettävissä tällä hetkellä viisi potilasohjetta, jotka liittyvät muutamiin lähinnä polikliinisiin toimenpiteisiin liittyviin valmistautumis- ja toimenpiteen jälkeisiin ohjeisiin. Sairaalanyksikön toimenpiteisiin ja leikkauksiin liittyviä jatko-ohjeita ei tällä hetkellä (huhtikuussa 2013) ole preoperatiivisesti Hämeenlinnan toimipaikan internet-sivuilla saatavilla. (Mehiläinen 2013.)

Mehiläisen potilaiden / asiakkaiden omien tietojen katseluun on käytettävissä valtakunnallisesti käytössä oleva Oma Mehiläinen-palvelu. Oma Mehiläinen on uusi verkkoasiointipalvelu, johon voi kirjautua omilla verkkopankkitunnuksilla. Rekisteröitymisen kautta voi seurata mm. omaa käyntihistoriaa, rokotuskorttia, tutkimustuloksia ja lääkemääräyksiä. Lisäksi sen kautta voi saada muistutuksia omaan terveyteen liittyvistä asioista sekä löytää hoitoon osallistuneet asiantuntijat. Yhteydenotto esimerkiksi työterveyden asiantuntijoihin käy helposti ja tietoturvallisesti. (Mehiläinen 2013.) Tulevaisuudessa vaihtoehtoiseksi potilasohjausmenetelmäksi perinteisten ohjausmenetelmien (suullinen ja kirjallinen) rinnalle olisi hyvä työyksikköön saada myös Internet-perustainen potilasohjaus / tiedonsaanti-menetelmä. Tätä samaa Oma Mehiläinen-palvelua tai sitten toimipaikkakohtaisia Mehiläisen Internet-sivuja voisi mahdollisesti käyttää myös Hämeenlinnan sairaalapuolen leikkauspotilaiden hoitoon ja ohjeistukseen soveltaen.

#### **8.4 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimusaiheet**

Tässä kirjallisuuskatsauksessa koottujen tutkimustulosten sekä muihin/aikaisempiin tutkimustuloksiin peilaten päiväkirurgisen potilaan ohjauksen toteuttamisessa ja kehittämisessä olisi hyvä huomioida seuraavia asioita:

- Vaikka biofysiologinen osa-alue ohjauksessa korostuu, ohjauksen kehittämisessä tulisi painotusta lisätä enemmän myös muille osa-alueille. Esimerkiksi eettiseen osa-alueeseen liittyy potilaan voimavaraistuminen ja se, että potilas motivoitetaan sitoutumaan omaan hoitoonsa sekä ottamaan siitä vastuuta.
- Potilaiden ikä ja tausta (koulutus) tulisi huomioida ohjauksen suunnittelussa. Potilaille, jotka ovat iältään 66–83-vuotiaita tai 19–34-vuotiaita, on esimerkiksi yli viisinkertainen riski saada vähemmän tietoa, kun he odottavat.
- Preoperatiiviseen ohjaukseen panostaminen on tehokkain tapa varmistaa potilaiden riittävä tiedonsaanti. Ennen leikkausta annettu aktiivinen potilasohjaus vähentää lyhyen intraoperatiivisen vaiheen ohjauksen määrää ja mahdollistaa potilaalle informaation paremman sisäistämisen.
- Intraoperatiivisessa ohjauksessa keskittyminen olennaiseen helpottaa potilaan informaation sisäistämistä.
- Postoperatiivinen ohjauksessa potilaat hyötyvät siitä, että heillä on mahdollisuus saada omaan hoitoonsa liittyvää ohjausta ja tietoa samoilta hoitotyön ammattilaisilta kuin aiemminkin.
- Suullisessa kasvokkain annettavassa ohjauksessa potilaat hyötyvät siitä, että heillä on mahdollisuus kysyä (tarkentavasti) hoitoon liittyvistä asioista. Tähän potilaita on hyvä rohkaista.
- Kirjallisista ohjeista potilaat puolestaan voivat tarvittaessa tarkistaa/kerrata saamia ohjeita ja sitä mahdollisuutta on potilaille hyvä ohjauksessa korostaa.
- Internet-perustaista potilasohjausta pitäisi enemmän hyödyntää ja kehittää käytettäväksi erityisesti niiden potilaiden kohdalla, jotka muutenkin käyttävät paljon verkkopalveluja.
- Dvd-perustainen ohjauksen mahdollisuutta voisi mahdollisesti tulevaisuudessa hyödyntää esimerkiksi niiden potilaiden kohdalla, jotka eivät aktiivisesti halua tai osaa käyttää Internetin tuomia mahdollisuuksia.

Lääketieteellisestä näkökulmasta potilaan hoidosta on tehty kansainvälisesti ja kansallisesti paljon tutkimuksia, joita esimerkiksi hyödynnetään hoitosuosituksen laadintaan. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja erikoislääkärijärjestöjen Käypä hoito -hankkeen tavoitteena on laatia terveydenhuollon ammattilaisille Suomeen soveltuvia ja laadittuja hoitosuosituksia, joiden avulla voidaan parantaa hoidon laatua ja vähentää hoitokäytäntöjen vaihtelua (Duodecim 2013).

Suomessa on julkaistu Hoitotyön tutkimussäätiön kautta myös kansallisia näyttöön perustuvia hoitotyön suosituksia vuodesta 2008 lähtien. Nämä suositukset ovat hoitotyön asiantuntijoiden laatimia ja tieteellisesti perustelemia kannanottoja tutkimus- ja hoitovaihtoehtoihin sekä niiden vaikuttavuuteen ja käyttökelpoisuuteen. Suositusten tavoitteena on inhimillinen, oikein ajoitettu, vaikuttava ja oikea hoito potilaalle. Hoitotyön suosituksista, joita on valmistunut vasta viisi, on yksi esimerkiksi tehty päiväkirurgisen leikki-ikäisen lapsen emotionaaliseen tukeen liittyen. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2013.)

Päiväkirurgisen potilaan hoidosta tai ainakin ohjauksesta löytynee merkittävä määrä vahvan näytön tutkimuksia. Hoitotieteen ja hoitotyön näkökulmasta olisi hyvä mahdollisimman nopeasti saada lisää näyttöön perustuvaa tietoa ja hoitoa ohjaavia virallisia hoitosuosituksia jalkautettua käytäntöön. Tämän kirjallisuuskatsauksen jatkotutkimusaiheeksi voidaan esimerkiksi ehdottaa systemaattista kirjallisuuskatsausta päiväkirurgisen potilaan ohjauksesta, jonka pohjalta voitaisiin luoda ohjausta yhdenmukaistava ja kansallisesti vaikuttava hoitosuositus.

## LÄHTEET

Duodecim 2013. Terveyskirjasto. Käypä hoito-suositukset. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_osio=109&p\\_teos=khp](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_osio=109&p_teos=khp). Luettu 13.3.2013.

Eskola, J. & Suoranta, J. 2008. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Gummerus kirjapaino Oy. Jyväskylä.

Flinkman, M. & Salanterä, S. 2007. Integroitu katsaus-eri metodeilla tehdyn tutkimuksen yhdistäminen katsauksessa. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M., Ääri, R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. A:51/2007. 84–100.

Gilmartin, J. & Wright, K. 2007. The nurse`s role in day surgery- a literature review. *International Nursing Review* 54, 183–190.

Hautakangas, A-L., Horn, T., Pyhälä-Liljeström, P. & Raappana, M. 2003. Hoitotyö päiväkirurgisella osastolla. WSOY. Porvoo.

