





ABSTRACT

Rauhasalo, Anneli

Care-time shortens – home beckons. Short term surgical Procedures as experienced by elderly patients

Jyväskylä: University of Jyväskylä, 2003, 193 p.

(Studies in Sport, Physical Education and Health,

ISSN 0356-1070; 93)

ISBN 951-39-1549-2

Summary

Diss.

The aim of this study was to examine the experiences of elderly patients who have undergone day surgery of the care process. The aim was to analyse what kind of experiences they had had and what they wished of the care process.

In the past few years patient care has changed greatly due to technological developments, cost cutting and the demands expressed by clients. This change is seen most pronouncedly in the move towards day surgery, which increases continually. The significance of day surgery for the patients is that everything happens in a short time and fast. Still older patients are undergoing day surgery.

Twenty-two old patients who had undergone day surgery participated in the study 2.2. - 19.9.2000. The interviewees recollected the procedure and told about their thoughts of the matters connected with the procedure and their recovery. The first interview was conducted immediately after discharge and second interview after check-up 1-2 months after surgery. The interviewees were selected from the patients of the day surgery unit of Central Hospital. The criteria were 75 years of age, consent to the interview, and patient's ability to carry out a conversation lasting 1-2 hours at a time.

The theoretical method was Grounded-theory, which enabled the researcher to document the analysis clearly. This added to the comprehensibility of the connection between the experiences of the elderly patients who had undergone day surgery and the care provider.

The GT-analysis gave rise to 5 categories that describe the interviewees' experiences of day surgical care process. The category of knowing showed the elderly patients' knowledge of their own anatomy and physiology, understanding instructions, compliance, needing and receiving help, other complaints and illnesses, social interaction and recognising the signs of recovery.

The activity category discusses the activity of the elderly patients during the care process, ability to cope with pain, prevent infection, keep up their fitness and interests. The emotional category brings up the wishes for ethical decision making. Survival from war is compared to the survival from surgery, as death is present in both. In the category of care provision the interviewees mention the financial point of view. The category of success of care is discussed from the point of experience.

The central result of the research was the wish of the elderly to receive individualised care during the various stages of the day surgery process, so that their life situation is considered as a whole when planning and implementing care.

Keywords: elderly patients, short term surgery, knowledge, activity, emotion, care provision, success of care.

Author's address Anneli Rauhasalo, L.Sc
Department of Health Sciences
University of Jyväskylä, Finland

Supervisors Professor Eino Heikkinen, M.D., PhD, M.Sc
The Finnish Centre for Interdisciplinary Gerontology
Department of Health Sciences
University of Jyväskylä, Finland

Docent Riitta-Liisa Heikkinen, PhD
Department of Health Sciences
University of Jyväskylä, Finland

Reviewers Adjunct Professor Anneli Sarvimäki, PhD
The Nordic School of Public Health
Gothenburg, Sweden

Professor Katri Vehviläinen-Julkunen, PhD
Department of Nursing Science
University of Kuopio, Finland

Opponents Adjunct Professor Anneli Sarvimäki, PhD
The Nordic School of Public Health
Gothenburg, Sweden

Docent Jaakko Valvanne, M.D., PhD
Social Services Department
Health Department
City of Helsinki, Finland

KIITOKSET

Yli kolmen vuosikymmenen sairaalatyökokemuksen aikana olen pohtinut taapamme toimia ja ajatella erikoissairaanhoidossa siten, kuin kaikki potilaamme olisivat nuoria ja työikäisiä. Kuitenkin asiakkaittemme keski-ikä on koko ajan kohoamassa ja useilla osastoilla hoidetaan enimmäkseen iäkkäitä. Tutkin aikaisemmin lisensiaattityössäni iäkkäiden sosiaali- ja terveyspalvelujen käyttöä ja kiinnostukseni vanhuksia kohtaan on yhä syventynyt. Miksi meillä erikoissairaanhoidossa puhutaan vanhuksista ongelmina, mutta ongelmiin ei kuitenkaan etsitä ratkaisua? Kun valtakunnallisena tavoitteena on lyhythoitaisen kirurgian huomattava lisääminen, miten me otamme huomioon tässä prosessissa iäkkäät ihmiset? Mitä mieltä iäkkäät itse ovat toiminnan kehittamisestä?

Osa tutkimusmatkaa on nyt kuljettu, on kiitosten aika.

Omaan lähipiiriini kuuluu useita iäkkäitä ihmisiä, joilla on kokemuksia lyhythoitaisesta kirurgiasta. Tämän tutkimuksen aikana 86-vuotiaalta äidiltäni leikattiin kaihi. Tämä antoi minulle omaisen näkökulman lyhytkirurgiseen toimintaan. Kiitän häntä omakohtaisista kommentteista, kuuntelusta ja monista tapahtumaan liittyvistä keskusteluista.

Olen iloinen voituani viettää mielenkiintoisia ja elämyksellisesti unohtumattomia hetkiä 44:n haastatteluni aikana ja näiden 22:n haastateltavan kanssa. Yhteiset haastattelukeskustelumme muodostavat tämän tutkimuksen ytimen. Kiitän siitä teitä kaikkia.

Erityisesti haluan osoittaa kiitokseni ohjaajalleni, dosentti Riitta-Liisa Heikkiselle, joka on perehtynyt työni metodologiaan ja johdatellut minut työni alkuvaiheessa haastattelumenetelmääni liittyvään kirjallisuuteen ja on kommentteillaan vaatinut minua etsimään perusteluja tekemiselleni. Kiitän häntä lämpimästi tuesta ja huolenpidosta tutkimukseni etenemisestä ja rakentavista ja rohkaisevista kommentteista hetkinä, jolloin olen tuntenut olevani yksin ja neuvoton ilman ratkaisuja kysymyksiini.

Professori Eino Heikkinen on arvokkailla ja määrätietoisilla kommentteillaan saanut minut yhä uudelleen miettimään sanomaani ja auttanut minua tutkimustyössäni aiheen käsittelyssä ja rajaamisessa.

Tutkimukseni esitarkastajia professori Anneli Sarvimäkeä ja professori Katri Vehviläinen-Julkusta kiitän käsikirjoitukseni kriittisestä arvioinnista ja kannustavasta palautteesta, joka antoi voimia ja intoa tarkistaa käsikirjoitukseni sisältöä ja korjata sitä aiempaa parempaan julkaisumuotoon.

Äidinkielen tarkastuksesta kiitän lehtori Laila Vistiä, jolla oli muiden kiereiden ohella aikaa ripeästi kommentoida käsikirjoitustani.

Englanninkielisen kieliasun on tarkastanut lehtori Anneli Williamson. Kiitos siitä.

Osastonsihteerini Tuija Kopra on kulkenut kanssani osan taipaleesta kirjoittaessaan nauhoitetut haastattelut tekstimuotoon. Hänen mielestään haastattelut olivat kiinnostavia ja kannusti minua työn alkuvaiheessa. Toimistosihteerini Kaija Rissanen on kirjoittanut tutkimustyöni ansiokkaasti painoasuun ja on aina jak-

sanut suhtautua ymmärryksellä vuosien aikana tekstiin tekemiini lukuisiin muutoksiin. Kiitos pitkämielisyydestä ja tarkkuudesta!

Tutkimustyöhöni liittyviä käsityksiä ovat muovanneet myös tutkimusseminaareissa olleet opiskelijakollegat. Kiitos teille!

Kiitän saamastani taloudellisesta tuesta Suomen kulttuurirahaston Kymenlaakson rahastoa ja Kotkan kaupunkia.

Vielä haluan kiittää sisariani Eilaa ja Anjaa lapsuudenkotimme henkisen perinnön vaalimisesta, mikä on opettanut sitkeyttä työn loppuun saattamiseksi ja rohkaissut kohtaamaan aina uusia haasteita. Kiitän esikoistani Saria ymmärryksestä ja tuesta työn loppuun saattamiseen, koska itse omalla esimerkilläsi väitellessäsi Emman ja Akselin hoitamisen ohella näytit, että vaikeudet ovat tarkoitettut voitettaviksi. Kiitän poikaani Jania ja kuopustani Heliä pitkämielisyydestä ruoka-aikojen ja äidin poissaolojen suhteen. Kiitän teitä myös tietotekniikassa saamastani avusta. Kiitos puolisoni Yrjö! Olet ymmärtänyt ajoittaiset poissaoloni ja jaksanut kannustaa minua vaikeinakin hetkinä.

Kotkassa syyskuussa 2003

Anneli Rauhasalo

SISÄLLYS

ABSTRACT

KIITOKSET

1	JOHDANTO	9
2	LYHYTHOITOINEN KIRURGIA.....	13
2.1	Potilaiden ja toimenpiteiden valinta.....	13
2.2	Päiväkirurgia ja potilaan omavastuu	17
3	POTILAANA LYHYTHOITOISESSA KIRURGISESSA TOIMINNASSA..	18
4	POTILAAN OHJAUS.....	21
4.1	Ohjauksen sisältö.....	25
4.2	Ohjauksen toteuttaminen.....	27
4.3	Lyhythoitokirurgisen potilaan ohjaus.....	28
5	SAIRAALASTA KOTIUTUS	31
5.1	Vanhuspotilaan kotiutus sairaalasta	32
5.2	Vanhuspotilaan kotiutukseen liittyvät tekijät.....	34
5.2.1	Taustatekijät ja toimintakyky.....	34
5.2.2	Asuinolosuhteet.....	36
5.2.3	Sosiaalinen tuki.....	37
6	KIRJALLISUUSKATSAUKSEN YHTEENVETO	40
7	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	42
8	GROUNDLED TEORIA -MENETELMÄ.....	43
9	AINEISTON HANKINTA JA ANALYYSI.....	49
9.1	Haastateltavien valinta	49
9.1.1	Yleiskuvaus haastatelluista henkilöistä.....	50
9.1.1.1	Perhetausta ja asumisolosuhteet.....	50
9.1.1.2	Avun saanti.....	53
9.1.1.3	Toimenpide.....	53
9.2	Haastatteluista sopiminen, tutkimustapa ja luottamuksellisuuden saavuttaminen.....	54
9.3	Tutkimusprosessi	55
9.3.1	Aineiston keruu	55
9.3.2	Litterointi	56
9.3.3	Aineiston analysointi	56
9.3.4	Tutkimusraportin rakenne	58

10	LYHYTHOITOISEN KIRURGISEN VANHUSPOTILAAN KOKEMUKSET - ANALYYSIPROSESSIN TULOKSET.....	59
10.1	Tietämisen kategoria.....	60
10.1.1	Ohjeiden ymmärtäminen.....	63
10.1.2	Hoitomyöntyvyys.....	65
10.1.3	Muut vaivat ja sairaudet.....	71
10.1.4	Paranemisen tunnusmerkit.....	73
10.2	Toiminnallisuuden kategoria.....	76
10.2.1	Taito selvitä kivusta.....	77
10.2.2	Infektioiden ehkäisy.....	78
10.2.3	Omasta yleiskunnosta huolehtiminen.....	79
10.2.4	Sosiaalinen kanssakäyminen.....	82
10.2.5	Harrastukset.....	84
10.3	Tunnekatgoria.....	85
10.3.1	Eettisyys.....	88
10.3.2	Selvisimme sodastakin.....	96
10.3.3	Kuoleman odotukset.....	96
10.4	Palvelujen järjestämisen kategoria.....	101
10.4.1	Avun tarve ja saanti.....	104
10.4.2	Taloudellisuus.....	107
10.5	Hoidon onnistumisen kategoria.....	111
10.5.1	Hoidon tuloksiin tyytyväiset.....	111
10.5.2	Hoidon tuloksia epäilevät.....	116
10.6	Tutkimuksen antamia haasteita terveydenhuollolle.....	117
11	TUTKIMUSPROSESSIN ARVIOINTI.....	122
11.1	Pätevyys ja luotettavuus.....	122
11.1.1	Metodinäkökulma.....	123
11.1.2	Aineistonäkökulma.....	124
11.1.3	Tutkijanäkökulma.....	125
12	TULOSTEN MERKITYS JA LOPPUPÄÄTELMÄT.....	127
12.1	Tulosten merkityksen arviointia.....	127
12.2	Johtopäätökset ja suositukset.....	131
12.3	Jatkotutkimushaasteet.....	136
	SUMMARY.....	138
	TIIVISTELMÄ.....	150
	LÄHTEET.....	152
	LIITTEET.....	169

1 JOHDANTO

Vanhuudesta on tullut tavallinen ilmiö. Vuosituhannen vaihtuessa suomalaisista 14,9 % oli 65 vuotta täyttäneitä, 6,5 % oli yli 74-vuotiaita ja 85 vuotta täyttäneiden osuus oli 1,5 % (Tilvis 2001). 2030-luvulla yli 65 vuotiaita odotetaan olevan jo neljännes väestöstä. Väestön ikääntymistä selittävä eliniän odote on lähes kaksinkertaistunut runsaassa sadassa vuodessa. Vuonna 2000 miesten eliniän odote syntymähetkellä oli 74,1 ja naisten 81,0 vuotta. Elinajan odote 55-vuotiaaksi eläneellä miehellä oli 23,2 vuotta ja naisilla 28,1 vuotta (Helin 2002).

Ihmisten ikääntyessä sairauksien ja joidenkin haittaavien oireiden sekä näistä johtuvien toimenpiteiden tarve kasvaa. Yli 75 vuotiaista noin joka kymmenes henkilö on siinä mielessä terve, ettei hänellä ole lääkärin toteamaa pitkäaikaissairautta (Heikkinen ym. 1997, Leinonen ym. 1999). Viiden vuoden kuluttua terveiden osuus on enää 5 % (Laukkanen ym. 1997). Tästä huolimatta 75-vuotiaista ja 80-vuotiaista joka toinen selviää kotona ilman minkäänlaista ulkopuolista apua, mutta 85-vuotiaista enää joka toinen kykenee liikkumaan ilman apuvälineitä ja joka neljäs on laitoshoidossa (Aromaa ym. 1997).

Pitkäikäisyyden myötä korkeaan ikään liittyvät ongelmat ja sairaudet ovat yleistyneet. Raihnaisten vanhusten eri hoito- ja hoivamuodoista käydään vilkasta keskustelua. Lisävuosien laatua on alettu painottaa enemmän kuin määrää. Aktiivisen ikääntymisen strategia on saanut viime vuosina kannatusta. Taustalla on paitsi pyrkimys parantaa iäkkään väestön elämänlaatua myös huoli iäkkään väestön tarvitsemien palvelujen kasvusta ja tarve löytää strategioita, joiden avulla mahdollisimman moni iäkäs ihminen voisi selviytyä omin avuin mahdollisimman pitkään (Heikkinen 2002). Optimistit ovat arvioineet toimintakykyisten vuosien lisääntyvän ja kuolemaa edeltävän huonokuntoisuuden pakkautuvan viimeisiin vuosiin (Molander 1999). Pessimistit puolestaan ovat esittäneet sairastavuuden lykkääntyvän ja samalla venyvän eliniän pidetessä (Hervonen ym. 1998).

Yhteiskunnassamme käydään jatkuvaa keskustelua resurssien riittävydestä iäkkäiden ihmisten kasvaviin hoidon tarpeisiin. Hoidon tarve kasvaa ikääntyneiden ihmisten määrän lisääntymisen vuoksi. Sairauksien määrä lisääntyy iän myötä, mutta iäkkäillä on kuitenkin kohtuullisen hyvät arviot ter-

veydestään (Jylhä ym. 1992, Heikkinen ym. 1997, Leinonen ym. 1998). Viime vuosina on laadittu "Käypä hoito"-suosituksia yleisimmin esiintyneiden tautien hoidosta. Näistä on laadittu sairaanhoitopiirikohtaisia alueellisia hoitoketjuja, joissa sovitaan paikallinen hoitoprosessi. Hoitoketjut laaditaan tautikohtaisesti, eikä niitä yhteensoviteta monisairaille henkilöille. Jos hoito olisi koordinoitu, niin iäkkäillä ihmisillä ei olisi tarvetta monien palvelulinjojen, eri sairaaloiden, julkisen ja yksityisen sektorin samanaikaiseen käyttöön. Useiden hoitopaikkojen hallinta ja asioiminen jo yhdessäkin hoitolaitoksessa on usein iäkkäille ihmisille vaikeaa ilman ulkopuolista apua.

Iäkkäiden ihmisten omaa arviota terveydentilastaan on alettu enenevästi käyttää tutkimuksissa yhtenä terveydentilan ja myös elämän laadun arviointikriteerinä. Tiedetään, että eri ihmiset käyttävät eri kriteerejä terveydentilaansa arvioidessaan (Jylhä 1985). Itsearvioitu terveys on merkittävä tekijä henkilön selviytymisessä erilaisista toimenpiteistä. Itsearvioituun terveyteen sisältyvät fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tekijät, diagnosoidut sairaudet, oireet, koettu kunto, elämäntyyliin liittyvät terveyttä edistävät toimet, elämään tyytyväisyys, sosiaalisista rooli-odotuksista selviytyminen (Heikkinen 1995, Helin 2000). Oman terveydentilan ja selviytymisen arvio tuo iäkkään ihmisen selviytymisestä erilaisen näkemyksen, kuin sairastavuustietojen perusteella voisi olettaa (Jylhä 1985).

Sairauksien ja toiminnanrajoitusten lisääntymistä sekä itsenäisen selviytymisen heikkenemistä kuvaavia tilastotietoja tarkasteltaessa ei ole ihme, että vanhuus yhdistetään useasti sairauksiin (Stahl & Feller 1990). Varsinkin nuoremmissa sukupolvilla on taipumus kuvata vanhuksia stereotyyppisesti ja samalla homogenisoida heitä yksinomaan raihnaisuutta korostavien piirtein. Vanhoihin suhtaudutaan nuoriin verrattuna alentuvasti. Hidastuneen fyysisen toiminnan tulkitaan aiheuttavan myös älyllistä hitautta. Elämän varrella tullutta kokemusta ei osata arvostaa ja suhtautumisessa heihin esiintyy epäsymmetriaa. Huolimatta iäkkäiden ihmisten muusta tietämisestä ja elämän kokemuksesta, heitä kohdellaan lapsenomaisesti, alentuvasti ja suojellen eikä itsenäisinä, täysivaltaisina kansalaisina. Monilla on kuitenkin myönteisiä esimerkkejä erilaisista vanhuksista, joita pidetään hyvin selviytyvinä poikkeuksina. Nämä selviytyjiksi mainitut henkilöt ovat yleensä kertojien omia isovanhempia tai muita läheisiä henkilöitä, jotka nuoret henkilökohtaisesti tuntevat hyvin verrattuina muihin vanhuksiin, joita pidetään yleisesti huonokuntoisina ja apua tarvitsevina (Uotinen 1995).

Vanhuuseläkkeellä olevien henkilöiden vanhus-nimityksen on todettu olevan liian homogenisoiva ikäryhmälle, joka ulottuu 65 vuoden iästä jopa yli 100 vuoden elinikään. Vanhus-sanaan liitetään helposti ajatuksia ihmisten raihnaisuudesta ja riippuvuudesta ja samalla jätetään vähäiselle huomiolle vielä jäljellä olevat voimavarat. Iäkkäiden ihmisten itse kokema varsinainen vanhuus näyttää alkavan siinä vaiheessa, kun tunne selviytymisestä käy epävarmaksi. Riitta-Liisa Heikkisen (1998) mukaan vielä 80-vuotiaikseen ei tunne itseään vanhaksi, ellei hänellä ole sellaisia toimintakykyyn liittyviä ongelmia, jotka "vanhentaivat" häntä. Vanhuspalveluiden valtakunnallisissa mitoitus- ja arviointikriteereissä on pidetty 75 vuoden ikää vanhuuden ikärajana (Helin 2002).

Suomalaisten yli 60-vuotiaiden henkilöiden mielestä vanhuksia ovat vasta yli 80-vuotiaat (Tilvis 2001).

Määriteltäessä vanhuutta on vuosissa mitattavan iän merkitys vähentynyt. Iän lisäksi puhutaan mm. biologisesta, psyykkisestä ja sosiaalisesta vanhenemisestä. Ikääntymiseen liittyvät muutokset alkavat lisääntyä vasta 75 vuoden jälkeen, joten myös vuosina ilmaistu vanhuuden raja on siirtynyt kauemmaksi. Vanhus-nimitystä on käytetty 75-vuotiaista henkilöistä, mutta esimerkiksi kansainvälisessä gerontologisessa kirjallisuudessa vanhuuden ikärajaksi mainitaan 85. ikävuosi (Koskinen ym. 1998). Käsitys ikääntymisestä on myös muuttunut. Ikääntyneitä ei pidetä enää yhtenä ryhmänä, vaan heillä nähdään olevan hyvin erilaisia tarpeita. Koskinen ym. (1998) mukaan vanhuksia pidetään yksilöllisempinä kuin nuorempia henkilöitä.

Vaikka vanhenemisen tiedetään olevan hyvin yksilöllistä, on ihmiset kuitenkin monissa tutkimuksissa kategorisoitu kronologisen iän perusteella homogeenisiksi ryhmiksi, esim. yli 65-vuotiaat tai 75 vuotta täyttäneet. Lisäksi käytetyt tilastomenetelmät ovat osaltaan vaikuttaneet siihen, ettei yksilöiden välisiä eroja ja yksityiskohtia vanhenemisessä ja sairauksien hoidossa ole otettu riittävästi huomioon. Lyhythoitaisia kirurgisia toimenpiteitä suunniteltaessa asetettiin 65 vuotta aikaisemmin usein ikärajaksi selvittelemättä tarkemmin potilaan leikkauskelpoisuutta.

Lyhytkirurginen hoitotoiminta on lisääntynyt ja muuttunut voimakkaasti sekä teknologian kehittymisen, kustannusten säästön että asiakkaiden vaatimusten myötä. Potilaalle lyhythoitoinen kirurginen toiminta merkitsee erityisesti sitä, että kaikki tapahtuu lyhyessä ajassa ja nopeasti. Nopeatempoisuuden vuoksi potilas ei välttämättä ehdi henkisesti mukaan hoitoprosessiin (Suominen & Leino-Kilpi 1997). Tämä on ongelmallista varsinkin iäkkäillä ihmisillä. Myös turvallisuuden ja potilasmukavuuden sekä toiminnan sujumuuden paraneminen ovat lisänneet potilastyytyväisyyttä, alentaneet hoitoon hakeutumisen kynnyksiä ja vähentäneet uusintakäyntien määrää. Väestön ikääntyminen, elämän laatuvaatimukset ja maksukyvyn parantuminen sekä terveydenhuollon kustannuskriisi lisäävät päiväkirurgian kysyntää 2000-luvulla (Lahtinen ym. 1998).

Lyhythoitaisen kirurgisen potilaan terveysongelmaan on etukäteen mahdollista orientoitua. Hoito merkitsee lyhyttä kontaktia terveydenhuollon ammattilaisiin ja sen jälkeistä omaehtoista itsensä hoitamista ja omien selviämismekanismien käyttöä. Lyhythoitaisessa kirurgisessa toimenpiteessä oleva potilas voi kokea pelkoa, hämmennystä, kiusaantumista, kiukkua, surua ja joskus jopa paniikkia, epätoivoisuutta ja avuttomuutta. Jos näihin tunteisiin ei kiinnitetä huomiota, se voi aiheuttaa ongelmia sekä potilaalle että hänen perheelleen ja terveydenhuollon henkilöstölle (Shepard 1990).

Potilaan tilannetta on tarkasteltava ainakin kahdesta näkökulmasta. Ensimmäinen näkökulma on ajallinen: tarpeet ja odotukset ennen toimenpidettä ja hoitokontaktia, hoitokontaktin aika ja toiminta yhdessä ammattilaisten kanssa ja tämän jälkeen toipumisaika useimmiten kotona. Toinen näkökulma liittyy potilaan omaehtoiseen selviämismekanismeihin, joilla hän kussakin vaiheessa ottaa tilanteen haltuunsa ja joita hoidossa on tuettava.

Lyhythoitoiseen kirurgiseen toimenpiteeseen tulevalle ovat hoidon henkilökunta ja ympäristö vieraita. Tulotilanteeseen liittyy paljon valmisteluja, useiden henkilöiden tapaamisia ja jännitystä. Tilanteessa potilaat luottavat henkilökuntaan, vaikka päällimmäisenä on huoli omasta itsestä. Potilaan valmistelu toimenpiteeseen tapahtuu pikaisesti eikä tutustumista juurikaan ehdi tapahtua. Toimenpiteeseen liittyvä epämiellyttävä, häiritsevä ja uhkaava kokemus etäistää potilasta hoitohenkilökunnasta. Ihmisten hoitaminen kuitenkin edellyttää henkilökunnalta koskettamista, joka aiheuttaa kipua ja pelkoakin.

Hoitoprosessissa iäkkäiden ihmisten yksilöllisyyden huomioon ottaminen paljastuu hoitavan henkilöstön ihmiskäsityksenä. Se paljastuu vanhuksia hoidettaessa usein tiedostamattomista toimintatavoista suhteessa hoidettaviin (Varto 1992).

Iäkkäiden ihmisten lyhythoitoisissa kirurgisissa toimenpiteissä olleiden koko hoitoprosessia heidän omasta näkökulmastaan ei juurikaan ole tutkittu. Hiltunen (1997) on tutkinut päiväkirurgisten kaihipotilaiden omaisten tiedon ja ohjauksen tarvetta. Aiempi tutkimus on yleensä kohdistunut potilaan ohjauksen ja tiedon tarpeen tutkimukseen ja aihetta on yleensä tarkasteltu joko hoitajan tai potilaan näkökulmasta (Marttila, M. & Piekkola, S. 1997). Kiinnostuin aluksi lyhythoitoisten kirurgisten vanhuspotilaitten neuvonnasta, koska ajattelin neuvonnan olevan lähes samanlaista ja saman kaavan mukaista huolimatta potilaan iästä ja tietämyksestä. Laajensin näkökulmaani kuitenkin koko hoitoprosessiin. Tavoitteenani on kuvata, tulkita ja pyrkiä ymmärtämään ja selittämään lyhythoitoisessa kirurgisessa toimenpiteessä olleiden iäkkäiden henkilöiden kokemuksia, selviytymistä ja toiveita koko hoitoprosessin kulusta. Aiemmin julkaistussa kirjallisuudessa on hoitoprosessin osioita kuvattu joidenkin sairauksien osalta. Huomioni on kiinnittynyt yksilön itsensä esille tuomiin selviytymisen keinoihin, ei niinkään yksilön hoitopaikan tarjoamiin hoidollisiin mahdollisuuksiin.

2 LYHYTHOITTOINEN KIRURGIA

Lyhythoittoisella kirurgialla tarkoitetaan sekä päiväkirurgiaa että lyhytjälkihoitoista kirurgiaa. Päiväkirurginen potilas kotiutuu jo toimenpidepäivänä ja lyhytjälkihoitoinen potilas 1-3 vuorokauden kuluessa. Lyhythoittoinen kirurgia on lisääntynyt, kun entistä suurempia ja pitkäkestoisempia toimenpiteitä voidaan tehdä lyhythoittoisesti (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö 2002).

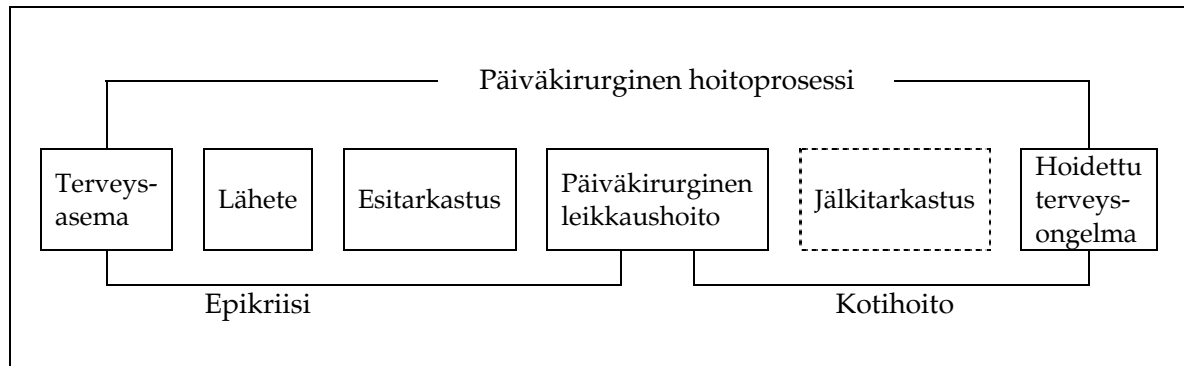
Lääkintöhallituksen vuonna 1990 valmistuneen mietinnön mukaan lyhythoittoisen kirurgian määritelmään kuuluivat päiväkirurgia ja lyhytjälkihoitoinen kirurgia (Alanko ym. 1990).

Lyhythoittoista toimintamuotoa on toteutettu jo viime vuosisadan alusta esimerkiksi Isossa-Britanniassa. USA:ssa toteutettiin n. 60 % elektiivisistä toimenpiteistä päiväkirurgisesti viime vuosikymmenellä. Suomessa päiväkirurgian osuus on 1990-luvulla noussut vuosittain noin neljä prosenttia (Korte ym. 1996).

Suomen kuntaliiton tekemän selvityksen mukaan päiväkirurgian osuus leikkauksista on kasvanut viime vuosina ja tulee lähes kaksinkertaistumaan lähivuosina (Punnonen 2000). Päiväkirurgia-kehittämishankkeessa (Lahtinen ym. 1998) arvioitiin ja asetettiin tavoitteeksi, että päiväkirurgian osuus kaikista elektiivisistä leikkauksista kasvaa 50 prosenttiin vuoteen 2003 mennessä. Keskussairaaloissa päiväkirurgian osuus kaikkien operatiivisten erikoisalojen elektiivisistä leikkauksista vaihteli 22-58 %:n välillä ja aluesairaaloissa 26-61 %:n välillä vuonna 1999. Keskussairaaloissa päiväkirurgian osuus oli keskimäärin 36 % ja aluesairaaloissa 42 %. Toimenpiteittäin yleisimmät päiväkirurgiset leikkaukset jakautuivat seuraavasti: kaihileikkaukset 91 %, kitarisojen poistoleikkaukset 91 %, naisten sterilisaatiot 79 %, kirkumkiisiot 74 %, karpaalitunnelin avaukset 77 %, polven nivelkierukan poisto/kiinnitys 68 % (Punnonen 2000).

Punnosen (2003) mukaan päiväkirurgian kasvu lisää sairaaloiden tuottoa, mikä mahdollistaa palvelujen tarjoamisen useammille. Päiväkirurgia merkitsee tehokkuutta, taloudellisuutta ja hintakilpailukykyä, jotka ovat välttämättömiä myös kunnallisille sairaaloille. Hänen tekemänsä selvityksen mukaan päiväkirurgian osuus sairaaloiden operatiivisten erikoisalojen elektiivisistä leikkauksista oli 43 % vuonna 2002, 42 % vuonna 2001 ja 40 % vuonna 2000.

Päiväkirurgian kehittämishankkeen mukainen 50 prosentin tavoite saavutettiin 11 sairaalassa vuonna 2002 (Punnonen 2003).



KUVIO 1 Päiväkirurginen hoitoprosessi

Päiväkirurginen hoitoprosessi (kuviio 1) alkaa lähetteen kirjoittamisesta ja päättyy päiväkirurgisen toimenpiteen suorittamisen jälkeen palautteeseen lähettävälle lääkärille ja/tai jälkitarkastukseen. Päiväkirurgiseksi toimenpiteeksi (day surgery, ambulatory surgery) rekisteröidään sellainen hoitajakso, johon liittyy suunniteltu toimenpide ja jonka aikana potilas ei toiminnan tai hoidon vuoksi viivy sairaalassa yli 12 tuntia (Lahtinen ym. 1998).

Päiväkirurgia sisältää leikkaussalissa tehtävän elektiivisen toimenpiteen, jossa käytetään joko laskimosedataatiota, laajaa puudutusta tai yleisanestesiaa. Päiväkirurginen potilas ei yleensä yövy sairaalassa. Mikäli päiväkirurginen potilas joutuu jäämään yöksi, tämä kirjataan hoitopäiväksi.

2.1 Potilaiden ja toimenpiteiden valinta

Potilasvalinta on päiväkirurgisen toiminnan kulmakivi. Hyvällä potilasvalinnalla voidaan taata tehokas toiminta ja tuloksen laatu päiväkirurgiassa.

Potilaan odotukset terveydenhuollon palvelujen suhteen ovat ainakin kahdenlaisia. Hän odottaa saavansa sekä hyvää hoitoa että hyvää palvelua. Toiminnan ydin on tehtävä toimenpide, jonka odotetaan tuovan potilaalle avun. Potilas ja häntä hoitava henkilö pyrkivät keskittymään tämän ydinasian mahdollisimman onnistuneeseen hoitamiseen lyhyessä ajassa. Päiväkirurgisen potilaan hoidossa ovat keskeisiä tekijöitä potilaan valintaan liittyvät tekijät hoitopolun alussa sekä potilaan kotiutukseen ja jälkiseurantaan liittyvät kysymykset hoitopolun lopussa. Päiväkirurgisen hoidon onnistumiseen vaikuttavat potilaan terveydentila ja erilaiset sairauksiin liittyvät tekijät, potilaan ikä, omatoimisuus, mahdollisuudet hoitaa itseään kotona ja halukkuus tulla päiväkirurgiseen hoitoon (Holmia ym. 1998).

Päiväkirurgisissa yksiköissä ei yleensä ole mahdollista hoitaa hepatiittia sairastavaa tai HIV-positiivista potilasta, koska näiden potilaiden hoito vaatii erityistoimenpiteitä, joita ei ole mahdollista toteuttaa päiväkirurgisissa yksiköissä. Koska potilaan pre- ja postoperatiivinen hoito on hänen oman aktiivisuutensa varassa, edellytetään päiväkirurgiselta potilaalta omatoimisuutta ja riittävää liikuntakykyä. Potilaan psyykinen sairaus voi olla este omatoimisuudelle. Päiväkirurginen hoito edellyttää, että potilas ottaa monella tavalla vastuuta omasta hoidostaan ennen leikkausta ja sen jälkeen. Toimenpide on kolmasosa hoidosta, muu osa potilaan itsensä ja hänen läheistensä varassa. Potilaan ja hänen läheistensä tiedolliset ja taidolliset valmiudet on arvioitava huolellisesti. Tärkeää on, että potilas ymmärtää oman osuutensa hoidossa ja sen merkityksen terveydentilaansa ja vaivansa paranemiseen.

Potilaan lääketieteellistä tilaa anestesariskin osalta arvioidaan huolellisesti etukäteen. Yleisesti käytössä on ns. ASA-luokitus, anestesia lääkeiden laatima, kansainvälisessä käytössä oleva anestesariskin luokittelu (Ali-Melkkilä (1999) American Society of Anesthesiology).

Päiväkirurgian katsotaan soveltuvan yhä useammalle potilaalle ja sitä voidaan soveltaa entistä vaativimpiin leikkauksiin. Potilaan iällä (Meridy 1982) tai ASA-riskiluokituksella ei ole vaikutusta sairastavuuteen eikä kuolleisuuteen (Natof 1984) verrattaessa päiväkirurgiaa ja vuodeosastokirurgiaa. ASA-riskiluokitus III tai IV ei sellaisenaan ole este päiväkirurgialle, jos potilaan sairaus on hyvin hoidettu ja tasapainossa (Twersky 1993, Warner ym. 1993, Lahtinen & Valanne 1998).

Potilaat jaetaan fyysisen kunnon mukaan ns. ASA-luokkiin. Päiväkirurgiseen toimintaan soveltuvat parhaiten potilaat, jotka kuuluvat anestesiaryhmiin ASA I ja ASA II, tai anestesariskiryhmän ASA III potilaat, joiden yleissairaus on parhaassa mahdollisessa hoidossa preoperatiivisesti (taulukko 1).

TAULUKKO 1 Anestesariskien luokittelu ASA

LUOKKA ASA I

- Terve alle 65-vuotias normaali henkilö.

LUOKKA ASA II

- Yli 65-vuotias henkilö tai henkilö, jolla on lievä yleistauti. Esimerkiksi 40-vuotias mies, jolla lievä hypertonia pysyy lääkityksellä hyvin tasapainossa.

LUOKKA ASA III

- Henkilö, jolla on vakava systeemisairaus, joka rajoittaa toimintaa, mutta joka ei uhkaa henkeä. Esimerkiksi 30-vuotias insuliinia käyttävä diabeetikko, jolla on lisäksi hypertonia.

LUOKKA ASA IV

- Henkilö, jolla on vakava yleissairaus, joka saattaa olla hengenvaarallinen. Esimerkiksi huonossa tasapainossa oleva diabetes tai kova rintakipu jo vähäisessä rasituksessa.

LUOKKA ASA V

- Kuolemansairas potilas, jonka arvioitu elinaika ei ylitä 24 tuntia ilman kirurgiaa.

Päiväkirurgisesti voidaan tehdä useita yleiskirurgisia, gynekologisia, ortopedisia, urologisia, lastenkirurgisia, plastiikkakirurgisia, otorinolaryngologisia ja oftalmologisia toimenpiteitä. Toimenpiteet, joissa mahdollinen verenvuoto on runsasta tai tulehdusriski on suuri, soveltuvat huonosti päiväkirurgiseen toimintaan. Toimenpiteen soveltuvuutta päiväkirurgiseksi rajoittaa myös voimakkaan postoperatiivisen kivun ja pahoinvoinnin suuri todennäköisyys.

Aikaisemmin lyhythoitaisiin toimenpiteisiin valittiin vain anestesia-riskiryhmän ASA I ja ASA II potilaita ja toimenpiteet olivat hyvin pieniä. Toimenpiteiden käydessä vaativammiksi tulee potilasvalintaan ja preoperatiiviseen ohjaukseen sekä potilaiden huolelliseen tutkimiseen kiinnittää aikaisempaa enemmän huomiota.

Kaikille potilaille päiväkirurgia ei sovi. Korttila (1998) on luokitellut seuraavasti ne potilaat, joille päiväkirurgia ei sovi:

1. Potilas, jolla on sosiaalisia ongelmia tai joka ei suostu päiväkirurgiaan, ei kuulu päiväkirurgiassa hoidettaviin.

2. Potilas, jolle on tehty vatsa- tai rintaontelon leikkaus laparoskooppista kirurgiaa tai tyräkirurgiaa lukuun ottamatta. Mikäli verensiirtoja odotetaan tarvittavan leikkauksessa, toimenpiteen tulee tapahtua vuodeosastolta käsin.

3. Epävakaa ASA III- tai ASA IV -riskiluokan potilas. Tällainen potilas on ensin hoidettava stabiiliin vaiheeseen.

4. Sairaalloisen lihava potilas. Potilaan lihoessa veren määrä lisääntyy noin 0,1 litraa painokiloa kohti. Sydämen minuuttivolyymi ja hiilidioksidituotanto lisääntyvät. Jos potilaan painoindeksi (BMI) on 35 kg/m² tai suurempi, ei häntä tule hoitaa päiväkirurgiassa, vaikka hän muuten olisi täysin terve. Lievempikin lihavuus yhdistettynä johonkin muuhun sairauteen on este potilaan hoitamiseksi päiväkirurgiassa.

5. Vieroittamattomia huumeiden käyttäjiä ja alkoholisteja ei tule hoitaa päiväkirurgiassa.

6. Leikkausta ei tule tehdä päiväkirurgiassa potilaalle, jolla tai jonka sukulaisella epäillään malignia hypertermiaa.

7. Potilas, joka käyttää monoamiinioksidaasin estäjää.

(Depressiolääkeryhmään tai Parkinsonin taudin lääkerihmään kuuluva lääke).

Sairaaloissa määritellään vielä omat soveltuvuus-kriteerit, joiden avulla arvioidaan keille potilaille päiväkirurginen vaihtoehto soveltuu. Soveltuvuus-kriteereiden mukaan aineistoni lyhytjälkihoitoisessa kirurgisessa toimenpiteessä olleet iäkkäät potilaat olivat valikoituneita ja ikäisikseen hyväkuntoisia.

2.2 Päiväkirurgia ja potilaan omavastuu

Hoidon tavoitteita päiväkirurgiassa ovat potilaan aktiivisen roolin tukeminen, potilasturvallisuus, asiakastyytyväisyys, hoidon toteuttaminen saman päivän aikana sekä tehokas ja taloudellinen toiminta. Hoito on onnistunut, jos se on aiheuttanut mahdollisimman vähän häiriötä potilaan jokapäiväiseen elämään (Holmia ym. 1998).

Potilaalta edellytetään omatoimisuutta, mahdollisuuksia hoitaa itseään kotona ennen ja jälkeen toimenpiteen sekä halukkuutta tulla päiväkirurgiseen hoitoon.

Valtiovallan siirrettyä vastuuta ja päätäntävaltaa kunnille kunnat siirtävät vastuuta kuntalaisille näiden omasta hyvinvoinnista. Asiakkaiden näkökulmaa ei niinkään ole opittu ottamaan huomioon, ja päiväkirurgian tuottamisesta ja rahoittamisesta päätettäessä myös potilaiden näkökulma tulisi ottaa huomioon (Lahtinen ym. 1998), varsinkin kun vanhukset eivät yleensä itse valita asemastaan. Suomessa on potilaan asema säädetty lailla (Laki Potilaan asemasta ja oikeuksista 1992) ja se edellyttää oikeudenmukaista ja tasapuolista kohtelua ja asiakkaan mukaan ottamista päätöksentekoon.

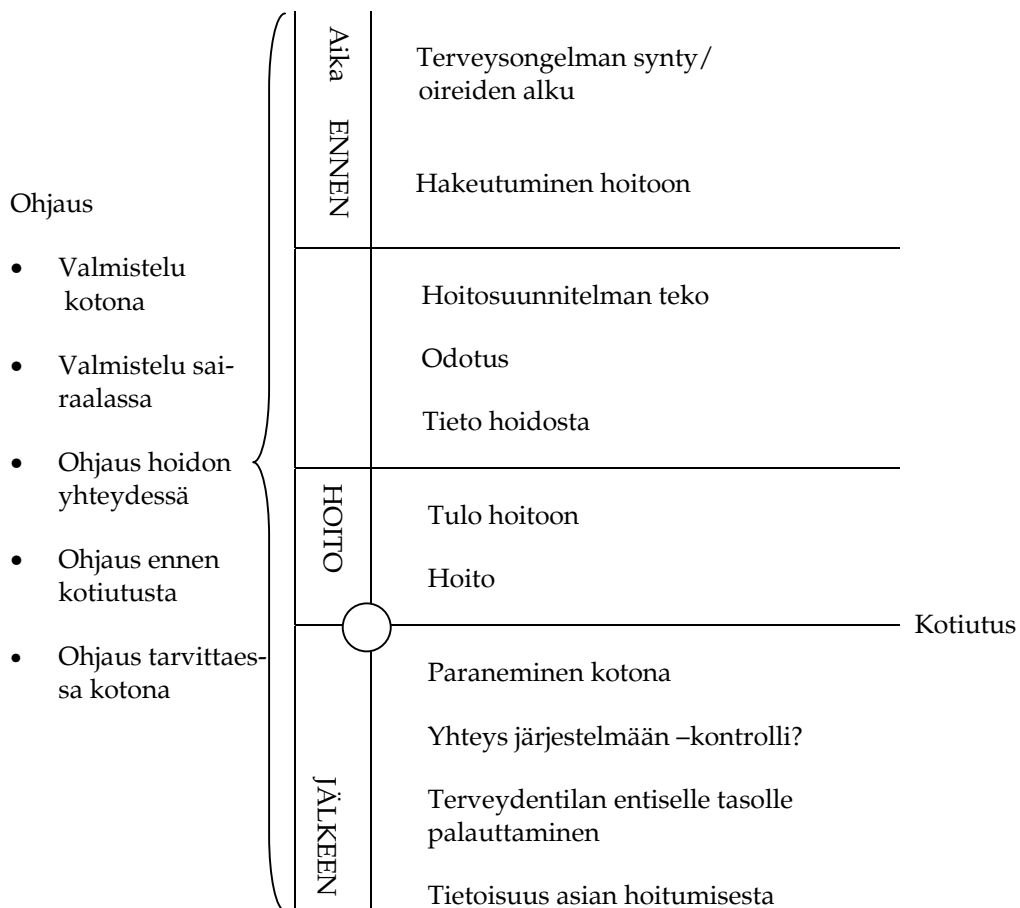
Päiväkirurgisesta toimenpiteestä potilas saa lisäarvoa lyhentyneen hoitoajan kustannussäästönä, työpanoksen käyttöiän kasvuna ja elämän laadun paranemisena. Lyhyempi hoitojakso merkitsee myös matalampaa kynnystä hoitoon hakeutumiselle. Hoitoon hakeutumisen kynnyksen aleneminen ja laatu-painotettujen elinvuosien kasvu tulevat olemaan merkittäviä päiväkirurgian kysynnän lisääntymiseen vaikuttavia tekijöitä.

Potilaalle päiväkirurginen toimenpide on hyödyke, jonka käytöllä hän hakee "terveyttä ja elämän laatutekijöitä" ja joista hän on valmis maksamaan (Asikainen 1986).

Julkisen sektorin palveluista potilaat kokevat jo kertaalleen maksaneensa tuloverotuksen muodossa (Schugh 1998), eikä yleinen potilasmaksujen korottaminen tunnu kohtuulliselta. Myös Terveys 2015 -ohjelma toimintasuunnitelmassa korotetaan iäkkäiden ihmisten mahdollisuuksia toimia aktiivisesti ja kehittää tietojään, taitojään ja itsehoitovalmiuksiaan, jotta he voisivat jatkaa mahdollisimman pitkään itsenäistä ja laadukasta elämää (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001).

3 POTILAANA LYHYTHOITOISESSA KIRURGISESSA TOIMINNASSA

Lyhytkirurginen hoitajakso alkaa potilaan terveysongelmasta ja siitä kertovien oireiden synnystä. Yleensä potilas ei ole terveydenhuollon henkilöstöön koskeuksissa tässä aloitusvaiheessa, vaan hän itse ratkaisee ajankohdan ja paikan, johon hän ongelmansa kanssa hakeutuu (kuvio 2)



KUVIO 2 Potilas lyhytkirurgisessa hoidossa (Lähde Leino-Kilpi & Suominen 1997).

Hoitoon hakeutuminen käynnistää hoidon suunnittelun. Hoitosuunnitelma tehdään yleensä yhdessä lääkärin kanssa ja ongelman laadun perusteella potilas joutuu odottamaan eri pituisia ajanjaksoja. Potilas joutuu odottamaan pisimpään hoitoon pääsyä suonikohjujen, kaihileikkausten ja varvasvaivojen tähden. Jonottaminen saattaa muodostua ongelmaksi, kun hoitoon pääseminen käy epävarmaksi tai koko jonojärjestelmää epäillään epäoikeudenmukaiseksi tai jotakin potilasryhmää suosivaksi. Hoitoa odottavat potilaat joutuvat kärsimään epävarmuutta ja epämurheita sekä joissakin tapauksissa myös oireiden pahentumista. Odotusaikana potilaalla on mahdollista paneutua asiaan, sillä potilaalle lähtevä kirjallinen materiaali tai järjestettävät tilaisuudet auttavat häntä tietämään, mitä tulee tapahtumaan ja mitä hän itse voi tehdä saadakseen kaiken sujumaan joustavasti (Helin 2002).

Itse hoitokontakti on kaikessa lyhykäisyydessään tehokas, täynnä tapahtumia ja uusia asioita, eikä juurikaan otollinen uuden tiedon välittämiseksi. Eri hoitoyksiköissä on jossain määrin toisistaan poikkeavat käytännöt siltä osin, miten paljon kontaktinottoja on ennen hoitoon tuloa. Hoidon aikana yksilölliset vaihtelut ovat kuitenkin vähäisiä sen vuoksi, että itse toimenpide, siihen liittyvä anestesia ja jälkiseuranta määrittelevät hoitokontaktin sisällön.

Lahtinen ym. (1998) ovat kuvanneet ja tutkineet lyhytkirurgisen toimenpideyksikön rakennetta ja toimintaa sekä toiminnan sujuvuutta. Aina toiminta ei suju valituksesta, koska sairaalaan tulon jälkeen potilaan hoidossa saattaa olla viivytyksiä ja potilaalle epämiellyttävää odottamista. Asiakas- ja kuluttajakeskainen toiminta edellyttää turhien odottamisien poistamista potilaan tyytyväisyyden takaamiseksi. Keskeinen osa lyhytkirurgista toimintaa on toimenpiteen jälkeinen turvallinen ja pätevä hoito ennen kotiutusta (Marley & Moline 1996). Potilaat liittyvät tähän kontaktin samaan hoitajaan sekä ennen toimenpidettä että sen jälkeen.

Selviytyminen kotona voidaan jakaa aikaan välittömästi toimenpiteen jälkeen (2-3 päivää) sekä aikaan, jolloin terveydentila on palautunut ja potilaalla on omakohtainen tietoisuus siitä, että asia on hänen kohdallaan kunnossa. Ensimmäiset päivät ovat yleensä toipumista leikkauksen aiheuttamista fysiologisista seurauksista ja siten perusluonteeltaan varsin samankaltaisia eri ihmisille. Jälkimmäinen vaihe puolestaan vaihtelee hyvin yksilöllisesti ja saattaa kestää eri ihmisillä hyvinkin erilaisia aikoja.

Potilaan selviytymistä kotona on tutkinut esim. Fallo (1991), joka on todennut puhelinoiton 24 tunnin kuluessa kotiin pääsystä olevan tehokas keino selvitettyä, miten potilas voi kotona, ja kartoitettaessa potilaan kokemuksia toimenpiteestä. Potilaan vointia kartoittavan puhelinoiton merkitystä on tuotu esille monissa kirjoituksissa (esim. Viitamäki 1995, Edmondson 1996). Kuitenkaan Lirkin ja Simolinin (1998) aineistossa potilaat eivät pitäneet kotisoittoa tarpeellisena. Kysely tehtiin potilaille ennen toimenpidettä.

Anttilan ym. (1997) mukaan riskikotiutujien, esimerkiksi yksinasuvien tai useita diagnooseja omaavien vanhusten, luokse on järjestetty erityistä tehostetua seuranta-aikaa, joilla voidaan auttaa vanhusta pääsemään arkielämässä alkuun ja organisoida tarvittava tukiverkosto.

Selviytymiseen liittyy toisaalta oma fyysinen paraneminen ja voimien paluu, toisaalta kyky käyttää erilaisia tukijärjestelmiä. Tukijärjestelmistä keskeisempiä ovat omat läheiset ihmiset sekä terveydenhuollon ammattilaiset.

Fetzer ja Vogelsang (1995) kartoittivat vuosilta 1982-1993 tutkimuksia, joissa selviteltiin hoidon tulosta potilaan kannalta. Potilaiden fysiologisen puolen huomioinnin puute oli tutkimuksen mukaan ilmeinen. Päiväkirurgisen toiminnan yhteydessä tarvitaan myös kliinistä tutkimusta.

Potilaiden yhä aikaisempi kotiuttaminen vaatii kotona toipumisen merkityksen ymmärtämistä. Henkilökunnalla tulisi olla valmiutta modifioida normaalissa leikkaustoiminnassa käytössä olevia kotihoito-ohjeita ja seurantalomakkeita, koska potilaan toipuminen sairaalan sijasta tapahtuu suuressa määrin kotona. Tulevaisuudessa olisi keskityttävä varsinkin niiden potilaiden tilanteiden selvittämiseen, joiden toipuminen on hidasta. Nämä potilasryhmät lienevät niitä, joilla on vastaisuudessa tarve intensiiviseen tarkkailuun toimenpiteen jälkeen (Kleinbeck & Hoffart 1994).

Kaikki potilaat eivät selviä toimenpiteen jälkeen kotona yksin tai omaisavun turvin, vaan tarvitsevat myös terveydenhuoltopalvelujen tarjoamaa apua. Oleellista on, että sairaalassa työskentelevät tunnistavat kotona apua tarvitsevat ja heillä on hyvät tiedot alueensa auttamisjärjestelmistä. Auttamalla potilaita ja perheitä heidän tarpeissaan henkilökunta pystyy tutkimusten mukaan vähentämään ahdistusta ja kustannuksia.

Entistä iäkkäimmille ihmisille kohdennetaan operatiivisia toimenpiteitä, mutta eri asia on, saavatko kaikki iäkkäät ihmiset tarvitsemaansa hoitoa ja palvelua. Iäkkäät ihmiset kertovat kokemistaan hoidon vajeista esimerkiksi, että heidän esittämänsä vaivat on tulkittu hyvin lyhyen kuuntelun jälkeen ikään kuuluviksi, niin kuin havaitulle ongelmalle ei voitaisi tehdä mitään. On myös näyttöä siitä, että henkilöstö viettää enemmän aikaa akuuttipotilaiden kuin pitkäaikaispotilaiden kanssa (Helin 2002). Asiakkaan kokemus on aina todellinen riippumatta siitä, mitä henkilökunta ajattelee. Henkilökunnan käyttäytymisen taustalta voi paljastua osaamattomuus kohdata ikääntynyttä asiakasta, joka tarvitsee keskimääräistä asiakasta enemmän aikaa ja jonka ongelmat eivät ole ratkaistavissa pelkästään lääketieteellisin keinoin. Varsinkin iäkkäiden henkilöiden hoidossa hoitoprosessin kaikki vaiheet on suunniteltava huolella asiakkaan ja omaisten kanssa yhdessä ja moniammatillisena yhteistyönä.

4 POTILAAN OHJAUS

Lyhythoitoisten kirurgisten potilaiden ohjaukseen jäävä aika on lyhyt. Jotta potilas saa tilanteeseensa sopivaa ohjausta, olisi perustellusti kyettävä valitsemaan jokaisen potilaan kohdalla yksilöllisesti tarkoituksenmukainen ohjausmuoto.

Ohjauksen käsite on määritelty monin eri tavoin. Hoitotieteellisessä kirjallisuudessa neuvonta sanan synonyymina käytetään käsitettä potilasohjaus ja potilasneuvonta (esim. Paunonen 1989, Leino-Kilpi 1991a, Aavarinne 1993, Leino-Kilpi ym. 1993). Tones ym. (1990) ovat määritelleet potilasneuvonnan yksilölliseksi ohjaus- ja ongelmanratkaisuprosessiksi, jolla edistetään potilaan selviytymistä terveysongelmissa. Neuvonnan tehtävät ja tavoitteet ovat laajemmat. Niihin sisältyvät asiakkaan ja työntekijän vuorovaikutus, tietojen ja psykososiaalisen tuen antaminen. Tavoitteena on tukea ja vahvistaa asiakkaan itsetuntemusta, parantaa läheisten välisiä suhteita ja elämän laatua (Paunonen 1989, Silverman ym. 1992, Aavarinne 1993).

Ohjauksen käsitteen (guidance) ohella tai rinnalla käytetään hoitotieteellisessä kirjallisuudessa myös muita käsitteitä kuten opettaminen (teaching), neuvonta (counselling) ja tiedon antaminen (information giving). Näitä käsitteitä käytetään usein sekavasti ottamatta huomioon merkityseroja. Opettamisessa painottuu käyttäytymisen muutos. Neuvonta voidaan ymmärtää emotionaalisenä, älyllisenä ja psykologisenä tukena. Opetus (education) sisältää tiedon hankkimisen ja usein myös harjoittelun. Opetus nähdään suunniteltuna toimintana, joka vaikuttaa potilaan tietämykseen ja käyttäytymiseen. Ohjaus ja neuvonta pyrkivät lähinnä tunteiden ja asenteiden kehittämiseen, kun taas opettaminen ja opetus pyrkivät intellektuaaliseen kasvattamiseen.

Pietrofesa ym. (1984) määrittelevät ohjauksen vuorovaikutussuhteeksi ammatillisesti koulutetun, pätevän ohjaajan ja apua hakevan yksilön välillä. Ohjattava hakee apua ymmärtääkseen paremmin itseään, pystyäkseen tekemään päätöksiä ja muuttamaan käyttäytymistään päämääränään ongelman ratkaisemiseksi ja/kehittämiseksi.

Ohjaus voidaan nähdä myös prosessina, jonka vaiheita ovat suunnittelu, toteutus ja arviointi (Eriksson 1985, De Muth 1989). Ohjaus tulee nähdä suunnitelmallisena, intentionaalisenä ja systemaattisena toimintana, jonka tarkoituk-

sena on auttaa potilasta saavuttamaan jokin tietty päämäärä. Ohjaus on yksi edellytys sille, että potilas voi osallistua ja sitoutua hoitoonsa (Close 1988).

Ohjauksen perustana on ohjaajan ja ohjattavan välinen vuorovaikutussuhde (Poskiparta 1997). Ohjauksessa potilasta autetaan selviytymään tilanteesta ja siihen liittyvästä hoidosta. Sillä voidaan tukea potilaan kykyä itsehoitoon, korkeatasoiseen hyvinvointiin, sairauteen sopeutumiseen ja terveydenhoitoon (Smith 1989). Rankin ja Stallings (1990) määrittelevät ohjauksen hoidollisena vuorovaikutussuhteena, jonka tarkoituksena on antaa yksilöllinen vastaus potilaan tarpeisiin sekä tarvittavia resursseja tarpeisiin vastaamiseen.

Hoitaja lisää neuvoillaan potilaan itsellistä selviytymistä. Suhteessa nähdään kaksi tasoa. Ensimmäinen on itse tekemiseen liittyvä ohjaus, informointi sekä motivointi. Hoitaja esimerkiksi informoi potilasta siitä, mitä on tulossa. Tämän informaation avulla potilas voi ennakoida tapahtumia ja siten osallistua hoitoonsa. Toinen taso on tulevaisuuteen ja oman terveyden vaalimiseen liittyvää opetusta. Se on terveysneuvontaa, joka on yksi terveyskasvatuksen menetelmistä (Poskiparta 1997).

Ohjaus on kaksisuuntainen prosessi (Hammar ym. 1999). Ohjaussuhteessa vaikuttavat potilaan ja hoitajan välisen vuorovaikutussuhteen luonne sekä ohjauksen sisältö. Vuorovaikutussuhteen luonne vaikuttaa ohjauksen onnistumiseen enemmän kuin ohjaajan tiedot ja ohjauksen sisältö ja määrä. Ohjaussuhteen tulisi olla luottamuksellinen ja vuorovaikutuksen pitäisi olla ystävällistä, luontevaa ja molemminpuolista kunnioitusta osoittavaa (De Muth 1989). Tasa-arvoisessa ohjaussuhteessa ohjattava ja ohjaaja oppivat toinen toisiltaan. Kumpikaan osapuoli ei ole hallitseva, vaan he työskentelevät yhteistyössä (Luker & Caress 1989, Lepzcyk, Releigh & Rowley 1990).

Iäkkäiden henkilöiden ohjaus on haasteellista. Tärkeää on, että ohjeiden antaja ei usko "heidän" olevan ongelma ja "meidän" ratkaisu tähän ongelmaan (Hammar ym. 1999). Dein ja Huline-Dickens (1997) kertovat kulttuurin vaikuttavan persoonallisuuteen, sairauden rooliin ja potilaan oman sairauden ilmaisuun. Iäkkään ihmisen ohjaukseen vaikuttavat heidän mukaansa myös vanhenemisen myytit (Dixon ja Gregory 1987).

Dixonin ja Gregoryyn (1987) tavoin myös Uotinen (1995) mukaan vanhenemiseen lisätään (usein) seuraavanlaisia myyttejä:

1. "Myth of chronology"

Vanhat ihmiset ovat homogeeninen ryhmä. Kun ihminen tulee tiettyyn ikään (magic number), hänestä sillä hetkellä tulee vanha ja häntä aletaan pitää vanhana.

2. "Myth of ill health"

Sairaudet ovat luonnollinen osa vanhenemista, eivät sairausprosessi. Ne eivät ole hoidettavissa eikä terveyteen ole paluuta.

3. "Myth of mental deterioration"

Vanhat ihmiset menettävät automaattisesti henkiset kykynsä ja tulevat seniileiksi.

4. "Myth of inflexible personality"

Persoonallisuus muuttuu vanhana tullen ärtyisäksi, joustamattomaksi ja konservatiiviseksi.

5. "Myth of misery"

Vanhat ovat onnettomia, koska he ovat vanhoja.

6. "Myth of rejection and isolation"

Yhteiskunta kieltää vanhat ihmiset, on heistä välittämättä, uskoen, että vanhat valitsevat irrottautumisen elämästä.

7. "Myth of unproductivity/dependence"

Vanhat ihmiset ovat tuottamattomia yhteiskunnan jäseniä, koska heille ei makseta palkkaa ja ovat siten pakosta riippuvaisia toisista.

Scruttonin (1999) mukaan ohjaustyössä tarvitaan apua tunteiden, kuten alakuloisuuden, ahdistuneisuuden, turhautumisen, stressin, alhaisen itsetunnon, kohtelemiseen. Kuitenkaan vanhuksen elämän ongelmia ei pidä aliarvioida.

Kuuntelu on ohjausprosessin alku ja kuunnellessa analysoijan on yksinkertaisesti lakattava puhumasta. Scruttonin (1999) mielestä ohjaus ei ole tekemistä ihmiselle, vaan se auttaa heitä tekemään itse ratkaisujaan ja valintojaan johtaa positiivisiin mahdollisuuksiin.

Myös iäkkäillä on päätöksentekokapasiteettia ja voimaantumista (empowerment). Liian monet iäkkäät ovat kuitenkin tilanteessa, jossa asiat on tehty heidän puolestaan. Ohjaus päättyy, kun ohje on annettu, ja viisas ohjaaja jää silloin taka-alalle.

Potilaan kykyyn osallistua ja ottaa vastaan ohjausta vaikuttavat hänen sairautensa, aikaisemmat kokemuksensa ohjauksesta sekä motivoituneisuus ja halukkuus ohjaukseen. Lisäksi erilaiset psykososiaaliset ja fyysiset tekijät voivat haitata ohjaukseen keskittymistä, esimerkiksi jännittyneisyys, pelot ja kipu (Helin 2002).

Potilaalle kirurginen toimenpide on yleensä aina stressaava kokemus, johon liittyy pelkoa ja ahdistusta. Nyamathi ja Kashiwabara (1988) ovat tutkineet preoperatiivisten pelkojen ja kognitiivisen ajattelukykyyn välistä suhdetta päiväkirurgisilla potilailla. Tulosten mukaan voidaan päätellä, että pelkojen lisääntyessä kognitiiviset kyvyt heikkenevät. Ohjaustilanteessa vaikuttaa myös potilaan oma käsitys kyvystään vaikuttaa omaan elämäänsä (Luker & Caress 1989).

Terveystilan muutoksen ja persoonallisten tekijöiden lisäksi erilaiset ympäristölliset tekijät saattavat haitata potilaan kykyä ottaa vastaan ohjausta (Cimprich 1992).

Ohjauksen sisällön tulisi muotoutua kunkin potilaan omien tarpeiden pohjalta. Tällöin potilas kokee saamansa informaation ja ohjauksen tarpeelliseksi itsensä kannalta. Ohjauksen sisältäessä aikaisemmin tiedossa olevaa asiaa potilaat kokevat sen usein turhauttavana. Lisäksi näin tuhlataan usein muutenkin lyhyttä ohjausaikaa. Sen sijaan tulisi keskustella potilaan kanssa hänen kokemuksistaan sekä mahdollisista ongelmistaan, joihin hän erityisesti kaipaa ohjausta ja tukea. Tällöin ohjaaja pystyy paremmin muotoilemaan ohjauksen juuri kyseiselle potilaalle sopivaksi (Oberle ym. 1994). Potilaan kokemus ohjaajan luotettavuudesta vaikuttaa myös ohjauksen onnistumiseen. Epäolennaisen informaation poistaminen sekä ohjaajan hyvä tietämys asiasta edistävät omalta osaltaan ohjauksen onnistumista (Poskiparta 1997).

Hoitoon osallistuvista ammattiryhmistä katsotaan vastuun potilaan ohjauksesta kuuluvan hoitajille, koska he yleensä ovat läheisimmässä kontaktissa potilaan kanssa. Hoitajilla on myös hyvät mahdollisuudet potilaan opettamiseen, koska he viettävät potilaan kanssa eniten aikaa. Hoitajilla on siten parhaat mahdollisuudet arvioida potilaan ohjauksellisia tarpeita sekä valmiuksia (Noble 1991). Potilaan ohjausta voi vaikeuttaa ohjaukselle hoitotyössä annettu alhainen prioriteetti sekä organisaation tuen puute. Hoitajien rooli potilaan ohjauksessa on usein epäselvä, mikä osaltaan vaikeuttaa ohjausta. Potilaat eivät aina näe hoitajaa tiedonlähteenä (Poskiparta 1997). Potilaan ohjaukseen tulisi kuitenkin osallistua myös muiden hoitoon osallistuvien. Tilley ym. (1987) tutkimuksen mukaan potilaat halusivat tautiinsa ja toipumiseensa liittyvää tietoa lääkäriltä, mutta hoitaja nähtiin kuitenkin yleisimpänä tiedon antajana.

Leino-Kilpi ja Vuorenheimo (1993) tutkivat silmäleikkauspotilaiden käsitäyksiä hyvästä perioperatiivisesta hoidosta. Useimmat tutkimukseen osallistuneista potilaista halusivat tietoa suoraan leikkaavalta lääkäriltä, koska häntä pidettiin luotettavimpana tietolähteenä. Nukutuksesta haluttiin tietoa nukutuslääkäriltä. Hoitohenkilökuntaa pidettiin toissijaisena tiedonlähteenä. Vastavanlaisia tuloksia on saatu myös päiväkirurgisilla potilailla tehdyssä tutkimuksessa. Tutkimukseen osallistuneista potilaista yli puolet asetti lääkärin ensisijaiseksi tiedonlähteeksi oman hoitonsa kannalta (Oberle ym. 1994).

Potilaan ohjaus edellyttää ohjaajalta asiasisällön hyvää tuntemista ja tietämystä. Ohjaajan ammatillinen tietämys on yksi tärkeimmistä kriteereistä, joihin perustuu hänen luotettavuutensa ohjaajana. Hyvän asiantuntemuksen avulla ohjaaja voi vähentää tai poistaa epäolennaista tietoa ennen ohjauksen alkua. Ohjaaja tarvitsee tietoa myös eri alueista, jotka vaikuttavat opettamiseen ja oppimiseen, esimerkiksi psykomotorisista ja affektiivisista tekijöistä (Close 1988). Jos hoitajalla ei ole riittävästi kommunikaatiotaitoja, hänen on vaikea arvioida potilaan hoidon tarvetta, suunnitella hoitoa, toteuttaa ja arvioida sitä. Kommunikaatiotaitojen puutteen syynä voi olla koulutuksen antamat riittämättömät kommunikaatiotaidot. Lisäksi tehottoman kommunikaation syynä voi olla ajan puute (Fitzpatrick ym. 1992).

Tutkimuksessaan Carr & Thomas 1997 selvittivät hoitajien ja lääkäreiden käsityksiä potilaan opettamisen esteistä sairaalassa. Tutkimuksessa tuotiin esille rakenteelliset tekijät, potilaan opettamisen hyöty ja potilaan oma näkökulma. Rakenteellisina tekijöinä hoitajat ja lääkärit pitivät muita hoitoon liittyviä tekijöitä. Rakenteellisena syynä pidettiin myös liian lyhyttä sairaalassa oloaika. Potilaan opettamista ei pidetty hyödyllisenä, koska sillä ei koettu olevan vaikutusta potilaan käyttäytymiseen. Lääkärit kokivat hoitajia useammin potilaan opettamisen hyödyttömäksi. Potilaan sairaus koettiin melko harvoin esteeksi ohjaukselle. Potilaasta itsestään johtuvista tekijöistä tärkeimpänä tuli esille potilaan oma kiinnostuksen puute käyttäytymisen muutokseen. Potilas osaa oppia, mutta ei välttämättä halua oppia.

Hirvonen (1992) on tutkinut potilasopetusta hoitotyössä. Tarkoituksena oli kuvata sairaanhoitajien käsityksiä potilasopetuksesta, sen toteutumisesta ja toteutumisen esteistä. Tulosten mukaan sairaanhoitajat toteuttivat ja halusivat toteuttaa potilasopetusta ohjauksena. Sairaanhoitajat korostivat ohjauksen vuorovaikutuksellisuutta ja kuvailivat sen tasavertaiseksi ihminen ihmiselle puhumiseksi. Ohjaus lähtee potilaan tarpeista tai tilanteesta. Sitä tapahtuu kaiken aikaa, kun sairaanhoitaja on potilaan kanssa tekemisissä. Ohjauksen esteenä sairaanhoitajat pitivät ajan puutetta ja liian suuria potilasmääriä. Esteinä pidettiin myös omia puutteellisia valmiuksia ja asenteita sekä hoitotyön asemaa organisaatiossa. Potilaasta johtuvia esteitä sairaanhoitajat mainitsivat melko suppeasti. Esteinä pidettiin potilaan ikää, kiinnostuksen ja motivaation puutetta sekä sairauden vaihetta ja tiedon tasoa. Ympäristön taholta esteenä pidettiin rauhallisen tilan puutetta. Lisäksi ympäristö vaikutti paljon siihen, missä rajoissa sairaanhoitajat joutuivat toteuttamaan potilasopetusta. Päivittäiset rutiinit pakottivat toimimaan kaavamaisesti tietyn aikataulun mukaisesti. Sairaanhoitajat katsoivat tarvitsevänsä potilasopetuksessa yleisiä hoitotyön valmiuksia, kuten potilaan tuntemusta, asiantuntijuutta, empatiaa sekä oman persoonan käyttöä.

4.1 Ohjauksen sisältö

Ohjauksen sisällön tulisi muodostua yksilöllisesti kunkin potilaan tarpeiden pohjalta. Tarpeiden arviointi onkin oleellinen osa ohjauksen suunnittelua, jos informaatio halutaan suunnata yksilöllisesti siten, että potilas saa relevanttia tietoa (Leino-Kilpi ym. 1993). Preoperatiivisen ohjauksen tavoitteena on antaa potilaalle tietoa ja psykososiaalista tukea. Ohjauksen tulisi auttaa potilasta saamaan leikkauksen jälkeisen toipumisen kannalta tärkeitä tietoja (Poskiparta 1997).

Potilaalle annettava tieto voidaan jakaa kolmeen osa-alueeseen: 1) menettelytapoihin tai tilanteeseen liittyvä informaatio, 2) aistikokemuksiin liittyvä informaatio ja 3) potilaan rooliin liittyvä informaatio. Potilaan toipumisen kannalta tehokkain informaatio koostuu kaikkien edellä mainittujen kombinaatios-

ta (Rothrock 1989). Menettelytapoihin liittyvä informaatio sisältää hoidon antajan selitykset hoitoon liittyvistä toiminnoista, käytettävistä laitteista ja välineistä sekä siitä, minkälaisia tapahtumia potilas tulee hoitonsa aikana kokemaan ja mikä on niiden ajankohta (Leino-Kilpi ym. 1993). Kirurgiset potilaat asettavat yleensä etusijalle menettelytapoihin liittyvän informaation (Rothrock 1989). Leino-Kilven ja Vuorenheimon (1993) tutkimuksen mukaan preoperatiivisessa vaiheessa potilaat tarvitsevat tietoa toimenpiteen suoritustavasta ja anestesiasta sekä myös ennusteesta ja toimenpiteeseen mahdollisesti liittyvistä riskeistä. Kaksi kolmasosaa potilaista oli tyytyväisiä saamaansa preoperatiiviseen informaatioon.

Aistikokemuksiin liittyvällä informaatiolla tarkoitetaan potilaalle annettavaa tietoa siitä, mitä hän tulee perioperatiivisen prosessin aikana aistiensa välityksellä kokemaan. Tämä informaatio kohdistuu potilaan kokemuksiin ja sen tarkoituksena on vähentää potilaan pelkoja (Leino-Kilpi ym. 1993).

Potilaan rooliin liittyvä informaatio on kolmas osa-alue. Se sisältää tietoa niistä odotuksista, joita hoitavalla henkilökunnalla on potilaan omasta osallistumisesta hoitoon hoitoprosessissa (Leino-Kilpi ym. 1993).

Ohjauksen sisältöalueena tulisi olla psykososiaalisen tuen antaminen. Sen tarkoituksena on potilaan ja hoitajan välisen vuorovaikutuksen avulla yhdessä käsitellä potilaan pelkoja ja edistää hänen selviytymistään kirurgisessa prosessissa (Leino-Kilpi ym. 1993). Rothrock (1989) on analysoinut 54 psykologiopeutuksellisen preoperatiivisen intervention sisältänyttä tutkimusta. Tämän katsauksen perusteella kirurgisen potilaan psykologisella tukemisella oli tehokas vaikutus sekä potilaan pelkoihin että epäsuotuisiin asenteisiin. Interventioilla oli myös myönteisiä vaikutuksia potilaan postoperatiiviseen toipumiseen ja potilastyytyväisyyteen.

Ohjauksen tulisi sisältää niiden taitojen, aktiviteettien ja harjoitusten opettaminen potilaalle, jotka edistävät potilaan toipumista leikkauksesta ja /tai vähentävät komplikaatioiden riskiä (Leino-Kilpi ym. 1993). Taitojen opetuksella ja potilaan toipumisella leikkauksen jälkeen on tutkimuksessa osoitettu olevan positiivinen yhteys (Davine & Cook 1986).

Tutkimuksessaan Yount ym. (1990) ovat selvittäneet, mitä hoitajien mielestä ohjauksen tulisi sisältää ennen leikkausta ja ohjauksen optimaalista ajankohtaa. Hoitajat asettivat eri sisältöalueista tärkeimmäksi psykososiaalisen tuen ja toiselle sijalle opetuksen. Seuraaviksi sisältöalueiksi hoitajat asettivat tietojen antamiseen liittyvät osa-alueet. Kolmanneksi tärkeimmäksi sisältöalueeksi hoitajat asettivat tilanteeseen liittyvän informaation. Potilaan rooliin liittyvä informaatio oli neljännellä tilalla ja viimeisenä aistikokemuksiin liittyvä informaatio. Potilaan ohjauksessa annettava tieto sisältää yleensä eniten tilanteeseen liittyvää informaatiota. Tutkimuksen mukaan lisäämällä potilaan käyttäytymiseen liittyvää informaatiota parannetaan potilaan tyytyväisyyttä. Aistikokemuksiin liittyvällä informaatiolla on myös positiivinen vaikutus potilaan leikkauksen jälkeiseen toipumiseen. Harvat potilaat yleensä saavat jokaista kolmentyyppistä informaatiota (Oberle ym. 1994).

4.2 Ohjauksen toteuttaminen

Potilaan ohjaus pitää suunnitella, toteuttaa ja arvioida. Tärkeintä ohjauksessa on potilaan tarpeiden arviointi. Sillä voidaan varmistaa ohjauksen yksilöllisyys potilaan tarpeiden mukaisesti ja se, että potilas voisi saada hänelle relevanttia tietoa (Noble 1991). Hoitajan tulee lisäksi arvioida potilaan fyysinen ja henkinen kyky ottaa vastaan ohjausta. Pelokkaiden ja jännittyneiden potilaiden informaation tarve tulisi arvioida erityisen huolellisesti (Leino-Kilpi ym. 1993). Lisäksi ohjaajan pitäisi olla tietoinen potilaan oppimistarpeista, kognitiivisista kyvyistä, oppimistyylistä, nykyisestä tietämyksestä ja kokemuksesta, opetuksellisesta tasosta sekä valmiudesta oppia (Rakel 1992).

Potilaan ohjaukselle voidaan asettaa useita tavoitteita. Eräänä tavoitteena on juuri potilaan pelkojen ja jännityksen lieventäminen. Ohjauksen tavoitteena on myös luottamuksen syntyminen, tiedon saaminen, väärinkäsitysten oikaiseminen sekä potilaan osallistumismahdollisuuksien lisääminen (Päivärinta 1992). Ohjaus annetaan usein kiireessä, eikä ole aikaa arvioida tiedon perillemenoita. Hoitohenkilökunta kuitenkin olettaa, että potilaalla on tuo tieto käytössään. Ongelmana on myös se, onko hoitajan potilaalle kertoma asia merkinnyt täysin samaa sekä potilaalle että hoitajalle (Leino-Kilpi ym. 1993).

Ohjaus voidaan antaa suullisesti, kirjallisesti ja/tai audiovisuaalisesti. Kirjallisen ohjauksen etuna on, että potilaalla on mahdollisuus rauhassa syventyä asiaan ja tarvittaessa kerrata sitä. Kirjallisen ohjauksen laatimisessa tulee kuitenkin huomioida käytetty sanasto ja kielenkäyttö. Potilaiden on vaikea ymmärtää lääketieteellistä terminologiaa (Oberle ym. 1994). Taitojen oppimisessa demonstrointi ja suullinen ohjaus on kirjallista ohjausta tehokkaampi (De Muth 1989). Suullisen ja kirjallisen ohjauksen yhdistäminen tukee parhaiten ohjauksen onnistumista. Suulliseen ohjaukseen yhdistetty kirjallinen materiaali antaa potilaalle mahdollisuuden myöhemmin palata asiaan ja kerrata sitä tarpeen mukaan (Lepczyk 1990). Hoitohenkilökunnan tulisi enemmän käyttää kirjallista materiaalia ohjauksessa, koska se takaa informaation saatavuuden (Santavirta ym. 1994).

Ohjaus voidaan toteuttaa yksilöllisenä ohjauksena tai ryhmäohjauksena. Yksilö- ja ryhmäohjauksen eroja selvitettäessä on todettu, että preoperatiivisella yksilö- ja ryhmäohjauksella on samanlaiset vaikutukset postoperatiiviseen selviytymiseen. Ryhmäohjauksen etuna on katsottu olevan taloudellisuuden (Allen ym. 1992). Sen etuna voidaan pitää myös sitä, että ohjaukseen kuluva aika lyhenee. Lisäksi ryhmäohjaus tarjoaa potilaille mahdollisuuden saada sosiaalista tukea toisilta potilailta, jotka ovat samantilanteessa (Good-Reis & Pieper 1990, Pape 1990).

Yount ym. (1990) tutkivat hoitajien käsityksiä parhaasta mahdollisesta ohjauksen ajankohdasta. Suurin osa hoitajista valitsi sairaalassaoloajan ja siitä leikkausta edeltävän ajan. Seuraavaksi useimmin valittiin sairaalaan tuloa edeltävä aika. Lepczyk ym. (1990) tutkivat preoperatiivisen ohjauksen ajoituksen vaikutusta jännittyneisyyteen ja potilaan tietämykseen. Tutkimuksessa ohjaus

annettiin kahtena eri ajankohtana. Sairaalassa olevat potilaat saivat ohjausta päivää ennen leikkausta ja toisen ryhmän potilaat saivat ohjausta polikliinisina potilaina 4-8 päivää ennen leikkausta. Tutkimuksen mukaan ei ole merkittävää eroa sillä, saako potilas ohjausta viikkoa vai päivää ennen leikkausta. Vastavänlaisiin tuloksiin ovat tulleet myös Mavrias ym. (1990) tutkiessaan preoperatiivisen ohjauksen ajoitusta sappipotilailla.

Ohjauksen toteuttamisessa tulee kiinnittää huomiota myös ympäristöön. Ohjaus tulisi antaa rauhallisessa ympäristössä, jossa on mahdollisimman vähän häiritseviä tekijöitä, kuten melua (De Muth 1989). Männistön (1990) tutkimuksen mukaan potilaat kokivat positiivisesti myönteisen, turvallisen ja rauhallisen ympäristön, jossa oli mahdollisuus kahdenkeskiseen keskusteluun ohjaajan kanssa.

4.3 Lyhythoitokirurgisen potilaan ohjaus

Lyhytkirurgisen toiminnan luonteeseen kuuluu, että potilas on itse vastuullinen leikkausta edeltävästä ja sen jälkeisestä hoidostaan. Tämä on muuttanut myös hoitohenkilökunnan toimenkuvaa. Potilaan on kuitenkin tiedettävä, kuinka hoitaa itseään, ennen kuin hän voi vastata hoidostaan. Ohjaus on keino antaa potilaalle nämä valmiudet (Lea & Phippen 1992).

Lyhentyneen hoitoajan takia potilaan ohjauksen voi jäädä aikaa vain muutama tunti aikaisemman muutaman päivän sijasta. Lyhytkirurgiaan kuuluu, että potilas on sairaalassa korkeintaan kolme vuorokautta, päiväkirurginen potilas kotiutetaan jo samana päivänä. Potilaan valmistautuminen leikkaukseen ja leikkauksen jälkeinen toipuminen tapahtuu kotona. Hoitajien tehtävänä on antaa potilaalle tarvittavat tiedot ja taidot, jotta hän pystyy hoitamaan itseään kotona (Lääkintöhallitus 1990).

Lyhytkirurgisen leikkauksen laatu, käytetyn anestesian muoto sekä potilaan omat edellytykset asettavat omat ehtonsa annetulle ohjaukselle. Jokainen potilas tarvitsee yksilöllisesti sovellettua ohjausta. Päiväkirurgiseen toimenpiteeseen tuleva potilas tarvitsee selvästi perusteellisempaa informaatiota ja ohjausta kuin vuodeosastolla hoidettava kirurginen potilas (Lääkintöhallitus 1990). Tehokkaan ohjauksen avulla potilas saa valmiudet hoitaa itseään kotona. Tiedon ja tarvittavien taitojen lisäksi ohjaukseen tulee sisältyä psykososiaalista tukea, joka edistää potilaan kykyä ottaa vastaan ohjausta ja siten hänen toipumistaan. Ohjauksen avulla voidaan vähentää myös potilaiden jännitystä ja pelkoa leikkausta sekä nopeaa kotiuttamista kohtaan (Icenhour 1988).

Nikusen (1994) tekemässä tutkimuksessa selvitettiin hoitajien käsityksiä niistä vaatimuksista, joita lyhytkirurgisten potilaiden ohjaus heille asettaa. Tiedon osalta hoitajat katsoivat useimmiten tarvitsevansa ohjauksessa lääketieteellistä tietoa potilaan sairaudesta, leikkauksesta ja anestesia-ainemuodoista. Lähes yhtä usein hoitajat katsoivat tarvitsevansa tietoa lyhytkirurgisen potilaan kotijatkohoidosta. Tämän alueen merkitys potilaan ohjauksen kannalta onkin oleell-

nen, koska potilaat tarvitsevat tietoa erityisesti kotihoitoon liittyvistä asioista. Ongelmana tällöin on usein se, että kotiinlähtövaiheessa potilaat eivät vielä tiedä mahdollisia tulevia ongelmia ja siksi he eivät aina koe saamaansa ohjausta tarpeellisena.

Ohjauksessa tarvitaan myös taustatietoja potilaasta, kuten potilaan iästä, ammatista ja kotioloista. Potilaan ohjauksen kannalta tämä on erittäin oleellista, jotta potilaalle annettu ohjaus voidaan suunnitella yksilöllisesti juuri hänen tarpeittensa pohjalta. Siksi hoitajalla tulisi olla riittävästi tietoa potilaan kotioloista, jotta kotona tapahtuvan hoidon ohjausta voidaan soveltaa potilaiden tarpeiden ja mahdollisuuksien mukaisesti. Tällä tavoin kukin potilas saa juuri hänelle relevanttia tietoa (Nikunen 1994).

Potilaan ohjauksessa ohjaaja tarvitsee tietoa ja asiantuntemusta monelta eri alalta, jotta hän pystyy antamaan hyvää ja potilaan tarpeita vastaavaa ohjausta. Kaikilla ohjaukseen osallistuvilla tulisi olla perustiedot potilaan koko hoidosta, koska ohjaajan osoittama asiantuntemus lisää omalta osaltaan ohjaussuhteen luottamuksellisuutta (Nikunen 1994).

Lyhythoitosten kirurgisten potilaiden ohjauksista hoitajat toivat esille suunnittelutaidon sekä potilaan tarpeiden arvioimistaidon. Nämä kaksi taitoa ovat potilaiden ohjauksen kannalta hyvin olennaisia, kun huomioidaan käytettävissä olevan ajan lyhyys. Tältä pohjalta pystytään paremmin suunnittelemaan ja toteuttamaan juuri kyseiselle potilaalle yksilöllinen ohjaus. Hoitajan tulee potilaan antamien epäsuorienkin vihjeiden avulla arvioida, mikä on tämän potilaan kyky ottaa vastaan ohjausta tai mitkä ovat hänen tarpeensa. Potilaat eivät aina itse osaa tai halua ilmaista tarpeitaan, vaan tyytyvät saamaansa ohjaukseen. Kolmantena taitona hoitajat toivat esille vuorovaikutustaidot. Ohjauksen kannalta ajateltuna vuorovaikutustaidot ovat hyvin keskeisessä asemassa. Hyvän vuorovaikutustaidon omaava hoitaja pystyy parhaiten arvioimaan potilaan tarpeita ja vastaanottokykyä ohjauksen suhteen. Vuorovaikutustaitojen puute saattaa olla merkittävä potilaan ohjaukseen vaikuttava tekijä (Nikunen 1994). Liian vähän on kuitenkin kiinnitetty huomiota hoitajien taitoihin arvioida ja vastata potilaiden ja heidän omaistensa ohjauksen tarpeeseen (Frisch ym. 1990).