Heikkinen, K. 2012. Lectio praecursoria 9.9.2011. *Finnish Journal of eHealth and eWelfare* 4(1), 54–56.

Heikkinen, K., Leino-Kilpi, H., Hiltunen, A., Johansson, K., Kaljonen A., Rankinen, S., Virtanen, H. & Salanterä, S. 2007. Ambulatory orthopaedic surgery patients knowledge expectations and perceptions of received knowledge. *Journal of Advanced Nursing* 60 (3), 270–278.

Heikkinen, K., Leino-Kilpi, H., Nummela, T., Kaljonen, A. & Salanterä, S. 2009. A comparison of two educational interventions for the cognitive empowerment of ambulatory orthopaedic surgery patients. Teoksessa Heikkinen, K. (toim.) *Cognitively empowering internet-based patient education for ambulatory orthopaedic surgery patients*. Turun yliopiston julkaisuja. Väitöskirja. Turun yliopisto. Turku. 123–130.

Heikkinen, K., Leino-Kilpi, H., Vahlberg, T. & Salanterä, S. 2011a. Ambulatory orthopaedic surgery patients` symptoms with different patient education methods. *International Journal of Orthopaedic and Trauma Nursing*. Teoksessa Heikkinen, K. (toim.) *Cognitively empowering internet-based patient education for ambulatory orthopaedic surgery patients*. Turun yliopiston julkaisuja. Väitöskirja. Turun yliopisto. Turku. 139–145.

Heikkinen, K., Salanterä, S., Leppänen, T., Vahlberg, T. & Leino-Kilpi, H. 2011b. Ambulatory orthopaedic surgery patients` emotions with two different patient education methods. Teoksessa Heikkinen, K. (toim.) *Cognitively empowering internet-based patient education for ambulatory orthopaedic surgery patients*. Turun yliopiston julkaisuja. Väitöskirja. Turun yliopisto. Turku. 131–138.

Heikkinen, K., Suomi, R., Jääskeläinen, M., Kaljonen, A., Leino-Kilpi, H. & Salanterä, S. 2010. The creation and evaluation of an ambulatory orthopaedic surgical patient education website to support empowerment. Teoksessa Heikkinen, K. (toim.) *Cognitively*

empowering internet-based patient education for ambulatory orthopaedic surgery patients. Turun yliopiston julkaisuja. Väitöskirja. Turun yliopisto. Turku. 103–110.

Heino, T. 2005. Päiväkirurgisen polviniveltähystyspotilaan ohjaus potilaan ja perheenjäsenen näkökulmasta. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Tampereen yliopisto.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2010. Tutki ja kirjoita. Kariston kirjapaino Oy. Hämeenlinna.

Hoitotyön tutkimussäätiö 2013. Näyttöön perustuva toiminta. Vaikuttavuutta terveydenhuoltoon. Hoitotyön suositukset. <http://www.hotus.fi/hoitotyon-tutkimussaatio/hoitotyon-suositukset-0>. Luettu 13.3.2013.

Hämäläinen, S., Janatuinen, A-L., Kostiainen, S. & Jauhiainen, A. 2010. Potilasohjauksen kehittäminen työyhteisössä–Johtamisen näkökulma. Teoksessa Jauhiainen, A. (toim.) Osaamista ja vaikuttavuutta potilasohjaukseen. Savonia-ammattikorkeakoulun julkaisusarja D2/14/2010. Kopijyvä Kuopio. 94–100 .

Hämäläinen, S., Jauhiainen, A. & Janatuinen, A. 2010. Potilasohjaukoulutuksen tarve ja koulutuksen toteuttaminen. Teoksessa Jauhiainen, A. (toim.) Osaamista ja vaikuttavuutta potilasohjaukseen. Savonia-ammattikorkeakoulun julkaisusarja D2/14/2010. Kopijyvä Kuopio. 10–15.

Jauhiainen, A. 2010a. Johdanto. Teoksessa Jauhiainen, A. (toim.) Osaamista ja vaikuttavuutta potilasohjaukseen. Savonia-ammattikorkeakoulun julkaisusarja D2/14/2010. Kopijyvä Kuopio. 5–7.

Jauhiainen, A. 2010b. Teknologia asiakaslähtöisyyden tukena potilasohjauksessa. Teoksessa Jauhiainen, A. (toim.) Osaamista ja vaikuttavuutta potilasohjaukseen. Savonia-ammattikorkeakoulun julkaisusarja D2/14/2010. Kopijyvä Kuopio. 41–48.

Johansson, K. 2007. Kirjallisuuskatsaukset - huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. A:51/2007. 3–9.

Kaukonen, J. 2010. Päiväkirurgisessa kaiholeikkauksessa olleiden iäkkäiden potilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta. Pro gradu –tutkielma. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto.

Kesänen, J. 2009. Ikääntyvän päiväkirurgisen potilaan ja hänen läheisensä voimavaroistumista tukeva tieto. Pro gradu –tutkielma. Hoitotieteen laitos. Lääketieteellinen tiedekunta. Turun yliopisto.

Klemetti, S. 2010. Counselling on limited preoperative fasting in paediatric ambulatory tonsillectomy. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Lääketieteellinen tiedekunta. Turun yliopisto.

Kontio, E. & Johansson, K. 2007. Systemaattinen tarkastelu alkuperäistutkimusten laatuun. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. A:51/2007.101–108.

Kylmä, J., Rissanen, M-L., Laukkanen, E., Nikkonen, M., Juvakka, T. & Isola, A. 2008. Aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä tietoa hoitotyön kehittämiseen. Esimerkkinä syöpää sairastavan nuoren vanhemman toivon vahvistaminen. *Tutkiva hoitotyö*. 6 (2), 23–29.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* 11 (17), 3–12.

Kättö, T. 2009. Gynekologisen tähytyspotilaan ohjaus päiväkirurgiassa. Pro gradu – tutkielma. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto.

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Väitöskirja. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Acta Universitatis Ouluensis D 937. Oulun yliopisto.

Kääriäinen, M. 2010. Laadukkaan potilasohjauksen tunnusmerkit. Teoksessa Jauhainen, A. (toim.) Osaamista ja vaikuttavuutta potilasohjaukseen. Savonia-ammattikorkeakoulun julkaisusarja D2/14/2010. Kopijyvä Kuopio. 26–32.

Laaksonen, M., Kuusisto-Niemi, S. & Saranto, K. 2010. Sosiaalityön tiedonhallinnan tutkimus-kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä. *Tieteelliset artikkelit*. Finnish Journal of eHealth and eWelfare 2 (1), 26–32.

Laki (1992/785) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>. Luettu 20.10.2012.

Lamberg, T. & Lodenius, M. 2012. Systemaattinen tiedonhaku näyttöön perustuvaa lääketiedettä etsittäessä. Käyvän hoidon ohjeistukset. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/kho00002>. Luettu 7.2.2013.

Malmivaara, A. 2008. Järjestelmällinen kirjallisuuskatsausvaikuttavuudesta – Apuväline terveyden- ja sosiaalihuollon ammattilaisille, tutkijoille ja päättäjille. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti*. Vol 45, 273–278.

Mehiläinen 2012. Yritysinfo. <http://www.mehilainen.fi/yritysinfo?loc=40>. Luettu 3.10.2012.

Mehiläinen 2012. Sairaalapalveluita yhdeksällä paikkakunnalla. <http://www.mehilainen.fi/sairaalat?loc=40>. Luettu 3.10.2012.