Lyhythoitoksen kirurgisen potilaan ohjaus edistää potilaan motivoituneisuutta ja yhteistyökykyä. Potilaan kiinnostukseen ja osallistumiseen vaikuttaa se, miten mielekkäänä hän kokee ohjauksen omien tarpeittensa kannalta. Toisaalta jännitys, aikaisemmat kokemukset ja erilaiset pelot voivat vaikuttaa vähentävästi yhteistyökykyyn ja motivoituneisuuteen. Hoitajalla tulisi olla taito ja kyky arvioida ja pohtia, mikä on syynä potilaan motivoituneisuuden ja yhteistyökyvyn puutteeseen. Ohjauksen toteuttamista helpottavat erilaiset kirjalliset ohjeet. Valmiiden ohjeiden käytössä on kuitenkin huomioitava se, että niiden tulee olla selkeästi ja helposti ymmärrettäviä. Siksi ne tulee suunnitella huolella. Kirjalliset ohjeet ovat kuitenkin aina vain osa ohjausta, suullisen ohjauksen tukena ja apuna (Nikunen 1994).

Ohjauksen onnistumista edistää myös preoperatiivinen yhteydenotto. Tällöin voidaan tukea ja ohjata potilasta leikkaukseen valmistautumisessa. Samalla hoitaja saa tarvittavia taustatietoja potilaasta muun muassa ohjauksen suunnittelua varten. Potilas saa myös mahdollisuuden luoda ensikontaktin

henkilökuntaan ja esittää mahdollisia kysymyksiä (Kleinfeldt 1990, Nikunen 1994). Ohjauksen jatkuvuutta voidaan parantaa myös postoperatiivisellä yhteydenotolla, esimerkiksi puhelimitse, jolloin voidaan tarvittaessa antaa lisäohjausta potilaalle (Kleinfeldt 1990).

Nikusen (1994) tutkimuksessa ohjausta edistävänä tekijänä pidettiin edellisten lisäksi myös hoitajien pitkää työkokemusta, joka antaa mahdollisuuden hyödyntää omia kokemuksia potilaan ohjauksessa.

Lääkintöhallituksen (1990) ohjeiden mukaan potilasohjauksen on liityttävä koko hoitojaksoon lähetteen saapumisesta hoitojakson arviointiin saakka. Ohjaustilanteet voidaan näin jakaa kolmeen vaiheeseen: hoidonvaraukseen asettaminen, esitarkastus ja kotiuttaminen. Kaikissa näissä vaiheissa tulisi pyrkiä mahdollisimman kattavaan ohjaukseen. Icenhourin (1988) tekemässä tutkimuksessa polikliinisten leikkauspotilaiden ohjaukselle varattiin erillinen aika kotiuttamisen yhteyteen. Toinen potilasryhmä sai kirjallista materiaalia sekä vähän formaalista ohjausta. Potilaat, joiden ohjaukselle oli varattu erillinen aika kotiuttamisen yhteydessä, olivat tyytyväisempiä ohjaukseen ja useimmat potilaat olivat saaneet riittävästi tietoa. Ohjaustilanne mahdollisti myös omaisen läsnäolon.

Ajanpuutteen lisäksi vaikeutena on usein myös ohjauksen ajoitus lyhyen hoitojakson aikana. Oberlen ym. (1994) päiväkirurgisille potilaille tekemän tutkimuksen mukaan useat potilaat olivat tyytymättömiä ohjauksen ajoitukseen. Potilaat toivat esille, että suurin osa ohjauksesta tapahtui välittömästi ennen leikkausta tai sen jälkeen. Tutkimuksessa ilmeni, että noin neljännes potilaista kertoi saaneensa vähän tai ei ollenkaan tietoa leikkauksesta. Todellisuudessa hoitajat olivat kuitenkin antaneet tietoa koko perioperatiivisen vaiheen ajan. Potilaat eivät pystyneet muistamaan tuona aikana saamaansa informaatiota. Toisaalta on muistettava, että jos potilaat saavat ohjausta paljon ennen leikkausta, he eivät ole vielä riittävän motivoituneita omaksumaan tietoa. Ohjausta vaikeutti myöskin se, että yli puolet potilaista ei ollut huomionnut, että hoitajat olisivat millään tavoin vastuussa heidän ohjauksestaan. Yli puolet potilaista asetti lääkärin ensisijaiseksi tiedonlähteeksi oman hoitonsa kannalta.

5 SAIRAALASTA KOTIUTUS

Sairaalasta kotiutuksesta ei ole olemassa yhtä kaiken kattavaa määritelmää (Victor & Vetter 1988). Suomenkielisissä tutkimuksissa käytetään käsitteestä vaihtelevasti muotoja sairaalasta kotiuttaminen ja kotiutus toistensa synonyymeinä (Autio 1996). Englanninkielisessä kirjallisuudessa käytetään kotiutuksesta yleisesti termiä "discharge". Käsitettä ei ole kuitenkaan määritelty englanninkielisissä tutkimuksissa juuri lainkaan. Discharge-käsitteellä on useita muitakin yleisiä merkityksiä. "New Webster's dictionary" (1991) määrittelee sille seuraavia merkityksiä: lähettää ulos, purkaa laiva, päästää tai laskea vapaaksi, sallia tai antaa lupa, vapauttaa itsensä maksamisesta.

Sairaalasta kotiutus ja siihen liittyvät hoitotyön toiminnot voidaan ymmärtää prosessiksi (Closs & Tierney 1993), jonka tarkoituksena on helpottaa potilaiden siirtymistä ympäristöstä (laitos) toiseen ympäristöön (koti). Kotiutus on hoitotyön toimintaa, jonka aikana potilaat valmistautuvat kotihoitoon siirtymiseen (Leino-Kilpi & Vuorenheimo 1993). Kotiutuminen laitoksesta on potilaille yleensä pelkästään myönteinen asia (Lindgren 1993), mutta se voi olla heille myös vaikea ja riskialtis tilanne sisältämänsä muutoksen vuoksi (Noro ym. 1992), etenkin, jos kotiutuminen tapahtuu äkillisesti ja valmentamatta.

Kotiutus sairaalasta on prosessi, joka sisältää eri tutkimusten mukaan lukuisia käytännön hoitotyöhön liittyviä osa-alueita. Kotiutuksessa korostuvat jatkuvuuden ja turvallisuuden periaatteet. Peruslähtökohtana on suunnitelmallisuus (Gongdon 1994). Kotiutusprosessi käynnistyy suunnittelulla, jonka potilaan oma hoitaja aloittaa yhdessä potilaan ja itsensä kanssa niin nopeasti kuin mahdollista sairaalahoidon alkuvaiheessa. Suunnittelua tehdään moniammatillisessa yhteistyössä (Mac Millan 1994). Oma hoitaja valmistele potilasta kotiutumiseen keskustelemalla sekä antamalla hänelle tietoa ja ohjausta. Samalla on tärkeää, että hoitaja kannustaa ja rohkaisee häntä itsenäiseen selviytymiseen. Tällöin hoitaja tukee potilaan omatoimisuutta kaikissa mahdollisissa tilanteissa (Autio 1996). Keskustelemalla potilaan kanssa hoitaja kykenee selvittämään, onko potilas sitoutunut kotiutussuunnitelmaan. Sitoutuminen on tärkeä edellytys sille, että kotiutus onnistuu (Jones ym. 1989).

Hoitaja ottaa kotiutusprosessin aikana huomioon myös omaisten kotiutusta koskevat mielipiteet sekä vastaa heidän tuen ja tiedon tarpeisiinsa (Gongdon

1994, Autio 1996). Sosiaalinen verkosto ja tuki mahdollistavat vanhuspotilaiden kotiutuksen (esim. Pietilä & Tervo 1996). Potilaalla ja hänen omaisellaan on oikeus tietää, kuka tai ketkä henkilöt työryhmässä suunnittelevat kotiutusta. Heillä on oikeus tulla kutsutuksi mukaan päätösten tekoon. Vain yhteistyötä tehden moniammatillinen työryhmä yhdessä potilaan itsensä ja osaamisen kanssa voi asettaa realistisia ja hyväksyttäviä tavoitteita, jotka on mahdollista saavuttaa (Gongdon 1994, Autio 1996). Kotiutuksen suunnittelu onkin monessa tapauksessa erilaisten näkemysten yhteensovittamista (Dill 1995). Tavoitteena tulee kuitenkin pitää palvelemista potilaan ja hänen lähiomaistensa esille tuomien lähtökohtien mukaan, ei auttajan ja organisaation. Se edellyttää todellista potilaan mukaan ottamista keskusteluun ja päätöksentekoon. Se perustuu ihmisen moraalisiin ja laillisiin oikeuksiin (Outinen ym. 1994, Tähtiö 1995).

Kotiuttamistilanne on merkittävä vaihe päiväkirurgisen potilaan hoitoprosessissa. Tässä tilanteessa potilaalla tulisi olla vielä mahdollisuus kysyä toimenpiteestä. Lääketieteen ja hoitotyön asiantuntijoiden yhdessä laatimia kotiutuskriteereitä pidetään keskeisinä asioina. Keskustelumahdollisuus leikkauksen lääkärin kanssa lisää potilaan turvallisuuden tunnetta kotiutuksessa (Hankela 1994).

Kotiutusprosessin aikana asiakkaan voimavarat arvioidaan realistisesti ja niitä verrataan suunnitellun kotiutumispaikan vaatimuksiin. Lisäksi järjestetään tarvittaessa riittävän aikaisessa vaiheessa kotiapu, apuvälineet ja tarpeelliset kodin muutostyöt, joiden turvin kotiutettavan on mahdollista selviytyä (Autio 1996).

5.1 Vanhuspotilaan kotiutus sairaalasta

Iäkkäiden lyhythoitoisten kirurgisten potilaiden kotiutuksesta on Suomessa saatua tutkimustietoa toistaiseksi melko vähän. Kuitenkin yli 65-vuotiaat ovat sairaaloiden suurin potilasryhmä. Samalla se on ryhmä, joka toipuu akuutin sairaalahoidon jälkeen hitaimmin ja tarvitsee eniten huomioonottamista kotiin palaamista suunniteltaessa ja toteutettaessa (Noro ym. 1992, Vaarama & Hurskainen 1993, Karppinen 1997). Iäkkäät eivät kuitenkaan ole homogeeninen ryhmä, jonka tarpeet voitaisiin määritellä esimerkiksi yksinomaan iän perusteella. Tutkimustietoa tarvitaan muun muassa iäkkäiden potilaiden kotiutukseen liittyvistä erityispiirteistä ja niistä ryhmistä, jotka tarvitsevat erityistä huomioonottamista esimerkiksi tiedon-, ohjauksen- tai avuntarpeen suhteen ennen kotiutusta sairaalasta (Closs & Tierney 1993, Mac Millan 1994).

Ulkomailla tehdyissä kotiutustutkimuksissa vanhuspotilaiden toimintakyky, yleisen kotona selviytymisen ennustettavuus ja virallisten hoito- ja hoivapalveluiden käyttö sairaalahoidon jälkeen ovat keskeisesti esillä. Williams ym. (1994) tutkivat USA:ssa lonkkamurtumapotilaiden toimintakykyä ennen leikkausta ja leikkauksen jälkeen. Tutkimuksen mukaan neuvonnan sisällön tuli olla liikkumisen neuvontaa, ei niinkään elämäntapaan ja kaatumisen ehkäisyyn

painottuvaa. Hoitajakson tuli olla mahdollisimman lyhyt. ”Pidä yllä toivoa ja katso tulevaisuuteen” oli ydinohje. Bull (1994) tutki USA:ssa vanhusten avun tarvetta ja avun saantia kotiutuksen jälkeen. Tutkimuksen mukaan kotipalveluhenkilökunnan kotikäynti ennen kotiutusta ja selviytymisen tarkistaminen kaksi viikkoa kotiutuksen jälkeen oli merkittävästi hyödyksi palvelujen käytölle kotona. Frankum ym. (1995) tutkivat vanhuspotilaiden kotiutukseen liittyviä riskitekijöitä. Kuntohoitaja, kotisairaanhoidaja ja potilas arvioivat kotiutuksen jälkeen tehdyllä kotikäynnillä kotona selviytymistä. Kotona selviytymistä paransi sekä henkilökunnan että potilaan positiivinen asenne. Tutkimuksen mukaan potilaille opetetaan sairaalassa hyvin siirtyminen pyörätuoliin ja vuoteeseen, mutta kotona tehtävät muut askareet ja kylpeminen jäävät huomiotta. Nämä olisi lisättävä ohjaukseen myös sairaalaympäristössä. Vastaavanlaista tutkimustietoa on saatavissa myös suomalaisista vanhuksista lääketieteen, hoitotieteen ja sosiaalitieteiden näkökulmasta (Mikkonen 1991, Virjo 1996).

Noron ym. (1992) esitutkimuksessa tutkittiin laadullisin menetelmin potilaiden ja henkilökunnan näkemyksiä kotiutuksesta. Tulosten mukaan ongelmia ilmeni etenkin tiedonkulussa sairaalasta avohoitoon. Henkilökunta olisi myös halunnut antaa enemmän vastuuta omaisille kotiutusvaiheessa. Aution (1996) tutkimuksessa kerättiin kyselytutkimuksella aineisto keski- ja vanhuksikäisiltä potilailta ja hoitohenkilökunnalta. Eniten puutteita kotiutuksessa ilmeni kyselyn mukaan niin sanotuissa tehtäväkeskeisiin toimintoihin liittyvissä ohjaavissa, päätöksentekoa ja omatoimisuutta tukevissa toiminnoissa. Potilaat arvioivat kotiutuksen tapahtuneen kuitenkin paremmin kuin henkilökunta. Karppinen (1997) selvitti yli 65-vuotiaiden potilaiden kotiutusta akuuttisairaalaan potilaiden ja heidän omaistensa arvioimana. Tutkimuksen mukaan jotkut vanhukset ilmaisivat tyytymättömyyttään joidenkin asioiden huomioonottamisesta sairaalassa ennen kotiutusta, mutta lähes kaikki arvioivat kotiutusjärjestelyt yleisesti kuitenkin hyviksi.

Useat tutkimukset osoittavat (esim. Wolock 1987, Aromaa 1989, Jones ym. 1989), että huomattava osa kotona asuvista, etenkin yli 75-vuotiaista, vanhuksista tarvitsee jatkuvasti jonkun toisen henkilön apua päivittäisissä toiminnoissa ja välittömästi sairaalahoidon jälkeen apua tarvitsee jopa puolet vanhuksista. Kuitenkin arviolta vain noin 10-20 % vanhuksista saa apua julkiselta taholta.

Lähiomaisen merkitys vanhuspotilaiden kotiutuksessa on merkittävä. Stenforsin (1996) tutkimuksessa haastateltiin teemahaastattelulla vanhuspotilaiden omaisia vanhusten kotiutusvaiheessa kahdella kirurgisella vuodeosastolla. Tiedonsaannin ja taitojen opettamisen osalta osa omaisista luotti potilaan tiedonsaantiin ja ohjaukseen, osa toivoi omaisille annettavaa henkilökohtaista selvitystä. Tietoa toivottiin saatavan kuitenkin sekä suullisesti että kirjallisesti. Suullinen ohjaus ja demonstrointi arvioitiin taitojen oppimisessa kirjallista ohjausta tehokkaammaksi. Tärkeimpänä tuen saannin muotona omaiset kokivat tietojen ja neuvojen saannin. Vanhuspotilaiden kotiutusta on sivuttu Suomessa myös joissakin omaishoitoa käsittelevissä tutkimuksissa. Niissä omaiset kokivat jääneensä usein ulkopuolisiksi ja vaille tarvitsemaansa tietoa vanhuksen asioista. Karppisen (1997) tutkimuksessa vanhusten iäkkäät puoliset kokivat useimmin, että heitä ei ollut huomioitu vanhusten kotiutusta suunniteltaessa. Samas-

sa tutkimuksessa noin neljännes omaisista koki saaneensa liian vähän tai ei ollenkaan vanhuksen tilanteeseen liittyvää tietoa ja ohjausta. Eniten puutetta oli tukipalveluista tiedottamisessa.

Zureikin (1995) Ranskassa tehdyn tutkimuksen mukaan siihen, kotiutuiko vanhuspotilas akuuttisairaalaan suoraan kotiin vai johonkin jatkohoitopaikkaan, vaikutti eniten juuri omaisten näkemys vanhuksen kotona selviytymisestä. Vanhukset itse olivat tässä tutkimuksessa lähes kaikki (95 %) halukkaita lähtemään heti akuuttihoidon jälkeen suoraan kotiin. Muita tekijöitä, jotka olivat yhteydessä vanhuspotilaiden joutumiseen jatkohoitopaikkaan, olivat yksin asuminen, heikko selviytyminen ADL-toiminnoista sairaalassa, älyllisen ja psyykkisen toimintakyvyn heikentyminen ja vanhusten yleistila jonkin kroonisen sairauden suhteen. Williamsin ym. (1994) tutkimuksessa vanhukset itse nimesivät sairaalahoidon jälkeistä selviytymistä heikentäviksi tekijöiksi heikentyneen toimintakyvyn, voimakkaan huolestuneisuuden kokemisen, yleisen uupumuksen ja virtsaamiseen liittyvät ongelmat (ks. myös Raatikainen 1992).

Sekä potilaat että omaiset kokivat saaneensa usein liian vähän asianmukaista tietoa sairaudesta, lääkityksestä ja julkisista tukipalveluista ennen kotiutusta. Omaiset kokivat myös vanhuksia itseään useammin, että vanhus ei ollut kotiutumishetkellä riittävän hyvässä kunnossa selviytyäkseen kotona (Gongdon 1994, Zureik ym. 1995).

Kolehmainen (1994) tutkimuksessa omaiset toivoivat, että esimerkiksi vanhuksen oma sairaanhoitaja voisi tehdä kotikäynnin ennen vanhuksen kotiutusta, jotta hoitaja voisi konkreettisesti havainnoida, miten vanhus selviytyy omassa ympäristössään. Frankumin ym. (1995) tutkimuksen mukaan sairaanhoitajat pystyvätkin ennustamaan suhteellisen hyvin vanhuksen selviytymistä erilaisista päivittäisistä toiminnoista, mutta vain niistä, joita voidaan havainnoida sairaalassa.

Leikkausten jälkeisestä puhelinseurannasta on saatu hyviä kokemuksia eri puolilla maailmaa. Se vähentää potilaan tarvetta hakeutua avoterveydenhuoltoon, täydentää potilaan ohjeistusta ja lisää potilastyytyväisyyttä (Ukkonen ym. 2001).

5.2 Vanhuspotilaan kotiutukseen liittyvät tekijät

5.2.1 Taustatekijät ja toimintakyky

Iäkkään ihmisen elämän kannalta on olennaista, asuuko hän yksin vai puolison tai muiden henkilöiden kanssa. Kotona selviytymiseen ovat yhteydessä myös vanhuksen ikä, terveydentila, toimintakyky, koulutustausta, työhistoria ja taloudellinen tilanne. Koulutus ja työskentely erilaisilla aloilla ovat mahdollisesti lisänneet henkistä pääomaa ja kokemuksia, jotka voivat olla voimavarana elämässä selviytymisessä myös vanhemmalla iällä. Laajamittaisen sosiaaliturvan

vuoksi yksilön taloudellisen tilanteen merkitys ei Suomessa kuitenkaan korostu (Valkonen & Nikander 1990).

Vanhuspotilaan toimintakyky on tärkeä tekijä, jonka avulla vanhuspotilaan kotiutusta sairaalasta suunnittelevat henkilöt voivat ennustaa vanhuksen kotona selviytymistä. Toimintakyky voidaan nähdä yksilön resurssina eli voimavarana ja subjektiivisena kykynä huolehtia omista tarpeistaan. Toimintakyky-käsitteeseen sisältyy toiminnan käsite, joka liittyy yksilön tietoisuuteen ja persoonallisuuteen. Sitä voidaan kuvata myös hierarkkisena kokonaisuutena, joka koostuu fyysistä, psyykkisistä ja sosiaalisista osa-alueista. Ihmisen toimintakykyyn liittyviä vaikeuksia terveyden näkökulmasta kutsutaan toiminnan vajauksiksi (Jylhä 1990, Mikkonen 1991). Terveyden merkitys yksilölle ei ole vakio, vaan se on yhteydessä ihmisen elämän päämääriin ja kokemuksiin näiden päämäärien saavuttamiseksi. Ihminen itse voi kokea ja tulkita oman terveytensä ja toimintakykyisyytensä toisin kuin terveydenhuollon ammattilaiset (Karvinen ym. 1995).

Keskeisimpiä yksilöllisen fyysisen toimintakyvyn osa-alueista ovat ADL-toiminnot (activities in daily living) eli päivittäiset toiminnot, joita yksilö tarvitsee itsestä huolehtimiseen ja itsenäiseen asumiseen. ADL-toiminnot voidaan ryhmitellä perustoimintoihin (PADL) ja välinetoimintoihin (IADL). Perustoiminnot ovat oleellisia välittömälle itsestä huolehtimiselle. Niitä ovat esimerkiksi peseytyminen, pukeutuminen ja käveleminen. Perustoimintojen selvittämiseen kuuluu se, suoriutuuko henkilö toiminnoista itse, tarvitseeko apuvälineitä tai toisen ihmisen apua vai onko hän näissä toiminnoissa täysin autettava. Välinetoiminnoilla tarkoitetaan toimintoja, joita yksilö tarvitsee itsenäiseen selviytymiseen laajemmassa elinympäristössä. Näitä ovat esimerkiksi taloustyöt, ostosten tekeminen ja julkisten kulkuneuvojen käyttäminen (mm. Jylhä 1990, Given ym. 1990, Zureik ym. 1995).

Aromaan ym. (1997) tutkimuksessa yli 65-vuotiaiden henkilöiden liikkuminen oli heikentynyt 25 %:lla miehistä ja 24 %:lla naisista. Noin neljännes ei selviytynyt itsenäisesti tavallisista perustoiminnoistaan, kuten pukeutumisesta ja riisuutumisesta, liikkumisesta huoneessa, syömisestä, kaupassa käymisestä, käymisestä vuoteeseen ja siitä ylösnousemisesta. Päivittäin avun tarpeessa 75 vuotta täyttäneistä oli kymmenesosa sekä miehistä että naisista. Useita kertoja viikossa apua tarvitsi 25 % miehistä ja lähes 40 % naisista. Avun tarve liittyi arkielämän toimintoihin kuten liikkumiseen, kaupassa asioimiseen, siivoukseen, ruoan laittoon ja henkilökohtaisen hygienian hoitoon. Enemmistö 75-vuotiaista ja 80-vuotiaista joka toinen selviää kotona ilman mitään ulkopuolista apua, mutta 85-vuotiaista enää joka toinen kykenee liikkumaan ilman apuvälineitä ja joka neljäs on laitoshoidossa.

Vanhusten psyykkisiä voimavaroja voidaan lähestyä kognitiokäsitteen tai mielenterveyden näkökulmasta. Voimavarana voi olla hyvin säilynyt muistitoiminta tai yleinen mielenterveys. Vanhuksen kotiutuksen suunnittelussa huomioitavia asioita ovat erityisesti vanhuksen lähimuistiin liittyvät ongelmat, sekavuustilat, masentuneisuus, aloitekyvyttömyys ja harhat (Isohanni & Kivelä 1989, Blaylock & Carolyn 1992, Mac Millan 1994).

Vanhuksen sosiaalisessa toimintakyvyssä korostuu paitsi kyky huolehtia itsestä myös kyky yhteisösuhteisiin ja sosiaalisten tarpeiden tyydyttämiseen. Sosiaaliseen toimintakykyyn liittyvät läheisesti yksilön sosiaalinen verkosto ja sen antama tuki (Mikkonen 1991). Vanha ihminen tarvitsee läheistensä tukea voimavaraksi (Karvinen ym. 1995).

Yksinäisyyden kokemista pidetään viitteenä yleisestä tyytymättömyydestä elämään. Voimakkaat yksinäisyyden kokemukset ja masennus liittyvät usein myös yhteen. Kysymyksessä voi olla sosiaalisten suhteiden vähyys tai fyysinen yksinäisyys, kun ei ole ketään, johon turvata tai jota koskettaa. Se voi olla myös emotionaalista surua, jota ihminen kokee puolison tai läheisen kuoltua. Yksin asuva vanhus voi tuntea itsensä hyvin turvattomaksi ja pelokkaaksi, vetäytyä omiin oloihinsa ja jopa sairastua psyykkisesti (Karvinen ym. 1995).

Pietilän ja Tervon (1996) tutkimuksessa kuvattiin iäkkäiden yli 75 vuotta täyttäneiden henkilöiden kotona selviytymistä edistäviä tekijöitä ja heidän näkemyksiään tulevaisuudesta. Kotona selviytymistä edistäviä tekijöitä olivat sosiaaliset suhteet ja kokemus hyvästä olostä. Hyvän olon kokemisessa korostuivat terveyden merkitys arkielämässä sekä fyysisen, emotionaalisen ja taloudellisen turvallisuuden kokeminen. Kokonaisuudessaan tutkimuksen tuloksista välittyi iäkkäiden ihmisten positiivinen suhtautuminen elämään ja halu selviytyä itsenäisesti päivittäisen elämän asettamista vaatimuksista.

5.2.2 Asuinolosuhteet

Vanhuspotilaan kotiutuksessa on hyödyllistä, että hoitohenkilökunta on tietoinen siitä fyysisestä ja sosiaalisesta ympäristöstä, johon vanhuksen on tarkoitus palata. Ikääntymisen vaikutuksesta ihmisen herkkyyks fyysisen ympäristön piirteille voimistuu. Ympäristö joko mahdollistaa vanhuksen selviytymisen myös henkilön toimintakyvyn heikentyessä tai se muodostuu yhä suuremmaksi este-tekijäksi tai uhaksi. Fyysisen toimintakyvyn heikentyminen ja terveyteen liittyvät rajoitukset vähentävät ihmisen ketteryyttä. Silloin asuinympäristön erilaiset este-tekijät, kuten esimerkiksi kynnykset, matot, raput ja lattian liukkaus, tulevat yhä merkittävimmiksi ja iäkkään henkilön tapaturmariski kasvaa (Sarola 1994). Noin kolmannes eläkeläisistä asui 1980-luvun lopulla omassa asunnossa, joka oli varustetasoltaan puutteellinen tai asunnon perusmukavuudet puuttuivat kokonaan (Koskinen ym. 1988). Vuoteen 2000 mennessä Suomen asuinolot ovat muuttuneet niin, että kaikista suomalaisista asunnoista 98,5 %:ssa oli viemäri, 98,1%:ssa vesijohto, 95,3 %:ssa WC, 95,3 %:ssa lämmin vesi, 95,6%:ssa kylpy ja suihkumahdollisuus ja 99,0 %:ssa keskuslämmitys (Suomen tilastollinen vuosikirja 2002).

Suurin osa ikäihmisistä - 86 % 75 vuotta täyttäneistä - asuu tavallisissa asunnoissa. Yksin asuminen on yleistä, sillä yli puolet yli 75-vuotiaista naisista ja lähes neljäsosa samanikäisistä miehistä asuu yksin. Ikääntyneen väestön asuntojen korjaus- ja muutostöitä on tehty paljon 1990-luvulla. Hissien puuttuminen monista kerrostaloista on kasvava ongelma. Vaikeuksia arjen selviytymisessä syntyy myös niissä asunnoissa, jotka ovat ahtaita pyörätuolia ja muita

apuvälineitä käyttäville. Lisäksi noin joka neljäs ikäihminen on sitä mieltä, että kauppa-, posti-, pankki-, apteekki- ja/tai terveyspalvelut sijaitsevat liian kaukana. (Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimuskeskus 1999).

Vaaraman ja Kaitsaaren (2002) mukaan vuonna 1998 miehistä 17 % ja naisista 46 % asui yksin. Ikääntymisen myötä yksinasuminen lisääntyi. Yleisintä se oli yli 75-vuotiailla naisilla ja kaupunkimaisissa kunnissa. Muun kuin puolison kanssa asuvista lähes joka toinen asui lapsen ja joka kolmas sisaruksen kanssa. 82 % asui omistusasunnossa, 54 % omakotitalossa, 32 % kerrostalossa ja 14 % rivitalossa. Kerrostaloissa asuvista joka kolmas asui hissittömässä talossa. Perustasoltaan puutteellisissa asunnoissa (puuttuu sähkö, juokseva vesi, keskuslämmitys tai sisä-WC) asui 15 % 65 vuotta täyttäneistä miehistä ja 12 % samanikäisistä naisista. Maaseudulla asuttiin puutteellisemmin ja yleisin ongelma oli keskuslämmityksen puuttuminen.

Ikään henkilön kapasiteettimuutokset heijastuvat hänen arkipäivän rutiineihinsa, sosiaaliseen kanssakäymiseensä ja virkistystoimintaansa. Ihmisen yleinen kehityspiirre on se, että ikääntymisen myötä arkitoiminta supistuu. Hän viettää enemmän aikaa kotona, kylässä käynnit vähenevät ja kävelyetäisyys pienenee. Uhkana voi olla yksinäisyys ja siitä aiheutuva yksinäisyyden tunne (Sarola 1994).

Mac Millanin (1994) Skotlannissa tekemän tutkimuksessa haastateltiin sairaalan hoitohenkilökuntaa vanhuspotilaiden kotiutukseen liittyvistä ongelmista. Ympäristökijöistä henkilökunta piti ongelmallisena vanhuksen asumista yksinään omakotitalossa, mukavuuksien puuttumista, liikkumista vaikeuttavia tekijöitä kotona sekä sosiaalisen tuen puutetta.

5.2.3 Sosiaalinen tuki

Sosiaalisen tuen käsite on määritelty usealla tavalla tieteenalasta, tutkijasta tai tutkimuskohteesta riippuen. Gothoni (1991) määrittelee sosiaalista tukea seuraavasti: "Sosiaalisella tuella tarkoitetaan sellaista henkilöiden väliseen kanssakäymiseen liittyvää palautetta tai toimintaa, jolla on tai jolla sen antaja on tarkoittanut olevan saajana jaksamisen ja elämäntilanteeseen liittyvien kysymysten selkiyttämisen kannalta koettu myönteinen vaikutus. Sosiaalinen tuki voi olla emotionaalista, tiedollista tai välineellistä. Sosiaalinen tuki voi olla myös kielteistä silloin, kun tuen saaja kokee sen epämiellyttäväksi tai tarpeettomaksi." Cassell (1976) määrittelee sosiaalisen tuen primääri-, sekundääri- ja tertiääritasoon sosiaalisten suhteiden perusteella. Primääritason tukirakenteen muodostavat oma perhe ja läheisimmät uskotut, sekundääritason muut sukulaiset, ystävät ja naapurit sekä tertiääritason tuttavat ja viranomaiset.

Primääritason tuen antaja on Cassellin (1976) mukaan oman perheen jäsen tai muu läheinen ihminen. Omaisella tarkoitetaan yleensä oman perheen jäsentä tai lähisukulaisista. Omaiskäsittien lähikäsitteitä ovat sukulainen, läheinen ja perhe. Hoidollisesta näkökulmasta katsoen läheinen henkilö, omainen voi olla muukin kuin biologinen sukulainen tai aviopuoliso (Gothoni 1991). Käytännössä hoito- ja auttamistyössä asiakas itse, mikäli kykenee, määrittelee hänelle lä-

heiset perhe- ja omaissuhteet. Tässä tutkimuksessa omaisella tarkoitetaan henkilöä, joka on ensisijaisesti yhteydessä vanhukseen hänen sairaalassaoloaikanaan ja jonka vanhus ensisijaisesti itse määrittelee lähimmäksi omaisekseen. Omaiseksi voidaan siis katsoa perheenjäsenten lisäksi vanhuksen nimeämä läheinen sukulainen, ystävä tai naapuri.

Kunnan velvollisuutena on kansanterveyslain (66/72) mukaan kunnan asukkaiden sairaanhoidon järjestäminen. Kunnan avosairaanhoidon sisältyy kotisairaanhoidon järjestäminen. Kunnan avosairaanhoidon sisältyy kotisairaanhoidon. Sen tärkein osa on valvottu kotisairaanhoidon, jossa asiakkaan luokse tehdään kotikäyntejä sovitulla tavalla säännöllisesti. Kunnan järjestämiin peruspalveluihin kuuluu myös kotipalvelutoiminta, joka on osa yleisiä sosiaalipalveluja. Kotipalvelut on tarkoitettu kaikille ikä- ja väestöryhmille. Asiakkaan varallisuus ei vaikuta palvelujen saamiseen. Palveluja annetaan avuntarpeen perusteella. Tavoitteena on tukea vanhusta hänen oman tavanomaisen elämäntyyliinsä ylläpitämisessä. Kotipalveluja pyritään nykyään tarjoamaan myös viikonloppuisin ja öisin (Koskinen ym. 1988). Muita vanhuksen kotona selviytymistä tukevia virallisia tukipalveluja ovat esimerkiksi päiväsaaraala- ja päiväkeskustoiminta. Kunnallisten palvelujen lisäksi monet vanhuksat saavat erilaisista tukeista erilaisilta vapaaehtoisilta työntekijöiltä ja yksityisiltä palvelujen tuottajilta.

Virjon (1996) mukaan alentunut toimintakyky, kognitiivisten kykyjen heikentyminen, yksin asuminen, asunnon huono varustetaso ja palvelujen saatavuus lisäävät vanhusten kotisairaanhoidon ja kotipalvelujen käyttöä.

Ikärakenteen muutos ja odotettavissa olevan eliniän piteneminen lisäävät iäkkäiden määrää tulevaisuudessa (Kansanterveyskertomus 1996). Yhteiskunnassa tapahtuneet muutokset, kuten kaupunkilaistuminen, väestön peruskoulutustason nousu ja terveydentilan paraneminen, ovat puolestaan muuttaneet ja muuttavat edelleen ikääntyvien asemaa yhteiskunnassa (Hurskainen & Vaarama 1993).

Hammar ym. (1999) tutkivat 60-65-vuotiaiden helsinkiläisten odotuksia sosiaali- ja terveyspalveluista ja omasta terveydestään silloin, kun he ovat 80-vuotiaita. Vastaajista yli puolet ajatteli olevansa vielä 80-vuotiaana aktiivisia, osallistuvia ja omista asioistaan ja hoidostaan päättäviä. Vastaajat odottivat tukea sosiaali- ja terveydenhuollon työntekijöiltä omatoimisuuden säilyttämisessä mahdollisimman pitkään ja omien asioiden hoitamisessa kodin ulkopuolella. Myös hoidon jatkuvuus koettiin tärkeäksi: vastaajat toivoivat, että työntekijät hoitaisivat heitä, he saisivat sosiaali- ja terveyspalvelut samasta paikasta ja ettei heitä siirrettäisi hoitopaikasta toiseen. Vastaajat halusivat vielä 80-vuotiaana osallistua palveluiden suunnitteluun. Pitkä peruskoulutus oli yhteydessä omatoimisuuteen, osallistumiseen ja vastuun ottamiseen itsestään ja hoidostaan.

Useimmat ikääntyneet haluavat asua kotonaan sairauksistaan ja vaivoistaan huolimatta niin kauan kuin mahdollista. Kotona asuvat selviytyvät aina 75-vuotiaaksi asti päivittäisistä toiminnoistaan melko hyvin (vrt. Liimatta ym. 1994, Aro ym. 1993). Pietilän ja Tervon (1998) tutkimuksessa sosiaaliset kontaktit (omaiset, naapurit, peruspalvelut), osallistuminen päivittäiseen elämään sekä harrastukset ja vaikuttaminen oman elämän kulkuun auttoivat vanhuksia sel-

viytymään kotona. Lisäksi turvallisuuden kokeminen oli yksi tärkeä tekijä kotona selviytymisessä.

Gothi (1990) selvitti tutkimuksessaan yli 75-vuotiaiden kotona asuvien vanhusten elämäntilannetta ja sosiaalisen tuen saantia. Vanhukset toivoivat saavansa apua sitä tarvitessaan omilta puolisoiltaan, lapsiltaan ja muilta läheisiltään. Omaisten apu oli merkittävää, vaikka vanhusten suurimmat odotukset kohdistuivat julkisiin sosiaali- ja terveyspalveluihin.

Terveydenhuollossa ollaan siirtymässä perinteisistä hoitomalleista kohti yhteisöllistä työskentelytapaa, jossa ikääntyneen asiakkaan oletetaan olevan oman elämänsä asiantuntija ja tarpeittensa määrittäjä (Hammar-Mikkonen 1998). Itseohjautuvuuden kasvu koulutustason nousun myötä ohjaa kehitystä riippumattomuuden ja autonomian suuntaan. Autonomian periaate ei Hautamäen (1997) mukaan kuitenkaan merkitse vain vaihtoehtojen lisäämistä palveluissa, vaan myös uudenlaista palvelukulttuuria, johon sisältyy ihmisten toimintavalmiuksien parantaminen ja ylläpitäminen. Palveluja annettaessa tulisi hyödyntää ja vahvistaa omia voimavaroja, jotta palvelut voidaan kohdistaa niissä esiintyviin puutteisiin. Palvelujen riittävä saaminen oikeaan aikaan edesauttaa asiakkaan selviytymistä kotona ja säästää kustannuksia (Sundman 1993).

Peruskoulutustason nousu tekee ikääntyvistä yhä oma-aloitteisemman väestönosan (Hammar ym. 1999).

6 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN YHTEENVETO

Tutkimukseni kirjallisuuskatsauksessa olen määritellyt lyhythoitaisen kirurgian potilasvalintoiheen ja toimenpidevalintoiheen. Teoriaosuudessa olen painottanut myös näiden potilaiden omavastuuta.

Kirurginen hoito on muuttunut voimakkaasti sekä teknologian kehittymisen, kustannusten säästön että asiakkaiden vaatimusten myötä. Erityisesti muutos näkyy lyhyt- ja päiväkirurgian lisääntymisenä, joka vaikuttaa sekä potilaan että terveydenhuollon ammattilaisten toimintaan.

Hoitotyöntekijöiden näkökulmasta keskeisin toiminnallinen muutos on lyhyestä hoitoajasta aiheutuva potilasopetuksen ja -ohjauksen tarve. Potilaalle ja omaisille on siirtynyt enenevästi vastuu toimenpiteeseen valmistautumisesta ja senjälkeisestä hoidosta. Kyetäkseen ottamaan vastuuta hoidosta potilas ja omainen tarvitsevat tietoa potilaan tilanteesta ja koko hoitoprosessista.

Onnistunut potilaan kotiutus on lyhythoitaisen kirurgisen toiminnan kulmakiviä. Potilaan omaehtoisia selviämismekanismeja, joilla hän ottaa kussakin vaiheessa tilanteen haltuunsa, olen kuvannut sairaalasta kotiuttamisen yhteydessä. Varsinkin vanhuspotilaiden kotiutukseen liittyvät läheisesti koti ja siellä tarjolla oleva sosiaalinen tuki.

Ikääntyneiden potilaiden hoitoprosessin sujuminen on haasteellista. Lyhythoitaisen toiminnan kaikkien toimijoiden yhteistyö on hoitoprosessin onnistumisen tae, varsinkin kun hoidosta huomattava osa tapahtuu sairaalan ulkopuolella potilaan ja omaisten toimesta.

Ikäkkäiden potilaiden mielipiteiden ymmärtäminen on varsinkin nyt tärkeää, sillä potilaiden hoitajaksojen lyhentyessä potilaalle jää yhä vähemmän aikaa ja kuitenkin hoidon tulisi olla yksilöllistä, potilasta tyydyttävää, selkeää ja ymmärrettävää.

Ikäkkäiden ihmisten selviytymisen ymmärtämistä aikaisempien tutkimusten perusteella on osin haitannut se, että tutkittujen iän vaihtelu on ollut liian suuri. Kohderyhmänä ovat saattaneet olla kaikki yli 65-vuotiaat tai yli 75-vuotiaat henkilöt. Vaikka kronologinen ikä ei ole erityisen hyvä mittari vanhusien selviytymistä arvioitaessa, se kertoo kuitenkin jotakin esimerkiksi suhteessa keskimääräiseen eliniän odotteeseen. Suuri ikäjakauma kvantitatiivisten analyysimenetelmien ohella saattaa yksipuolistaa syntyneitä käsityksiä (Ronkainen

1999). Tässä kvalitatiivisessa tutkimuksessa lyhythoitosen kirurgian toimenpiteeseen kutsuttujen henkilöiden toimintakyky oli arvioitu jo leikkaukseen kutsuttaessa, joten en katsonut kronologisen iän vaihtelulla olevan tutkimukselle esteitä.

Objektiiviset tiedot sairauksien määrän kasvusta iän myötä ja toisaalta iäkkäiden ihmisten omat kohtuullisen hyvät arviot terveydestään (Jylhä ym. 1992, Heikkinen ym. 1997) ja selviytymisestään ovat olleet keskenään ristiriitaisia. Yhteiskunnassamme käydään lisääntyvää keskustelua resurssien riittävydestä iäkkäiden ihmisten kasvaviin palvelutarpeisiin (Helin & Poutanen 1993).

Kuitenkin optimistisissa näkemyksissä lyhythoitosen kirurgian odotetaan tuovan helpotusta tähän aina laajenevaan palvelutarpeeseen. Helinin (2000) tutkimuksen mukaan palvelujärjestelmässä toimivien henkilöiden tulisi koulutautua ymmärtämään ja arvioimaan iäkkäiden ihmisten toimintakyvyn heikkenemistä laaja-alaisesti (Heikkinen & Suutama 1992, Helin 1995, 1996, 1997, Lindberg ym. 1998). On osoitettu, että toimintakyvyn arviointimittareiden kehittamisestä huolimatta nykyiset toimintakäytännöt eivät kykene riittävällä tarkkuudella havaitsemaan iäkkäiden ihmisten sosiaali- ja terveystarpeita (Cunningham ym. 1996, Vetter ym. 1996). Helinin (2000) mukaan olisi tärkeä oppia havaitsemaan, milloin mielen integroivien ja selittävien toimien tuloksena ilmenevä, monesti toivotunlainen käyttäytyminen eli tyytyväisyys esimerkiksi palveluihin voi kätkeä alleen alistuneisuutta ja tyydyttämättömiä tai tiedostamattomia palvelutarpeita. Lisäksi tulisi kehittää taitoja ja herkkyyttä selvittää kunkin yksilön käyttäytymisen tarkoitusperät.

Annettaessa hoito-ohjeita ja suosituksia iäkkäälle ihmiselle tulisi palvelujärjestelmässä kiinnittää nykyistä enemmän huomiota siihen, miten iäkkäiden henkilöiden tiedon mieleen painamisen vaikeutuminen heikentää muistamista ja uuden tiedon vastaanottamiskykyä. Eri keinoin tulisi pyrkiä varmistamaan se, että iäkäs henkilö on ymmärtänyt samansa hoito-ohjeet ja myös tietää, osaa ja ymmärtää, miten tulisi toimia. Puhutun viestin ohella asia tulisi varmistaa kirjallisesti, mikä ei liene mahdoton asia (Helin 2000).

Helinin tutkimuksessa (2000) löytyi yllättävän paljon iäkkäiden henkilöiden jatkohoitoihin liittyvää tietämättömyyttä ja laiminlyöntejä sekä myös puuttuvaan tietoon, palvelujärjestelmän käytön kokemattomuuteen tai aiempiin negatiivisiin kokemuksiin liittyvää arkuutta ottaa yhteyttä palvelujärjestelmään.

Palvelujärjestelmässä toimivien ihmisten tulisi kiinnittää erityistä huomiota myös omaan asennoitumiseensa iäkkäitä ihmisiä kohtaan, jotta iäkkäät ihmiset saisivat tasavertaiset palvelut muihin ikäryhmiin nähden ja suhteessa palvelutarpeeseen (Stahl & Feller 1990, Kalkas & Sarvimäki 1994, Sarvimäki 1999). Mikäli iäkkäiden ihmisten erityistarpeita ei oteta yhteiskunnassa huomioon, eivät heidän yhteiset ja yhtäläiset ihmisoikeutensa mm. osallistumisen suhteen toteudu (Sarvimäki 1999).

7 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUS- TEHTÄVÄT

Tässä tutkimuksessa oli tarkoituksena selvittää lyhythoitosisessa kirurgisessa toimenpiteessä olleiden iäkkäiden potilaiden kokemuksia hoitoprosessista. Tavoitteena on kuvata, tulkita ja pyrkiä ymmärtämään heidän selviytymistään, odotuksiaan ja toiveitaan ja grounded teoria -menetelmää käyttäen luodaan iäkkäille henkilöille heidän tarpeittensa mukaiset hoitoprosessin kategoriat.

8 GROUNDED TEORIA –MENETELMÄ

Laadulliseen analyysiin ja tulkintojen tekemiseen on tässä tutkimuksessa valittu grounded teoria -menetelmä. Sen avulla on mahdollista pitäytyä tiukasti aineistossa ja rakentaa tulkintoja aineistosta käsin (Eskola ym 1998). Käsitteenä laadullisuus on totuttu yhdistämään tutkimusaineiston tekstimuotoisuuteen, vaikka sen ei tarvitse olla kielellisesti tuotettua (Perttula 1995). Tutkimuksessa tutkimussuunnitelma elää tutkimushankkeen mukaan. Tutkimusotteen keskeinen piirre on teorian yleistäminen suoraan empiirisestä datasta vertailevan analyysin avulla. Teorian yleistäminen datasta merkitsee, että käsitteet ja hypoteesit nousevat datasta ja niitä työstetään systemaattisesti tutkimusprosessin aikana. Teorian yleistäminen sisältää täten itse tutkimusprosessin (Glaser & Strauss 1967). Tämä tarkoittaa sitä, että laadullisella menetelmällä saavutetaan ilmiön prosessinomainen luonne (Grönfors 1982, Eskola & Suoranta 1998) ja tulkinta jakautuu koko tutkimusprosessiin.

Grounded teoria -menetelmän tarkoituksena on muodostaa empiirisen aineiston avulla uusia käsitteitä, käsitejärjestelmiä, teoreettisia rakenteita jollakin tietyllä sisällöllisellä alueella tai yleensä inhimillisessä toiminnassa. Menetelmän perusteet ovat symbolisessa interaktionismissa ja siten se soveltuu nimenomaan vuorovaikutuksellisen toiminnan tutkimiseen. Menetelmää käytettäessä aineiston keruu (yleensä havainnointi tai/ja haastattelu) ja käsittely tapahtuvat yleensä rinnan. Keskeisin analyysikeino on jatkuvan vertailun analyysi. Menetelmän avulla saatavan tuloksen validiteetin arvioinnin kriteerit ovat sopivuus tutkittavaan alueeseen, ymmärrettävyys sekä riittävä yleisyys. Menetelmää on käytetty runsaasti Suomessa ja ulkomailla. Tutkimusotetta on käytetty esimerkiksi sosiaalista alkuperää olevien ongelmien (Duffy 1985, Olshansky 1985), potilaiden tarvemäärittelyyn (Käppeli 1984), aineiston keruun (Hamberg & Johansson 1999, Vehviläinen-Julkunen 1999), siihen liittyvien eettisten kysymysten (Kylmä ym. 1999) ja kuoleman määrittelyyn eletyn elämän varjossa (Molander 1999) ja hoitotieteellisessä tutkimuksessa (Leino-Kilpi 1990, Vehviläinen-Julkunen 1999).

Suomalaisessa hoitotyössä grounded teoriaa on käytetty kuvattaessa hyvän hoitamisen arviointiperusteita (Leino-Kilpi 1990), hoitotyötä lasten tervehdöissä (Vehviläinen-Julkunen 1990), dementoituneen potilaan hoitoa lai-

toksissa (Liukkonen 1990), miehen isäksi tulemista (Kaila-Behm 1997), lasten kaltoin kohtelua (Paavilainen 1998), intraoperatiivista hoitotyötä (Hankela 1999) ja intuitiota ja hiljaista tietoa hoitotyössä (Nurminen 2000). Erityisen soveliaana grounded teoriaa pidetään tutkimusalueilla, joilla tutkimustietoa on saatavilla ja halutaan uudenlainen näkökulma tutkittavaan ilmiöön tai alueilla, joilla tutkimus on ollut vähäisempää, varsinkin arkaluonteisilla alueilla (Leino-Kilpi 1990).

Grounded teoria -menetelmä on eräs keino löytää uusia käsitteitä, luokitteluja, perspektiivejä tutkittavaan asiaan. Sen etuna on pyrkimys järjestelmällisesti, vertailevaa analyysia käyttäen suorittaa aineiston analyysia. Järjestelmällisyydessä piilee kuitenkin työn menetelmän eräs ongelma-alue: laadullista aineiston analyysia ei voida milloinkaan suorittaa tilastollisen tarkasti (Vehviläinen-Julkunen & Janhonen 1992).

Grounded teoria -menetelmän tavoitteena on muodostaa teorioita induktiivisesti empiirisestä aineistosta. Glaser & Strauss (1967) tarkoittavat teoriolla substantiivista tai formaalista teoriaa. Substantiivinen teoria rajoittuu tiettyyn kapeaan toiminta-alueeseen. Formaalin teoria on sen sijaan yleistettävämpi, useisiin alueisiin suunnattu. Grounded teoria -menetelmällä löydetään tietoa siitä, mitä ihmiset tietävät omasta maailmastaan ja kuinka he ymmärtävät sen. Tästä tiedosta ja ymmärryksestä on mahdollista luoda grounded teoria -menetelmän avulla jäsentynyt teoria, jossa kuvataan ilmiöön liittyvät oleelliset käsitteet ja niiden väliset suhteet.

Glaser ja Strauss (1967) tarkoittivat teoriolla alunperin vertailevan analyysin tuloksena syntyneitä aineistolähtöistä teoriaa. Sittenkin siitä on puhuttu (Strauss ja Corbin 1998) lähestymistapana tai laadullisen tutkimuksen erityisenä menetelmänä. Grounded teoria on yksi keino löytää, käsitteellistää ja luokitella ilmiöitä ja luoda teoriaa systemaattisesti kerätystä aineistosta (Vehviläinen-Julkunen 1990, Alasuutari 1994, Ollikainen 1994). Barney Glaser ja Anselm Strauss olivat sosiologeja. Glaser toimi alunperin sosiologina Columbian yliopistossa ja kritisoi siellä vallinnutta kahta suuntausta, joista toinen keskittyi empiriaa vailla olevaan teoreettiseen pohdintaan ja toinen hypoteesien testaamiseen ja kvantitatiiviseen dataan (Molander 1999). Kvantitatiivinen perinne näkyy menetelmän termeissä kuten koodaus, ydinmuuttuja ja vertaileva analyysi. Anselm Straussin taustalla oli taas kvalitatiivinen perinne. Grounded teoria -menetelmän juuret ovatkin fenomenologiassa sekä Meadin sosiaalipsykologiassa ja symbolisessa interaktionismissa (Glaser ja Strauss 1967).

Glaser ja Strauss (1967) pitivät aineistoperustaista teoriaansa induktiivisena etsimisena. Analyysin myötä kategoriat "nousevat" aineistosta ja niiden väliset suhteet selvenevät. Tutkijan tehtävänä on lopulta löytää aineistostaan sen perusjuoni. Induktiivisuuteen liittyy tutkijaan kohdistuva vaatimus saapua "tyhjin käsin kentälle" ilman teoreettista viitekehystä ja ennakkokäsityksiä (Starrin 1996).

Tätä vaatimusta on moitittu ja on kysytty, missä määrin jostakin ilmiöstä kiinnostunut tutkija pystyy siirtämään syrjään aikaisemmat tietämyksensä (esim. Isola 1997). Tällaista sulkeistamista eli pyrkimystä havainnoida asioita, kuin kohtaisi ne ensimmäistä kertaa, on kuitenkin painotettu yleensäkin fenomenologisessa tutkimuksessa (Perttula 1995). Valmis teoreettinen käsitteistö

suodattaa ilmiöitä ja asettaa ne ennalta määrättyihin kehyksiin (Molander 1999).

Grounded teoria -menetelmää on moitittu etenkin liiallisesta induktiivisuudesta. Tässä kohtaa Glaserin ja Starussin tiet lopulta erkanivat. Glaser jatkoi induktiivisuuden painottamista, kun Strauss sen sijaan kehittämällään koodausparadigmalla vähensi menetelmän induktiivisuutta (Strauss ja Corbin 1998).

Grounded teoria syntyi alunperin kuolemaa koskevan tutkimuksen yhteydessä (Glaser ja Strauss 1967). Aineistolähtöisyytensä takia menetelmää on käytetty inhimillistä toimintaa yleensä koskevan aineiston analyysiin.

Grounded teoriaa on moitittu siitä, että se ainakin jossakin määrin nojaa toiseen teoriaan. Grounded teoriassakin teoria alkaa vähitellen hahmottua tutkijan ja aineiston välisestä vuorovaikutuksesta eikä siitäkään tule koskaan täysin valmista. Julkaistunakin teoria jatkaa elämäänsä ja saa uusia ulottuvuuksia sosiaalisen vuorovaikutuksen kautta (Glaser ja Strauss 1967).

Grounded teoria lähestymistavan ja analyysimenetelmän avulla on kehitetty teorian puutteena esitetty, ettei se selvästi selitä tulkittavaa ilmiötä (Johanson 1999, Miller & Fredericks 1999). Artinian (1998) kiinnittää huomiota haasteisiin, jotka liittyvät itse analyysimenetelmien käyttöön. Analyysissä on vaarana pakottaa aineisto käsitteelliseen kuvaukseen, jolloin käsitteiden kehittäminen tapahtuu enemmän tutkijan kuin aineiston kautta. Erääksi syyksi hän mainitsee virheellisen oletuksen aksiaalisen koodauksen helppoudesta, jolloin tutkija saattaa harhautua ja löytää aineistosta sen, mitä haluaa sieltä löytyvän.

Myös Vehviläinen-Julkunen (1999) tähdentää grounded teorian lähestymistavan ja analyysimenetelmän sisältämiä vaaroja. Keskeisimmäksi hän nostaa yhdenmukaisuuden edellytyksen tutkijan oman filosofisen ymmärryksen ja ajattelun tavan sekä grounded teorian lähestymistavan perustana olevien lähtökohtien välillä. Vehviläinen-Julkunen (1999) toteaa myös aineiston keruun jäävän usein pinnalliseksi, koska tutkija käyttää vain yhtä aineiston keruun menetelmää. Tutkijaa saattaa myös houkutellessa rikastaa tiedonantajien kuvauksia tai hän epäonnistuu ilmiöön oleellisesti liittyvän sosiaalisen prosessin ja sen ajassa muuttumisen arvostamisessa.

Grounded teoria etenee empiriasta kohti teoreettista tulkintaa eriasteisten koodausvaiheiden kautta (Strauss 1987, Pyörälä 1994). Työkaluina toimivat tutkijan aineistolleen esittämät kysymykset sekä jatkuvan vertailun periaate. Prosessi etenee vuorotellen induktiivisen ja deduktiivisen päättelyn myötä kohti asteittain muotoutuvaa teoriaa. Analyysin eri vaiheissa tutkija palaa toistuvasti alemmille abstraktion tasoille ja takaisin raaka-aineistoon testaamaan induktiivisia päätelmiään ja luomaan teoreettisia käsitteitä. Otanta voi olla valikoiva (etukäteen määrätty), kuten tässä tutkimuksessa, tai teoreettinen, jolloin analyysi ja kenttätöiden tapahtumat etenevät rinnakkain ja ohjaavat yhdessä seuraavan tapauksen valinnan. Valinta pohjaa tällöin löytyneisiin johtolankoihin, joiden antamat viitteet sitten osoittautuvat oikeiksi tai vääriksi (Starrin 1996, Isola 1997). Näin pyritään kohti kehittyvien kategorioiden tiheyttä ja kylläntyneisyyttä (Chamberlein ym. 1997). Yksittäisen kategorian ominaispiirteet määritetään liittämällä siihen sitä luonnehtivat ominaisuudet (properties) Tämä on hi-

das ja aikaa vievä prosessi (Leino-Kilpi 1990). Kun tutkija katsoo kategorian kyllääntyneeksi, hän voi siltä osin lopettaa aineistonkeruun (Isola 1997).

Aineiston analyysi on monivaiheinen prosessi, joka käsittää avoimen koodauksen (open coding), substantiivisen koodauksen (substantive coding), aksiaalisen koodauksen (axial coding) ja selektiivisen/valikoivan koodauksen (selective coding). Analyysin tavoitteena on aineistosta muodostuvien kategorioiden ja sitä kuvaavien ominaisuuksien kautta ymmärtää ja tulkita vanhusten kokemuksia alkuperäisissä yhteyksissään erilaisissa tilanteissa. Analyysi etenee suorien (substantive) ja teoreettisten (theoretical) koodien ja muistiinpanojen (theoretical memos) avulla tehtyihin väittämiin (proposition) (induktio). Näiden avulla tehtyjä johtopäätöksiä verrataan jatkuvasti (constant comparative analysis) alkuperäiseen aineistoon (deduktio). Yhteys aineistoon säilytetään vertaamalla kehittyviä kategorioita, koodeja ja teoreettisia huomautuksia alkuperäisiin ilmauksiin (Glaser & Strauss 1967, Strauss & Corbin 1998).

Tutkijan herkkyyks (theoretical sensitivity) aineiston teoreettiselle tarkastelulle on keskeinen. Herkkyydessä keskeistä on havaita ja kyky säilyttää ilmiöstä sitä kuvaava olemus (Glaser 1978, Sandelowski 1995).

Avoimessa koodauksessa (open coding) tunnistetaan ja nimetään tiedonantajien alkuperäisistä kuvauksista käsitteitä, jotka kuvaavat vanhusten kokemuksia heidän hoitoprosessistaan. Muodostuneet käsitteet kehittyvät vähitellen ryhmiiksi (käsiteluokat, alakategoriat, kategoriat) samanlaisuuden ja erilaisuuden perusteella. Muodostuneiden ryhmien perusteena ovat myös kokemusten ilmiötä kuvaavien käsitteiden ominaisuudet (properties) ja merkitysten (incidents) tunnistaminen ja keskinäinen vertailu. Käsitteiden saturointi (verifiointi) ja validointi auttavat hahmottamaan käsitteiden toistuvuutta aineistossa (Glaser & Strauss 1967).

Keskeinen ja vaativa vaihe analyysissä on muodostaa teoreettisia rakenteita aksiaalisen koodauksen kautta. Tavoitteena on täsmentää avoimessa koodauksessa muodostuneita kategorioita tarkastelemalla kategorioihin sisältyvien käsitteiden ehtoja ja kategorioiden välisiä suhteita (relational sampling). Aksiaalisessa koodauksessa kiinnitetään huomiota siihen yhteyteen (context), jossa hoitokokemuksia kuvaava käsite esiintyy, sekä siihen toiminta- ja vuorovaikutustapaan (action/interaction), jossa potilaat hoitoa saavat, ja sen seurauksiin. Aksiaalisen koodauksen perusta on aina aineistossa ja teoreettisissa muistiinpanoissa. Aksiaalisessa koodauksessa määritellään se, miksi ja mistä syystä tai millä ehdoilla hoito tapahtuu, sekä vaihtelut, jotka liittyvät hoitoprosessin kokemiseen (variational sampling). Koodauksen avulla tarkastellaan avoimessa koodauksessa muodostettuja alakategorioiden eroja ja alakategorioiden suhdetta toisiinsa sekä alakategorioiden suhdetta kategorioihin. Valikoivan koodauksen (selective coding) kautta edetään lopulliseen kategorioiden ja ydinkategorioiden muodostamiseen ja alustavan käsitejärjestelmän syntymiseen. Tarkoituksena on löytää aineistosta ydinkategoria, jonka ympärille ala- ja yläkategoriat integroituvat ja joka myös integroi aineistoon liittyviä vaihteluita (Glaser & Strauss 1967, Strauss & Corbin 1998, Charmaz 2001).

Avoimen koodauksen vaiheessa aineistoon tutustutaan esimerkiksi kuuntelemalla haastattelunauhoitteita useaan kertaan ja lukemalla litteroituja teks-

tejä eli perusaineistoa rivi riviltä yhä uudelleen. Tavoitteena on löytää aineiston substanssi tiivistäen ajatuskokonaisuudet sisällöllisiksi eli substantiivisiksi koodiksi (Isola 1997, Charmaz 2001) sekä jatkuvan vertailun avulla hahmottaa aineistosta nousevat kategoriat. Tutkija nimeää kategoriat, joiden yhteys aineistoon on voitava osoittaa (Käppeli 1984). Aksiaalinen koodaus on avoimen koodauksen vaiheessa hahmottuneiden kategorioiden muokkaamista ja täsmentämistä. Aineisto kootaan yhteen uudella tavalla ottaen huomioon esimerkiksi olosuhteet, ehdot, syy-seuraussuhteet tai erilaiset toiminnan ja vuorovaikutuksen strategiat (Strauss & Corbin 1998). Kategoriat jäsenyvät lopulta substantiivisista koodista yhdistetyistä ominaisuuksista (properties) ja niistä edelleen yhteen kootuista alakategorioista (subcategories).

Selektiivinen koodaus on lopuksi tuotettujen kategorioiden yhtenäistämistä tunnistamalla niiden väliset suhteet, joiden perusteella voidaan nimetä tutkitun ilmiön perusprosessi eli ydinkategoria (Leino-Kilpi 1990, Isola 1997, Gubrium & Holstein 2000). Siinä kategoriat kootaan yhteen lyhyeksi tarinaksi, jonka juoni on vastaus tutkimusongelmaan (Strauss & Corbin 1998). Tavoitteena on teoreettinen täydellisyys, jolloin pienellä määrällä käsitteitä pystytään lopulta selittämään tutkittava ilmiö (Glaser 1978).

Lopulta muodostuva aineistoperusteinen teoria voi olla substantiivinen tai formaalinen (Glaser & Strauss 1967). Substantiivinen teoria rajoittuu tiettyyn kohdealueeseen tai pätee useisiin toiminnan alueisiin (Strauss & Corbin 1998).

Glaserin (1978) mukaan grounded teoria -tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa on kaksi keskeistä tekijää: muodostuvan teorian yhdenmukaisuus tutkimusaineiston kanssa ja sen toimivuus. Yhdenmukaisuus merkitsee sitä, että muodostuvan teorian sisältämät kategoriat vastaavat tutkimusaineistoa. Aineiston ja muodostuvan teorian vastaavuus varmistetaan jatkuvalla vertailevalla analyysillä, joka tarkoittaa koko tutkimusprosessin kestävää aineiston sisäistä sekä aineiston ja muodostuvan teorian välistä vertailua. Teorian toimivuus merkitsee teorian kykyä selittää tutkittava ilmiö sekä ennustaa ja tulkita ilmiöön liittyvää toimintaa. Teorian oikeellisuuteen pyritään löytämällä kategoriat yhdistävä sosiaalinen perusprosessi, jolla tarkoitetaan tutkittavan ilmiön sosiaalisen prosessin keskeistä käyttäytymismallia (Backman & Kyngäs 1998).

Tässä tutkimuksessa tutkijalla on osuutensa analyysin lopputuloksessa; eihän teoria voi nousta aineistosta ilman tutkijantyötä. Tutkija pyrki tietoisesti analyysin eri vaiheissa mahdollisimman avoimeen työtapaan tietoisena siitä, ettei itsensä sulkeistaminen ole täysin mahdollista. Grounded teoriaa on pidetty myös kovana kvalitatiivisena menetelmänä ja sitä on kritisoitu järjestelmällisyydestä ja mekaanisista päättelysäännöistä. Pahimmassa tapauksessa menetetään silloin mahdollisuudet todelliseen löytämiseen (Roos 1989). Järjestelmällisyyttä ja systemaattisuutta on pidetty myös etuna. Analyysi pysyy hallinnassa ja tutkija tietää, mitä koodauksen eri vaiheissa tapahtuu erona sellaisiin analyysimuotoihin, joista ei ole pääteltävissä, mitä analyysin eri vaiheissa itse asiassa tapahtui (Leino-Kilpi 1990). Tämä tutkimus asettuu Glaserin ja Straussin näkemysten välimaastoon. Tutkijalla on osuutensa analyysin lopputuloksessa eikä teoria voi nousta aineistosta ilman tulkintatyötä. Tutkija pyrki tietoisesti

analyysin eri vaiheissa mahdollisimman avoimeen työtapaan tietoisena siitä, ettei itsensä sulkeistaminen ole täysin mahdollista.

Tämän tutkimuksen päämenetelmäksi päätettiin valita grounded teoria kriittisistä kommentteista huolimatta. Haluttiin selkeä menetelmä, jotta analyysi pysyisi hallinnassa ja myöhemmin olisi pääteltävissä, mitä kussakin vaiheessa on tapahtunut. Grounded teoriaa on käytetty tämän tyyppisissä tutkimuksissa, mikä niin ikään puhui sen valinnan puolesta. Menetelmä on lisäksi osoittautunut käyttökelpoiseksi monissa tutkimuksissa, joissa on selvitetty eri tavalla sairastuneiden kokemuksia sairaudestaan. Grounded teoria tarjoaa yleisesti käytetyn ja yhtenäisen menetelmän kvalitatiiviselle tutkimukselle, jolloin eri tutkimusten tuloksia on helpompi verrata keskenään ja syntesoida tuloksista yleisempiä malleja (Molander 1999).

9 AINEISTON HANKINTA JA ANALYYSI

9.1 Haastateltavien valinta

Tutkimuksen suunnitteluvaiheessa ajattelin valita haastatteluun kymmenen yli 75-vuotiasta lyhytjälkihoitoisessa kirurgisessa toimenpiteessä ollutta henkilöä. Aineiston määrä todettiin kuitenkin melko pieneksi, joten haastateltavien määrä kaksinkertaistettiin. Lisäksi ajattelin, että vasta vanhusten kotiuduttua sairaalasta heillä on kokonaiskuva koko tapahtumasta ja mahdollisuus analysoida kokemaansa. Potilailla on yleensä jälkitarkastus muutaman viikon kuluttua toimenpiteestä. Siksi palasin asiaan uusintahaastattelussa jälkitarkastuksen jälkeen.

Ennen varsinaisia haastatteluja tein talvella 2000 kahden naisen pilottihaastattelut. Kertyneen aineiston ymmärtäminen suhteessa tutkimustehtävääni osoittautui aluksi osin vaikeaksi ja tuntui siltä, että en osannut tehdä hoitoprosessin ja varsinkin kokemusten kartoittamisen kannalta oikeita kysymyksiä, koska haastateltavat puhuivat niin paljon muista sairaalaan ja elämiseensä liittyvistä asioista. Havaintoni pakotti minua lukemaan lisää alan kirjallisuutta, minkä perusteella aloin hahmottaa näitä asioita laaja-alaisemmin. Näiden ensimmäisten koehaastattelujen jälkeen paneuduin laajemmin grounded teoria -menetelmään, kävin läpi teoriaa käyttäneitä tutkimuksia ja vertasin niitä omaan materiaaliini. Tehtävä tuntui siinä vaiheessa ylipääsemättömältä; kuinka voin aineistosta muodostaa uusia käsitteitä, käsitejärjestelmiä ja teoreettisia rakenteita lyhytjälkihoitoiseen kirurgiseen toimintaan? Aloin kuitenkin vertailla kahta ensimmäistä haastattelua ja totesin niissä olevan yhteisiä ja erilaisia käsitteitä.

Keväällä ja kesällä 2.2.-19.9.2000 tein varsinaiset haastattelut. Kirjallisuuden perusteella opin, että ihmisten tapa puhua positiivisesti arkipäivän asioistaan ja kokemuksistaan voikin olla yksi tutkimuksen keskeinen tulos. Samalla aloin myös ymmärtää haastateltavia pilottihaastattelua syvällisemmin ja toivoin osaavani kiinnittää aiempaa laaja-alaisemmin huomiota erilaisiin sairaalakokemuksiin ja niiden merkitykseen vanhusten hoidon kannalta. Tutkimusaineisto muodostui 22:n lyhytjälkihoitoisessa kirurgisessa toimenpiteessä olleen iäkkään

henkilön yhteensä 44 haastattelusta. Haastattelin henkilöt ensimmäisen kerran toimenpiteen jälkeen kotona. Toinen haastattelu oli mahdollisen jälkitarkastuksen jälkeen noin kuukauden kuluttua leikkauksesta. Ensimmäinen haastattelu oli tutustumista, keskustelua ja asiaan porautumista. Toinen haastattelu oli yleensä kuin vanhan tutun tapaamista, välitöntä ja vapautunutta.

Haastattelujen edetessä jokainen tapaaminen toi joko vahvistusta aikaisemmille haastatteluille tai asiaan uuden näkökulman. Jokaisen haastattelun jälkeen mietin tuntojani ja kertosin mielessäni haastattelun kulun.

Aineiston analyysiin otin mukaan myös talvella 2000 tekemäni kaksi hyvin onnistunutta koehaastattelua. Koehaastatteluun osallistuneet olivat haastatteluhetkellä 85- ja 83-vuotiaita, kun taas muiden haastateltavien ikä oli 68-87 vuotta. Alle 75-vuotiaita haastatteluhetkellä oli kuusi ja yli 80-vuotiaita myös kuusi. Haastateltavista naisia oli kuusi ja miehiä kuusitoista. Haastateltavien keski-ikä oli 76,6 vuotta. Keski-ikänsä yli 75-vuotiaitten henkilöiden valinta haastateltaviksi oli mielenkiintoista ja perusteltua, sillä eläkeläiset itse ja ihmiset yleensäkin yhdistävät vanhuuden aikaisintaan 75-80 ikävuoteen (Vanhuusbarometri 1994, Palo 1997). Toisaalta "varsinainen vanhuus" alkaa 80 ikävuoden jälkeen (Tilvis 1994). Ikivihreät-projektin mukaan ihmiset elävät melko itsenäistä elämää 80 vuoden ikään asti ja 80-vuotiaista vielä puolet arvioi terveydentilansa hyväksi tai erittäin hyväksi (Leinonen ym. 1998). Tämän ikäryhmän edustajat eivät ole huomanneet vanhuutta, ellei heillä ole ollut vaikeuksia selviytyä päivittäisestä elämästään ja voimia kuluttavia sairauksia (Heikkinen 1991b, 1996). Aromaan ym. (1997) mukaan 85-vuotiaista joka viides on laitoshoidossa.

9.1.1 Yleiskuvaus haastatelluista henkilöistä

9.1.1.1 Perhetausta ja asumisolosuhteet

Haastateltavista 16 oli yli 75-vuotiaita, 4 oli alle 75-vuotiaista ja 2 alle 70-vuotiaista. Koska kaikilta henkilöiltä oli kysytty haastatteluun lupa ja haastattelujen katsottiin tuovan ikään katsomatta hyvää informaatiota, otettiin aineistoon kaikki haastatellut. Heitä kaikkia kutsutaan tässä tutkimuksessa vanhukseksi.

Haastatteluihin osallistuneet erosivat toisistaan hyvin suuresti sosioekonomisen taustansa, siviilisäädyn, asumismuodon ja asunnon sijainnin, samoin kuin terveyden ja avun tarpeen suhteen. Siviilisäädyltään naisista kaksi oli naimatonta, kolme leskeä ja yksi naimisissa. Miehistä oli naimisissa 12 ja leskiä 4. Muodollinen siviilisääty kuvaa kuitenkin melko vähän todellista perhetilannetta ja sen historiaa.

Naisista naimattomat asuivat omistusasunnoissaan kerrostaloissa. Asunnot olivat pienehköjä ja viestittivät yleisen tulotason vaatimattomuutta. Kolmesta naisleskestä yksi asui tilavassa rivitaloasunnossa. Hän oli jäänyt vuosia sitten leskeksi, mutta tuli toimeen monipuolisen ulkopuolisen avun turvin. Hänen toimenpiteensä oli tehty erikoismaksuluokassa ja toipuminen tapahtui yksi-

tyisessä palvelutalossa viikon ajan toimenpiteen jälkeen. Toisen naislesken puoliso oli kuollut vuosia sitten ja selviytyminen maalla olevassa omakotitalossa yksin oli tullut muiden sairauksien vuoksi mahdottomaksi. Niinpä hän oli muuttanut paikkakunnalle rakennettuun uuteen palvelutalon kaksioon. Talosta sai ateriapalveluja, joita henkilö ei kuitenkaan paljon käyttänyt, vaan asioi kaupassa ja keitti itse ruokansa. Hoitopalvelut toimenpiteen jälkeen toimitettiin palvelutalosta.

Kolmas naisleski oli myös ollut vuosikausia leskenä. Hän siirtyi omakotitalosta muutama vuosi sitten palvelutalon yksiöön. Talossa oli tarjolla terveys- ja ateriapalveluja, joita haastateltava käytti mielellään. Palvelutaloissa asuvat olivat mielissään siitä, että seuraa oli, jos sitä tarvitsi ja voi olla yksinään, jos kaipasi rauhaa. Naimisissa oleva haastateltava asui maalla puolisonsa kanssa. Heillä oli ollut maatila, jonka hoidosta nyt vastasi poika. Pariskunta oli ostanut kylälle tyhjäksi jääneen kaupan, josta oli kunnostettu omakotitalo asuttavaksi.

Lähiperheestä koostuvien sosiaalisten resurssien määrää kuvaa se, että kaikilla leskillä ja naimisissa olevalla haastatellulla oli lapsia, jotka pitivät äiteihinsä yhteyttä säännöllisesti. Tosin yhden lesken kaikki lapset asuivat eri paikkakunnalla, mutta yhteys säilyi lähes viikoittaisina vierailuina ja puhelinkontakteina. Kahden lesken lapsista osa asui samalla paikkakunnalla ja piti kontaktia lähes päivittäin. Naimattomien naisten sosiaaliset kontaktit sukulaisiin rajoittuivat toisella veljeen ja hänen perheeseensä. Toisen veli oli kuollut syksyllä ennen haastattelua ja veljen vaimo ja poika olivat lähinaapurin lisäksi läheisimmät henkilöt.

Miehistä oli naimisissa 11 ja yksi oli ollut avoliitossa 20 vuotta. Hänet on aineistossa laskettu avioliitossa olevaksi. Naimisissa olleista miehistä yhden vaimo oli ollut jo vuosikausia sairaalan pitkäaikaisosastolla hoidettavana. Haastateltava kävi katsomassa, tervehtimässä ja syöttämässä puolisoaan kerran tai kahdesti päivittäin. Tytär asui isän kanssa ja huolehti osittain taloudesta. Isä kuitenkin siivosi ja huolehti osaltaan aterioiden valmistamisesta ja keittiötöistä. Toinen naimisissa olevista miehistä asui yhdessä vaimonsa kanssa palvelutalossa, johon he olivat muuttaneet vaimon sairauden takia. Vaimo joutui käyttämään pyörätuolia ja vaikka tekikin kotitöitä, joutui pyytämään puolisoltaan apua päivittäisissä toiminnoissaan. Muut naimisissa olevat miehet asuivat yhdessä puolisonsa kanssa. Miehistä kuusi asui omakotitalossa tai maalaistalossa, yksi rivitalossa ja loput kerrostaloissa. Miesleskistä yksi asui omakotitalossa ja loput kerrostaloissa.

Mieslesket olivat enemmän yhteydessä vain lapsiinsa. Yhden lesken lapset asuivat paikkakunnalla ja varsinkin tytär ja vävy pitivät yhteyttä päivittäin. Omakotitalossa asunut mies sai apua naapurissa asuvalta veljeltään. Myös hänen tyttärensä piti isäänsä yhteyttä, vaikka kotisairaanhoidosta huolehdittiinkin esimerkiksi lääkitys. Yhden mieslesken lapsista lähin asui tunnin ajomatkan päässä, mutta piti puhelimitse yhteyttä isäänsä ja kävi tervehtimässä lastensa kanssa lähes viikoittain. Yhdellä miesleskellä ei ollut lapsia ollenkaan. Hän oli leskeksi jäätyään ystäväystynyt leskeksi jääneen perhetutun kanssa ja seurustelua oli kestänyt muutaman vuoden. Haastateltava oli toimenpiteen jälkeen toipumassa tämän ystävänsä luona.

Useimmat miehet asuivat naisiin verrattuna tilavammissa asunnoissa yhden miehen yksiötä lukuun ottamatta. Miehet elivät naisia useammin puolisonsa kanssa ja täten myös yhden hengen taloutta tilavampi asunto on luonnollista, mutta silti miesten asunnot sisustuksineen viestittivät heidän aiemmasta naisia paremmasta tulotasostaan. Taulukosta 2 ilmenevät yksityiskohtaisesti haastateluun osallistuneiden henkilöiden asunnon etäisyys sairaalasta, asuntotyyppi ja mahdollinen yksin asuminen.

TAULUKKO 2 Tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden asumisolosuhteet asunnon etäisyyden, asuntotyypin ja asuinkumppanin mukaan.

	Nainen	Mies
Alle 10 km sairaalasta		
Kerrostalo - Puolison kanssa		3
- Toisen henkilön kanssa		1
- Yksin	2	3
Rivitalo - Yksin	1	
Palvelutalo - Yksin	1	
Omakotitalo - Puolison kanssa		4
- Yksin		1
10-50 km sairaalasta		
Kerrostalo - Puolison kanssa		1
Rivitalo - Puolison kanssa		1
Palvelutalo - Yksin	1	
Omakotitalo - Puolison kanssa		1
Yli 50 km sairaalasta		
Omakotitalo Puolison kanssa	1	1
Yhteensä	6 naista	16 miestä

Miesten sosioekonominen asema vaihteli. Osa oli ollut ylempiä toimihenkilöitä, myyntitehtävissä, osa oli ollut tehdaspaikkakunnalle tyypillisessä tehdastyössä ja osa oli maanviljelijöitä. Yksi kerrostaloon muuttanut ylempi toimihenkilö omisti maatilan naapuripitäjässä ja viljeli sitä itse edelleen aktiivisesti. Muutkin maanviljelijät olivat edelleen aktiivisesti mukana tilan töissä ja yksi heistä osallistui edelleen aktiivisesti kunnan poliittiseen johtamiseen ja päätöksentekoon.

Naimattomat naiset olivat molemmat olleet tehdastyössä. Naimisissa oleva nainen asui puolisonsa kanssa heidän kaupasta remontoimassa omakotitalossa maalla ja oli työskennellyt heidän maatilallaan. Leskinaiset olivat kotiäitejä.

Yksi oli aikuisella iällä ollut työssä kotipalvelussa, mutta niin lyhyen ajan, että ilman leskeneläkettä toimeentulo olisi ollut vaikeaa. Tälle haastateltavalle lapset lähettivät rahaa, varsinkin huomattavassa asemassa ulkomailla työskentelevä poika. Ainoastaan yksi haastatelluista leskinaisista asui siinä rivitaloasunnossa, missä hän oli asunut puolisonsa kanssa. Puoliso oli ollut johtavassa asemassa ja asunto oli kaunis ja tilava, eikä haastateltavalla ollut halua luopua siitä. Hän sai apua naapureilta, kotipalvelusta, maksullisesta kotipalvelusta ja lapsiltaan ja oli tyytyväinen elämäänsä.

Haastatellut asuivat 3-70 kilometrin päässä sairaalasta. Suurin osa haastatelluista asui kaupungeissa tai niiden lähitaajamissa. Yksi naishaastateltava ja kolme miestä asuivat kuitenkin maalla.

9.1.1.2 Avun saanti

Haastatelluista yhdeksän asui yksin, naisista viisi ja miehistä neljä. Yksin asuvista naisista kaksi asui palvelutalossa ja sai sieltä apua. Yksi asui kerrostalossa ja sai apua veljensä pojalta ja vaimolta ja naapurilta, yksi sai myös apua veljensä perheeltä ja yksi naapureilta, kotisairaanhoidosta ja maksullisesta palvelutoiminnasta. Yksin kerrostalossa asuvat kaksi miestä saivat apua tyttäriltään. Yksi yksin asunut mies sai apua ystävältään.

Naimisissa olevat auttoivat toisiaan. Usein näissäkin perheissä kävivät lapset auttamassa nurmikon leikkaamisessa, lumitöissä ja muissa kodin askareissa.

9.1.1.3 Toimenpide

Päiväkirurgisia potilaita haastatelluista oli kaksitoista. Kaksi potilaista joutui jäämään yön yli sairaalaan ylimääräisten oireiden vuoksi. Neljä potilasta oli sairaalassa yhden yön, viisi haastateltua kaksi yötä ja yksi kolme yötä.

Haastatelluista neljältä poistettiin harmaakaihi, kahdelta nivustyrä, yhdeltä munuaiskivet, yhdeltä polyypit nenästä ja loput olivat urologisia potilaita, joille tehtiin urologinen tähystys, huuhtelu ja usein myös otettiin koepala (Liite 2).

Potilaiden hoito tapahtui ennalta suunnitellun ohjeiston mukaan (Liite 3). Liitteissä (Liite 5-26) on selvitetty kunkin haastatellun henkilön hoitotapahtumat ja siinä olleet yksilölliset poikkeamat.

Haastatelluilla oli yhtä lukuun ottamatta myös muita sairauksia. Verenpainetauti oli yleinen. Lisäksi oli reumaa, parkinsonismia, sokeritautia, erilaisia ruuansulatusvaivoja, virtsatieinfektioita, allergiaa.

Yhdeksällä oli myös diagnostisoitu syöpä, jota seurattiin.

Apuvälineitä haastatelluista käytti palvelutalossa asuva nainen ja yksin asuva osittain halvaantunut mies rollaattoria, yksi mies keppiä ja yksi mies oli väliaikaisesti pyörätuolissa odottelemassa proteesia. Yhden yksinasuvan naisen liikkuminen oli vaikeaa ja hän enimmäkseen pysyi omassa huoneessaan talven ajan.

9.2 Haastatteluista sopiminen, tutkimustapa ja luottamuksellisuuden saavuttaminen

Sopivien haastateltavien löytyminen ajoittui ennakoitua pidemmälle ajalle. Ensimmäinen koehaastattelu oli 2.2.2000 ja viimeinen uusintahaastattelu 19.9.2000. Haastattelujen ennakkokyselyn tekevästä osastonhoitajista toinen oli lomalla keväällä ja tänä aikana ei siltä osastolta kysytty haastateltavia. Lisäksi molemmat osastot olivat kesällä viisi viikkoa suljettuina.

Haastattelujen sopiminen oli myös hidasta, sillä olin itse työssä kesän ajan ja yhteisen ajan löytäminen oli joskus pulmallista; haastateltavilla oli harrastuksia, kesämökkejä, perhejuhlia, matkoja ja tiettyjä televisio-ohjelmia, joiden aikana he eivät halunneet tulla häirityiksi.

Valmistautuminen haastatteluihin merkitsi minulle myös kartan tutkimista ja varmistautumista ajan varaamisesta myös ajomatkaan niin, että olin sovittuna aikana perillä. Haastateltavat asuivat seitsemän eri kunnan tai kaupungin alueella Kymenlaaksossa, joten matkoihin (1664 km) kului myös aikaa.

Haastateltavien poiminnasta lyhythoitaisen kirurgian vuodeosaston ja päiväkirurgian osaston potilasaineistosta sovin osastonhoitajien kanssa. Perusteena oli saada potilaiden kotona tapahtuvaan haastatteluun henkilöitä, joiden ikä oli noin 75 vuotta, jotka olivat haastatteluun halukkaista ja joilla oli kyky keskustella muutaman tunnin ajan. Osastonhoitajat kysyivät potilaita luvat ja lähettivät haastateltavien osoitetiedot kirjallisina minulle.

Luvan potilastutkimuksen tekoon sain Kymenlaakson sairaanhoitopiirin Eettiseltä toimikunnalta (Liite 1).

Soitin haastateltavilleni kohta heidän kotiutumisensa jälkeen sopiakseni haastattelusta. Puhelimessa kerroin itseni esittelyn lisäksi haastattelun tarkoituksesta, jonka mukaan olin kiinnostunut heidän lyhythoitaisen kirurgian toimenpiteeseen liittyvistä kokemuksistaan. Samalla sain esituntuman henkilöstä ja voin valmistautua hänen haastatteluunsa. Monet haastateltavista elivät hyvin aktiivista elämää ja varsinkin kesäaikaan haastatteluja oli sovittava illoiksi ja viikonlopuiksi.