Mehiläinen 2013. Potilasohjeet Mehiläinen Hämeenlinna. <http://www.mehilainen.fi/henkil%C3%B6asiakkaille/1%C3%A4%C3%A4k%C3%A4rikeskukset/h%C3%A4meenlinna/potilasohjeet?loc=52>. Luettu 16.3.2013.

Mehiläinen 2013. Oma Mehiläinen. Terveystietosi kätesi ulottuvilla. <https://oma.mehilainen.fi/>. Luettu 16.3.2013.

Mitchell, M. 2010. A patient-centered approach to day surgery nursing. *Nursing standard* 24 (44), 40–46.

Mönkkönen, K. 2010. Dialogisuus potilasohjauksessa. Teoksessa Jauhiainen, A. (toim.) Osaamista ja vaikuttavuutta potilasohjaukseen. Savonia-ammattikorkeakoulun julkaisusarja D2/14/2010. Kopijyvä Kuopio. 33–40.

Patala-Pudas, L. 2008. Kirjallisuuskatsaukset hoitotieteessä.. Hoitotieteen valtakunnallisen tutkijakoulun Pp-luennot. Tutkimusmenetelmät I, 31.3.2008. Oulun yliopisto. Terveystieteiden laitos. <http://www.oulu.fi/hoitotiede/LeenaP-P.ppt>. Luettu 29.10.2012.

Pudas-Tähkä, S-M & Axelin, A. 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajaaminen, hakutermit ja abstraktien arviointi. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. A:51/2007. 46–57.

Renholm, M., Suominen, T., Turtiainen, A-M. & Leino-Kilpi, H. 2009. Continuity of care in ambulatory surgerycritical pathways: The patients` perceptions. *Medsurg Nursing-May/June 18 (3)*, 169–173.

Sairaala Mehiläinen Hämeenlinna 2013. Päiväkirurgisen yksikön toimintakäytännöt.

Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopiston julkaisuja. Julkisjohtaminen 4. Vaasa.

Sarajärvi, A., Mattila, R-L. & Rekola, L. 2011. Näyttöön perustuva toiminta: Avainhoitotyön kehittämiseen. WSOYpro Oy. Helsinki.

STM 2003. Terveyttä ja hyvinvointia näyttöön perustuvalla hoitotyöllä. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2003:18. Kansallinen tavoite- ja toimintaohjelma 2004–2007. Helsinki 2003.

STM 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009: 18. Toimintaohjelma 2009–2011. Helsinki.

STM 2012. Koulutuksella osaamista asiakaskeskeisiin ja moniammatillisiin palveluihin. Ehdotukset hoitotyön toimintaohjelman pohjalta. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2012:7. Helsinki.

STM 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämisohjelma KASTE 2012–2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1. Helsinki.

Suomen Sairaanhoidajaliitto 2004. Hoitotieteellisellä näytöllä tuloksiin hoitotyössä - käsikirja hoitotyön suositusten laadintaan. Päivitetty 12.4.2004. Tulostettu 14.2.2010.

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2012. Terveydenhuoltolaki ja potilasturvallisuus. [http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/potilasturvallisuus-fi/terveydenhuoltolaki-ja-potilasturvallisuus](http://www.thl.fi/fi_FI/web/potilasturvallisuus-fi/terveydenhuoltolaki-ja-potilasturvallisuus). Luettu 3.10.2012.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2012. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. 9. uudistettu painos. Hansaprint Oy. Vantaa.

Tuominen, M. 2005. Päiväkirurgisen potilaan hoito. Teoksessa Mustajoki, M., Maanselkä, S., Alila, A. & Rasimus, M. (toim.) Sairaanhoidajan käsikirja. Karisto Oy. Hämeenlinna. 266–267.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. [http://www.tenk.fi/hyva\\_tieteellinen\\_kaytanto/kaytanto.html](http://www.tenk.fi/hyva_tieteellinen_kaytanto/kaytanto.html). Luettu 9.2.2013.

Tähtinen, H. 2007. Systemaattinen tiedonhaku hoitotieteen näkökulmasta. Teoksessa Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatseaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. A:51/2007. 10–45.

Viitamäki, R. 1996. Päiväkirurginen hoitotyö. Tammerpaino Oy. Tampere.

Vänskä, K., Laitinen-Väänänen, S., Kettunen, T. & Mäkelä, J. 2011. Onnistuuko ohjaus? Sosiaali- ja terveysalan ohjaustyössä kehittyminen. Edita Prima. Helsinki.

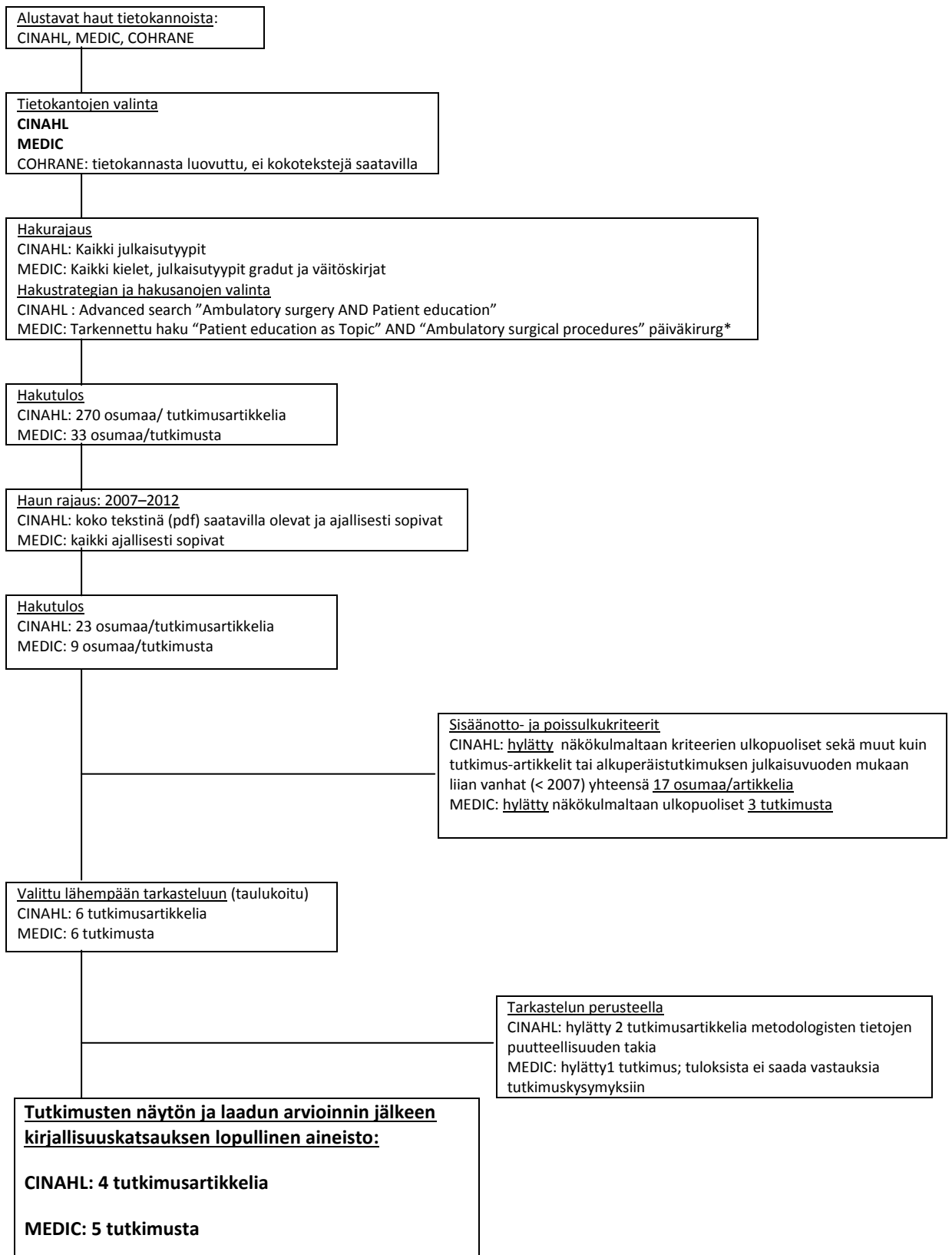
Wiggins, S. A. 2009. Family exemplars during implementation of a home pain management intervention. *Issues in Comprehensive Pediatric Nursing* 32, 160–179.

Ylenius, K. 2009. Potilaiden oppimistarpeet päiväkirurgisen nenätoimenpiteen jälkeen. Pro gradu –tutkielma. Hoitotieteen laitos. Turun yliopisto.

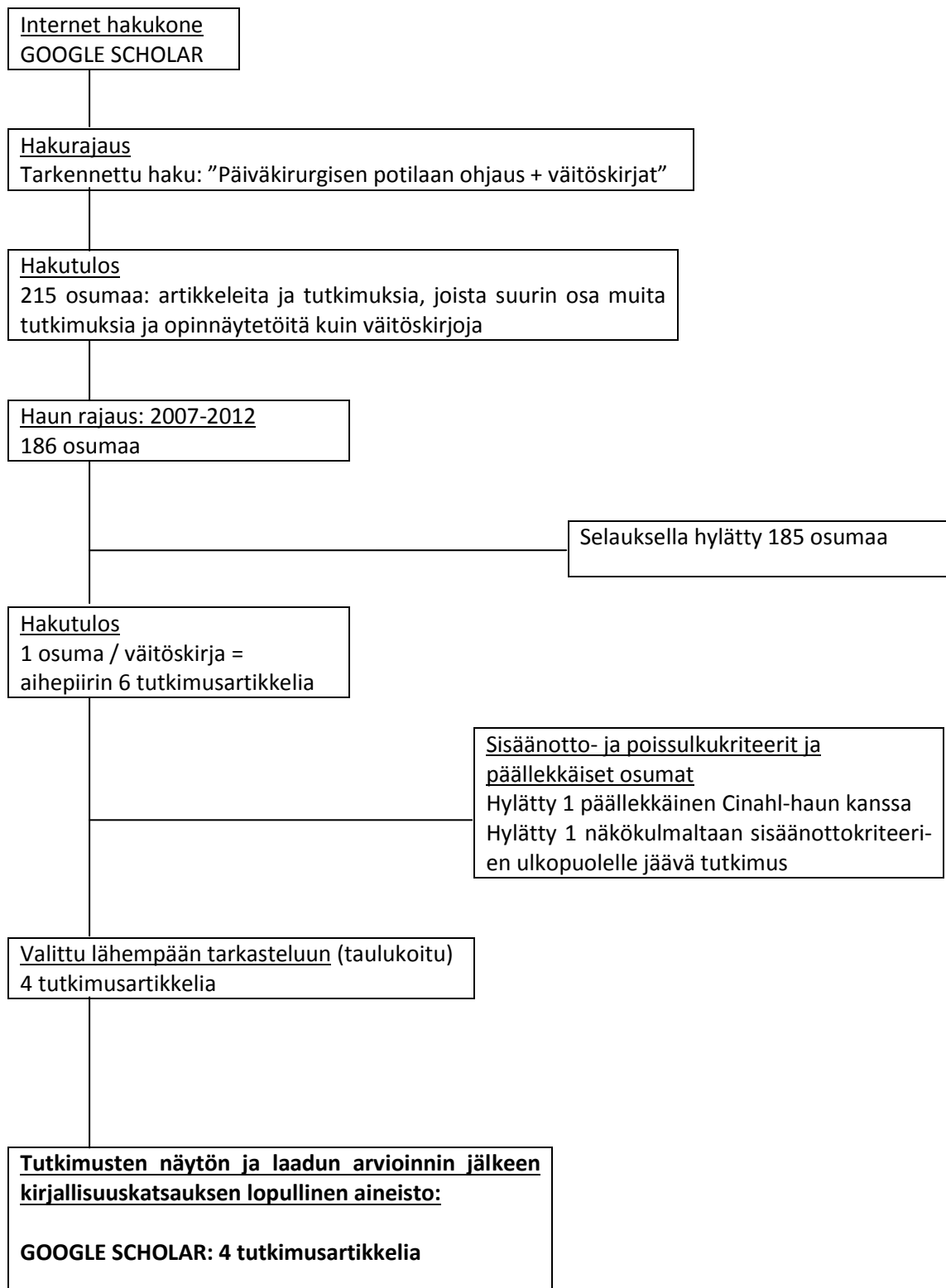


## LIITTEET

### Liite 1. Tutkimusten hakuprosessi



## Liite 2. Tutkimusten lisähakuprosessi



Liite 3. RCT-tutkimusten laadunarviointikaavake mukailten Kontion & Johanssonin (2007, 104) ohjeistusta.

Tutkimusten tarkastelu:

<b>Tarkastelukohta</b>	Kyllä	Ei	Ei tietoa
1. Voima-analyysi on sisällytetty			
2. Osallistujien tutkimukseen hankkiminen raportoitu			
3. Hypoteesit on esitetty			
4. Satunnaistaminen on suoritettu			
5. Kaikki satunnaistetut osallistujat (potilaat) ovat aineistossa mukana			
6. Sokkouttaminen on suoritettu (2 vaihtoehtoa = kyllä) a) osallistuja b) intervention toteuttaja c) henkilökunta d) tutkija e) aineiston kerääjä			
7. Ryhmien samankaltaisuuden tarkistus tutkimuksen lähtökohtatilanteessa			
8. Raportoitu tutkimuksen keskeyttäneet			
9. Keskiarvot ja hajonnat on raportoitu			
10. Tutkimuksen rajoitukset ja/tai luotettavuus on raportoitu			
<b>Muut huomiot / kokonaisarvo</b>	Kyllä	Ei	Ei tietoa
11. Tutkimus muodostaa eheän, selkeän ja johdonmukaisen kokonaisuuden.			
12. Tutkimuksesta saadaan vastauksia vähintään yhteen tutkimuskysymykseen.			
13. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää päiväkirurgisen potilaan ohjauksen kehittämisessä.			

Jokainen kyllä- vastaus 1p., ei/ei tietoa-vastaus 0p. Maksimipistemäärä 13 pistettä.

Liite 4. Määrällisten sekä laadullisten tutkimusten ja kirjallisuuskatsausten laadunarviointikaavake mukailten Kontion & Johanssonin (2007, 106) ja Sairaanhoidajaliiton (2004, 15–19) ohjeistuksia.

Tutkimusten tarkastelu:

<b>Tutkimuksen tausta ja tarkoitus</b>	Kyllä	Ei	Ei tietoa
1. Onko tutkittava ilmiö määritelty selkeästi?			
2. Ovatko tutkimuksen lähtökohdat esitetty selkeästi?			
3. Ovatko tutkimuksen rajoitukset esitetty selkeästi?			
4. Onko tutkimuksen aihe perusteltu kirjallisuuskatsauksen avulla sisällöllisesti, menetelmällisesti ja eettisesti?			
5. Onko tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimustehtävät määritelty selkeästi?			