Koska haastateltavat asuivat monen kunnan alueella ja matkat olivat pitkiä, selvitimme puhelimessa myös ajo-ohjeet ja annoin oman puhelinnumeroni mahdollisten esteiden varalle. Tämä olikin hyvä, sillä ensimmäisen koehaastattelun henkilö joutuikin juuri silloin akuutisti sairaalaan, kun olimme sopineet uusintahaastattelun. Hänellä oli sairaalassa suuri huoli saada minulle viesti, että hän ei ollut kotona.

Monet olivat jo odottaneet soittoaani ja kertoivat muistavansa luvan antamisesta. Muutamat sanoivat *"onkohan minusta mitään apua, kun olen näin vanha"* tai *"en oikein tiedä, mitä kertoa, hyvinhän siellä kaikki meni."* Kerroin haastateltavilleni olevani erittäin kiinnostunut juuri heidän mielipiteistään ja kokemuksistaan.

Sairaalapotilaat ovat yleensä selvillä tutkimusten luottamuksellisuudesta ja tämä haastattelu oli tavallaan osa sairaalakokemusta. Useissa tilanteissa mi-

nun ei tarvinnut käynnistää erikseen keskustelua, vaan henkilöt kertoivat jo odottaneensa minua ja alkoivat kertoa sairaalatapahtumista. Monilla oli valmiina kahvi, makeis- tai mehutarjoilua. Haastateltava naishenkilö oli juuri tullut suihkusta ja pessyt hiuksensa. Hän toivoi hiustensa kiertämistä rullille. Etsimme yhdessä papiljotit ja kiersin ne hänen hiuksiinsa haastattelun aikana. Tästä haastattelusta tuli hyvin luonnollinen ja haastateltava kertoi minulle luottamuksellisia asioita, joista hän oli vaiennut myös omaisiltaan. Musiikkia harrastanut mieshaastateltava piti minulle haastattelun alkuun pienen harmonikkakonsertin ja keskustelua olikin sitten helppo jatkaa.

Haastattelua varten etsimme rauhallisen huoneen tai nurkan, missä pystyin keskustelemaan haastateltavan kanssa kahden kesken. Tämä oli helppoa niissä kymmenessä tapauksessa, missä haastateltava asui yksin. Puolisonsa kanssa asuvien miesten haastatteluun pyrkivät usein puuttumaan sivusta kuunnelleet vaimot. Joskus vaimoilta myös kysyttiin tai varmistettiin joitakin asioita.

Kysyin luvan nauhurin käyttöä varten ja sijoitin sen sopivalle etäisyydelle kuuluvuuden takia. Joissakin kodeissa jouduin pyytämään television äänen hiljentämistä nauhoituksen kuulemiseksi.

Haastatteluista osa muistutti kerrontaa, johon minä välillä tein vähän tarkentavia tai tulkitsevia lisäkysymyksiä, osa haastatteluista oli keskustelunomaista juonellista ajatusten vaihtoa ja asioiden pohdintaa ja osa, erityisesti muutamien miesten haastatteluista, eteni melko perinteisen kysymysten ja lyhyehköjen vastausten kaavan mukaisesti. Molanderin (1999) mukaan miehet kertovat asioistaan naisia lyhyemmin. Tämä ei kuitenkaan pitänyt paikkaansa kaikille haastatelluille miehille, sillä osa heistä oli erittäin puheliaita ja keskustelua oli mieluummin pidettävä sovitulla linjoilla. Osa miehistä oli myös puheliaita kahden kesken, mutta vaimon ilmestyessä paikalle puhe väheni ja osittain tyrehtyi.

Keskusteluhaluutta ja tarvetta kuvanee keskustelujen pituus, joka vaihteli vajaan tunnin noin kolmeen tuntiin. Muutamilla olisi ollut tarvetta keskustella pidempäänkin *"maailman asioista"*, joten jouduin lopettamaan ne hieman anteeksi pyydellen. Muutamat toivottivat minut uudelleen tervetulleeksi, jos *"jäi vielä jotakin kysyttävää"*.

9.3 Tutkimusprosessi

9.3.1 Aineiston keruu

Grounded teoria -menetelmää käyttäessäni minun oli kiinnitettävä huomiota ilmiön kannalta mielekkääseen aineistoon. Etsin iäkkäitä lyhythoitosisä kirurgisessa toimenpiteessä olleita kommunikaatiotaitoisia potilaita. Osastonhoitajat ilmoittivat minulle haastateltavien henkilötiedot. Sovin heidän kanssaan haastattelut ilmoittamisjärjestyksessä ja sen mukaan, kun sain aikatauluni so-

pimaan. Lopetin haastattelut 44 haastattelun jälkeen, sillä totesin, että aineistoani varten olin saavuttanut haluamani saturaatiotason eivätkä uudet haastattelut olisi tuoneet uutta informaatiota.

9.3.2 Litterointi

Haastattelunauhat purettiin ja kirjoitettiin tekstimuotoon niin, että myös tutkijan kysymykset ja kommentit tulivat näkyviin. Litteroinnin suoritti ulkopuolinen konekirjoittaja tutkijan antamien ohjeiden mukaan. Tuotoksena syntyi noin 250 tiheästi 1 rivinvälillä kirjoitettua A4-kokoista tekstisivua. Teksti kirjoitettiin puhekielenä eli juuri niin, kuin se oli puhuttu. Teksti kirjoitettiin niin, että myös vajaat lauseet, toistot ja lausahdukset, hmmm, nauru, näkyivät. Haastatteluja oli tarkoitus kuvata niin tarkkaan kuin mahdollista. Kun puheaineistoa muutetaan kirjoitettuun muotoon, menetetään aina jonkun verran informaatiota (Pyörälä 1994).

Olin itse haastattelijana ja tekstin lukeminen palautti mieleeni haastattelutilanteiden yksityiskohtia. Tekstiä lukiessa tulivat mieleeni kertojien ilmeet, eleet, äänensävyt ja liikkeet kertomisen aikana.

Muistin virkistämiseksi kuuntelin nauhoja varmistaakseni tietyt äänenpainot, naurahdukset tai huokaukset. Nämä haastattelutilanteiden ei-kielelliset, kirjoittamattomat viestit ovat vaikuttaneet tulkintoihin. Ulkopuoliselle lukijalle tekstimuotoon muutettu kertomus ei voi merkitä samaa kuin minulle, haastattelijalle. Kuuntelin samojen henkilöiden ensimmäisiä ja toisia haastatteluja peräkkäin. Samoin luin niistä kirjoitettuja tekstejä saadakseni täydellisimmän kuvan kyseisen henkilön kokemuksista

Luin puretut nauhat kuten kirjeet läheiseltä ystävältä. Tämä palautti mieleeni haastattelutilanteen hyvin elävästi. Luin materiaalin useaan kertaan. Tein ensin alustavaa koodausta (initial coding). Luin uudelleen, mietin kategorioita ja jatkoin niin, että aineistostani alkoi muodostua pääkategorioita (selective coding). Pääkategorioiden luokittelu ja alakategoriat vaativat edelleen materiaalin lukemista ja nauhojen kuuntelua niin pitkään ja usein, että uutta tietoa ei enää löytynyt.

9.3.3 Aineiston analysointi

Aineiston analysoinnissa käytin ns. jatkuvaa vertailua (constant comparative analysis) Tällöin hahmotin tutkittavan ilmiön kategorioiksi sitä kuvaavista ominaisuuksista (properties). Tärkeää oli, että kategorioiden yhteys aineistoon säilyi.

Koska minulla oli tarkoitus tuottaa kategorioita ja niiden ominaisuuksia, jotka toimivat ja kuvasivat teoriassa empiriaa, oli koodaaminen tärkeää. Aineiston suoraa koodaamista on kahta tyyppiä: avointa ja valikoivaa. Käytin avointa koodausta, mikä tarkoittaa sitä, että aineistosta nousevista alkuperäisistä ilmauksista muodostetaan koodeja. Koodeista ja alkuperäisistä ilmauksista muodos-

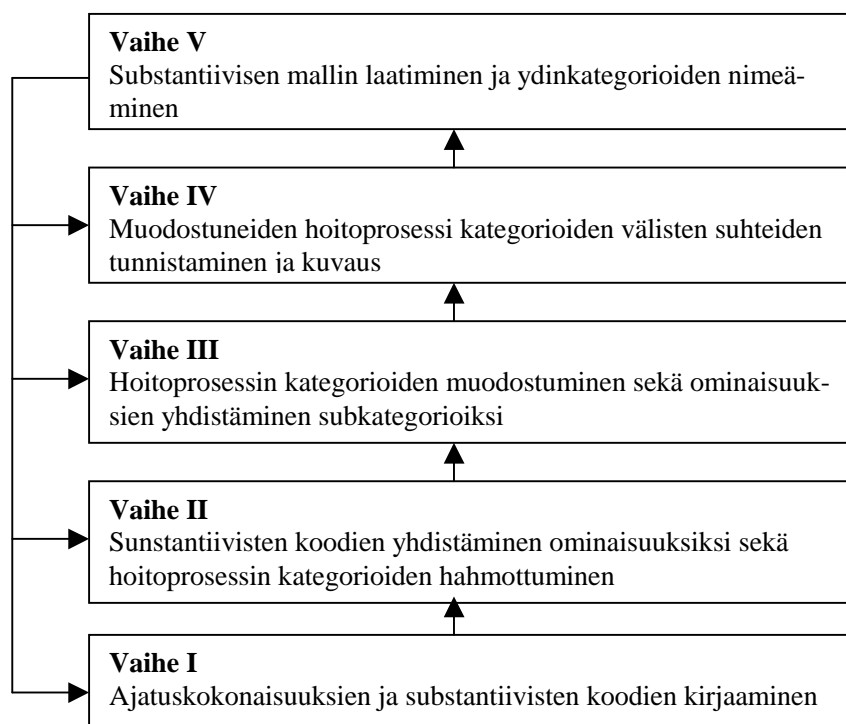
tin listoja, jotka auttoivat minua peruskäsitteiden löytämisessä. Käyttäessäni avointa koodausta esitin itselleni kysymyksiä: Mitä tästä aineistosta on tarkoitus tutkia? Mitä aineistossa on todella tapahtumassa?

Aineiston analyysia voin tarkastella myös omana tutkijan prosessinani. Ensimmäisessä vaiheessa aineisto siirtyi omaksi ajattelukseni (input). Toisessa vaiheessa aineisto eli ajattelussani ja teoreettisia hahmotelmia alkoi muodostua (drugless trip). Viimeinen vaihe (saturation) oli teorian kehittämisen kannalta keskeisin. Tällöin kirjoitin analyysin tulokset.

Tein avoimen koodauksen ohella teoreettisia huomioita (theoretical notes), jotka olivat ensimmäinen tyyppi muistiinpanoista. Niiden avulla kehitin kategorioiden ominaisuuksia ja integroin niitä (Charmaz 2001).

Teoreettiset muistiinpanot (theoretical memos) auttoivat minua tekemään olettamuksia kategorioiden välisistä yhteyksistä ja yhdistämään omia aineistosta löydettyjä havaintoja laajempaan teoreettiseen viitekehykseen eli muihin tutkimustuloksiin. Siihen liittyi pysyvää järjestelyä, uudelleen järjestelyä ja ideoiden työstämistä. Teoreettiset muistiinpanot eivät olleet suoranaisia indikaattorien välisissä yhteyksiä, vaan omia ideoitani, jotka oli syytä merkitä muistiin välittömästi.

Koodaaminen, aineiston jatkuva lukeminen ja kuuntelu veivät aikaa ja usein olin vihainen itselleni näin vaikean menetelmän valinnasta. Kirjoitin kategorioita useaan kertaan, keskustelin ohjaajani kanssa ja palasin uudelleen materiaaliini pariin. Tein ”suppilotyöskentelyä”. Isosta aineistosta tippuivat kuin suppilosta tutkimusprosessin aikana kypsyneet kategoriat (kuvio 3).



KUVIO 3 Grounded teoria –menetelmän analyysivaiheet

9.3.4 Tutkimusraportin rakenne

Varsinaisten tulosten esittelyn olen aloittanut yleisillä teorian kuvaamisilla ja jatkanut sitten yksittäisten käsitteiden kuvaamisella. Olen pyrkinyt kuvaamaan tutkimustuloksia niin, että kaikki esiintyneet käsitteet ja niiden väliset yhteydet tulevat määritellyiksi. Tätä myös esitti Glaser (1978) kirjoituksessaan.

Lähestymistapani tarkoituksena on tuottaa substantiivista teoriaa, jolla on osoitettavissa oleva yhteys keräämääni aineistoon. Raportissa säilytän yhteyden muodostamieni kategorioiden ja teorian välillä.

10 LYHYTHOITOISEN KIRURGISEN VANHUS- POTILAAN KOKEMUKSET - ANALYYSI- PROSESSIN TULOKSET

Tutkimusaineiston kategorioiksi nousivat tietämys, toiminnallisuus, tunteet, palvelujen järjestäminen ja hoidon onnistuminen. Kategoriat jakautuvat myös viimeistä lukuun ottamatta alakategorioiksi (kuvio 4).

10.1 Tietämisen kategoria	10.2 Toiminnalli- suuden katego- ria	10.3 Tunnekatgoria	10.4 Palvelujen jär- jestämisen ka- tegoria	10.5 Hoidon onnis- tumisen katego- ria
Ohjeiden ymmärtäminen	Taito selvitä kivusta	Eettisyys	Avun tarve ja saanti	
Hoitomyöntyvyys	Infektioiden ehkäisy	Selvisimme sodastakin	Taloudellisuus	
Muut vaivat ja sairaudet	Omasta yleiskunnosta huolehtiminen	Kuoleman ajatukset		
Paranemisen tunnusmerkit	Sosiaalinen kanssakäyminen			
	Harrastukset			

KUVIO 4 Lyhythoitosen kirurgisen potilaan hoitokokemuksen kategoriakartta

10.1 Tietämisen kategoria

Ihmisten terveystietäminen, -ongelmat ja selviytymismekanismit tiedetään yksilöllisiksi. Lyhythoitoisten kirurgisten potilaiden kohdalla yksilöllisyys on erityisen korostunutta, koska toimenpide tehdään nopeasti eikä terveydenhuollon ammattilaisilla ole mahdollisuutta tilanteen pitkäaikaiseen seurantaan ja syntyvien ongelmien ratkaisuun. Lyhythoitoisten kirurgisten potilaiden selviytymismekanismmeissa on tunnistettavissa erilaisia näkökulmia (Suominen & Leino-Kilpi 1997). Näkökulmat liittyvät siihen, että ihminen on moniulotteinen ja hänen tervehtymistään voidaan tukea huomioimalla tämä moniulotteisuus mahdollisimman laajasti.

Potilaiden selviytyminen kotona leikkauksen jälkeen sujui potilaiden arvioiden mukaan hyvin. Potilaat olivat osanneet hoitaa itseään leikkauksen jälkeen, vaikka ohjauksessa ja kirjallisissa ohjeissa olikin heidän mielestään muutostarpeita.

Haastateltavista osa oli hyvinkin tietoisia, mitä heille oli tehty ja miten toimimisen ajateltiin sujuvan. Leskirouva sairaanhoitaja kertoi muistavansa vähän silmän rakenteesta. Hänelle tieto tuli kirjallisesti piirroksena. *"Tuon paperin mukaan tiesin, että mykiö otetaan pois ja laitetaan keinomykiö. Ja sit tuossa selostetaan, että mykiö ei muutu, mut siis ne kannattimet, joihin se kiinnitetään, niin ne huononee ajan myötä ja sit sano, et sitte se vaiva, mikä siitä tulee, ni sitä sanotaan jälkikäikeksi ja se hoidetaan laserilla."* (Koe 1A). Toiselta kaihipotilaalta kyselin, oliko kukaan kertonut hänelle silmän rakenteesta tai oliko hän itse selviteltyt, mitä silmälle oli tehty. Kukaan ei ollut kertonut, kun *"Niil on niin kiire, joka paikas on sairaalois niin kiire, lääkäreillä."* (Koe 2A).

Virtsarakon tähytykseen menevä naishenkilö ei ollut keskustellut kenenkään kanssa taudistaan. Hänellä oli kirjalliset ohjeet, joista hän kertoi: *"Oishan siin luku, mut enhän mie ymmärrä niit solui enemppää ku muuta sellasii. Siin lopus kyl lukee ne kaikki mitä on."* (1A). Kun menin häntä haastattelemaan toisen kerran, hän oli varannut vastauksia nähtäväkseni ja kesken muuta keskustelua päätti kysellä minulta: *"Miepä kysyn, mitäs tarkoittaa täs kun on toi, noit bakteerii? Mitäs ne leukosyytit on?"* Häntä askarrutti myös edellisen leikkauksen jälkeen tullut jalkakipu. *"Itekii, ku ajattelee et tollee on niin ku leikkaukses saattas niin ku joku hermokii tai joku vioittuu, mut mistä sen tietää itekää, et ons se vai ei."* (1A).

Yhden henkilön mielestä anatomiaa pitäisi opettaa koulussa, ettei pääsisi unohtumaan. Hänen aikanaan sitä ei ollut opetettu. Paljon sairastanut mies, jonka vaimo oli pitkäaikaishoidossa, kertoi kyllä tietävänsä ihmisen anatomiaa ja *"kyl mie niistä taudeist."*

Usein kaikki ohjeet ja informaatio jätettiin vaimon huoleksi. Virtsakivipotilas kertoi lukemisestaan: *"Kylhä mie hiukan oon, mut mul on toi vaimo tuol hoitanu sen puolen, et se selostaa. En oikeen jaksa keskittyä, ni vaimo on hoitanu sen luku-puolen ja sitte sanonu. Kylhän mie sitte kattelen, mut jos on pitkät luvout, tuota niin siin ei jaksa ja toinen sitte tämä muisti, niin vaikka kuinka lukee sen, niin ei oikein enää muista, et mitä se on."* (6A).

Eräs paljon sairastellut mies kertoi omasta kokemuksestaan: *"Mitä enemmän oman tautinsa eri vivahteita ja eri puolia tuntee ja ehtii niihin syöntyä, niin sen vahvemmalla on sitte keskusteluissa jo yksistään ja nyt mä olen huomannut jo tänkin yhteydessä, että kun mä jotain mielipiteitä lausun, nii niitä kuunnellaan ja otetaan varteen ihan toisin kuin jos niissä ei ois mukana mitään sellaista elämäkokemusta ja tunteumaa. Niin, ihminen keho kokonaisuutena ja koko ihminen, ni sehän on niin suuremoinen laite, että eihän voi kuvitella..... täähän on ihan mahdottoman mielenkiinnon kohteena. Pitäis jo koulussakin oppilaiden saada tietoo..... liian vähän nuoret nykyään tietää itse ihmisestä sellasenaan."* (9A). Haastateltava kertoi, ettei hän ole pedagogi eikä tiedä, mitä nykyään opetetaan. Omalta osaltaan hän oli tietoinen kehonsa toiminnasta omien kokemustensa kautta.

Rakkotähystyksessä olleella naisella ei oikein ollut tietoa, mitä hänelle oli tehty. Lääkäri ei ollut hänelle kertonut mitään, mutta *"Mitä mie nyt olen ite jotaa luku jostaa kirjoist, mut ei oo sen paremmin munuaisista tai mistää."* (14A). Hän epäili, ettei hänellä kuitenkaan ole munuaisissa vikaa.

Yli kymmenen vuotta sokeritautia sairastanut mies piti tautinsa tasapainossa yhdessä vaimonsa kanssa. Sokeritautia oli alkuun hoidettu ruokavaliolla ja tableteilla. Nyt insuliinit olivat olleet käytössä jo vuosikausia. Oireet olivat ilmenneet töissä *"ni joskus meni neljä viiski pullo kesäl kuumal ni juotavaa."* Ja tähän vaimo: *"Sokerilimsaa."* (16A).

Oman terveyden ylläpito vaatii aina tietoa. Tiedontarve luonnollisesti korostuu silloin, kun kyseessä on jokin sairaus ja sen hoito (Leino-Kilpi ym. 1993). Lyhytkirurgisen potilaan osalta sairaala-ajan lyhyys tehostaa tiedon tarvetta: selviytyäkseen potilas tarvitsee tietoa valmistautuakseen toimenpiteeseen ja toipuakseen siitä.

Tehokkaasta ja monipuolisesta ohjauksesta tulee erityisen keskeinen hoitotyön osa-alueena. Tämän takaamiseksi eräissä keskuksissa on tehty opetusohjelmia ja standardeja ohjauksen sisällölle ja tarvittavalle materiaalille (Eddy & Coslow 1991). Myös erilaisia tiedon välittämisen keinoja on vertailtu, jolloin esimerkiksi gynekologiseen päiväkirurgiseen toimenpiteeseen tulevien kohdalla on havaittu videon olevan tehokas tiedon välittäjä. Myös Bran ym. (1995) havaitsivat sekä ennen että jälkeen toimenpidettä tapahtuvan opetuksen olevan avaintekijä siirryttäessä suorittamaan kohdunpoistoja päiväkirurgisesti.

Kirurgisen potilaan tiedon tarvetta ja ohjausta on tutkittu paljon ja tutkimusten perusteella voidaan todeta ohjauksen edut potilaalle. Myös lyhythoitosisessä kirurgiassa olevien potilaiden tiedon tarvetta on tutkittu jonkin verran. Esimerkiksi Norinkavich ym. (1995) suorittivat kahden vuoden aikana tutkimuksen, jossa selvitettiin hoidon laatua päiväkirurgian yhteydessä, kitarisan poiston ja adenoidektomian jälkeen. Tutkimukseen osallistui 150 henkeä. Aineistonkeruu suoritettiin heräämössä toimenpidettä seuraavana päivänä ja kaksi viikkoa toimenpiteen jälkeen. Hoitajien antaman opetuksen todettiin olleen hyödyllistä, mutta vaativan osittain muutosta, jotta se voisi paremmin vastata potilaan tarpeisiin.

Hoitajien suorittaman toimenpidettä edeltävän soiton sairaalaan tulevalle potilaalle on havaittu vähentävän potilaan ahdistusta. Toisaalta keskustelun

aikana on saatettu läpikäydä sellaisia hoidollisia ja potilaan sosiaaliseen tilanteeseen liittyviä seikkoja, joiden selvittely edistää toimenpiteen nopeaa aloittamista potilaan tullessa sairaalaan. Tällöin toimenpiteeseen valmistautumisaika lyhenee (Wachter 1995).

Päiväkirurgisten potilaiden informaation tarvetta on tutkittu myös hoitoprosessin eri vaiheissa. Kyselyn avulla saatiin selville useita puutteita potilaan tiedoissa, esimerkiksi milloin pitää tulla sairaalaan, kauanko sairaalassa viivytään ja kuinka kauan menee toipumiseen. Toipumisvaiheessa suoritetun haastattelun tulosten mukaan riittävästi tietoa välitettiin haavahoidosta ja toipumisnopeudesta, mutta enemmän kaivattiin tietoa siitä, millaisia oireita voi olla toipumisaikana ja milloin voi itse odottaa voinnissa tapahtuvan merkittävää paranemista (Moran & Kent 1995).

Potilaan hoidossa oloajan lyhyys asettaa erityisvaateita tiedonvälitykselle. Erityisesti kirjallisten ohjeiden tarve on suuri, koska niihin voi paneutua omassa tahdissa ja myös jälkepäin.

Satu Helin (2000) on kiinnittänyt huomiota iäkkäiden ihmisten huomioon ottamiseen. Varsinkin hoito-ohjeita ja suosituksia iäkkäälle ihmiselle annettaessa tulisi kiinnittää nykyistä enemmän huomiota siihen, miten iäkkäiden henkilöiden reaktiokyvyn heikkeneminen ja tiedon mieleen painamisen vaikeutuminen voivat heikentää muistamista ja uuden tiedon vastaanottamiskykyä. On hyvä pohtia sanontaa: *"Minkä kuulen - unohdan, minkä näen - muistan ja minkä teen- ymmärrän"*. Eri keinoin tulisi pyrkiä varmistamaan se, että iäkäs henkilö on ymmärtänyt saamansa hoito-ohjeet ja myös tietää ja ymmärtää, miten tulisi toimia. Puhutun viestin ohella asia tulisi varmistaa kirjallisesti, mikä näin tietoyhteiskunnan aikana ei liene mahdoton asia.

Uusien laitteiden hankinta ja käytön osaaminen tulisi varmistaa harjoittelun ja jälkikontrollin avulla. Helinin aineistosta löytyi yllättävän paljon jatko-hoitoihin liittyvää tietämättömyyttä ja laiminlyöntejä sekä myös puuttuvaan tietoon, palvelujärjestelmän käytön kokemattomuuteen tai aiempiin negatiivisiin kokemuksiin liittyvää arkuutta ottaa yhteyttä palvelujärjestelmään.

Työntekijän tulisi kiinnittää erityistä huomiota myös omaan asennoitumiseensa iäkkäitä ihmisiä kohtaan, jotta iäkkäät ihmiset saisivat tasavertaiset palvelut muihin ikäryhmiin nähden ja suhteessa palvelutarpeisiin (Kosloski ym. 1990, Stahl & Feller 1990, Kalkas & Sarvimäki 1994, Sarvimäki 1999).

Päiväkirurgisten potilaiden kokemukset omasta hoidostaan ja osallistumisestaan voidaan kiteyttää mainintoihin *"being told"*, *"going in to get it fixed"*, *work objekt"* (Avis 1994). Lyhytjälkihoitoisten kirurgisten potilaiden kohdalla yksi suurimmista tyytymättömyyden aiheista on ollut riittämätön tiedonsaanti (Forsberg ym. 1993).

Monet potilaat voivat kokea lääkärin kanssa keskustelun stressaavaksi, eivätkä he kykene tuomaan esille huolenaiheita ja ahdistustaan. Hoitajien kanssa keskustelu huolestuttavista asioista koetaan helpommaksi (Allen 1994). Hoitajien, kirurgien ja anestesiologien tulisi koordinoida toimintaansa ja yhteistyötään, jotta päivä- ja lyhytkirurgisessa toiminnassa taattaisiin hoidon laatu ja hoidon jatkuvuus.

Tällä tutkimusalueella on ollut puutetta suomalaisesta tiedosta. Esimerkiksi Hiltunen ym. (1996b) tuovat esille kaihipotilaiden omaisten ohjauksen toteutumisen. Ohjaukseen oltiin tyytyväisiä. Tosin omaiset kokivat saaneensa vähän tietoa sosiaali- ja terveydenhuollon palveluista. Omaisten oikean tiedon osuus kasvoi ja omaisen tieto kaihipotilaan kotihoidosta lisääntyi ohjauksen aikana. Vaikka oikean tiedon osuus kaihipotilaan kotihoidosta oli toimenpiteen jälkeen suurempi kuin ennen sitä, kaikki omaiset eivät kuitenkaan tienneet, mitkä asiat toimenpiteen jälkeen ovat normaaleja, mitkä komplikaatioiden oireita ja mitkä liittyvät potilaan rooliin.

Viitamäen (1995) tutkimukseen osallistui 123 Tampereen yliopistollisen sairaalan Lyhki-yksikössä hoidettua potilasta. Tutkimuksen mukaan potilaat ymmärsivät hyvin toimenpiteen tarkoituksen ja olivat selvillä heille tehdyn leikkauksen merkityksestä. Toimenpiteet koettiin joustavasti ja sujuvasti läpiviedyiksi. Potilaiden omatoiminen valmistautuminen leikkaukseen oli onnistunut, osittain annetun ohjauksen ansiosta. Omaisten osallistumisen merkitys aikuispotilaille ei ollut suuri. Itsehoidon tukeminen oli pääteltävissä ohjauksen ja neuvonnan arvioinnissa ja näytti tutkimuksessa onnistuneen melko hyvin.

10.1.1 Ohjeiden ymmärtäminen

Haastateltavat kertoivat tarkasti saamistaan ohjeista. Haastattelun kuluessa monet toivat ohjeet nähtäväksi, aivan kuin todistaakseen, että he olivat ymmärtäneet ne oikein. *“Tuli kutsu, paperi ja siin oli kaikki ne ohjeet, mitä tuota täytyy ottaa mukaan ja sitte tutkittiin, ensin sairaanhoitaja kysyi tietysti asianmukaiset kysymykset...”* (Koe 1A).

“Minä en niin ku ymmärtäny, miten se puudutus tapahtuu, et jännäsin sitä, ja tapahtuikin tippojen avulla..” (Koe 1A). *“Minulla oli kaikki sairaalasta nämä täydet ohjeet. Jos haluatte, niin näytän ne teille? Kukaan ei siellä siis ei neuvoonu eikä muuta ku itse sitte luin siitä kaikki nämä...Kaikki nämä ohjeet oli siinä kirjeessä, siis sairaalasta ei sanottu mitää.”* (Koe 1A). *Erittäin hyvät ohjeet... Näitten mukaan olen eläny.”* (Koe 1A).

Rouvalla (Koe 1A) oli toiveena ohjeiden suhteen *“Mut että ois tavattoman mukava, joka sen lukis ja yhdessä pohdittais, muistuis sitte kaikki mieleen, et nyt olen koko aika nämä edessä ja taas katson, että olenko nyt osannut tehdä kaikki oikein. Kotona voi tehdä kevyitä askareita, mikä se on kevyt askare? Niin, sitä ei kukaan sano, Toisin sanoen minä en oo kotona tehny mitään.”* (Koe 1A).

Rouvan mielestä henkilökunta on kiireistä *“Ni ei ne kyllä nykyisin ennätä neuvoa.”* (Koe 1A). Vanhojen ihmisten kohtalo häntä myös huolestutti: *“Että on (vanhat ihmiset) kerta kaikkiaan sen neuvoon ja hoidon ja neuvomisen tarpeessa... ja katsoo siis se potilaan ikä ja kunto.”* (Koe 1A).

Toisen koehaastateltavan kaihileikkausohjeet *“paperilla tuli, enhän mie muistakkaa kaikkee”*. Poika oli lukenut niitä hänen kanssaan *“Oli niitä paljon, niitä on vissiin tuossakin vielä... kyllä ne tytöt (palvelutalon henkilökunta) joskus niitä luki, mut sitte anto minulle.”* (Koe 2A).

Tulevaisuuden suunnitelmia oli tehty haastateltavan kanssa, joka kertoi hoidoistaan: *“Mie vaan jatkan, että kun ne sanoo, että viis vuotta, ni sit muka lopetetaan.”* (Koe 1A).

Tähystyksessä ollut mieshenkilö kertoi *“Ei ne anna kotihoitoo mitää ohjeita... mut sit ne laittaa lapun kotii, et milloin täytyy tulla ja mihin millekii osastolle...”* (3A). Samat hoitajat olivat haastateltavalle mieleinen asia. *“No kyl muutammat (on tullu tutuiksi hoitajista) (4A). Tämä haastateltava oli keskustellut taudistaan lääkärin kanssa ”jouduttiin keskustelemaan ja ihan asiallista keskustelua...”* (4A).

Haastateltavat olivat tyytyväisiä, vaikka kotihoito-ohjeita ei erikseen annettukaan. *“Kyl mie oon ainakii ihan tyytyväinen näihin, siis aikatauluihin ja...kyl nää on minusta ihan selvät ollu nää asiat, että ei niissä oo ollu mitään... mie oon vähän katellut ja vaimo on vähän selostanut.”* (6A). *“Mutta kyl sieltä sitä ohjetta tuli, että kyllä niillä pärjää, kun ne lukee.”* (8A).

Sairaaloiden välisestä yhteistyöstä ja potilaan neuvonnassa olleista ristiriidoista kertoi haastateltava, jonka hoitoon oli annettu eri sairaaloista erilaiset ohjeet: *“Sairaalasta soitettiin, että mitään Marevania ei saa ottaa”* Haastateltava selvitteli yhdessä vaimonsa ja kahden sairaalan välillä miten toimia: *“Ilmeisesti joku semmonen yleisohje on olemassa sairaalassa.”* (9A).

Kotihoito-ohjeita kaivattiin leikkaavalta lääkäriltä varsinkin omalääkärin lomien aikana: *“Leikkaava lääkäri tarkastaa (asia ei onnistunut) et se jäi vähän kai-velemaa.”* (10A).

“No ei nyt pahemmin kerrota, että jos ei itekää älyä kysyy..” Kotihoito-ohjeita kysyessä haastateltava kertoi: *“Onhan mul tuol, mie vois in näyttää ne... no siin on ne ohjeet kaikki, mut ei muuta kerrota... ne on kirjoitettu ylös ja sitte tota selitetää vähä siit niin ku esimerkiks näistä kokeista... mikä tulee kotia se sellanen toinen paperi, niin siin on kyl hyvin selostettu...”* (14A).

Se, että henkilökunta tuns i potilaan entuudestaan, tuntui olleen erittäin mukava kokemus: *“Mut toiset sano, et no tuttu mies tuli taas...”* (18A). Myös tuttu lääkäri tai hoitaja oli ensiarvoisen tärkeä. Lääkärin siirtyessä toiselle paikkakunnalle haastateltava kertoi: *“Ni mä tietysti seurasin häntä ja...”* (19A). *“Mut siel on niitä vanhojakii, jotka tuntee taas minutkii.”* (19A).

Haastateltava ihmetteli nykyaikaista tietojen kulun hitautta, sillä *“...ku tiedot tietokoneella ei kulje ollenkaan... et mä ihmettelen, että miten tää on näin onneton touhu...”* (19A).

Haastateltava ihmetteli samojen verikokeiden ottamista terveyskeskuksessa ja erikoissairaanhoidossa. *“Ne otettii kans täällä, mut ne uusittii sit kyllä... Kun on sama lääkäri, ni hän tuntee taustat ja potilaan taustat kun menee, ettei tarvi selitellä puoli tuntia itse.”* (20A).

Ohjeiden annossa varsinkin lääkärit olivat vähäpuheisia. Pitkään hoitosuhteeseen tottuneet kertoivat: *“Lääkäri juttelee, mut hyvin vähän juttelee, mut jos kysyy, ni kyl se vastauksen antaa... yleensä ne lääkärit on semmosii vähäpuheisii, et ei ne potilaalle paljon selvitä, jos ei se potilas kysy.”* (3B).

Haastateltavan mielestä omalääkärin olisi saatava paperit erikoissairaanhoidosta. Toisaalta potilaalla olisi oltava mahdollisuus soittaa erikoissairaanhoidon antajalle. *“Ku meillä oli se omalääkäri, ni se on paljo parempi, siin ei ollu sitte*

paljo puhumista eikä mitää sellasta, ku nehän on selvät, ne alkupäät...” (6A). “Annettii ihan hyvät ohjeet siitä ku me lähdettiin...” (7B). Jälkitarkastukseen sinne, joka kerran on passittanu sinne leikkaukseen.” (8B).

Neuvontaa pohti myös haastateltava, hernialeikkauksessa ollut mies: “Vaikka siinä on kyllä ne ohjeet... mut vielä enempi lisää siitä, siihen jää pieni aukko siihen neuvomiseen, vaikka sen nyt osaa lukee tosta, mut kumminkin. Parempi se ois jos vähä tarkemmin siellä vielä neuvottas, se ois hyvä ihan.” (12B).

Omalääkäri on hyvä, koska “Ei tarvi aina selittää.” (13B).

Toisen apu ohjauksessa oli tarpeellista, sillä “En minä olis itte niistä selvinny..” (15B). Neuvonnan vaikeutta terveydenhuollossa pohti haastateltava: “Pietää, et kaikki on samalla tasolla, sehän on selvä juttu, mut sehän on varmaan vaikeeta, et jokaisest vähä pitäis mitata älykkyysosamäärät ja vasta sitten niin ku käsitellä sitä asiaa, se on vähän liian yksilöllistä sitten taas. Ois tietysti ihana tapaus, et aina olis sama ihminen, joka tuota tekis ja pitäis yhteyttä ja hoitas ja..... sehän olis tietyst ihana, mut se kait lienee ihan mahoton asia.” (19B).

Yksilöllisyyttä haki haastateltava, joka kertoi hoito-ohjelmista: “No yleensä hoito-ohjeet ni pitäis olla yksilöllisiä, eikä tuota noin ensimmäiselle ja viidellekymmenelle potilaalle lueta samaa hoito-ohjetta peräkkäin. Se on se, että näil ei oo toimivaalaa.” (19B).

10.1.2 Hoitomyöntyvyys

Haastateltavat olivat pääasiassa hoitomyöntyväisiä. He noudattivat saamiaan ohjeita taitojensa mukaan ja huolehtivat, että ainakin joku omainen muistaa heitä niistä muistuttaa. Ohjeiden noudattamisessa tarvittiin usein myös järjestelyjä: “Silmä pyyhittään vain kostealla pumpulilla ja sit puhtaalla paperinenälinalla ja sitte suihkussa olen käynyt, mut hiuksia en ole pessyt, kun tilasin perjantaiksi kampaajan sen takia, kun sanotaan, että vettä ei saa mennä tähän silmään.” (Koe 1A).

Hoito-ohjeiden noudattamisen ongelma ei ole uusi, sillä jo Hippokrateen sanotaan kehottaneen lääkäreitä kiinnittämään huomiota siihen, että potilaat eivät aina noudata saamiaan ohjeita (Gordis 1979). Hoito-ohjeiden noudattamista eli hoitomyöntyvyyttä (engl. compliance) on tutkittu paljonkin alun perin lääketieteessä ja sittemmin hoitotieteessä ja yhä useammilla tieteenaloilla.

Luottamus toisen apuun palvelutalossa oli vahva. Haastateltava tiesi kyllä itse hoito-ohjelmansa: “Tää henkilökunta laittaa tipat.....kahta ei tiputeta nyt.” (Koe 2A).

Monilla haastatelluista oli useita pitkäaikaissairauksia, joiden hoito oli jokapäiväistä puuhaa. Toimenpiteen aiheuttama ylimääräinen hoito oli vain opeteltava: “Verenpainelääkityshän minulla on ollut jo pitkään, se oli vuonna 1991, kun.... Kylhän siinä oli ne alkutiputukset ja sit leikkauksen jälkeen kolmisen viikkoo.” (5A).

Jotkut sairaudet olivat jatkuvassa seurannassa. “Juu, se jatkuu koko ajan, mä oon jatkuvasti nyt -93 saakka kolme kertaa vuodes käynny siellä, ensin antamas verta

niille ja sitten kymmenen päivää ne tutkii sitä ja sit on taas lääkäri kymmenen päivän päästä, tulee aina kaks kertaa, ainakin tähän saakka." (6A).

Potilaat pitivät huolta, että myös henkilökunta noudatti heidän saamiaan ohjeita: "Mie sanoin, kun mie tulin sinne sisään ja ne kysy, et onkos mitää erikoista ruoan suhteen, et onkos mitään sellaisia, mitä ei voi syödä, ni mie sanoin, et ei minulla muuta ole, mut miul on kihti ollu, et sellaisia ruokia ei pitäis, ni sit ku mä sain viimeisen kerran ruokaa, ni sit oli liharuokaa, ni toisille annettiin herneitä, ni minulle annettiin porkkanoita, juu ei ollu yhtään hernetä, ku ne on niitä pahimpia. Et kyl mie huomasi sen, et kyl ne oli merkannu sen ylös." (6A).

Kotihoitoa ja tarkkailua jatkettiin huolellisesti. "Juu, juu, ei saa mitään tehdä eikä nostaa, eikä ajaa pyörällä eikä puhdistaa mattoja eikä pilkkoo puita eikä mitään semmosia eikä tehdä pitkiä matkoja, mut se loppuu 12 päivää. Se oli kuukauden sairausloma. Eikä mitään muuta tarvinnut tarkkailla." (6A) "Ja sit on vielä muistutettava vaimoo, et se muistaa." (6A).

Hoito- ja tarkkailuvyötyä kuvasi myös haastateltujen eri aikoina tapahtuneiden toimenpiteiden jälkihoitojen erilaisuuden kuvaaminen. "Eikä minkäänlaista lappu siihen silmän päälle niin ku ennen oli et siihen laitettiin sellainen pelti ja sitte suurennettii sitä reikää aina päivä kerrallaan, et on se paljo kehittyny se lääketiede." (7A).

Varsinkin kaihileikkauksiin valmistautuminen ja jälkihoito oli tarkkaa työtä. Ohjeita luettiin yhdessä puolison kanssa ja turvauduttiin toisen muistiin. "Juu, tota noin, saunaan ei kahteen viikkoon....sitte pestä saa....Kaikki siin oli ennen kun mentiinkin sinne, ni sanottii, et hyvää ois pestä hiuksetkikin niin ku, et sitte justiin pestykin, että kun tietysti ihminen, jos on rasvaset hiukset, ni heti sitte alkaa pesemään niitä, ku on just leikattu, ni aina voi mennä vaikka shampoo tippa. Ja nyt sitte toinen viikko täytyy olla ilman sauna, mutta kyllä se siitä. Eipä sen kummempaa sitte muuta kuin se hygienia, et noudattaa, käsiä on pestävä vähän väliä..." (8A).

"Kolme kertaa päivässä tiputtaa kahta lajia tippoja ja kolme viikkoo. Liikuntaa saa harrastaa ja sauna, ei kuumaa sauna, suihkus voi käydä, nyt noin kuukauden ajan." (10A).

Myös ruokavalion pitäminen oli tärkeää. Sitä oli kyselty lääkäri myös jälkitarkastuksessa. "Mie sanoin juu, kaikki mie oon koittan syyä tuot vihannesta niin paljo kun voin ja esimerkiks niin ku parsakaali, kukkakaalia ja nyt paraikaa on tuo färski kaali, et tulee niin ku sit kuitua." (11A).

"Nyt ei kahteen kuukauteen ei saa nostaa mitään painavampia sillä viisteen, mut kävellä kyllä voi, ei nostaa mitään painavaa, ei se sanon mitää kilomäärää, mut kyl mie tänään, oli pölynimuria, se nyt ei oo niin painava, ni hyvin varovasti sitte vetelin sen kanssa puhtaaks näitä pöyjä pois, koska mie siitä lähtein ku jouúin sinne, ni en voinu oikeen tehdä mitään sen paremmin." (12A).

Haastattelut keskustelivat myös ohjeista mielellään lääkärin kanssa. "Tietysti ne tuota, jos lähtis kylmäst pois, nii tuleehan ne paperit peräst, mut...." Lääkärin kierto ja ohjeiden saaminen ei kuitenkaan vienyt paljon aikaa: "Kiertää siinä yhdeksän maissa, ja....että kahteetoista yhtee ku pääsee sit pois lähtemää." (13A).

Oman järjen käyttö toipumisen aikana oli itsestään selvyys. "Jos pystyn niin teen ja jos en pysty noin, että ei siin oo, kylhän ite tajuaa, et mitä pystyy tekemään." (13A).

Monilla oli toimenpiteen jälkeen jatkuva hoito ja ennalta ehkäisy. *"Mie sain kolme sellaista suihketta, et joutuu käyttämään loppuiän niitä. No se estää sen, ettei ne kasvas uudestaan, että tyrehtyis nyt taas ja menis pidempää se homma, mut ei täs nyt enää niien puolest tartte leikkaukseen mennä."* (17A).

Monisairauksisuus ja hoitojen moninaisuus olivat monelle tätä päivää ja tulevaisuuteen katsottiin uteliaana. *"Ei mulla varsinaista lääkitystä siihen, mutta on tuota muuta lääkitystä, sokeria on ollu, sokeritarkkailu on ollu ja sitten tämmöinen ennaltaehkäisevä sydänlääke... ja sit tota väkevää B-vitamiinia... Kyl se vähän on nii ku sillee auttan, et vähän on tuo verenkierto vissiin noihi jalkoihiin, vähän tuntuu, mut se on niin pitkän aikaa ollu ja ikä on tässä vaiheessa ni tuntuu, et sitä voi sattua vaikka mitä."* (18A).

Yhden haastateltavan työssä ollessa tapahtuneen toimenpiteen jälkeinen hoito ei onnistunut työkiireiden takia. Sairaalasta oli päästävä työhön. *"Ni en mä malttanu siellä olla, ku mul oli asiakaskäyntejä sovittu jo kolmen päivän päästä... ja tietysti sehän teki sen, että se ei kunnolla niin ku arpeutunu, vaan mä jouduin sitte uudestaan leikkaukseen, et vähän ku paranneltiin, mut tää oli minun omaa syytäni koko ajan, et mähän olin sanottasko työhullu, et mä en malttanu olla niinku paikoillani ..."* (19A).

Jatkuva kontroleissa käyminen antoi myös turvaa hoitojen onnistumisen suhteen ja niitä haluttiin jatkettavan pidempäänkin. *"En tiää, oisko tää nyt viimeinen kerta, vai vieläkö mun täytyy käyä sit, kun kesäkuus tulee puol vuotta, kun on leikat-tu. Kylhän mie antasin vaik kerran vuodes käyä kontrollis, jos se pitää, vaikka täs jo niin vanha onkii, ni siit huolimatta."* (1B).

Lääkkeet olivat olennainen osa monen vanhuksen elämää. *"No, kylhän niitä on jonkun verran, enhän mie tiää, minkä verran niitä nyt alkaa, mut niitä oli yhteen aikaan 18 pillerii päivässä, nyt on piikitykset päälle."* (2B).

Hoidon vastuullisuudesta sopiminen oli myös tärkeää. *"No kyl mie laitoin kaikki ite, sen muisti paremmin, kun nyt unohtaa se helpommin, kun luottaa siihen, et kaveri laittaa, ni eihän minun tarvitse muistellakaa, mut sit jos sattuu ettei muistakaa ni sit, yhen kerran jäi yks tippa laittamatta..."* (7B).

Hoitovastuun otti itsestään haastateltava, joka ei ennen juhannusta malttanut jäädä odottamaan lääkäriä: *"Mie sanoin, etten takuulla jää odottamaan min-käänlaisii lappui, että lähettäkää, teillä on osoitteet ja tuota niin kuin tapahtuikin. Et se oli se irroittautuminen vähän niin ku omavaltasen hätänen, mutta juhannus tuppas päälle ja mulla oli koko ajan pelko, että jos mie jostain syystä joudun olemaan juhannuksen siellä..."* (9B).

Sokeritaudin oireita ja hoitoja seurasi haastateltu mieshenkilö jo 15 vuoden ajan. *"Kyl se on hyvin pysyny aisoissa... ni se on ku toi elämän muutos tapahtuu, ni se vähän pelaa siin mukana, ei se pysy sellaisena kuin normaali kotiolois... olen mie ton piikin varassa ollu jo toistakyt vuotta... Kaks pari vuottahan hoidettiin silloo ens-tää, et tabletil ja ruokavaliol, mut ei siint tul mitää. Sit tuota tiää, miten kauan se sokeri-tauti minullakii oli, ku töissä oli tuol ni joskus meni neljä viiskii pulloo kesäl kuumal ni juotavaa. Sokerilimsaa. Nii, joo se vähä niin ku lisäs sitä, anto vähä potkuu."* (16B).

Säännölliset tarkastukset olivat osa elämää: *"Niin, jos nyt sanotaan kahdeksan kuukauden välein tää, et ei tää nyt sillai niin hirveitä tee..."* (19B). *"Se on nykyään pari kertaa vuodessa, jos ei mitään muutosta tapahdu."* (20B).

Hoitomyöntyvyys on osoittautunut tutkimusten mukaan laajaksi ongelmaksi (Sackett 1976, Sackett & Snow 1979). Erityisesti tutkittiin pitkäaikaissairaiden hoito-ohjeiden noudattamista. Myös ennalta ehkäisevien terveystottumusten, kuten hampaiden harjaus, turvavöiden käyttö ja turvaseksiohjeiden, omaksumisesta ja elämäntapojen muuttamisesta, kuten tupakoinnin lopettaminen ja ruokavalion muutokset, on oltu kiinnostuneita (O'Leary 1985).

Tutkimuksissa todettiin, että pitkäaikaisessa hoidossa olevista potilaista noin puolet laiminlyö lääkitystään (Morisky 1986). Hoitomyöntyvyys on kuitenkin yleensä parempi, mikäli kyse on akuutista sairaudesta tai oireita välittömästi helpottavasta hoidon toteutumisesta (Becker 1976). Monimutkaisia hoito-ohjeita ei noudateta yhtä kirjaimellisesti kuin helppoja. Erityisesti elämäntapoihin liittyvien ohjeiden noudattamisessa on puutteita (Becker 1976, Haynes 1976). Ruokavalio-ohjeita noudattaa noin 30-70 % potilaista. Tyytymättömyys hoitojärjestelyihin, esimerkiksi tyytymättömyys pitkään odotusaikaan, huonontaa ohjeiden noudattamista (Becker 1976, Haynes 1976).

Kun ohjeiden noudattamisen ongelmiin alettiin kiinnittää huomiota, ohjeiden noudattamattomuuden oletettiin johtuvan tietämättömyydestä. Tiedonjakamista ja potilasopetusta lisättiin, mutta sekään ei ollut ongelmatonta. Esimerkiksi vastaanotolla saadusta omaa sairautta tai hoitoa koskevasta tiedosta unohdetaan 30-60 % (Ley 1982, Watts 1980). Myös tiedon laatu näyttää vaikuttavan. Lamauttavaa ahdistusta, alistunutta pelkoa ja masennusta aiheuttava tieto ei paranna, vaan saattaa jopa huonontaa ohjeiden noudattamista (Janis & Rodin 1979, Sanders, Mills, Martin & Horne 1975).

Hoitohenkilökunnan ja lääkäreiden hoitomyöntyvyysarviointit ovat usein epäluotettavia, koska ne perustuvat ensisijaisesti hoitotulokseen. Kun hoitotulos on huono, hoitomyöntyvyyskin arvioidaan huonoksi. Hoitotulos, kuten paraneminen, ei ole aina sidoksissa ohjeiden noudattamiseen, vaan hyvästä hoitomyöntyvyydestä huolimatta osa paranee ja hyvästä hoitomyöntyvyydestä huolimatta osa ei parane (Sackett 1976). Käytännön taitojen opettamisessa saattaa olla puutteita. Itse asiassa joskus onkin kyse huolimattomasti annetuista ohjeista, ei hoitohenkilökunnan omasta huonosta ohjekuuliaisuudesta oman työn ohjeiston suhteen (Ley 1981).

Potilaan huonolla hoitomyöntyvyydellä saatetaan joskus selittää hoidon tehottomuutta. On myös selvitetty, että lääkäreillä on taipumus yliarvioida omien potilaittensa hoitomyöntyvyyttä (DiMatteo & DiNicola 1982). Arvioon potilaan hoito-ohjeiden noudattamisesta vaikuttaa myös se, miten lääkäri kokee keskustelun potilaan kanssa. Greenberg, Eisenthal ja Stoeckle (1984) totesivat, että jos lääkäri koki keskustelun potilaan kanssa hankalaksi, hän arvioi hoitomyöntyvyyden huonoksi. Myös taudin vakavuus vaikutti arvioihin. Mitä vakavampi sairaus oli kyseessä, sitä helpommaksi lääkäri koki keskustelun. Lisäksi todettiin, että jos potilaat ja lääkäri itse olivat nuoria, hoitomyöntyvyys arvioitiin hyväksi.

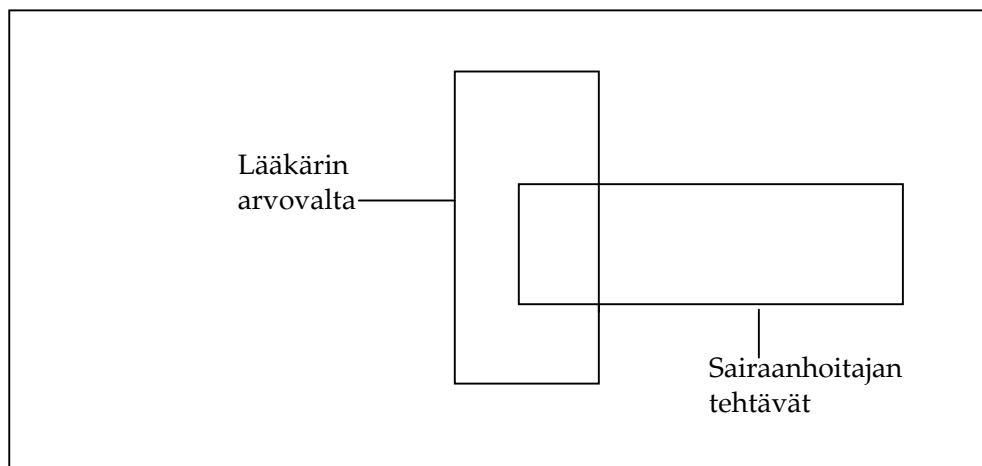
Potilaiden omaa arviota ohjeiden noudattamisesta ei pidetä luotettavana (Epstein & Cluss 1982). Tosin jokainen, joka sanoo noudattavansa hoito-ohjeita huonosti, yleensä myös tekee niin. Sen sijaan kaikki, jotka sanovat noudattavansa niitä hyvin, eivät tee niin. Potilaat saattavat unohtaa, miten ovat ohjeita noudattaneet tai pyrkivät tietoisesti tai tiedostamattaan kaunistelemaan käyttäytymistään esim. moitteiden pelosta. Pelko saattaa olla aiheellinen, sillä joissakin tutkimuksissa on todettu hoitohenkilökunnan helposti leimaavan huonosti ohjeita noudattavia potilaita laiskoiksi, vaikeiksi, yhteistyökyvyttömiksi, ilkeiksi (Fineman 1991). Ohjantatilanteissa hoitohenkilökunta ja potilas eivät ole tasa-arvoisessa asemassa, mikä johtaa ohjeiden noudattamisen puutteiden salailuun ja peittelyyn (Brehm 1966, Raven 1988). Potilaiden oma arvio hoito-ohjeiden noudattamisesta saattaa kuvata myös lähinnä potilaiden toivetta ja tavoitetta, ei niinkään todellisuutta (Glasgow, McCaul & Schafer 1987). Etenkin elämäntapoja koskevien ohjeiden noudattamisen arviointikriteerit saattavat vaihdella paljonkin.

Kuusisen (1994) mukaan potilaiden yksilöllisten ongelmien tunnistaminen ei ole mahdollista 15 minuutin vastaanottokäynnillä, vaan ongelman tarkempaan selvittelyyn olisi varattava ainakin usein vastaanotolla käyville potilaille enemmän aikaa. Sairaus ja sen vaatima hoito sinällään ei ole itsehoitongelmien syy, vaan se, miten yksilöt kokevat ja konstruoivat sairauden, hoito-ohjeet ja sen edellyttämän käyttäytymisen. Tyytyväisyys on sidoksissa myöntövytteen. Haastatellut henkilöt olivat tyytyväisiä saamaansa hoitoon. Haastateltujen myöntövyyttä näyttäisi vahvasti edistävän informatiivinen vaikuttamisstrategia (Poskiparta 1997). Lääkärin ja potilaan vuorovaikutustilanteita koskevissa tutkimuksissa on lääkärin nonverbaalinen kommunikaatio havaittu merkittäväksi tekijäksi, kun arvioidaan potilaan tyytyväisyyttä lääkärisäkäyntiin ja myöntövyyttä toimia annettujen ohjeiden mukaisesti (Street & Buller 1988, Rowland-Morin & Carrol 1990). Sallinen-Kuparinen (1989) toteaa, että tyytyväisyys vuorovaikutustilanteeseen heijastelee enemmänkin potilaalle kehittyneiden odotusten toteutumista sosiaalistumisprosessin aikana. Onnistunut vuorovaikutustilanne edellyttää, että lähestymistapa pohjautuisi yhteiseen päätöksentekoon ja potilaan rooli olisi keskeinen.

Terveystenhoitohenkilöstöllä on vahvasti kontrolloiva viestintätyyli (Stewart 1984, Meeuwesen, ym. 1991). Vuorovaikutuksen on todettu olevan tasavertaisempaa noin 30-50-vuotiaiden asiakkaiden kanssa. Tämän työn iäkkäiden kannalta tieto on merkityksellinen ja mielenkiintoinen. Naisiasiakkaat ovat miehiä halukkaampia kysymään omasta hoidostaan (Waitzkin 1985, Street & Buller 1988). Näistä mieshaastateltavista, joiden vaimo oli mukana hoidon järjestämisessä, vaimo kyseli hoidoista lääkäriltä. Potilas kokee viestintätyylin merkityksettömäksi sellaisissa tilanteissa, joissa hän on vakavasti sairas tai käy usein terveydenhuollon vastaanotoilla. Viestintätyyli on merkityksellinen rutiinitarkastuksissa ja harvoin vastaanotolla käyville. Lyhytjälkihoitoiset kirurgiset potilaat ovat juuri tällaisia, harvoin vastaanotoilla käyviä, urologisilla potilailla seurantatarkastukset ovat säännöllisiä. Puhuminen on erityisen tärkeää silloin, kun pyritään vaikuttamaan asiakkaan asenteisiin tai elämäntapoihin (Waitzkin 1984, 1985, Roter 1989). Iällä, sukupuolella, koulutuksella ja ahdis-

tuksella on enemmän merkitystä verbaaliseen kuin nonverbaaliseen viestintään (Street & Buller 1988, Taylor ym. 1989).

Haastateltavat kertoivat enemmänkin lääkäreiden antamista ohjeista. Sairaanhoidajan roolin tässä tehtävässä olen kuvannut oheisella kuviolla (kuvio 5). Lääkärin arvovalta on osana myös hoitajan tehtävissä. Hoitaja on osaltaan lääkärin antamien ohjeiden selventäjä. Muutamat haastateltavat joutuivat niitä erikseen kysymään, muutamat uskoivat asioiden etenevän, vaikka eivät itse niistä kovin tarkkaan tienneetkään. Vuorovaikutustilannetta vaikeutti myös lääkäreiden puhuminen hyvin hiljaisella äänellä tai puheen aikana katsominen potilaan ohi. Tämä oli haastateltavien mielestä ensimmäisellä käynnillä epämiellyttävää, mutta kun lääkäriin tutustumista tapahtui ja lääkäri piti hyvää huolta potilaista, käyttäytymiseen totuttiin ja se hyväksyttiin lääkärin persoonallisena piirteenä. Hoitajien rooli neuvojen antajana oli haastatteluissa lääkärin roolia pienempi. Heikkinen (1988) onkin tutkimuksessaan todennut, etteivät sairaanhoitajat ole aina vakuuttuneita ohjaavan roolinsa hyödyllisyydestä.



KUVIO 5 Lääkärin ja sairaanhoitajan roolit ohjeiden antamisessa

Jos kommunikaatiossa on puutteita, vuorovaikutus on osittain epämiellyttävää ja yhteisten ratkaisujen etsiminen on unohtunut, potilaat omaksuvat passiivisen kuuntelijan roolin (Häggman-Laitila 1994).

Useissa tutkimuksissa (mm. Leino-Kilpi ym. 1993, Suominen 1994) on pohdittu potilaiden riittävää tiedon ja tuen saantia terveydenhuollon henkilöstöltä. Vähemmälle huomiolle ovat jääneet tietävät potilaat. Heitä on usein nimetty vaikeiksi potilaiksi tietämyksensä ja aktiivisen potilaan roolinsa vuoksi (Häggman-Laitila 1994). Näistä haastateltavista "tietäviä" oli kaksi mieshenkilöä, joilla oli vuosikausia ollut säännöllinen kontakti terveydenhuoltoon; toisella urologiset kontrollit, toisella useita samanaikaisia sairauksia ja kontakteja moniin sairaaloihin.

Tietävien potilaiden ongelmana saattaa olla sirpaleisen tiedon soveltaminen omaan elämään ja tiedon kertominen useille samanaikaista hoitoa antaville

lääkäreille. Ongelmaa lisää vielä se, että eri erikoisaloiden lääkärit eivät tiedä toisen erikoisalalan toiminnasta ja antavat omalle erikoisalalleen relevanttia tietoa ja ohjeita, joita ei voida kuitenkaan noudattaa (esim. antikoagulanttihoidon jatkuminen leikkaukseen asti, magneettikuvauksen määrääminen tahdistinpotilaalle). Nämä molemmat haastateltavat säätelivät itse tai hakivat lisätietoja usein monistakin lähteistä. He eivät välttämättä olleet hoitomyöntyväisiä eivätkä noudattaneet saamiaan ohjeita. Toinen näistä sairautensa alkuvaiheessa jätti ohjeet noudattamatta ja sairastui vakavammin. Tämän jälkeen hän osasi tarkkailla itseään ja toimia hoitosuunnitelmansa mukaisesti.

Auttamistyön kohtaamia koskevassa kirjoituksessaan Suoninen (2000) esittää ammattilaisille tärkeän kysymyksen: *”Olisiko hyödyllistä kehittää auttamistyön kohtaamiseen jaksoja, joissa asiakas asettuu selkeästi haastattelijan asemaan, konsultoimaan ammattilaisen näkemyksiä omien ajatuskulkujensa tarpeisiin?”*

10.1.3 Muut vaivat ja sairaudet

Useimmat haastatteluun osallistuneet olivat tottuneet iän asteittain mukana tulleisiin lieviin muutoksiin ja mahdollisesti hyväksyneet ne, etteivät kokeneet itseään erityisemmin vanhaksi ja sairaaksi, vaikka heillä oli monia pitkäaikais-sairauksia ja jonkinlaisia toiminnan rajoitteita. Myös äkilliset ja odottamattomat muutokset ja niiden aiheuttamat selviytymisen vaikeudet voivat aiheuttaa suuria muutoksia ja tarpeita sopeuttaa elämä uuteen tilanteeseen. Jos odotamme sairastuvamme, todennäköisesti meille niin tapahtuu.

Haastattelemillani henkilöillä oli kaikilla jokin sairaus sen sairauden lisäksi, minkä vuoksi he olivat olleet toimenpiteessä.

Yksin rivitalossa asuvalla naisleskellä oli kaihileikkauksen lisäksi rytmihäiriö, verenpainetauti, huimausta. Lisäksi oli nivelrikkoa, vatsan toiminnan vaikeuksia, akuutti korvatulehdus ja virtsan karkailua, johon oli tehty leikkaus. *”Niihin on lääkkeitä kyllä ja muistettava kaikki, että ne tulee ihan oikeeseen aikaan. Mie olen itse laittanut sen annostelijan, et sen pystyn edelleen tekemään.”* (Koe 1A).

”Ajatelkaa mikä tilanne, oikeaan korvaan piti tiputtaa tippoja, vasempaan korvaan ei saanut mennä vettä eikä leikattuun silmään. Niin mie aattelin, että kun meen sinne kampaajalle, ni hän tietää, et ku mie panen pumpulit korviin. Hän on niin taitava, että kyllä se onnistuu.” (Koe 1A).

Rouva (Koe 1A) kertoi sairastelleensa viime vuosina. Hän kertoi sen olleen: *”Huonoa tuuria, et on ollu monta leikkausta vuosien mittaan”*.

Toisella kaihileikkauksessa olleella naisleskellä oli myös ollut paljon sairauksia ja sairaalakokemuksia. Suurin vaiva oli ollut: *”Hirveen pahat säärihaavat, ihan älyttömän pahat ja niiden kanssa olen ollu sairaalas vähä paljon, kun ne särki niin kovast ja märki ja vuoti. Nyt ne on parantun, kun lääkäri teki ihonsiirron ja sai ne parantumaan. Se paikattii täältä. Oon ku pakanamaan kartta. Mulhan on suonikohjuja paljon ja muuta semmosta. Ja sit mulla on fibromyalgia, johon minä olen saanut paljon kortisonia ja iho meni huonoks ja jouduin sairaalaan.”* (Koe 2A). Tälle rouvalle nousi heti kaihileikkauksen jälkeen silmänpaine. Hän oli poikansa kanssa matkalla

kotiin, kun hänelle tuli pahoinvointi. *"Auto likaantu ja vaatteet likaantu, sitte lopulta ihan sappea. Mie tulin kotiin tänne ja sitte tuli kotisairaanhoidaja tänne tuli antaa lääkkeitä mulle ja hän sitten soitti sinne osastolle ja sieltä sanottiin, ett pitää tulla takasin tänne taksilla tai ambulanssilla. Niin minä palasin sitte sinne."* (Koe 2A). Haastateltava oli yön ja seuraavan päivän osastolla ja tuli taksilla takaisin.

Yksin asuvalla naishenkilöllä oli: *"Syöpä, mul on tää avanne, tulee viis vuotta nytte".* Lisäksi *"selkä kiusaa ja sit nää jalat. Tääkiihän on mennyt hyvin, mut ku noi jalat reistaa ja niil ei oikeen pääse".* Haastateltava tulkitsi tämän vanhuudeksi: *"Mut ei se vanhuus vissiin tul yksinään".* Hän vertasi itseään toisiin vanhuksiin: *"Mut sit monta kertaa kolkuttaa ku kattelee tos ikkunas ku moni vanha menee ja niil on eri ketterät jalat".* Pientä lohtua tuo kuitenkin kesä, koska: *"Sit ku tulee lämmin ni sit tonne ku laittaa rilliin tulen ni sit istuu siel."* (1A).

Omakotitalossa yksin asuvalla miehellä oli diabetes. Hän valitti minun mennessäni haastattelemaan kutinaa ja kertoi astmastaan. *"Nii, ku ei jaksa kävellä ja taksilla pitää mennä sairaalaan. Pyörä minul on, neljättä vuotta sitten mie hylkäsin pyörän."* (2A).

Kerrostalossa asuvalla leskimiehellä oli tapahtunut halvaantumisen ja liikkuminen oli vaikeaa samoin käden nostaminen ylös ja esimerkiksi hiusten kampaaminen. *"No liikkumaan just pääsee. Mie ostin noi rollakärrytkii, on tuol ja sitä vaikka mul on keppikii ain mukaan, ni pelottaa, et kaatuu, sit ei pääse ylös."* (3A). Häneltä oli otettu rinnasta koepala, *"mut ei siin mitää suurempaa ollu".* Hyvää, mitä sairaalassa oli tapahtunut, *"Oli silmäleikkaus se oli hyvä leikkaus, mie nään ilman laseja lukeekii."* (3A).

Rytmihäiriöihin oli saanut lääkityksen yksin kerrostalossa asuva leskimies. Toinen leskimies oli toipunut kaihileikkauksesta ja sairasti verenpaineautia vuodesta 1993 alkaen.

Maaseudulla asuvalta mieshenkilöltä oli leikattu viime vuosina molemmat lonkat. Hänellä oli myös ruokavaliolla hoidettava kihti.

Rivitalossa kaihileikkauksessa olleella mieshenkilöllä oli ollut vammautumisia sodassa ja siitä asti vaivoja: *"Kahdeksan viikkoo olin sotasairaalassa".* Toinen jalka oli vammautunut sodassa ja toinen oli viime aikoina amputoitu verenkierron takia. Tulossa oli neurologinen tutkimus: *"Se jo hermostuttaa, se toi mikä jodikiteen laitto tonne päähän".*

Kerrostalossa vaimonsa kanssa asuneella miehellä oli ollut nivustyräleikkaus ennen kaihileikkausta ja kaulavaltimon ahtaumaa hoidettiin lääkityksellä, samoin 25 vuotta ollutta verenpaineautia.

Kerrostalossa vaimonsa kanssa asuneella miehellä oli vuosien kokemus monista eri sairaaloista. Hän oli jäänyt eläkkeelle sydän- ja verenkiertovaivojen takia. Tahdistimia oli vaihdettu vuosien mittaan ja nyt oli kahdeksas menossa. Aina kuin yllätyksenä tuli uusia vaivoja. Tämänkertainen hoidettava oli munuaiskivi. Hän tunsu olevansa perillä omista taudeistaan. *"Minä olen aika professori jo näis sähköasiois, ku ois vaan ruuvoimeisselit ja pelit, ni eiköhän näit sais vaiheltuu itekii näit pattereit."* (9A).

Sairauksien hoitoon mennään yleensä silloin, kun sinne kutsu tulee. Maalla asuva mieshenkilö oli saanut kutsut silmäleikkaukseen toiseen sairaal-

laan ja nivustyräleikkaukseen toiseen sairaalaan lähes samaan aikaan. Hänellä oli melkoinen sovittelu molempien leikkausten kanssa. Pääasiallinen huolen aihe oli toipumisen ajoitus niin, ettei se haitannut maataloustöitä. Lonkka ja polvi kaipasivat myös leikkausta: *"Onhan mulla toi lonkka ja polvi, mut tällä kerta..."* (10A).

Maalla puolisonsa kanssa asuva naishenkilö oli käynyt vuonna 1982 peräpukamaleikkauksessa ja siitä asti hänellä oli ollut vaivaa. Vasta kun elämä tuli hyvin hankalaksi, hän hakeutui toimenpiteeseen.

Iäkkäät ihmiset ovat usein häveliäitä vaivojensa suhteen: *"En ees tohtinu kaverille kertoa kahteenkymmeneen vuoteen"*. Laktoosi-intoleranssi oli myös tämän rouvan vaivana.

Yksin kerrostalossa asuvalla mieshenkilöllä oli kokemuksia vyöruususta. Hän kertoi olevansa kohtalaisessa kunnossa.

Varsinaisen vaivansa alkua ihmetteli yksin asuva naishenkilö: *"Mie en tiää et mistä se on tullu, kun mie en polta ees tupakkaa enkä mitää."* (14A).

Moniongelmainen oli sen sijaan palvelutalossa asuva naishenkilö, jolla oli ollut sydän- ja verisuonivaivoja ja virtsaamisvaivoja. Vatsavaivoihin hän käytti erilaisia luonnontuotteita ja nukahtamisvaivoihin mäkikuismaa. Monta kertaa hän oli ajatellut kuolevansa ja oli jo lahjoittanut kaikki korunsakin pois. Nyt kuitenkin elämä tuntui elämisen arvoiselta.

Omakotitalossa asuvalla miehellä oli sokeritauti ja nyt todettu syöpä. Maalla asuvaa mieshenkilöä olivat jo aikaisemmin vaivanneet nenän polyyppit, jotka poistettiin. Toinen vaiva oli kaihi, jonka poistoa suunniteltiin yksityisesti.

Perheensä kanssa rivitalossa asuvalla miehellä oli verenpainetauti ja vaimonsa kanssa rivitalossa asuvalla miehellä oli kokemusta pallolaajennuksesta, ohitusleikkauksesta, virtsatievaivoista ja neurologisista tutkimuksista Parkinsonin taudin takia.

Yhdeksällä kymmenestä 75 vuotta täyttäneestä henkilöstä on jokin toimintakykyä heikentävä pitkäaikaissairaus tai vamma. Hyväksi tai melko hyväksi terveydentilansa arvioi joka neljäs, huonoksi tai melko huonoksi runsas kolmannes. Tärkeimpiä ikääntyvän väestön terveyteen ja toimintakykyyn vaikuttavista sairauksista ovat verenkiertoelinten taudit sekä tuki- ja liikuntaelinten sairaudet, mutta myös diabetes ja dementia. (Sosiaali- ja terveysministeriö 1999). Haastatellut olivat tottuneet hoitamaan pitkäaikaisia sairauksiaan. Kirurgiset toimenpiteet helpottivat oloa ja halukkuutta ja tarvetta oli useampiinkin leikkauksiin.

10.1.4 Paranemisen tunnusmerkit

Haastateltavat olivat enimmäkseen hyvin tarkkoja omien tuntemustensa seurannan suhteen. Monet heistä olivat joutuneet seuraamaan muidenkin sairauksiensa oireita ja olivat valppaita tässä uudessa tilanteessa. Myös muihin sairauksiin liittyvien lääkkeiden käyttö ja lääkkeiden yhteisvaikutukset askarruttivat. Lyhytkirurgisen toiminnan biofysiologinen näkökulma selviämiseen sisäl-

tää erityisesti toimenpiteestä paranemisen ja komplikaatioista kertovien tunnusmerkkien seurannan. Lyhythoitaisen kirurgisen toiminnan taustalla on oletus siitä, että sairaalainfektiot ja sairaalahoitoon liittyvät pelot vähenevät ja potilaan kuntoutuminen nopeutuu (Lääkintöhallitus 1990).

Kaihileikattu naishaastateltava kertoi hyvinkin tarkkaan tuntemuksistaan: *"Ainoo täällä siis tiputuksen jälkeen tääl ylhäällä tuntu."* (Koe 1A). Potilas oli palvelutalossa viikon ajan leikkauksen jälkeen. Hän oli kysellyt tuntemuksista palvelukodin henkilökunnalta: *"Eivät he osanneet paljo tietysti, eihän se heidän alaansa siis oo tämä, mut et ystävällisesti kun sanoin. et mitäs nyt tehdään niin, siellä ne laitettiin makuulle ne... noitten ohjeitten mukaan olen yrittäny elää."* (Koe 1A).

Haastateltava oli erittäin huolellinen ohjeiden kanssa, hän luki niitä huolellisesti: *"Kun ajattelen tätä paperia juur, joka tarkoittaa sitä infektiotuttua, niin koitin moneen kertaan, alleviivasin ja sillä tavalla, ettei jäis minulta mitään huomaamatta."* Rouva tarkisti vielä mielellään asiat jonkun toisen kanssa. *"Sitte on turoallista, kun terveyssisar tuli ja sanoi..."* (Koe 1A), jolloin asiat tulivat tavallaan varmistetuiksi.

Rouva oli soittanut sairaalaankin osastolle: *"Kun tämä tota tuli turvooksiin, niin siitä soitin ja kysyin et onks tämä nyt kun olin tohtorin vastaanotolla ni sain häneltä antibioottikuurin ja sit aattelin sitä, et sopiiko antibioottikuuri näitten silmälääkkeiden kanssa ja sitte mulle tuli paha olla ja sen takia soitin osastolle.....ni hän sanoi, että kyllä lääkärin on silloin täytynyt tietää, että se lääke, mitä sain on sopiva ja sitten rauhoituin. Et niin ku itselleni tuli paha olla, että enkö minä selittänyt lääkärille..."* (Koe 1A).

Rouva tunsu todellista ahdistusta ja syyllisyyttäkin ja harmitteli huonoa muistiaan. *"Se minun täytyy rehellisesti sanoa, että unohdan paljon asioita, että on tuota. tulee tietysti sillai hajamieliseksi ja ellen kirjota, en muista kertoo sitä, mitä minun pitäisi."* (Koe 1A).

Silmän hoitoon hän paneutui muutenkin tarkasti ohjeiden mukaisesti. Silmän pesun hän kertoi tarkalleen. Silmän seuraaminen komplikaatioiden takia oli tarkkaa. Ohjeiden mukaan: *"Jos se tulehtuu se silmä, ni sitte heti keskussairaalaan. Nyt on sitte pikkusen rähmää on tullu, siis molempiin silmiin, mut ei se oo niin ku haitannu ... onko tämä nyt luuloa, mutta tääl oli niin ku semmonen täs ulkoreunas ... niin ku pieni häitiö, mut et kyl se nyt taas niin ku toimii."* (Koe 1A). Hänellä oli lääkärille vastaanottoaika tilattu ja haastateltava kertoi jaksavansa oireinensa sinne asti. Ulkoilu oli ollut hänelle tärkeä asia. Silmän hoidon takia: *"Tänään olin sillä tavalla, et olin tuossa kuistilla ja sit tuossa edessä ni ehkä 20 minuuttia. Mut niin ku pelkään kylmää tuulta, niin sen takia ... palvelutalossa olin sisällä, ni kärsin, kun olen täällä joka päivä olen ollut ulkona edes vähän aikaa."* Silmien suojaaminen oli tärkeää, *"Jos on hirmunen tuuli tai sillä tavalla...pitänyt sitte silmälaseja. Ja sitte tolla-set tummennuslasit sit silloin, ettei auringon valo tu suoraan tähän silmään. Ja sitte koittanu välttää vasemmalla puolella nukkumista."* (Koe 2A).

Toipuminen leikkauksesta oli tällä rouvalla iloinen asia, vaikka tarkempi näkeminen toikin pieniä yllätyksiä tullessaan. *"Hyvänen aika kuule, että miten tuolt noin ryppynen mummo, jolla on kaiken maailman näitä, näitä, jotakin oli näitä ja*

sit katselin käsiä, et ei oo totta, et ihan, mut että sit näky, et olen ollu tavattoman kiitolinen siitä, että nyt näen." (Koe 1B).

Rouva oli leikkauksen jälkeen katsellut muutenkin itseään: *"Miul oli itsellä semmoinen tunne, että ennen leikkausta minulla ei ollut niin hirmuisen paljon semmosia ohkasia hiussuonia jaloissa kun oli sen leikkauksen jälkeen ja tätä olen itseksen pohtinut, et oisko joku lääke vaikuttanu. Tämä on minun omaa pohdintaani, että ne on aivan ihan täysi semmosta pienen pientä, mikä ei ollu... pintaverisuonia. Tämä kodinhoitaja tulee... häneltä aion nyt sitte kysyä. Pohdiskelimme asiaa yhdessä, jolloin rouva yhtäkkiä huomasi, että en nähny niitä aikaisemmin ja nyt vasta tuli mieleen, et voihan se olla sekin, et minä vaan, et hyvänen aika... siin voi olla ratkaisu."* (Koe 1A).

Hän odotti innostuneesti lääkärin tarkastusaikaa, *"Katsotaan sitte, saanko silmälasit ja mitä hän sitte sanoo."* (Koe 1A).

Toimenpiteestä paranemistaan haastateltavat kertoivat enemmän toisella haastattelukerralla.

Usein he halusivat kerrata vielä toimenpidettä ja siihen liittyneitä tunteuksia. Kun tällä kerralla olin jo heille tuttu, minulle oli varattu kysymyksiä. Esimerkiksi: *"Ni tota, miepäis kysyn, mitäs tarkottaa täs, kun on toi, noit bakteerii niin paljon, tai "mitäs ne leukosyytit on?"* (1B) tai *"Voidaanko eturauhasta höylätä toiseen kertaan" ?*

Toipumista oli tapahtunut kaikilla. Eniten seuraamista oli kaihipotilailla, jotka silmän tarkkojen hoitojen takia ja tiputusten vuoksi seurasivat itseään monta kertaa päivässä. Silmän näkökyvyn paraneminen tapahtui melkein päivittäin ja haastateltavat kertoivat: *"En mie näe hirveen hyvin, mut kuitenkin tämmöset nään lukea"* (2A) tai *"Sanovat, et se onnistu hyvi, ja kyl se minustaki tuntuu, et se on onnistunnu"* (7B). *"Se silmän toipuminen se meni ihan normaalisti, minust niin kauan aikaa niit tippoi piti tiputtaa, ku kolme viikkoo, en tiiä, oliko siit sit hyötyy vastaavaa, en tiiä, se on lääkärin määräys."* (7B).

Hiukan huolissaan oli mieshaastateltava, joka oli odottanut toipuvansa parempaan kuntoon. *"Pitäs nähä, mutta kun ei nää. Se on aina tilastojen mukaan. Näänhän mie, mutta huonosti, en niin ku ennen, sille kun pitäs nähä. Tää autto vähän tää kaihileikkaus, näkee hätätilassa ilman silmälasii."* (8B).

Hän näki katsoa televisiota ja lehtiä, muttei: *"Oikeen pientä enää näe."* (8B).

Maatilalla asuva mieshenkilö, jota haastattelin tehdyn nivustyräleikkauksen vuoksi, oli ollut toisessa keskussairaalassa kaihileikkauksessa peräkkäisillä viikoilla ja keskusteluun tuli myös toisesta leikkauksesta toipuminen. Kuitenkin nivustyrän leikkausalue häntä hieman huolestutti. *"Ei tuo toinen kyllä oikeinpäin ole, siin on kaikki nää suonet ja kaikki, ni ne on tässä päällä päin. Kyl se muuten, mutta sitä aristaa kaik eniten. Kylhän hän sano, että hän kääns, mut enhän mie silloin käsittänt ne ol niin turvoksissa, jälkeenpäin on, mut kyl nää muuten on hyvät."* (10B).

"Kyl se joskus tuolla traktorilla ajan ni se kipeytyy siinä, sen verran tärinää ja muuta, mut kyl se sit aina yön aikana korjaantuu." (10B). *"Et ku päästäis heinän tekkoon, ku ois poutaa, se on nyt päällimmäisenä tuossa."* (10B).

Nivusherniansa arpea hän oli seurannut, *"Kun täähän oli kaikkein suurin tää nesteen poisto, kyl ne aika kauan kestivät, etteivät sulanutkaan, mut kyl se nyt on normaali."* (10B).

Kaihileikkauksesta toipuminen oli mennyt hyvin. Ainoastaan toisella silmällä näkyi kaksoiskuvia, *”mut ehkä siit korjaantuu.”* (10B).

Toisellakin nivustyrapotilaalla oli poistettu ompeleet. Hän oli innokas pyöräilijä. *”Sit mie pyörällä ajelin, et minusta tuntu et se ol vähän niin ku liikaa, mut ei se sen pahempi, oli vähän arempi oli, mut ei sen kummempaa. Mie kävin terveyskeskuksessa vissii pari kertaa sit tikkien poiston jälkeen, jotenkii siin oli, ei siin märkää, mut vähän semmonen kostea se oli, mie soitin terveyskeskukseen parikii kertaa, sit mie soitin keskussairaalaan ja sit mie kävin täällä. Sit pikkuhiljaa rupes menemään.”* (12B). Hoitokeinokin oli saatu *”mie täs yhen kaverin tunnen, ku se viikko sitte kävi leikkauttamasta täst selän, ni se sano et kyl se on hyvä se suihkuttaminen et se paranee paljon paremmin se haava kun muuten. Mul on jo aikasemmin sanottu, et ku miu leikkautti, et suihkuttaminen on hyvä. Niihä sitä sanotaan, et vesi vanhin voitehista. Kyl se pitää paikkansa.”* (12B). Tämä miehenkilö oli tarkastellut haavaansa tarkasti: *”Tota jottaa lisää laittovat sinne nahkaa tai jotakii, mie tunsin, et se oli korkeempi ja vähäsen kovempi.”* (12B).

Puolisot, jotka olivat ottaneet vastuun omaisensa hoidosta, seurasivat hänen toimenpiteestä paranemistaan ja komplikaatioiden tunnusmerkkejä tarkkaan. Vaikka potilaalla oli kipua ja huonoa oloa, ei vaimo kuitenkaan tätä kokonaan hyväksynyt (8A), vaan päätettiin (vaimo päätti) odottaa seuraavaa aamua, koska silloin oli lääkärin tarkastus.

Muissa toimenpiteissä haastateltavat seurasivat lähinnä kipua ja jälki-
vuotoa.

Kokki ym. (2001) ovat todenneet, että päivä- ja lyhytkirurgian lisääntyessä leikkauksen jälkeinen kivunhoito on siirtynyt kotiin lasten vanhempien vastuulle. Iäkkäille vastuu on usein omaisilla. Kivunhoito voi olla riittämätöntä ja syynä voivat olla asenteet, pelot kivun lääkehoitoa kohtaan tai kivun tunnistamisen vaikeus.

10.2 Toiminnallisuuden kategoria

Potilaan kykyyn ja haluun suoriutua erilaisista omaan hoitoon liittyvistä toimenpiteistä tarvitaan toimintaa. Todelliset erityistarpeet vaihtelevat erityisesti tehdystä operaatiosta ja siitä, mille elimistön alueelle se kohdistuu. Esimerkiksi liikuntaelimistön operaatiot edellyttävät mahdollisia apuvälineitä, kaihipotilas puolestaan selviämistä hetkellisesti heikentyneellä näöllä. Taidollisista erityisvaateista keskeisimpinä voidaan pitää taitoa selvittää kivusta, estää infektioita sekä huolehtia omasta yleiskunnostaan.

Haastattelemieni henkilöiden toimenpiteet kohdistuivat kaikki pehmytisiin eivätkä vaatineet liikunnan apuvälineitä. Monet joutuivat kuitenkin muiden vaivojensa takia käyttämään keppiä, rollaattoria, pyörätuolia tai turvautumaan toisen henkilön apuun muiden vaivojen takia. Esimerkiksi reumaa sairastava kaihileikkauksessa ollut rouva halusi näyttää minulle saamansa ohjeet. *”Minä mielelläni näyttäisin ne, että näkisitte ihan itse, ne on tuossa pöydällä, niin nä-*

ette vaan. Tää on just minun kanssa tää polvien kanssa tää liikkuminen vähän hankalaa, kun pääsee liikkeelle.” (Koe 1B). Liikkuminen oli vaikeaa ja kivuliasta. Palvelutalossa asuva kaihileikkauksessa ollut rouva käytti myös rollaattoria apunaan, ”En pysty lähtemään, ku ei oo voimaa. Pyöräyttää, sehän se on ku sille ei voi mitää. Hyvin varovast täytyy kääntää tän rollan kanssa, ettei mee nurin ja sit taas luut poikki.” (2B).

Alaraajavaivoja oli myös rouvalla, joka oli jäänyt selkensä takia eläkkeelle. Jalat olivat turvoksissa ja liikkuminen jäi kauppareissuihin noin kerran viikossa: ”Mut ku noi jalat reistaa ja niil ei oikee pääse.” (3A).

Liikkuminen oli vaikeaa myös mieshenkilölle, jonka tytär auttoi häntä lähes päivittäin. ”On se hyvä, en minä yksin pystyis menemäänkää sinne sairaalaan nii, minul ku on tää vasen jalka täst varpaast ihan tähän vyötäröön asti halvaantunu, tai onks se verenkierto tai joku, se on semmonen turra. No liikkumaan just pääsen. Mie ostin noi rollakärrytkii, on tuol ja sitä vaikka mul on keppikii ain mukaan, ni pelottaa, et kaatuu, sit ei pääse ylös.” (3A).

Kaihileikatulla miehellä oli: ”Tää jalkaremontti, ni tää oli vähä, mut se ei kuulu tähän...” (7A). Haastateltavalle oli tehty amputaatio ja hän oli ollut sairaalassa neljä kuukautta. Nyt kulkuvälineenä oli pyörätuoli, jonka oli sanottu olevan ”Viimeinen kulkuväline, millä pääsee kulkemaan.” (7A). Kuitenkin haastateltavalle oli tekeillä proteesi ja hän oli hyvin innostunut. Harjoiteltukin oli, vaikka ”Mie en uskalla seisoo, mie olen yhen päivän ollu vasta opissa ni.” (7A).

Kokemukselliseen puoleen potilaan selviämisestä liittyvät erityisesti odotukset ja niiden toteutumista kuvaava tyytyväisyys. Tyytyväisyys sisältää siten potilaan omakohtaisen arvion siitä, miten hoito juuri hänen kohdallaan on toteutunut. Tyytyväisyyttä voidaan kuitenkin pitää myös edellytyksenä tehokkaalle hoidolle.

10.2.1 Taito selvitä kivusta

Monille haastatelluista kipu oli tuttu jo muiden sairauksien yhteydestä. Kipulääkkeitä oli monella kotona ja lääkemääräyksiä ei montakaan tarvittu. Kaihipotilaalla oli ”Hirveen pahat säärihaavat, ihan älyttömän pahat ja niiden kanssa olen ollu sairaalas vähä paljon, ku ne särki niin kovast ja märki ja vuoti.” (Koe 2B).

Itse toimenpiteen jälkeen tulleet kivut olivat haastateltavalle naishenkilölle ikäviä ja tulivat esille monta kertaa haastattelussa.

”Siin on hirveän kovii, siis toimenpiteen jälkeen ni kovat kouristukset, et mul tulee kylmät väreet suorastaan ja niin kovat kouristukset, et mul on ihan veet silmis, niin se koskee niin kovin sit.” (14A).

”Se on kumma, et silloin ku noi silmät leikattii, tää vasen silmä ku leikattiin vuotta aikasemmin, pikkasen päätä särki ja mie otin yhen Burana-tableti ja siihen ku se häipy se särkeminen, ni sit ei ollu enää ensinkään kipeä. Oikea silmä ku leikattiin marraskuussa, ni siihen ei tullu minkään näköistä kipua.” (5A) kertoi toimenpiteessä ollut mieshenkilö. Toisella mieshenkilöllä oli aivan päinvastaiset kokemukset. Leikkauksen aikana jo silmään koski ja leikkauksen jälkeinen yö oli hankala. Hän ei

harkinnut kuitenkin lähtöä sairaalaan, koska tarkastus oli seuraavana aamu-
na. *"Sitä Panadolia vissiin enemmän otin."* (8A).

Leikkauksen jälkeen kipulääkettä saanut rouva kertoi hänellä olleen ki-
puja. *"Sillon ne anto mulle sit suoneen... kaks kertaa ne anto sitä kipulääkettä ja sit ne
anto sellasen, jolle mie oon, mikä ei käy..... mie aloin oksentaa, ni sit mie muistin, et
onha miul ollu tämä ennenkii, enhä minä voi tätä ottaa. Sit miul on tuo oma lääke, enkä
mie huolint heilt mittää."* (Koe 2A).

Nivustyräleikkauksessa ollut mies kertoi leikkausalueesta: *"Vähän arka, oli
arka, mut ei se pahemmin oo kiusannu ja mie sain sielt yhen särkypillerin siltä varalta,
että jos rupee enempi kiusaamaan. Hyvähän se on, että mie oon sentää päässy täst, ei se
oo pahemmin kiusannu. Mul on kotona jotaa sellasta lievää särkylääkettä ja sitä ne anto
siellä sitte. Yhenkö minä otin silloin iltasella ja sitte kun tulin kotia, ni otin niit sitte,
ihan hyvin, et ei oo pahemmin kipua ollut siinä."* (12A).

Kaihileikkausta ja särkyjä kuvasi eräs haastateltava *"Se on helppo, itselle
helppo ja kun ei siin ollu mitään pistelemistä, et mie en tuntenut mitää, et se puutu sit
ihan niin ku sen piti puutuu."* Tiedusteluuni, oliko hän joutunut ottamaan särky-
lääkettä leikkauksen jälkeen, vastaus oli: *"En yhtään, en ainoatakaan, en. Ja sitä siis
olen pelänny juur, et on aino, jota saa käyttää... vaikka on ollu kipujakin, en ole uskal-
tanu oikeen... "* (Koe 1A). Tämä johtui muista taudeista ja rouva tulkitsti, että tä-
mänkin hoito on samanlainen ja vaatii sisua.

Kotona olleita särkylääkkeitä söi myös toimenpiteessä ollut mieshenkilö.
*"On kyllä vähän kipuja, mutta mul on vielä vähän niitä tabletteja, joita lääkäri oli mää-
rännyt... Viime yönä mä heräsin kyllä kipuun ja just niit ei ollu, ne oli loppunu edelli-
sen päivän, en mä oo muistanu sitä reseptiä uusia..."* keskustelu jatkui kysymyksillä,
onko kyseinen lääke ehkä huumetta (4B).

Mielestään vääränlaisesta kiputulkinnaasta oli harmistunut munuaiskiven
murskauksessa ollut mies. *"Kun mie en mielestäni ole herkkä valittamaan kipujani,
mutta kun siellä sanottiin, että sanokaa, jos tekee kipeätä, ni mie aina kerroin, ja sit ra-
portissa lukee, että kipuherkkä, mie suutuin pikkasen..."* (9B).

Kivusta ei paljonkaan välittänyt maatalan työtouhuissa ollut haastateltava
Kysymykseeni, onko pitänyt olla varovainen hän tuumasi. *"En mie enää, en mie
enää ole ollu, ei sit aina muista. Kyl se kipeytyy aina, mut ei sen pahemmin."* (10B).

10.2.2 Infektioiden ehkäisy

Päiväkirurgisia toimenpiteitä lisättäessä tavoitteena on, että lyhyet sairaalassa
oloajat vähentävät sairaalainfektioiden määrää. Potilaan valmistaminen leikka-
ukseen on yhtä tärkeä kuin leikkauksen aikainen tai sen jälkeinen hoito. Leik-
kausohjeisiin kuuluukin tarkat valmistautumisohjeet. Varsinkin kaihipotilaat
olivat lukeneet niitä säännöllisesti ja tulkinneet ohjeita yhdessä omaistensa tai
muiden tuttujen kanssa. Ohjeet olivat hyvin muistissa. *"Silmä pyyhitään kostealla
pumpulilla ja sit puhtaalla paperinenälinalla, ja sit suihkussa olen käynyt, mutta hiuk-
siani en ole pessyt..."* (Koe 1A). Silmätipat kävi tiputtamassa tälle rouvalle usea
eri henkilö. *"Näitten ohjeitten mukaan olen elänyt. Näissä ohjeissa sanotaan, että sil-*

mäluomet saa puhdistaa vesijohtoveteen kostutetulla puhtaalla harsotaitoksella, että tämä minut yllätti, mä kuvittelin, et sen ois pitäny olla steriiliä vettä...” (Koe 1A).

Kaihileikkauksessa olleen mieshenkilön vaimo huolehti puolisonsa leikkausohjeiden noudattamisesta.

Jos tulee tulehdusta, niin sellainen lappu pitää täyttää. Puolison mielestä silmätippoja tuhlatiin.

”Se on vaan ihmeellistä se. Niit on niin paljo niitä tippoja, niist on muutama menny ennen leikkausta, ni sit se pullo pitää heittää pois, ei sit enää kuukauden päästä voi käyttää.” (7A).

Vaimo piti huolta myös seuraavan mieshaastateltavan leikkausvalmisteluista. Kuin ulkoa lukien hän nopeasti kertoi: *”Juu, tota noin, saunaan ei kahteen viikkoon, se oli niinku sauna kielletty kahteen viikkoon, sitte pestä saa ja tota noin kaikki siin oli. Hyvä ois pestä hiuksetki ku, että sitte on justiin pestykin, että kun tietusti ihminen, jos on rasvaset hiukset, ni heti se sitte saa alkaa pestä niitä, ku on justii leikattu, ni aina voi mennä vaikka joku sampoo tippa..... Ei mitää kummempaa sitte muuta kun se hygieniä, et noudattaa, käsiä on pestävä vähän väliä. ei se muuten, aina sanon, et muista pestä käsiä ja taas ku jotain syyää, et muista pestä käsiä, et jos sit kuitenkin sitä silmää hierasee sitte. Eihän se nyt paljon ole, jos sitä pesee käsiään vähän.”* Johon puoliso: *”Niin ja kun tottuu siihen, ni se ei unohukkaan niin vähällä, mie ainakin.” (8A).*

Suurpiirteisempi oli kaihileikkauksessa ollut mieshenkilö, joka ei antanut vaimon hoitaa leikkaukseen valmistautumista eikä jälkihoitoa. *”Kyl mie oon koittanu tiputella, menee niitä joskus hukkaan, tippa pari on menny, mut kyl se onnistuu. Kotihoitoon käytettiin päivässä kahta lajia tippoja, ei kuumaa saunaa. Suihkussa voi käydä.” (10A).*

Nivustyräleikkauksessa ollut mieshenkilö kertoi haavansa paranemisesta *”Tuntu vähä niin ku olis kipeämpi ja sit kosteut tuli sit siinä.... on vaarana vaa et hyvin helposti rupee märkimään. Eilen viimeks kun kävin niin suihkuttelin sitä.” (12A).*

Haastateltavat huolehtivat puhtaudesta ja ymmärsivät tulehdusten ehkäisyn. Kuitenkin puhtaudesta huolehtiminen oli hyvin yksilöllistä.

10.2.3 Omasta yleiskunnosta huolehtiminen

Haastateltavat mainitsivat kunnan ylläpidon olevan ensiarvoisen tärkeää. Liikkuminen ja työnteko rytmittivät päivän. Pieni kipu ei haitannut toimintaa. *”Nii, kyl se joskus kun tuolla traktorilla ajan ni se kipeytyy siinä, sen verran tärinää ja muuta, mut kyl se sit aina yön aikan korjaantuu”. ”On se jo nyt hyvä, kun pääsee liikkuun, sillohan ei saanut ees pyörällä ajaa.” ”No on kyllä, on töitä, et ku päästää heinän tekoo, ku ois poutaa, se on päällimmäisenä tuossa” (10B).* *”Mie oon sitä mieltä, et tuo auttaa aika paljon tuo työnteko ja liikunta.” (10A).*

Haastateltava oli maanviljelijä, joka oli järjestänyt eri sairaaloihin lähes samaan aikaan sekä kaihileikkauksen että tyräleikkauksen, koska ajatteli toipuvansa molemmista ennen heinätöitä. Kumpaakaan leikkausta hän ei halunnut perua ja kuuliaisesti otti molemmet vastaan, vaikka leikkaukset vaativatkin järjestelyjä.

Liikkuminen ja työnteko olivat hänelle tärkeitä asioita. Elämänlaatuun kiinnitti huomiota haastateltava, joka oli ollut kaihileikkauksessa. *"Kyllähän se varmaan jos se kerran elämänlaatua parantaa."* (7B).

Jokapäiväiset työt kotona olivat myös hyvän kunnon lähde. *"Niin ja tekee sellasen polun vaa, lapionlevyksen... Täytyy vähä sen mukaa tehdä töitä, mikä on kunto ja noit mitkä ei oo välttämättömiä. Ei se oo oikeen hyvä, että jää ihan vaaterii vaa maate."* (16B). *"..ja sitte aamukahvit ja puurot oon keittänyt tietyst itselle, et se on kevyttä työtä"* (Koe 1). *"Keitän marjasoppaa ja marjapuuroa ja.. jotaa kun saa tehtii, vaikka kiisseliä, ni onpas taas hyvää."* (Koe 2).

Vaikka ranskalaiselta parvekkeelta ulkoilman haistelu teki hyvää *"Nii vähä pääsee sit sinne raittiiseen."* (1A).

Kävellen taittui myös paluumatka sairaalasta *"Juu, mä usein kävelenkin, vähän ruumiinliikuntaa... mut yllensä kävelen, mut jos sataa, ni sit ois kastunu."* (4A).

Erittäin innokkaita urheilijoita löytyi vielä tästä joukosta. Liikuntaharrastukset ja vaimon luona käynnit sairaalassa tekivät tästä haastateltavasta hyvin kiireisen. Haastatteluaajan sopiminen oli vaikeaa ja onnistui viimein lauantaiamuiksi. Haastateltavaa oli vaikea kuvitella vuonna 1924 syntyneeksi nuorekkaan olemuksen takia. Harrastukset olivat hänelle tärkeitä.

Kysymyksiini osallistumisesta esimerkiksi Parkinsonliiton (vaimon sairaus) tai Syöpäyhdistyksen toimintaan hän tuumasi. *"Ei se oo sillaviisii kolahtanu tonne päähän. Jos ne on sellaseen aikaan viel, et mulla on joku harrastus."* (5A). *"Kyl mie olin sikäli hyvässä kunnossa, et mie olin silloin maanantaina pelannu jalkapalloa kaks tuntii ja se on kumma, ettei ne sit niistä, ettei ne veretkää niin paljo kunto heikentänyt, et olis tullu sellanen väsymys tai..."* (5A).

Pitkään naimisissa olleilla parikunnilla oli tukea toisistaan. Lähes 50 vuotta avioliitossa olleelta mieshaastateltavalta oli löytynyt syöpä. Pariskunta asui kahdestaan. *"No ei mulla siis millään sillä lailla mielialaan vaikutta, että se on ja sitten tosiaan, kun on vaimo, joka silloin tällön taputtelee takapuoleen... Vaimo vie minut sitte reissuun."* (6A).

Polkupyöräily ja kunnon ylläpito olivat tärkeitä myös yksin asuvalle 1922 syntyneelle mieshenkilölle. Hän käytti polkupyörää paljon liikkueessaan. *"Muu-tamat on kysyn, et mites, hyvässä kunnossa? Kohtalaises kunnossa itteni mielest... On, on, kyllä pitää iten olla mukana kunnon ylläpitämises."* (12A).

Monet vanhuksat valittavat iän myötä palelevansa. Työnjohtajana aikoinaan ollut haastateltava kertoi tarvitsevansa hyvin vähän vaatteita. *"Lumitöitäkii kun oon tehny, nii paljasjaloin, en nyt ihan paljasjaloin ulkon, mut ei oo sukkii, ku saappaat jalkaa ja paljaat jalat sinne, käsineit en käytä ollenkaa..."* (13A).

Kunnon huononemiseen myös sopeuduttiin. *"Niin se on se nurmikkokii, niin ku mie sanoin, et se askel lyhenee ja harvonee ku se menee niin kauan minult jos sit alkaa leikaa, enkä mie enää sit välitä leikkaakaa."* (16A). Samassa talossa kuitenkin oli halu asua, *"Juu, jos kerran rappui pääsee ylös viel."* (16A). *"Kyl myö ollaan melkeen täs koton, et mitä nyt jos asioilla käyää, kauppas hölkötellää."* (16A).

Liikkumista piti tärkeänä myös vanhuksille haastateltava. *"Vähemmän hoitolaitoksis olis tungosta, kun omatoimisest pystyis hoitamaan itteään ja liikkumaan sii-*

nä, ni kyl siin on paljo sellast.” (17A). ”Sit käyn joskus päiväl kävelemäs ja sil viisteen nää päivät menee.” (3B).

Omakotitalosta oli joutunut luopumaan aviopari molempien sairauden takia. Haastateltu, vuonna 1920 syntynyt miehenkilö. *”Kyllä myö viime kesän myytii, ku ikää on tullu näin paljo ja tolla vaimollakin... ni se on semmonen ulkotyö, mikä omakotitalos tarvii, niin se käv vaikeeks ja kyllä mullakin niin ku talvella lumityöt ja semmoset, vaik onhan niitä koneita ja kaikkii, mut ku itenkii pitäis sit voimistella sillee, ni se vähä hankalaa se on kaikki tää ylläpto ja omakotitalohan on semmonen, et ku se vanhenee ni työt sen ku lisääntyy... mut kylhää se nuorempana harrastuksenahan se menee ja kivahan semmoses olla... Kylhän sit nuorempana sitä kaiken näköstä sitte tekee ni eri asia tulee sillä tavalla, et kunto pysyy sitte pitempään, kun se on niin ku alun perin lihakset ja kaikki kehitetty sil taval... kyl sit on pitän tehäkkii kaikenlaista, että ei oo ihan jääny huilimiselle.” (18A).*

Vaikka leikkaus rajoittikin hiukan haastateltavien elämää, monet heistä kertoivat jatkavansa aktiivista elämäänsä, jos ei nyt heti, niin sitten kesällä. Päivittäiset ruokailulenkit läheiseen baariin teki haastateltava 3A. Haastateltava 4A kertoi myös kävelevänsä *”Minä kävelen usein, et saa vähän ruumiinliikuntaa”*. Kuukauden kertoi olevansa sairaslomalla mieshenkilö. *”Koska ei saa tehdä mitään eikä nostaa, eikä ajaa pyörällä eikä puhdistaa mattoja eikä pilkkoo puita eikä mitään semmosia eikä tehdä pitkiä matkoja. Mut se loppuu kuukauden kuluessa.” (6A).*

Maalla asuva isännän töitä edelleenkin tekevä haastateltava kertoi *”Mie oon sitä mieltä, et tuo auttaa aika paljon tuo työnteko ja liikunta.” (10A).*

Nivustyräleikkauksessa ollut mieshenkilö kertoi myös arvostavansa kuntoa. *”Kohtalaisessa kunnossa itteni mielestä. Kyllä iten pitää olla mukana kunnan ylläpitämises.” (12A).*

Miehille hyvä kunto oli tärkeä asia. Yksi haastateltavista kertoi aina olleensa hyvin karaistunut *”Lumitöitäkii kun oon tehny nii paljasjaloin, en nyt ihan paljasjaloin ulkona, mut ei oo sukkii, ku saappaat jalkaa ja paljaat jalat sinne, käsineit en käytä ollenkaa.” (13A).*

Hyvän kunnan kertoi olevan tärkeää toipumiselle mieshenkilö *”Nuorempana sitä kaikennäköistä tekee, ni tulee sillä tavalla, että kunto pysyy sitte pidempää. kun se on niin ku alun perin lihakset ja kaikki kehitetty sil taval. Joo ja ky sit on pitän tehäkkii kaikenlaista, että ei se nyt oo ihan jääny huilimiselle.” (18A).*

”Kyl se on hyöä vaik ite koittaa tehdä. nii päivät menee nopeammin ja sit ku vähä touhuua ni aika menee paremmin, mut jos sängys loikoo vaan, ni ja sit jos siin torkahtaa ni noi yöt on pitkii” oli erään haastateltavan elämäkokemus (2B).

”Sen jälkeen kun minä jäin eläkkeelle, ni sen jälkeen olen tehnytkin melkein kaikki, imuroinut lattiat ja maton tamppaukset ja että ne on ollu sellaiset hommat. Niit tulee joskus liikaaki, en tiiä kasaantuuks niit mulle vai oonks mie sellanen tyyppi.” (5B) kertoi mieshenkilö, jonka vaimo oli pitkäaikaishoidossa ja tytär työssä toisella paikkakunnalla, vaikka asuikin isänsä kanssa samassa asunnossa.

Miesten puheissa tuli useammin esille hyvä ruumiillinen kunto ja sen ylläpito. Monet miehistä tulkitsivat pikaisen toipumisensa johtuneen hyvästä kunnostaan. Samat mieshenkilöt olivat myös hyvin aktiivisia ja huolehtivat kodistaan. He myös usein huolehtivat itse leikkaukseensa liittyvistä asioista.

Naiset tekivät enimmäkseen kotitöitä, olivat ulkona tai tekivät pieniä kävelylenkkejä yleiskuntonsa ylläpitämiseksi.

10.2.4 Sosiaalinen kanssakäyminen

Lyhytaikaisista sosiaalisuhteistaan joutui luopumaan kaihileikkauksessa ollut yksin asuva leskirouva. Hän oli pakannut kassin viikon sairaalassaoloa varten ja alkuhaastattelun yhteydessä hän kyseli hoitajalta mahdollisuutta jäädä sairaalaan. *”Ja sitte se oli minulle pettymys, kun aattelin itseäni, olen yksin ja nää on ollu hyvin vaikeat nää käteni ja polvet on ollu hankalat, ni kysyin sitte hoitajalta, että luuletko, että on mahdollista, että saisin olla täällä ensimmäisen yön. Ni hän katso minuun ja sanoi, että minä luulen, että se ei käy, mutta hän sanoi, et kysykää lääkäriltä. Kysyin ja hän sanoi ei, te pääsette tänään, tämä on päiväkirurginen toimenpide ja te pääsette illalla kotiin. Ja aattelin sen takia tätä, oman turvallisuuteni takia, että ei tarvis palvelutaloon mennä, että kun tuota menen sinne, ni siel on joka tapaukses yöhoitaja ja siel on kaikki hoito ihan, että siinä mielessä olen tyytyväinen tähän.”* Asia oli mutkikas ja rouva totesi *”Mutta tuo on monimutkainen selostus.”* (Koe 1A). Tällä rouvalla olikin hyvin monimutkainen verkosto hoitamassa toimenpiteeseen liittyviä asioita. Palvelukodit ja kotisairaanhoidon olivat avainasemassa monen vanhuksen kohdalla. Yksin asuvista yhdeksästä haastatellusta kaksi asui palvelutalossa, jossa apua oli tarjolla tarvittaessa. Vain yhdellä kerrostalossa asuneella miehellä kävi harvakseltaan ulkopuolinen siivouspalvelu.

Sosiaalisuhteellinen elementti merkitsee toisaalta sitä, että henkilö sairastuttuaankin säilyttää sosiaaliset suhteensa ja verkostonsa, koska ne ovat sellaisenaan hyvin tärkeitä. Tämä puoli sosiaalista elementtiä ei yleensä ole lyhythoitaiselle kirurgisille potilaille ongelmallinen, koska irtautuminen omasta kotipiiristä on lyhytaikainen. Usein kaikki potilaan läheiset eivät edes tiedä hänen olleen toimenpiteessä.

Omakotitalossa yksin asunut mies oli haastattelujen välillä joutunut sairaalaan. Hän oli saanut jo aikaisemmin kotisairaanhoidon palveluja lääkityksensä järjestämiseen. Nyt sokeritauti vaati monipistoshoidon. *”Juu, kotisairaanhoidtaja käy pistämässä, ei ne enää uskalla laittaa itte pistämää. Vissiin kaksi kertaa päivässä.”* (2A).

Yksin asuvat jäivät myös melko helposti huoneensa ”vangeiksi”. Liikkumista ulkopuolelle rajoittivat arkuus ja erilaiset esteet. *”Pääsen mie ulos. Aina pitää olla joku tuki, ettei ihan uskalla lähteä ilman. No portaat pääsee, ku on kaie, miul on täs sisäl kelkka ja ulkon on potkukelkka, et pääsee. Ulkon on viel vähä kylmää, et ei uskalla viel oikeen käydä”* (2A), kertoi elämisestään omakotitalossa yksin asuva mies. Pelkona oli kaatuminen. *”Mut en mie talvel, sit jos kaatuu, rappusil tai pihäs, siin on kylmää, et kuin kauan siin menee, ennen ku joku näkee ja tulee auttaa.”* Lähes täysin sisällä oleili myös kerrostalossa asuva naishaastateltava, jonka liikkuminen kodin ulkopuolella oli vähäistä *”Enhän mie muuten pääsekään kun kauppaan kerran viikos.”* (1A). Ulos hän meni kesällä, kun tuli lämmin ja pihalla oli ”rillissä” tuli. Päivittäistä ulkoilua joutui tekemään kerrostalossa yksin asuva

mieshenkilö, joka kepin tai rollaattorin kanssa kävi kerran päivässä ruokailemassa lähibaarissa ja tapasi siellä myös tuttujaan.

Parisuhteessa asuneista haastateltavista osa teki kotona töitä ja huolehti huolimatta omasta toimenpiteestään myös puolison hyvinvoinnista. Tässä oli tärkeä tutkimusten ajoitus, jotta kotona olevalle puolisolle ei tulisi siitä huomattavaa haittaa. Rivitalossa asuvan miehen puoliso joutui välillä olemaan sairaalassa. Hän liikkui enimmäkseen pyörätuolilla. Kotitöitä mies kertoi tekevänsä itse. *"Eihän vaimo pysty tekemään, vaikka hän vois tehdä, mutta se on se, että kun ei pysty kävelemään, liikkuu kyllä, kun saa jostaan tuolin karmista pidettyä kiinni tai pöydän kulmasta, kaapin kulmasta, ni mut se on vaarallista, liukas lattia, ni."* (19A). Vaimo laittoi kuitenkin ruokaa ja opetti samalla miestä "tai päinvastoin".

Avioparien molempien jäsenten huonokuntoisuus askarrutti omakotitalossa asuvaa mieshenkilöä. Molemmat olivat eläkkeellä. Vaimolla oli huono selkä. Keskustelimme, kuinka kävisi, jos vaimo ei pystyisi tekemään niitäkään töitä, mitä hän nyt teki. Mies pohti asiaa: *"Kylhää tää apuu melkee tarvi, se vois lenkkimakkaraks jäähä se ruoanlaitto ja vaatteitahan nyt tietyst voi pitää niin kauan kun ne pysyy päällä."* (16A). Vaimo kertoi heidän miettineen, että jos molemmat ovat niin huonokuntoisia, etteivät pysty huolehtimaan talosta ja pihasta, niin palvelutalo olisi paras vaihtoehto. Omakotitalossa asumisen kriteerinä oli: *"Juu, jos kerran rappui pääsee ylös viel."* Pariskunta auttoi toinen toisiaan ja kertoi uutta haastattelua sopiessani. *"Kyl myö melkeen ollaan täs koton, et mitä nyt asioilla käyään, kauppas hölkötellään."* Pitkään yhdessä olleen pariskunnan sitkeyttä kuvaa vaimon sanonta: *"Kyllähän minä olen luvannu niin kauan hoitaa, kun mie kykenen, mut nostelemaan mie en kykene, kun miul on tuo selkärangan rappeuma."* Kaveria ei jätetä.

Muut haastateltavat olivat niitä, joiden lähipiiri tuskin tiesi heidän käyneenkään toimenpiteissä.

Cummings ja Henry (1961) kirjoittivat prosessista, jossa vanhat ihmiset asteittain ja vapaaehtoisesti irrottautuivat sosiaalisista rooleistaan ja aktiviteeteistaan. He pitivät tätä luonnollisena prosessina, joka nousee luopumisesta ja sopeutumisesta voiman ja määrätietoisuuden vähenemiseen sosiaalisessa elämässä.

Toinen puoli sosiaalisuutta on se, että läheistä tarvitaan käytännön asioiden hoitamisessa. Tämä puoli korostuu lyhythoitaisella kirurgisella potilaalla. Hänellä on oltava joku, joka hoitaa asioita hänen puolestaan ja jonka valvontaan hänet voidaan esimerkiksi päiväkirurgisesta toimenpiteestä yöksi lähettää. Kairilla ei tällaista henkilöä ole. Yhä useampi vanhus asuu yhden tai kahden hengen taloudessa (Sosiaali- ja terveysministeriö 1986). Vaikka vanhenemiseen kuuluu paljon sairauttakin, ei vanhuus ala 65-vuotiaana työn päätyttyä ja lasten lähdettyä kotoa. Vanhukset ovat huonosti valmennettuja aktiiviseen ja täysipainoiseen sosiaaliseen elämään (Sosiaali- ja terveysministeriö 1986). Vanhuspotilaiden kohdalla ongelmana on myös se, että potilaan kotona oleva puoliso on usein heikkokuntoinen.

10.2.5 Harrastukset

Haastateltavilla oli useita harrastuksia, jotka rikastivat arkielämää. Liikunnan ohella kulttuuriharrastukset vetivät puoleensa. Harrastusten ja sairaalajakson sovittaminen oli joissakin tapauksissa pulmallista. *"Nii, olisin mielelläni lähteny, ku mul ois ollu kuoroharjoitukset maanantai-iltana enkä päässy, nyt mä jännään, et kuinka mahtaa mennä siel... sairaalassa, koska ens maanantaiana on taas kuoroharjoitukset ja 16. päivää pitäis Eestissä osata laulaakin, kun kerran sinne lähdetää"* (9A). Tämä haastateltava oli muutenkin erittäin aktiivinen ja harrasti musiikin lisäksi seuratoimintaa, maanviljelystä sekä mökkeilyä.

Myös kahdelle muulle mieshenkilölle oli musiikki tärkeä. Haastattelujeni yhteydessä sain niistä myös miellyttäviä näytteitä.

Haastateltava 19B:n kanssa keskustelimme hänen kuoroharrastuksestaan. Hän oli laulanut nuoruudestaan asti kuorossa ja nyt kuoro oli ollut esiintymässä ja samasta ohjelmasta tehnyt myös äänilevyn. Haastattelun loputtua hän kysyi, olisinko halukas kuuntelemaan tämän. Totta kai minulla oli tähän aikaa. Musiikki oli hyvää ja keskustelimme pitkään vielä musiikin loputtua.

Toisen mieshenkilön haastattelun alussa, etsiessämme sopivaa haastattelempaikkaa, huomasin harmonikan. Tästä alkoi keskustelu musiikista ja haastateltavan harmonikkaharrastuksesta. Hän oli ollut orkesterimuusikkona ja soitteli vielä joskus yhdessä toisten kanssa, mutta nykyisin enemmän yksin omaksi ilokseen. Hankaluutena oli sorminäppäryyden väheneminen ja soitolla hän yritti sitä parantaa. Sain alkajaisiksi pienen harmonikkakonsertin kuultavakseni (18B).

Luonnossa liikkuminen oli useille tärkeää. Varsinkin syksyllä metsä veti puoleensa. *"Kyl mie mettäs, nyt varsinkii ku sienii ni käyn paljo et aika usein sienessä viel.. Nii, mut onhan siel muitakii sienii, haperoja ja nyt on keltavaalmuska on tullu esille ja mustavahakas on ja kyl on tattei...tuos metäs vaa, teen semmosen tunninpuolentoist lenkin ja korillinen on. Kyl niit on, mut ihmiset ei osaa kattoo sienii, eikä ne tunne. Nyt on jo haaparouskuu on ja karvalaukkuu on..."* (13B).

Harrastuksena kävi myös toimiminen luottamushenkilönä. Haastateltu mies oli ruotsinkielinen ja hän kertoi kaksikielisyydestään. *"Kyl mie olen saanu harjoitella tätä suomenkieltäkii. Mä olen ollut valtuustossa puheenjohtajana neljä vuotta ja hallituksessa neljä vuotta puheenjohtajana kaksikielisessä kunnassa, ni se on puhuttava."* (6A). *"Mä oon ainakii hyvin seurallinen ... tuolla kaupungilla kun teen päivittäin lenkin ja kävelen tuolla ja tapaan tuttuja ja tuntemattomia, niin kyllä mä juttelen aika paljon ihmisten kanssa"* (19B).

Naisten harrastukset liittyvät kodinhoitoon ja kotiaskareihin sekä yhteydenpitoon omaisten ja tuttujen kanssa. Leskirouva (1A) kävi mielellään konserteissa, kun sai vaan seuraa. Käsityöt, lukeminen ja television katselu kiinnostivat.

10.3 Tunnekatgoria

Haastatellut henkilöt kokivat koko hoitotapahtuman hyvin eri tavoin. Usein siihen liittyi aluksi pelkoa ja jännittämistä ennen leikkausta. *"Minä en niin ku oikein ymmärtäny, et miten se puudutus tapahtuu, et jännäsin sitä. Ja se tapahtuki näiden tippojen avulla"* (Koe 1A). Jännitys laukesi helpotukseksi: *"Se meni kyllä niin nästisti ja hyvin, että, peitettiin silmä ja leikattiin"* (Koe 1A).

Samaa jännittämistä koki myös rouva, joka olisi halunnut päästä tutkimukseen heti sairaalaan tultuaan. *"On minulla aikaa ootella, mut mie olen vaan semmonen, et mie hermostun... et siin mieles aina ku pääsis saman tien, mut eihän minne lääkärii pääs."* Kokemuksena toimenpide oli kuitenkin miellyttävä. *"On menny ihan hyvin"* (1A).

Leikkauksen jälkeen tuntemukset voivat olla ennalta arvaamattomia. Kaihileikkauksen jälkeen mieshenkilö kertoi: *"Leikkauksen jälkeen, mie vartuin bussii siin, olin kaupunkii menos, ni mie katoin, et mikähän sielt nyt tulee, ku se näytti niin isoille ne valot ja tuota noin ennen ku se tuli sit likemmäks ni huomasin, et bussiauto, et mitenkä sen valot tollaviisii. Pikkuautoja en nähny ensinkää, ku valot vaan, peitti koko auton, vaik lääkäri sano, että voi vaikka heti ajaa, ni kyl mie sen kaks päivää pidin, sitte ne valot oli muuttunu"* (5A).

Samantyyppisiä tuntemuksia oli myös toisella kaihipotilaalla.

"Tää näitten lasien vaihto siinä olis, enhän mie tiiä, kyl mie aika hyvästä näil nään, mie oon nyt pitän tuon ulkon, tää on ku selkeämpi vielä. Miehän en sillo aikasemmin sietänt tot aurinkoo ensinkään ja toi toinen on sellanen, et mie nään tuol kujallakii, jos mie katon tol oikealla pelkästää, ni kaks tulee vastaa, et se hajottaa nii paljo, mut ehkä siit korjaantuu" (10B).

Potilaat eivät aina tiedä, mitä heille on leikkauksessa tehty. Nivustyräleikkauksessa ollut mie kertoi jälkitarkastuksesta.

"No siellä sanottiin, et mitäs tykkäät tästä uuesta menetelmästä. Mie sanoin, et ihan hyvä, ainakin mie tykkään, et ei minulla oo pahempii vaikeuksi ollu, et ihan hyvin se meni" (12B).

Pelko ja jännittäminen tuntui kuuluvan myös miesten elämään. Sitä eivät kuitenkaan kaikki tuoneet esille haastattelussa. Vaikka henkilöt olivat olleet usein sairaalassa, kuitenkin aina oli jonkinlaista jännitystä. Tämä tunnustettiin kuuluvaksi oman terveyden hoitoon ja pakosti kokemukseen kuuluvana.

"Sillo ne otti tuosta koepalan, mie niin pelkäsin, mut ei siin sen enempää ollu. Kylhän se tietysti aina ku menee sairaalaan ni kylhän se ain jonku verran jännittää. Minust on kaks kammopaikkaa sairaala ja poliisilaitos, mihkä ei mielellään menis.... mut pakko sairaalaa on tietyst mennä, jos meinaa jonkuu verran terveyttää hoitaa." (3A).

Jännitystä toivat myös itse tapahtuman kulun lisäksi toimenpiteen tulokset. *"Kyl se tietysti jonkun verran jännittää, et mitä sielt taas ilmestyy muuta."*

Yhden mieshaastateltavan toimenpiteessä oli löytynyt niitä uusia pesäkekeitä jostakin. Kysymykseeni, jännittävätkö tulokset, hän viittasi hoitomahdolli-

suuksiin. *"No kylhän siel jo niitten kuvien perusteella jotain näky, ni onhan siellä niitä, mut miten niitä sitte hoidetaan tämmösiä alkuja, jos siellä on"* (3A).

Yhdelle haastateltavista lääkäri oli jo etukäteen varoittanut kivusta ja ker-tonut joko nukutuksesta tai paikallispuudutuksesta. Toimenpiteestä hän kertoi: *"Kylhän se tietysti hiukan tuntuu, mut ei siin ollu minkäänlaist vaivaa...juu, kyllä se oli hyvin helppo ja nopea toimenpide"* (3A).

Pelkoa tunsivat monet leikkaukseen mennessään, odottaessaan tautimää-ritystään tai tulevaisuuttaan.

Ensimmäinen haastattelemani rouva vastasi kysymykseeni, jännittikö hän-tä leikkaus. *"Oikeastaan ei, et tietysti sillai, et semmonen pieni pelko ja toivoin, et kaikki menee hyvin, mutta että luotin tohtori..., hänen ammattitaitoonsa ja sanoin, että minä oon Luojan käsissä, et kaikki tapahtuu niin ku pitää tapahtua.Taivaan isä antaa voimaa silloin kun on vaikeeta, et se on minun niin ku sellanen vankka apu."* (Koe 1A).

Jännittäminen vie osan informaatiosta ja on potilaalle ikävää. Kaihileikka-uksessa ollut rouva vastasi kysymykseen, oliko hän itse kysellyt sairaalassa leikkauksestaan. *"En. En mie oikein ymmärtäny kysellä mitää, mie olin niin pökkerös siitä ja jännitin kauheasti siellä."* (Koe 2A). *"Mie oon sellanen vaa, et mie hermostun... ku monta kertaa pitää lähtee syömättä ja ottaa sillee kokeet, ni se väsyttää...kyl se jotenkii vetää niin, et sänky tekee miel menemää ku siet tulee kotii."* (1A).

Pelkoa haihdutti myös suora, rehellinen informaatio. *"Kun mie kävin siellä, ni en minä sitäkään jännitä, ku kertoo sil viisii, ku asia on, ni en mie ajatellu sen enem-pää... Niin se tulee ja jos ei syöpä tapa ni joku muu tappaa."* (6B). *"Ei minua ainakaan siis jännitä eikä pelota ... kun ne neulatkaa on niin terävii, et ei niit ees huomaakkaa, se käy niin kätevästi."* (13B).

Väsymystä oli myös mieshenkilöllä: *"Vähä väsyttää kyllä..kyllä on vähän ki-puja.."* (4B). *"No ei miussa tunnu yhtään miltään mistää, se nimittäin, en mie yhtään pelkää, ei minkäänlaista, et minä oon ihan ku ennenkii".*(6A). *"No kylhän mie oisin osan, koska mie olin käyny siel aikasemmin, mut jotenkii jännitti minnuukii, ni mie sanoin, et no lähtekää"* (11A). Tämänkin rouvan jännittäminen aiheutti epävarmuutta ja turvana oli henkilökuntaa saattamassa. Tällaiset päiväkirurgiset leik-kauksen tuntuivat olevan jokapäiväisiä. *"Se seuraava leikkaus ni se jo hermostuttaa, se toi mikä jodikiteen laittaminen tonne päähän."* (7A).

Aikaisemmat kokemukset hälvensivät myös pelkoa *"Peläntkää yhtää ku en-simmäisel kertan ku se oli vähäsen arkuutta, mut nyt ku sen ties, mitenkä se tapahtuu eikä se koske mihinkään, ni tää meni nyt helposti."* (7B).

Kivun aistiminen on erilaista eri henkilöillä ja samoillakin eri aikoina. Tä-mä henkilö oli käynyt aikaisemmin toisen silmän kaihileikkauksessa ja nyt lei-kattiin toinen. *"Se on kumma, et sillan ku noi silmät leikattii, tää vasen silmä ku leikat-tiin aikasemmin, pikkasen päätä särki ja mie otin yhen Burana-tabletin ja siihen ku se häipy se särkeminen, ni sit ei ollu enää ensinkään kipeä. Oikea silmä leikattiin marras-kuussa, ni siihen ei tullu minkään näköstä kipua."* (5A).

Kipua joutui tuntemaan kaihileikkauksessa ollut mieshenkilö, jonka sil-mäkipu alkoi kotona leikkauksen jälkeen. Hän ei lähtenyt sairaalaan, koska heti aamusta oli näyttöaika *"Tuskanen yö sitte se edellinen... ja sit seuraavana päivän-hän oli niin paha olla ja päätä koski."* (8A).

Toimenpiteen jälkeen kivut olivat ikävät rouvalla, joka oli saanut eri alueisiin ulottuvan virtsarakon syöpädiagnoosin. Hän kävi toimenpiteissä, jotka olivat kivuliaita. *"Siin on hirveän kovii, sen toimenpiteen jälkee ni kovat kouristukset, ihan älyttömät, et ei uskois ja sit mul on sellanen, et mul tulee kylmät väreet suorastaan ja niin kovat kouristukset, et mul on ihan veet silmis, niin se koskee niin kovin sit"* (14A). Elämän loppuminen ei niinkään pelottanut vaan kivut. *"Joo, kyllä se tulee eikä sille maha mittää, et meiän on lähettävä täältä, mut sehän se pelottaa, et minkälaiset tuskat sitte tulee. Mut se joka lähti, ni se lähti niin hiljaksee, nukku vaa."* (2B).

Vakavan sairauden diagnoosin kuuleminen toi esille erilaisia tunteita. Virtsarakon syövästä kuultuaan mieshenkilö kertoi tuntemuksistaan. *"Ni se ensiks masensi, mut nyt ku olen tälle vähä ollu, nyt minust siin ei ooo mitää muuta pahaa ku se sana syöpä ja sil ei oo mitää merkityst sen kaa."* (13A). Kuitenkin hän ajatteli myös muita potilaita ja heidän tunteitaan. *"Siel on jotkut potilaat...masentun tietyst, olinhan miekii alkuun sitte, mutta ei siin, en mie osa, mie oon kaikil sanonkii, et turha siin on murehtii"* (13A). Hänen haastattelussaan jatkui kuitenkin pitkin matkaa kuolema-teema. *"Leikkuupaita päällä on semmonen valkoinen kuolinpaita..."* (13A). Joten kuolema kuitenkin häntä askarrutti, *"vaikka kuitenkin ... täs iäs on ihan sama, mitä sielt"* (13A) hän mitätöi tunteitaan.

Asian ulkoistaminen oli mielessä myös mieshenkilöllä, joka piti parhaimpana *"Se on viisasta, ku unohtaa kokonaan."* (20B).

Masennusta koki syöpädiagnoosin saanut rouva *"Välil tulee kyllä mielee, et mikähän se on sitte se tien pää joskus se loppu ja mitenkähän leviääks se mihinkää, et sehän se niin ku vähä hirvittää, et kyl se jollakilailla masentaa vähä ja ensiks mie en niin ku uskonukaa et onks tää ihan tottakaa, et sit niin ku pois vaa mieltii muita, mut"* (14A). Toisessa haastattelussa tämä rouva pohti seuraavia toimenpiteitä: *"Se on sit vähä vaikeempaa, ehkä vissiin vähä jämäkämpii juttui, et vähä pelottaakin."* (14B). *"No sit minua rupes pelottamaan ja mie pelkäsin niin kauheast, että mie tein jo listaa hautajaisista ... tässä on jotakii nii herkkää että ni minua pelotti ja se olikii nii hyvä juttu, kun kaikki olikii nii ja mun pelkoni ihan hukkaan menny."* (15B). *"Mie oon aina pelänny sitä syöpää vähäsen, et se on kaverina aika huono. Enhän minä surekaan sitä, kyl se tää ihmiselämä, se loppuu kaikilta, keltä aikaisemmin, keltä myöhemmin, mut sen mie en tykkää, et kovii kipui tulee, ni sit mie pelkään."* (16A).

Pettymyksen tunteita oli myös, kun asiat eivät sujuneet toivotulla tavalla. Koehaastattelussa ollut rouva oli menossa kaihileikkaukseen ja olisi halunnut jäädä sairaalaan yöksi. *"Ja sitte se oli minulle pettymys, kun aattelin itseäni, olen yksin ja nää on ollu hyvin vaikeet nää käteni ja polvet on ollu hankalat, ni kysyin hoitajalta...sanoi, että se ei käy..."* (Koe 1B). Tämä rouva oli palvelutalossa viikon kaihileikkauksen jälkeen ja palasi omaan kotiinsa *"Et ymmärrätte varmasti, et olen yksinäinen, mutta olen siis tyytyväinen..."* Joskus olen alakulonen ja ajattelen, että hyvänen aika, että miten kauan...täällä pärjään, mut se ei ole minun asiani se." (Koe 1B).

"Pittää ottaa vaan löysin rantein kaikki" ehdotti mieshenkilö, jolla oli useita sairauksia ja viimeksi verensokerit olivat nousussa (2B). Tämä haastateltava asui yksin ja oli aikaisemmin ollut innokas leipomaan, mutta sitten tuli astma ja sokeritauti ja leipomiset piti jättää.

Iäkkäillä henkilöillä on erilaiset käsitykset taudeista puhumisesta. Haastattelemani rouva oli kärsinyt vaivaansa pari vuosikymmentä. Hän ei ollut kertonut asiasta edes puolisolleen häveliäisyyttään. *"Niin ku mie peitin sen tuolta kaveriltakii, mie en niin ku ilenny sillekää sanno..."* (11B).

10.3.1 Eettisyys

Eettinen näkökulma selviämiseen sisältää sen, että lyhytkirurgisen lyhki-potilaan on koettava ihmisarvonsa säilyvän koko hoitoprosessin ajan (Leino-Kilpi ym. 1994). Tähän liittyy kokemus siitä, että omat oikeudet ovat toteutuneet ja että on tullut kohdelluksi hienovaraisesti ja saanut esittää omia näkemyksiään hoidostaan. Suomessa tästä on laki potilaan asemasta ja oikeuksista.

Tähän haastatteluun osallistuneet potilaat olivat enimmäkseen tyytyväisiä tiedonsaantiinsa. Usein kuitenkin tietoa olisi kaivattu enemmän, mutta jostakin syystä siitä ei keskusteltu tai haastateltava ei ollut uskaltanut tai ymmärtänyt kysyä. Kun keskustelin tähystyksessä olleen potilaan kanssa ohjeista ja niiden selittämisestä, hän kertoi *"oishan siin luken, mut enhän mie ymmärrä niit solui enempää ku muuta sellasii..."* (1A). Hän ei kysynyt, kun *"lapus lukee ne kaikki mitä on"*. *"Näitä lappui ymmärtää sillä taval, että mitä pitää tehdä."* Kuitenkin ongelmaksi tuli mittayksikkö *"En oo kysyny mitää muuta, ku ensimmäisesen kerran ku sellanen pikkanen pullo tuli, mikä piti pannan illal puolee litraa ni mie sanoin tälle mun veljen vaimolle, et mitä toi 500 millii oikeen tarkottaa, et onks se puol litraa, ei hängkää oo varma, et onks se, ni se soitti sinne js sano sitet juu se on puol litraa."*

Tähystyksissä käyneellä miespotilaalla oli myös hankaluuksia selvittää papereistaan. *"En minä kaikkee ymmärrä, mut miu on tytär... se sit pitää noista papereista huolen. Se on aina sit mukana."* (3A).

Tällä haastateltavalla oli hyvä kuva saamastaan kohtelusta *"Hyvin siel on menny, siel on hoitajat aika kohteliait muutenkii... ni nehän jelppaa siel oikeen nätisti."* (3A). Haastateltavalla ei ollut oikein selvillä, mitä etsitään. *"Lääkär on aina sanonu, et ei ooo suurii vikoi, mutta onhan se, kun on se eturauhaskasvain leikattu ja sit virtsarakos oli jonkinlainen kasvain, ni sitähän se tietyst tutkii sitte."* (3B). *"Lääkäri juttelee, mut hyvin vähän se juttelee, mut jos kysyy, ni kyl se vastauksen antaa."* (3B).

Asiallista keskustelua koki kanssaan käydyn tähystyksessä ollut mieshenkilö. *"Mutta kun mulla on se eturauhanen höylätty ni sen jälkeen sitä piti vielä korjata sitä leikkausta pariinkin kertaan, että se sitte avautu paremmin, niin siinä tietysti jouduttiin keskustelemaan ja ihan asiallista keskustelua."* (4A).

Hoitoihin pääsy koettiin hankalaksi. Monet olivat joutuneet odottamaan kuukausia jopa yli vuoden. Odottamisen aikana oli jouduttu ottamaan usein yhteyksiä terveydenhuollon eri organisaatioihin hoidon kiirehtimiseksi. Muutamat iäkkäät epäilivät hoitoon pääsyyssä olevan epäsymmetriaa niin, että hoitoon pääsevät vain nuoret ja vanhat saavat odottaa ja jäädä hoidon ulkopuolelle. Pitkien odotusaikojen lisäksi osaa haastateltavista oletti leikkaukseen päästävän vain yksityislääkärin läheteellä. *"Ei kai terveystieteiden läheteellä kehtää ole leikattu."* Pitkät jonot ja samanaikaiset lisääntyvät vaivat ahdistivat. Jot-

kut epäilivät, etteivät pääse koskaan hoitoon, vaikka olivat soittaneet lääkärille ja sairaalan osastolle jatkuvasti, koska luvattu hoitopaikka oli aina yhtä kaukana. Jonojen hoidon epäiltiin olevan nuorempia ja työikäisiä suosivan, vanhoista ei ole niin väliä. Muutamat haastateltavat kävivät leikkaavalla lääkärillä yksityisvastaanotolla, päästäkseen paremmin hoitoon. Heillä oli ajatuksena, että kun lääkäri näkee ja kuulee vaivat, niin *"varmastikin hän kutsuu leikkaukseen."* Aikansa odoteltuaan moni hakeutui yksityisesti leikkaukseen hyvinkin lyhyellä odotusajalla. Leikkausten hintaa yksityissektorilla ihmeteltiin, mutta hankalan vaivan korjaamiseksi sen katsottiin olevan sen arvoista. Kaikilla ei kuitenkaan ollut tähän varaa pienen eläkkeen turvin.

Potilaille on usein ongelmallista hoitoon pääsy. Jotkut joutuvat odottamaan vuosia ja vaivat vain haittaavat jokapäiväistä elämää. Eräs haastateltavista ratkaisi asian niin, että kun hänen kotikuntansa sairaanhoitopiiri ei lähettänyt häntä lonkkaleikkaukseen, niin potilas muutti kahdeksi vuodeksi toiseen kuntaan, sai lonkkansa leikatuiksi ja palasi takaisin (6A). Sama henkilö puhui äidinkielenään ruotsia *"Kyl mie oon harjotellu tätä suomenkiltäkii... olen ollut kaksikielisessä kunnassa, ni se on puhuttava."* Haastateltavan lääkärintodistukset olivat olleet ruotsinkielisiä, mutta ohjeet *"ovat sen jälkeen ruvenneet tulemaan sitte sekasin"*. Haastateltava oli kaivannut ruotsinkielistä keskustelukumppania, kun *"ei päässyt ruotsia puhumaan kertaakaan, eikä ruotsinkielisiä lehtiä ollut yhtään."* (6A) *"En mie ole tavannu kertaakaan viel yhtään, joka ois puhunu ruotsii"* tuli esille myös uusintahaastattelussa (6B). *"Se tuttu lääkäri selitti kyllä jutun, et mitä se on ja että siinä ei ole nyt mitään tehtävissä ja kun se on tuttu lääkäri, niin se on siinä niin hyvä, että se on se sama lääkäri, joka on hoitanu koko ajan, ni sen kans kyl pärjää hyvin."* (6B).

Yhden potilaan kokemus hoitoon pääsystä oli myönteinen. *"Siel löyty sitte kasvi paksusuolest... silloin kun mie olin kuulemas, et siel on kasvi näin tiistaina, nii seuraavan tiistain minut leikattiin jo. Että se kävi niin nopeasti et apu siin oli saatu."* (5B).

Kaihileikkauksessa ollut mies, jolle silmänpaine nousi leikkauksen jälkeen, kertoi tarkastuksesta *"Ei ne mitään kertonu, se on niille niin ammattimaista juttuu nää paineet ja tipat."* (8A).

Haastateltava koki kuitenkin saaneensa hyvän kohtelun. *"Mie kaks minuuttia vartuin kärrys oven takana, ni ne pyyti anteeks, et heil oli sattun sellainen ylimääräinen homma. Ne otti oikein hyvin huomioon, ne oli niin kohteliaita."* (8A).

Myös aterian saanti heti leikkauksen jälkeen tuntui mieluisalta *"Sil samal rahal, en mie kysyny, mitä se ois maksan."* (8A).

Sairaaloiden välisessä yhteistyössä potilaan lääkityksen suhteen kertoi mieshaastateltava saaneensa kokea hankaluuksia. Kysymyksessä oli ennen kuvausta käytetty lääkitys, jonka annostuksesta lähettävä ja vastaanottava sairaala olivat eri mieltä. Asia selvisi hoitavien lääkäreiden kahdenkeskisellä neuvottelulla ja potilaskin sai nämä uudet ohjeet. Tämän potilaan puoliso oli joutunut usein hoitamaan miehensä sairaala-asioita ja tottunut asioimaan ammattihenkilökunnan kanssa (9A).

Parin peräkkäisen päivän välein eri sairaaloissa kaihileikkauksessa ja nivustyräleikkauksessa ollut miehenkilö kertoi saaneensa hyviä ohjeita hoitoonsa. Hän oli käynyt kaihileikkauksen jälkeen tarkastuksessa, mutta nivustyräleikkauksen jälkitarkastus oli omalla terveystieteidenkeskuksella ”Ois siinä saanu olla kyl sellanen, et tää leikkaava lääkäri tarkastaa, et se jäi vähän kaivelemmaa.”

Laajennusleikkauksessa ollut naishenkilö kertoi tulleen kohdelluksi hyvin. ”Et tähänks mie jätän nämä vaatteet, ni sano, et sihe jätättte, hyö laittaa pussii. Ni herranen aika, et jätänhän mie tähän, kerran työ palvelette niin. Kun minun piti mennä sinne neljänteen, no kylhän mie oisin osan... mut jotenkii jännitti minnuukii, ni mie sanoin, et no lähtekää... Ja sit otettiin uudet verikokeet, ni mie sanoin, et vastahana ne kolme päivää sitte otettii, ei myö uskota, katto silt, et ne on otettu, mut otetaa viel ja verenpaine...” Tiedon siirto laitoksesta toiseen oli kyllä teknisesti toiminut, mutta siihen ei oikein luotettu. Haastateltava sai kuitenkin todistetuksi, että hän oli oikeassa (11A).

Sairaalan aikataulua ihmetteli mieshaastateltava: ”Mie olen ikäni nousut viien- kuuen aikaan ylös ja kuueks töihin sit pitkää päivää tein, paljo tein tommost kahta vuoroa jatkuval syötöl ja tuota, sit ku mul oli se infarktijuttu ni mie en yhtää ihmettelekkää että se tuli silloin. Ni ku nyt on jäänyt kotiin, nion tottunu nukkumaan, ni ei viittis millää kuuen aikaa nousta ylös ja lähtää seittemäks sairaalaan.” (13A). Hän vastasi kun kyselin, onko hän keskustellut tästä henkilökunnan kanssa: ”En mie viitti, ku nehän tekee työtään ja miehän voin nukkuu sit, nimittäin mie en ole sen jälkeen ku mie jäin sairaseläkkeelle, ni mie en ole laittanu kelloo ranteeseen sitä varten, että käyn nukkumaa, ku väsyttää, nousen ylös, kun on virkeä, syön kun on nälkä ja se siitä.” (13A).

Virtsarakon syöpää sairastava naishaastateltava oli tietämätön hänelle tehtävistä toimenpiteistä. ”Mie en ihan tarkkaan tiedä mikä toimenpide...mut mie en tiää onks tää sellanen tähyystys vai onks tää jotaa muuta tehää sit samalla.” Hänen tautiinsa oli etsitty oikeaa diagnoosia lähes vuoden verran ja taudin paljastuttua syöpäksi oli vieläkin järkytys. ”Eiks se oo ihme, ku ei anna mitään oireita, et ei ku ni itekään tiedä.” Hän on olemukseltaan arka ja kertoi pahoittaneensa mielensä. ”Vähä oli vihainen leikkaushoitaja siel, ku mie sanoin, et mie pikkusen maistoin vettä, että ei sitä... mut nyt en mie kyl ota yhtää, et kyl mie sen purskutan pois suusta.” (14A). Toimenpiteistä tiedottamisesta hän puhui, ”No ei pahemmin kyllä kerrota, että jos ei itekää älyä kysyä...” (14A). Tämä haastateltava tuntui kaipaavan tukea tautinsa kanssa. Ehdotin hänelle liittymistä Syöpäyhdistykseen, jotta hänellä olisi keskustelukumppaneita Hän ei ollut kuullut koko asiasta aikaisemmin. ”Ei tuol sairaalassa ainakaa kukaa mitää tämmöst kertonu, eikä mulle oo mitenkää täs nyt kauheest se on vaan semmosta, et se on vähän töksähtämällä tullu, et ei sit oo mitenkää ja se mikä minuu kyl vähä häiritsee siin, ku siin on ne huoneet niin isoja...”. ”Voiks siihen liittyy, on se syöpä missä tahansa?” (14A).

Ongelmalliseksi koki mieshaastateltava tilanteen mennessään leikkaukseen. Leikkauskutsussa ei ollut mainintaa verikokeista. ”Sit ne yllätty sit leikkausalissa, et missäs verikoetulokset on, mu hyvinhän se meni muuten.” (17A). Vaimo kertoi miehelleen olleen myös sydänvaivoja muutamaa päivää aikaisemmin, niin että hän oli joutunut ottamaan Nitroja. ”Ja mä ku kysyin, ku hän tuli kotiin, et

otettiin koski sydänfilmi, ni sitä kukaan ei otettu." Puoliso ei kertonut, oliko tästä keskusteltu sairaalassa.

Sairaalassa oli vasta kysely Primaspanin käytöstä. *"Mikäs se on se Primaspan, ni sitä ne, siin olis pitäny olla tuota tauko sen ottamises niin ku nyt oli siin ohjeessa, että viiden vuorokauden varotusajalla ja nyt minul oli sit, se jäi tollaseen kolmeen."* (17A). Tässä kysyttiin minultakin, mikä on sen Primaspanin vaikutus, että teho verenvuotoon?

Haastateltavalla ei ollut leikkauksen jälkeen verenvuotoa. Sairaalakäynnillä, kun verikokeen puuttuminen huomattiin, henkilökunta piti haastateltavan mukaan oman neuvottelunsa. *"Se tuli henkilökohtasest sit lääkäri kysymään, et nyt on sellanen tilanne, et leikataanks teiät. Mie sanoin, et leikataan. Selvä, se sano. Ei mitää nyt sitte tapahtunu, mut sen vaan mietin, ku näin kävi."* (17A).

Kovasti sairaaloiden välistä yhteistyötä ihmetteli myös tähystyksessä käynyt mieshenkilö, jolta otettiin edellisenä päivänä verikokeet omalla paikkakunnalla ja seuraavana aamuna uudelleen ennen tähystystä toisessa sairaalassa, vaikka sairaaloiden kesken on yhteydet. Tämä henkilö ei niinkään odotellut, mitä hänelle kerrotaan. *"Mä oon yleensä semmonen, että mä kysyn ja mä kyllä sitte otan vastauksen, että oon aika määrätietonen näissä asioissa."* (19A).

Sama kokemus näytteiden kanssa oli myös yhdellä mieshaastateltavalla, jolta otettiin näytteet terveyskeskuksessa ja heti seuraavana päivänä uudelleen keskussairaalassa. *"No en tiedä, eikö ne luota tähän terveyskeskuksen laboratorioon",* tuumasi haastateltava.

Haastateltu naishenkilö oli jo vuodesta 1982 kärsinyt peräaukon ah-
taumasta. Hän oli hoitanut itseään oman ymmärryksensä mukaan. Tytär oli erikoissairaanhoitaja. *"Se paasaa miul yhtenä, en mie sille arvaa mittää haastaakaa oikee."* Myös puolisolle asiasta kertominen oli vaikeaa *"Niin ku mie peitin sen tuolta kaveriltakii, mie en niin ku ilenny sillekää sanoo."* Terveyskeskuksen omalääkärille hän oli puhunut vaivastaan ja saanut siihen lääkettä. Kärsivällisyys kuitenkin loppui. *"Mie pistin niin tiukoil et mie sanoin, et mie oon siit saakkaa kun "L" minut leikkas, ni näin monta vuotta kärsin, miul on pitkä pinna, mut sit ku se katkeaa ni se katkeaa. Niin se ihmetteli sit, et näin mont vuotta, se jol mie kävin tarkastukses, et miten mie oon jaksa. Mie sanoin, et en mie oo muuta ku kärsiny."*

Haastateltava oli päättänyt päästä vaivastaan eroon. Terveyskeskuslääkärille hän ilmoitti. *"Nyt mie lopetan niitten (lääkkeiden) syömisen ja nyt myö, mie tahon sen. No lääkäri sano, et älä hyvä ihminen... jos sie määät sinne leikkaukseen, ni sit se repeää, ni sitkän sie vast olet tuskas. Mie sanoin, et an mennä vaan."* (11B).

Leikkausmenetelmästä sai nivustyräleikkauksessa ollut mie tietoa jälkitarkastuksessa. Hän oli itsekin jo arvellut haavaansa seuratessaan, että jotakin erilaista siinä oli. *"Mie ajattelin, että ei kai sulla oo mulle mitää kysytty, taikka sanon, että onks siin laitettu jotaa lisää, mut kyl siin oli."* (12B).

Virtsarakon syöpää sairastava rouva oli hyvin pelokas. Hän oli ollut useissa toimenpiteissä ja oli taas menossa uuteen. Keskustelin hänen kotonaan uusintahaastattelussa hoidosta. Hän kertoi hoitosuunnitelmastaan. *"Tunneist mie en tiiä, mut joka viikko, neljä viikkoo, sit se jatkuu vielä, siel on ehkä kaks viikkoo välii ja sit on ehkä kolme kertaa jotain muuta, et se on sit vähä vaikeempaa, ehkä visiini vähä*

jämäkämpii juttui, et vähä pelottaakin. Lääkäri ei ollut näitä ihan itsestään kertonut, vaan "No, mie vähän kyseli, ni sitte hän selitti, mut ei nyt niin kovin tarkasti ja viimeisen päälle, vähä suurin piirtein." (14B). Osastolla oli ollut samantyyppisessä toimenpiteessä toinen rouva, jonka kokemukset olivat olleet helpot, mutta "toisil voi ehkä olla, kun ei tiedä, mul ei oo sellast viel ollu" (14B). Hoitojen suunnitteluun rouva ei ollut päässyt mukaan. "Ne on annettu kaikki ihan valmiiksi sinne, ei mult oo kysytty yhtään mitää, ne on vaan laitettu sinne, mun täytyy junaila niitten mukaan miten ne on laitettu. Näin on kyllä, että mul ei oo osaa eikä arpaa. Tää kesä menee nyt täs sitte, ni nyttekii ku kerran viikos on se hoito, ni kovin pitkälle sit pääse." (14B).

Jonkinlaista tietoa potilaat kuitenkin saavat, mutta tarkempi tieto puuttuu tai sitä on vaikea haastattelussa selvittää. Rakkotähystyksessä ollut mieshenkilö kertoi tulevasta toimenpiteestä melko tarkan ajallisen ohjelman sairaalassa viipymisineen. Kuitenkin itse toimenpide oli epäselvä. *"En minä tiiä, et tuleeko siin tähystys sit vai eikö siin tuu. Mie en oikeen ymmärrä."* Kuitenkin hän kertoi lääkärin puhuneen *"jotaa höyläyksest, mut sil on niin kauhee kiire..." (16B).*

Haastatellut iäkkäät henkilöt kokivat heitä kohdeltavan toisarvoisina. Tämä tuli esille varsinkin hoitoihin jonotettaessa ja hoitojen saannissa. *"Minä olin sitte magneettikuvauses ja siihen sitte, keskussairaalas oli sit joku, joka sano, et kannattaako noin vanhaa miestä enää kuvata, ni "T" sano sit, et ku on kuitenkin viel kohdalaisen hyväs kunnos ja sit T sano, et mene tuohon eteiseen varttumaan, et hyö keskustele ja sit pyydetii sisälle ja sit se kuvaus otettii ja siin todettii sit et se on kuuloluu-kasvain." (6A).*

Jonottamiseen oli kyllästynyt kaihileikkausta odottanut mieshenkilö *"Nää jonot ei sais olla näin pitkii..." (7A). "Ei ne taho enää vanhoi huolii minnee jonoihin. Ikäsä on tehny työtä ja maksanu verot ja nyt ku sielt jotaa tarvis hoitoo, ni ei, ei sinne pääse, vaik ois polvi lukos." (8A).*

Ennakkoluuloja kertoi mieshenkilö olevan vanhoja ihmisiä kohtaa. Hän arveli *"Se on toi leikkaukset tuntuu, että se on niin ku iän mukaan, et jos on vanhempi henkilö jo, ni ei sit oikeen, se tyrkätään tuonne, se syrjään tyrkätää, ei se oo niin tärkeä ku joku nuorempi, et sellasen vaikutuksen saa." (17A).*

Lääkärin auktoriteettia ihmetteli mies. *"Et mun ikäset ja vanhemmat ihmiset, ne antaa teettää ihan mitä hyväänsä lääkäri haluaa, ei ne ees kysy ja pane hanttiin ollenkaa, mut kylhän näistä pitää tietää, mut se edellyttää itseltäkin vähän aktiivisuutta, et sun pitää itteki vähän tietää, etteihän tään päivän lääkäri oo ku joku puoljumala, joka ennen vanhaan sano et ei ku pitkälle vaan siihen ja aikansa teki eikä puhun mitää, otti rahat pois." (19A).*

Hoitoon pääsyä terveyskeskuksesta erikoissairaanhoidon ihmetteli mieshenkilö. *"On sellane mielikuva, että nekään ei uskalla määrätä mitään tarkastuksia ku pelätään kulujen nousevan, et se on harva näist terveyskeskuslääkäreistä, ku uskaltaa laboratoriolähetettä antaa." (20A).*

Hoidon jatkuvuutta pohti henkilö, joka olisi halunnut käydä samalla lääkärillä kontrollissa. Hänkin epäili korkeaa ikäänsä esteeksi *"Kylhän mie antasin vaik kerran vuodes käyä kotrollis, jos se pitää, vaikka täs jo niin vanha onkii, ni siit huolimatta." (1B).*

Jonojen oikeasta määrästä oli erilaisia epäilyjä. *"Mut se on se jono kasvaa aina vaan, mut se ei oo todellinen, ku aina sielt välist otetaa taikka on jo kuollu tai on käyny jossain muualla, ni missä kohtaa sit jää sit ni."* (17B).

Leikkaukseen pääsyä julkisen terveydenhuollon kautta myös epäiltiin *"Jos tuota terveyskeskuksen kautta et ne sielt määräs sen leikkauksen, mut en mie tiedä, onks sielt kukaan sen kautta päässy..."*...ku kukaan ei jaksa varttuu... kyl se yksityisen kautta on tapahtunu se asia." (17B).

Vanhojen ihmisten tulevaisuus askarrutti mieshenkilöä. *"Kyllä siis asiathan noin yleisesti ottaen kaikki nää askarruttaa tämän päivän ihmistä etenkin jo vanhempaa, joka on jo nähny ja kyl niin ku selvästi nyt sellain tendenssi on olemassa että niin ku ruvataan eriarvoistamaan ihmisiä tälläkin puolella, ihan selvästi ja jo näit perustetaa paljon yksityisiä lääkäriasemia, yksityissairaaloita ja sitten tuota noin ruvetaan pistään ihmisiä prioriteetijärjestykseen, että ketä hoidetaan. Selvästihän leikkaukset tänä päivänä jo, että nyt lääkäri valitsee, että ketä niin ku otetaan ensiksi ja kuka otetaan ja kuka jää väliin ja tähän on kaikki sitä."* (19B).

"Mut kyl sa tää koko ajan ja sit taloudellisessa mielssä ja kaikessa mielessä sitä nyt aikailla ihmiset rupee olee nyt kahden kerroksen väkee ihan selvästi niin... et on menny niin ku pikkasen takaperin." (19B).

Samansuuntaisia päätelmiä ovat esittäneet myös alan asiantuntijat. Niinistö (1999) kertoo, että vaikka ikää ei avoimesti tai virallisesti on hyväksytty syyksi evätä hoitoa, on iän merkitys ollut nähtävissä käytännön sairaanhoidossa. Koska terveydenhuollon voimavarat ovat puutteelliset, on epäilty, että esimerkiksi vanhuksia ei niin helposti lähetettäisi erikoissairaanhoidon kuin nuorempia.

"Se tietysti justiinsa, tietysti rajansa kaikella, koska se budjetit tehdään ja eletään sitä mukaa mitä rahaa tulee, mutta minust on kyllä niin ku sillä lailla väärin, että taloudellisella, liiketaloudellisella ajattelulla ruvetaan hoitamaan sairaita..." (19B).

"Nii, se on kaupungista kiinni, koska kaupunki kiristää menojaan ja rahojaan ja todennäköisesti, ni vaikka sitä nyt ei nää lehdissä eikä missään muuallakaan, mutta lääkäreille, näille nuorille lääkäreille on annettu ohjeet, että ei liiallisen kalliita tutkimuksi." (20B).

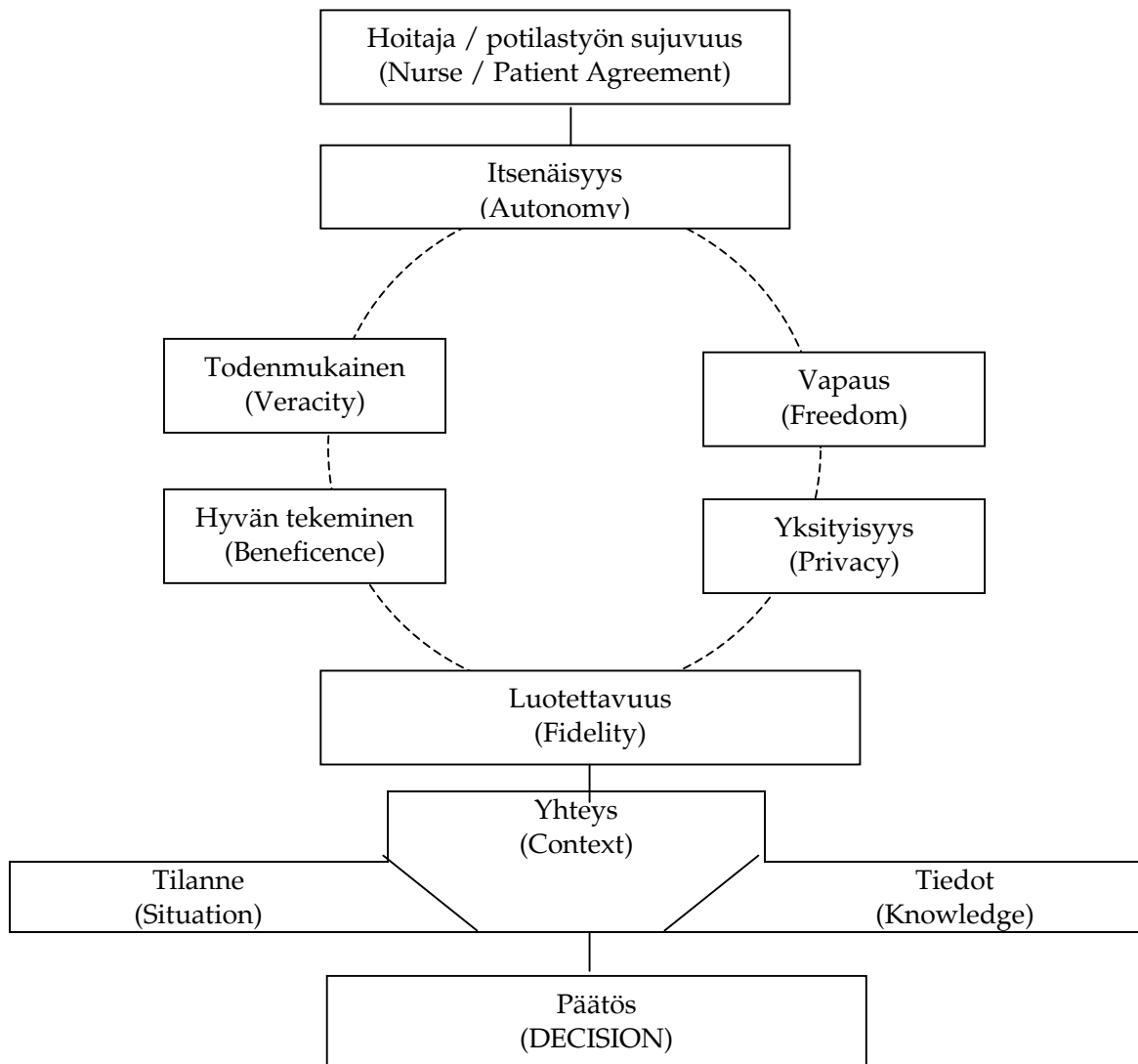
Tuttavilta löytyi ikäviä kokemuksia hoitoon pääsystä *"Niin, moni tuttava sanoo, että ei pääse, tässä oli yks päivä yks tuttava, ni hän kolme kuukautta ni valitti lonkkaansa ja sitte vasta pantiin kuvaukseen, murtuma ... ja sit ku näitä tämmösii on useampia ni niistähän tulee varmaan mieleen se, että siin on joko raha ratkassu tai sitte muut."* (20B).

Kommunikointi iäkkäiden henkilöiden kanssa vaatii paljon molemmilta osapuolilta. Levinas (1996) on puhunut "eettisestä kielestä". Tämä ei merkitse kielen merkkijärjestelmää tai kommunikaatiovälinettä. Keskeistä tässä on se, että ennen kuin kieli on kommunikaation väline, siinä on kyse suhteesta toiseen, keskustelukumppaniin. Kieli on tässä mielessä vuoropuhelua, keskustelua - olemista suhteessa toisen kanssa. Näin kielen olemassaolo jo sinänsä viittaa toiseen.

Levinasin etiikassa ei ole kyse mallista, jonka avulla voitaisiin asettaa kriteerit oikealle ja väärälle toiminnalle. Etiikka, ihmisyyttä jo alun perin määrittä-

vä vastuullisuus toisesta, on hänelle pikemminkin lähtökohta. Itsenäistä ja vapaata ihmistä ei hänen mukaansa voi olla ilman toista ihmistä, toista, jota minä ei voi itsestään käsin ottaa haltuun. Levinasille (1996) toinen on aina ensimmäinen.

Erityisesti lyhytkirurgisten potilaiden hoitoon liittyvät laboratorio- ja muut tutkimusvastaukset. Ongelmallista on tiedon kulku organisaatiossa ja tiedon välittyminen potilaalle. Usein potilaat kokevat nimenomaan tiedonsaantioikeutensa puutteelliseksi (Leino-Kilpi & Kurittu 1995). Varsinkin iäkkäiden ihmisten asioista päätettäessä on otettava huomioon eettisyys. Tähän kuuluvat vanhuksenkin itsenäisyys, vapaus ja yksityisyys. Asioiden on oltava todenmukaisia ja niiden pohjana on oltava hyvän tarkoitus, hyvän tekeminen. Tästä kaikesta muodostuu luottamus. Kun tätä käytetään yhdessä tietämisen ja tilansidonaisuuden kanssa, ollaan valmiita päätöksen tekoon (kuvio 6).



KUVIO 6 Eettinen päätöksentekomalli Hustededeja 1991 mukaellen (Husted & Husted 1991)
(Husteds' formal ethical decision making model)

”Vanhustyö” on tunnettyä, mikä lisää sen herkkyyttä kohdata eettisiä kysymyksiä.

Hyvän vanhustyön edellytyksenä on, että se perustuu laajaan ymmärrykseen vanhenemisesta ja vanhuudesta, nojaa uusimpaan gerontologiseen tietoon, ymmärtää vanhusasiakkaan erityisyyden, toteuttaa voimavarakeskeisiä työmuotoja ja on eettisesti perusteltua ja moraalisesti sitoutunutta.

”Vanhustyön” moraalilla tarkoitetaan konkreettista ja katsomuksellista sitoutumista tiettyihin työssä noudatettaviin perusarvoihin. Vanhustyön etiikka vastaavasti on työssä noudatettavaa moraalien arviointia, soveltamista ja luomista, mikä käytännössä merkitsee työn inhimillistä sisältöä, siitä nousevia päämääriä sekä vastuullisia työmenetelmiä ja -keinoja (Koskinen ym. 1998).

Vanhustyön etiikan keskeinen sisältö voidaan tiivistää eettisiin ohjeisiin, jotka määrittävät vanhustyöntekijän suhteen asiakkaisiin, omaan työyksikköön, työtovereihin sekä omaan ammattikuntaansa laajemmin.

Asiakkaan ihmisarvoiseen kohteluun liittyvät perusarvot ja toimintaperiaatteet ovat vanhustyön etiikan ydin. Tärkeä on kuitenkin tiedostaa se, että eettiset ohjeet muuttuvat todeksi vasta sitten, kun ihminen itse antaa niille merkityksen, kokee omakohtaisesti toteutuvan ja tuntee subjektiivisesti elämän mielekkyyden erilaisissa vanhustyön yksiköissä. Vanhustyön eettinen koodi on

- vanhan ihmisen omista voimavaroista lähteminen ja itsensä toteuttamisen mahdollisuus
- vanhan ihmisen subjektiivisuuden ja kokemuksellisuuden huomioon ottaminen
- vanhan ihmisen elämäkokemuksen ottaminen osaksi työprosessia
- vanhan ihmisen yksilöllisyyden ja ainutkertaisuuden kunnioittaminen ja hänen yksilöllisten elämäntilanteitten huomioon ottaminen
- vanhan ihmisen itsemääräämisoikeuden ja autonomisuuden kunnioittaminen
- vanhan ihmisen henkilökohtaisen koskemattomuuden, loukkaamattomuuden ja yksityisyyden takaaminen
- vanhan ihmisen toimintakyvyn maksimointi ennalta ehkäisevän toiminnan ja kuntoutuksen avulla
- vanhan ihmisen omatoimisuuden ja omanarvontunnon tukeminen ja vahvistaminen toimintaan kannustamalla ja vahvoja puolia rohkaisemalla
- vanhan ihmisen seksuaalisuuden ja sen toteuttamismahdollisuuksien huomioon ottaminen
- vanhan ihmisen kulttuurisen, rodullisen, uskonnollisen ja poliittisen taustan huomioon ottaminen ja kunnioittaminen
- vanhan ihmisen ympäristön luominen viihtyisäksi, virikkeelliseksi, kodinomaiseksi, terapeuttiseksi, turvalliseksi ja mahdollisimman vähän rajoittavaksi
- vanhan ihmisen kunnioittava ja arvokas kohtaaminen kaikissa tilanteissa.

10.3.2 Selvisimme sodastakin

Tutkimukseni sukupolvi oli kokenut sodan. Sota on vertauskuvana ikäviin kokemuksiin ja sodasta selviytymiseen. Sota tuli keskusteluissa esille hyvin alkuvaiheessa. *“Me olemme eläneet sodat nää molemmat ja mieheni rintamalla ja minä olin... sairaanhoitajakurssi jäi kesken silloin 39 ja sit alko sota... Helsingissä katseltiin oppilaskodin ikkunasta Helsingin ensimmäiset pommitukset. Mieheni oli rintamalla. Hänellä oli omat kokemuksensa ja sit verrattiin.”* (Koe 1).

Sotavammoista oli ollut kärsimystä sodasta asti. Kuitenkin sodan ajan hoidot olivat tyydyttäviä. Nykyiset lyhyet hoitoajat eivät olleet mitään niiden kokemusten rinnalla. *“Ja sit ku se on sotainvalidivaiva just tää vasen jalka, ni tää ol aina parempi jalka koko sen yli 60 vuotta...”* (7A). *“Kahdeksan viikkoo olin sotasairaalas tai niin ku kenttäsaairaalas ja se ei ollu yhtään pitkä aika eikä yhtään tullu mieleen, että pitäis pyytää pois, olihan se parempi kun siellä rintama.”* (7A).

Muistot huolesta sodan aikana ja yksinhuoltajuudesta olivat esillä: *“Sitte tuli talvisota ja mies lähti sotaan ja mie jäin yksin... mul ol mies rintamalla ja lapsia, niit piti ajatella, elättää.”* (Koe 2A).

Haastatteluissa tuli esille tämän ikäluokan rohkeus ja eletyn elämän antama voima. Kun on selvitty sodasta, myös pienemmät haasteet ovat selviytymistä varten.

10.3.3 Kuoleman ajatukset

Kuoleman ajatuksia ei yleensä liitetä lyhytjälkihoitoiseen kirurgiseen toimenpiteeseen. Haastatelluista monet viittasivat kuolemaan ja kuolemistavan toiveisiinsa.

Kuolemasta puhuneet henkilöt toivoivat huomaamatonta kuolemaa sitten kun se tulee. Varsinkin syöpään sairastunut naishenkilö ihmetteli molempien haastattelujen aikana syöpänsä syytä. Keskustelukumppania ei ollut tässä asiassa ja järjestön yhdysjäsenistä ja tukihenkilöistä hänelle ei ollut kukaan kertonut. Hän oli elänyt terveellisesti eikä tupakoinut. Kuolemasta puhuneille oli keskeistä kivun ja raskaiden tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden välttäminen.

Vaikka leikkauksia ja sairaalakokemuksia oli paljon, kuitenkin. *“Tietysti sillai oli pieni pelko ja toivoin, että kaikki menee hyvin, mutta että luotin tohtori..., hänen ammattitaitoonsa ja sanoin, että minä oon Luojan käsissä, et kaikki tapahtuu niin ku pitää tapahtua. Taivaan Isä antaa voimaa silloin, kun on vaikeeta, et se on minun niin ku sellanen vankka apu...niin, luottaa siihen, että päivät on määrätty.”* (Koe 1A).

Kuolema oli läsnä myös haastateltavalla, joka laski aikaa odotettavaan kuolemaansa. Taustalla oli veljen kuolema ja oman kuoleman mahdollisuus, sillä velikin oli kuollut samoihin aikoihin. *“Velivainaja ku kuol, ku minut leikattii kesäkuussa, ni se kuol marraskuussa syöpään. Minulla on tämä avanne, tulee viis vuotta nytte.”*

Korkeaa ikää pidettiin jo elämän päättymisen ennusteena. *“Niin ku joulu-kuun 10. päivä tulee täytee tuo vuosi, -12 syntyny, onhan siinä jo ikää.”*

Tämä haastateltava oli keskustellut tarkastuksista lääkärin kanssa *"Mie kerran yhelt lääkärilt... ni mie kysyin, et kuinka monta kertaa minun täytyy vielä käyä tääl, ni se sano, et nii kauan ku elät, joo."*

Kerroin siihen mahtuvan vielä monta kertaa, ennen kuin hän täyttää sata vuotta. *"En mie usko, että mie niin kauan elän, mut eihän sitä koskaan etukäteen tiedä, joo."* (3A).

Vakava sairaus, kuten syöpä oli pelottava, sillä *"se on niin salakavala"* (4A). Tämän haastateltavan vaimokin oli sairastanut syöpää ja ollut miehensä hoidossa. *"Vaimo viimeisinä aikoina oikeastaan voinu enää mitään tehdä, että mun piti sitte laittaa kaikki ruoka ja viimeisinä aikoina... ja sitte todettiin hänellä rintasyöpä..."* (4A).

Samanikäisten kuolema tuli haastatteluissa esille omankin kuoleman mahdollisuutena. *"Hän sano heti,ku myö tavattii, et myö ollaa yhtä vanhoi ja hän on minua 10 päivä nuorempi. Ja nyt kuoli pois, just oli kuolinilmoitus ja oli sitte munu-aissyöpä... Ne otti palasen tästä, ku minul on syöpä prostatassa, ne otti palasen..."* (6A). Haastateltava oli kuitenkin toiveikas. *"Vaivoi ei ole ollu, ei siitä syövästä eikä muutenkaa mitää Helsingin professori sanoi minulle, kun ne otti sen palan hänelle, ni hän sano et kuule,ku sie olet niin vanha ja tää kasvaa niin hitaasti, ni joku muu tappaa sinut ja mie uskoin siihen ja kun mitää vaivoja ei ole ni joku muu tappaa sinut ku se syöpä"* (6A). Sama henkilö otti asian esille myös toisessa haastattelussa. *"Jos ei se syöpä" tappa, ni joku muu tappaa."*(6B). Sama henkilö mietti omaa aikaansa, sillä *"Ja muutenkii mie olen elän jo näin kauan, minun äiti kuoli 51-vuotiaana ja isä kuoli 56-vuotiaana ni minul on ollu niin rikas elämä kun olen jo näin kauan eläny, ni mie oletin että kuolen samalla tavalla ku vanhemmat syöpään, molemmat ja nyt minul on syöpä, et se tappaa minut, mut ei mitää...Tuossa viereisessä huoneessa olen syntyny ja tässä olen koko aika eläny."* (6A).