<b>Aineisto ja menetelmät</b>	Kyllä	Ei	Ei tietoa
6. Ovatko aineiston keruumenetelmät ja – konteksti perusteltu ja kuvattu riittävän yksityiskohtaisesti?			
7. Soveltuuko aineiston keruumenetelmä tutkittavaan ilmiöön ja tutkimukseen osallistujille?			
8. Onko aineiston keruu kuvattu?			
9. Onko aineisto kerätty niin, että saadaan tietoa tutkitavasta ilmiöstä?			
10. Onko aineiston käsittely ja analyysin päävaiheet kuvattu?			
11. Onko käytettyjen metodien hyvät puolet ja/tai heikoudet esitetty?			
12. Soveltuuko valittu analyysimenetelmä tutkittavaan ilmiöön?			

jatkuu

<b>Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys</b>	Kyllä	Ei	Ei tietoa
13. Tutkija on arvioinut tutkimuksen luotettavuutta riittävästi tai mukaan otettujen tutkimusten pätevyyttä ja/tai laatua on arvioitu (kirjallisuuskatsaukset).			
14. Tutkija on pohtinut eettisiä kysymyksiä.			

<b>Tulokset ja johtopäätökset</b>	Kyllä	Ei	Ei tietoa
15. Tuloksilla on merkitystä hoitotyön kehittämisessä.			
16. Tulokset on esitetty selkeästi ja loogisesti ja niiden antia on verrattu aikaisempiin tutkimuksiin.			
17. Tutkimuksen johtopäätökset perustuvat tuloksiin ja ovat hyödynnettävissä.			

<b>Muut huomiot / kokonaisarvo</b>	Kyllä	Ei	Ei tietoa
18. Tutkimus muodostaa eheän, selkeän ja johdonmukaisen kokonaisuuden.			
19. Tutkimuksesta saadaan vastauksia vähintään yhteen tutkimuskysymykseen.			
20. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää päiväkirurgisen potilaan ohjauksen kehittämisessä.			

Jokainen kyllä- vastaus 1p., ei/ei tietoa-vastaus 0p. Maksimipistemäärä 20 pistettä.

## Liite 5. Näytön ja laadun arviointiin valikoituneet tutkimukset (N=13)

Tutkimuksen tekijä(t), julkaisu vuosi, tutkimuksen nimi ja taso, julkaisumaa	Tutkimuksen tarkoitus/tavoite	Metodologiset lähtökohdat	Keskeiset tulokset
<p>1. Gilmartin &amp; Wright 2007 The nurse`s role in day surgery: a literature review Tutkimusartikkeli Iso-Britannia</p>	<p>Tuoda kirjallisuuskatsauksen kautta näyttöä päiväkirurgisesta toiminnasta ja demonstroida tiedon käyttökelpoisuutta sairaanhoitajille</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus Alkuperäistutkimukset N=20 Laadullinen analyysi</p>	<p>Potilaiden kokemukset osoittivat mm., että tehokas preoperatiivinen tiedon saanti ja psyykinen valmentautuminen auttoivat selviytymään päiväkirurgisesta toimenpiteestä. Potilaan yksilöllisyyden huomiointi ohjauksessa, musiikin käyttö, tarinan kerronta ja viihdyttäminen vähensivät preoperatiivista jännitystä/pelkoa. Päinvastaisesti vähäinen tiedon anto ja psyykinen valmistautumattomuus lisäsivät pelkoja.</p>
<p>2. Heikkinen, Leino-Kilpi, Hiltunen, Johansson, Kaljonen, Rankinen, Virtanen &amp; Salanterä 2007 Ambulatory orthopaedic surgery patients knowledge expectations and perceptions of received knowledge Tutkimusartikkeli Suomi</p>	<p>Verrata päiväkirurgisten ortopedisten potilaiden odotuksia tiedon saannista ennen toimenpidettä näkemyksiin saadusta tiedosta 2 viikkoa toimenpiteen jälkeen.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus (kuvaileva, vertaileva, poikkileikkaustutkimus) Kysely (ennen ja jälkeen leikkauksen) ortopedisille päiväkirurgisille potilaille N= 120, jotka olivat saaneet preoperatiivisen ohjauksen sairaanhoitajalta Tilastollinen analyysi</p>	<p>Potilaat odottivat saavansa enemmän tietoa kun saivat kaikilla tutkimuksessa esitetyillä osa-alueilla paitsi biofyysisellä osa-alueella. Potilaiden mukaan vähiten tietoa tuli kokemukselliselta, eettiseltä, sosiaaliselta ja taloudelliselta osa-alueelta. Potilaiden tiedolliset odotukset olivat yhteydessä potilaan ikään ja ammatilliseen koulutukseen. Potilaiden näkemykset saadusta tiedosta olivat yhteydessä myös aikaisempiin päiväkirurgisiin toimenpiteisiin. Sekä odotukset että kokemukset saadusta tiedosta olivat yhteydessä myös koulutustasoon.</p>

jatkuu

Tutkimuksen tekijä(t), julkaisuvuosi, tutkimuksen nimi ja taso, julkaisumaa	Tutkimuksen tarkoitus/tavoite	Metodologiset lähtökohdat	Keskeiset tulokset
<p>3. Heikkinen, Leino-Kilpi, Nummela, Kaljonen &amp; Salanterä  2009  A comparison of two educational interventions for the cognitive empowerment of ambulatory orthopaedic surgery patients  Tutkimusartikkeli  Suomi</p>	<p>Verrata ortopedisten päiväkirurgisten potilaiden tiedollista voimavaraistumista käytettäessä Internet-perustaista potilasohjausta tai sairaanhoitajan kasvotusten antamaa potilasohjausta.</p>	<p>Kvantitatiivinen RCT-tutkimus  Kysely päiväkirurgisille, ortopedisille potilaille: koeryhmä N=72 sai internet-ohjauksen ja kontrolliryhmä N=75 sai ohjauksen kasvotusten sairaanhoitajalta. Aineisto kerätty kolmena eri ajanjaksona: ennen preoperatiivista ohjausta, ohjauksen jälkeen ja kaksi viikkoa leikkauksen jälkeen.  Tilastollinen analyysi</p>	<p>Molempien potilasryhmien tiedon tasossa oli kehitystä ohjauksen jälkeen. Internet-ohjauksen saaneet osoittivat merkittävästi korkeampaa tiedon tasoa eettisellä ja toiminnallisella tasolla sekä myös kokonaisuutena verrattuna sairaanhoitajalta saatuun ohjaukseen. Lisäksi koeryhmällä oli riittävät tiedot kokemuksellisella ja taloudellisella tasolla. Koeryhmällä myös (riittävät) tiedot eettisellä tasolla parantuivat merkittävästi enemmän ohjausperiodin aikana verrattuna kontrolliryhmään. Tutkimustulosten mukaan Internet-ohjausta voidaan käyttää päiväkirurgisille ortopedisille potilaille lisäämään tiedollista voimavaraistumista.</p>
<p>4. Renholm, Suominen, Turtaianen &amp; Leino-Kilpi  2009  Continuity of care in ambulatory surgery critical pathways: The patient's perceptions  Tutkimusartikkeli  Suomi</p>	<p>Kuvata hoidon jatkuvuuden näkökulmasta päiväkirurgisten potilaiden näkemyksiä hoitoon liittyvistä ratkaisevista tekijöistä ja niiden käytöstä hoito-ohjelman eri vaiheissa.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutkimus  Päiväkirurgisen laparoskopisen sappileikkauksen tai tyräleikkauksen läpi käyneiden potilaiden N=25 teema-haastattelu  Laadullinen sisällön analyysi</p>	<p>Tärkeiksi tekijöiksi päiväkirurgisen potilaan hoidon jatkuvuuden kannalta määriteltiin ajan, koordinoinnin, hoitosuhteen ja informoinnin kulun huomiointia.</p>