Samanlaisia ajatuksia oli toisellakin haastatellulla miehellä. Hänkin totesi saaneensa jatkoaikaa. *"Mulla äitini kuoli 49-vuotiaana ja isä 59, et mul olis ollu jo aika heittää mullat."* (20B).

Ajan kulumisen ja odottaminen olivat hermostuttavia. Kaihileikkauksesta toipuva haastateltava ei vielä oikein nähnyt kunnolla ja toivoi *"Sais pitää kiirettä, ku mie oon jo seitenviis."* (8A).

Syöpä sanalla oli huono kaiku. *"Se tää virtsarakon syöpä jo sillon alkuun, kun se ilmen ja todettiin, ni se ensiks masensi mut nyt ku olen tälleen vähä ollu nyt ni minust siin ei oo mitää muuta pahaa ku se sana syöpä ja sil ei oo mitää merkitystä sen kaa."* (13A).

Jo sairaalassa asiaa kosketeltiin huumorilla. *"Mie olen aina sanonu tytöille, ku ne on lähteny osastolt viemäänkii, et onks tää nyt niin ku saattohoitoo että vietteks työ kellarin puolelle vai leikkaussaliin. Mie oon ottan sen ihan.. sano viimeks et ei tää mikään leikin asia kyl oo, mut en mie ol osannu ottaa sitä vakavasti... Alkuun se tietyst vähän masens, mutta..."* (13A).

Toisessa haastattelussa kuoleman ajatus oli myös läsnä *"Et sellastahan se on, kunnes kellarii vievät sielt, mut se on sitte taas sen ajan murhe."* (13B).

Esimerkkinä oli tapaaminen entisen poikakaverin kanssa, joka oli kaupassa tapaamisen jälkeen illalla kuollut äkillisesti kotiin.

Haastateltava piti ikäänsä korkeana. *“Ja onhan täs, kaikhan täs on oikeestaan selitetty, et en mie niihin sen paremmin oo kiinnittän, täs iäs on ihan sama, mitä sielt...”* (13A).

Sama henkilö pohti, olisiko aikaisemmalla lääkärintarkastuksella ollut apua. *“Miehil on se paha vika, et ne menee liian myöhään tarkastukseen.”* (13A).

Moneen kertaan haastattelun aikana tuli esille masennus *“Siel on jotkut potilaat, jotka kun tulevat, on masentunu tietyst, olinhan miekii alkuun sitte, mutta ei siin, mie osaa, mie oon kaikil sanonkii, et turha siint on murehtii.”* (13A).

Myös toisessa haastattelussa henkilö mietti korkeaa ikäänsä *“No täs iäs tah-too olla kohta kaikki vaivat, että askel hidastuu ja ei pääse joka paikas ylös sil taval ku pitäs, tää on vähän kömpelö.”* (13B).

Haastateltavalta rouvalta oli löytynyt tutkimusten jälkeen virtarakon syöpä. *“Virtsarakon syöpä lukee siin diagnoosis...mut välil tulee kyl mielee, et mikähän se on sit tien pää joskus se loppu ja mitenkähän leviääks se mihinkää, et sehän se niin ku vähän hirvoittaa, et kyl se jollakin lailla masentaa vähä ja ensiks mie en niin ku uskonukaa et onks tää ihan tottaka, et sit niin ku pois vaa mieltii muita, mut.”* (14A).

Kuolemaansa pohti tämä rouva myös toisella haastattelukerralla. *“Et se juur merkkii anna, et se on ihme, mut jonneekinhan se on kuoltava... Mut mie tykkäisin, ku ois vaan nopea kuolema.”* (14B).

Kuolemaan valmistautuminen oli ollut haastatellun rouvan viimeiset vuodet. Hän oli kuitenkin päässyt asian ylitse eikä enää odottanut kuolemaa vapauttajana. *“Nii sen tietää ja siellä ei nyt sitte ainakaa ol syöpää eikä muuta semmost, mut se ei oo ihme, ku miul on neljä poikaa ja mul oli kauhee paljon keskenmenoja, itsestään menevii abortteja ja yks pikkusektio, semmonen kun kurkkumädän sairastin sodan jälkeen, ku miul ol sota-aikan ensimmäinen laps synty että me oltiin sellanen pari, jolle ois tullu alinomaa lapsia ja minust tuntuu, et se on jotaa sellasta....ja se mie ymmärrän, että kyllä mie tästä, mie oon oottannu noutajaa, mut en mä enää, ku mie oon nyt aika virkee, ni en mä nyt välittäis äkkiä.”* (15A).

Kuolemaa odotellessaan haastateltava oli jo tehnyt perinnönjaon. *“Minusta tuntuu, että kyllä tää on suuri koettelemus, että minä vasta täällä (palvelutalo) ollessa alan päästä tästä kauheesta jutusta, joka käänsi mun elämän, mie lapsille ja lapsenlapsille jaoin kaikki koruni, mitä mie sain. No eihän mulla ollukkaa, ku neljä poikaa, ni mikää saanu, kun täytin viiskymmentä, ni pojat osti niin komeen Bismarkin ja mies osti sellasen sormuksen ja työväenopistollakin kävin, sain rannerenkaan ja nyt olen kaikki jakanut pois jo monta vuotta sitte ja täällä mul ei oo yhtää mitää.”* (15A).

Kuolema tuli esille myös haastatellulla mieshenkilöllä, jolle lääkäri oli ilmoittanut syövästä. *“Ja sit hää ilmoitti, että syöpä se on ja aika vihasen laatunen vielä.”* (16A).

Työtoverin äkillinen kuolema pani ajattelemaan elämän varjopuolia *“Että kaks päivää oli ja sit tuli työhön taas ja se oli ahkera noita lintui ruokkimaa, ni pesi lintulautaa ja sai papukaijakuumeen ja siihen.”* (16A).

Elämässä oli ollut paljonkin vastoinkäymisiä viime aikoina. *“Miniän isä kuoli onnettomuudess tos kesäkuussa... mul kuoli velipoika... toissa perjantaina hautasivat sen ja en mie päässy sit lähtee... On tuota kuormaa vähä liikaa ja sit tuli tää syöpäjuttu...ni tuntuu, et se on vähä niin ku liikaa kaks sairautta...”* (16A).

Syövän ja kuoleman yhteys pohditutti pitkin haastattelua. Se tuli esille uteluna. *"Voikkos sit yleensä jos syöpäkasvain on sellain pahanlaatunen, ni höylätä uudestaan?"* tai *"Asian uudelleen esille ottamisena"*. *"Et lääkäri ilmoitti, et vihassenlaatuinen syöpä. Kyl sit itteääki aattelee, et katoppas perkele, mie oon aina pelänny sit syöpää vähäsen, et kaverina se on aika huono."* (16A).

Kuitenkaan häntä ei pelottanut itse kuolema vaan kivut. *"Enhän minä nyt surekaan sitä, kyl se on tää ihmiselämä, se loppuu kaikilta, keltä aikaisemmin, keltä myöhemmin, mut mie en tykkää, et kovii kipui tulee, ni sit mie pelkään."* (16A).

Toisessa haastattelussa haastateltava oli miettinyt jatkuvien tutkimusten vaikutusta. *"Ku se on syöpäkasvain, nii jotkuu sanoo ainakii, et se alkaa niin ku ärtyy, ku ronkitaa..."* (16B).

Iän huomioon ottaminen leikkauksia suunniteltaessa tuntui monesta vanhuksesta syrjinnältä. *"Se on toi leikkaukset tuntuu, että se on niin ku iän mukaan, et jos on vanhempi henkilö jo, ni ei sit oikeen, se tyrkätään tuonne, se syrjään tyrkätään, ei se oo niin tärkeä kuin joku nuorempi, et sellasen vaikutuksen saa."* (17A).

Toisessa haastattelussa tuli esille palvelujen saatavuuden liittyminen kuolemaan *"Jos jotain palveluu meinaa saada, ni kyl se yksityislääkäriin kautta on mentävä, jos heti meinaa saada, sit en tiedä sit, koska on osoittautunu, et se varttumaväli on niin tolkuttoman pitkä, että jos on heikko ihminen, ni se kerkiää kuolla sillä välin, ennen kuin pääsee sinne..."* (17B).

Eräs mieshaastateltava punnitsi omaa ikäänsä ja sairaalakokemuksiaan ja totesi *"Tietysti ei mitää elämän ja kuoleman kysymyksiä mulla oo vielä ollu..."* (19A).

Toisessa haastattelussa asia tuli kuitenkin taas esille. *"Kieltämättä se häivähtää tässä, kun tätä ikää tulee, ni se niin ku häivähtää mielessä tämä semmonen vanhuus, että tulee niin ku avuttomaks, jolta herraparatkoon, välttys, että olis ku kertalusaus ja sillä siisti, että .. eipähän tartte tätä kovin kauan katella. En mä halua elää niin vanhaksi."* (19B).

Potilastovereiden kuolemia sairaalassa nähnyt mieshenkilö pohti omaa kuolemaansa. *"Toinen tapahtu päivällä toinen yöllä. Niin jos siin on joku oikeen huono, ni kyl sit kuuntelee hyvin tarkkaa. Sillon edellisell kerralla että nyt lähti vierest et potkas tyhjää, mut eihän se mitää, parempahan se niille on, et jos on oikeen huonos kunnos, ni pääsee pois. Joo, kyllä se tulee eikä maha mittää, et meidän on lähettävää täältä, mut sehän se pelottaa, et minkälaiset tuskat sit tullee. Mut se joka lähti, ni se lähti niin hiljakseen, nukku vaa."* (2B).

Syöpää sairastava mieshenkilö mietti elämänsä ja oli tyytyväinen pitkään ikäänsä. *"Mut onhan elämää eletty, ku mä olen kohta 80."* (4B).

Molanderin (1999) tutkimuksen mukaan hänen haastattelemansa vanhukset kaipaisivat huomaamatonta kuolemaa. Syöpä näytti menettävän kielteistä lataustaan kuoleman jo lähestyessä. Se koettiin turhana lisärasituksena. Keskeistä oli kivun sekä raskaiden tutkimus- ja hoitotoimenpiteiden välttäminen.

Vanhenemiseen sopeutumista kuvaavat selitysmallit ovat olleet keskeisellä sijalla vanhenemistutkimuksessa (Hervonen ja Pohjolainen 1991). Ikääntyneitä on käsitelty yhtenä suurena ryhmänä eikä elämän viimeiseen vaiheeseen ole erikseen kiinnitetty huomiota. 1950-luvulla kuolema oli vielä tabu. Sosiaali-

sesta osallistumisesta ja rooleista luopumista voidaan kuitenkin pitää eräänlaisena valmistautumisena kuolemaan (Hazan 1994).

Keski-ikä haasteena on pidetty oman vanhenemisen psyykkistä käsittelyä. Nuoruus on ohi ja olisi kyettävä luopumaan nuoruuden arvojen liiallisesta korostamisesta (Anttinen 1993). Aikaperspektiivi muuttuu, kun kalenteri-ikä ylittää odotettavissa olevan vuosien määrän. Kuolema ei ole pelkästään muita koskeva ilmiö, vaan alkaa ainakin välähdyksittäin pyrkiä mieleen henkilökohtaisena asiana. Oman kuoleman miettimiseen liittyvät tunteet työnnetään helposti syrjään, mistä sana keski-ikä on esimerkki. Tämän ikävaiheen katsotaan nykyään venyneen jopa 60 ikävuoteen (Koskinen ym. 1998), jolloin ihminen on elänyt huomattavasti enemmän kuin puolet elämästään (Myyrä 1989, deVries ym. 1993). Tämän elämänvaiheen ratkaisutapoja pidetään kuitenkin merkityksellisinä kuolemaan suhtautumisen kannalta myöhemmin vanhuudessa (Ruth 1985, Achter ym. 1987).

Erilaisia vanhenemisen tapoja on kuvattu eri näkökulmista. Hägglund (1993) on esimerkiksi esittänyt neljä vanhustyyppeä, jotka kattavat kuolemaan suhtautumisen. Luova vanhus kykenee rakentamaan itseään tyydyttävän sisäisen "vanhuskuvan" aikaisempien elämäkokemustensa perusteella. Tällainen menneisyyden aineksista koottu kuva "minästä" vanhana heijastaa Hägglundin mukaan myös tunnetta elämän jatkumisesta kuoleman jälkeen (Hägglund 1993). Viitteellisessä vanhenemisessä vanhuus jää sitä vastoin hyväksymättä. Minän "vanhuskuvan" tilalla ovat kuvitelmat nuoruuden viehätysvoimasta ja keski-ikä vaikutusvallasta. Viitteellisesti vanheneva pyrkii unohtamaan ikääntymisensä sijoittaen lopulta viihteen odotuksia kuolemanjälkeisiin mielikuviin. Tällainen vanhus odottaa taivaassa saavansa ikuista viihdytystä, mikä "tekevä ja luovan ihmisen kannalta tuntuisi enemmän helvetintulelta" (Hägglund 1993). Moraalisen eetoksen määräämä vanheneminen on itsensä ja elämänsä tarkastelua oikein-väärin-näkökulmasta. "Pelin hengessä" vanhenemista leimaa kilpailu ja uhan voittamisen tavoittelu. Nämä vanhukset pitävät vanhuutta nuoruuden ja kuolemaa elämän vastakohtana. Vanheneminen ja kuolema koetaan tappioina ja niitä vastaan on käytävä viivytystaistelua (Karisto 1997).

Vanhenemisen kehitysnäkökulmaa on arvosteltu sen yleistävän luonteen takia. Eriksonin (1963) kehitysteoria ei esimerkiksi huomioi kulttuurisia, tilannekohtaisia eikä elämänhistoriallisia tekijöitä. Siihen liittyy myös normatiivinen sävy. Epätoivo viittaa kyvyttömyyteen hyväksyä oma elämänsä, integraatio taas kuolemanpelottomuuteen ja tavoiteltavaan "normaaliin vanhenemiseen". Ajatusmalli palvelee vanhuuden ja kuoleman mielikuvayhteyttä. Oman kuoleman kohtaaminen on jokaiselle uusi, ainutlaatuinen ja aikaisemmasta elämästä täysin poikkeava kokemus. Kenelläkään ei voi olla valmiita malleja, joiden mukaan toimia.

Lyhythoitaisiin kirurgisiin toimenpiteisiin kutsutaan yleensä, ja varsinkin iäkkäistä, hyväkuntoisia henkilöitä. Haastatteluissa yllätyksekseni monet kertoivat kuolemasta ja kuolemanpelostaan. Monilla kuolemanpelko liittyi kivunpelkoon ja toivottiin kivutonta loppua. Lääketieteen kuratiivisessa eetoksessa kuolemaan suhtaudutaan yleensä kielteisesti ja kuolemasta puhuvaa potilasta pidetään helposti masentuneena.

Tämä tutkimus hälvensi ennakkoluuloja siitä, ettei kuolemasta voi keskustella ikääntyneiden kanssa.

Friedin mukaan kuolemasta voi puhua vasta, kun on elänyt riittävän kauan. Silloinkin puhe on hapuilevaa, mutta ei enää pelkkä teoreettinen ajatus kuten aiemmin (Nyman 1997). Kuolemasta puhumiseen liittyy puhumisen paradoksi. Kuolema älyllistetään ja sen tunnepohjaisesta kohtaamisesta otetaan etäisyyttä esimerkiksi erilaisten kiertoilmaisujen avulla. Hyvä kuolema -projektissa ilmeni, että kuolevia hoitavien on selvittettävä omat kuolemaa koskevat tunteensa ja käsityksensä (Simonen 1994), jotta he pystyisivät keskustelemaan kuolemasta kuolevan kanssa. Tämä näkökulma on syytä ottaa huomioon iäkkäitä henkilöitä hoitavien koulutuksessa ja henkilökuntaa valittaessa myös lyhythoitoiseen kirurgiseen toimintaan. Iäkkäillä, pitkän elämän eläneillä henkilöillä on aina kuolema läsnä. Hyvä kuuntelija pystyy pitämään omat tunteensa erillään hoidettavien tunteista ja aistimaan tuen ja lohdun tarpeet myös lyhyissä hoitokontakteissa.

10.4 Palvelujen järjestämisen kategoria

Haastateltavat toivoivat henkilökunnalle lisää aikaa, yksilöllistä kotiutusta oikeaan aikaan, aikataulut pitäviksi, tarkkuutta papereiden kanssa, aikaa riisumiseen ja pukemiseen, avun pyytämisen helpottamista, vuorovaikutusta, kohteliasta käytöstä, ei sinuttelua, hyvää ruokaa.

Rouva (Koe 1A) ihmetteli, *"Ja sitte ehkä niil on, niillä sairaanhoitajilla, niil on kiire, niil on paljo työtä... että siinä ei jää sitä selitysaikaa, niin kuin itse varmasti haluaisivat. Ei kaikki uskalla(kysyä) ja näkee kuinka heil on kiire, että ei uskalleta ehkä, siinä on se arkuuskin tietysti... mutta ei kyllä varmasti sairaalassa nykyisin selosteta, et se on niin, et annetaan paperit käteen... et liian vähän selitetään."* (Koe 1A).

Nykyinen sinuttelu oli myös ikävää. *"Mutta tiiättekö, se minul on ollu hankalaa se siis se, ku meidät opetettiin, et niataan lääkäreille ja hameet oli tänne nilkkoihin, ku se oli sitä aikaa ja teititeltiin siis jopa kolmannen vuoden oppilaat vaati, et heitä teititellään, niin minua loukkasi se, et kun tuolla olen ollu sairaalassa, niin se sinuttelu, että minä en oo tottunu siihen et mitäs nyt haluat, et minulleko te puhutte, et minä en osaa sinutella... on ollu minulle niin hankalaa se, kun on opetettu, että täytyy teititellä... ennen ku on tehny sinunkaupat..."* (Koe 1A). Hän mietti neuvonnassa myös omaakin ikäänsä ja totesi *"Vaan ... ni enempi pitäis katsoa potilaan ikä ja sen mukaan selittää. Niin on, niillä on omat kiireet ja sitte tosiaan niin väki vähenee ja potilaat huononee."* (Koe 1A).

Edelleen havaittavaa kiirettä valitti haastateltava rouva (Koe 2A). *"Niil on niin kiire, joka paikas on sairaalois niin kiire, lääkäreillä."* Kiire jatkui myös kotisairaanhoidossa, sillä *"Joo, kotisairaanhoitajat on hirveen kiireisiä, ei ne kerkiä tommosta hoitaa"* Kyseessä oli haastateltavan halu saada etukäteen tietoa *"Mitä tapahtuu, ois kiva semmosest jutella vähän."* (Koe 2A).

Aikataulun pitämisestä kertoi mieshaastateltava. Hän kuitenkin tuntui ymmärtävän asian, sillä *"Ja sit tulee aina jotaa soitto ja sellasii, jotka sit aina viivoyttää sitä aikataulua."* (1A) Kysymykseen, kertovatko hoitajat, mitä ovat tekemässä, haastateltava vastasi *"Ei, ei ne siin vaa laittaa ne putket ja letkut ja mitä siin kaikkee on, ei ne tuu ku tietää jo et mitä tehää."* (1A).

Hoidon saaminen ajallaan olis miellyttänyt rouvaa, jota odottelu hermostutti. *"Et siin mieles, ku pääsis saman tien, mut eihän minee lääkärii pääs."* (1A).

Mieshenkilöä ei odottelu taas häirinnyt *"No ei sil järin pitkii odotusaikoi ei ole ollu, kyl se nyt jonkun verran, tunninkii ja silviistee voi joutua varttumaan, mut ei sen suurempii mitää."* (3A).

Henkilökunta oli auttavaista *"Sen puoleen on hyvin menny, siel on hoitajat aina kohteliait muutenkii, sitä auttavat ain riisuu ja taas auttavat päälle, kun mie en saa kunnol sukkii jalkaa housui, ni nehän jelppaa siel oikee nätist."* (3A).

Päiväkirurgiaa piti hyvänä henkilö, joka aikaisemmin oli joutunut olemaan sairaalassa *"Ennen piti olla pari päivää aikaisemmin siellä ja sitten oli toimitus ja sitten oli pari päivää sitten siellä vielä. Nyt saa yhdellä päivällä, kun on sellanen niin sanottu päiväkirurginen toimenpide."* (4A).

"Ne on niin hyviä, kun pääsee vähemmällä" (4A).

Haastateltavat olivat valistuneita. Omasta kokemuksesta oltiin valmiita kertomaan edelleenkin. *"Että kun mies täyttää 60, ni olis syytä mennä urologin puheille, vaikka ei olis minkäänlaista vikaa ja tätä ei ilmeisesti tiedetä."* (4A).

Aikaisemman kaikkien potilaiden saapumisen samaan aikaan toimenpiteen muuttaminen peräkkäiseksi oli hyvä, sillä *"Ni nyt se on parempi niin, että toiset tulevat aikaisemmin ja toiset myöhemmin."* (4A).

Vuorovaikutuksen jääminen vähäiseksi aiheutti toiveita. *"Eihän potilaille ole aikaa tään päivän sairaalassa... se on menny vähä niin ku jossain tehdastyössä koko tää sairaanhoito."* (19B). *"Niin, jossakin paikoissa, en nyt tarkoita välttämättä täällä, ni joillakin on kova kiire, et joku sellanen mukava sana olis paikallaan,"*(4A). *"Heillä on liikaa töitä tällä kertaa. Kyl ne hoitaa tehtävänsä, mut tuntuu kyl, et niil on liian paljon hommia... tuntuu ihan, että ne tahtos kyl hyvin hoitaa ja laittaa, mut kun ei aika riitä..."* (6A). *"Ne vois kyl vähä paremmin minust selittää ja sanoo jotakii, mut niil on varmaan aika hoppu..."* (14A). Henkilökunnan kiire huolestutti myös haastateltavaa. *"Se on niin ku, se huolenpito paremmin pitäis olla, eikä noin ylimalkanen, et pitäis syventyy siihen taikka sen ja kuunnella sitä ja jollaa taval eikä vaan kellon ja muun mukaa sit elää ja olla."* (17A).

Sairaalassa ei haluttu olla yhtään liian kauan. Lisäksi sairaalassa olo tuntui pitkästyttävältä. *"Kotia halusin ku olin sellases kunnos ja kun ei siel ole mitään toimintaa lauantaina ja sunnuntaina... ei ollu yhtään ruotsinkielisiä lehtiäkään..."* (6A). Kyseessä on äidinkieleltään ruotsinkielinen haastateltava.

Hoitoajan pituutta myös harkittiin. *"Ku se on sairauden mukaa, että jos on joku semmonen sairaus, et se vaatii heti sen hoidon... ja jos se on vaikea, ni ei lyhytaikainen tuota sairaalassaolo se ei taas ole sillee eduks, se riippuu aina sairauden mukaa."* (17A).

Muutamit haastateltavat olisivat halunneet jäädä kaihileikkauksen jälkeen yöksi sairaalaan, koska seuraavana aamuna oli tarkastus. *"Et ainakii semmonen*

ihminen, jol ei oo ketään koton, ni ne vois ainakii yhden yön pitää siellä, koska se on seuraavana aamuna se tarkastus... että varmaan monelle on vaikeuksia taas lähtee sitte... ja se on varmaan aika turvaton sitte ... et nää jonot ei sais olla näin pitkii." (7A).

Yhdellä haastateltavalla oli tullut silmäkipuja kaihileikkauksen jälkeen. Hän pysyi kuitenkin kotona, koska seuraavana aamuna oli tarkastus. "Sitä kun se on sitä päiväkirurgiaa ja liukuhihnaa, ni se on semmosta sitte. Nykyisel tekniikal on mahoton juokseminen... koko homma pitäs alusta muuttaa ihan, koska on noit tehokkait tietokoneita... kaikista oli eri laput ja lanketit ja kaks viel vai kolme sivouu jotaa niitattu kiinni niihin, että meiän tyttö sanoi, et sitä myöten kun ootte käyny siel, ni heitä ne paperit pois, työ sotkeennutte niihin vain." (8A).

Haastateltava epäili leikkaukseen pääsyssä olevan ikäsyrrjintää. "Ei ne taho enää vanhoi huolii minnee jonoihin. Ikäsä tehny töitä ja maksanu verot ja nyt ku sielt jotaa tarvis hoitoo, ei sinne pääse, vaik ois polvi lukos." (8A).

Teollisuuden palveluksessa ollut haastateltava ihmetteli sairaalan byrokratiaa. "Jos työ olisitte teollisuuden palveluksessa ni te olisitte entinen osastopäällikkö, että eihän tällases touhus oo mitää järkee, et toshan myö tultas hissillä kukin pienemälläkin varoitusajalla." (9A). Kyseessä oli samaan aikaan annetut ajat monelle potilaalle.

Lyhytjälkihoitoista kirurgiaa piti kahdessa sairaalassa toimenpiteissä ollut mieshenkilö hyvänä. "Joo, se on pitkästyttävää maata, jos mitään ei tapahdu, jos ei mitään tarvi, kyl tää siinä mieles on hyvä." (10A).

Aikaisia herätyksiä ei välttämättä enää eläkkeellä haluta. "Kun nyt on tottun nukkumaan, ni ei viittis millää kuuen aikaa nousta ylös ja lähtä sairaalaa seittemäks..." (13A).

Oma osuus toipumisessa oli myös nähtävissä. "Mut itenkii pitäs voimistella sillee." Lääkärin auktoriteettia kunnioitettiin. "Jos tota lääkäri katsoo niin, että voi mennä toipilaaks kotia, ni tietysti hänen mielipidettään ja määräyksiä täytyy tietysti noudattaa..." (18A).

Toiveita henkilökunnan selkeästä puheesta edusti myös rouvan kommentti. "Ku mie täs osaan kysyy paljo, yhen kerran mul oli lappu, jonka se otti mult, mut mie en osaa kysyy oikeen mitää ja sit aika hiljaa vastaa viel kaiken hyvöks.. en mie aina saa selvää." (1B).

Vanhojen ihmisten kunnioitusta kaivattiin edelleenkin. "Ei äidin koton sinutellakaan, ei lapset eikä sitä sinutellu kukaan. Sil oli arvovaltaa koko ajan ja sen sanaa usko tai jos vähätuntu että se höpöttää, ni kukaan ei ainakaan viittiny nauraa eikä sanoo mitää, piti omana tietonaa. Se (äiti) säilytti arvokkuutensa koko ajan." (19B).

Kunnallisten sairaaloiden henkilökunnan vähyys oli ihmettelyn aihe. "Kunnallisissa sairaaloissa on henkilökuntaa niin paljo vähä, et ne ei ennätä kertakaikkiaan." (20B).

Kaikista sairaalakokemuksista teki yhteenvedon palvelukodissa oleva rouva. "Koton on kuitenkin paljo kivempi olla ku sairaalassa." (2B).

10.4.1 Avun tarve ja saanti

Haastatelluista yhdeksän henkilöä asui yksin, tosin kaksi palvelutaloissa, joissa oli seuraa ja apua tarvittaessa saatavissa. Kaikista Suomen 80-vuotiaista noin puolet asuu yksin, miehistä neljäsosa ja naisista vajaa kaksi kolmannesta (Lindberg 1998). Useimmat vanhat ihmiset tahtovat apua osittain oman perheen jäseniltä. He haluavat ylläpitää itsenäisyyttään ja autonomiaansa niin kauan kuin mahdollista. He eivät halua olla taakaksi (WHO 1999).

Avun tarvetta oli haastateltavilla päivittäisissä tehtävissä ja varsinkin lääkkeiden annostelussa. *"Otin, siis tilasin taksin sieltä ja tää hoitaja, minul oli suuri kassi mukana, kun viikoks lähdin, ni sitte tää hoitaja saattoi minut alas ja tää kuljettaja kantoi kassin sisään ja sitten kotiin. Tääl on sellainen kotisairaanhoitaja, joka on käynyt täällä, ja me sovimme hänen kanssaan, että hän tulee hakemaan minut silloin kotiin, mutta hänelle tuli potilaan kans joku este, ni hän järjesti, tääl oli semmonen toimisto tuolla mäellä, joka hoitaa siivouksen. Ni hän haki minut sitten kotiin, että se kävi oikein hyvin. Ja sitten tämä tiputus on käynyt erittäin hyvin, et nämä naapurit täällä ovat auttaneet minua, aamutipat lähinaapuri ja sitte tääl on kaks, kättilö-sairaanhoitaja, toinen on kättilö, toinen sairaanhoitaja, ni he ovat käyneet. Ja nyt kun toinen niistä sairastui, ni nyt on sitte kotisairaanhoito hoitanut tämän viikon kello 12 ja 16, et ihan hyvin."* Kyseessä oli yksin rivitalossa asuva kaihileikattu leskirouva (Koe 1A). Palvelutalossa yksin asuvalla oli kokemuksia myös silmätippojen laitosta *"Mie tulin kotiin tänne ja sitte kotisairaanhoitaja tänne tuli antaa lääkkeitä mulle."* (Koe 2A).

Myös ulkona liikkumisessa tarvitaan apua. Kerrostalossa hissi jää porrastasanteelle ja ennen ulos pääsyä jää muutamia portaita kuljettavaksi. Yksin kerrostalossa asuvalla naishenkilöllä on hankaluuksia liikkumisen kanssa. *"Kun tää selkä ei meinannu asettuu, mut siel on se joku alanikama sellaien, oon käyny ennen lääkäris ja siitä mie jäin eläkkeelle, mut ny ku se antaa välillä perää ja kasvaa, ni se kiusaa ja sit nää jalat. En ymmärrä mikä, niin ku tää vasen just, on kipee. Mut sit kun aina pääsee tähän sisälle, ni sit on niin ku voiton puolel. Enhän minä pääse kuin kauppaan kerran viikos, sit on mukana toi toisen talon semmon rouva. Se on hyvä ihminen, se lähtee aina."* (1A).

Omaisista veli oli kuollut kohta sisaren leikkauksen jälkeen. Veljen vaimo asui lähellä, mutta veljen pojat toisessa kaupungissa.

Sairaalassa liikkumisestaan haastateltava kertoi henkilökunnalta saamaansa avusta: *"Aina kun myö männää, ni se rullatuolil viep minuu aina ja ku en mie siel jaksaa käytäväl kävel niin sit myö mennää sinne varttumaa vaan."* Edellisellä kerralla sairaalassa ollessaan saattajana ollut velivainaan vaimo oli pyörtynyt. *"Nii mie hätäilin, et mikä kumma täs nyt tulee ja sit mie roikuin niis tuolin takaan, ni kylhän mie sit pärjäsin ja... ne nauro siel ne hoitajat ja lääkärit, ku hän sano, et hän tuo potilasta ja nyt potilas istuu ja varttuu hänt tuolla... Mut eri huonoi ihmiset on auttamaa, täytyy sanoo, et ku mie en meinannu päästä tuolist, mie näin et hän rupes kaatuma... ni sit mie kumminkii sain kiinni, ettei se kaatun lattiall. Ni enhän mie meinaa jaksaa ja mie huuun et tulkaa auttaa... Ei se leikkaa, vaik ois kuinka hätä, kattelevat vaan, että siinä."* (1A).

Kerrostalossa yksin asuva miesleski kertoi saavansa apua tyttäreltään: *"Mut ku se tytär on niin temperamenttinen ja pitää isäst vähä niin ku huolta. On se hyvä, en minä yksin pystys menemäänkää sinne sairaalaan nii, minul ku on tää vasen jalka täst varpaast ihan tähän vyötäröön asti halvaantunu, tai onks se verenkierto tai joku, se on semmonen turra"*. Sama mies kertoi aterioinnistaan: *"Mie käyn täs syömäs, tos on baari, siel on hyvä ruoka ni mie käyn ain kerran päiväs siel syömä."* (3A).

Siivousavun muututtua vaimon kuoleman jälkeen maksulliseksi siivouspalvelujen käyttö harveni: *"Kun vaimo kuoli, niin ne otti sen siivoojan minult pois, juu, et nyt mun täytyy sit ite maksaa se siivooja ku käy. Se käy harvempaa, menee kuu-kauskaa joskus ja silviistee, kun ei tääl ketään käy, ni ei tääl paljo tule kuraakaan, mitä nyt kun lapset käyväät. Juu, tämmöst tää on nyt sit."* Olkapäissäkin oli vikaa *"Mul oli nää olkapäät, kipeethän ne on nytkin, mut ei oikeen saa käsii nostaa ylös. Tukkaakin jos kampais, ni täytyy olla molemmat kädet siinä."* (3A).

Toinen kerrostalossa asuva leskimies kertoi oppineensa itse vaimonsa sairauden aikana taloustöitä: *"Niin mä opettelin silloin vaimon kanssa, hän silloin alussa aina auttoi, että hoivas mua ja kun mä leivoin ni mites tää tehdään ja sitte ruokaa laitettiin että silloin, kun hän oli vielä hengissä ni joka päivä eri ruoka."* Vaimon sairauden vaikeutuessa haastateltava joutui hoitamaan häntä jatkuvastai: *"Eikä hänt voinu yhtää jättää yksin..."* (5A).

Oma avun tarve oli toissijainen haastatellulle miehelle, joka oli seurannut vaimonsa sairastumista ja joutunut sijoittamaan tämän pitkäaikaishoitolaitokseen. Hän kävi edelleen kerran tai kaksi kertaa päivässä tapaamassa vaimoiaan sairaalassa. *"Vaimohan ei oo oikeestaan sairastellu mitään muuta, hänel on Parkinsonin tauti ja se todettiin 1991. Mut sitä ennen oli pitkään vapinaa tos vasemmassa kädessä."* Huoli vaimon kohtalosta oli taudin etenemisen kohdalla. *"Että saattaa tulla dementia tai ja hänelle on sikäli tullu, et muisti on alkanu heittää kansa ja vaikka mie olen käynny sellaviis puolen päivän aikaan ja sit viel neljän jälkee ni hän saattaa sa-noo mulle, et mistäs sie tiesit et mie tääl olen. Et ei enää muista."* (5A).

Vaimonsa kanssa rivitalossa asunut kaihileikattu mies tarvitsi apua päivittäisissä toiminnoissaan Hän liikkui kotona pyörätuolilla: *"Nyt sitte tämä jalkaremontti, se vaati sairaalassaoloa neljä kuukautta. Tää on nyt viimeinen kulkuväline, millä pääsee kulkemaan."* Suunnitelmat liikkumisen suhteen kuitenkin muuttuivat: *"Sit se roteesimestari ku tuli, ni kyl tähän saa roteesin..."* Vaimo tiputti kaihi-leikkauksen jälkeen silmätipat ja piti huolta siitä, että puolisoa opetettiin aktiiviseksi *"Mie sanoin sille terapeutille, että ensimmäiseks pitää opettaa siirtymää tuolii ja pois siint."* (7A).

Vaimot olivat auttajina joissakin perheissä hyvin aktiivisia *"Mie oon nyt huolehtin niitä tippoja sinne, et sehän tekee just..."* Vaimon mielestä *"kun on kaks, ni sit vähä niin ku luottaa toiseen... ei se ois tienny näistäkää, et kumpii tippoi laitetaa ja kumpii laitetaa ensin..."* Isä kyllä varovasti kertoi: *"Tyttäreni olisi kyllä laittanut."* (5A).

Aktiivinen, itsensä ja maatilansa hoitava mieshenkilö asui vaimonsa kanssa, mutta ei paljon apua tarvinnut. Kaihi-leikkauksen ja lähes samaan aikaan sattuneen tyräleikkauksen hoidosta hän kertoi: *"Kyl mie ite oon koittanu tiputella, menee niitä joskus hukkaan, tippa pari on menny, mut kyl se onnistuu."* (10A).

Monet haastatelluista eivät tarvinneet ollenkaan apua. Jotkut tulivat jopa sairaalasta omalla autollaan kotiin. Jotkut *"vaimo heittää aamulla auton kaa sinne.."* (13A). *"No, ei nyt ainakaan täs vaiheessa viel mitää oo tarvinnu, mie oon pärjänny ihan hyvin yksin"* kertoi yksin asuva naishenkilö (3A).

Palvelutalossa asuvaa leskirouvaa kävi poika palveluhenkilökunnan lisäksi auttamassa. *"Hän hakee rahaa, ku mul on se kortti, en enää, minun jää helpost kortti sinne, en mie enää hallitse niin paljo ja aivot ei toimi, et ne hoitaa kyllä poika nyt ne raha-asiat."* (15A).

Puolisot auttavat toinen toisiaan. Omakotitalossa asuva mieshenkilö kertoi. *"Kyl mie pärjään, en mie oikeen luota, hyvinhän hää hoitas varmaan, mut paras hoitaa nyt viel ku pystyy ni itte ittesä."* Vaimo jatkoi: *"Kyllähän mie oon luvannu niin kauan hoitaa ku mie kykenen, mut nostelemaan mie en kykene, ku miul on tuo selkärangan rappeuma..."* Monilla vanhuksilla on molemmilla useita tauteja ja vaivoja, mitä vaikeuttavat jokapäiväistä toimintaa.

"Kun vaimo jäi yksin ja hän on sidottu tohon pyörätuoliin," oli huolena haastatellun mieshenkilön sairaalaan jäämisessä. Tätä perhettä nuorin lapsista kävi auttamassa ja *"kotipalveluhan auttaa sitte."* (20A).

Yksin omakotitalossa asuvaa leskimiestä kävi kotisairaanhoido auttamassa päivittäin sokeritautiin pistokset. *"Kotisairaanhoidaja käy pistämässä, ei ne enää uskalla laittaa itte pistämää."* Hänen mielestään on *"ihan hyvä, ku vaa pystyy ite hollaamaan itteään kunnossa."* Tämän miehen oli jätettävä leipomisharrastuksensa, koska hän sai astman. *"Ja sokerikin rupesi vaivaamaan."* (2A).

Avun pyytäminen ei aina ollut helppoa. Yksin kerrostalossa asuva naishenkilö oli yrittänyt pärjätä ilman apua. *"On mul veli ja sen perhe, mut ne on aika kiinni niis omissaa, kylhän mie saan mun veljen niit kälyi, et jos mie nyt oon niin, ni kylhän ne käy mulle asiat kaupas, mut en mie pyytäny niit, ku sil toisel kälyl on kans leikattu rinta, hirveen pirtee ihminen, et se kyl jaksaa tehdä mitä vaa, mut en mie oo viittin pyytää, ku mie olen tässä jotenkii viel pärjänny, et koitan itte junaila näi."* (14A).

Veljien perheitten elämää ei haluttu häiritä. Sama henkilö jatkaa: *"Kyl sit moniki ihminen tykkää, niin ku mun velikii, et onks sit nyt yhel ihmisel niin paljo sit työtä, et niin ku yhel ei ois mitää. Samoi töitähän ne on, ehkä vähän pienimuotoisempii, ja sithän mie sanonkii, et mut teithän on kaks tekijääki ja kovii lenkkeilee, et joka päivä pitää käydä. Et kylhän ne tekee, jos minä pyydän, mut ei ne kyl kysy, et oiskos sul mitää, ei ne semmost kysy koskaan. Ei ne aattele, kun se on se oma elämä niin hyvää."* (14A).

Aviopuolisosta on tukea ja turvaa: *"Kylhää tässä nyt jotenkii pärjätää, johan myö tän kaa ollaan pärjättykin. Johan myö ollan oltu 52 vuotta naimisis ni on sit totun. Aina ku hää on pois, ni mie pelkään yksin illalla, ku joku kolahtaa",* kertoo vaimo ja tähän haastateltu mies *"turva on kelkas vaikka huonompikii."* (15A).

Varsinaisen suorittavan avun lisäksi turvallisuus ja henkinen apu ja kumppanuus ovat pitkään parisuhteessa eläneiden haastatteluissa esillä.

10.4.2 Taloudellisuus

Ekonominen näkökulma sisältää sen, että lyhythoitoisen kirurgian operaation kustannusten tulee olla potilaalle taloudellisesti hallittavia (Leino-Kilpi ym. 1994). Potilasmaksuista on Suomessa maksuasetus (N:o 9.10.1992/912), jonka mukaan niitä peritään julkisissa laitoksissa.

Haastatelluista potilaista yhden toimenpide oli tehty erikoismaksuluokan potilaana julkisen sairaanhoidon laitoksessa, muut kaikki yleisessä maksuluokassa. Näillä haastatelluilla ei ollut maksuvaikeuksia. Townsendarin (1979) mukaan suurin köyhyysriski on yli 75-vuotiailla.

Yksityispotilaana, erikoismaksuluokassa kaihileikkauksessa ollut rouva kertoi odottaneensa normaalissa jonossa hoitoon pääsyä jo yli vuoden. Tämän jälkeen hän oli kyselly *"onks mitään mahdollisuutta, et pääsisin vähän aikaisemmin?"* Hän siirtyi erikoismaksuluokan jonoon ja joutui olemaan sielläkin lähes vuoden. *"Mut mielelläni maksoin sen, koska se on tehty ja se on mennyt hyvin."* Hänen eläkkeensä oli vielä riittänyt hoitopalveluihin. *"Siis kaikki maksan itse... sillä tavalla hoidan siis, et sitä en tiedä, että mitenkä kauan tämä pärjää siis tällä eläkkeellä, et mitä enempi tietysti tarvoitsen näitä apuja."* (Koe 1A). Sairaalaan pyydetään ottamaan satanen rahaa mukaan. Haastateltavalle oli näytetty kaappi, minne voi jättää vaatteensa ja lukittava laatikko, minne voi *"panna rahakukkaronsa ja sitte hakaneulassa minulla roikku sitte tässä se, et se on ihan turvallisista."* (Koe 1A).

Monet haastateltavista olivat olleet teollisuuden palveluksessa ja he kuuluivat sairaskassoihin. Sairaskassat maksoivat joskus suurenkin osan sairauskuluista.

Toinen kaihileikkauksessa ollut naishenkilö oli sairastellut paljon. Vaikka hän kuului sairaskassaan, paljot sairastamiset olivat kuluttaneet hänen osuutensa. *"Sairaskassa maksaa minulle jotakin, siis osan lääkkeitä, mutta ei näitä sairaalamaksuja, päivämaksuja ja sellasia. Aikaisemmin se maksoi nekin siis puol vuotta eläkeläisille maksetaan niin kun päivärahat ja kaikki, mut niitä se ei enää maksa. Mie olen niin paljo sairastanu, että."* (Koe 2A).

Tavallaan omia rahojaan kertoi saavansa takaisin rouva, joka joutui käyttämään paljon sairaalapalveluja *"No siint on hyvä, että mul on sairaskassa, mut olen mie maksanutkii - 42 alkaen siihen, et onhan sit tullu maksettuukii."* (1A). Sairaskassa maksoi myös nivustyräleikkauksessa olleen haastateltavan sairaalamaksuista 80 %, joten oma osuus oli hyvin pieni (A12). *"No ei se nyt minulle ol ainakaan kallist, ku mul on sairaskassa, se maksaa tuota nää sairaalamaksut viel toistaseks."* (16A). Vaimon mielstä sairaalamaksu maksettiin kokonaan sairaskassasta ja poliklinikkamaksuista 75 %. Asiasta käytiin pitkä keskustelu, jossa todettiin sairaskassojen olleen hyviä, vaikka sinne joutuikin maksamaan työssä ollessaan. Keskustelua käytiin myös eläkkeiden riittämisestä sairaalamaksuihin. *"Kuukauden eläke ei piisais kuukautta olemaan sairaalassa, et sit pitäis ruveta hakemaan kaverin kukkarosta."* (16A).

Monilla oli yleisen terveydenhoidon lisäksi myös yksityislääkäreitä, joilla he kävivät säännöllisesti.

Kun haastateltavalle totesin, että hänen lääkäriissäkäyntinsä tulevat mak samaan aika paljon vuoden mittaan, niin vastaus oli. *"Kyllä ja lääkkeetkii on hirveen kalliit ja sit mie saan ain kerran vuodes tos lääkärikeskukses, se lääkäri sit antaa mul aina lääkkeet ja kirjoittaa lääkkeet ja uusii reseptit ja se antaa aina sit vuoden lääkkeet kerralla ku."* (3A).

Rakkotähystyksessä olleen mieshenkilön mielipide maksusta oli: *"Sehän on halvempi, kun ei tarvi maksaa kuin se kertamaksu ja nyt ei tuu vuorokausimaksuu 135 markkaa ja sit vielä 150 markkaa ja tää maksaa kuitenkin vain 120 markkaa."* (4A).

Prostatabiopsiassa ollut haastateltava kertoi häneltä perityn ensin poliklinikkamaksun 120 markkaa. Lapussa luki kuitenkin 400 markkaa. Tätä markk määrää hän ei pitänyt suurena. *"Ei sikäli, et se apuhan on aina sitte."* (5A).

Haastateltavissa oli myös sotaveteraaneja, joiden maksuja kunnat kustansivat. Sairaalamaksujen nousu *"Eihän se haittaa, ku mie olen niitä viimeisiä veteraaneja ni veteraanit pääsee ilmaseks..."* (6A).

Sairaalamaksujen maksukatto ei ollut vielä kaikille tuttu, mutta sairaalassa ennen kaihileikkausta kauan viipynyt mieshaastateltava oli tästä perillä. Hän oli miettinyt lähtöä yksityislääkärille. *"Mutta ei ollu varaa lähtee yksityisvastaanotolle kun sit se ois ollu niin iso lasku."* Hänelle tämä leikkaus *"ei maksanu mitää, ku ol se kolme ja puol tuhatta täys. Niin nyt se oli ilmanen se leikkaus."* (7A).

Sairaalamaksujen määrä ei kaikille ollut kuitenkaan vielä selvä, vaikka leikkauksessa oli käyty.

"Mitähän se maksaa se päiväkirurgia, eiks se oo vähä kalliimpi ku tavallinen. No ei oo tullu laskuu enkä mie kysykää, et mitä se maksaa. No, se tulee pankkisiirtona." (8A).

Mieshaastateltava, jolla oli ollut nivustyräleikkaus ja kaihileikkaus aivan peräkkäin, kertoi kaihileikkauksen oleen hänelle ilmainen, koska *"joo, tää on kunnalla ostopalvelu, anto toisen kunnan leikkaa, kunta korvas."* Hän oli yön yli potilashotellissa, sillä se *"jäi sit halvemmaks."* (10A).

Nivustyräleikkaus maksoi taas *"viissataa, se oli pikkusen yli viissataa."* (10A). Kuitenkin häntä vielä askarrutti toisen silmän leikkaus, johon hän toivoi pääsevänsä. *"Molempii on se lähete molemmille silmille, mut kunta on vissiin tällä kertaa niin köyhä. Kallis se kyllä on, mut kyllä mie meinaan sen leikkuuttaa. Se on seitsemän tuhatta, puolen tunnin hommast."* (10B).

Haastateltava naishenkilö oli maksanut itse sairaalasta palatessaan taksimaksut. *"Ihan ittekseen tulin, et maksoin sen. En mie kehannu käyä sit ketää ruinaa.."* Sairaalamaksujen suuruudesta hän ei osannut sanoa, sillä *"ei se ol helppoo työtä."* (11A).

Moni laskeskeli myös sairaalamaksuihin sisältyvä toimintoja. Haastateltava kävi noin neljä kertaa vuodessa toimenpiteessä. Hänen mielestään: *"Se on satakolmekymppii se on päivää, vai satakolkytviis, sanotaa et siin on, johan siin tulee pyykkii, ku petivaatteet ja sairaalan vaatteet ja sanotaan siit jo housutkii menee kahet kolmet siin sen verran ni likaantuu ja sit tuota ruoka, ni sitä ei se kallist oo siinä mielessä."* (13B). *".. Siin mielessä siit on turha niin ku tämmösen potilaan, joka ei oo ku siel päivän kaks korkeintaa että tietyst jos siellä kuukaus tolkul joutuu makaamaa ni onhan se nyt asia erikseen, mutt ei näin."* (13B). Haastateltava kävi vielä kaksi kertaa

vuodessa omalla yksityislääkärillään. Terveyskeskuksen omalääkäriä hän ei ollut tavannut *"ainakaa kymmenee vuotee."* (13B).

Virtsarakkosityöpää sairastanut naishenkilö kertoi: *"Kyl minust se aika hyvä hinta kyl on, et ei se, mie tiedä, on siel hyvä ruokakii kyllä että semmosta maukast ja hyvää ruokaa... Kylhän se välillä tuntuu, että kaheksankii vuorokautta, ni on se jo toista tuhatta sitte menee."* (14A). Toisessa haastattelussa jatkoimme keskustelua maksuasioista. Haastateltavalla ei ollut tietoa maksukatosta. Hän oli kuitenkin säilyttänyt kuitit ja kertoi menevänsä niiden kanssa maksutoimistoon. Edellisellä kerralla hänen oltuaan sairaalassa neljä vuorokautta *"se on vissiin seitsemän sadan hujakoilla. Se on aika paljon, kun on pien eläke, et yksin maksaa, et jos ei ois ollu yhtään säästös rahaa ni mul ois ollu kaikkii ostaakaa, tai ehkä mie oisin nää tärkeimmät pystyny."* (14B). Hän jatkoi keskustelua ylimääräisillä rahamenoilla, mitä hänen taloyhtiönsä remontti oli tuottanut *"Pitää kohta olla miljonääri, et täs pystyy asumaan."*

Palvelutalossa asuva rouva oli huoleton maksujensa suhteen. *"En minä tykkää (kalleudesta), että ku minul riittää se eläke."* Kun kyselin, eikö ne maksut ole hänestä kalliita, hän totesi *"Ei minusta ole, mut onhan se tietyst, joka saa hyvin pienen eläkkeen ni on tiukoilla, jos ei riitä, mut ei mul oo mitää murhetta ja poika sano viel, et jos sult loppuu, ni hän lähettää sulle lisää."* (15A).

Nenäleikkauksessa ollut haastateltava oli tyytyväinen maksuihin. *"No kohtuullinen ja sit se on, tuntuu niin ku ne oli pieniä, joskus tuntuu, et vois maksaa enemmänkin, jos sais nopeammin sen hoidon."* (17A). Tämä henkilö oli menossa parin päivän kuluttua yksityiselle silmälääkärille kaihileikkaukseen, koska jos yleiselle puolelle jää varttumaan *"ni voi varttuu kaks vuottakii."* (17B). Selitykseksi sekä yksityisen että julkisen palvelun samanaikaiselle käytölle hän selitti *"Jos jotain palveluu meinaa saada, ni kyl se yksityislääkärin kautta on mentävää, jos heti meinaa saada, sit en tiedä sit, koska se on osoittautunu, et se varttumisvali on niin tolkuttoman pitkä, että jos on heikko ihminen, ni se kerkiää kuolla sillä välin, enne ku se pääsee sinne, noin ihan vaan noille...terveyskeskuksen kautta, niin."* (17B).

"No eihän se tuommosessa, mis on ruoka ja puhtaat vaatteet ja puhdas peti ja hoito, ni eihän se 135 markkaa, ni eihän se ole, jos yleensä rahaa käytetään, ni ei se ole enää. Onhan täälläkin, kun menee nyt... 120 markkaa on kerta, ku menee erikoislääkärille tuossa, että siihen verrattuna, ni eihän siin oo paljonkaa eroa ja tuota kuitenkin hoito on siinä ja kaikki ruoka ja kaikki. Eihän siinä halvalla pääs missään, sehän jos yleensä maksua ottaa ni eihän se satanen oo mikään nykymaailmassa, mut kel ei oo satast ni sit se tietyst on vaikeeta. Mut eikös tässä sosiaalipuol tue avuks, jos on varaton, joo. Ainakin jossain kaavakkeessa on, onks se nyt sosiaalihoitaja tai mikä se nimike on, ni kuitenkin, et jos haluaa siihen yhteyttä... jos hänen kanssaan juttelee, et mitenkä avustetaan...työttömyysavustuksella on melko mahoton maksaa mitää." (18A).

"Eihän ne minun mielest (sairaalamaksut) kohtuuttomia oo sikäli, et mähän olen suhteellisen vähällä päässy näist sairauksista, mutt sikäli, että jos nyt paljo joutus käyttää lääkäriä ja paljo tota noin, ni sitte ku ajattelee, mullakin on aika piei eläke, ni kyllä ne siinä rupeis muodostuu varmasti kohtuuttomaks, mut jos mä nyt maksan jonkuu 120 poliklinikkamaksuu ja muut lääkkeet, ni enhän mä sitä kohtuuttomana pidä, sehän on ihan kohtuullista kuitenkin. Mutta jos ihminen joutuu paljon käymään lääkä-

rissä ja syömään lääkkeitä... ei sille enää omaa rahaa jäis käyttää." (19A). Haastateltava piti omalta kohdaltaan maksuja kohtuullisina. Kuitenkin muiden kohtalo saattaa olla toisenlainen, vaikka *"Suomessa on paljon sellasia, jotka tulee aika vähällä toimeen."* (19A).

Paljon sairaalapalveluja käyttävä mieshaastateltava, jonka vaimo oli kotona pyörätuolissa, oli yleensä omalla autollaan toimenpiteissä. Toisaalta hän ei voinut jättää vaimoa pitkäksi aikaa yksin, yleisten kulkuneuvojen aikataulut eivät sopineet ja taksi oli kallis. Hän oli selvillä sairaalamaksujen korotuksesta *"No siitähän tuli vuosi sitten, ku korotettiin näitä taksoja, ja mun mielestä se ei ollu oikein."* Edellinen sairaalamaksu ei ollut vielä tullut, mutta arvelujen mukaan se oli *"... suurinpiirtein kolmesataa plus matkat."* (20A). Paikkakunnalla oli myös yksityinen lääkäriasema, jota haastateltava olisi mielellään käyttänyt. *"Mutta siihen on omat rajoituksensa, se maksaa liikaa. Raha ratkasee."* Kun kyselin, oliko hän todella sitä mieltä, niin hän kertoi olevansa eri mieltä, *"koska mul on käyny hyvä tuuri ja mä oon päässy aina het..."* (20B).

Haastateltavat pitivät lyhytkirurgian hoitomaksuja kohtuullisina silloin, kun sairaanhoitokontakteja ei ollut hyvin paljon. Tämän ikäiset henkilöt olivat tottuneet elämään säästeliäästi ja pitivät huolta raha-asioistaan. Nopeammista palveluista oltiin jopa halukkaita maksamaan enemmänkin.

Julkisen ja yksityisen sairaanhoitosektorin käyttö oli rinnakkaista. Kustannuksia alensivat huomattavasti sairaskassojen maksuosuudet ja joidenkin kuntien tarjoamat ilmaiset leikkauspalvelut.

Toiminnan tehokkuusvaatimukset ovat tuoneet terveydenhuoltoon näkemysten siitä, etteivät potilaskontaktit ja hoitoajat terveydenhuollon laitoksissa saisi muodostua pitkäkestoisiksi. Siksi lyhytjälkihoitoisessa kirurgiassa yhä enemmän suuntauduttu päiväkirurgiaan. Haastatelluista yksi joutui jäämään sairaalaan yöksi toimenpiteen jälkeen. Yksi kaihipotilaista ehti kotiin, mutta matkalla sattuneen pahoinvoinnin takia joutui palaamaan sairaalan, jossa viipyi seuraavaan päivään.

Toiminnan tehokkuusvaatimus tuli esille myös haastatteluissa. Iäkkäiden kaihileikkauspotilaiden oli vaikea käsittää sitä, miksi oli mentävä välillä kotiin ja joutui seuraavana aamuna tulemaan jälkitarkastukseen, kun olisi voinut samalla kerralla olla yötä ja lähteä vasta tarkastuksen jälkeen aamulla kotiin. Toisaalta asia ymmärrettiin, kun käytiin keskustelua kuormitetuista vuodeosastopaikoista. Toisaalta monet kertoivat, että kun on koko ikänsä veroja maksanut ja nyt tarvitsisi hoitoa, niin sitäkin on rajoitettu. Omatoimisuutta ja itsehoitoa kuitenkin esiintyi ja monelle oli kunnia-asia osata hoitonsa ja selviytyä kotona.

Näille haastatelluille ei raha ollut tärkeä. *"Mä en koskaan ole ollu kellekään kateellinen, hankkikoon mun puolest vaikka kuinka paljo... se on pääasia, et mää tuun toimeen vaa, eikä tartte kerjuulle lähte."* (19A).

10.5 Hoidon onnistumisen kategoria

Tein toisen haastattelun henkilöiden luokse selvittääkseni, oliko heillä muistunut mieleen joitakin ensimmäisessä haastattelussa unohtuneita asioita. Ker-tasimme toimenpiteeseen liittyviä asioita ja heidän kokemuksiinsa toimenpiteen tuloksista. Odotukset hoitotuloksista saattavat olla suurempia, kuin mihin hoi-dolla realistisesti pystytään.

10.5.1 Hoidon tuloksiin tyytyväiset

Toimenpiteen lopputulos oli haastateluille kaihipotilaalle suuri elämys. *”No mie olin sen leikkauksen jälkeen, koska se onnistu niin hyvin ja olihan se pienempi se leikka-us, koska maailma muuttu niin kauniiks. Kyl tää on niin valkia maailma nyt että, on niin ku linssi ois hyvin likanen. Värit muuttu selväks.”* (Koe 1A).

”En mie hirveen hyvin, mut kuitenkin tämmöst nään lukee” kertoo leikkauksen tyydyttävästä lopputuloksesta. Toimenpiteen nopeutta ja nykytekniikkaa ih-metteli kaihileikkauksessa ollut mies... *”Kyl on ihmeellistä, yheksäs minuutis kai-hen pois. Melkein kymppi täytyy antaa. Kyl mie suosittelen tätä”* (7A). Lääkäri kyseli leikkauksen jälkeen yhteisnäön palaamista. Haastateltava kertoi vaikeimmaksi asiaksi omassa elämässään olleen *”... ku just toi etäisyyden arvioinnis, ku ei yhel silmäl ei pysty, et kaatelin melkeen aina maion lasin ohi ja kaikki sellaset tapaukset, nyt kahel silmäl taas näkee sen etäisyyden. Se oli kaikkein pahin asia siin.”* (10A).

”Kyl se kipeytyy aina, mut ei sen pahemmin ... No kyl tää nyt alkaa niin ku luul-tavast korjaantuu” kertoo nivustyräleikkauksessa ollut haastateltava. Samalle henkilölle oli tehty myös kaihileikkaus, jonka hän kertoi olevan hyvän. (19B).

Hyvin miellyttävä kokemus toimenpiteestä oli myös rouvalla, joka oli odotellut lähes kaksi vuosikymmentä vaivansa kanssa uskaltamatta kertoa siitä edes puolisolleen. Viimein vaivan tullessa yhä pahemmaksi, hän hakeutui toi-menpiteeseen. Hän kertoi leikkauksestaan. *”Ja se kävi kaikki niin, niin, niin, että mie en osant kuvitella, nii nopeest. Joo, se ol ku unta kaikki, mie sanoin, et se men kaikki yhes humautukses, en mie tient yhtää. Jo mie oisin tult kaksnyt vuotta sit tän. Miten tää maailma on mänt näin paljo ettepäin?”* (10A).

Sama rouva kertoi toisessa haastattelussa *”Kamala, ku mie pelkäsin silloin sit tähystystäkii, ku mul ei oo koskaa ollu mittää tollasii ja jotkuu sano, et se on aika kamala mut kyl se meni hienosti, et minuu ei koskenu tippaakaan se, oli niin etevä lääkäri, et osas tehdä niin hyvin.”* (14B). Hänelle oli toimenpide tehty aikaisemminkin. *”Sairaalasa sain särkylääkettä... siel on kärsiny..nytkän sen tietää itekii.”*

Potilaiden tyytyväisyyttä hoitoon on tutkittu paljon (esim. Leino-Kilpi & Vuoreneho 1993). Tutkimusta löytyy myös lyhythoitoista kirurgiaa ja yleensä kirurgista hoitotyötä koskevissa tutkimuksissa potilaat ovat pääosin tyytyväisiä toteutuneeseen hoitoon. Esimerkiksi päiväkirurgisesti hoidetuista yksityissai-raalan potilaista 97 % oli valmis suosittelemaan vastaavaa käytäntöä (Meltomaa ym. 1996). Myös kriittisyyttä ilmenee. Joidenkin tutkimusten mukaan potilaista

jopa 50 % on kokenut joutuneensa lähtemään kotiin liian aikaisin. Tyytymättömiä saatettiin olla esimerkiksi tiedon saamiseen. Toisaalta on tutkimuksia, joiden tuloksista on ilmennyt päiväkirurgisten potilaiden olleen hyvin tyytyväisiä saamaansa hoitoon ja potilasohjaukseen (Pica-Furey 1993).

Liian pitkään toimenpidettä oli kokemansa jälkeen odotellut nenäleikkauksessa ollut haastateltava. *"Niin, kyl mie olen tyytyväinen nyt sitte, no tää olis pitäny tapahtuu vähä aikasemmin vain, et liian pitkää vedätin ennen kun tuota pääsin."* Toimenpiteen hän kertoi onnistuneen oman tuntumansa mukaan. *"Tunsinhan mie sen nyt siin leikkauspöydätkii et ku kolis raudat luuta vasten jo, et tyhjähän se on."* (17A).

Kirurgisen hoitotyön tutkimuksissa selviytyminen on ollut varsin suosittu aihe (esim. Andrew 1979, Sime 1976, Johnson, Rice ym. 1978, Hill 1982, King 1985, Redeker 1992a,b). Suosio johtunee siitä, että leikkaus tai yleensä jokin kirurginen toimenpide koetaan stressitilanteena. Esimerkkinä voidaan mainita Andrewin jo 1979 (Andrew 1979) tekemä tutkimus, jossa vertailtiin leikkauksesta toipuvien selviämistästrategioita ja sitä, vaikuttiko toteutettu preoperatiivinen neuvonta johonkin strategiaan muita selvemmin. Strategiat oli jaoteltu kolmeen ryhmään: 1) henkilöihin, jotka etsivät ja käyttävät tietoa selviytyäkseen tilanteesta tiedollisesti, 2) henkilöihin, jotka pakenivat tilanteesta, eivätkä käytä tiedollista strategiaansa, sekä 3) neutraaleihin, jotka käyttävät tiedollista strategiaansa, jossain tilanteissa, mutta pakenevat puolestaan joistain. Preoperatiivisella neuvonnalla voitiin vaikuttaa erityisesti pakenijoiden ryhmään. Johnsonin, Fullerin ym. (1978) tutkimuksessa puolestaan osoitettiin preoperatiivisella informaatiolla olevan positiivista merkitystä sappileikkauspotilaan paranemiselle, mutta yhtä selkeää tulosta ei saatu nivustyräpotilaiden osalta.

Kokemuksena sairaalal palvelusta on usein odottelu. Potilailla on usein ymmärrystä viivytyksiin.

"Mut ei sille maha mittää ku menin sinne, ni siel oli yks justii tulossa leikkaussalista, ni sil oli vähä niinku etuajo-oikeus sinne kuvaukseen ja sit ku mie menin sinne, ni se kone vähä hajos välil... mut ei se mittää, minulhan oli aikaa". Tähän ikävään episodiin sattui kuitenkin miellyttävä tapahtuma. *"... ja sattu viel niin hyvin, että miul oli resepti mukana, mikä piti uusia, senkin sain viel uusittuu."* (6A).

Miellyttävä kokemus oli myös jälkitarkastuksessa olleella mieshenkilöllä, jolle oli sairaalasta soitettu sovittua aikaisemmasta ajasta. Aikajärjestelyt sopivat, ja potilas oli tyytyväinen, sillä *"eihän mul menny ku mie laskin et puoltoist tuntii, ku mie olin lähtent kotont ja tulin takas."* (12B).

Yllätyksellinen sairaalakokemus oli ylimääräinen tarjoilu osastolla. *"Ja se ol minust ihan mukava se, et ku siellä ilmesty se, kun katottiin telkkaria, ni omeniakin siihen pöytään ja kyllä ne siinä meni ja ne laitto sitte aina uudet, et minust ihan viehättävä juttu se, et kyl ne oli tarkotettu, mut kyl minust tuntu, et ku mie otin yhen, et mie melkeen ku varastin, ei meillä koskaan ole ollu omenia..."* (15B).

Hankelan (1994) lonkan tekonivelleikkaukseen potilaisiin kohdistaman tutkimuksen mukaan leikkaustapahtuma merkitsi potilaille toisaalta epävarmuutta, toisaalta mahdollisuutta. Potilaiden hoitotyöhön kohdistamat odotukset ja kokemukset olivat yhteydessä turvallisuuden tai turvattomuuden tunteisiin,

jotka tunteet potilaat muuttivat erilaisina selviytymiskeinoina ilmeneväksi käyttäytymiseksi. Potilaiden aktiivisia selviytymiskeinoja olivat aikaisemmat positiiviset leikkauskokemukset, läheisten tuki, usko, toivo, huumori ja kiitollisuus. Passiivisia selviytymiskeinoja olivat alistuminen ja välinpitämättömyys. Toisaalta Gaberson (1995) tutkiessaan 46 potilaan kohdalla musiikin ja huumorin vaikutusta leikkausta edeltävään ahdistukseen havaitsi, ettei eroa ilmennyt koe- ja kontrolliryhmän kohdalla.

Perusterveydenhuollon asiakkaille suunnattu tutkimus osoitti, että asiakkaan oma arvio antaa hyviä vihjeitä oireiden tulkinnasta, milloin ja miten oireet ilmenevät ja mikä on niiden alkuperä. Terveyspäiväkirjan todettiin olevan konkreettinen väline, jolla asiakas voi seurata omaa terveyttään ja siihen liittyviä ongelmia (Aschan & Lauri 1993). Terveyspäiväkirja on käyttökelpoinen myös toipumisen seurannassa.

Lyhythoitaisia kirurgisia potilaita haastateltaessa on löydetty tekijöitä, jotka potilaat kokevat tärkeiksi. Nämä ovat ammatillisesti pätevä hoito, potilaan informointi, itse leikkaustoimenpide, leikkaustulos, toipumisprosessi ja potilaan henkilökohtainen loukkaamattomuus (Caldwell 1991).

Mitattaessa eri ikäisten potilaitten tyytyväisyyttä hoitoon huolenpidon, hoidon jatkuvuuden, pätevyyden ja ohjauksen osalta todettiin aikaisempaa sairaalakokemusta omaavilla potilailla olevan enemmän odotuksia hoidon suhteen kuin ensikertalaisilla. Kaikissa ikäryhmissä odotukset olivat samanlaiset huolenpidon, pätevyyden ja hoidon jatkuvuuden suhteen (Forbes & Brown 1995).

Kokemukselliseen puoleen potilaan selviytymisestä liittyvät erityisesti odotukset ja niiden toteutumista kuvaava tyytyväisyys. Tyytyväisyys sisältää potilaan omakohtaisen arvion siitä, miten hoito on juuri hänen kohdallaan toteutunut.

Ensimmäinen koehaastateltavani oli katsonut kaihileikkauksen jälkeen itseään peilistä ja kertoi minulle kokemuksistaan. *"Hyvänen aika kuule, että miten noin ryppynen mummo, jolla on kaiken maailman nätiä, näitä, jotakin ja sit katselin käsiä, et ei oo totta, et ihan, mut et sitte näky, et olen ollu tavattoman kiitollinen siitä, et nyt näen."* (Koe 1B). Hän piti kokemusta hyvänä ja otti asian uudelleen esille, koska lääkäri oli epäillyt näön tarkkuuden paranemista leikkauksellakaan. *"Tälle ei voi sitte mitään, niin hän sano, ja sit se, että miul on tää rappeuma molemmissa silmissä, niin se tietää sitä, kuten tiedätte, että vähitellen silmän näkö huononee, mutta kuulema ei tule kokonaan sokeaks... Ja sit tämä minut iloisesti yllätti tää, että näen."* (Koe 1B).

Toinen koehaastateltava rouva vastasi kysymykseeni, kuinka hän nyt näkee. *"En mie hirveen hyvin, mut kuitenkin tämmöset nään lukea."* (Koe 2B).

Yksin kerrostalossa asuva haastateltava joutui käymään säännöllisesti tarkastuksissa. Koepalan otosta oli nyt runsas kuukausi. Elämä sujui entistä malliaan *"No eihän täs välil oo sattuna mitää, et hyvinhä tää on männy."* (3B). Kuitenkin toimenpiteen ohella oli muuta vaivaa *"No ei täs suurempii, mut tää jalka, täähän on vähän vaivaa oikein."* (3B).

Toinenkin mieshenkilö joutui käymään toimenpiteissä säännöllisesti. Hän piti päiväkirurgian tuloa mielekkäänä: *"Mut se on kyl mukava se päiväkirurgia siin mieles, et menee sinne aamuks ja tulellalla pois, ei tarvi jääh yöks... Se on hyvä se. Ennen piti olla monta päivää siel tähystyksen takia. Ensin tultii sinne, oltii yö ja sitte seuraavana päivänä tähystettiin ja sitte taas. Muuten näin saadaan enemmän potilaita osastolla hoidettua."* (4B).

Eturauhasen koepaloja oli otettu tähystyksen yhteydessä myös mieheltä, joka oli saanut vastaukset haastattelujeni välillä. *"No nyt tota noin silthän otettii koepalat, tota noin et ei sielt selvinny mitää syöpää viittaavaa... Niin, et hyvis käsishän täs on oltu ainakii, et on avun saanu sielt."* (5B) Haastateltava mietti myös omaa osuuttaan *"Ehkä se johtuu siitä, että mul on aika hyvä kunto, ni se paraneminenkin käy niin äkkiä sitte."* (5B).

Munuaisten takia seurannassa ollut mieshenkilö oli erikoisen iloinen taapahtumasta. *"Ei mittää muuta kun että sain sen reseptin, ni se oli plussaa se, sain sen hoidettuu saman tien ku olin siellä. Se on verenpainelääke ja joka päiväähän on käytettävää, sitä vartenhan se on tärkeä, et jos sattuu jäämää vähän, niin ettei huomaa oikein heti, ni mut mie sain ne kyl... se on heille plussaa se."* (6B). Toipuminen toimenpiteestä oli mennyt hyvin. Oman terveyskeskusken lääkärin puute vaan teki hankaluutta asioiden hoitoon. Miellyttävä yllätys oli asioiden järjestäminen myös erikoissairaanhoidossa. Vastausten saaminen puhelimitse oli myös hyvä, sillä *"Ei tartte mennä, juu ei, kun on tämmöst asiaa, että on vaan uuet tulokset niin ku kuvaukset, ni kyl tää on ihan tarpeeks näin... kyllä miul on numero, mihin voi soittaa...kyl siel saa, kyl olen saanu sellasta palvelua mitä olen tähän asti tarvinnu, joo."* (6B).

Kaihileikkauksessa ollut mies kertoi toisella haastattelukerralla leikkaus-tuloksistaan tarkastuksen perusteella. *"Se sano, et leikkaus on onnistunu hyvin ja oli sama lääkäri, joka leikkas ja kyl minustaki tota tuntuu, et se on hyvin onnistunnu, sit sano vaa, kirjoitti sit lasit viel ja sano, et mieltikää nyt et jos näette hyvin näil lasil, mitkä minul nyt on päässä, ni eihän teiän oo pakko niitä sitten ottaa" Kyl se on ihmeellist, yheksäs minuutis leikkas kaihen pois. Juu, kyllä, et melkein kymppi täytyy antaa . Kyl mie suosittelen, jos kerran muuten, niin ku minultakin, ni minult oli näkö et mie en nähny mitää, ja sehän se hermostutti kaik eniten, mut sit ku lääkäri muutti sit leikkausaikaa sukkelmaks ni sit se meniki hyvi... se yhteisnäkö... eihän sit muussa huomaakaa ku just etäisyyden arvioinnis, ku yhel silmäl ei pysty, et kaatelin melkeen aina maion lasin ohi..."* (7B) *"Nii, että kyl mie jokaiselle suosittelen, se on niin pien vaivoa, ainoa siin on, ni pitää olla saattaja kun menee sinne ja pois ne ei kansa laske ilman saattajaa. Kyllhän se elämän laatu parantaa ni..."* (7B).

Potilas, joka oli käynyt monissa eri sairaaloissa, vertaili niiden toimintaa. Suurten keskussairaaloiden toiminnan erikoistuminen ja jakautuminen klinikoihin auttoi hänen mielestään yksilökohtaisemman hoidon saamista. *"Jakautuminen eri toimintakenttiin potilaan tarpeet huomioiden, ni kyl se siinä mieles anto sallasen tehokkaan kuvan. ...kiva oli käydä sairaalassa, vaikka hauskaa siel harvoin on... Jos tarvis vaatii, ni kyl mie lähen mielellää uuestaan. Koska aina sairaalas käynneistä on myönteinen kuva sen jälkeen, kun siel on ollut, koska harvoin käy niin, ettei apua tule millään muotoa. Se jos on kiputilat kovat, ni kyl se aina seltä on parannusta tullut. millon enemmän, millon vähemmän, mut ei sairaalassa käynti ja oleminen ole koskaan*

mielestäni hukkaan mennyt, eikä sinne ole turhaan käsketty, vaan että kyl mul sellanen mielikuva on... Ne on niin henkilökohtasia ne mielipiteet, samasta tapahtumasta ja samasta havainnosta saattaa olla aivan päinvastainen käsitys, joku ymmärtää joku ei." (9B).

Mieshenkilö, jolta oli leikattu sekä nivustyrä että kaihi, oli tyytyväinen elämäänsä. "No kyl tää nyt alkaa niin ku luultavast korjaantuu... No ei, tää näitten lasien vaihto siin ois, enhän mie tiää, kyl mie aika hyväst näil nään, mie oon nyt pitän tuol ulkon, tää on niin ku selkeämpi vielä, ku miehän en sillon aikasemmin sietänt tota aurinkoo ensinkään ja toi toinen on sellanen, et mie nään tuol kujallakii, jos mie katon tol oikella pelkästää, ni kaks tulee vastaa, et se hajottaa nii paljo, mut ehkä siit korjaantuu." (10B). Hän suunnitteli myös toisen silmänsä leikkauttamista, vaikka hinta olikin kallis "seittemän tuhatta puolen tunnin hommasta. Kallis se kyllä on, mut kyllä mie meinaan sen leikkauttaa." (10B). Edelliset leikkaukset olivat sujuneet hyvin. "Mut mie olin aika tyytyväinen kyllä siihen palveluun." (10B).

Pari vuosikymmentä vaivaansa kärsinyt naishaastateltava oli tyytyväinen uskallettuaan viimeinkin mennä toimenpiteeseen. "... mie oon niin helpottunu, ku mie sain tuon ... ja mie kauan kärsin ja loppujen lopuks mie sille lääkäriille sanoin ... et jos mie tän tiesin, ni kyl mie tuln jo paljo aikasemmin, et tää näin helppoo on." (11B).

Toimenpide meni ihan hyvin 1922 syntyneeltä tyräleikkauksessa olleelta mieheltä, joka kommentoi kokemuksiaan näin. "No siellä sanottii, et mitäs tykkäät tästä uudesta menetelmästä. Mie sanoin, et ihan hyvä, ainakin mie tykkään, et ei mulla oo pahempii vaikeuksii ollu, et ihan hyvin se meni." (12B). "Mä kyllä voin suositella ihan, kyl se käy vanhemmillekin ihmisille... Ei tarvi jäädä sairaalaan, pääsee pois sitte, jos samana päivänä pääsee. Kyllä se niin on, että kuka sen on kokenu, ni sen tietää parhaiten." (12B). "Nyt ei tarvi mennä minnekää ainakaa tämän takia, sit ne sano viel ku mie kävin lopputarkastuksessa, et onko mitää uusii tullu, ni mie sanoin että ei oo mitää uusii pullistumii. No ihan se on kaikki kunnossa... "kondiksessa" niin ku sanotaa." (12B).

Vastauksia edellisestä kerrasta tuli esimerkiksi "Joo, en mie ainakaa voi mitää valittaa." (13B).

Useissa tutkimuksissa sairaalassa käynyt rouva ei myöskään löytänyt negatiivisia muistoja kokemuksistaan. "Mul ei kyl sellasii negatiivisii muistoi ole, tietyst on hyvä jos ei kaikil ole negatiivisia kokemuksia." (14B).

Apua oli saanut myös tähystyksessä olut rouva "No nyt on paremmalta ihan, että on tuntunu, että siitäkin oli apua siitäkin tähystyksestä kun on vähän niin kuin ahtaumaa, et ihan kirpas niin ku jotenkii, ni nyt tuntuu, et ihan ku sekin ihan parempi... mut nyt taas on ollu oikeen hyvä... Mie kehuin (pojalle) et oli siitä apua, et mie pääsin siihen tutkimukseen... nyt ei ole sitä murhetta enää, et ei minulla mitään sen vakavampaa oo kunhan syön nää sydänlääkkeet. Ja se oli minust ihan mukava se, ku siellä ilmesty se, kun katottiin telkkaria, ni omeniakin siihen pöytään ja kyllä ne siinä meni ja laitto sitte aina uuet, että minust oli ihan viehättävä juttu se, että kyllä ne oli tarkoitettu, mut kyl minust tuntu, et ku mie yhen otin, et mie melkeen ku varastin, ei meillä koskaan ole ollu omenia siellä missä minä olen ollu... no mehua tietyst oli jääkaappis niin ku aikasemminkii ja sitähän oli siellä, mä huomasin, että siellä oli sitäkii luumunektaria... Että kyllä minä en negatiivista oikeestaan löydä siletä." (15B). "Se oli

niin ilonen yllätys, ku kaikki oltii nii mukavasti siellä ja juteltii ja oli sellanen hyvä yhteishenkiki sitte... että ihan ku ystäviä tuli siinä." (15B).

Hän pohti omaa elämäänsä. "Niin ku minul ois henkisesti ihan pieni siivu sitä ihmistä jäljellä, siis sitä, mikä miul on ollu ennen, että näin se karisee pois." (15B).

Nenäleikkauksessa ollut mies oli toipunut leikkauksesta hyvin "Niin on hyvin menny, eihän siin ollu mitää, tota nyt altis nuhalle tai jolleen allerginen, ku se on niin viime lauantainayönä kun oli nenä hiton kiinni, et hengitys ei tahton kulkee, mut nuhatipathan sen sitte aukas. Onhan se nyt auki, mut ei se nyt ihan tervehtyny niin ku pitäs olla, ei oo ku kolme viikkoo aikaa." (17B). "Niin, kyl mie täl hetkel ni oon tyytyväinen siihen, mitä ja siin mieleshän sitä aina leikkauksiin ja lääkäriin mennään, että saaraa korjausta vaivoihin sitte. Onhan se hengitys nyt helpompaa, ku hengittää molempien kautta nenän sekä suun, jos on tarvetta." (17B).

Hyvin voi myös eturauhasen syöpää sairastava mies, jolle oli tehty tähtystys. "No ihan hyvin, ei tässä mitään... sen jälkeen ne on ollu kaikki niin ku pois, et ei niist oo mitää ollu niitä jälkijuttuja tai muita." (19B). "Samallalaila, ei oo mitää muutosta." (20) kommentoi myös viimeinen haastateltavani kysymykseeni, kuinka hänellä oli kulunut mennyt haastattelujen väliaika.

10.5.2 Hoidon tuloksia epäilevät

Osalla haastateltavista oli myös komplikaatioita leikkauksen jälkeen. Kaihileikkauksessa ollut naispotilas kertoi leikkauksen menneen hyvin, mutta molemmissa on eniten puhuttanut leikkauksen jälkeiset kokemukset.

"Mie sain kauheen kovan pahoinvoinnin ja jouduin sitte takasin sairaalaan." (Koe 2A). Ikävää hänestä oli se, että pahoinvointi tuli pojan autossa kotimatalla.

"Auto likaantu ja vaatteet likaantu, ihan kauheesti, sitte lopulta tuli ihan sappea eikä loppunu millään." (Koe 2A).

Kaihileikkauksessa ollut mieshenkilö kertoi leikkauksen aikana tuntemastaan kivusta "Ihmeellistä, miten se voi koskee, ku tavallaanhan sitä ei pitäs koskee yhtää. Ja sit seuraavana päivänähän oli niin paha olla ja päätä koski. Joo ja sehän oli aika tuskanen se yö sitte, koska siihen tuli sitä painetta." (8A). Haastateltava vietti särkyväkivun avulla yön ja meni sairaalaan vasta seuraavana aamuna saaden silmän paineeseen lääkityksen. Haastateltavan toinenkin silmä kasvatti kaihia ja olisi leikattava. Kokemus tuntui kuitenkin siltä, että halua toisen silmän leikkaukseen ei ainakaan vielä ollut.

Toisessa haastattelussa hän kertoi "Tää autto vähän tää kaihileikkaus, näkee hätätilas ilman silmälasii... no oikein pientä en nää." (8A).

"Tää oli ensimmäinen silmä, nyt sen tietää sit... hän ei, jos on näin vaikeeta, ni hän ei toista silmää sitte. No pittää itte vaan se toinen silmä." (8A).

Viidentoista vuoden takainen tutkimus osoitti, että suuri osa päiväkirurgisista potilaista oli tyytymättömiä henkilökuntaan. Potilaat valittivat sitä, että henkilökunta odotti liian kauan ennen selityksen antamista tai tietoa ei välttämättä edes annettu (Inguanzo & Harju 1985). Vaikka tyytyväisyys onkin moni-

en tutkimusten mukaan lisääntynyt, Michaels ym. (1992) tutkimukseen osallistuneista yli puolet olisi toivonut pääsyä osastohoitoon.

Edmondson ja Waters (1995) toteuttivat kehittämishojelman, jossa päiväkirurgisessa toimenpiteessä olevilla potilailla on mahdollisuus suoraan palautteen antamiseen henkilökunnalle. Tämän projektin tuloksena tehtiin useita muutoksia ja sekä potilaiden että hoitajien tyytyväisyys kohosi.

Omakotitalossa yksin asuvaa miestä yritin tavoittaa uusintahaastatteluun parin kuukauden ajan. Puhelimeen ei vastattu ja ajattelin hänelle tapahtuneen jotakin. Kun viimein pääsin hänen kanssaan keskustelemaan, syykin selvisi *"Kuues päivä jou'uin sairaalaan ja nyt tulin kotia... kolmatta viikkoo... sokeritauti. tähytyksessä ei ollu mitää erikoista."* (2B). Sokeritaudin hoidosta vastasi kotisairaanhoido, sillä henkilö itse epäili, etteivät he uskalla antaa hänen itsensä pistää insuliinia.

Leikkauksen tulokseen ei ollut ihan tyytyväinen kaihileikkauksessa ollut mieshenkilö. Hän oli odottanut parempaa tulosta, vaikka tulos olikin tyydyttävä. *"No pitäs nähä, mutta kun ei nää. Se on aina tilastojen mukaan. Näänhän mie, mutta huonosti, en niin ku ennen, sille ku pitäs nähä... Tää nyt autto vähä tää kaihileikkaus, näkee hätätilas ilman silmälasii."* (8B). Hän kertoi näkevänsä hyvin televisiota, mutta sanomalehtien lukeminen oli hankalaa.

Epäonnistumista oli tuntenut käynnillään henkilö. jolta olisi pitänyt ottaa katetri pois. *"Ni koitti yhen katetrin ottaa pois, mut eihän se onnistunu, juu ne pani sen takas ja nyt sitte kahen viikon päästä ni sit leikkaus tai höyläys tai mitähän se meinaa. En mie tiiä, et tuleeko siin tähytyys sit vai eikö siin tuu. Mie en oikeen ymmärrä."* (16B).

10.6 Tutkimuksen antamia haasteita terveydenhuollolle

Haastateltavien kokemukset lyhythoitaisesta kirurgisesta toiminnasta olivat pääsääntöisesti myönteisiä. Kokemuksia paransivat erikoisesti tapahtumaan liittyvät yllätykselliset elementit.

Tietämisen kategoria

Haastateltavista osa oli hyvin tietoisia, mitä heille oli tehty ja miten toipumisen ajateltiin sujuvan, mutta mukana oli myös niitä, jotka eivät tieneet, mitä heille oli tehty ja mitkä olivat tulevaisuuden suunnitelmat. Alan ammattilaisiin luotettiin ja heidän uskottiin toteuttavan hoidon oikealla tavalla. Monilla ei ollut tietoa oman kehonsa toiminnasta ja henkilökunnan käyttämä kieli oli vierasta. Potilaat saivat ennen toimenpidettä joskus suullisia, mutta lähes aina kirjallisia ohjeita toimenpiteeseen valmistautumisesta ja jälkihoidosta. Kuitenkin ohjeiden ymmärtämisessä oli vaikeuksia, ja vaikka niitä kotona luettiin omaisten tai muiden henkilöiden kanssa, niiden tulkinta oli ristiriitaista. *"...mut et ois tavat-*

toman mukava, joka sen lukis ja yhdessä pohdittais... kotona voi tehdä kevyitä askareita. Mikä se on kevyt askare?"