Tutkimuksen tekijä(t), julkaisu vuosi, tutkimuksen nimi ja taso, julkaisumaa	Tutkimuksen tarkoitus/tavoite	Metodologiset lähtökohdat	Keskeiset tulokset
<p>5. Kättö 2009 Gynekologisen tähtystopotilaan ohjaus päiväkirurgiassa Pro gradu – tutkielma Suomi</p>	<p>Kuvata gynekologisen päiväkirurgisen tähtystypotilaan tiedollisia odotuksia ja toteutunutta tiedon saantia.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus Kysely päiväkirurgisille, gynekologisille potilaille toimenpiteeseen tullessa N=113 ja viikon päästä kotiutumisesta N=77 Tilastollinen analyysi</p>	<p>Tutkimuksessa potilaan tiedolliset odotukset jakautuivat biofysiologiseen, toiminnalliseen, sosiaalis-yhteisölliseen, kokemukselliseen eettiseen ja taloudelliseen sisältöalueeseen. Potilaiden tiedolliset odotukset kohdistuivat kaikkiin kuuteen osa-alueeseen. Eniten odotuksia oli biofysiologisella ja toiminnallisella osa-alueella, joista potilaat olivat saaneet eniten tietoa. Potilaat odottivat vähiten tietoa kokemukselliselta ja eettiseltä osa-alueelta ja kokivat myös saaneensa näiltä osa-alueilta vähiten tietoa. Tiedolliset odotukset biofysiologisella osa-alueella liittyivät toimenpiteen jälkeiseen verenvuotoon, komplikaatioihin, kivun hoitoon, tutkimuksiin ja toimenpidealueen hoitoon. Tietoa/ohjeita oli saatu riittävästi leikkauksen valmistautumisesta, yhteydenotto-ohjeista oireiden pahentuessa, mahdollisesta verenvuodosta tai kivun hoidosta. Vähän tietoa tuli kuitenkin siitä, miten potilas itse olisi voinut ehkäistä komplikaatioita. Tarvittavan levon määrästä ja toimenpiteen vaikutuksista sukupuolielämään tuli myös vähän tietoa.</p>
<p>6. Ylenius 2009 Potilaan oppimistarpeet päiväkirurgisen nenätoimenpiteen jälkeen Pro gradu – tutkielma Suomi</p>	<p>Kuvata ja verrata, mitä oppimistarpeita päiväkirurgisessa nenätoimenpiteessä olleilla potilailla oli sairaalassa ennen kotiutumista ja mitkä oppimistarpeet olivat viikon päästä toimenpiteestä</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus Kvalitatiivinen tutkimus (yksi avoin kysymys) Kysely (ennen kotiutumista ja viikko toimenpiteen jälkeen) päiväkirurgisille nenätoimenpiteessä olleille potilaille N=132 Tilastollinen ja laadullinen sisällön analyysi</p>	<p>Potilaiden oppimistarpeet olivat samansuuntaisia sekä sairaalassa että kotona. Tutkimustulosten mukaan oppimistarpeet painottuivat sisältöä arvioitaessa sairaalassaoloi-kaan. Tärkeintä potilaille oli tieto toimenpiteen jälkeisistä oireista ja komplikaatioista.</p>



Tutkimuksen tekijä(t), julkaisu-vuosi, tutkimuk-sen nimi ja taso, julkaisumaa	Tutkimuksen tarkoitus/tavoite	Metodologiset lähtö-kohdat	Keskeiset tulokset
<p>7. Kesänen  2009</p> <p>Ikääntyvän päivä-kirurgisen potilaan ja hänen läheisensä voimavaraistumista tukeva tieto</p> <p>Pro gradu – tut-kielma</p> <p>Suomi</p>	<p>Kuvata ikäänty-vän (yli 65-vuotiaan) päiväki-rurgisen potilaan ja hänen läheisen-sä voimavaraistumista tukevaa tietoa ja tiedon merkitystä.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutki-mus</p> <p>Teemahaastattelu päi-väkirurgisille potilaille N=8 ja heidän läheisil-leen N=7</p> <p>Laadullinen sisällön analyysi</p>	<p>Ikääntyville potilaille voimava-raistumista tukevaa tietoa oli (bio-fysiologinen) tieto sairaudesta, sen hoitovaihtoehdoista sekä päiväki-rurgisen hoidon tapahtumista, itse leikkauksesta ja lääkityksestä. Toiminnallisen tiedon tarve koski ravitsemusta, haavan hoitoa, toi-mintakykyä leikkauksen jälkeen sekä ongelmatilanteita. Läheisen voimavaraistumista koskeva tieto oli leikkaukseen, toipumiseen ja lääkitykseen liittyvää. Toiminnal-lisesta tiedosta läheiselle oli tärke-ää se, miten potilaan toimintakyky palautuu leikkauksen jälkeen. Eettisellä, taloudellisella ja sosiaa-lisella tiedon alueilla ei ollut tie-don tarvetta potilailla sen parem-min kuin läheisilläkään. Jotkut potilaat eivät kokeneet tarvitse-vansa toimenpiteeseen liittyvää tietoa lainkaan. Silti ikääntyvä potilas ja hänen omaisensa tarvit-sevat järjestelmällistä ja potilaan oppimiskyvyn huomioivaa ohjau-s-ta.</p>
<p>8. Wiggins  2009 Family exemplars during implementa-tion of a home pain management inter-vention</p> <p>Tutkimusartikkeli</p> <p>Yhdysvallat</p>	<p>Kuvata perheissä kahden erilaisen lääkkeellisen kivunhoidon ohjausmallin käyttöönottoa ja eroavaisuuksia 12–18-vuotiaiden lasten päiväkirur-gisen nielu- ja kitarisaleikkauk-sen jälkeen</p>	<p>Kvantitatiivinen RCT-tutkimus.</p> <p>Puhelinhaastattelu (24t, 10 ja 14 pv leikkauksen jälkeen) erikseen lapsil-le ja äideille</p> <p>Koeryhmä N=7 (lapset &amp; äidit) sai ohjeistuk-sen vuorokauden ympäri toteutettavasta säännöllisestä kipulää-kityksestä, johon kuu-lui muistutushälytyksen käyttö ja lääkkeiden annostelu myös yöllä. Kontrolliryhmä N=6 (lapset &amp; äidit) oli saanut muuten samat eli ns. tavalliset koti-usohjeet, muttei oh-jeistusta hälytyksen käyttöön.</p> <p>Tilastollinen ja laadul-linen sisällön analyysi.</p>	<p>Koeryhmän lapset saivat merkit-tävästi enemmän kipulääkkeitä toisena postoperatiivisena päivänä kuin kontrolliryhmän lapset. Ki-pua kuitenkin esiintyi kohtuulli-sesta voimakkaaseen molemmissa ryhmissä. Yöunessa ei ollut eroa-vaisuuksia ryhmien välillä. Ylei-sesti kivunhoito oli molemmissa ryhmissä kuitenkin haasteellista ja odotettua pidempi toipumis- ja kivunhoitajakso edellytti tukea. Lapset ja äidit kokivat, että ohja-usta ja tukea tarvitaan niin, että siitä olisi hyötyä pidemmäksi aikaa toipumisjakson aikana.</p>