Terveydenhuollossa on nykyistä enemmän paneuduttava asiakkaiden tilanteeseen ja varattava aikaa keskusteluun ja ohjeiden käytäntöön soveltamiseen kunkin yksilöllisten tarpeiden mukaisesti. Monet haastatelluista eivät halunneet häiritä kiireistä henkilökuntaa kysymyksillään, ja niin asioita yritettiin hoitaa kotona tai kyselemällä muilta. Terveydenhuollon työyksiköissä toimintaa on suunniteltava niin, että potilaan asiointi aina saman henkilökunnan tai saman henkilön kanssa helpottaa yhteisen kielen löytämistä. Eräs haastateltava ehdotti kaikille yli 60-vuotialle miehille järjestettävää terveystarkastusta lähinnä eturauhassairauksien toteamiseksi. Väestö on yleensä kiinnostunut omasta terveydestään. Terveydenhuollon henkilöstöllä on merkittävä rooli järjestettäessä ikääntyneille ihmisille mahdollisuuksia toimia aktiivisesti oman terveytensä hyväksi. Tämä tapahtuu kehittämällä yhdessä heidän tietojaan, taitojaan ja itsehoitovalmiuksiaan. Terveydenhuollon työelämässä toimivien on järjestettävä vanhuksille opetus- ja keskustelutilaisuuksia anatomiasta, fysiologiasta ja erilaisista sairauksista, niiden tunnistamisesta, hoidosta ja ehkäisystä. Tällaiset "terveysiltapäivät" lisäisivät vanhusten omaa aktiivisuutta ja itsehoitoa. Vanhusten neuvolat "korttelineuvoloina" olisivat oivallinen tuki iäkkäiden tiedon tarpeen tyydyttäjinä ja antaisivat tukea terveyden edistämisen perustaksi.

Haastateltavat olivat hoitomyöntyväisiä haastattelujen perusteella. Muutamat kertoivat omista kokemuksistaan ja omapäisyytensä seurauksista. Hoito-ohjeiden noudattamista seurasivat myös omaiset ja muut hoidossa mukana olleet. Toipuminen lyhythoitaisesta kirurgisesta toimenpiteestä on yleensä nopeaa eikä pitkäaikaista seurantaa tarvita. Useille oli kuitenkin annettu toimenpiteen yhteydessä ohjeita ennaltaehkäisyyn: ruokavalio, ennaltaehkäisevän lääkeytyksen käyttö jne. Näihin haastateltavat olivat sitoutuneet. Kun jälkitarkastus oli yleensä samalla lääkärille ja hoitokontaktit jatkuivat, eivät haastatellut mielellään poikenneet annetuista ohjeista. Useamman lääkärin samanaikainen hoito ja osittain ristiriitaiset ohjeet hämmensivät. Potilaan omalääkäri koordinoi hoidon ja hänen kanssaan voi käydä läpi kaikki annetut ohjeet ymmärrettävästi ja luottamuksella.

Lyhytjälkihoitoisiin kirurgisiin toimenpiteisiin hakeutuu yhä enemmän yksin asuvia vanhuksia. Ohjeiden mukaan heillä on oltava saattaja ja yöpyvä seuralainen leikkauksen jälkeisenä yönä. Nämä järjestelyt mahdollistavat leikkauksen. Kuitenkin moni iäkäs tarvitsee hoivaa ja apua pidemmän aikaa. Yksilölliset joustamismahdollisuudet esimerkiksi valvotun yöpymispaikan järjestämisenä ovat jo muutamissa terveydenhuollon yksiköissä mahdollisia. Palveluja tarjoavien potilashotellien perustaminen leikkaavien yksiköiden yhteyteen on haaste terveydenhuollon tukipalvelujen järjestäjille. Nämä palvelisivat myös niitä iäkkäitä pariskuntia, joista molemmat ovat huonokuntoisia. Haastatellut olivat tällaisesta palvelusta myös valmiita maksamaan. Haastatelluilla oli kaikilla jokin sairaus kirurgisen toimenpiteen lisäksi. Monien tautien hoidon koordinoitiin on terveydenhuollossa paneuduttava nykyistä paremmin. Varsinkin ne henkilöt, jotka käyvät monen erikoisalain yksityislääkäreillä, eivät välttämättä aina tiedä hoitonsa järjestämisestä. Asia kuuluu terveyskeskuksissa omalää-

kärille siellä, missä on väestövastuu. Monissa yksiköissä on kuitenkin lääkäripula ja omalääkäri puuttuu. Haastatelluista useilla oli omat erikoislääkäriinsä yksityisvastaanotoilla jonkin sairauden hoitamiseksi ja seuraamiseksi. Joissakin tapauksissa tämä erikoislääkäri otti kokonaisvastuun potilaasta, joskus hoidon koordinointi jäi puutteelliseksi.

Lyhythoitoinen kirurginen toimenpide ja siitä toipuminen eivät vähennä normaalia sosiaalista kanssakäymistä. Toipuminen on nopeaa eikä toimenpide yleensä aiheuta pitkällistä rajoitusta aikaisemmille harrastuksille. Terveystieteiden henkilökunnan on ohjeissaan otettava huomioon iäkkäiden liiallinen varovaisuus harrastusten ja liikkumisen jatkamisessa. Heitä on rohkaistava ja heille on annettava selkeät ja konkreettiset heidän elämänsä sovellettavat ohjeet leikkauksen jälkeiselle toipumisen ajalle.

Tietämiseen sisältyy myös paranemisen arvioinnin seuraaminen. Normaalin paranemisen tunnusmerkkeihin ei useinkaan kiinnitetä ohjauksessa huomiota, vaikka niistä tietäminen poistaisi turhia huolen aiheita. Yhteydenottoihin ongelmatilanteissa on yleensä selvät ohjeet kontaktitietoineen. Asiakkailla on oltava mahdollisuus ottaa yhteyttä kaikissa heitä askarruttavissa leikkaukseen liittyvissä asioissa hoitavaan henkilökuntaan.

Toiminnallisuuden kategoria

Lyhytjälkihoitoinen kirurginen toiminta edellyttää asiakkailta aktiivisuutta. Toiminta lisää toipumista. Lyhytjälkihoitoisessa kirurgisessa toimenpiteessä olleiden kipujen poistosta huolehditaan sairaalassa. Kotona kipujen poistosta on huolehdittava itse. Taito selvitä kivusta edellyttää kivun poiston hallintaa ja toimimista ohjeiden ja omien tuntemusten mukaisesti. Toiminnallisuutta vaatii myös hygieniasta huolehtiminen ja infektioiden ehkäisy. Tämä on kotona potilaiden omalla vastuulla ja se edellyttää tietoja puhtaudesta ja sen ylläpidosta ja tartuntojen ehkäisystä. Toipuminen on nopeampaa, kun yleiskunto on hyvä ja sitä pidetään yllä. Harrastusmahdollisuudet ja harrastaminen pitävät yllä positiivista elämänasennetta ja rikastuttavat päivittäistä elämää.

Terveystieteiden sektorilla on mahdollisuuksia vielä enemmän aktivoida henkilöitä toiminnallisuuteen ohjaamalla heitä esimerkiksi samanlaisiin toimenpiteisiin tuleville tukihenkilöiksi.

Tunnekategoria

Lyhytjälkihoitoiseen kirurgiseen toimenpiteeseen tulevat henkilöt nähdään usein niin pikaisesti palveluja käyttäviksi, ettei heidän tunteisiinsa ehditä paneutua. Pelko ja jännittäminen ovat tavallisemmat leikkausten yhteyteen liittyvät tunnetilat. Kivun pelkoa poistetaan yleensä kertomalla kipulääkkeistä ja antamalla ohjeita. Pelkoa ja jännitystä aiheuttivat sekä toimenpide että kipu ja toimenpiteen tulokset. Jännittäminen vie osan hoitotapahtuman yhteydessä annettusta informaatiosta ja turhaa jännittämistä on mahdollisuus hälventää

keskustelulla ja ohjauksella. Masennusta voi myös esiintyä, samoin pettymyksen tunteista, kun odotukset hoitotuloksista ovat olleet toteutunutta suuremmat.

Iäkkäiden kohtelu toisarvoisina loukkasi muutamia haastatelluista, samoin se, että lääkäri teki hoitosuunnitelmat kuulematta potilaita. Iäkkäiden tulevaisuus terveydenhuollon palvelujen saajina askarrutti. Varsinkin alueelliset erot ovat merkittäviä.

Tämän ikäryhmän väestö on ollut sodassa, ja kun siitä oli selviydytty, koettiin selviydyttävän monesta muustakin kuten leikkauksesta. Se antoi rohkeutta. Lyhythoitaiseen kirurgiseen toimenpiteeseen valmistelussa ei yleensä puhuta kuolemasta. Haastatelluista monet kertoivat kuoleman tulleen mieleensä. Muutamat kokivat saavansa apua uskonnosta, muutamat uskoivat henkilökunnan ammattitaidon pelastavan heidät, joidenkin mielestä heillä oli ollut jo "lahjavuusia", joten kuolema sai tulla, jos niin oli kohtalo.

Terveydenhuollon henkilökunnan on myös lyhytjälkihoitoisen kirurgian yksiköissä otettava kuoleman mahdollisuus huomioon ja keskusteltava siitä potilaan leikkaukseen valmistamisen yhteydessä potilaan niin halutessa.

Palvelujen järjestämisen kategoria

Hoidon saatavuus vaihtelee Suomessa sekä tauti- että aluekohtaisesti. Osasyynä on voimavarojen puute. Saatavuuteen vaikuttavat myös vaihtelu hoitokäytännöissä, osaamisen puutteet sekä viestinnässä ja tiedonvälityksessä käytettyjen menetelmien vanhanaikaisuus. Ongelmia on sekä terveydenhuollon toimintayksiköiden välisessä että yksiköiden ja asiakkaiden välisessä viestinnässä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002).

Hoitoon hakeutumiseen liittyvät myös monet muut yksilölliset tekijät, jotka voivat joko lisätä tai vähentää tarvetta hakeutua hoitoon. Yksilön kokemus yksinäisyyden ja/tai turvattomuuden tunne sekä mielen alakuloisuus voivat lisätä oman sairauden tuntemuksia ja palvelutarpeiden kokemuksia. Hyvät kokemukset palvelujärjestelmästä auttavat yksilöä hakeutumaan palvelujärjestelmän piiriin hänen tarvitessaan palveluja, mutta huonot kokemukset ja epävarmuuden tunne omasta kyvystä hoitaa asioitaan voivat estää iäkästä hakeutumasta palvelujärjestelmään silloinkin, kun siihen olisi aihetta (Helin 2002).

Palvelujen järjestämisen kategoria on tulevaisuuteen tähtäävä. Palvelujärjestelmää on koko ajan kehitettävä yhä tuloksekkaampaan suuntaan. Se merkitsee sitä, että yhä tarkempaan suunnitellaan, ketä hoidetaan, milloin hoidetaan ja miten hoidetaan. Iäkkäät epäilevät hoitoon pääsyssä olevan jo nyt ikäyrjintää. Sairaanhoidon laitokset nähdään byrokraattisiksi ja henkilökunnan määrä vähäiseksi. Lyhytjälkihoitoinen kirurgia on taloudellista ja sitä pitäisi myös näiden haastateltujen mielestä lisätä, sillä "*...koton on kuitenkin paljo kivempi olla ku sairaalassa.*" Yksityisten palvelujen käyttö julkisen rinnalla oli monelle ainoa mahdollisuus saada nopeasti hoitoa ei kiireelliseen vaivaan.

Helinin (2002) mukaan on nähtävissä väestön polarisoituminen entistä varakkaampiin ja toisaalta niihin, joita taloudellinen menestys ei ole suosinut.

Vauraus tuo ihmiselle mahdollisuuden ostaa tarvittavat palvelut omiin tarpeisiinsa parhaiten soveltuvasta paikasta. Yksityisten terveyspalveluiden, erityisesti lääkäripalveluiden ja myös sairaalapalveluiden tarjonta suurissa kaupungeissa tuo vaihtoehdon julkisille palveluille. Palveluiden laatuun liittyvät kokemukset ja käsitykset ohjaavat kulutuskäyttäytymiseen liittyviä valintoja heidän hakiessaan palveluja.

Haastatellut pitivät lyhytjälkihoitoista kirurgiaa taloudellisena ja olisivat olleet valmiita maksamaan eläkkeistään nykyistä korkeampia sairaala maksuja, kunhan vain saavat hoitoa haluamassaan ajassa. Monet käyttivät samanaikaisesti sekä yksityisen että julkisen sektorin palveluja. Haastatelluista monet kuuluivat sairauskassoihin, jolloin osa hoidoista oli ilmaisia. Kaikilla ei kuitenkaan ole tätä mahdollisuutta tulevaisuudessa. Terveystenhuollon on tarjottava iäkkäille kohtuuhintaisia leikkauspalveluja kohtuulliseen jonotusaikaan ja tasapuolisesti muihin ikäryhmiin verrattuna. Palvelujärjestelmien on oltava julkisia, avoimia ja läpinäkyviä. Julkisen voi järjestää palveluja väestölleen myös ostamalla niitä yksityiseltä sektorilta.

Hoidon onnistumisen kategoria

Potilaat arvioivat oman hoitonsa onnistumista subjektiivisesti, lääkäri ja hoitohenkilökunta muiden kriteerien mukaisesti. Hoidon onnistumista ei tiedetä vielä lyhyen ajan kuluessa, vaan lopulliseen hyötyyn voi kulua pidempikin aika.

Joskus leikkaukseen tulevilla henkilöillä on epärealistiset odotukset leikkauksen tuloksesta. Jo leikkausjonoon asetettaessa ja viimeistään leikkaukseen valmistelun yhteydessä potilaan kanssa on keskusteltava leikkauksen haitoista, hyödyistä ja onnistumiseen vaikuttavista tekijöistä. Hoidon onnistumisen tunteeseen vaikuttavat oman tuntemuksen lisäksi hoitohenkilökunnalta ja omaisilta saatu palaute ja sujuvat hoitokokemukset.

Haastatteluissa tuli esille terveydenhuollon laatuun liittyviä puutteita runsaasti: hoitokäytännöt ja hoidon saatavuus julkiselta sektorilta, hoitoon pääsyn odottaminen, ikäsyrijntä, tiedon siirto laitosten sisällä ja laitosten välillä, aikataulujen pitämättömyys, päällekkäiset tutkimukset, henkilökunnan vähäisyys ja kiire. Osaan näistä puutteista on tehty jo valtakunnallisestikin parannusehdotuksia (Sosiaali- ja terveysministeriö 2002). Haastattelemani henkilöt olivat saamaansa hoitoon tyytyväisiä ja toivoivat saavansa hoitoa tarvitessaan edelleenkin. Alueellisesti ja paikallisesti näitä laatuvaajeita voidaan ehkäistä ja korjata yhteisillä hoitoketjuilla, hoitoprosessin suunnittelulla ja seurannalla sekä toiminnan jatkuvalla arvioinnilla ja korjauksilla.

11 TUTKIMUSPROSESSIN ARVIOINTI

Tutkimusprosessin arvioinnissa keskityn tarkastelemaan tutkimustani metodi-, aineisto- ja tutkijan näkökulmasta.

11.1 Pätevyys ja luotettavuus

Laadullisissa tutkimuksissa luotettavuus- ja pätevyyskysymyksille on annettu erilaisia sisältöjä. Pätevyydellä on perinteisesti tarkoitettu tutkimusmenetelmän kykyä mitata sitä, mitä sen on tarkoitus mitata. Metodin sopivuuden ohella pätevyyttä on laadullisissa tutkimuksissa tarkasteltu haastattelutilanteiden (Kvale 1996, Svensson 1996), tulkinnan paikkansapitävyyden ja tulosten yleistettävyyden kannalta (Varto 1992, Pyörälä 1994).

Luotettavuudella taas on perinteisesti viitattu käytetyn menetelmän kykyyn tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia (Varto 1992, Pyörälä 1994). Laadullisessa tutkimuksessa luotettavuuden arvioinnin lähtökohtana on ollut aineiston käsittely ja analyysin eteneminen tulkintaan ja teoriaan. Lisäksi on korostettu raportin selkeyttä ja seurattavuutta (Mäkelä 1992, Huhtinen ym. 1994).

Kysymykset aineiston luotettavuudesta ja analyysin pätevyydestä asettuvat kvalitatiivisen aineiston käsittelyssä toisin kuin perinteisessä empiirisessä tutkimuksessa. Kuten Gergen (1982) on sanonut, ei perinteinen empiirinen tutkimus anna lukijakunnalle mahdollisuuksia havaintojen tekoon. Kvalitatiivisen aineiston käsittelyssä on ainakin osittain mahdollista tarjota lukijalle mahdollisuus tehdä omia havaintoja perusaineistosta. Tämä omalta osaltaan lisää lukijan mahdollisuutta joko vakuuttua tai olla vakuuttumatta aineiston käsittelyn luotettavuudesta ja pätevyydestä (Wahlström 1992).

Tutkija joutuu kuitenkin tekemään useita päätöksiä aineiston valikoimisessa, ryhmittelyssä ja tulkinnessa. Toisin kuin perinteisessä empiirisessä tutkimuksessa ei kvalitatiivisessa aineiston analyysissä ole valmiita menettelytapohjeita, joita seuraamalla voisi taata analyysin sisäistä validiteettia.

Kvalitatiivisen analyysi luotettavuuden arvioinnissa ei voida käyttää perinteisiä reliabiliteetin ja validiteetin käsitteitä, joiden perustana on tilastoma-

temaattinen ajattelu. Wahlström (1992) on tutkimuksessaan katsonut kvalitatiivisen tutkimuksen ja analyysin luotettavuuden koostuvan seuraavista elementeistä: 1) uskottavuus, jonka edellytyksenä on, että analyysiin sisältyvä rekonstruktio tutkimuksen osallistujien konstruoimasta todellisuudesta on ajateltavissa oleva. 2) Siirrettävyys, joka edellyttää että analyysin tuloksena muodostunut kuva on kohteena olevasta ilmiöstä sovellettavissa myös toisissa olosuhteissa vastaavaan ilmiöön. 3) Käyttövarmuus, mikä tarkoittaa käytetyn analyysitavan soveltuvuutta useimpiin tapauksiin, niiden keskinäisestä poikkeavuudesta ja ulkoisten tekijöiden aiheuttamasta vaihtelusta huolimatta. 4) Vahvistettavuus, joka pitää sisällään mahdollisuuden samasta aineistosta eri analyysikeinoin päästä toisiaan vastaaviin tuloksiin.

Koska tutkijana yksin suoritin analyysin kohteiksi tulevien tekstiotteiden valikoinnin, oli tärkeää varmistaa, ettei tämä tapahtunut mielivaltaisesti vaan riittävästi tapausten kulkua edustaen.

Tämä tapahtui yhä uudelleen haastatteluja kuunnellen ja niistä nauhojen kirjoittajan kanssa keskustellen. Tulosten siirrettävyyteen palataan pohdintaosassa. Todettakoon kuitenkin tässä, että arviointi siirrettävyydestä jää viime kädessä raportin lukijan tehtäväksi.

11.1.1 Metodinäkökulma

Tähän tutkimukseen haluttiin menetelmä, jonka avulla tutkijan tekemä analyysi olisi selvästi dokumentoitavissa. Menetelmäksi valittiin grounded teoria (GT). Sen kehittäjien (Glaser ja Strauss 1967) läpimurtotutkimus kohdistui kuolemiseen ja menetelmää on pidetty sopivana inhimilliseen toimintaan ja erityisesti tunneherkkiin alueisiin kohdistuvissa tutkimuksissa (Molander 1999, Nurminen 2000). Tässä tutkimuksessa haluttiin lisätä ymmärrystä lyhythoitaisen kirurgisen toimenpiteen kokeneen iäkkään henkilön kokemuksen ja palvelun antajan eettisistä yhteyksistä. Tavoitteena oli syventää tietoa aiheesta, jota iäkkäiden kohdalla on vähän tutkittu.

Laadullisissa tutkimuksissa on painotettu menetelmän kykyä kohdata tutkimuskohde sellaisena kuin se todella on, värittämättä sitä menetelmän lähtökohdista (Varto 1992). Koska GT:stä oli kokemusta samankaltaisen aihepiirin kartoittamisessa, se katsottiin luontevaksi valinnaksi tässä tutkimuksessa.

Glaserin ja Straussin (1967) mukaan GT:llä tehdyn tutkimuksen validiteettikysymykset ovat yleisesti ottaen ratkaistuja, jos tutkimuksen kulku on toteutunut menetelmän sanelemien sääntöjen mukaan. On ajateltu, että ilmiöt ja ihmiset ovat muuttuvaisia, minkä vuoksi menetelmä voisi hakea suuntaansa aineistosta. Tässä tutkimuksessa metodivalinnan lähtökohtana oli se, että laajan aineiston analyysi olisi paremmin hallittavissa aikaisemmin koetellun GT:n avulla. Ajatus osoittautui oikeaksi siinä mielessä, että minun oli helpompi jäsentää aineistoni, henkilökuvien laadinnassa ja kertomusten tulkinnessa minulla oli vapaammat kädet, enkä seurannut valmista ”analyysimenetelmää”.

Glaserin ja Straussin mukaan GT:llä tuotettu tuote on olemukseltaan elävä ja kehittyvä prosessi pikemminkin kuin valmis tuote (Glaser ja Strauss 1967).

Kun GT on yksi keino löytää uusia käsitteitä tutkittavaan asiaan, myös tutkimuksen mukaan syntynyt uusi malli on yksi perspektiivi aineistossa olevaan "totuuteen" (Leino-Kilpi 1990 a,b). Totuus on suhteellista. Siksi tämänkin tutkimuksen tarina on käyttämälläni menetelmässä saamani tulos. Moni lukija voi kysyä, kuinka monta erilaista aineistokohtaista teoriaa tästäkin aineistosta olisi voitu tuottaa. Pehmeiden aineistojen laadullinen analyysi synnyttää sekä eritasoisia että eri yleisyystasojen teorioita, jotka eivät voi olla pelkästään mekaanisten päättelysääntöjen tai tulkintakoneen avulla johdettuja yleistyksiä (Roos 1989). Tulkintoihin vaikuttaa tutkijan intuitio ja kokemustausta "eikä saman aineiston perusteella kaksi tutkijaa välttämättä päädy samaan tulokseen" (Leino-Kilpi 1990 b). Periaatteessa menetelmästä tulee niin hyvä kuin sen käyttäjä on. GT:llä tuotettua tutkimusteoriaa voidaan arvioida neljästä näkökulmasta: sopivuus, ymmärrettävyys, yleistettävyyden ja kontrolli (Molander 1999). Nämä vaatimukset on otettava huomioon läpi koko tutkimusprosessin (Glaser ja Strauss 1967, Leino-Kilpi 1997 b).

Sopivuudella tarkoitetaan käsitteistön ja teoreettisen mallin kytkeytymistä aineistoon. Käsitteistön on oltava selkeästi palautettavissa abstraktioasteeltaan alempiin käsitteisiin ja viime kädessä kertojien omiin sanoihin.

Tulosten ymmärrettävyys viittaa selkeään ja lukijaystävälliseen esittämistapaan. Tulosten pätevyys liittyy lukijan mahdollisuuksiin jäljittää tutkijan etenemistä ja hänen ymmärrystään (Glaser 1978, Huhtinen ym. 1994). Lukijan on silti mahdoton asettua täysin tutkijan asemaan. Tekstinäyttein on pyritty havainnollistamaan käsitteiden muotoutumista ja analyysin vaiheittaista enetymistä. Käsitevaliditeetilla on viitattu käsitteiden kattavuuteen ja osuvuuteen suhteessa substanssiin (Maxwell 1992). GT:llä saatujen tulosten yleistettävyydellä tarkoitetaan käsitteiden ja teorioiden soveltuvuutta erilaisiin tilanteisiin, jotka tässä tutkimuksessa tarkoittavat ikääntyneiden käsityksiä lyhythoitoisesta kirurgisesta toiminnasta.

Laadullisen tutkimuksen pyrkimyksenä ei välttämättä olekaan tutkimuksen toistettavuus (Glaser ja Strauss 1967). Analyysin toteuttaminen on kuitenkin jäljitettävissä ja siinä mielessä tämä tutkimus on toistettavissa (Grönfors 1982, Kvale 1989).

11.1.2 Aineistonäkökulma

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli selvittää ikääntyneiden kokemuksia lyhytjälkihoitoisesta kirurgisesta toiminnasta. Jos aineisto olisi kerätty eri tavalla, se olisi tuottanut erilaisia tuloksia. Tässä tutkimuksessa noudatettu GT:n mukainen periaate on tuottanut monipuolisen aineiston.

Kerätyn aineiston keruuseen liittyy myös kylläntyminen eli saturaatio. Monissa yhteyksissä on todettu, että on mahdotonta määritellä kattavasti kylläntymisen kriteerit ja että varmuus kategorioiden "Todellisesta" kylläntymisestä väkisinkin jää tutkijan arvioitavaksi (Starrin 1996). Toisaalta on varoitettu laadullisten aineistojen liiallisesta laajuudesta, ei pelkästään analyysin työläyden takia, vaan myös siksi, että laajat aineistot johtavat helposti pinnallisiin tu-

loksiin. Tavoitteena on tuottaa syvää tietoa vähästä (Pyörälä 1994). Kyllääntyminen on käytännössä sitä, että uudet kertojat eivät tuottaneet uusia ominaisuuksia kategorioihin, koska puhuivat jo tiedossa olevista asioita. On tietysti täysin mahdollista, että uusien tapauksien etsiminen olisi tuottanut uutta tietoa tai uusia vivahteita jo tiedettyyn asiaan.

Päätin tehdä haastattelut kodeissa. Tausta-ajatuksenani oli, että vierailuni kertojien kodeissa edustaisi heidän kokemusmaailmaansa.

Ensimmäinen haastatteluni oli asian kartoittamista ja tutustumista haastattaviin. Toisen haastatteluajankohdan sovin ensimmäisen haastattelun yhteydessä. Toinen haastattelu olikin ensimmäistä luontevampi. Yleensä vastaanotto oli lämmin ja ystävällinen, ennestään tuttujen kohtaaminen. Toisen haastattelun aikana tuli esille ensimmäisen haastattelun asioita, mutta myös uusia mieleen nousseita ajatuksia. Toinen haastattelu täydensi ja varmensi ensimmäisen haastattelun informaatiota.

Haastateltava määräsi kertomuksen ulkoiset puitteet osoittamalla, minne mennä, missä istua ja milloin haastattelu päättyi. Hän oli siinä mielessä päättäjä ja hän määräsi myös, millä tavalla raottaa omaa maailmaansa ja miten kertoa siitä.

Aineisto on luonteeltaan puheaineisto (Pyörälä 1994). Sanojen yksilöllisiä merkityksiä ja keskustelun kielipelin luonnetta on korostettu laadullisen aineiston käsittelyssä (Hirsijärvi ja Hurme 1985, Liukkonen 1990, da Silva 1996). Koska tutkittavien ja itseni välillä oli sukupolven välimatka ja erilainen kulttuuritausta, oli selvitettävä huolellisesti, mitä kertojat kulloinkin tarkoittivat. Suurin osa haastateltavista puhui murretta. Olen itse kolmen vuosikymmenen aikana tottunut paikkakunnan murteeseen, mutta muutaman itärajan takaa tulleen haastateltavan puheessa oli minullekin vieraita sanoja. Pysin tarkentamaan näitä kielellisiä ilmaisuja kertojilta itseltään haastattelun kuluessa ja tarkistamaan tekemiäni tulkintoja. Tämä lisäsi tutkimuksen kommunikatiivista validiteettia (Svensson 1996).

Haastattelutilanteissa informaatio välittyi muullakin tavalla kuin kielellisesti (Svensson 1996). Äänensävy, sanojen painotukset, tauot ja keskeytykset sekä ilmeet, eleet, nauru, kyyneleet, asennot, värjivät kertojien puhetta ja tekivät sanallisten viestien tunnesävyt ymmärrettäviksi. Tekstimuotoon kirjoitettu puhe on tässä mielessä vähemmän kuin haastattelutilanteissa tuotettu puhe.

11.1.3 Tutkijanäkökulma

Keräsin aineiston ja analysoin sen itse, mikä nostaa tutkimuksen validiteettia (Glaser 1978, Strauss 1987). Tunsin kertojat ja laadin heidän henkilökuvansa, joten tekstin eri osien jatkuva vertailu kokonaiskertomukseen ja muiden kertojien tarinoihin kävi mahdolliseksi (Huhtinen ym. 1994, da Silva 1996).

Tämän tutkimuksen tuloksia ei voida nähdä irrallisena tuotantoprosessista, missä itse omana persoonanani olen ollut läsnä, vaan ne heijastavat haastattavien ja itseni välistä yhteistyötä. Kvalitatiivista haastattelua on luonnehdit-

tu tavoitteelliseksi keskusteluksi, jossa tutkija pyrkii ymmärtämään kertojien elämismaailmaa ja kokemustodellisuutta (Varto 1992). Tarkoituksena oli, että keskustelu olisi hienovaraista, syvällistä ja huolellisesti varmennettua tiedon tuottamista, joka sisältää sekä kuuntelua että kyselyä.

Aineistolähtöisyyteen sisältyy ajatus tutkijan saapumisesta kentälle ilman tutkimuskohdetta koskevia oletuksia, mikä ei koskaan voi olla täysin mahdollista (Ekerwald ja Johansson 1989). Tässä oli myös yksi tämän tutkimuksen käytännön ristiriita: oman itseni ulkoistaminen ja omista käsityksistäni pidättäminen. Haastattelutilanteessa minun oli vain ratkaistava, kuinka paljon voin kysyä omien lähtökohtieni perusteella. Kaikista yrityksistäni huolimatta on mahdollista, että kertojakeskeisyyden periaate ainakin hetkellisesti pääsi unohtumaan ja johdatin vahingossa johdattelevilla kysymyksillä omia ajatuksiani yhteistyöhahluksille kertojille. Jouduin jatkuvasti tarkkailemaan myös itseäni kertomuksen pääpainon asettamisessa. Realistinen ote oli säilytettävä enkä voinut kiinnittyä kertojiin liian tunteenomaisesti.

Oma persoonani on tavalla tai toisella vaikuttanut kertomusten muotoutumiseen. Viime kädessä on aina kysymys siitä, mitä kukin haluaa paljastaa itsestään toiselle. Varsinaisia haastattelukertoja oli kaksi, mikä vahvisti kertojien ja itseni välistä luottamusta. Tässäkin sairaanhoitajan ammatista ja siihen yhdistyvistä vaitiolovelvollisuudesta oli apua. Kertomuksista tuli laajoja ja kertojat totesivat usein, että oli helppo ja mukava puhua. Tästä huolimatta en voinut tietää, kuinka paljon salaisuuksia tai tärkeitä asioita jäi kertomatta.

Tutkijaan kohdistuva täydellisen objektiivisuuden vaatimus on illuusio (Capra 1982). Oma persoonallisuuteni, asenteeni ja odotukseni ovat tavalla tai toisella vaikuttaneet kertojien käyttäytymiseen. Siinä mielessä minä itse ja menetelmäni olemme osa tätä tutkimustulosta.

12 TULOSTEN MERKITYS JA LOPPUPÄÄTELMÄT

Tutkimuksessa saatiin tietoa lyhythoitaisessa kirurgisessa toimenpiteessä olleiden iäkkäiden ihmisten hoitoon ja toipumiseen liittyvistä kokemuksista. Sillä saatiin tietoa myös iäkkäiden toiveista hoitoon osallistuvan henkilöstön toiminnasta heidän tietojensa lisäämisessä, toiminnallisuuden tukemisessa ja tunteiden käsittelyssä. Ensiarvoisen tärkeää tietoa iäkkäät antoivat palvelujärjestelmän kehittämiseen juuri iäkkäille henkilöille sopivaksi. Hoidon onnistumisen arviointi jo valmistautumisvaiheessa ja kriittinen arviointi riittävän pitkän ajan kuluttua toimenpiteestä on tulevaisuudessa lyhytjälkihoitoisen kirurgisen toiminnan haasteita.

Seuraavissa kappaleissa pohditaan tutkimustulosten merkitystä hoidettavien iäkkäiden potilaiden, palvelujärjestelmän ja koko lyhythoitaisen, iäkkäille tarkoitetun kirurgisen toiminnan kannalta. Lopuksi esitetään johtopäätökset, suositukset ja jatkotutkimushaasteet.

12.1 Tulosten merkityksen arviointia

Kysymyksessä oli gerontologian ja kansanterveyden alaan kuuluva tutkimus, jolla tuotettiin tietoa iäkkäiden lyhythoitaisessa kirurgisessa toimenpiteissä olleiden kokemuksista erikoissairaanhoidon kentässä. Vastaavanlaista tutkimusta, jossa olisi yhdistetty iäkkäät ja lyhytjälkihoitoinen kirurgia, ei ole Suomessa aikaisemmin tehty tästä näkökulmasta. Myös kansainvälisiä tutkimuksia on vähän.

Tutkimuksessa saatua tietoa lyhythoitaisessa kirurgisessa toimenpiteessä olleiden iäkkäiden kokemuksista voidaan käyttää arvioitaessa eri ammattiryhmien ajankäytön järkevyyttä ja ammattitaidon tarkoituksenmukaista käyttöä potilaiden kertomien tulosten kannalta. Lyhythoitosten kirurgisten potilaiden kohdalla korostuu erityisesti yksilöllisyyden puute, sillä toimenpide tehdään nopeasti eikä terveydenhuollon ammattilaisilla ole mahdollisuutta tilanteen pitkäaikaiseen seurantaan ja syntyvien ongelmien ratkaisuun. Näiden potilaiden selviytymismekanismeissa toimenpiteessä on tunnistettava eri näkökulmia.

Haastatelluilla henkilöillä oli hyvin vaihteleva tietoperusta toimenpiteeseen liittyvistä asioista. Joidenkin oli hyvin vaikea ymmärtää ohjeita, kun oman anatomian ja fysiologian tuntemus oli puutteellista. Normaaliin vanhenemiseen liittyvä reagointikyvyn hidastuminen voi näkyä uusien asioiden oppimisvaikeutena sekä nopeaa muistamista ja hoksaamista edellyttävissä tilanteissa esimerkiksi lääkärin vastaanotolla. Omaan hoitoon liittyvät ohjeet olivat useille lyhythoitoisessa kirurgiassa uusia ja vaikeita erityisesti, jos ne kerrottiin nopeasti ja varmistamatta asioiden ymmärtämistä ja mieleen painamista.

Lyhyt kontakti palvelujärjestelmään aiheutti haastatelluille myös jännitystiloja, mikä heikensi kykyä muistaa ja painaa mieleen hoito-ohjeita.

Oikea tieto ja luottamus hoitohenkilökuntaan lisää iäkkäiden hoitomyöntyvyyttä, samoin pitkä hoitosuhde samaan lääkäriin tai hoitavaan henkilökuntaan. Haastatellut henkilöt, joilla oli samanaikaisia hoitosuhteita sekä julkisten että yksityisten terveydenhuollon palvelujen tuottajien kanssa sekä laitospalvelu- ja avohoitoon, eivät aina olleet tietoisia, miten ohjeita olisi noudatettava. Ohjeet olivat ristiriitaisia ja haastatelluilla ja omaisilla oli työ selviteltäessä, kenen ohjeita olisi parasta ja turvallisinta noudattaa.

Iäkkäillä henkilöillä on usein monia sairauksia ja he ovat tottuneet selviytymään hyvin niiden kanssa kuten elämän muistakin haasteista. Samaa sairautta potevat selviytyvät eri tavoin ja käyttävät erilaisen määrän ja erilaisia palveluja. Lyhythoitoisilla kirurgisilla iäkkäillä avun tarve ja saanti olivat jokseenkin tasapainossa. Paranemisen seuraaminen oli mielenkiintoista. Aikaisemmin samantyyppisessä toimenpiteessä olleet iäkkäät henkilöt tiesivät kokemuksesta hoito-ohjelman ja paranemisen etenemisen ja vertailivat eri toimenpidekertoja keskenään.

Lyhythoitaiseen kirurgiseen toimenpiteeseen valikoituvat ovat hyvin toiminnallisia ja heillä on toipumiseensa aktiivinen ja itsenäinen ote. Kivun lieventäminen ja infektioiden ehkäisy ovat heille tärkeitä ja he toimivat yleensä ymmärryksensä ja annettujen ohjeiden mukaisesti. Omasta kunnosta huolehtiminen ja harrastusten säilyttäminen toimenpiteestä huolimatta ovat tärkeitä. Lyhytaikainenkin tauko työssä ja harrastuksissa oli rajoittavaa ja kunnan kannalta haitallista.

Iäkkäiden hoidossa tulevat hyvin vahvasti esille hoitoon liittyvät eettiset periaatteet. Etiikka kuvaa ja perustelee hyviä ja oikeita tapoja elää ja toimia maailmassa, jonka ihminen jakaa muiden kanssa. Etiikka koostuu arvoista, ihanteista ja periaatteista, jotka koskevat hyvää ja pahaa, oikeaa ja väärää. Etiikan tehtävänä on tässä auttaa ihmistä tekemään valintoja, ohjaaman ja arvioimaan omaa ja toisten toimintaa sekä tutkimaan toimintansa perusteita (Lindqvist 2001).

Myös iäkkäät tietävät lain potilaan asemasta ja oikeuksista (1992), mikä sisältää potilaanhoitoon ja kohteluun liittyvät tärkeimmät oikeudelliset periaatteet. Keskeisinä pidettiin oikeutta hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon sekä inhimilliseen kohteluun, tiedonsaantiin ja itsemääräämisoikeuteen.

Myös iäkkäät tiesivät, että heillä on mahdollisuus suostua tai olla suostumatta toimenpiteisiin. He pitivät tärkeänä, että heitä kohdellaan niin, että heidän ihmisarvonsa säilyy ja heidän henkilökohtaista vakaumustaan ja yksityis-

elämäänsä kunnioitetaan. Näistä iäkkäistä muutamat epäilivät, että heidän hoitoansa siirretään, ja muutamat epäilivät, ettei heitä hoideta ollenkaan, koska he ovat niin vanhoja. Entistä iäkkäämmille ihmisille kohdennetaan kuitenkin operatiivisia toimenpiteitä, mutta eri asia on, saavatko iäkkäät ihmiset tarvitsemaansa hoitoa ja palvelua tarvitsemansa määrän.

Iäkkäät ihmiset kertovat kokemistaan hoidon vajeista palvelujärjestelmässä esimerkiksi, että heidän esittämänsä vaivat on tulkittu hyvin lyhyen kuuntelun jälkeen ikään kuuluviksi, niin kuin havaitulle ongelmalle ei voitaisi tehdä mitään.

Tässä tutkimuksessa tuli esille myös terveydenhuollon tasapuolisuuden puute. Muutamat haastatelluista epäilivät palvelujen saannissa esiintyvän ikä syrjintää. Asiakkaan kokemus on kuitenkin aina todellisen riippumaton siitä, mitä henkilökunta ajattelee. Ikä syrjinnäksi mainittu kokemus voi liittyä henkilökunnan käyttäytymiseen tai asioiden hoitamiseen.

Lyhytkin toimenpide herättää aina monenlaisia tunteita: pelkoa, jännitystä, helpotusta, kun pääsee hoitoon, huolestumista ja ahdistusta. Tutkimuksessa mukana ollut sukupolvi oli kokenut sodan ja oli valmis selviytymään sotaan verrattuna pienestä koettelemuksesta. Kuitenkin yllättävän monella oli mielessä oman kuoleman mahdollisuus ja kuoleman kohtaaminen toimenpiteen yhteydessä. Pitkän elämän eläneinä he arvioivat elämän olevan kohdallaan rajallista ja kuoleman mahdollisuuden aina ovella. Monet vertasivat itseänsä vanhempiinsa tai ystäviinsä, jotka olivat kuolleet heitä nuorempina. Muutamat olivat keskustelleet kuolemasta omaistensa kanssa, muutamat kertoivat asiasta vasta haastattelijalle. Omaisia ei haluttu huolestuttaa. Kuolemasta puhuttiin verhoitusti kellariin viemisenä tai ruumispaitaan pukemisena.

Palvelujen järjestäminen lyhytjälkihoitoisena kirurgiana on koettu tehokkaaksi ja taloudelliseksi ja sitä on tarkoitus valtakunnallisesti lisätä. Potilaiden odotusajat toimenpiteisiin ovat vaihdelleet valtakunnan eri osissa. Siksi Sosiaali- ja terveysministeriön kansallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi antaa toimenpidesuosituksen, että potilaat asetetaan toimenpitejonoihin yhtenäisten indikaatioiden perusteella koko maassa (STM 2002). Tarkoitusta varten laaditaan valtakunnalliset suositukset jonoon asettamisperiaatteista ja jonohallinnosta.

Hoitoon pääsyä edeltää usein pitkäkin odotus. Suomessa elokuussa 2001 oli kaihileikkaukseen odottamassa noin 26.000 potilasta. Odotusajat olivat pisimmillään 1,5-2 vuotta. Lonkkaleikkauksiin odottajia oli tuhansia ja odotusajat pahimmillaan 2-3 vuotta (Punnonen 2001). Huomattavaa on, että näihin toimenpiteisiin odottajista suurin osa on iäkkäitä. Vuosikausien odotus pahenevien vaivojen kanssa saa vanhukset hakeutumaan julkisen sektorin ulkopuolelle hoitoon. Tällöin toimenpiteen ajankohdan ja hoitopaikan voi itse valita ja sopia henkilökunnan kanssa toimenpiteeseen liittyvistä asioista. Kunnallisiin sairaaloihin jonotuksen syyksi muutamat arvelivat ikä syrjintää "vanhoi ei huolita". Monet haastatelluista kokivat itsensä toisen luokan kansalaisiksi, jotka nähtiin menoeränä. Epäilyjä oli myös hoitoon pääsyn oikeudenmukaisuudesta.

Tutkittavista monet epäilivät priorisoinnin toimivan niin, etteivät he pääse hoitoon tarvitsemassaan ajassa. He epäilivät priorisoinnin suosivan työikäisiä.

Epäilyt kohdistuivat epäilemättä viimeaikaiseen keskusteluun priorisoinnista ja säästämistä. Walker (2001) on puuttunut priorisointiin kustannusten kasvun näkökulmasta. Jos rahoitus pohjaa ei kyetä laajentamaan tarpeiden edellyttämällä tavalla, rajoitetaan palvelujen saantia. Tätä strategiaa sävyttävät erilaiset oletukset. Väitetään, että eläkeläiset ovat aikaisempaa rikkaampia ja kykenevät hankkimaan tarvitsemansa palvelut yksityisiltä palvelujen tarjoajilta. Usein oletetaan, että maksullisten palvelujen puuttuminen korvautuu perheenjäsenten tai laajemman yhteisön toteuttaman hoidon lisääntymisellä. Tarveharkintaa on käytetty esimerkiksi Suomessa, Ruotsissa ja Englannissa rajoittamaan niiden ikäihmisten lukumäärää, jotka ovat oikeutettuja julkiseen kotihoitoon. Rajoittavan tarveharkinnan, kuten prevention, laiminlyönnin vaarana on se, että hoidon kohdentamiseen liittyvät päätökset "medikalisoituvat" ja palvelujen käyttäjät sekä heidän hoitajansa suljetaan päätöksenteon ulkopuolelle. Ikään liittyvä diskriminointi (suora tai epäsuora) saattaa siis rajoittaa sosiaali- ja terveydenhuollon piiriin pääsemistä ja toimia sen vuoksi priorisoinnin välineenä.

Tutkittavien mielestä heitä ei ollut tarkoituksenmukaista jakaa hoitoa odottavaan "kahden kerroksen" väkeen. Terveystieteissä on priorisoinnissa kysymys useimmiten valinnoista palvelutarpeen ja taloudellisten mahdollisuuksien ristiriitatilanteessa. Tavoitteena on haastateltujen mukaan pidettävä yhteisen ja yksilön hyvän tasapainottamista sekä mahdollisimman monien auttamista käytettävissä olevien voimavarojen rajoissa. Valintakriteerinä iäkkäät pitivät kuten Lindqvistkin (2001) hoidon vaikuttavuutta, oikeudenmukaisuutta ja ihmisarvon ja potilaiden oikeuden kunnioittamista. Haastatellut epäilivät, että ilman arvokeskustelua sekä selvästi ymmärrettäviä pelisääntöjä valinnat perustuvat helposti sattumaan, yksilön asemaan, palveluita haluavan kykyyn ajaa omaa asiaansa tai muihin kriittistä tarkastelua kestävämpiin perusteisiin.

Tutkittavat tarkastelivat hoidon lopputulosta subjektiivisesti. Enimmäkseen lopputulokseen oltiin tyytyväisiä, silloin kun hoidon lopputulos oli asetettu realistiselle tasolle. Kaikille ei kuitenkaan kerrottu mahdollista onnistumisen astetta ja joillakin hoidon onnistumisen aste oli epärealistinen.

Palvelujärjestelmät ovat muutamille iäkkäille pelottavia, eikä niihin haluta tutustuakaan. *"Poliisilaitokselle ja sairaalaan en mene vapaaehtoisesti"*, oli erään mieshaastateltavan kommentti. Kun iäkkäillä on arkuutta ottaa yhteyttä palvelujärjestelmään, asioita tiedustellaan ulkopuolisilta: haastattelijalta, tuttavilta ja sukulaisilta, yleensä henkilöltä, jota uskalletaan lähestyä. Heiltä saadut ohjeet saattavat olla ristiriitaisia, mahdottomia toteuttaa ja enemmänkin uusia kysymyksiä herättäviä kuin vastauksia antavia.

Hoidettaessa ihmistä toinen saa ja toinen antaa hoitoa. Hoitajan ja potilaan näkökulmat eroavat kuitenkin selvästi toisistaan. Potilaan kiinnostus kohdistuu itseensä, omaan ongelmaan ja sen vaikutukseen hänen elämässään. Hoitajan kiinnostus puolestaan potilaaseen on ammatillista, mutta hän ei odota potilaalta vastavuoroisuutta. Hoitosuhde ei kuitenkaan katkea vastavuoroisuuden puutteeseen, vaan sen luonne on sinänsä epäsymmetrinen. Hoitajalla on kuitenkin velvollisuus auttaa. Hänellä on vastuu toisen, potilaan, hyvinvoinnista. Levina-

sin (1996) ilmaisun mukaan hoitajalla on vastuu siitä, ”minkä hän kohtaa kasvoina”.

Hoitosuhteessa joudutaan aina koskettamaan. Koskettaminen edellyttää läheisyyttä, etäisyyden ja vierauden poissaoloa. Läheisyys on lyhytaikaisessa hoitosuhteessa ihmiselle arvokasta, vieraus on haaste tai suuri ongelma. Koskettaminen on kuitenkin aina osa hoitotoimintaa eikä ole yhdentekevää, miten koskettaminen tapahtuu hoitotoimenpiteidenjakoko prosessin yhteydessä.

Lyhythoitaisessa kirurgisessa kontaktissa on aina kaksi toimijaa, hoitohenkilö ja potilas, joilla molemmilla on oma perustansa maailmassa. Martin Buber (1993) kiteytti tämän kahteen perussuhteeseen: toinen maailma koetaan ”semuodossa” ja toisessa ollaan suhteessa ”sinään”. Näistä ensimmäistä käytetään välineinä tai sellaisenaan. Toinen ”objektina” tarkoittaa ääritapauksissa sitä, että toista ihmistä käytetään hyväksi kuin esinettä. Ennalta asetettu rooli voi määrätä henkilön toimintaa (Raivola 1985, Heikkinen 1988). Terveystenhoitossa ja sairaanhoidossa roolit voivat olla ja usein ovat tiukkoja ja hierarkisia. Yksilöllisten ominaisuuksien korostaminen saatetaan kokea kyseisessä toimintaympäristössä jopa vahingollisina instituution toiminnalle. Hoitoyhteisössä myös potilaat mielletään helposti huolehdittaviksi kollektiiveiksi, joissa on tietty yhteiset piirteet; esimerkiksi jotkut sairaudet, erottavat kollektiivin jäsenet toisistaan (Heikkinen & Laine 1997). Tämä olisi iäkkäiden ihmisten hoitamisessa otettava huomioon.

Tutkimuksen mukaan terveydenhuollossa käydään yhä kiihtyvää keskustelua resurssien riittävydestä iäkkäiden ihmisten kasvaviin hoidon tarpeisiin. Joidenkin henkilöiden arvioinnin mukaan hoidon tarpeet pysyvät samoina, mutta siirtyvät myöhemmille ikävuosille yksilöä ajatellen. Jo nyt henkilökunta kokee hoitavansa vanhuksia erikoissairaanhoidossa. Henkilökunta ei kuitenkaan ole kiinnostunut vanhusten hoitamisesta, vaan hakeutuu muille aloille ja jättää vanhusten hoidon vähemmän koulutetulle henkilökunnalle (Molander 1999). Myös tämän tutkimuksen haastateltavat näkivät uhkana, että vanhuksien eivät tulevaisuudessa saa julkiselta puolelta akuuttia sairaanhoitoa.

Tutkimusaineiston yksipuolisuus oli osin tiedossa jo tutkimuksen suunnitteluvaiheessa, mutta tutkimuksen tekoon liittyvät realiteetit (taloudelliset, tutkijan työpanos) estivät toteuttamasta esimerkiksi henkilökunnan haastatteluja. Rajoituksista huolimatta tutkimustuloksia voidaan hyvin käyttää suuntaa antavina erikoissairaanhoidon päiväkirurgista toimintaa arvioitaessa laajemminkin.

12.2 Johtopäätökset ja suositukset

Tämän tutkimuksen perusteella esitetään seuraavat johtopäätökset ja suositukset:

Iäkkäät ihmiset ovat kiinnostuneita terveydestään ja pyrkivät hoitamaan itseään ja noudattamaan saamia ohjeita ymmärryksensä mukaan. Lyhyt kon-

takti palvelujärjestelmään aiheuttaa iäkkäille jännitystä, mikä neuvontatilanteessa heikentää kykyä muistaa ja painaa mieleen hoito-ohjeet. Omaan hoitoon liittyvät ohjeet lyhythoitaisessa kirurgiassa ovat uusia ja vaikeita, erityisesti jos ne kerrotaan nopeasti ja varmistamatta asioiden ymmärtämistä ja mieleen painamista.

Lyhythoitaisessa kirurgisessa toimenpiteissä olleille iäkkäille ihmisille ja varsinkin vanhuksille tulee hoito-ohjeita ja suosituksia annettaessa palvelujärjestelmässä kiinnittää nykyistä enemmän huomiota siihen, miten iäkkäiden henkilöiden reaktiokyky on heikentynyt. Tiedon mieleen painamisen vaikeutuminen voi heikentää muistamista ja uuden tiedon vastaanottamiskykyä. Lisäksi iäkkäillä on paljon elettyä elämää ja entisiä tietoja ja uskomuksia asioista. Nämä ennen opitut tiedot hoidoista voivat haitata uusien ohjeiden omaksumista (Rauhala 1990). Eri keinoin on varmistettava, että iäkäs on ymmärtänyt saamansa hoito-ohjeet ja myös tietää sekä ymmärtää, miten tulee toimia. Kirjallisen viestin ohella hoito-ohjeiden ymmärtäminen on varmistettava myös keskustelulla (Lepczyk ym. 1990). Iäkkäille kirjallisen ohjeen yksin lukeminen ja tulkinta on vaikeaa. Ohjeet on luettava yhdessä toisen henkilön kanssa ja tulkittava ne käytännön toiminnaksi.

Henkilökunnan on muistettava iäkkäiden kanssa asioidessaan puhua selkeästi ja tarpeeksi kuuluvalla äänellä, sillä iäkkäät eivät läheskään aina uskalla tai "kehtaa" kertoa, etteivät kuule. Asioiden väärin kuuleminen vaikeuttaa ymmärtämistä. Varsinkin iäkkäiden neuvontaan on panostettava enemmän hoito-ohjeiden toteutumisen varmistamiseksi.

Saattajan mukana olo auttaa asioiden muistamisessa ja hoito-ohjeiden käytäntöön panossa. Toisaalta saattajaan ei tule turvautua liian aikaisin ja liian totaalisesti, jotta potilas itse joutuisi harjaannuttamaan ja ylläpitämään tiedon käsittelyyn liittyviä toimintojaan, kuten muistia, oppimista, ongelmanratkaisukykyään ja taitoa organisoida omia asioitaan. Neuvontaan on liitettävä myös käytännön harjoittelua, ryhmäneuvontaa samanlaiseen toimenpiteeseen menevien kanssa ja keskustelua käytännön kysymyksistä.

Lyhythoitaiseen kirurgiseen toimenpiteeseen tulevat vanhukset tarvitsevat sekä suullista että kirjallista ohjeistusta ammattihenkilöstöltä. Potilaan kiinnostus kohdistuu itseensä ja siihen, mitä hänelle tapahtuu. Hoitavan henkilökunnan kiinnostus taas suuntautuu potilaaseen ammatillisessa suhteessa eikä hän odota potilaalta vastavuoroisuutta. Tilanteessa on aina tietty epäsymmetria; henkilökunta tietää enemmän kuin potilas, henkilökunta on nuorempaa kuin potilas ja usein paremmin koulutettu kuin potilas ja nopeampi kuin potilas. Usein iäkkäät kunnioittavat tätä ammatillisuutta niin, että eivät itse ilmaise omia odotuksiaan: "vanhat antaa lääkärin tehdä, mitä haluaa".

Vaikka lyhythoitoinen kirurginen toimenpide on suorituksena nopeampainen ja monen henkilön saumattoman yhteistyön tulos, on tilanteessa kuitenkin tärkeintä nähdä iäkkään ihmisen kohtaamisen erityispiirteet. Kohtaamisessa ei ole mukana ainoastaan iäkäs potilas omana minänään, yksilönä, vaan siinä on mukana aina myös hoitavan henkilön minä (Kettunen 2001). Kohtaamisessa ihmiset ovat toisiansa varten ja siksi sen on oltava kokonaisvaltaista ja myös ympäristön huomioon ottavaa. Hoitavan henkilön ja hoidettavan dialoginen

suhde antaa molemmille osapuolille kokemuksen, jota arvostetaan. Toisen ymmärtäminen, ymmärretyksi tuleminen omana itsenään, läheisyys, ystävyys ja rakkaus ovat dialogisen suhteen sisältöjä. Asiallisessa puheessa roolielämän piirissä on puheesta häivytetty pois persoonallisuus, yksilöllinen kokonaisuus. Puhumme, kuten roolissa on tapana puhua, kuten kuuluu puhua, kuten kuka tahansa siinä roolissa puhuisi (Heikkinen & Laine 1997). Tätä dialogista suhdetta hoitohenkilökunnan on edistettävä ja vaalittava hoitosuhteissaan. Myös erikoissairaanhoidossa on iäkkäiden henkilöiden kanssa työskentelevien lääkäreiden ja hoitajien jo koulutuksen yhteydessä opiskeltava kuuntelua, kokonaisvaltaista kohtaamista. Erityisesti on huomioon otettava vanhusten kertomien kokemusten merkitys.

Hoidon suunnittelu hyvin konkreettisella tasolla on iäkkäille leikkaukselkoja vähentävää. Iäkkäillä leikkaukseen valmistautumiseen on varattava aikaa niin, että asiaa voidaan kerrata ja mukana olevat omaiset tai tukihenkilöt tietävät myös hoitoprosessin kulun. Toimenpiteen suunnitteluun on hoitavan laitoksen syytä osallistua jo hyvissä ajoin lähettämällä kutsu ja ohjeet ajoissa ja antamalla mahdollisuus keskusteluun ja kyselyihin jo ennen toimenpiteeseen saapumista. Tähän keskusteluun on otettava mukaan myös pitkän elämän eläneiden leikkauspotilaiden ajatus tai ennakointi oman kuoleman mahdollisuudesta toimenpiteen yhteydessä. Myös lyhythoitaisia kirurgisia potilaita hoitavien henkilöiden koulutukseen on liitettävä tämä kuoleman kohtaamisen näkökulma.

Iäkkäät kokivat palvelujen järjestämisen lyhytjälkihoitoisena kirurgiana tehokkaaksi ja pitivät sitä taloudellisena. Kuitenkin jonottaminen leikkaukseen oli ollut pitkä ja vaihteli myös näillä haastatelluilla. Sosiaali- ja terveysministeriö onkin antanut toimenpidesuosituksen, jonka mukaan potilaat asetetaan toimenpidejonoihin yhtenäisten indikaatioiden perusteella koko maassa (STM 2002). Tarkoitusta varten laaditaan suositukset jonoon asettamisperiaatteista ja jonohallinnasta.

Haastatellut olivat tietoisia terveydenhuollon priorisoinnista ja pitivät hyvänä, että työikäisiä hoidetaan ensin. Kuitenkaan potilaita ei ole luokiteltava ”kahden kerroksen väeksi”.

Terveydenhuollossa on priorisoinnissa kysymys valinnoista palvelutarpeen ja taloudellisten mahdollisuuksien ristiriitatilanteissa. Tavoitteena on pidettävä yhteisen ja yksilön hyvän tasapainottamista sekä periaatetta mahdollisimman monien auttamisesta käytettävissä olevien voimavarojen asettamisrajoissa. Myös iäkkäitä hoidettaessa on tämän tutkimuksen mukaan (vrt Lindqvist 2001) eettisenä valintakriteerinä pidettävä hoidon vaikuttavuutta, oikeudenmukaisuutta ja tasapuolisuuden toteutumista sekä ihmisarvon ja potilaan oikeuksien kunnioitusta.

Haastatellut epäilivät, että ilman arvokeskustelua sekä sovittuja, selvästi ymmärrettäviä pelisääntöjä valinnat perustuvat helposti sattumaan, yksilön asemaan, palveluita haluavan kykyyn ajaa omaa asiaansa tai muihin kriittistä tarkastelua kestävämpiin perusteisiin. Haastateltujen esille tuoma asia on jo nyt valtakunnallisesti tarkasteltavana ja uudistettavana, sillä Stakes ja Suomen kuntaliitto käynnistivät palvelujen saatavuuden, hoidon vaikuttavuuden, laa-

dun, kustannusten ja tuottavuuden sekä kuntien terveystalouden käytön ja kustannusten seurantajärjestelmän rakentamisen (STM 2002).

Iäkkäät asettivat useita toiveita palvelujärjestelmän parantamiseksi varsinkin julkisella terveydenhuollon sektorilla. Palvelujärjestelmän on oltava avoin ja läpinäkyvä. Asukkaille on kerrottava rehellisesti kuntien oma terveydenhuoltostrategia ja sen on oltava koko väestön nähtävänä ja käytettävänä. Tiedonsiirto iäkkäiden potilaiden hoitoon osallistuvien kesken on myös uudistettava. Samoja tutkimuksia tehdään peräkkäisinä päivinä eri sairaaloissa, vaikka tiedonsiirto nykyisenä automaattisen tietojenkäsittelyn aikana on sähköisesti mahdollista. Haastateltujen aistima luottamuspuola eri laitosten välillä, kiellot lähettämisestä laboratorio- tai muihin tutkimuksiin tai jatkohoitoon on kitkettävä pois uusilla toimintamalleilla. Henkilökuntaa on koulutettava käyttämään sähköistä tiedonsiirtoa niin, että sujuvalla toiminnalla estetään päällekkäisyydet. Myös potilaiden neuvonnassa on käytettävä nykyistä enemmän sähköistä tiedonsiirtoa. Potilaat voivat nykyään käydä hakemassa tietoa ja saada hoito-ohjeita sairaaloiden Internet-sivuilta. Potilaille on mahdollistettava myös netti-neuvonta, jolloin he voivat itse kysellä asiantuntijoilta sähköisessä muodossa hoitoaan koskevia asioita. Iäkkäiden motivointi sähköiseen tiedonhakuun on tulevaisuudessa terveydenhuoltohenkilökunnan työtä.

Puhelimen lisäksi monella iäkkäällä on nyt jo mahdollisuus sähköpostiin. Myös tätä on syytä käyttää niin, että potilaan ja hoitavan henkilön välille synnyisi jo ennen leikkausta luonteva yhteys ja asioiden avoin keskustelu olisi mahdollista. Sairaaloihin on nykyään mahdollista tutustua etukäteen. Kaikille synnyttäjille järjestetään tutustumiskäynti ennen synnytystä synnytys saliin. Samanlainen vierailu iäkkäille heidän hoitopaikkaansa ennen toimenpidettä hälventää pelkoja ja jännitystä.

Neuvonnan pelisäännöt kirjataan hoitoketjuihin, jotka ovat kaikkien hoitavien henkilöiden käytössä kaikissa potilaan hoitoon osallistuvissa organisaatioissa. Näiden ohjeiden mukaan jokaiselle yksikölle laaditaan omat toimintasäännöt.

Oikea tieto ja luottamus hoitavaan henkilökuntaan lisää potilaiden hoitomyöntyvyyttä, samoin jatkuva hoitosuhde saman lääkärin tai hoitavan henkilön kanssa. Jos hoitokontakteja on samanaikaisesti useille eri tahoille, julkiselle ja yksityiselle sektorille, on hoidon koordinointi ja ohjeiden soveltaminen joskus vaikeaa. Siksi iäkkäille on nimettävä oma hoidon koordinaattori, omalääkäri tai omahoitaja, jotka avustavat heitä löytämään oikean heitä palvelevan palvelupolun ja lisää näin myös potilaiden hoitomyöntyvyyttä. Iäkkäiden erikoissairaanhoidon on myös koordinoitava nykyistä paremmin. Hoidot, lääkehoito, neuvonta ja ennalta ehkäisy vaativat yhä enemmän asiantuntemusta. Omalääkäreitä ei aina ole tarvittavaa määrää. Erikoissairaanhoidosta puuttuvat geriatrit, joiden työpanoksella karsittaisiin iäkkäiden turhia hoitojaksoja hoidon koordinoinnin onnistuessa. Hoitohenkilökuntaan olisi myös koulutettava erikoisalujen asiantuntijoiden lisäksi vanhusten hoidon koordinoijia. Gerontologin tai geronomin pitämällä vanhuspoliklinikoilla voitaisiin koordinoida myös erikoissairaanhoidossa olevien iäkkäiden hoitoja.

Haastatellut henkilöt esittivät konkreettisia parannusehdotuksia lyhythoitosen kirurgisen toiminnan parantamiseksi. Seuraavassa kuviossa on esitetty näitä kehittämiskohteita juuri vanhusten osalta (kuvio 7).

Neuvonta:	Kategoriat:
	Tietäminen
Kuvat, ohjeet	- Oma anatomia ja fysiologia
Keskustelu, ohje	- Hoidon kulku
Keskustelu, harjoittelu	- Ohjeiden ymmärtäminen
Kirjallinen ohje, keskustelu	- Avun saanti
Keskustelu, ohje	- Muut sairaudet / hoidettava tauti
Keskustelu, seuraaminen	- Hoitomyöntyvyys
	Toiminnallisuus
Tarkat ohjeet, yhteydenotot	- Kivun hoito
Ohjeet, harjoittelu	- Infektioiden ehkäisy
Ohjeet, keskustelu	- Kunnan ylläpito
Keskustelu	- Harrastukset
	Tunne
Keskustelu, kohtaaminen	- Eettisyys
Keskustelu	- Pelot, kuolema
Keskustelu	- Rohkeus
	Palvelujärjestelmä
Keskustelu, palautteet myös kirjallisena	- Toiveet henkilökunnalle
Tarkat jonotusajat, etukäteen tietoa	- Jonotus
Hoitoketjuista tiedottaminen kirjallisena, keskustelu	- Hoitoprosessin kulku
	Hoidon onnistuminen
Iäkkään itsensä, mutta myös omaisten ja terveydenhuollon henkilöstön arviointi tarpeeksi pitkän ajan kuluttua	

KUVIO 7 Hoidon onnistumisen malli

Haastateltujen potilaiden saamat ohjeet liittyvät enemmänkin itse toimenpiteeseen kuin kotona olemiseen ja elämiseen. Toipuminen kotona edellyttää lyhytjälkihoitoiselta potilaalta aktiivisuutta, taitoa tarkkailla itseään ja itsehoitoa ja osaamista reagoida ja toimia eri tilanteissa. Henkilökunta antaa ohjeita kivun lieventämisestä ja infektioiden ehkäisystä. Kuitenkin esimerkiksi käsien pesua, silmän pesua, tippojen laittamista silmään on syytä harjoitella ennen kotiutumista. Ohjeiden on sovellettava ohjattavien elämään ja käytäntöön siellä. Haastateltavat toivoivat käytännön esimerkkiä vaikkapa painavasta esineestä. Onko painava esine kilon paketti sokeria, polkupyörä vai ehkä lapsi?

Iäkkäiden lyhytkirurgisten potilaiden hoitoprosessi on lyhyt ja taloudellinen. Kuitenkin iäkkäiden neuvonnan ja ohjauksen nykyistä suurempi ajallinen

ja monipuolisempi panostaminen on tämän tutkimuksen mukaan aiheellista. Potilasnäkökulma on kuitenkin pidettävä aina ensimmäisenä.

Tämän tutkimuksen haastatelluista suurin osa oli miehiä, joiden vaimot olivat kotona heitä hoitamassa. Eniten ongelmia on vanhoilla, yksin asuvilla naisilla, jotka tarvitsevat kotiin apua leikkauksen jälkeen, eikä omaisia tai ystäviä asu lähellä. Näille potilaille olisi palvelujärjestelmän järjestettävä lyhyeksi aikaa mahdollisuus majoittua niin, että tarvittava apu toipumisen aikana olisi saatavilla.

Iäkkäiden preventiivisiin palveluihin kiinnittivät myös nämä haastateltavat huomiota. Tämän tutkimuksen mukaan yli 60-vuotiaille miehille olisi järjestettävä lääkärin terveystarkastus eturauhasvaivojen ehkäisemiseksi. Tällaista tarkastus- ja neuvolatoimintaa onkin syytä kokeilla, sillä miesten eturauhasvaivat ovat lisääntymässä väestön vanhenemisen myötä ja varsinkin kun eturauhassyöpä on miesten yleisin syöpälaji (Pukkala ym. 1997).

Sairaalamaksut ovat Suomessa julkisella sektorilla suurimmalle osalle väestöstä hallittavissa. Tämän tutkimuksen mukaan lyhythoitaiset kirurgiset toimenpiteet olivat hoidettujen mielestä kustannuksiltaan kohtuullisia, sairaalamaksut olivat edullisia ja moni olisi ollut halukas maksamaan enemmänkin, jos hoitoon pääsy nopeutuisi.

12.3 Jatkotutkimushaasteet

Leikkausjonoissa olevista potilaista suurin osa on iäkkäitä ja jonotusaika saattaa olla useita vuosia. Jatkotutkimuksella olisi selvitettävä, kuinka paljon enemmän iäkkäät joutuvat maksamaan odotusajalta käyttämistään ylimääräisistä sosiaali- ja terveyspalveluista ja lääkkeistä verrattuna siihen, että toimenpide olisi voitu tehdä heti tarpeen syntyessä.

Iäkkäiden ihmisten omien näkemysten, käyttäytymisen ja kokemusten tutkiminen ja huomioon ottaminen palvelujen suunnittelussa ja yhteiskunnallisten voimavarojen suunnittelussa on tie parempien palvelujen tarjontaan. Olisi tutkittava haastateltujen esille ottama ikäsyRJintä. Onko sitä ja miten se esiintyy alueittain ja sairaaloittain? Miten se ilmenee henkilökunnan ja potilaiden ilmentämänä?

Tässä tutkimuksessa tuli esille sairaalan toimintaympäristön kuormittavuus, hoitotyön henkilöstön uupuminen, stressaantuneisuus ja turhautuneisuuskin kovan työpaineen alla sekä lyhythoitaisen kirurgisen toiminnan yhä nopeutuva tempo ja henkilökunnan määrällinen ja laadullinen vajaus ja kiire toimintaan. Organisaatioissa ei kuitenkaan ole tällä hetkellä käytössä mittareita siitä, miten vaikuttaa varsinkin iäkkäiden henkilöiden kohteluun ja kohtaamiseen.

Lyhythoitoinen kirurginen toiminta mahdollistaa myös monien interventioiden järjestämisen potilaan hoitoprosessin eri osista. Tämän tutkimuksen tulosten perusteella on tarkoituksenmukaista tehdä interventio sairaanhoitopiiris-

sä iäkkäiden lyhytkirurgisten potilaiden nettimeuvonnasta ja sähköisestä viestinnästä.

Hoitoprosesseja käsittelevissä tutkimuksissa tulisi kehittää mittaristoja niin, että hoitoprosessin eri vaiheet rekisteröitäisiin nykyistä yksityiskohtaisemmin iäkkäät huomioon ottaen.

Iäkkäiden ihmisten omien näkemysten, käyttäytymisen ja toimintatapojen tutkiminen ja huomioon ottaminen tulee olla entistä keskeisempi lähtökohta myös lyhythoitaisen kirurgisen toiminnan suunnittelussa ja terveydenhuollon voimavarojen jakamisessa.

Iäkkäiden ihmisten lyhythoitoinen kirurginen toiminta vaatii kehittämistyötä myös teoreettisella tasolla niin käsitteiden määrittelyn kuin soveltuvien tutkimusmenetelmienkin suhteen.

SUMMARY

The aim of this study was to examine the experiences of elderly patients who have undergone gay surgery of the care process. The aim was to analyse what kind of experiences they had had and what they wished of the care process.

Theoretical Background

Grounded theory method was selected as the method for qualitative analysis and constructions from within the material. With grounded theory it is easy to keep rigidly to the material and form interpretations from!! (Ekola et all 1998) As a concept gualitativeness is associated with the material in text form even though it need not be verbal (Perttula 1995). In research the research plan lives with the research project. The salient feature of the research is extrapolating the theory from empirical data using comparative analysis. Extrapolating the theory from data means that the concepts and hypotheses arise from the data and they are worked systematically through the research process. Extrapolating the theory means that with a qualitative method the process-like nature of the phenomenon is reached (Grönfors 1982, Ekola & Suoranta) and the construction is distributed through the research process.

With grounded theory new concepts, conceptual systems, theoretical constructions about certain content fields or generally in human activity are formed. Using this method the gathering of material, in this case interviews, and processing occur concurrently. Salient analysis is the analysis of continuous comparison. The criteria of assessing the validity of the results gained by this method are suitability, comprehensibility and adequate intelligibility.

Objectives

The goal was to examine the experiences of the patients who have undergone short-stay surgical procedures of the care process. The goal was to describe, interpret and try to understand their coping, expectations and wishes and, using grounded method, create care process categories accordant with the needs of the elderly

Research Material

The research material consisted of interviews of 22 elderly persons who had undergone short-stay surgery, 44 interviews in all.

The interviewees were selected from the patients over 75 years of age who had been treated on a day surgical ward of a hospital who were willing and able to participate.

The first interview was conducted at the patient's home immediately after the procedure. The second interview was scheduled to take place after follow-up check also at the patient's home.

The average age of the interviewees was 76.6 years. Sixteen of the interviewees were men and six women. It was interesting and justifiable to select people of over 75 years of age since pensioners themselves and people generally associate old age with 75-80 years at the earliest (Palo 1997).

On the other hand "actual old age" begins after 80 years.

Twelve of the men were married and four were widowers. Two of the women were single, three were widows and one married. The interviewees lived either in blocks of flats, row houses, one family houses and sheltered accommodation. Nine of the interviewees lived alone.

Results and Conclusions

This research gave information about the care and recovery experiences of elderly patients who had undergone short-stay surgery. It also gave information about the expectations of the elderly regarding the actions of the staff participating in the care about giving information, supporting mobility and dealing with emotions. The elderly gave vital information for developing the service organisation to suit the elderly in particular. Assessing the success of the care already in the preparatory stage, and critical evaluation after a suitably long time will be a future challenge for short-term surgery.

The following chapters discuss the significance of the results from the viewpoint of elderly patients, service organisation and short-term surgery aimed at the elderly. Finally the conclusions, recommendations and suggestions for further research are given

Assessment of the Results

The research in question was in the fields of Public Health and Gerontology. The research gave information about the experiences of elderly people who had undergone short-stay surgery within special health care. Similar research that discusses both short-stay surgery and the elderly has not previously been carried out in Finland from this viewpoint. There are also few international studies.

The information obtained from the research about the experiences of the elderly who have undergone short-stay surgery can be used when assessing the rationality of the time use and appropriate use of expertise from the results told by the patients. Lack of individuality of care is emphasised as the procedure is carried out rapidly and health care professionals do not have the possibility for long-term follow-up and solving any problems that have arisen. Different viewpoints have to be recognised in coping mechanisms of these patients.

The interviewed persons had a varying knowledge base about the matters relating to the procedure. Some found it difficult to follow instructions as their knowledge about their own anatomy and physiology was inadequate. The slowing down of reactions, which is associated with aging can be seen as difficulty in situations that demand learning new things and catching on quickly such as a doctors surgery. Instructions about self-care were new to many in short-stay surgery especially if they were given quickly without ensuring comprehension.

Short contact with the service organisation caused the interviewees anxiety, which further affected their ability to remember and memorise care instructions

Correct information and trust in the care givers aids to the compliance of the elderly as did long care-relationship with the doctor and carers. The interviewees who had concurrent care- relationships with care providers in both public- and private sectors, and institutional and community care were not always aware of which instructions to follow. The instructions were conflicting and the interviewees and their families had problems in deciding whose instructions were the best and safest to follow.

The elderly often have multiple illnesses and they are used to coping with these, as well as with other life's challenges. Those suffering from the same illnesses cope in different ways, and use different numbers of various services. The elderly undergoing short-stay surgery had a balance between needing and receiving help. Making observations about recovery was interesting. The elderly who had undergone similar procedures knew the regime and recovery process from experience and compared different treatments with each other.

Those selected for short-stay surgery were very active and they had an active and independent approach to their recovery. Pain relief and prevention of infection were important to them and they generally acted according to their understanding and the instructions they had been given. Taking care of their health, and interests, regardless of the procedure was important. Even a short break from work and hobbies was limiting and detrimental to condition.

Ethical principles related to care feature markedly in the care of the elderly. Ethics describes and explains good and right ways to live and act in a world shared with others. Ethics consists of values, ideals and principles that relate to good and bad, right and wrong. The task of ethics is to help a person to make choices, to guide and weigh up one's own actions and those of others, and to examine the bases of their actions. (Lindqvist 2001)

Also the elderly know the law of the patients' rights and status (1992), which contains the most important legal principles pertaining to patient care and treatment. The right to good health care and nursing, humane treatment, information and self-determination were seen to be essential.

Also the elderly know that they had the right to comply or not comply with procedures. They regard important that they are treated so that their dignity is preserved, and their personal beliefs and privacy are respected. Some of the elderly were doubtful that their treatment would be postponed and some that they would not be treated because they were so old. Surgical procedures

are performed on even older people than previously, but the question is do they receive the required extent of care and service.

Elderly people talk about the deficit of the care they have received in the service organisation e.g. how the symptoms they have described have been interpreted as age-related following only a short interview, as if nothing could be done about the perceived symptom.

The study also showed the lack of impartiality in health care. Some interviewees suspected age discrimination in the allocation of services. The client's experience is, however, always completely independent of what the staff think. The experience reported as age discrimination may be related to staff behaviour or taking care of practicalities.

Even a short procedure always gives rise to many emotions: fear, tension, and relief when getting treatment, worry and anxiety. The generation involved in the study has experienced war and was prepared to cope with a relatively minor ordeal compared with the war. However, surprisingly many thought of the possibility of their own death, and facing death in connection with the procedure. Having lived a long life they judged life to be finite in their case, and the possibility of death always present. Many compared themselves with their parents or friends who had died at a younger age. Some had discussed death with their families, some only talked about it to the interviewer. They didn't want to worry their families. Death was alluded to as being taken to the cellar or being dressed in a shroud.

Organising services as short stay surgery has been felt to be efficient and economical, and it is going to be increased nationally. Patients' waiting times for the procedures have varied in different parts of the country. This is why Social and Health ministry's National Project to Secure the Future of Health Care is recommending that patients are placed on waiting lists on the basis of common indicators in the whole country (STM 2002). National recommendations will be drawn up for the principles of waiting list placements and waiting list administration.

Admission for treatment is often preceded by a long wait. In Finland, in August 2001, there were 26.000 patients waiting for cataract operation. The longest waiting periods were 1.5 – 2 years. There were thousands of patients on waiting lists for hip operations and the waiting periods were 2-3 years (Punnonen 2001). It is significant that most of the patients on the waiting lists are elderly. Years of waiting with worsening symptoms make the elderly seek treatment outside the public sector. There they can choose the timing and the venue of the procedure, and the matters relating to the procedure can be arranged with the staff. As the reason for the long wait in the public sector many suspected age discrimination. "They don't want the old". Many of the interviewees felt they were second-class citizens seen as an expense. There were also doubts about the justness of access to care.

Many of the interviewees suspected that prioritisation worked so that they wouldn't receive treatment in the time needed. They suspected that prioritisation favoured these at working age.

The suspicions were directed undoubtedly to the recent discussion about prioritisation and savings.

Walker (2001) has discussed prioritisation from the point of rise in costs. If funding basis cannot be extended according to need, the availability of services will be cut. This strategy is coloured with different presuppositions. It is argued that pensioners are richer than before and they can afford to obtain the services they need from private care providers. It is often thought that the absence of chargeable services is compensated by the care given increasingly by family members or wider community. Means testing has been used e.g. in Finland, Sweden and England to reduce the numbers of the elderly who are eligible to public home care. The danger of restricting means testing, such as neglecting prevention, is that the decisions related to care allocation become medicalised and the service users and their carers are excluded from the decision making. Age discrimination (direct or indirect) may thus limit the access to social and health care and therefore act as a tool for prioritisation.

The interviewees felt that it wasn't expedient to segregate them into two classes of citizens waiting to be treated. In health care the question of prioritisation is a question of selection in the conflict of service need and financial resources. The objective, according to the interviewees, must be to balance the good of the individual and the good of the community, and help as many people as possible within the available resources. As the criteria for selection, the elderly, as did Lindqvist (2001), considered to be the effectiveness of care, justness, and the respect of human rights and the rights of patients. The interviewees suspected that without values discussion and clearly understandable guidelines the selections were based on chance, social status, and the patient's ability to act as his own advocate or other factors untenable of critical examination.

The interviewees examined the care outcomes subjectively. They were mostly satisfied with the outcome, when the objectives for the outcome had been defined realistically. Everyone had not been told about the degree of possible outcome and to some the degree of success was unrealistic.

Service organisations were frightening for some elderly people and they weren't willing to find out about them. "I won't go to the police station or hospital voluntarily", was a comment from one of the male interviewees. When the elderly are timid about contacting service organisation, they question outsiders: the interviewer, acquaintances and relatives, generally people they dare to approach. The instructions received may be conflicting or impossible to carry out, and even more, give rise to more questions than answer.

In a care situation one person receives care and the other person gives care. The viewpoints of the carer and the patient differ from each other clearly. The patient's interest is in himself, his own problem and its effect on his life. The carer's interest in the patient is professional. He doesn't expect reciprocity from the patient. The relationship doesn't break down because of the lack of reciprocity, as its character is asymmetrical. The carer, however, has a responsibility to help. He has a responsibility for the welfare of the other, the patient.

According to Levinas (1996) the carer has a responsibility for “what he meets as a face”.

In a care relationship there is always touching. Touching presupposes closeness, the absence of distance and strangeness. Closeness is valuable to a person even in a short-term care relationship; strangeness is a challenge or a big problem. Touching is, however, always a part of caring and it is not unimportant how the touching is enacted within a care procedure and the care process.

In short-stay surgical contact there are always two actors, the carer and the patient, both of whom have their own basis in the world. Martin Buber (1993) clarified this as two basic relationships: one world is experienced as “it” and the other is a relationship with “you”. The first of these is used as an instrument, or as such. The other as “an object” in the extreme means that the other person is used as an item. A predetermined role may govern the other person’s action (Raivola 1985, Heikkinen 1988). In health care and nursing roles may be, and are, rigid and hierarchical. Emphasising individual characteristics may be seen to be detrimental to the functioning of the operational environment, and even harmful to the functioning of the institution. In a care community also patients are easily seen as a collective to be taken care of, where certain common characteristics such as certain illnesses separate the members of the collective from each other (Heikkinen & Laine 1997) this should be taken into consideration when looking after elderly people.

According to research there is heated debate in health care about the sufficiency of resources for the ever-increasing care needs of the elderly. According to some assessments care needs, with regard to the individual, will remain the same but occur in his later years. The staff already feel they are looking after the elderly special health care. The staff, however, are not interested in elderly care and turn to other fields and leave the care of the elderly to less qualified staff (Molader 1999). The interviewees of this study also saw as a threat that the elderly will not have access to acute care in the future.

The one sidedness of the research material was acknowledged in the planning stage of the research, but the realities of research (financial, researcher’s work) prevented conducting staff interviews. Despite the limitations the research can be used as an indicator when assessing day surgical operations in special health care on broader basis.

Conclusions and recommendations

The following conclusions and recommendations are presented on basis of this research.

Elderly people are interested in their health and strive to take care of themselves and to follow the instructions they have been given, according to their understanding. A short contact with the service organisation causes anxiety in the elderly, which hinders their ability to remember and memorise care instructions. Care instructions about self-care in short stay surgery are new and

difficult, especially if the instructions are given rapidly, without ensuring their comprehension and memorising.

When giving instructions to elderly people, especially the aged, who have undergone a short stay surgical procedure more attention should be paid in the service organisation to how old people's reactivity has slowed down. The difficulty in memorising information may impair memory and ability to receive new information. Additionally, the elderly have a long life behind them and previous knowledge and beliefs about things. Thus the previously learned facts about treatment can hinder the learning of new instructions (Rauhala 1990). It has to be ensured, using various methods, that the elderly person has understood the care instructions, and also knows and understands how to act. In conjunction with written instructions understanding has to be ascertained with discussion (Lepczyk at all 1990). It is difficult for the elderly to read and interpret written instructions when alone. The instructions should be read with another person present and translated into action.

The staff have to remember when dealing with the elderly to speak clearly and loudly enough because the elderly do not always dare to say that they do not hear. Mishearing makes it difficult to understand. Especially when instructing the elderly more attention must be paid to ensure that the care instructions are carried out.

Having an escort present helps in remembering things and following care instructions. On the other hand the escort should not be resorted to too early and totally, so that the patient has to practice and keep up the skills involved in information processing such as memory, learning, problem solving and skill in organising his own affairs. The instructing should include practice of skills and group instruction with people undergoing the same procedure, and discussion about practical matters.

The elderly admitted for short stay surgical procedure need both written and oral instruction from professionals. The patient's interest is directed toward self and to what will happen to him. The carers' interest is directed towards the patient in a professional relationship and they do not expect reciprocity from the patient. The situation holds a certain asymmetry. The staff know more than the patient, the staff are younger than the patient, and often better educated than the patient, and faster than the patient. Often the elderly respect this professionalism so that they don't voice their own expectations. "The old let the doctor do as he wishes".

Even though short stay surgery is, as a procedure, faster and a result of teamwork it is most important to recognise the special features of dealing with an old person. In the encounter are present not only the old person as his own self, an individual but also the carer's self (Kettunen 2001) In the encounter the people are there for each other and that is why it has to be holistic, also taking the environment into consideration. A dialogical relationship between the carer and the patient gives both an experience that is valued. Understanding the other, being understood as one's own self, closeness, friendship and love are contents of a dialogic relationship. In a factual speech in role behaviour personality, individual completeness, has been obliterated from the speech. We speak as

anybody in that role would speak (Heikkinen & Laine 1997). This dialogic relationship the staff have to promote and nurture in their care relationships. Also in special health care the doctors and nurses working with the elderly should learn listening and comprehensive encounter. Especially the significance of the experiences related by the patients should be taken into consideration.

Planning the care on a concrete level reduces the fear of surgery in the elderly. With the elderly time must be taken for preparation for the operation so that facts can be revised and family members or support persons also are aware of the progress of the operation. The caring institution should participate in the preparation in good time by sending the appointment and instructions in time and giving a chance for discussion and questions before the procedure. This discussion must include thought and anticipation about death during the procedure for those who have had a long life. Also education for those who look after short-stay surgical patients should include the view of facing death.

The elderly saw short-stay surgery as effective and economical. Waiting for the operation had been long, and had varied between the interviewees. Social and health ministry has issued recommendations that patients are placed on waiting lists on the basis of common indicators in the whole country (STM 2002). Recommendations will be drawn up about the placing on a waiting list and list administration

The interviewees were aware of health care prioritisation and thought it appropriate that people in working life were taken care of first. However, patients should not be classified as two classes of citizens.

In health care prioritisation is a question of selection in the conflict of care needs and financial possibilities. The goal must be the balancing of the common good and individual good, and the principle of helping as many as possible within the confines of existing resources. Also when caring for the elderly the ethical criterion must be the effectiveness of care justness and impartiality, and the respecting of human rights and patient's rights.

The interviewees suspected that without values discussion and fixed, clearly understood rules selections were based on chance, social status, and the patient's ability to act as his own advocate or other factors untenable of critical examination. The matter brought up by the interviewees is already being nationally examined and renewed, as Stakes and Finland's Union of Municipalities commenced the building of a follow-up organisation about the use and costs of municipal health care services service availability, effectiveness of care, quality costs and productivity (STM2002).

The elderly voiced many expectations about the improvement of the service organisation, especially on the public sector. The service organisation has to be transparent and open. The inhabitants have to be told honestly about the health care strategy of the municipality and it has to be visible to the whole population. Information transfer between those participating in the health care of the elderly has to be updated. The same investigations are performed in consecutive days in different hospitals even through electronic information transfer in these days of automatic data processing is possible. The lack of confidence between different institutions sensed by the interviewees, prohibitions about

referrals for laboratory or other investigations, or further treatment have to be weeded out with new operations models.

The staff have to be trained to use electronic information transfer so that overlapping can be prevented by smooth operation. Also in patient information electronic transfer of information should be used more often. Today patients can visit hospital web sites for information and care instructions. The patients should be given access to instructions via the Internet, and then they would be able to ask experts about matters relating to their care electronically. Motivating the elderly to use electronic information retrieval will be the task of health care staff in the future.

As well as telephones the elderly already have access to e-mail, which should also be used so that the patient and the carer form a natural relationship with each other before the operation and open discussion would be possible. It is also possible to visit the hospital beforehand. Mothers are arranged a visit to the delivery room before the birth. Similar visits to the care venue for the elderly before the procedure would alleviate anxiety.

The guidelines for instruction are recorded in care paths, which are used by all cares in all organisations participating in the patient's care. According to these instructions each unit is prepared its own directives.

Correct information and trust in the staff improves compliance, as does a long-term care relationship with the same doctor or carer. If there are concurrent care contacts with several instances, in public and private sector, care coordination and applying instructions are often difficult. Therefore, the elderly should have a named care coordinator, named doctor or named nurse who will help them find the correct care path, thus increasing the patient's compliance. Special health care for the elderly should also be coordinated better than now. Treatments, medication, counselling and prevention demand increasing expertise. There are not always enough named doctors. Special health care lacks geriatricians whose work would to help weed out unnecessary admission with successful coordination.

Elderly care coordinators as well as experts in specialist fields should be trained to be part of the staff. Elderly care within special health care could be coordinated in clinics for the elderly run by gerontologists or geronomes.

The interviewed persons proposed concrete suggestions to improve the working of short-stay surgery. The following figure presents these focuses for improvement particularly from the part of the elderly.

Instruction	Categories:
Pictures, instructions Discussion, instruction Discussion, practice Written instruction, discussion Discussion, instruction Discussion, follow up	Knowing - Own anatomy and physiology - Care progress - Understanding instructions - Getting help - Other illnesses/ illness to be treated - Compliance
Exact directions, contacts Instructions, practice Instructions, discussion Discussion	Operationality - Pain relief - Infection prevention - Fitness maintenance - Hobbies
Discussion, meeting Discussion Discussion	Emotion - Ethicality - Fears, death - Courage
Discussion, feed back also in writing Exact waiting periods, information in advance Written information about the care path, discussion	Service Organisation - Expectations of the staff - Waiting - Progress of care process
Success of Treatment	
An evaluation the aged, but also by the family and health care staff after an interim period	

FIGURE Model of successful treatment

The instructions received by the interviewed patients related more to the actual procedure than to being and living at home. Recovery at home presupposes that the patient who has undergone a sort stay surgical procedure is active, skilled at self-observation and self-care, and able to act and react in different situations. The staff give instructions in pain relief and infection prevention. However, it is also pertinent to practice i.e. hand washing, eye irrigation and putting drops into eyes before discharge. The instructions have to be suitable regarding the patient's life and practices at home. The interviewees wished for practical examples about e.g. heavy objects. Is a heavy object perhaps such as a 1 kg packet of sugar, a bicycle, or a child?

The care process of short-term surgical procedure for the elderly is brief and economical. However, according to the research, it is justified to invest more time and variety in instructing and counselling the elderly. However, the patient's viewpoint has to be the first consideration.

Most of the patients interviewed for this research were men whose wives were at home looking after them. Old women who live at home alone and need help at home after the operation and whose friends and relatives don't live near have the most problems. The service organisations have to arrange a possibility for these patients to reside in such a way that the required help would be at hand during recovery.

The interviewees also mentioned preventative services for the elderly. According to this study men over 60 years of age should be offered a medical check up to prevent prostate problems. This kind of examination and clinic service is worth trying because prostate problems in men are increasing as the population ages, especially since prostate cancer is the most common cancer in men, (Pukkala et al 1997)

Hospital charges in the public sector in Finland are manageable for most of the population. According to this research the interviewees felt that short stay surgical procedures were of reasonable price, hospital charges were economical, and many would have been prepared to pay more if the access to care quickened.

Further Research

Most of the patients on surgical waiting lists are elderly and the waiting period may be many years. Further research could be carried out to find out how much more the elderly have to pay for the extra social- and healthcare services and medicines they need during the waiting period than if the procedure could have been carried out as soon as the need arose.

Taking into consideration elderly people's views, behaviour and experiences when planning services and planning society's resources is a way for better provision of services. It would be pertinent to conduct research into the age discrimination referred to by the elderly. Is there any, how does it manifest itself by district and by hospital. How is it expressed as described by staff and patients?

This research highlighted the strain in the operational environment, the exhaustion, stress and frustration of the staff under heavy work pressure and the ever-increasing tempo of short stay surgery, and the qualitative and quantitative shortage of staff and the haste to action. The organisations do not have measures in use about how to influence the treatment of elderly persons.

Short stay surgery also enables the organising of many interventions of different parts of the care process. On the basis of the results of this study it is expedient to make an intervention in hospital district of instruction on the Internet for the elderly, and electronic communication.

The research concerned with nursing processes should develop measures so that the different stages of the process would be registered in more detail allowing for the elderly.

Studying and taking into consideration elderly people's views, behaviour and experiences should be an even more central premise when planning short stay surgery and allocating health care resources.

Short stay surgery for old people needs developing also on theoretical level, in relation to both defining concepts and suitable research methods.

TIIVISTELMÄ

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää lyhythoitoisessa kirurgisessa toimenpiteessä olleiden iäkkäiden henkilöiden kokemuksia koko hoitoprosessin ajalta. Tavoitteena on analysoida, minkälaisia kokemuksia heille on kertynyt ja mitä he koko hoitoprosessilta halusivat.

Teoreettinen tausta

Laadulliseen analyysiin ja tulkintojen tekemiseen tässä tutkimuksessa on valittu grounded teoria -menetelmä. Sen avulla on mahdollista pitäytyä tiukasti aineistossa ja rakentaa tulkintoja aineistosta käsin (Ekola ym. 1998). Käsitteenä laadullisuus on totuttu yhdistämään tutkimusaineiston tekstimuotoisuuteen, vaikka sen ei tarvitse olla kielellisesti tuotettua (Perttula 1995). Tutkimuksessa tutkimussuunnitelma elää tutkimushankkeen mukaan. Tutkimusotteen keskeinen piirre on teorian yleistäminen suoraan empiirisestä datasta vertailevan analyysin avulla. Teorian yleistäminen datasta merkitsee, että käsitteet ja hypoteesit nousevat datasta ja niitä työstetään systemaattisesti tutkimusprosessin aikana. Teorian yleistäminen sisältää täten itse tutkimusprosessin (Glaser & Strauss 1967). Tämä tarkoittaa sitä, että laadullisella menetelmällä saavutetaan ilmiön prosessinomainen luonne (Grönfors 1982, Ekola & Suoranta 1998) ja tulkinta jakautuu koko tutkimusprosessiin.

Grounded teoria -menetelmällä muodostetaan empiirisen aineiston avulla uusia käsitteitä, käsitejärjestelmiä, teoreettisia rakenteista jollakin tietyllä sisällöllisellä alueella tai yleensä inhimillisessä toiminnassa. Menetelmää käytettäessä aineiston keruu, tässä tutkimuksessa haastattelu, ja käsittely tapahtuvat rinnan. Keskeisin analyysi on jatkuvan vertailun analyysi. Menetelmän avulla saatavan tuloksen validiteetin arvioinnin kriteerit ovat sopivuus tutkittavaan alueeseen, ymmärrettävyys ja riittävä yleisyys.

Tutkimuksen tarkoitus

Tässä tutkimuksessa on tarkoitus selvittää lyhythoitoisessa kirurgisessa toimenpiteessä olleiden potilaiden kokemuksia hoitoprosessista. tavoitteena on kuvata, tulkita ja pyrkiä ymmärtämään heidän selviytymistään, odotuksiaan ja toiveitaan ja grounded teoria -menetelmää käyttäen luoda iäkkäille henkilöille heidän tarpeittensa mukaiset hoitoprosessin kategoriat.

Aineiston kerääminen

Tutkimusaineisto muodostui 22:n lyhythoitaisessa kirurgisessa toimenpiteessä olleen iäkkään henkilön yhteensä 44 haastattelusta.

Haastateltaviksi valittiin sairaalan päiväkirurgisella osastolla hoidettuja yli 75-vuotiaita potilaita, jotka olivat halukkaita ja pystyviä haastatteluun.

Ensimmäinen haastattelu tehtiin potilaan kotona heti toimenpiteen jälkeen. Toinen haastattelu sovittiin tapahtuvaksi jälkitarkastuksen jälkeen. Myös tämä tapahtui potilaan kotona. Haastateltujen keski-ikä oli 76,6 vuotta. Miehiä haastatelluista oli kuusitoista ja naisia kuusi. Keski-ikänsä yli 75-vuotiaiden henkilöiden valinta haastateltaviksi oli mielenkiintoista ja perusteltua, sillä eläkeläiset itse ja ihmiset yleensäkin yhdistävät vanhuuden aikaisintaan 75-80 ikävuoteen (Palo 1997). Toisaalta "varsinainen vanhuus" alkaa 80 ikävuoden jälkeen (Tilvis 1994).

Miehistä oli naimisissa 12 ja leskiä 4. Naisista kaksi oli naimatonta, kolme leskeä ja yksi naimisissa. Haastateltavien asuinmuotoja oli kerrostalot, rivitalot, omakotitalot ja palvelutalot. Etäisyys sairaalasta oli muutamasta kilometristä yli viiteenkymmeneen kilometriin. Haastatelluista asui yksi yhdeksän.

Haastattelut tapahtuivat keväällä ja kesällä 2000.

LÄHTEET

- Aavarinne, H. 1993. Ohjauksellisten ja opetuksellisten valmiuksien kehittyminen sairaanhoitajakoulutuksessa. Oulun yliopisto. Acta Universitas Ouluensis. Series D, Hoitotieteen laitos.
- Achte, K.A., Tuulio-Henriksson, A. & Henriksson, M. 1987. Keski-ikäen kuoleman pelko. Kirjassa Suomalainen kuolema. K. Achte, P. Lahti & L. Rouhunkoski. (toim.). Helsinki, Yliopistopaino, ss. 116-126.
- Alanko, A., Hulkko, A., Ilonen, C., Kekomäki, M., Kiviluoto, H., Korttila, K., Kotilainen, H., Laatikainen, L., Lahtinen, J., Linnakko, E., Myllynen, P., Niinimäki, T., Vainio-Mattila, J. & Ylöstalo, P. 1990. Lyhythoitosen kirurgian periaatteet ja toteutuminen eri eriloisaloilla. Lääkintöhallituksen julkaisuja 170. Helsinki, Valtion painatuskeskus.
- Alasuutari, P. 1994. Laadullinen tutkimus. Tampere, Vastapaino.
- Ali-Melkkilä, T. 1999. Potilaan valmistautuminen anestesiaan ja esilääkitys. Kirjassa Rosenberg, P., Alahuhta, S., Kanto, J., Takala, J. (toim.). Anestesia ja tehohoito. Duodecim. Jyväskylä, Gummeruksen kirjapaino.
- Allen, D. 1994. Nursing staff contributions aid ambulatory eye surgery efficiency. *Journal Ophthalmic Nurs Technol* 13 (1), 11-13.
- Allen, M., Knight, C., Falk, C. & Strang, V. 1992. Effectiveness of preoperative teaching programme for cataract patients. *Journal of Advances Nursing* 17, 303-309.
- Andrew, J. 1979. Recovery from surgery, with and without preoperative instruction, for three coping styles. *Journal of Personality and Social Psychology* 15, 223-226.
- Anttila, S., Huhtala, H., Pekurinen, M. & Pitkälampi, T. 1997. Vanhuspotilaiden tuettu sairaalasta kotiutuminen. Sairaala- ja vanhainkotipäivien käytön prospektiivinen nelivuotisseuranta projektivanhuksille. *Gerontologia* 11. 336-337.
- Anttinen, E.E., Ikääntyminen ja yhteiskunta. 1993. Kirjassa Vanhuus ja mielen-terveys. M. Isohanni, P. Tienari & K. Achte. (toim.). Juva, WSOY, ss. 20-38.
- Aro, S., Noro, A., Byckling, T. ym. 1993. Aikuisväestön terveyspalveluiden käyttö ja terveydentila 1992. Jyväskylä, Stakes-raportteja 120.
- Aromaa, A.H., Heliövaara, M. & Impivaara, O. 1989. Terveys, toimintakyky ja hoidon tarve Suomessa. Mini-Suomi terveystutkimuksen perustulokset. Helsinki ja Turku, KELAn julkaisuja AL, 32.
- Aromaa, A., Koskinen, S. & Huttunen, J. (toim.) 1997. Suomalaisten terveys 1996. Kansanterveyslaitos ja sosiaali- ja terveysministeriö. Helsinki, Edita.
- Artinian, B.M. 1998. Grounded theory research, its value for nursing. *Nursing Science Quarterly* 11 (1), 5-5.
- Aschan, H. & Lauri, S. 1993. Perusterveydenhuollon asiakkaan itsehallinta. Pro Nursing Ry. Julkaisusarja C,3. Turku, Kirjapaino Pika Oy.
- Asikainen, J. 1986. Terveystaloustiede 11. Kuopio, Kustannuskiila Oy.

- Autio, K. 1996. Potilaan kotiutus sairaalasta potilaiden ja henkilökunnan näkökulmasta. Pro gradu-tutkielma. Hoitotiede. Turku, Turun yliopisto.
- Avis, M. 1994. Choice cuts, an exploratory study of patients' views about participation in decision-making in a day surgery unit. *International Journal Nursing Studies* 31 (3), 289-298.
- Backman, K. & Kyngäs, H. 1998. Grounded -teoria lähestymistavan haasteellisuus aloittelevalla tutkijalla. *Hoitotiede* 5 (19), 263-269.
- Becker, M.H. 1976. Sociobehavioral determinants of compliance. Kirjassa D.L. Sackett & R.B. Haynes (toim.), *Compliance with therapeutic regimen* (s. 9-25). Lontoo, John Hopkins University Press.
- Blaylock, A. & Carolyn, C. 1992. Discharge planning-predicting patients' needs. *Journal of Gerontological Nursing* 18 (7), 5-10.
- Bran, D.F, Spellman, J.R., Summit, R.L. 1995. Outpatient vaginas hysterectomy as a new trend in gynecology. *AORN journal* 62, 810-814.
- Brehm, J.W. 1966. A theory of psychological reactance. New York, Academic Press.
- Buber, M. 1993. *Minä ja Sinä*, Juva, WSOY.
- Bull, M. 1994. Use of formal community services by elderly and their family caregivers two weeks following hospital discharge. *Journal of Advanced Nursing* 19 (3), 503-508.
- Caldwell, L. 1991. Surgical outpatient concerns. What every preoperative nurse should know. *AORN Journal*, 53, 761-767.
- Capra, F. 1982. *The turning point*. Fontana paperbacks. London, Collins Publishing Group.
- Carr, E.C. & Thomas, V.I. 1997. Anticipating and experiencing post-operative pain; the patients' perspective. *Journal of Clinical Care* 6, 3. 191-201
- Cassell, J. 1976. The contribution of the social environment to host resistance. *American Journal of Epidemiology* 104 (8), 107-123.
- Chamberlain, K., Stephens, C. & Lyons, A.C. 1997. Encompassing experience, meanings and methods in health psychology. *Psychology and health*, 12 (5), 691-709.
- Charmaz, K. 2001. Qualitative interviewing and grounded theory analysis. Kirjassa (toim.) Gubrium, J.F. & Holstein, J.A. *Handbook of Interview Research*. London, Context & Method-Sage Publications.
- Cimprich, B. 1992. A theoretical perspective on attention and patient education. *Advances in Nursing Science* 14, 39-51.
- Close, A. 1988. Patient education, a literature review. *Journal of Advanced Nursing* 13, 203-213.
- Closs, S.J. & Tierney A.J. 1993. The complexities of using structure, process and outcome framework, the case of an evaluation on dischargeplanning for elderly patients. *Journal of Advanced Nursing* 18 (8), 1279-1287.
- Cummings, E & Henry, W.E. 1961. *Growing old. The process of disengagement*. New York, Basic Books.
- Cunningham, C., Horgan, F., Keane, N., Connolly, P., Mannion, A. & O'Neill, D. 1996. Detection of disability by different members of an interdisciplinary team, *Clinical Rehabilitation* 10, 247-254.

- da Silva, A.B. 1996. Analys av texter. Kirjassa *Kvalitativa studier in teori och praktik*. Svensson, P-G & Starrin, B. Studentlitteratu, (toim.) Lund, ss. 169-206.
- Davine, E. & Cook, T. 1986. Clinical and cost-saving effects of psychoeducational interventions with surgical patient, a meta-analysis. *Research in Nursing & Health* 9, 89-105.
- De Muth, J. 1989. Patient teaching in the ambulatory setting. *Nursing Clinics of North America* 24, 645-654.
- Dein, S. & Huline-Dickens, S. 1997. Cultural aspects of ageing and psychopathology, *Ageing and Mental Health* 1, 112-120.
- deVries, B., Bluck, S. & Birren, J.E. 1993. The understanding of death and dying in a lifespan perspective. *The Gerontologist*, 33 (3), 366-372.
- Dill, E. 1995. The ethics of discharge planning for older adults, an ethnographic analysis. *Social Science and Medicine* 41 (9), 1289-1299.
- DiMatteo, M.R. & DiNidola, D.D. 1982. Achieving patient compliance. The psychology of the medical practioner's role. New York, Pergamon Press.
- Dixon, J. & Gregory, L. 1987. Ageism. *Action Baseline Winter 1986-1987*, 21-23.
- Duffy, M.E. 1985. Designing nursing research, the qualitative-quantitative debate *Journal of Advanced Nursing*, 10, 225-232.
- Eddy, M. & Coslow, B. 1991. Preparation for ambulatory surgery, a patient education program. *Journal of Post Anesthesia Nursing* 6, 5-12.
- Edmondson, M. 1996. Follow-up arrangements. Chapter 9. Kirjassa *Principles of day surgery nursing*. blackwell science. Great Britain, Hartnolls Ltd. Bodmin, Cornwall.
- Edmondson, M. & Waters, G. 1995. Day surgery, handling patients' complaints. *Nursing Standards* 9 (47), 25-28.
- Ekerwald, J. & Johansson, S. 1989. Vetenskap som byråkrati eller som konst? Glaser och Strauss, *The discovery of grounded theory*, *Sociologisk Forskning*, 26 (2), 15-33.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 1998. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. Tampere, Vastapaino.
- Epstein, L.H. & Cluss, P.A. 1982. A behavioural medicine perspective on adherence to long-term medical regimens. *Journal of Consulting and Clinical Psychology*, 50, 950-971.
- Erikson, E.H. 1963. *Childhood and society*. New York, Norton & Co.
- Eriksson, K. 1985. *Hoitopedagogiikka*. SHKS, Vaasa, Vaasa OY.
- Fallo, P. 1991. Dereloping a program to monitor satisfaction and outame in the ambulatory surgery setting. *Journal of Post Anesthesia Nursing* 6, 176-180.
- Fetzer, S. & Vogelsang, J. 1995. An interactive review of postanesthesia nursing patient outcome research, 1982-1993, *Journal of Perianesthesia Nursing*, 10 (5), 249-259.
- Fineman, N. 1991. The social contruction of noncompliance, a study of health care and social service providers in everyday practice. *Sociology of Health and Illness*, 13, 345-374.

- Fitzpatrick, J.M., While, A.E. & Roberts, J.D. 1992. The role of the nurse in high-quality patient care, a review of the literature. *Journal of Advanced Nursing* 17, 1210-1219.
- Forbes, M. & Brown, H. 1995. Developing an instrument for measuring patient satisfaction. *AORN Journal* 61, 737-743.
- Forsberg, C., Cedermark, B., Gutenberg, E & Wiberg, B. 1993. The patient in ambulatory surgery. *Läkartidningen* 90, 3670, 3675-3676.
- Frankum, J., Ell, M., Philips, P & Bray, J. 1995. Predicting post-discharge outcome. *British Journal of Occupational Therapy* 58 (9), 370-372.
- Frisch, S.R., Groom, L.E., Seguin, E., Edgar, L.J. & Pepler, C.J. 1990. Ambulatory surgery, a study of patients' and helpers' experiences. *AORN Journal* 52, 1000-1009.
- Gaberson, K.B. 1995. The effect of humorous and musical distraction on preoperative anxiety. *AORN Journal* 62, 784-788.
- Gergen, K. 1982. *Toward transformation in social knowledge*. New York, Springer Verlag.
- Given, B., Stommel, M., Collins, C., King, S & Given, C. 1990. Responses of elderly spouse caregivers. *Research in Nursing & Health* 13 (2), 77-85.
- Glaser, B.G. & Strauss, A.L. 1967. *The discovery of grounded theory. Strategies for qualitative research*. New York, Aldine.
- Glaser, B.G. 1978. *Theoretical sensitivity*. The Sociology Press, Mill Valley.
- Glasgow, R.E., McCaul, K.D. & Shafer, L.C. 1987. Self-care behaviors and glycaemic control in type 1 diabetes. *Journal of Chronic Diseases*, 40, 399-412.
- Gongdon, J. 1994. Managing incongruities, the hospital discharge experience for elderly patients, their families and nurses. *Applied Nursing Research* 7 (3), 125-131.
- Good-Reis, D. V. & Pieper, B.A. 1990. Structured vs unstructured teaching. A research study, *AORN Journal* 51, 1334-1339.
- Gordis, 1979. *Conceptual and methodological problems in measuring patient compliance*. Kirjassa D.W. Haynes, D.W. Taylor & D.L. Sackett (toim.), *Compliance in health care* (s. 11-22). Lontoo, John Hopkins University Press.
- Gothi, R. 1990. Vanhusten sosiaaliset verkostot ja sosiaalinen tuki. Tutkimus kalliolaisten ja kiteeläisten vanhusten elämäntilanteesta, sosiaalisista verkostoista ja tuesta. Sosiaali- ja terveysministeriö, suunnitteluosasto, julkaisuja 1990,2, Helsinki, Valtion painatuskeskus.
- Gothi, R. 1991. Omaisat – loppuun palaneita ihmisiä vai käyttämätön voimavara. Sosiaali- ja terveysministeriön kehittämisosaston julkaisusarja 1991,119,4. Helsinki, Valtion painatuskeskus.
- Greenberg, D.B., Eisenthal, S. & Stoeckle, J.D. 1984. Affective aspects of clinical reasoning their importance in assessment of behavioural diagnoses in medical patients. *Psychological Reports*, 55, 143-149.
- Grönfors, M. 1982. *Kvalitatiiviset kenttätutkimusmenetelmät*. Juva, WSOY.
- Gubrium, J.F. & Holstein, J.A. 2000. *Handbook of interview research*. London, Context & Method Sage Publications.

- Hamberg, K. & Johanson, E.E. 1999. Practitioner, researcher and gender conflict in a qualitative study. *Qualitative Health Research* 9 (4), 455-467.
- Hammar, T. Raatikainen, R. & Perälä, M-L. 1999. Sosiaali- ja terveyspalvelut tulevaisuudessa, 60-65-vuotiaiden odotukset palveluista 80-vuotiaana. *Gerontologia* 13 (4), 189-199.
- Hammar-Mikkonen, T. 1998. Vanhusten odotukset ja palvelujen yksilöllinen organisointi. Kirjassa *Yhteisöllisyys - avain parempaan terveyteen, työvälineitä hoitotyöhön*, s.141-148. (toim.) Parviainen, T., Pelkonen, M. Saarijärvi, Stakes Raportteja 217.
- Hankela, S. 1994. Intraoperatiivinen hoitotyö leikkauspotilaiden kokemana. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Hankela, S. 1999. Intraoperatiivinen hoitotyö. Empiiriseen aineistoon perustuvan teorian kehittäminen. *Acta Universitatis Tamperensis* 664. Vammala.
- Hautamäki, A. 1997. Saako asiakas valita omat palvelunsa? Kirjassa, *Autetaan ko asiakasta - palvelaanko potilasta?* s. 96-107. Salmela, T. (toim.) Jyväskylä, Atena Kustannus Oy.
- Haynes, R.B. 1976. A critical review of the "determinants" of patient compliance with therapeutic regimen. Kirjassa D.L. Sackett & R.B. Haynes (toim.), *Compliance with therapeutic regimen* (s. 26-39). Lontoo, John Hopkins University Press.
- Hazan, H. 1994. *Old age, Constructions and deconstructions*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Heikkinen, E. 1995. Healthy aging. Utopia or a realistic target? Kirjassa E. Heikkinen, J. Kuusinen & I. Ruoppila (toim.) *Preparation for aging*. New York, Plenum Press, 105-119.
- Heikkinen, E. 2002. Sairauksista toimintakykyyn. Kirjassa Heikkinen, E & Marin, M. (toim.) *Vanhuuden voimavarat*, Vammala, Vammalan kirjapaino.
- Heikkinen, R-L. 1988. Laadullisen neuvonta-aineiston valottama terveystutkimusanalyysi. Tampereen yliopiston kasvatustieteen laitos. *Julkaisusarja A, Tutkimusraportti n:o 42*.
- Heikkinen, R-L. 1991b. Kokemuksellinen vanheneminen, *Gerontologia* 5(4), 291-297.
- Heikkinen, R-L. & Suutama, T. 1992. Liitteet 2, 3, ja 4. Kirjassa R.-L. Heikkinen & T. Suutama (toim.) *Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn ja terveyden arviointi*. Ikivihreät -projekti. Osa 11. Sosiaali- ja terveysministeriön kehittämisosaston julkaisuja 1991,10. Helsinki, Valtion painatuskeskus.
- Heikkinen, R-L. 1996. Experienced aging as elucidated by narratives. Kirjassa J.E. Birren, G.M. Kenyon, J.E. Ruth, J.J.F. Schroots & T. Svensson (toim.) *Aging and biography. Explorations in adult development*. New York, Springer, 187-204.
- Heikkinen, R-L, Laine, T. (toim.) 1997. *Hoitava kohtaaminen*. Tampere, Kirjayhtymä.
- Heikkinen, R-L. 1998. *Iäkkäiden depressiomaisena*. Tampere, Tammer-Paino Oy.
- Helin, S. & Poutanen, P. 1993. Hämeen ja Keski-Suomen läänien palvelurakenneselvitys, STM:n työryhmämuistio 10. Sosiaali- ja terveysministeriö.

- Helin, S. 1995. Osaamista, oppimista ja yhtenevää näkemystä. Alustava selvitys palvelurakennemuutoksen edellyttämästä henkilöstön täydennyskoulutus- ja kehittämistarpeesta. Aiheita 3. Helsinki, STAKES.
- Helin, S. 1996. Henkilöstön kehittäminen ja palvelurakenteen muutos. Kirjassa R. Viialainen & J. Lehto (toim.) Sosiaali- ja terveystalouden rakennemuutos, Laitoshoidon vähentämisestä avopalvelujen kehittämiseen. Raportteja 192. Jyväskylä, STM, STAKES, 245-268.
- Helin, S. 1997. Me teimme sen - mitä voisi olla asiakas- ja henkilöstölähtöisyys vanhuspalvelujen rakennemuutoksessa. Aiheita 3. Helsinki, STAKES.
- Helin, S. 2000. Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn heikkeneminen ja sen kompensatioprosessi. Jyväskylän University Printing House, Lievestuore, Jyväskylä and ER-paino Ky.
- Helin, S. 2002. Palvelujärjestelmä iäkkään ihmisen voimavarojen tukijana. Kirjassa Eino Huhtinen, Marjatta Marin (toim.) Vanhuuden voimavarat. Vammala.
- Hervonen, A. & Pohjalainen, P. 1991. Gerontologian ja geriatrian perusteet. Tampere, Lääketieteellinen oppimateriaalikustantamo.
- Hervonen, A., Pohjolainen, P., Kuure, K.A. 1998. Vanhene viisaasti. Porvoo, WSOY.
- Hill, B. 1982. Sensory information, behavioral instructions and coping with sensory alteration surgery. *Nursing Research* 31, 17-21.
- Hiltunen, R., Suominen, T. & Katajisto, J. 1996b. Miten päiväkirurgisen kaihipotilaan omaisen ohjaus toteutuu? Turun yliopistollinen keskussairaala. *Turku, Hoitotyön julkaisusarja A*, 17.
- Hiltunen, R. 1997. Onko LYHKE-potilaan omaisella tietoa? Kirjassa Suominen, T., Leino-Kilpi, H. (toim.) Lyhytkirurginen potilas terveydenhuollon asiakkaana. Raportteja 210, Stakes, Helsinki.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 1985. Teemahaastattelu. Helsinki, Gaudeamus.
- Hirvonen, E. 1992. Potilasopetus hoitotyössä. Tutkielma, Tampereen yliopisto, Hoitotieteen laitos.
- Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H., Valtonen, K. 1998. Sisätauti-kirurginen hoitotyö, Porvoo, WSOY Kirjapainoyksikkö.
- Huhtinen, A., Koponen, P., Metteri, A., Pellinen, S., Suoranta, J. & Tuomi, J. 1994. Luotettavuuden ulottuvuudet laadullisessa tutkimuksessa. Kirjassa Kohti elämämaailman ja ihmisten laadullista tutkimusta 1 & 2. J. Varto. (toim.) Tampere, Tampereen yliopiston jäljennepalvelu, ss. 155-178.
- Hurskainen, R. & Vaarama, M. 1993. Vanhuspolitiikan tulevaisuuskuva ja kehittämisstrategiat. Jyväskylä, Stakes, raportteja 95.
- Husted, G.L. & Husted, J.H. 1991. Ethical decision making in nursing mosby-Year Book, Inc. St Louis.
- Hägglund, T-B. 1993. Vanhaset. Esseitä vanhenemisestä. Oulu, Kajo.
- Häggman-Laitila, A. 1994. Terveystaloudessa asioineiden mielikuvia ja kokemuksia potilaan olemisesta. *Hoitotiede* 6, 83-92.
- Icenhour, M. L. 1988. Quality interpersonal care, a study of ambulatory surgery patients' perspectives. *AORN Journal* 47, 1414-1419.

- Inguanzo, J. & Harju, M. 1985. What's the market for outpatient surgery? *Hospitals* 59, 55-57.
- Isohanni, M. & Kivelä, S. 1989. Depressio ja vanhus. Kirjassa Isohanni, M. (toim.) *Ikääntyminen ja vanhusten hoitotyö*, 84-95. Juva, WSOY.
- Isola, A. 1997. Grounded theory -menetelmä hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Kirjassa *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) Juva, WSOY, ss.174-186.
- Janis, I.L. & Rodin, J. 1979. Attribution, control and decision making, socialpsychology and health care. Kirjassa F.Cohen & N.E. Adler (toim.), *Health psychology* (s. 487-521). Lontoo, Jossey-Bass.
- Johanson, M. 1999. Observations on positivism and pseudoscience in qualitative nursing research. *Journal of Advanced Nursing* 30, 67-73.
- Johnson, J., Fuller, S., Endress, M. & Rice, V. 1978. Altering patients' responses to surgery, an extension and replication. *Research in Nursing & Health* 1, 111-121.
- Johnson, J., Rice, V., Fuller, S. & Endress, P. 1978. Sensory information, instruction in a coping strategy and recovery from surgery. *Research in Nursing & Health* 1, 4-17.
- Jones, E., Densen, P. & Brown, S. 1989. Posthospital needs of elderly people at home, findings from an eight month follow-up study. *Health Services Research* 24 (5), 643-663.
- Jylhä, M. 1985. Oman terveyden kokeminen eläkeiässä. Tampere, *Acta Universitatis Tamperensis* Vol. 195.
- Jylhä, M. 1990. Terveys ja sairaus. Kirjassa Pohjolainen, P. & Jylhä, M. (toim.) *Vanheneminen ja elämäntyyli*, 169-181. Sosiaaligerontologian perusteita. Mänttä.
- Jylhä, M., Jokela, J., Toivanen, E., Heikkinen, E., Heikkinen, R.-L., Koskinen, S., Leskinen, E., Lyyra, A.-L. & Pohjolainen, P. 1992. The Tampere longitudinal study on aging. *Scandinavian Journal of Social Medicine, Supplementum* 47.
- Kaila-Behm, A. 1997. Miehestä esikoisen isäksi. Kuopion yliopiston julkaisusarja E. *Yhteiskuntatieteet* 49. Kuopio, Kuopion yliopisto.
- Kalkas, H. & Sarvimäki, A. 1994. *Hoitotyön etiikan perusteet*. (3. painos). Keuruu, Sairaanhoidajien koulutuslaitos.
- Kansanterveyskertomus 1996. Valtioneuvoston kertomus eduskunnalle kansanterveydentilasta ja kehityksestä. Helsinki, Edita.
- Karisto, A. 1997. Vanhuus kaupungissa -johdatus teemaan. Kirjassa *Vanhuus kaupungissa*. Miina Sillanpään syntymän 130-vuotisjuhlakirja. A. Karisto. (toim.) Porvoo, WSOY, ss. 7-39.
- Karppinen, P. 1997. Yli 65-vuotiaiden potilaiden kotiutus akuuttisairaalaan potilaiden itsensä ja heidän omaistensa arvioimana. Kuopio, Kuopion yliopisto, Hoitotieteen laitos.
- Karvinen, E., Koivisto, R., Koponen, P., Laner, A., Pohjolainen, P., Ruth, J., Sihvola, T. & Suni, A. 1995. *Ikäänny viisaasti - gerontologiaa ikäihmisille*. Vanhustyön kulutus- ja tutkimuskeskus Kuntokallio ja Helsingin yliopiston Lahden tutkimus- ja koulutuskeskus. Saarijärvi, Gummerus.

- Kettunen, T. 2001. Neuvontakeskustelu. Tutkimus potilaan osallistumisesta ja sen tukemisesta sairaalan terveysterveystieteissä. *Studies in Sport, Physical Education and Health* 75, Jyväskylä, Jyväskylän yliopisto.
- King, K. 1985. Measurement of coping strategies, concerns and emotional response in patients undergoing coronary artery by-pass grafting. *Heart & Lung* 14, 579-586.
- Kleinbeck, SVM & Hoffart, N. 1994. Outpatient recovery after laparoscopic cholecystectomy. *AORN Journal*, 60 (3), 394, 397-8, 301-2, 1994 Sep.
- Kleinfeldt, A. S. 1990. Preoperative phone calls. Reducing cancellations in pediatric day surgery. *AORN Journal* 51, 1559-1565.
- Kokki, A., Kankkunen, P., Pietilä, A-M., Vehviläinen-Julkunen, K. 2001. Kivunhoito jää kodin vastuulle, *Pinsetti* 2: 12-13.
- Kolehmainen, T. 1994. Omaishoitajien käsitykset vanhusten hoidossa tarvittavasta ja siihen saadusta tiedosta. Pro gradu-tutkielma. Hoitotieteen laitos, Kuopion yliopisto.
- Korte, R., Rajamäki, A., Lukkari, L., Kallio, A. 1996. Perioperatiivinen hoito. Porvoo, WSOY / Oppimateriaalit.
- Korttila, K. 1998. Päiväkirurgisen anestesian haasteet. *Duodecim* 1998; 114, 1607-1615.
- Koskinen, S., Aalto, L. Halonen, S. & Päivärinta, E. 1998. Vanhustyö. Helsinki, Vanhustyön keskusliitto.
- Koskinen, S., Ahonen, S., Jylhä, M., Korhonen, A. & Paunonen, M. 1988. Vanhustyö. Jyväskylä, Vanhustyön keskusliitto. Gummerus.
- Kosloski, K.D., Montgomery, R.J.V. & Forgatta, E.F. 1990. Predicting nursing home utilization, is this the best we can do? Kirjassa S.M. Stahl (toim.) *The legacy of longevity, Health and health care in later life*. Sage Newbury Park, CA, 186-216.
- Kuusinen, K-L. 1994. Psykkinen itsesääteily itsehoidon perustana. Jyväskylä, Jyväskylän yliopisto. *Studies in Education, Psychology and Social research* 106.
- Kvale, S. 1989. Introduction. Kirjassa *Issues of validity in qualitative research*. S. Kvale, (toim.) .Teori, forskning praktik. Lund, Studentlitteratur, ss. 7-12.
- Kvale, S. 1996. Interview as knowledge construction. Paper presented at the symposium "qualitative research, space for critique and creativity. XXVI International congress of psychology in Montreal, August 18th.
- Kylmä, J., Vehviläinen-Julkunen, K. & Lähdevirta, J. 1999. Ethical considerations in a grounded theory study on the dynamics of hope in HIV-positive adults and their significant others. *Nursing Ethics* 6 (3), 224-239.
- Käppeli, S. 1984. Towards a practice theory of the relationships of self-care, needs, nursing needs and nursing care in hospitalized elderly. Doctoral Dissertation, University of Manchester.
- Lahtinen, J., Alanko, A., Korttila, K., Kotilainen, H., Laatikainen, L., Nenonen, M., Permi, J., Punnonen, H., Rihkanen, H., Tenhunen, A. & Toivonen, J. 1998. Päiväkirurgia. Suomen Kuntaliitto. Helsinki, Kuntaliiton painatuskeskus.

- Lahtinen, J. & Valvanne, J. 1998. Kenelle päiväkirurgia soveltuu. *Lääkärilehti* 1998; 53, 543-547.
- Laukkanen, P., Sakari-Rantala, R., Kauppinen, M. & Heikkinen, E. 1997. Morbidity and disability in 75- and 85- year -old men and women. *Scandinavian Journal of Social Medicine. Supplementum* 53, 97-106.
- Lea, S. & Phippen, M. 1992. Client education in the ambulatory surgery setting. *Seminars in Perioperative Nursing* 1, 203-223.
- Leino-Kilpi, H. 1990a. Good nursing care- on what basis? *Annales Universita Turkuensis, ser. D.* 49. Turku, Turun yliopisto.
- Leino-Kilpi, H. 1990b. Grounded teoria-menetelmän käytöstä hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 3 (2), 199-204.
- Leino-Kilpi, H. 1990. Hyvän hoitamisen arviointiperusteet. *Lääkintöhallituksen julkaisuja* 163, Helsinki, Valtion painatuskeskus.
- Leino-Kilpi, H. 1991a. Kehittävä opiskelija-arvioinnin kokeilu terveydenhuolto-alalla. Loppuraportti 1. Yleinen osa. Opetushallitus, Ammatillisen koulutuksen linja. Helsinki, Valtion painatuskeskus.
- Leino-Kilpi, H. 1997b. Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen tutkimus- yhdessä vai erikseen. Kirjassa *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*, M. Paunonen ja K. Vehviläinen-Julkunen (toim.) Juva, WSOY, ss. 222-231.
- Leino-Kilpi, H., Iire, L., Suominen, T., Vuorenheimo, J. & Välimäki, M. 1993. Tietääkö vai eikö tiedä? Katsaus potilasta ja tietoa koskevaan tutkimukseen. *Stakes, Raportteja* 118, Jyväskylä, Gummerus.
- Leino-Kilpi, H. ym. 1994. Hoidon laadun mittaaminen potilaslähtöisen hyvän hoitomittarin kehittäminen ja mittarilla saadut tulokset. *Stakes, Raportteja* 151, Helsinki, Stakes.
- Leino-Kilpi, H., Kurittu, K. & Välimäki, M. 1995. Potilaan oikeudet sairaalassa. *Hoitotiede* 5 (4), 162-171.
- Leino-Kilpi, H. & Suominen, T. 1997. Mitä on olla LYHKI-potilaana? Kirjassa *Suominen, T. & Leino-Kilpi, H (toim.) Lyhytkirurginen potilas terveydenhuollon asiakkaana*. Stakes. *Raportteja* 210.
- Leino-Kilpi, H. & Vuorenheimo, J. 1993. Potilas hoidon laadun arvioijana. *Sosiaali- ja terveyshallitus. raportteja* 68. Helsinki, Valtion painatuskeskus.
- Leinonen, R., Heikkinen, E. & Jylhä, M. 1998. Self-rated health and self-assessed change in health in elderly men and women- a five-year longitudinal study. *Social Science and Medicine* 46 (4-5), 591-597.
- Leinonen, R., Heikkinen, E. & Jylhä, M. 1999. A path analysis model of self-rated health among older people. *Aging. Clinical and Experimental Research* 11, 209-220.
- Lepczyk, M., Raleigh, E. & Rowley, C. 1990. Timing of preoperative patient teaching. *Journal of Advanced Nursing* 15 (3), 300-6.
- Levinas, E. 1996. Etiikka ja äärettömyys. Keskustelua Philippe nemon kanssa. *Toisen jälki*. Tampere, Tammerpaino.
- Ley, P. 1981. Professional non-compliance, a neglected problem, *British Journal of Clinical Psychology*, 20, 151-154.
- Ley, P. 1982. Satisfaction, compliance and communication. *British Journal of Clinical Psychology*. 21. 241-254.

- Liimatta, M., Helakorpi, S., Berg, M-A, ym. 1994. Eläkeikäisen väestön terveyskäyttäytymisen kevät 1993. Helsinki, Kansanterveystieteen laitoksen julkaisuja, B1/1994.
- Lindberg, O., Tilvis, R., Sletvold, O., Jonsson, A., Schroll, M., Snaedal, J., Engedal, K., Schultz-Larsen, K. & Gustafson, Y. 1998. Geriatriinen arviointi ja kuntoutus Pohjoismaissa. Suomen Lääkärilehti 53 (9), 985-990.
- Lindgren, C. 1993. The caregiver career. *Image Journal of Nursing Scholarship* 25 (3), 214-219.
- Lindqvist, M. 2001. Terveysthuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Sosiaali- ja terveysministeriö Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) Etene -julkaisu 1.
- Lirkki, A. & Simolin, A. 1998. Päiväkirurgiseen leikkaukseen tulevien 18-vuotta täyttäneiden potilaiden hoitotyöhön kohdistamattomat odotukset Mikkelin keskussairaalassa. Etelä-Savon sairaanhoitopiirin julkaisuja no 12.
- Liukkonen, A. 1990. Dementoituneen potilaan perushoito laitoksessa. Turun yliopiston julkaisusarja C osa 81. Turku, Turun yliopisto.
- Luker, K. & Caress, A-L. 1989. Rethinking patient education. *Journal of Advanced Nursing* 14, 711-718.
- Lääkintöhallitus 1990. Lyhythoitaisen kirurgian periaatteet ja toteuttaminen eri erikoisaloilla. Lääkintöhallituksen julkaisu 170. Helsinki, Valtion painatuskeskus.
- Mac Millan, M. 1994. Hospitals staffs' perceptions of risk associated with discharge of elderly people from acute hospital care. *Journal of Advanced Nursing* 19 (6), 249-256.
- Marley, R.A. & Moline, B.M. 1996. Patient discharge from the ambulatory setting. *Journal of Post Anesthesia Nursing*, 11 (1), 39-49, 1996 FEB.
- Marttila, M., Piekkola, S. 1997. Päiväkirurgisen potilaan ohjaus potilaiden ja sairaanhoitajan näkökulmasta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos, Tampere.
- Mavrias, R., Peck, C & Coleman, G. 1990. The timing of preoperative preparatory information. *Psychology and Health* 5, 39-45.
- Maxwell, J.A. Understanding and validity in qualitative research. *Harvard Educational Review*, 1992, 62 (3), 279-300.
- Meeuwesen, L., Schaap, C. & Staak, C. 1991. Verbal analysis of doctor-patient communication. *Social Science and Medicine* 32, 1143-1150.
- Meltomaa, S.S., Mäkinen, J.I. & Kiiholma, P.J. 1996. Outcome of short stay surgery in conventional gynecological operations. *Acta Obstetric Gynecologic Scandinavia* 75, 480-483.
- Meridy, H.W. 1982. Criteria for selection of ambulatory surgical patients and guidelines for anesthetic management, a retrospective study of 1553 cases. *Anesthesia Analg.* (Cleve) 1982; 61, 921-926.
- Michaels, J., Reece-Smith, H. & Faber, R. 1992. Case-control of patients satisfaction with day case inguinal hernia repair. *Journal of the Royal College of Surgeons in Edinburgh* 37, 99-100.

- Mikkonen, A. 1991. Toimintakyky valvotun kotisairaanhoidon potilaan avun tarpeen arvioinnissa. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto.
- Miller, S.I. & Fredericks, M. 1999. How does grounded theory explain? *Qualitative Health Research* 9 (4), 538-551.
- Molander, G. 1999. Askel lyhenee, maa kutsuu - yli 80-vuotiaiden kuolema eläytyn elämän valossa. Helsinki, Tummavuoren kirjapaino Oy.
- Moran, S & Kent, G. 1995. *Nursing Times* 91, 37-40.
- Morisky, D.E. 1986. Nonadherence to medical recommendations for hypertensive patients, problems and potential solutions. *The Journal of Compliance in Health Care*, 15-19.
- Myyrä, J. 1989. Äitinsä poika Tarkovskin Peilissä. *Psykoterapia*. (1-2), 49-55.
- Mäkelä, K. 1992. Kvalitatiivisen analyysin arviointiperusteet. Kirjassa *Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta*. K. Mäkelä (toim.). Helsinki, Gaudeamus, ss. 42-61.
- Männistö, E. 1990. Leikkauspotilaan kokemuksia hoidosta potilaan omasta näkökulmasta tarkasteltuna. Tutkielma, Turun yliopisto, Hoitotieteen laitos.
- Natof, H.E. 1984. Pre-existing medical problems-ambulatory surgery. *Ill Med. J.* 166, 101-104.
- New Webster's dictionary and thesaurus & medical dictionary 1991. Ottenheimer Publishers, USA.
- Niinistö, L. 1999. Vanhukset, terveydenhuollon resurssit ja priorisointi. *Duodecim* 15 (115): 1565-1566.
- Nikunen, S. 1994. Potilaan ohjaus lyhythoitosisessa kirurgiassa. Pro Nursing ry:n julkaisusarja C. 5,1994, Turku, Pro Nursing.
- Noble, C. 1991. Are nurses good patient educators? *Journal of Advanced Nursing* 16, 1185-1189.
- Norinkavich, K., Howie, G. & Cariofile, P. 1995. Quality improvement study of day surgery for tonsillectomy and adenoidectomy patients. *Pediatric Nursing* 21, 341-344.
- Noro, A., Aro, S., Jylhä, M., Pohjolainen, P. & Ruth, J. 1992. Vanhusten sairaalasta kotiutuminen henkilökunnan ja potilaan näkökulmasta. Helsinki, Sosiaali- ja terveyshallitus. Raportteja 71.
- Nurminen, R. 2000. Intuitio ja hiljainen tieto hoitotyössä. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 80. Kuopio, Kuopion yliopisto.
- Nyamathi, A. & Kashiwabara, A. 1988. Preoperative anxiety. Its effect on cognitive thinking. *AORN Journal* 47, 164-169.
- Nyman, M. 1997. (toim.) *Avoimin silmin, ajatuksia ja artikkeleita 1990-luvulta*/Anne Fried; koonnut Maija Nyman. Helsinki, Kirjapaja.
- Oberle, K., Allen, M. & Lynkowski, P. 1994. Follow-up of same day surgery patients. *AORN Journal* 59, 1016-1025.
- O'Leary, A. 1985. Self-efficacy and health; behavioural and stress-psysiological mediation. *Cognitive Therapy and Research*, 16, 229-245.1.
- Ollikainen, L. 1994. Messages from the point of no return. A conceptual and empirical analysis of suicide notes left by suicide victims. *Annales Universitates Turkuensis*, ser, D, 164. Turku, Turun yliopisto.

- Ollikainen, L. 1994. Messages from the point of no return. A conceptual and empirical analysis of suicide notes left by suicide victims. *Annales Universitatis Turkuensis*, ser, D, 164. Turku, Turun yliopisto.
- Olshansky, E.F. 1985. The work of taking on and managing an identity of self as fertile. Doctoral Dissertation, University of California.
- Outinen, M., Holma, T. & Lempinen, K. 1994. Laatu ja asiakas-laaturyöskentely sosiaali- ja terveysaloilla. Juva, WSOY.
- Paavilainen, E. 1998. Lasten kaltoin kohtelu perheessä. Tampereen yliopisto. Vammala, Vammalan kirjapaino.
- Palo, J. 1997. Saanko elää, saanko kuolla? Hoidon rajat. Porvoo, WSOY.
- Pape, K. 1990. Cost containment and short-stay needs of surgical. *Nursing Management* 21, 61-64.
- Paunonen, M. 1989. Hoitotyön työnohjaus Empiirinen tutkimus työnohjauksen kehittämisohjelman käynnistämistä muutoksista. Kuopio, Kuopion yliopisto, Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta.
- Perttula, J. 1995. Phenomenologisen psykologian metodi- kohti käsitteellistä selkeyttä. *Hoitotiede* 7 (1), 3-11.
- Pica-Furey, W. 1993. Ambulatory Surgery-Hospital-based vs Freestanding. A comparative study of patients satisfaction. *AORN Journal*, 57, 1119-1127.
- Pietilä, A. & Tervo, A. 1996. "Positiivisella asenteella sitä täytyy yrittää..."- Iäkkäiden kotona selviytymistä edistäviä tekijöitä ja näkemyksiä tulevaisuudesta. *Gerontologia* 10 (1), 27-36.
- Pietilä, A-M., & Tervo, A 1998. Elderly finnish people's experiences with coping at home. *International Journal of Nursing Practice* 4, 19-24.
- Pietrofesa, J., Hoffman, A. & Splete, H. 1984. *Councelling, an introduction*. Boston, Houghton Mifflin Company.
- Poskiparta, M. 1997. Terveysneuvonta, oppimaan oppimista. Videotallenteet hoitajien terveysneuvonnan ilmentäjinä ja vuorovaikutustaitojen kehittämismenetelmänä. *Studies in sport, physical education and health* 46. Jyväskylä University Printing House, Jyväskylä and ER-Paino, Ky, Lievestuore.
- Pukkala E. & Sankila, R. & Vertio, H. 1997. Syöpä Suomessa. Suomen Syöpäyhdistyksen julkaisu nro 59. 9. Uud.laitos. Kuopio.
- Punnonen, H. 2000. Sairaaloiden vuosi 1999. Selvitysproto "Päiväkirurgian osuudet sairaaloittain, erikoisaloittain ja toimenpiteittäin. Helsinki, Suomen Kuntaliitto.
- Punnonen, H. 2001. Sairaanhoitopiirien ja sairaaloiden vuosi 2001. Helsinki, Suomen Kuntaliitto.
- Punnonen, H. 2003. Sairaaloiden vuosi 2002. Helsinki. Suomen Kuntaliitto.
- Pyörälä, E. 1994. Kvalitatiivisen terveystutkimuksen metodologisia perusteita. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti*, 31 (1), 4-14.
- Päivärinta, R. 1992. Hyvä ohjaus radiologiseen tutkimukseen - potilaan näkökulma. Tutkielma, Turun yliopisto, Hoitotieteen laitos.
- Raatikainen, R. 1992. Potilaiden avun tarve ja palveluiden riittävyys kotisairaanhoidossa. *Gerontologia* 6 (1), 32-42.

- Rakel, B. 1992. Interventions related to patient teaching. *Nursing Clinics of North America* 27, 397-405.
- Rankin, S. B. & Stallings, K. D. 1990. Patient education. Issues, principles, practices. Philadelphia, J. B. Lippincott Company.
- Rauhala, L. 1990. Humanistinen psykologia, Helsinki, Yliopistopaino.
- Raven, B.H. 1988. Social power and compliance in health care. Kirjassa S.Maes, D. Spielberger, P.B. Defares & I.G. Sarason (toim.), *Topics in health psychology* (s. 229-244). New York, John Wiley.
- Redeker, N. 1992a. A description of the nature and dynamics of coping following coronary artery bypass surgery. *Scholarly inquiry for nursing practice, An International Journal* 6 (1), 63-75.
- Redeker, N. 1992b. The relationship between uncertainty and coping after coronary bypass surgery. *Western Journal of Nursing Research* 14, 48-68.
- Ronkainen, S. 1999. Tieto, susi ja survey, *Lectio praecursoria. Psykologia* 34, 258-263.
- Roos, J.P. 1989. Kovaa kvalitatiivista. Kirja-arvostelu Anselm. Strauss qualitative analysis for social scientist. *Sociologia*, 26 (2), 141-143.
- Roter, D.L. 1989. Which Facets of Communication. Have strong effects on outcome a meta-analysis. Kirjassa, M. Stewart & D. Roter (toim.) *Communicating with Medical Patient*. Newbury Park, Sage Publications 183-198.
- Rothrock, J. 1989. Perioperative Nursing research. Part 1, Perioperative psycho-educational interventions. *AORN Journal* 49, 597-619.
- Rowland-Morin, P.A. & Carroll, J.G. 1990. Verbal communication skills and patient satisfaction. *Evaluation & The Health Professions* 3, 168-185.
- Ruth, J-E. & Ruoppila, I. 1985. Vanhuus Suomessa. Ruth, J-E. & Heikkinen, E., (toim.). Helsinki, Otava
- Ruth, J-E. 1985. Kuoleman ja kuoleamisen psykologia. Kirjassa Kuolema elämän keskellä. J-E. Ruth & P. Heiskanen (toim.). Helsinki, Otava, ss. 113-125.
- Sackett, D.L. 1976. The magnitude of compliance and non-compliance. Kirjassa D.L. Sackett & R.B. Haynes (toim.), *Compliance with therapeutic regimen*, (s. 9-25), Lontoo, John Hopkins University Press.
- Sackett, D.L. & Snow, J.C. 1979. The magnitude of compliance and noncompliance. Kirjassa R.B. Haynes, D.W. Taylor & D.L. Sackett (toim.), *Compliance in health care* (s. 11-22).
- Sallinen-Kuparinen, A. 1989. Suomalaisten kommunikoijakuva. *Kielikeskus-uutisia* 8, 3-13.
- Sandelowski, M. 1995. Qualitative analysis, What it is and how to begin. *Research in Nursing and Health* 18 (4), 371-314.
- Sanders, K., Mills, J., Martin, F.I. & Horne, D.J. 1975. Emotional attitudes in adult insulin-dependent diabetes. *Journal of Psychosomatic Research* 19, 241-246.
- Santavirta, N., Lillqvist, G., Sarvimäki, A., Honkanen, Y.T. & Santavirta, S. 1994. Teaching of patients undergoing total hip replacement surgery, *International Journal of Nursing Studies* 31, 135-142.

- Sarola, J.P. 1994. Asuin ympäristön ja paikan merkitys vanhalle ihmiselle. Kirjassa Uutela, A. & Ruth, J. (toim.) Muuttuva vanhuus, 49-60. Tampere, Tammer-paino Oy.
- Sarvimäki, A. 1999. Ikääntyvä väestö ja ihmisoikeudet. Kirjassa H. Allahwerdi (toim.) Ikäihmiset kehityksen kantajina, Tuusulan vanhuus viisautena -seminaarin pohdintoja ikääntymisen olemuksesta. Kerava, Suomen YK-liitto, 50-56.
- Schugh, J. 1998. Pääkirjoitus. Nuori lääkäri, 5.
- Scrutton, S. 1999. Councelling older people. London, Arnold.
- Shepard, S. 1990. Helping ambulatory surgery patients cope with emotions. *Journal of Post Anesthesia Nursing* 5, 103-105.
- Silverman, D., Peräkylä, A. & Bor, R. 1992. Discussing safer sex in hiv counseling, assessing three communication formats. *Aids Care* 4, 69-82.
- Sime, M. 1976. Relationship of preoperative fear, type of coping and information received about surgery to recovery from surgery. *Journal of Personality and Social Psychology* 34 716-724.
- Simonen, L. (toim.) 1994. Elämä ja kuolema, Jyväskylä, Gummerus.
- Smith, C. E. 1989. Overview of patient education, opportunities and challenges for the twenty-first century. *The Nursing Clinics on North America* 24, 583-587.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 1986. Vanhuspoliittinen katsaus, Vanhusten elinoloja ja vanhuspolitiikan ajankohtaisia haasteita kartoittava raportti. Helsinki, Sosiaali- ja terveysministeriö.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 1999. Vanhuspolitiikka. Sosiaali- ja terveysministeriön esitteitä 1999:4. Helsinki.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 2002. Valtakunnallinen projekti terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi. Helsinki, Työryhmämuistio 2002,3.
- Stahl, S.M. & Feller, J.R. 1990. Old equals sick, An ontogenetic fallacy. Kirjassa s. M. Stahl (toim.) *The legacy of longevity, Health and health care in later life*. Sage Newbury Park, CA, 21-34.
- Starrin, B. 1996. Grounded theory- en modell för kvalitativ analys. Kirjassa *Kvalitativa studier in teori och praktik*. (toim.) Svensson, P-G. & Starrin, B. *Studentlitteratur, Lund*, ss. 103-121.
- Stenfors, K. 1996. Omaisen ohjaus leikatun vanhuspotilaan kotiutusvaiheessa. Pro gradu -tutkielma. Hoitotiede. Turku, Turun yliopisto.
- Stewart, M.A. 1984. What is successful doctor-patient interview? A study of interactions and outcomes. *Social Science and Medicine* 20, 167-175.
- Strauss, A. 1987. *Qualitative analysis for social scientist*. Cambridge, Cambridge University Press.
- Strauss, A. & Corbin, J. 1998. *Basics of qualitative research techniques and procedures for developing grounded theory*. California, Sage Publications.
- Street, R.L. & Buller, D. 1988. Patients' characteristics affecting physician-patient nonverbal communication. *Human Communication Research* 15, 60-90.

- Sundman, E. 1993. Vanhusten elämänhallinta. Tutkimus 75-, 80- ja 85-vuotiaiden helsinkiläisten selviytyvyydestä ja avuntarpeesta. Helsinki, Helsingin kaupungin sosiaalivirasto, sosiaaliviraston julkaisusarja C.
- Suomen tilastollinen vuosikirja 2002, Tilastokeskus, Hämeenlinna, Karisto Oy
- Suominen, T. 1994. The nursing care of breast cancer patients, perceived information, support and participation. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja D. Medica-Odontologica. 144.
- Suominen, T. & Leino-Kilpi, H. 1997. Mitä on olla LYHKI -potilaana? Kirjassa, Lyhytkirurginen potilas terveydenhuollon asiakkaana. (toim.) Tarja Suominen ja Helena Leino-Kilpi, Stakes. Raportteja 210. Helsinki, Gummerus Kirjapaino Oy.
- Suoninen, E. 2000. Tanssilajit ja tyyliä asiakkaan kohtaamisessa. Kirjassa A. Jokinen & E. Suoninen (toim.) Auttamistyö keskusteluna. Tampere, Vastapaino, 67-104.
- Svensson, P-G. 1996. För ståelse, trovärdighet eller validitet? Kirjassa Kvalitativa studier I teori och praktik. (toim.) P-G. Svensson & Stariin, B. Lund, Studentlitteratur, ss. 209-227.
- Taylor, S.G., Pickens, J.M. & Geden, E.A. 1989. Interactional styles of nurse practitioners and physicians regarding patient decision making. Nursing research 38, 50-55.
- Tilley, J., Gregor, F. & Thiessen, V. 1987. The nurse's role in patient education, incongruent perceptions among nurses and patient. Journal of Advanced Nursing 12, 291-301.
- Tilvis, R. 1994. Tulevaisuuden vanhukset - vanhusten tulevaisuus. Gerontologia 8 (2). 123-125.
- Tilvis, R. 2001. Vanhukset sosiaali- ja terveydenhuollossa. Kirjassa, Tilvis, R., Hervonen, A., Jäntti, P., Lehtonen, A., Sulkava, R. (toim.) Geriatria. Hämeenlinna, Karisto Oy.
- Tones, K., Tilford, S. & Robinson, Y. 1990. Health education. Effectiveness and efficiency. London, Chapman and Hall.
- Townsend, P. 1979. Poverty in the UK. Penguin, Harmondsworth.
- Twersky, R.S. 1993. To be an outpatient, or not to be- selecting the risk patients for ambulatory surgery. Ambulatory Surgery 1993; 1,5.
- Tähkiö, R. 1995. Hoitotyön auttamismenetelmät. Porvoo, WSOY.
- Ukkonen, V., Ahonen, I, Alanko, A., Lehtonen, T., Suominen, S. 2001. Kirurgia, Porvoo, WSOY
- Uotinen, V. 1995. Minkälainen ihminen on vanha? Ikästereotypiat tuttua vanhaa ihmistä koskevissa kuvauksissa. Gerontologia 9 (3), 165-173.
- Vaarama, M. & Hurskainen, R. 1993. Hyvään vanhuuteen 1990-2000-luvuilla. Helsinki, Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. Raportteja 92.
- Vaarama, M., Kaitsaari, T. 2002. Ikääntyneiden toimintakyky ja koettu hyvinvointi. Kirjassa Heikkilä, M., Kautto, M. (toim.) Suomalainen hyvinvointi 2002. Sosiaali- ja terveystieteiden tutkimus- ja kehittämiskeskus. Jyväskylä, Gummeruksen Kirjapaino Oy.

- Valkonen, T. & Nikander, T. 1990. Vanhojen ikäluokkien koon ja rakenteen muutokset. Kirjassa Pohjolainen, P. & Jylhä, M. (toim.) Vanheneminen ja elämänkulku, 61-65. Mänttä, Weilin & Göös.
- Valtioneuvoston periaatepäätös. 2001. Terveys 2015 –kansanterveysohjelmasta. sosiaali- ja terveysministeriö, Julkaisusarja 2001:4, Helsinki
- Vanhuusbarometri 1994. Suomen vanhuspolitiikan tavoite- ja strategia-toimikunta. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 1994,6. Helsinki, Painatuskeskus.
- Varto, J. (toim.) 1992. Fenomenologinen vuosikirja. Tampere, Tampereen yliopiston jäljennepalvelu.
- Varto, J. 1992. Laadullisen tutkimuksen metodologia. Helsinki, Kirjayhtymä.
- Vehviläinen-Julkunen, K. 1990. Nursing in child health care. Maintaining awareness of the child's development and care. Kuopion yliopiston julkaisuja. Alkuperäistutkimukset 3/1990. Kuopio, Kuopion yliopisto.
- Vehviläinen-Julkunen, K. & Janhonen, S. 1992. Grounded teoria-menetelmän tutkimusprosessi, esimerkkejä hoitotyön koulutuksen ja käytännön hoitotyön tutkimuksista. Hoitotiede 2 (4), 50-58.
- Vehviläinen-Julkunen, K. 1999. Grounded theory in health research. Tukholma, Konferenssijulkaisu. 10/1999.
- Vetter, N., George, M. & Lewis, P. 1996. A district-wide examination of 75-year olds suggests discrimination in the provision of services. Ageing. Clinical and Experimental Research 8, 205-210.
- Victor, C. & Vetter, N. 1988. Preparing the elderly for discharge from hospital, a neglected aspect of patient care. Age and aging 17(5), 155-163.
- Viitamäki, R. 1995. Päiväkirurgisen toimintaohjelman arviointi. Pro gradu-tutkielma. Tampere, Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Virjo, I. 1996. terveyden- ja sosiaalihuollon palveluita käyttämättömät 75 vuotta täyttäneet -tutkimus kahdessa Eteläsuomalaisessa kunnassa. Acta Universitas Tamperensis ser A vol 480. Vammala, Vammalan kirjapaino.
- Wachter, C. 1995. Triage of medical or social issues through preoperative and postoperative telephonen calls by primary nurses. Insight 20, 16-20.
- Wahlström, J. 1992. Merkityksen muodostuminen ja muuttuminen perheterapeutisessa keskustelussa. Diskurssianalyttinen tutkimus. Jyväskylä, Jyväskylän yliopiston monistuskeskus ja Sisäsuomi Oy.
- Waitzkin, H. 1984. Doctor-patient communication, clinical implications of social scientific research. Journal of the American Medical Association 252, 2441-2446.
- Waitzkin, H. 1985. Information giving in medical care. Journal of Health and Social behavior 26, 81-101.
- Walker, A. 2001. Ikääntyminen ja ikäihmistien sosiaalipalvelut Euroopassa. Gerontologia 3 (15), 217-228.
- Warner, MA., Shields, SE. & Chute, CG 1993. Major morbidity and mortality within 1 month of ambulatory surgery and anesthesia. JAMA 1993; 270, 1437-1441.

- Watts, F.N. 1980. Behavioral aspects of the management of diabetes mellitus. Education, selfcare and metabolic control. Behavioral Research and therapy, 18. 171-180. Espoo, Weilin & Göös.
- Williams, M., Oberst, M. & Bjorklund, B. 1994 Posthospital convalescence in older women with hip fracture. Orthopedic Nursing 13 (4), 55-64.
- WHO. 1999. Health 21- health for all in the 21st century. European health for all series No. 6, Copenhagen, World health organization regional office for Europe.
- Wolock, I., Schlesinger, E., Dinerman, M. & Seaton, R. 1987. The posthospital needs and care of patients, implications for discharge planning. Social Work and Health Care 12 (4), 61-76.
- Yount, S., Edgel, J. & Jakovec, V. 1990. Preoperative teaching. A study of nurses' perceptions. AORN Journal 51, 572-579.
- Zureik, M., Theirry, L., Trouillet, J., Davido, A., Tran, B., Levy, A. & Lombrail, P. 1995. Returning home after acute hospitalization in two french teaching hospitals, predictive value of patients' and relatives' wishes. Age and Ageing 24, 227-234.

Lait ja asetukset

Kansanterveyslaki 1972 66/28.12.1972.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992 785/17.08.1992

Asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 1992 912/09.10.1992

LIITTEET**Liite 1**

"KYMENLAAKSON SAIRAANHOITOPPIIRIN KY.

Eettinen toimikunta

KOKOUSMUISTIO 08/99

24.09.1999

AIKA 14.09.99 keskiviikko klo 08.00-09.00

PAIKKA KAS-hallinto, kokoushuone II

LÄSNÄ Jalonen Kari, johtajaylilääkäri, KYMSHP, puheenjohtaja
 Aatola Pirkko, johtava psykologi ET-MTK
 Johansson Jaakko, sairaala-apteekkari KOKS, sihteeri
 Lounevaara Olavi, ylilääkäri, tulosalueen johtaja, psykiatria
 Repo Rafael, kappalainen Kouvolan srk.
 Savolainen Jukka, ylilääkäri, tulosalueen johtaja, sairaanhoidon palvelut
 Valtonen Vesa, talousjohtaja, KYMSHP

POISSA Telkkinen Eila, sosiaalityöntekijä, KOKS

5§

ANNELI RAUHASALON TUTKIMUS: "PIKAVISIITTI" SAIRAALASSA.

Väitöskirjan tutkimussuunnitelma.

Päätös: Tutkimussuunnitelma hyväksyttiin.

Otteen oikeaksi todistaa

Jaakko Johansson

Jaakko Johansson

Sairaala-apteekkari

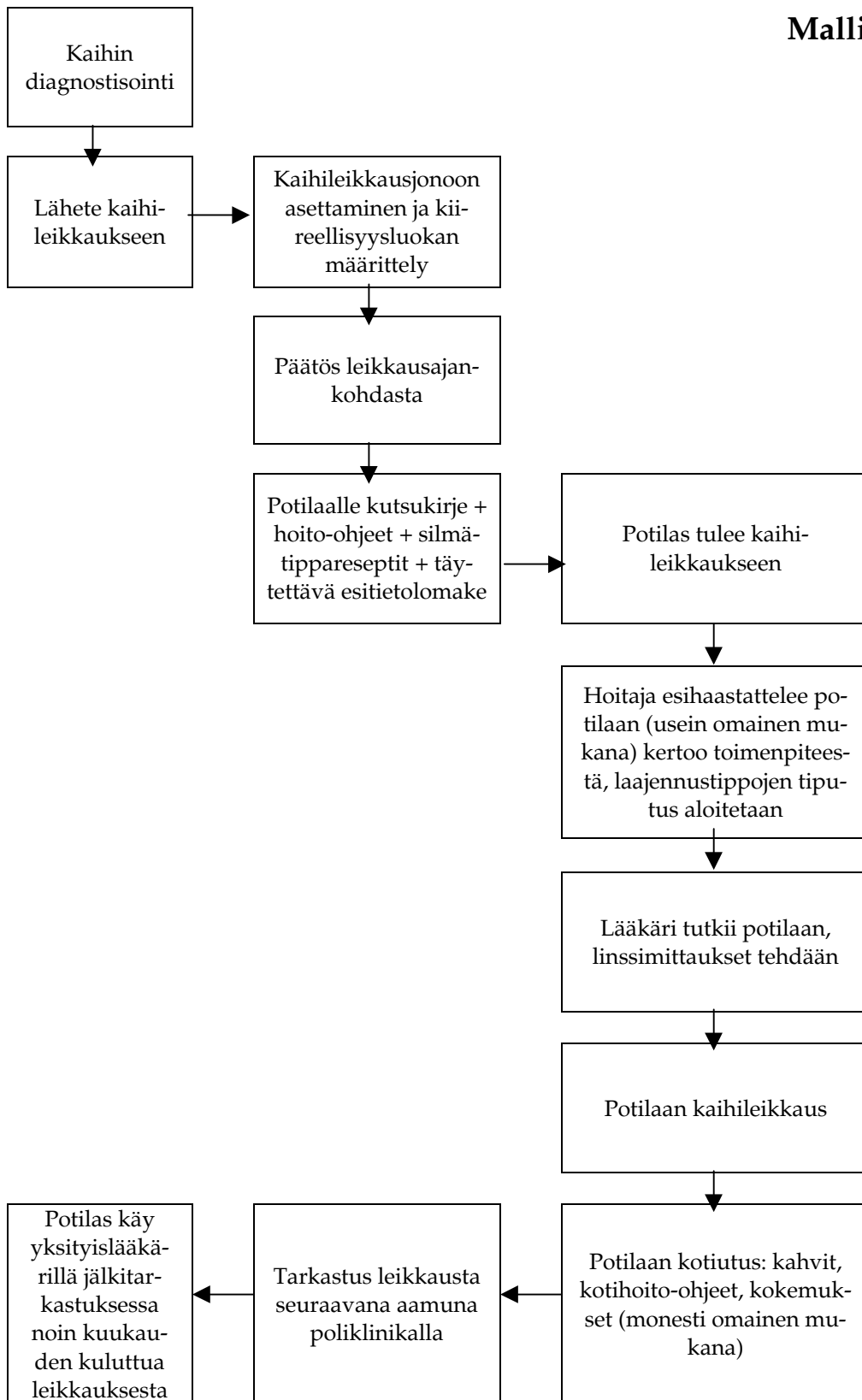
Eettisen toimikunnan sihteeri"

Liite 2**Haastateltujen toimenpiteet ja viipyminen sairaalassa sukupuolen mukaan**

Toimenpide	Nainen	Mies	Sairaalassa viipyminen			
			Päivä	1 yö	2 yötä	3 yötä
Kaihileikkaus	1		1			
Kaihileikkaus	1			1		
Kystoscopia	1		1			
Kystoscopia		1	1			
Kystoscopia		1			1	
Prostatabiopsia		1	1			
Prostatabiopsia		1			1	
Kaihileikkaus		1	1			
Kaihileikkaus		1	1			
Munuaiskivi		1	1			
Nivustyrä, leikkaus		1	1			
Dilatatio	1				1	
Nivustyrä		1		1		
Kystoscopia + biopsia		1		1		
Kystoscopia +huuhtelu	1					1
Kystoscopia	1		1			
Kystoscopia + biopsia		1			1	
Polyypin poisto		1		1		
Kystoscopia + biopsia		1				1
Kystoscopia		1	1			
Kystoscopia		1	1			
Yhteensä	6	16	12	4	4	2

KAIHILEIKKAUSPOTILAAN HOIDON KULKU

Mallikaavio



Liite 4

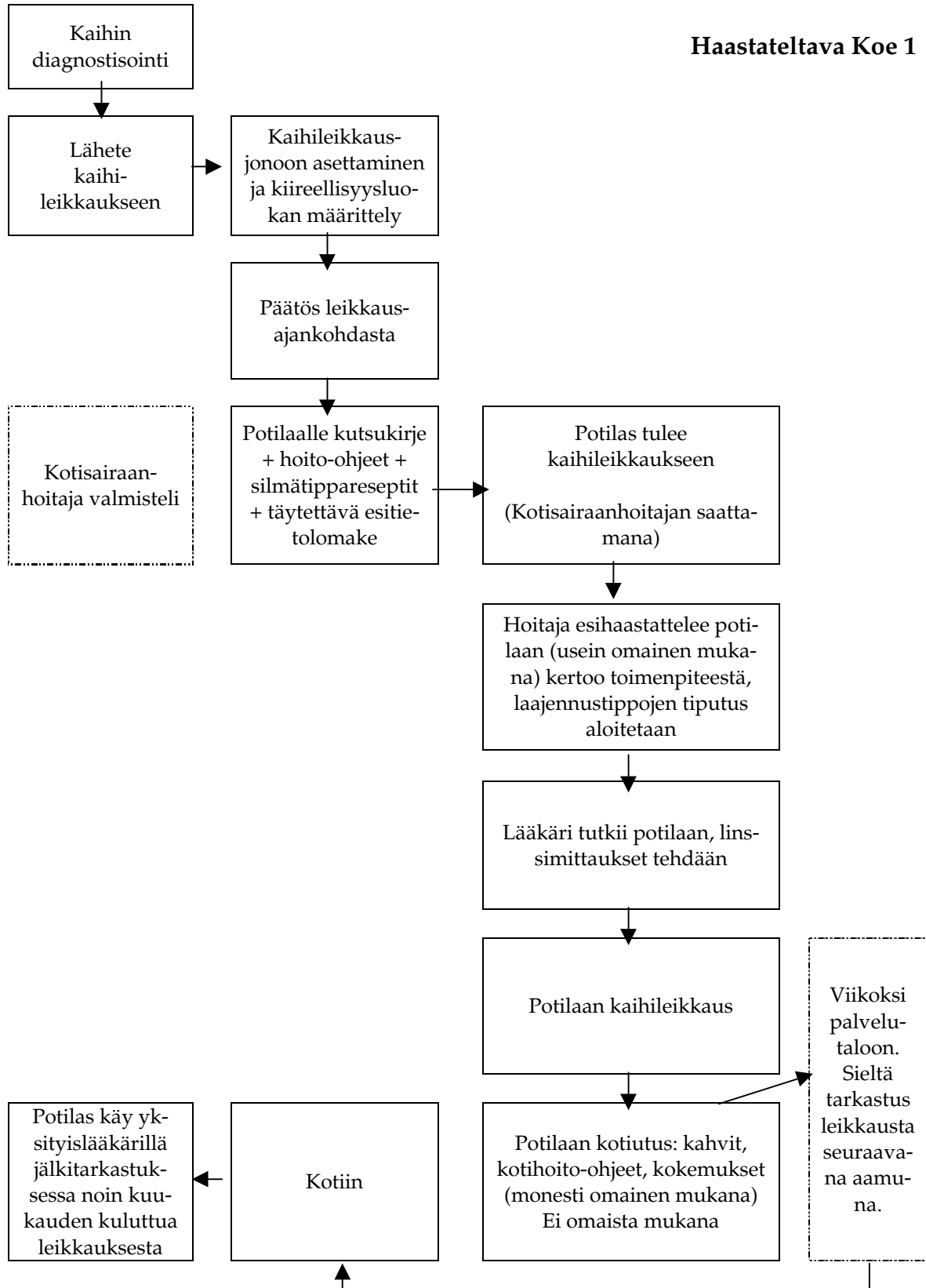
Käynti ensiapu/ajanvarauspoliklinikalla

Yksikkö: Silmätautien yksikkö: KAIHILEIKKAUSPOTILAAN KULKU

Arkisto ja maksutoimisto	Silmätautien yksikön toimisto	Hoitaja	Lääkäri	Potilas
<p>1. Arkiston lähetti tuo yleensä kaksi päivää ennen käyntiä sairauskertomukset yksikön toimistoon.</p>	<p>2. Osastonsihteeri tulostaa listat seuraavana päivänä leikkaukseen tulevista potilaista.</p> <p>3. Osastonsihteeri järjestää seuraavana päivänä tulevien potilaiden paperit lisäpapereihin lähetteen ja leikkaus- ja anestesikaavakkeet.</p> <p>5. Samana aamuna, kun potilas on tulossa leikkaukseen, osastonsihteeri vie potilaspaperit hoitajan haastatteluhuoneeseen.</p> <p>7. Osastonsihteeri tekee ilmoittautumisen koneella.</p> <p>13. Osastonsihteeri noutaa leikkattujen potilaiden paperit, tallentaa käyntitiedot sekä leikkaus- ja anestesiatiedot ja laittaa potilaspaperit menemään arkistoon.</p>	<p>4. Hoitaja tutustuu seuraavana päivänä leikkattavien potilaiden papereihin.</p> <p>8. Haastattelee potilaan, aloittaa silmätippojen tiputtamisen ja ohjaa potilaan leikkaussali-puolelle.</p> <p>11. Hoitaja antaa leikkauksen jälkeen potilaalle kopion leikkauskertomuksesta ja kertoo kotihoito-ohjeet.</p>	<p>10. Tekee potilaalle esitutkimuksen ja sen jälkeen kaihi-leikkauksen.</p>	<p>6. Potilas tulee silmätautien yksikköön ja ilmoittautuu yksikön toimistossa.</p> <p>9. Potilas on ensin hoitajan haastattelussa ja esivalmistelussa, siirtyy sitten leikkauspuolelle lääkärin tutkimukseen ja leikkaukseen.</p> <p>12. Leikkauksen jälkeen potilas saa leikkauskertomuskopion mukaansa ja kotiutuu.</p>