Tutkimuksen tekijä(t), julkaisu vuosi, tutkimuksen nimi ja taso, julkaisumaa	Tutkimuksen tarkoitus/tavoite	Metodologiset lähtökohdat	Keskeiset tulokset
<p>9. Heikkinen, Suomi, Jääskeläinen, Kaljonen, Leino-Kilpi &amp; Salanterä</p> <p>2010</p> <p>The creation and evaluation of an ambulatory orthopaedic surgical patient education website to support empowerment</p> <p>Tutkimusartikkeli</p> <p>Suomi</p>	<p>Kuvailla päiväkirurgisen ortopedisen potilaan ohjaukseen tarkoitettujen websivujen luomista ja arvioida sivujen hyödyllisyyttä ja käyttökelpoisuutta ohjauksessa voimavaroitumisen näkökulmasta.</p>	<p>Kvantitatiivinen tutkimus</p> <p>Kysely ortopedisille päiväkirurgisille potilaille N=72 heti preoperatiivisen ohjauksen jälkeen ja kaksi viikkoa toimenpiteen jälkeen. Kyselyyn osallistuneiden ortopedisten polvi- ja olkapääpotilaiden keski-ikä oli 44v ja ikäjakauma 18–69v</p> <p>Tilastollinen analyysi</p>	<p>Web-sivujen hyödyllisyys arvioitiin pisteissä (max 100) 57.56–87.87 välille. Hyödyllisyys nähtiin selvästi tärkeämmäksi (korkeammat pisteet) kaksi viikkoa toimenpiteen jälkeen kuin ensimmäisen mittauksen jälkeen. Web-sivujen käyttökelpoisuus arvioitiin pisteissä (max 100) 85.69–88.32 välille. Kyselyyn osallistuneiden ortopedisten potilaiden mielipiteiden perusteella ohjelman käyttö ohjausmateriaalina sai tukea.</p>
<p>10. Klemetti</p> <p>2010</p> <p>Counselling on limited preoperative fasting in paediatric ambulatory tonsillectomy</p> <p>Väitöskirja</p> <p>Suomi</p>	<p>Selvittää, oliko sairaanhoitajan toteutama, vanhempien interaktiivinen preoperatiivinen ohjaus lapsen rajoitettuun preoperatiiviseen paastoon ja aktiiviseen nesteyttämiseen turvallista, kuinka vanhemmat omaksuivat kyseistä tietoa ja edistikö se turvallisesti lapsen postoperatiivista toipumista päiväkirurgisen nielusleikkauksen jälkeen.</p>	<p>Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen satunnaistettu, kontrolloitu (RCT) tutkimus</p> <p>Kysely 4-10 vuotiaille päiväkirurgisille lapsille ja heidän vanhemmilleen.</p> <p>Koeryhmä N=58 ohjattiin interaktiivisesti lapsen preoperatiiviseen paastoon ja aktiiviseen (preop.) nesteyttämiseen viimeisen kerran vielä 2 h ennen leikkausta. Kontrolliryhmä N=58 sai (preop.) ohjauksen kirjallisenä ilman interaktiivista ohjausta. Paastoajat (4t syömättä ja 2t juomatta) kuitenkin samat molemmissa ryhmissä.</p> <p>Tiedontarvetta ja -tasoa mitattiin vanhemmilta kahdesti: ennen ohjausta ja leikkausta seuraavana päivänä) ja kipua, janoa, nälkää mitattiin lapsilta neljästi (2,4,8 ja 24 tuntia leikkauksen jälkeen).</p> <p>Tilastollinen analyysi ja laadullinen sisällön analyysi</p>	<p>Postoperatiivisen toipumisen alussa koeryhmän lapset olivat merkittävästi kivuttomampia. Molemmissa ryhmissä lapset olivat kipeimpiä kahdeksan tuntia leikkauksesta ja pahoinvointisimpia neljä tuntia leikkauksesta. Ensimmäisen kahdeksan tunnin aikana leikkauksen jälkeen lapset eivät olleet janoisia tai nälkäisiä, mutta VAS-arvot koeryhmässä jäivät alhaisemmalle tasolle kontrolliryhmään verrattaessa 24 tunnin ajan leikkauksen jälkeen. Sairaanhoitajan interaktiivinen preoperatiivinen ohjaus rajoitettuun paastoon lisää vanhempien tiedon tasoa ja vähentää preoperatiivista ahdistusta. Lisäksi se parantaa turvallisesti lapsen kokemusta ja toipumista päiväkirurgisesta nielusleikkauksesta.</p>

Tutkimuksen tekijä(t), julkaisu-vuosi, tutkimuk-sen nimi ja taso, julkaisumaa	Tutkimuksen tarkoitus/ tavoite	Metodologiset lähtö- kohdat	Keskeiset tulokset
<p>11. Kaukonen</p> <p>2010</p> <p>Päiväkirurgisessa kaihileikkauksessa olleiden iäkkäiden potilaiden koke-muksia saamastaan ohjauksesta</p> <p>Pro gradu – tutkielma</p> <p>Suomi</p>	<p>Kuvailla päivä- kirurgisessa kaihileikkauk- sessa olleiden potilaiden koke- muksia saa- mastaan ohjauk- sesta, kun hoi- toprosessia ja ohjausta oli uudistettu.</p>	<p>Kvalitatiivinen tutki- mus</p> <p>Teemahaastattelu päi- väkirurgisessa kaihi- leikkauksessa olleille yli 65-vuotiaille poti- laille N=13</p> <p>Laadullinen sisällön analyysi</p>	<p>Potilaat kokivat ohjeiden sisällön osittain ristiriitaiseksi ja epätas- mäliseksi, jonka vuoksi niitä oli vaikea noudattaa. Moni koki, ettei saanut tarpeeksi tietoa mm. leikkauksesta ja leikkauksen aikaisista tapahtu- mista. Ystävällisestä kohtelusta huolimatta toiminta oli koettu liu- kuhinnamaiseksi toiminnaksi. Ko- kemus riittävästä tiedon saannista yhdistyi siihen miten ohjausmene- telmiin suhtauduttiin. Hoitoproses- sissa käytettyä DVD:tä ei pidetty tärkeänä, jos potilaalla oli jo ennalta omasta mielestään riittävästi tietoa toimenpiteestä ja tapahtumista. Kirjalliset ohjeet olivat potilaiden mielestä hyödyllisiä sekä sairaala- hoitoon että itsehoitoon valmistu- tumisen kannalta. Kaikki olivat lisäksi selviytyneet leikkauksen jälkeisen hoidon toteuttamisesta huolimatta siitä, olivatko kokeneet ohjauksen perusteelliseksi vai puut- teelliseksi. Iäkkäiden potilaiden tarve saada ohjausta eri ohjausme- netelmillä on yksilöllistä. Kirjallis- ten ohjeiden merkitys kuitenkin korostui, kun piti selviytyä koti- oloissa itsenäisesti. Mahdollisuus saada tietoa etukäteen toimenpites- tä ja hoidosta tulisi kuitenkin lisätä, jotta ohjaustilanteessa potilaan rooli olisi aktiivisempi.</p>
<p>12. Heikkinen, Salante- rä, Leppänen, Vahlberg &amp; Leino- Kilpi</p> <p>2011</p> <p>Ambulatory ortho- paedic surgery patient` s emotions with two different patient education methods</p> <p>Tutkimusartikkeli</p> <p>Suomi</p>	<p>Arvioida ja kuvailla kahden erilaisen poti- lasohjauksen (internet- perustainen ohjaus ja sai- raanhoitajan kasvotusten antama ohjaus) saaneiden päi- väkirurgisten /ortopedisten potilaiden tun- teiden muutok- sia hoitoproses- sin aikana ja vertailla kahden eri ohjausmene- telmän vaiku- tuksia tunteisiin.</p>	<p>Kvantitatiivinen, sa- tunnaistettu ja kontrol- loitu (RCT) tutkimus</p> <p>Kysely päiväkirurgisil- le ortopedisille potilail- le: koeryhmä N=72 sai internet-perustaisen ohjauksen ja kontrolli- ryhmä N=77 sai suulli- sen ohjauksen sairaan- hoitajalta.</p> <p>Aineistoa kerättiin hoitoprosessista 7 eri kertaa: 1. kerran ennen pre.op.ohjausta ja vii- meisen kerran 4 vkoa leikkauksen jälkeen</p> <p>Tilastollinen analyysi</p>	<p>Ennen ja jälkeen ohjauksen molempien ryhmien ortopedisten potilai- den tunnetasot mitattiin kohtuullisen mataliksi. Potilaiden tuntemukset vaihtelivat aika paljon hoitoproses- sin aikana. Leikkauspäivänä mo- lempien ryhmien hermostuneisuus oli korkeimmillaan eli noin kolmas- osa koki kohtuullista tai kovaa jän- nitystä ennen toimenpidettä. Merkit- täviä eroja ohjausryhmien välillä ei tutkimuksessa kuitenkaan tullut esiin vaan molemmat ohjausmene- telmät todettiin relevanteiksi mene- telmiksi ohjaukseen.</p>

Tutkimuksen tekijä(t), julkaisu vuosi, tutkimuksen nimi ja taso, julkaisumaa	Tutkimuksen tarkoitus/tavoite	Metodologiset lähtökohdat	Keskeiset tulokset
<p>13. Heikkinen, Leino-Kilpi, Vahlberg &amp; Salanterä</p> <p>2011</p> <p>Ambulatory orthopaedic surgery patient`symptoms with two different patient education methods</p> <p>Tutkimusartikkeli</p> <p>Suomi</p>	<p>Arvioida ja kuvailla muutoksia kahden erilaisen potilasohjauksen (internet-perustainen ohjaus ja sairaanhoitajan kasvotusten antama ohjaus) saaneiden päiväkirurgisten/ ortopedisten potilaiden oireissa hoitoprosessin aikana ja vertailla kahden eri ohjausmenetelmän mahdollisia vaikutuksia päiväkirurgisen potilaan oireisiin.</p>	<p>Kvantitatiivinen, satunnaistettu ja kontrolloitu (RCT) tutkimus</p> <p>Kysely päiväkirurgisille ortopedisille potilaille: koeryhmä N=72 sai internet-perustaisen ohjauksen ja kontrolliryhmä N=75 sai suullisen ohjauksen sairaanhoitajalta.</p> <p>Aineistoa kerättiin hoitoprosessista seitsemän eri kertaa: 1. kerran ennen pre.op.ohjausta ja viimeisen kerran 4 vkoa leikkauksen jälkeen</p> <p>Tilastollinen analyysi</p>	<p>Potilasohjausmenetelmällä ei ollut merkittävää tilastollista eroa potilaiden oireisiin. Tulokset osoittavat, että muutokset (pisteetykset) potilaiden kokemissa oireissa olivat samansuuntaisia läpi koko hoitoprosessin molemmissa ryhmissä. Tutkimuksen näkökulmasta molemmat ohjausmenetelmät eli sekä internet-perustainen että kasvotusten sairaanhoitajan antama ohjaus ovat käyttökelpoisia menetelmiä päiväkirurgisen ortopedisen potilaan ohjaukseen.</p>

## Liite 6. Hakuprosessissa hylätyt tutkimukset (N=3)

Tutkimuksen tekijä(t), julkaisuvuosi, tutkimuksen nimi ja taso, julkaisumaa	Tutkimuksen tarkoitus/tavoite	Metodologiset lähtökohdat	Tulokset / Hylkäämisen syy
<p>1. Korhonen 2010 Päiväkirurginen ohjaus: empiirisiä esimerkkejä opinäytetöistä Pro gradu – tutkielma Suomi</p>	<p>Kuvata päiväkirurgista ohjausta/tutkimuksia systemaattisen kirjallisuuskatsauksen avulla</p>	<p>Systemaattinen kirjallisuuskatsaus Alkuperäistutkimukset N=34 (Medic)  Ei kuvattuna selkeästi systemaattisen kirjallisuuskatsauksen metodia ja sen etenemistä.  Laadullinen sisällön analyysi</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus tuotti tietoa päiväkirurgisesta ohjauksesta ja siihen liittyvästä toiminnasta. Tutkimuksessa oli kiinnostuttu siitä, kuinka paljon päiväkirurgista ohjausta on mm. tutkittu, mitkä ovat olleet tutkimusten tarkoitukset ja millaisia menetelmiä on käytetty. Tämän tutkimuksen tuloksista ei saada vastauksia tähän kirjallisuuskatsaukseen asetettuihin tutkimuskysymyksiin.</p>
<p>2. Sutters, Savedra &amp; Miaskowski 2010 The pediatric PRO-SELF©: Pain control program: An effective educational program for parents caring for children at home following tonsillectomy Tutkimusartikkeli Yhdysvallat</p>	<p>Testata potilaan kivun hoidon ohjaamiseen luotua ohjelmaa (joka oli alun perin luotu syöpäpotilaita varten) ja sen käytökelpoisuutta kahdessa satunnaistetussa klinikkatutkimuksessa, jossa kipua arvioitiin ja ohjattavina olivat nielurisaleikkauksesta toipuvat lapset ja heidän vanhempansa</p>	<p>Kvantitatiivinen vai kvalitatiivinen tutkimus?  Kohderyhmiä ei kuvattu  Analyysimenetelmää ja analyysiä ei kuvattu  Tarkempia yksityiskohtia klinikkatutkimuksista ei ollut artikkelissa saatavilla</p>	<p>Tulokset kuvattu, muttei hyväksyttävissä tutkimuksen metodologisten puutteiden vuoksi tähän kirjallisuuskatsaukseen.</p>
<p>3. Frish, Johnson, Timmons &amp; Weatherford 2010 Nurse practioner role in preparing families for pediatric outpatient surgey Tutkimusartikkeli Yhdysvallat</p>	<p>Kuvailla kirjallisuuskatsauksen avulla päiväkirurgisten (outpatient surgery) lapsipotilaiden ja heidän perheidensä pelon/jännityksen kokemuksia ja löytää ohjauksellisia keinoja niiden vähentämiseen</p>	<p>Kuvaileva kirjallisuuskatsaus.  Tutkimusten määrää (N) ei selkeästi eritelty  Aineiston analyysimenetelmää ja analysointia ei ole kuvattu</p>	<p>Tulokset kuvattu, muttei hyväksyttävissä tutkimuksen metodologisten puutteiden vuoksi tähän kirjallisuuskatsaukseen.</p>