KAIHILEIKKAUSPOTILAAN HOIDON KULKU

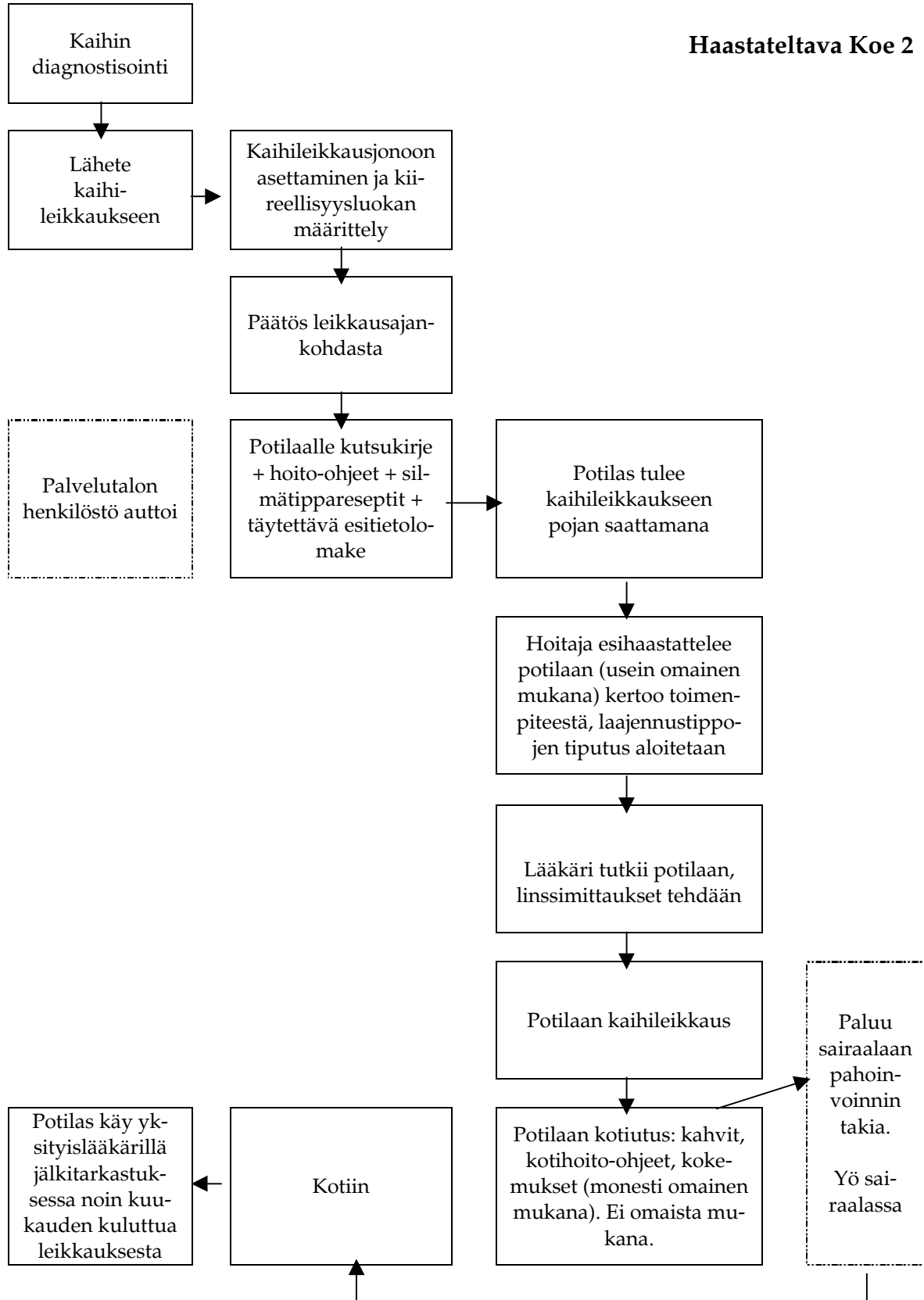
Haastateltava Koe 1



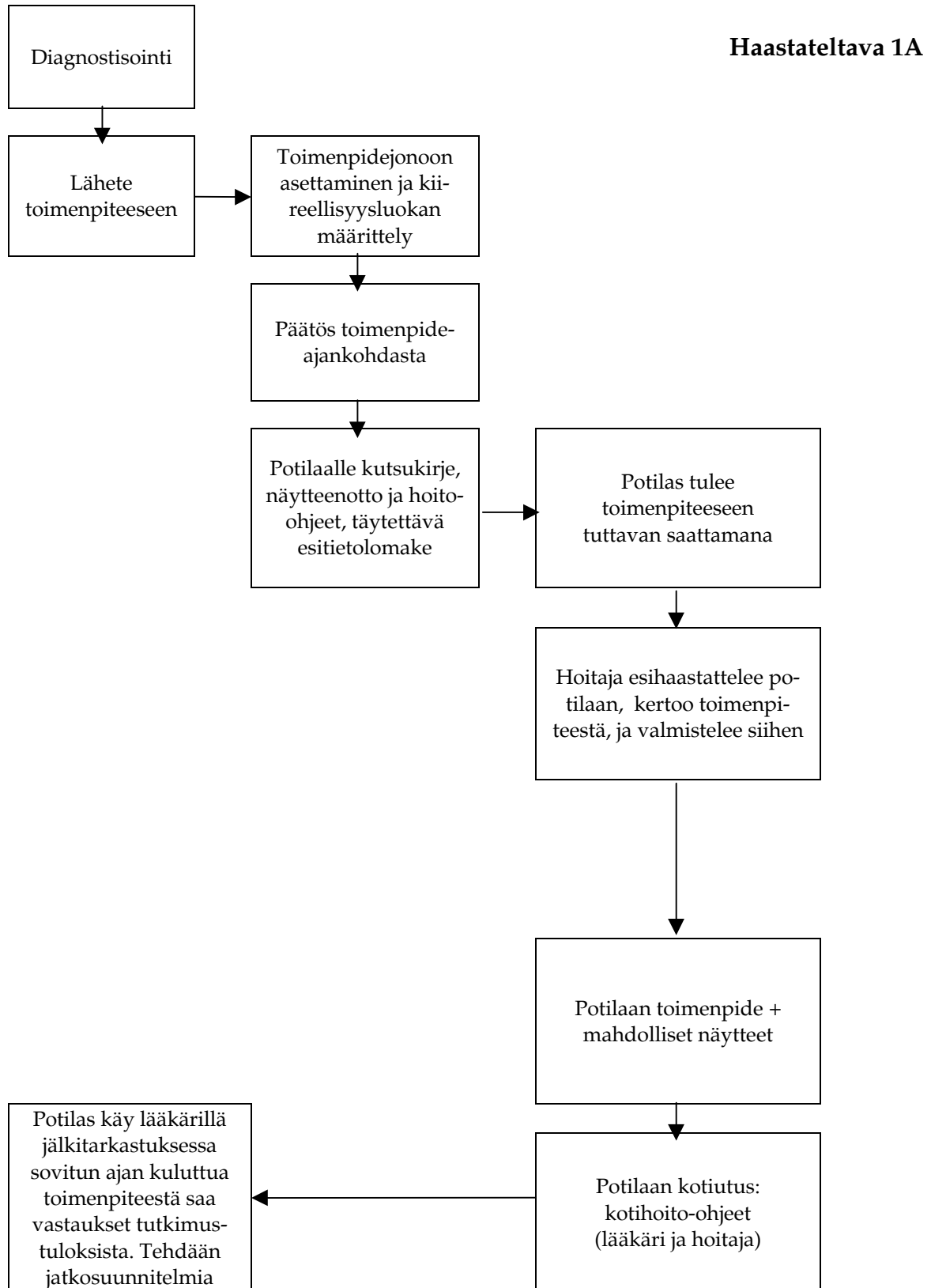
Liite 6

KAIHILEIKKAUSPOTILAAN HOIDON KULKU

Haastateltava Koe 2

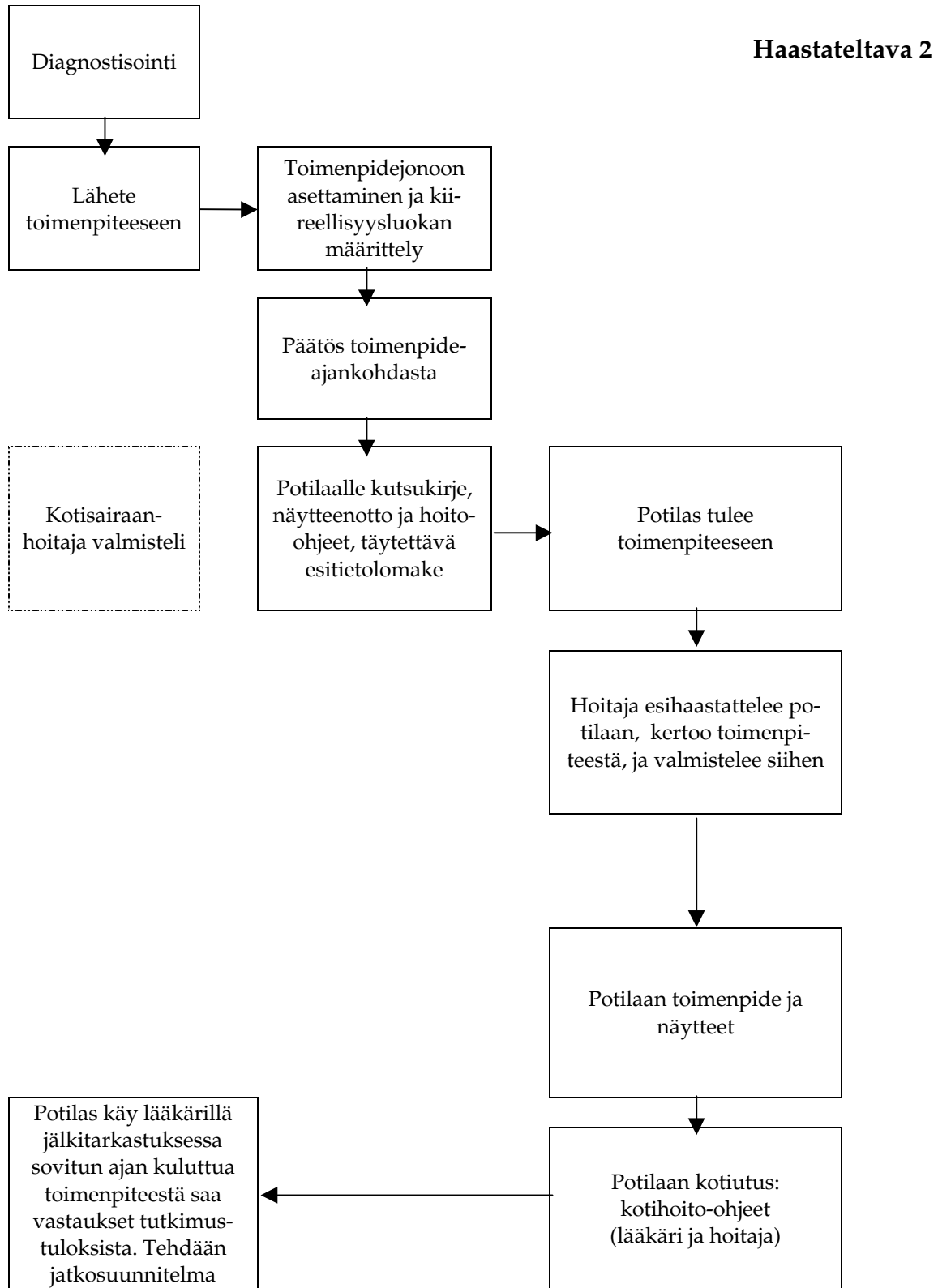


KYSTOSKOPIA- JA PROSTATABIOPSIAPOTILAAN HOIDON KULKU



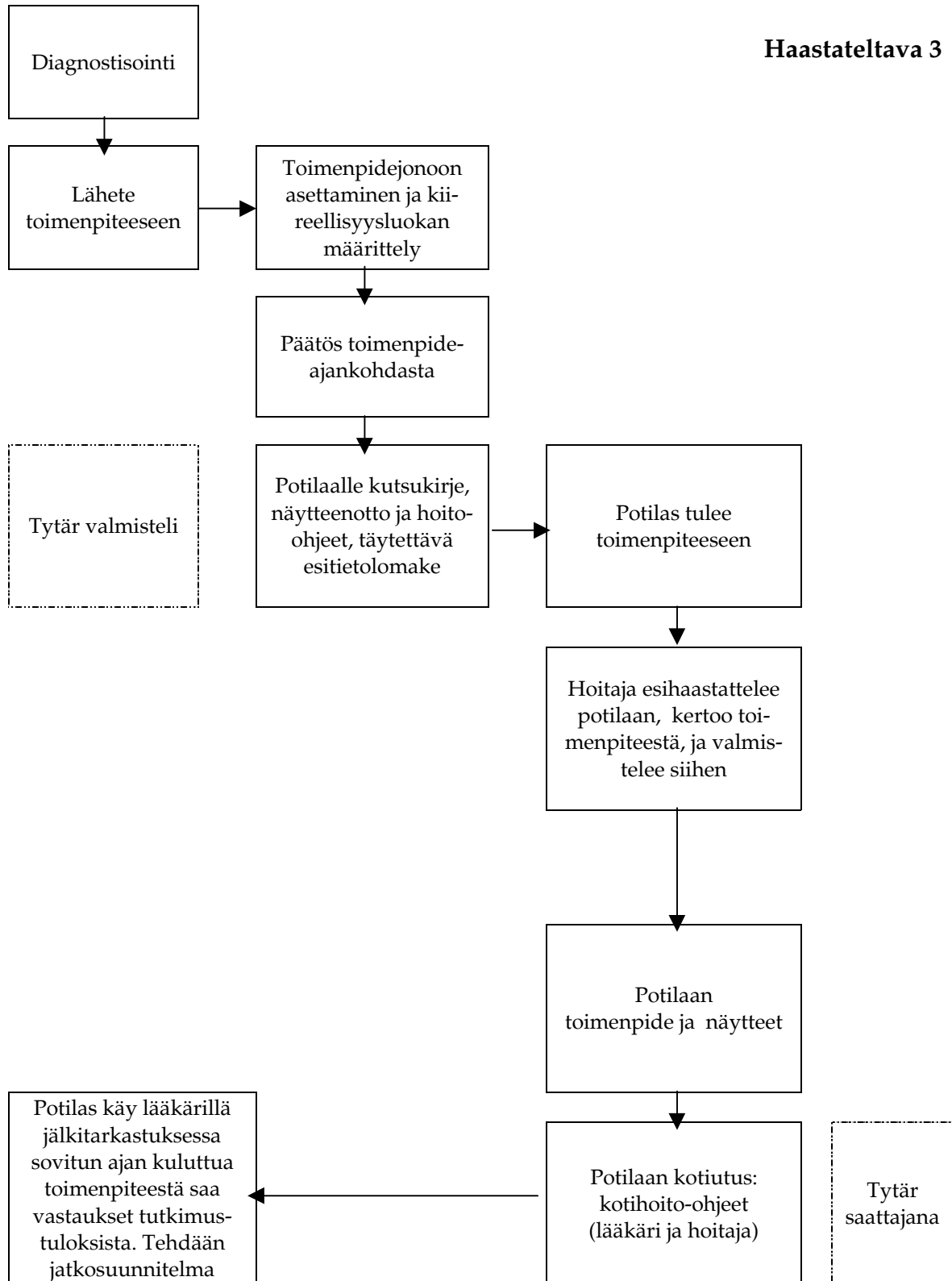
Liite 8

KYSTOSKOPIA- JA PROSTATABIOPSIAPOTILAAN HOIDON KULKU



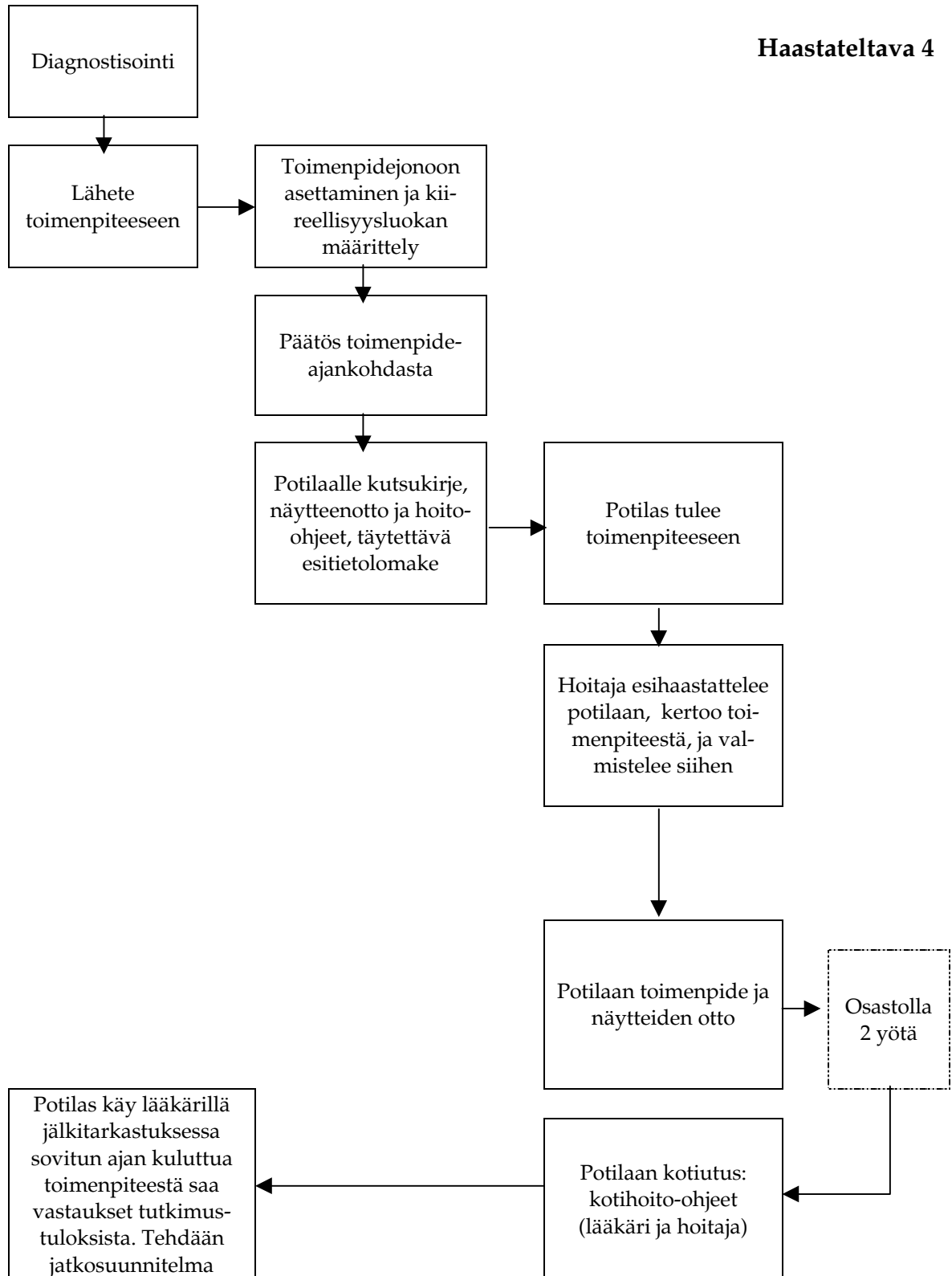
KYSTOSKOPIA- JA PROSTATABIOPSIAPOTILAAN HOIDON KULKU

Haastateltava 3

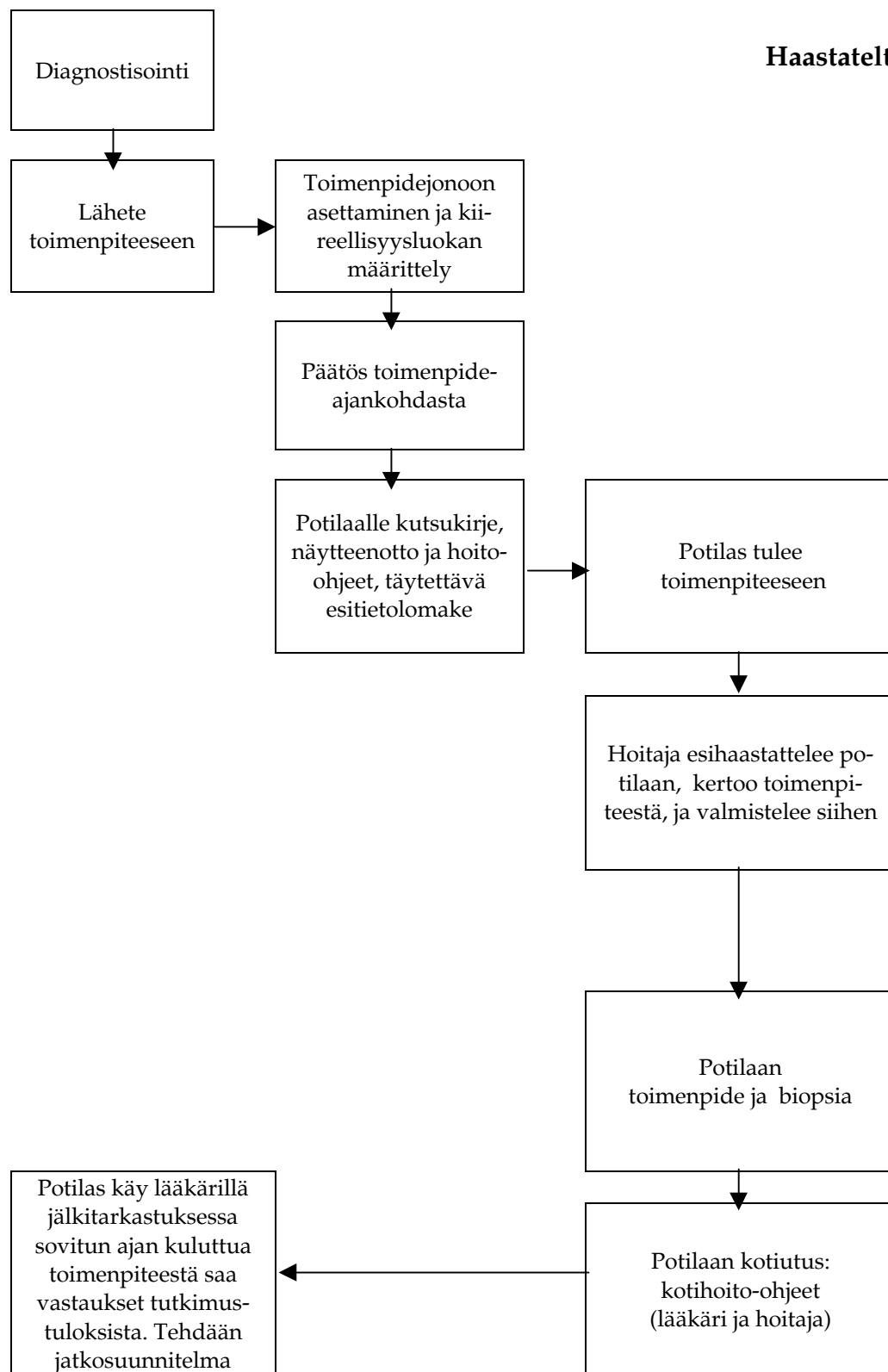


Liite 10

KYSTOSKOPIA- JA PROSTATABIOPSIAPOTILAAN HOIDON KULKU

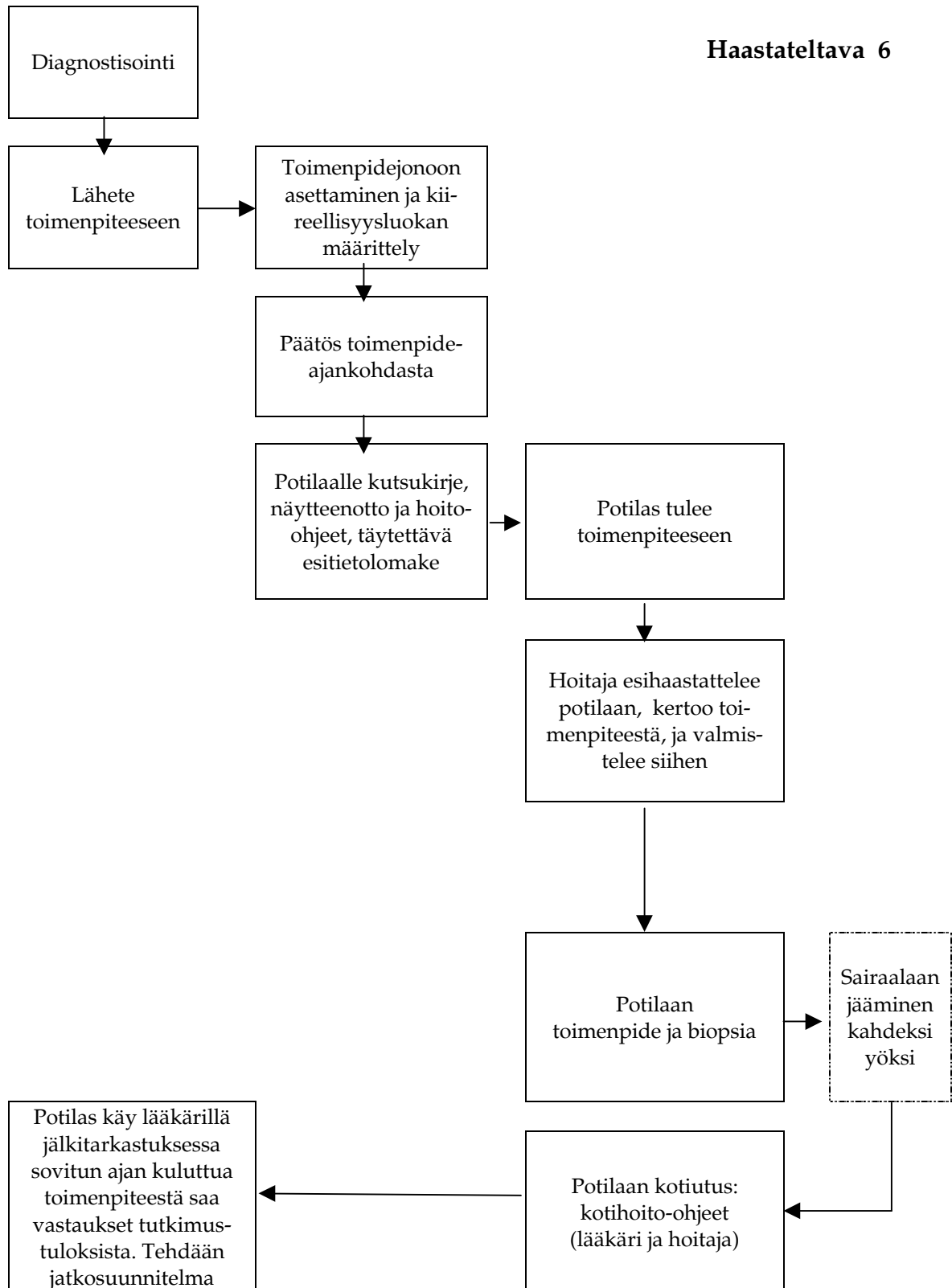


KYSTOSKOPIA- JA PROSTATABIOPSIAPOTILAAN HOIDON KULKU

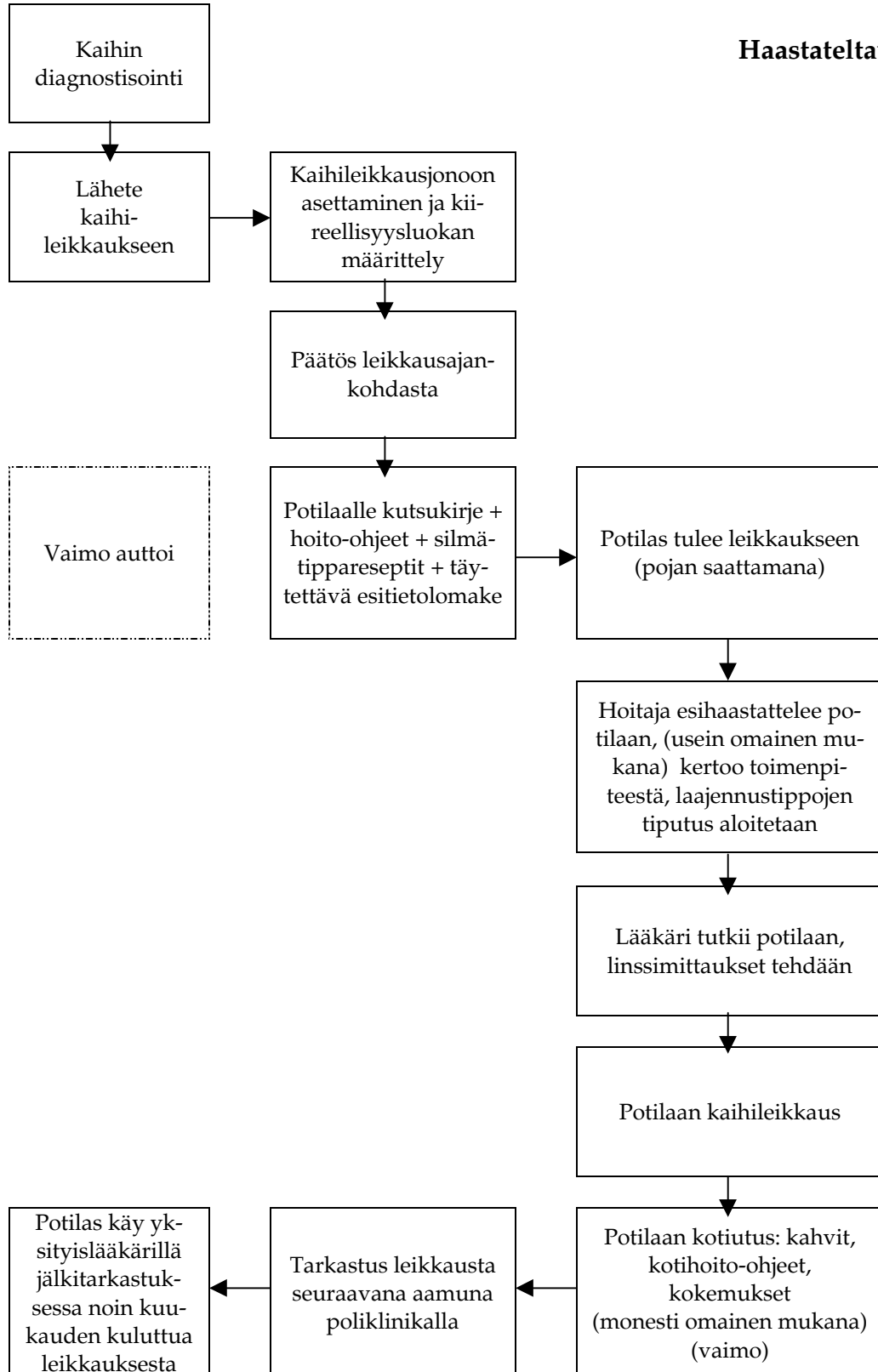


Liite 12

KYSTOSKOPIA- JA PROSTATABIOPSIAPOTILAAN HOIDON KULKU

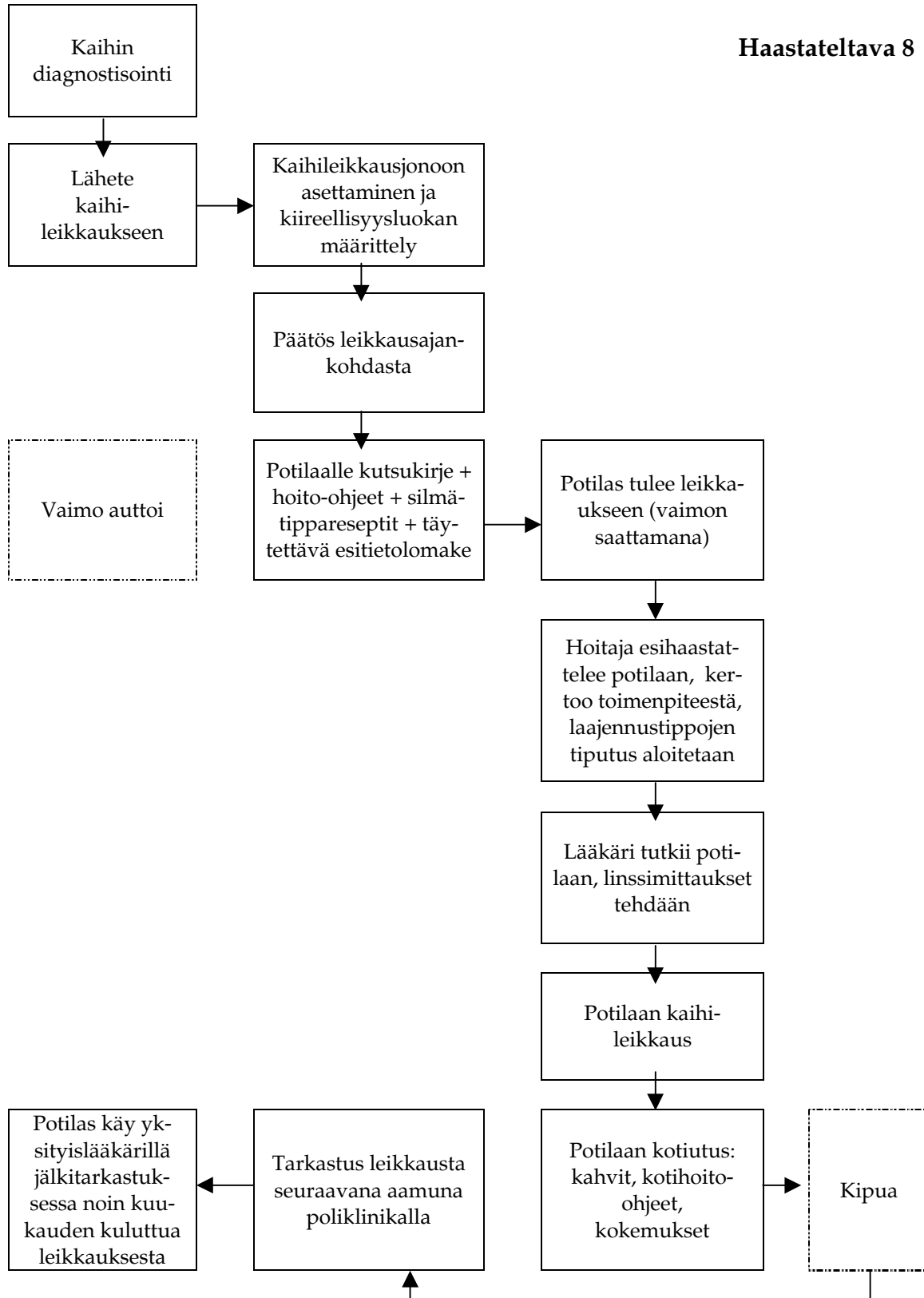


KAIHILEIKKAUSPOTILAAN HOIDON KULKU



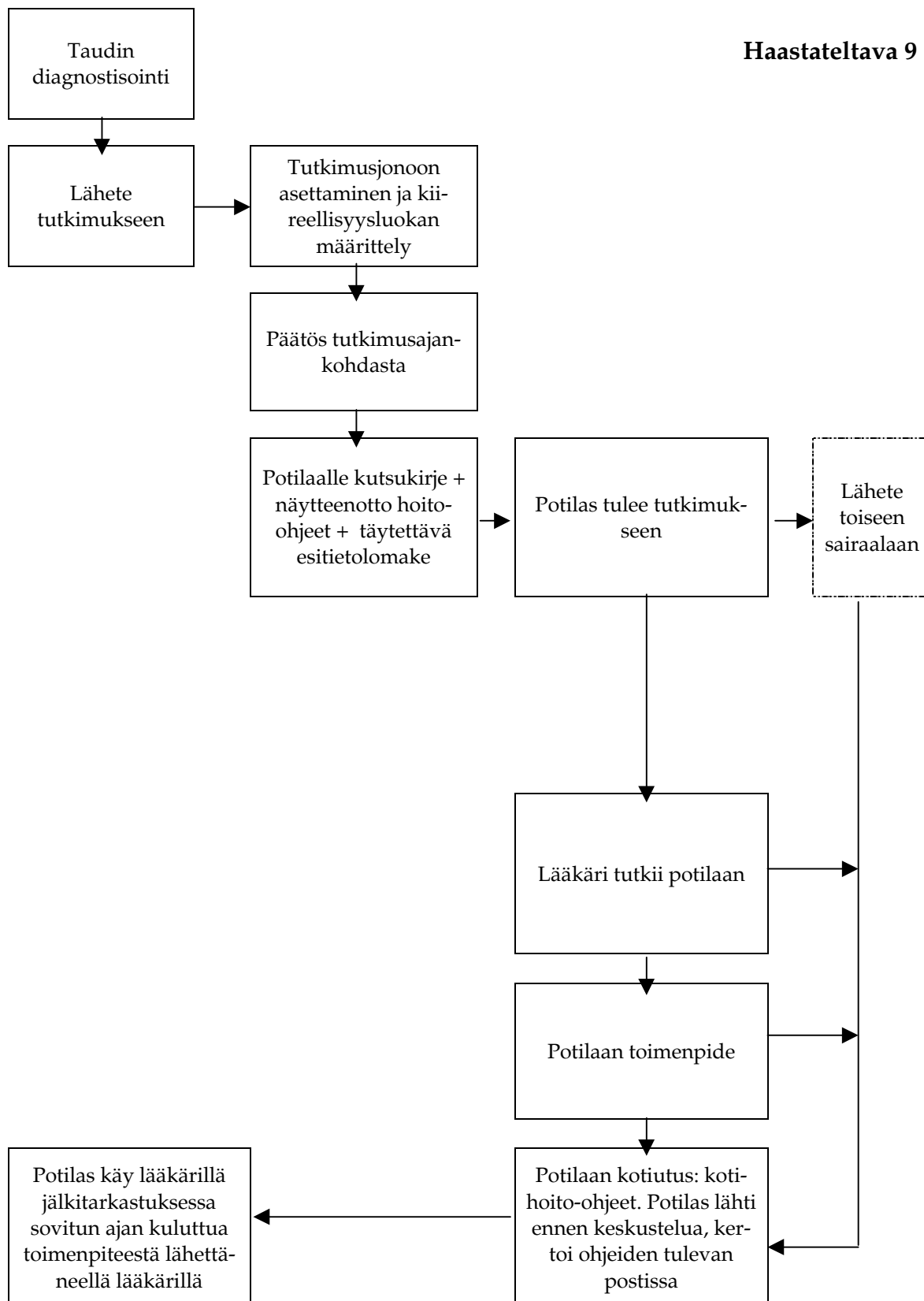
Liite 14

KAIHILEIKKAUSPOTILAAN HOIDON KULKU



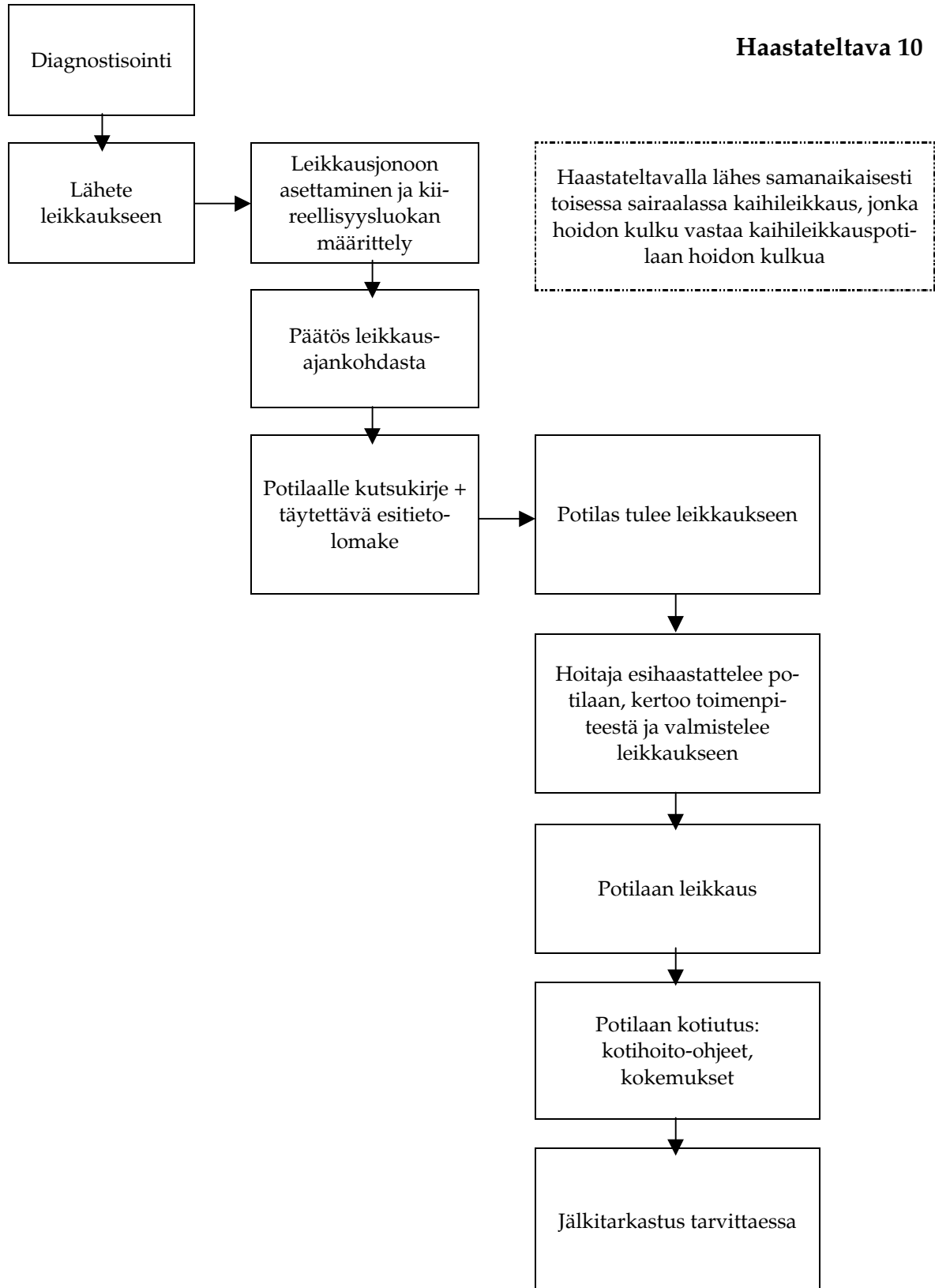
MUNUAISKIVIPOTILAAN HOIDON KULKU

Haastateltava 9

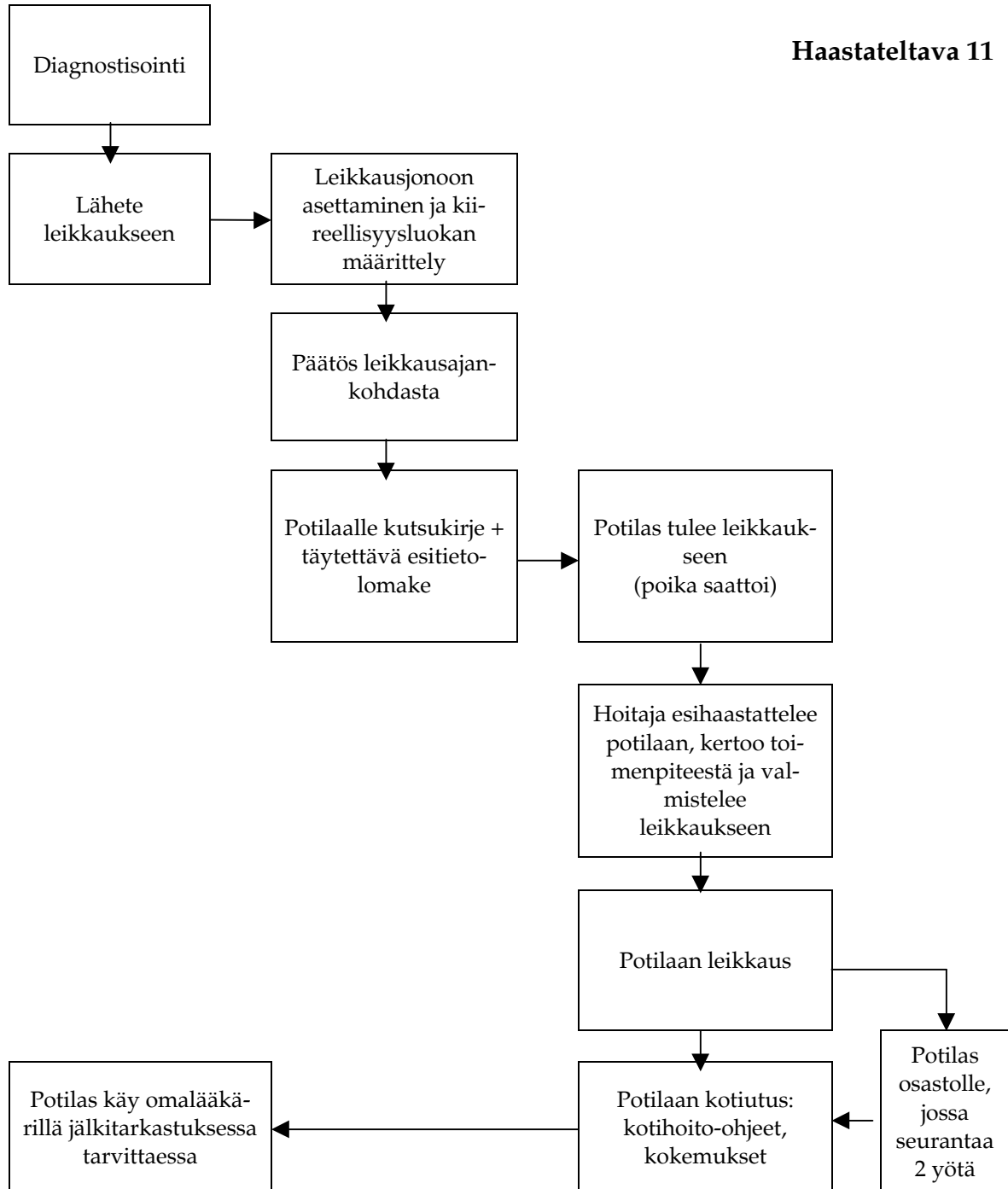


Liite 16

NIVUSTYRÄLEIKKAUSPOTILAAN HOIDON KULKU

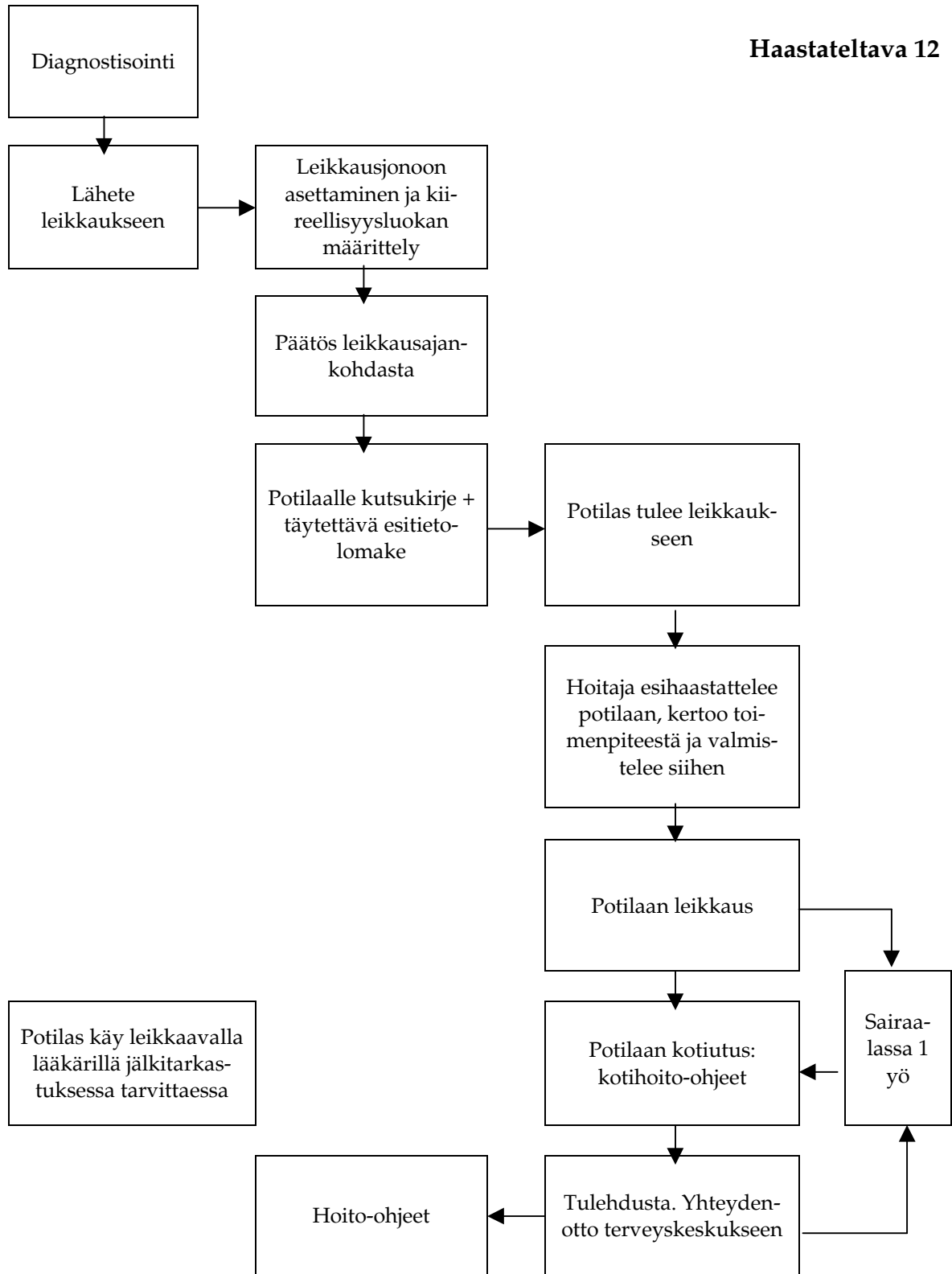


DILATATIOPOTILAAN HOIDON KULKU

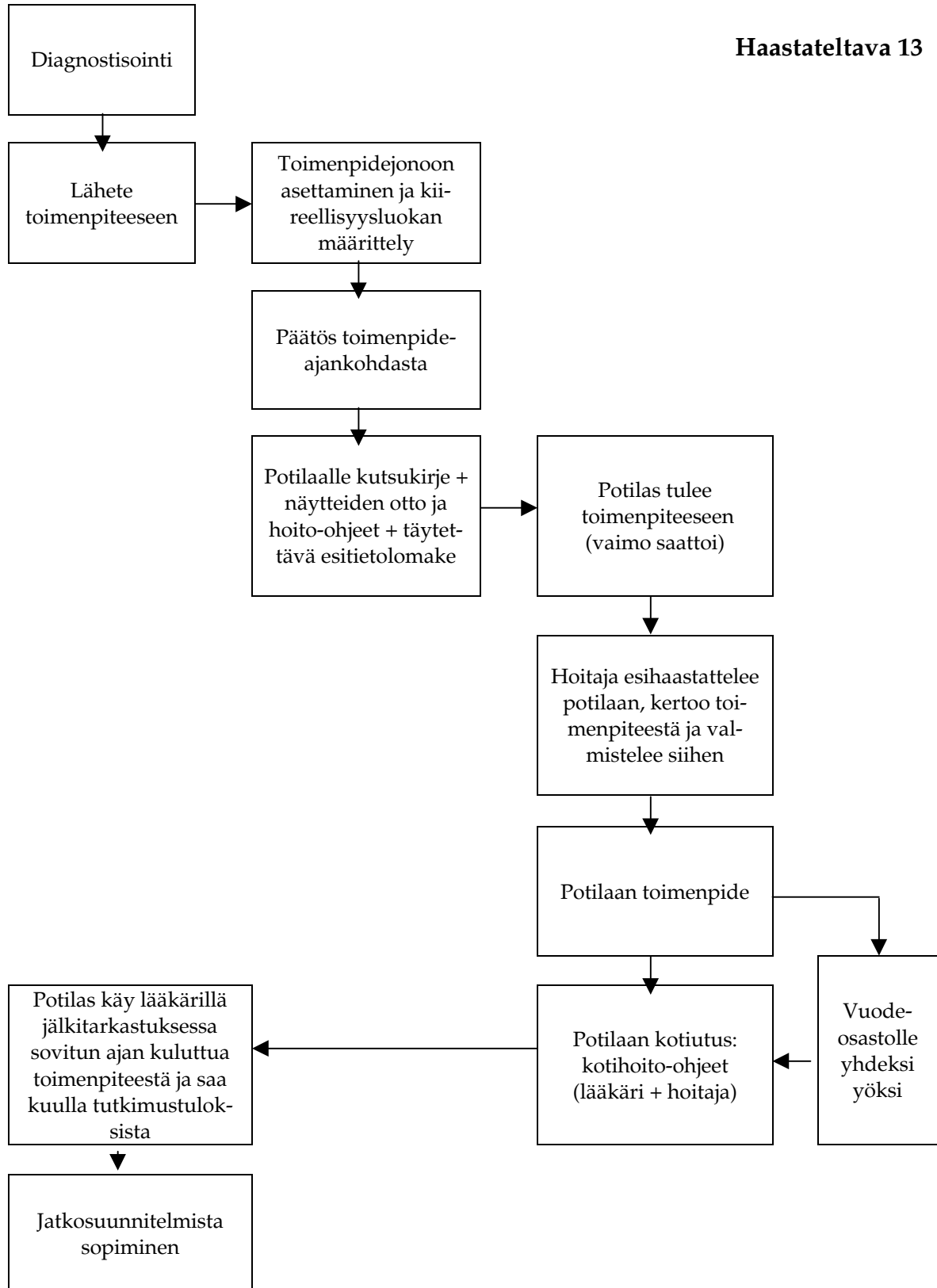


Liite 18

NIVUSTYRÄLEIKKAUSPOTILAAN HOIDON KULKU

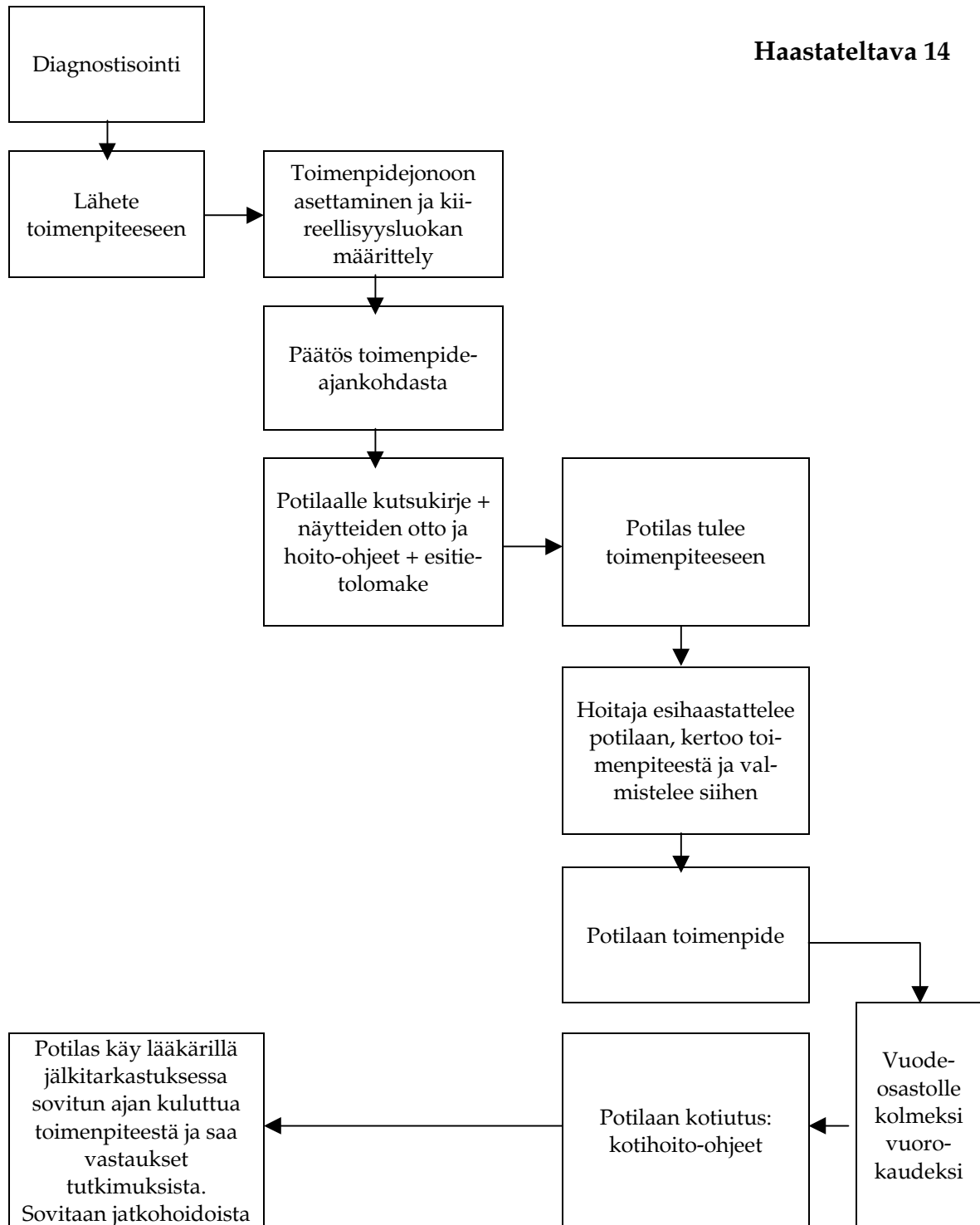


KYSTOSKOPIA- JA BIOPSIAPOTILAAN HOIDON KULKU

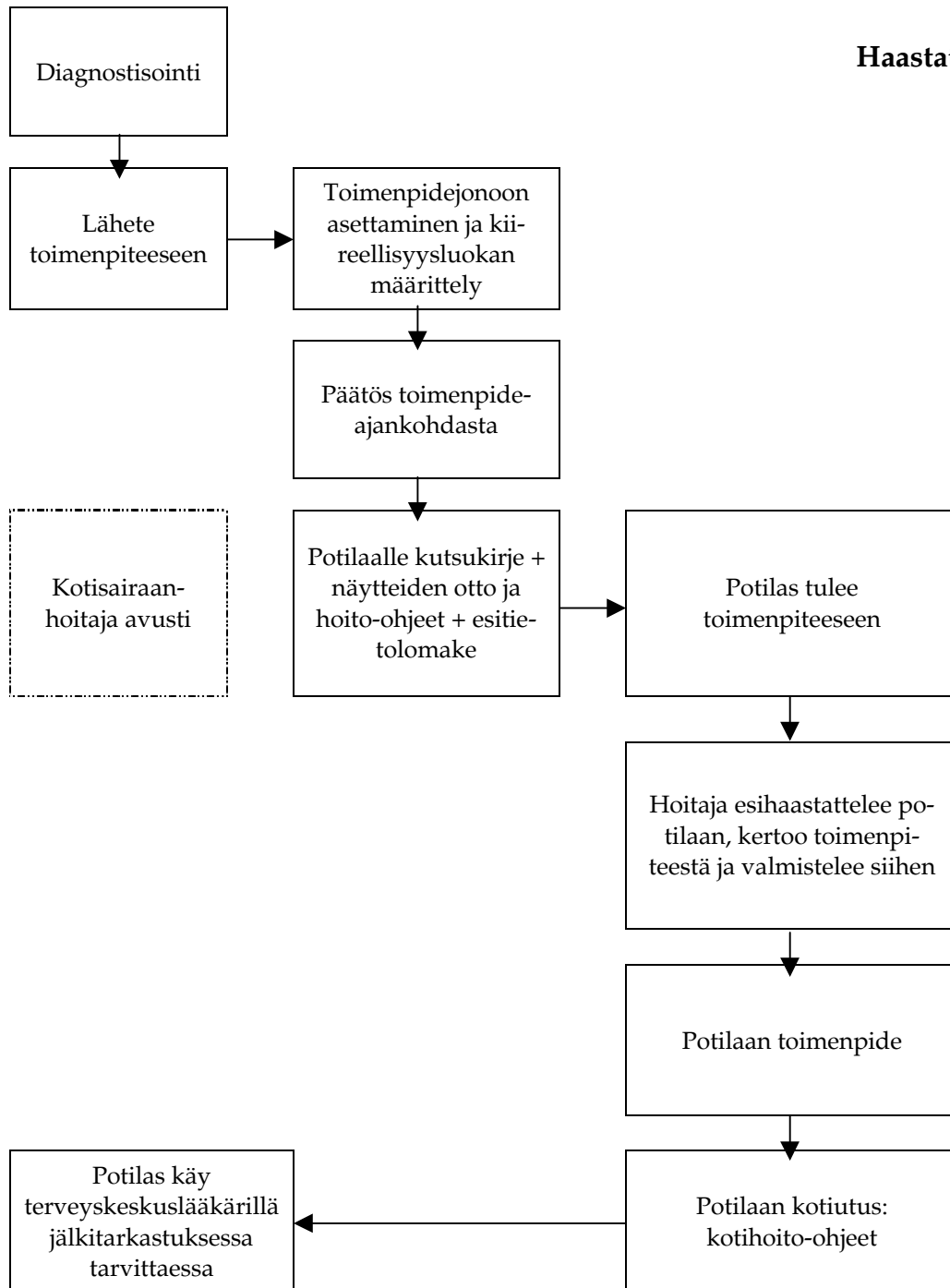


Liite 20

KYSTOSKOPIA- JA RAKKOHUUHTELUPOTILAAN HOIDON KULKU

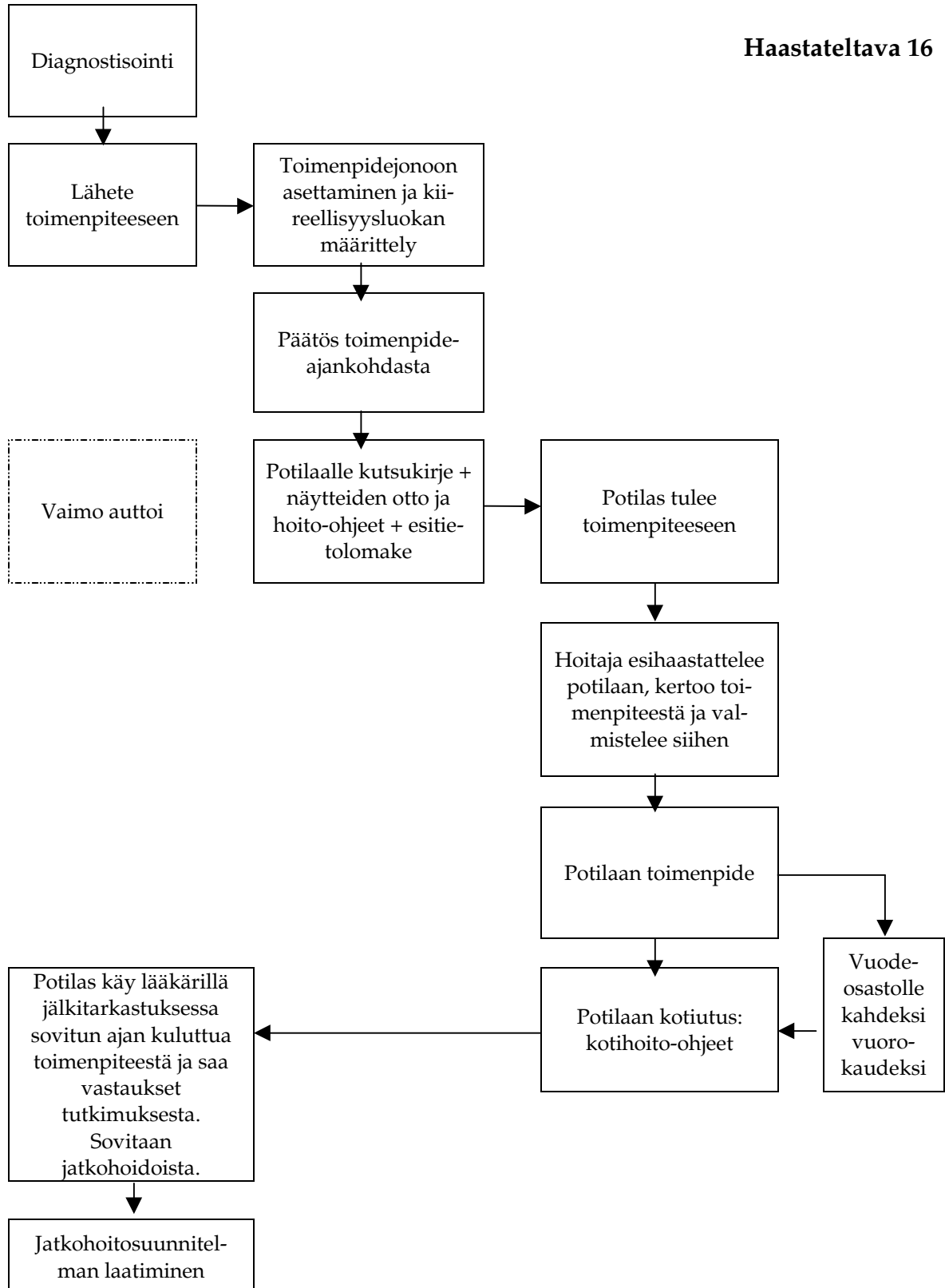


KYSTOSKOPIAPOTILAAN HOIDON KULKU

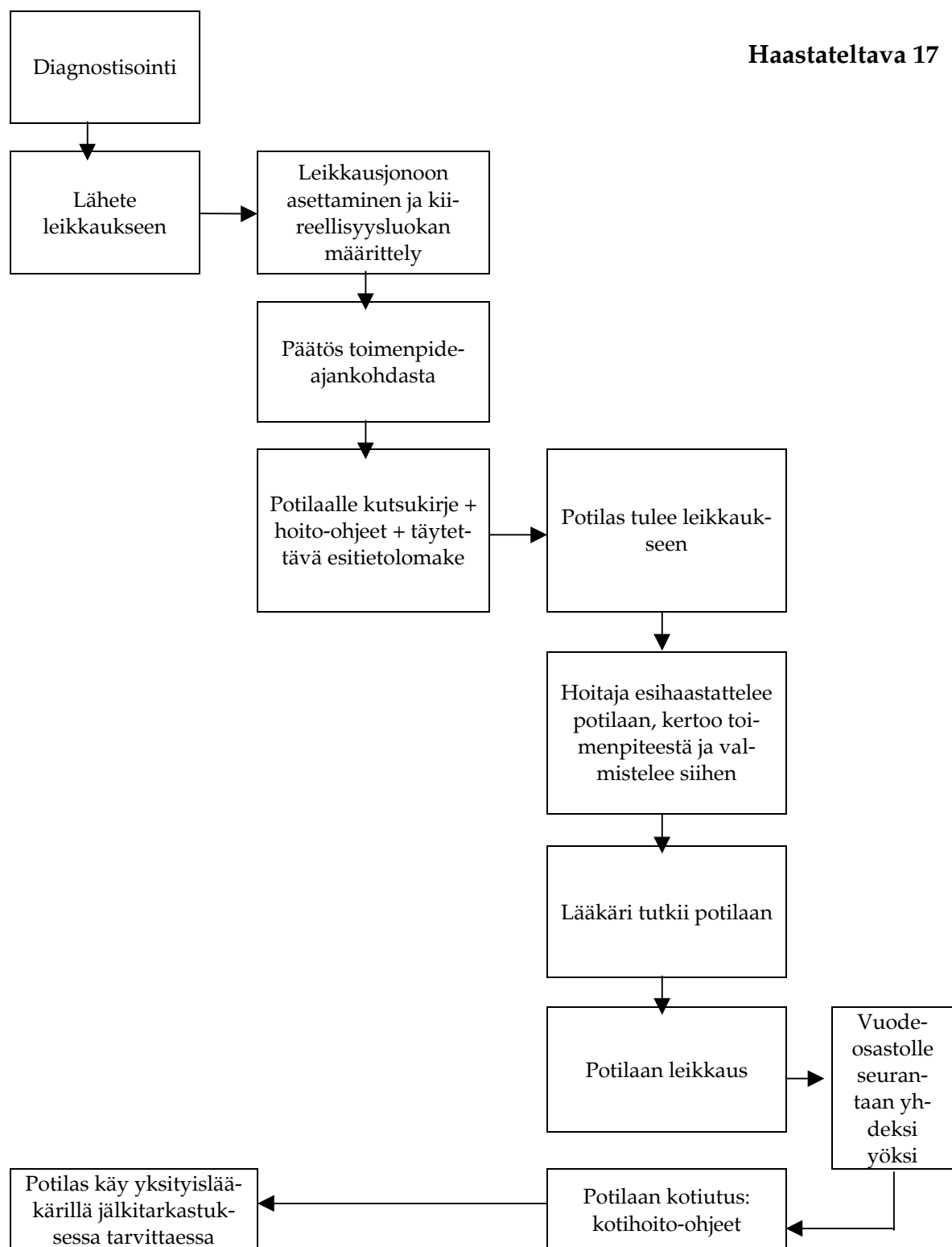


Liite 22

KYSTOSKOPIA- JA BIOPSIAPOTILAAN HOIDON KULKU

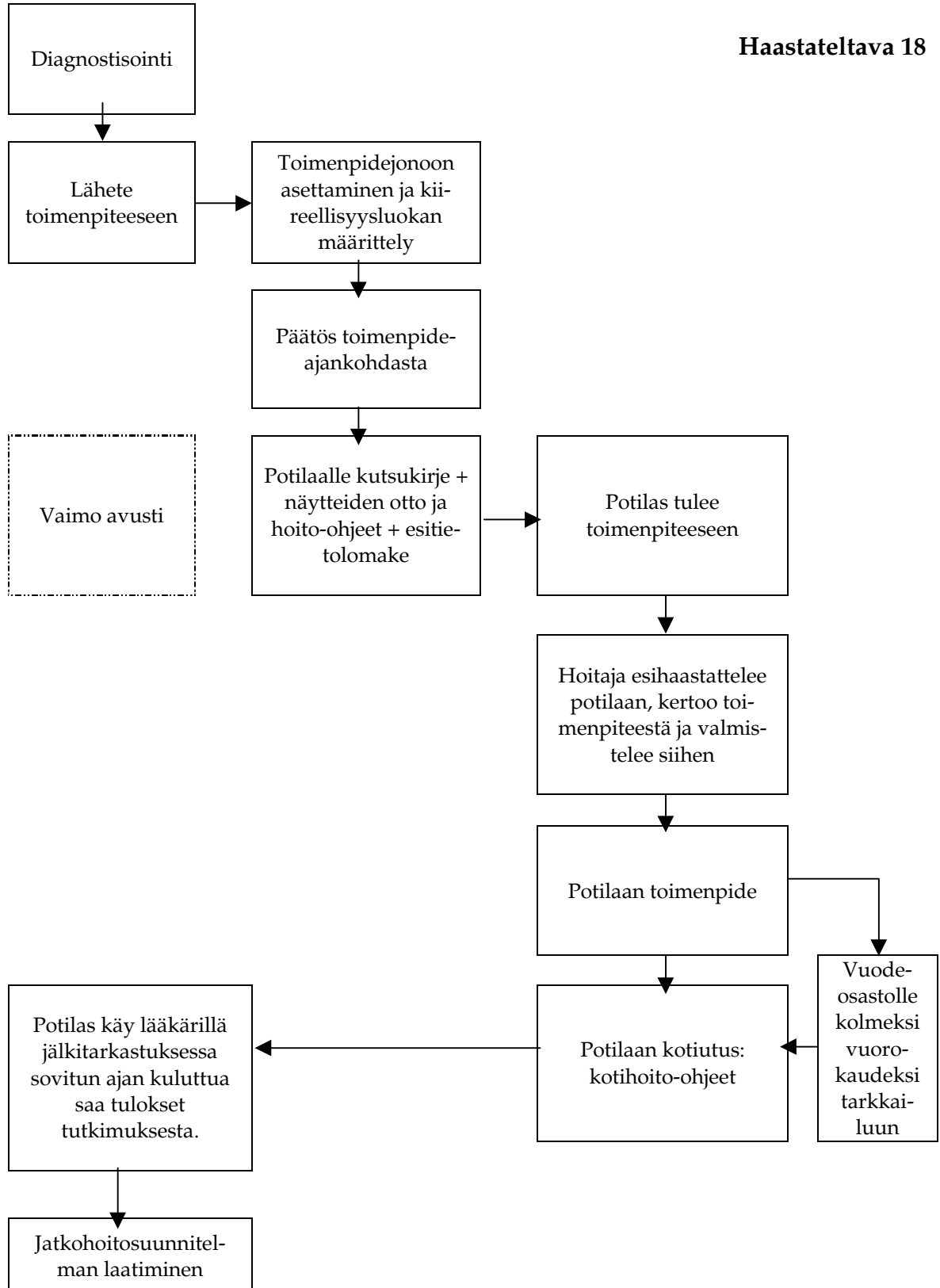


POLYYPIN POISTO LEIKKAUSPOTILAAN HOIDON KULKU

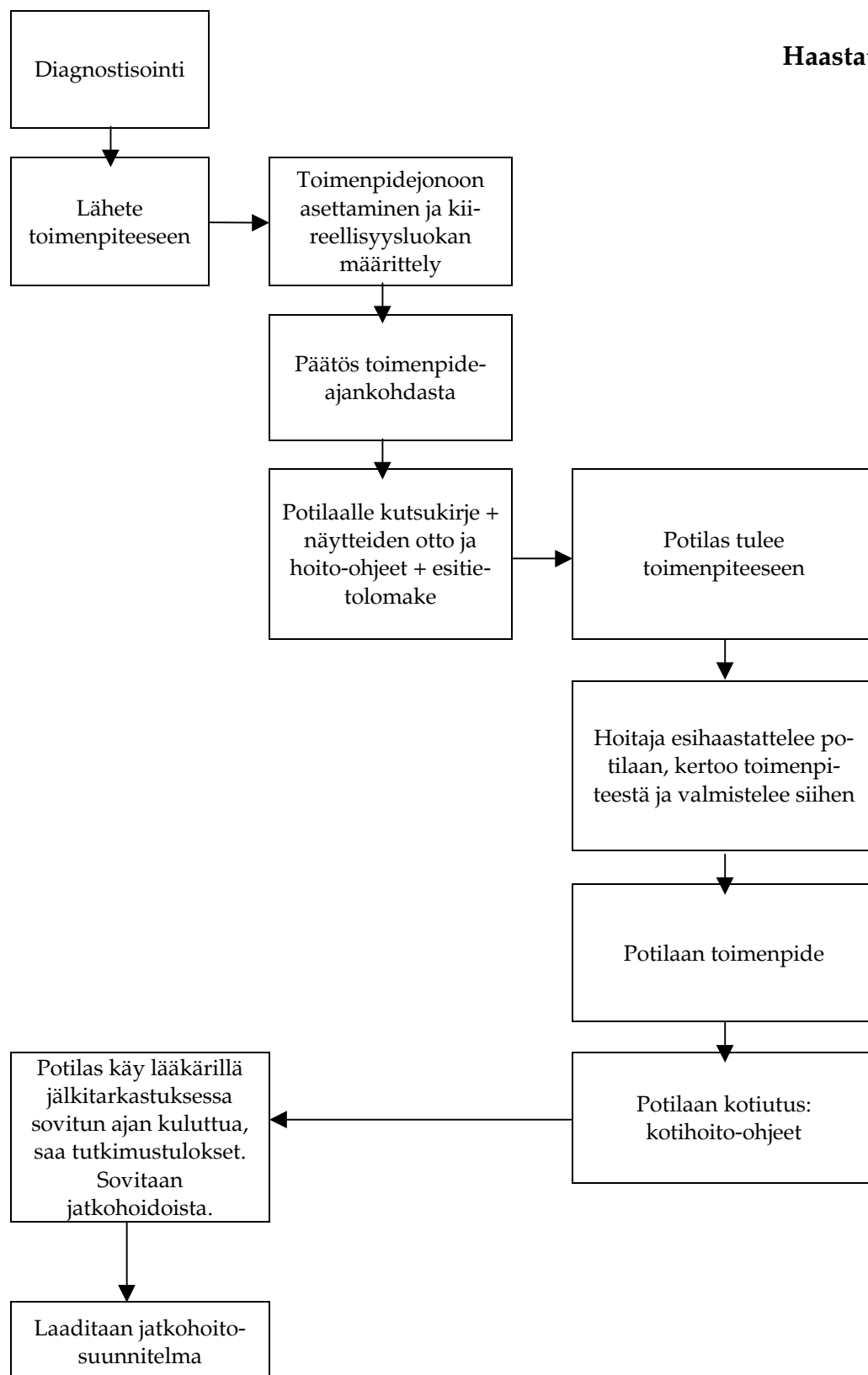


Liite 24

KYSTOSKOPIA- JA BIOPSIAPOTILAAN HOIDON KULKU

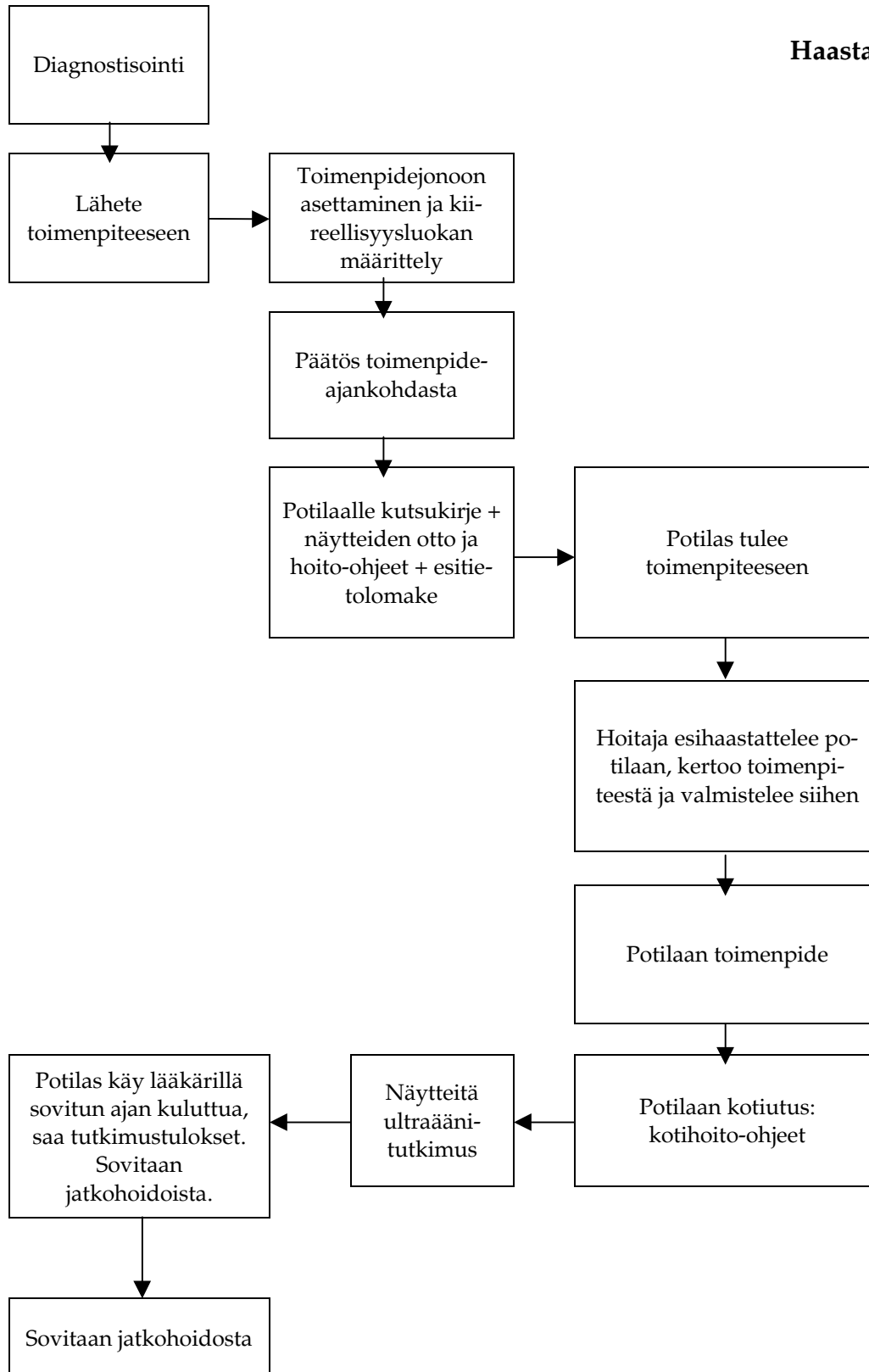


KYSTOSKOPIAPOTILAAN HOIDON KULKU



Liite 26

KYSTOSKOPIAPOTILAAN HOIDON KULKU



- 1 KIRJONEN, JUHANI, On the description of a human movement and its psychophysical correlates under psychomotor loads. 48 p. 1971.
- 2 KIRJONEN, JUHANI JA RUSKO, HEIKKI, Liikkeen kinemaattisista ominaispiirteistä, niiden psykofyysisistä selitysyhteyksistä ja näiden muutoksista psykomotorisen kuormituksen ja kestävyysharjoittelun vaikutuksesta. - On the kinematic characteristics and psychophysical correlates of a human movement and their changes during psychomotor loading and endurance conditioning. 156 p. 1971.
- 3 SARVIHARJU, PEKKA J., Effects of psychophysical loading and progressive endurance conditioning on selected biochemical correlates of adaptive responses in man. 95 p. 1973.
- 4 KIVIAHO, PEKKA, Sport organizations and the structure of society. 54 p. 1973.
- 5 KOMI, PAAVO V., NELSON, RICHARD C. AND PULLI, MATTI, Biomechanics of skijumping. 53 p. 1974.
- 6 METELI, Työolot, terveys ja liikuntakäyttämisen metallitehtäissa. Kartoittavan kyselyn aineistot ja toteuttaminen. 178 p. 1974.
- 7 TIAINEN, JORMA M., Increasing physical education students' creative thinking. 53 p. 1976.
- 8 RUSKO, HEIKKI, Physical performance characteristics in Finnish athletes. 40 p. 1976.
- 9 KIISKINEN, ANJA, Adaptation of connective tissues to physical training in young mice. 43 p. 1976.
- 10 VUOLLE, PAULI, Urheilu elämänsisältönä. Menestyneiden urheilijoiden elämänura kilpailuvuosina - Top sport as content of life. 227 p. 1977.
- 11 SUOMINEN, HARRI, Effects of physical training in middle-aged and elderly people with special regard to skeletal muscle, connective tissue, and functional aging. 40 p. 1978.
- 12 VIITASALO, JUKKA, Neuromuscular performance in voluntary and reflex contraction with special reference to muscle structure and fatigue. 59 p. 1980.
- 13 LUHTANEN, PEKKA, On the mechanics of human movement with special reference to walking, running and jumping. 58 p. 1980.
- 14 LAAKSO, LAURI, Lapsuuden ja nuoruuden kasvuympäristö aikuisiän liikuntaharrastusten selittäjänä: retrospektiivinen tutkimus. - Socialization environment in childhood and youth as determinant of adult-age sport involvement: a retrospective study. 295 p. 1981.
- 15 BOSCO, CARMELO, Stretch-shortening cycle inskeletal muscle function with special reference to elastic energy and potentiation of myoelectrical activity. 64 p. 1982.
- 16 OLIN, KALEVI, Päättökentekijöiden viiteryhmät kaupunkien liikuntapolitiikassa. - Reference groups of decision-makers in the sport politics of cities. 155 p. 1982.
- 17 KANNAS, LASSE, Tupakointia koskeva terveyskasvatus peruskoulussa. - Health education on smoking in the Finnish comprehensive school. 251 p. 1983.
- 18 Contribution of sociology to the study of sport. Festschrift Book in Honour of Professor Kalevi Heinilä. Ed. by OLIN, K. 243 p. 1984.
- 19 ALÉN, MARKKU, Effects of self-administered, high-dose testosterone and anabolic steroids on serum hormones, lipids, enzymes and on spermatogenesis in power athletes. 75 p. 1985.
- 20 HÄKKINEN, KEIJO, Training and detraining adaptations in electromyographic, muscle fibre and force production characteristics of human leg extensor muscles with special reference to prolonged heavy resistance and explosive type strength training. 106 p. 1986.
- 21 LAHTINEN, ULLA, Begåvningshandikappad ungdom i utveckling. En uppföljningstudie av funktionsförmåga och fysisk aktivitet hos begåvningshandikappade ungdomar i olika livsmiljöer. 300 p. 1986.
- 22 SILVENNOINEN, MARTTI, Koululainen liikunnanharrastajana: liikuntaharrastusten ja liikuntamotiivien sekä näiden yhteyksien muuttuminen iän mukana peruskoululaisilla ja lukiolaisilla. - Schoolchildren and physically active interests: The changes in interests in and motives for physical exercise related to age in Finnish comprehensive and upper secondary schools. 226 p. 1987.
- 23 POHJOLAINEN, PERTTI, Toimintakykyisyys, terveydentila ja elämäntyyli 71-75-vuotiailla miehillä. - Functional capacity, health status and life-style among 71-75 year-old men. 249 p. Summary 13 p. 1987.
- 24 MERO, ANTTI, Electromyographic activity, force and anaerobic energy production in sprint running; with special reference to different constant speeds ranging from submaximal to supramaximal. 112 p. Tiivistelmä 5 p. 1987.
- 25 PARKATTI, TERTTU, Self-rated and clinically measured functional capacity among women and men in two age groups in metal industry. 131 p. Tiivistelmä 2 p. 1990.
- 26 HOLOPAINEN, SINIKKA, Koululaisten liikuntataidot. - The motor skills of schoolboys and girls. 217 p. Summary 6 p. 1990.
- 27 NUMMINEN, PIRKKO, The role of imagery in physical education. 131 p. Tiivistelmä 10 p. 1991.
- 28 TALVITIE, ULLA, Aktiivisuuden ja omatoimisuuden kehittäminen fysioterapian tavoitteena. Kehittävän työntutkimuksen sovellus lääkintävoimistelijan työhön. - The development of activity and self-motivation as the aim of physiotherapy. The application of developmental work research in physiotherapy. 212 p. Summary 8 p. 1991.

- 29 KAHILA, SINIKKA, Opetusmenetelmän merkitys prososiaalisessa oppimisessa - auttamiskäyttäytymisen edistäminen yhteistyöskentelyn avulla koululiikunnassa. - The role of teaching method in prosocial learning - developing helping behavior by means of the cooperative teaching method in physical education. 132 p. Summary 2 p. 1993.
- 30 LIIMATAINEN-LAMBERG, ANNA-ESTER, Changes in student smoking habits at the vocational institutions and senior secondary schools and health education. 195 p. Yhteenveto 5 p. 1993.
- 31 KESKINEN, KARI LASSE, Stroking characteristics of front crawl swimming. 77 p. Yhteenveto 2 p. 1993.
- 32 RANTANEN, TAINA, Maximal isometric strength in older adults. Cross-national comparisons, background factors and association with Mobility. 87 p. Yhteenveto 4 p. 1994.
- 33 LUSA, SIRPA, Job demands and assessment of the physical work capacity of fire fighters. 91 p. Yhteenveto 4 p. 1994.
- 34 CHENG, SULIN, Bone mineral density and quality in older people. A study in relation to exercise and fracture occurrence, and the assessment of mechanical properties. 81 p. Tiivistelmä 1 p. 1994.
- 35 KOSKI, PASI, Liikuntaseura toimintaympäristösään. - Sports club in its organizational environment. 220 p. Summary 6 p. 1994.
- 36 JUPPI, JOEL, Suomen julkinen liikuntapolitiikka valtionhallinnon näkökulmasta vuosina 1917-1994. - Public sport policy in Finland from the viewpoint of state administration in 1917-1994. 358 p. Summary 7 p. 1995.
- 37 KYRÖLÄINEN, HEIKKI, Neuromuscular performance among power- and endurance-trained athletes. 82 p. Tiivistelmä 3 p. 1995.
- 38 NYANDINDI, URSULINE S., Evaluation of a school oral health education programme in Tanzania: An ecological perspective. 88 p. Tiivistelmä 2 p. 1995.
- 39 HEIKINARO-JOHANSSON, PILVIKKI, Including students with special needs in physical education. 81 p. Yhteenveto 4 p. 1995.
- 40 SARLIN, EEVA-LIISA, Minäkokemuksen merkitys liikuntamotivaatiotekijänä. - The significance of self perception in the motivational orientation of physical education. 157 p. Summary 4 p. 1995.
- 41 LINTUNEN, TARU, Self-perceptions, fitness, and exercise in early adolescence: a four-year follow-up study. 87 p. Yhteenveto 5 p. 1995.
- 42 SIPILÄ, SARIANNA, Physical training and skeletal muscle in elderly women. A study of muscle mass, composition, fiber characteristics and isometric strength. 62 p. Tiivistelmä 3 p. 1996.
- 43 ILMANEN, KALERVO, Kunnat liikkeellä. Kunnallinen liikuntahallinto suomalaisen yhteiskunnan muutoksessa 1919-1994. - Municipalities in motion. Municipal sport administration in the changing Finnish society 1919-1994. 285 p. Summary 3 p. 1996.
- 44 NUMMELA, ARI, A new laboratory test method for estimating anaerobic performance characteristics with special reference to sprint running. 80 p. Yhteenveto 4 p. 1996.
- 45 VARSTALA, VÄINÖ, Opettajan toiminta ja oppilaiden liikunta-aktiivisuus koulun liikuntatunnilla. - Teacher behaviour and students' motor engagement time in school physical education classes. 138 p. Summary 4 p. 1996.
- 46 POSKIPARTA, MARITA, Terveysneuvonta, oppimaan oppimista. Videotallenteet hoitajien terveysneuvonnan ilmentäjinä ja vuorovaikutustaitojen kehittämismenetelmänä. - Health counselling, learning to learn. Videotapes expressing and developing nurses' communication skills. 159 p. Summary 6 p. 1997.
- 47 SIMONEN, RIITTA, Determinants of adult psychomotor speed. A study of monozygotic twins. - Psykomotorisen nopeuden determinantit identtisillä kaksosilla. 49 p. Yhteenveto 2 p. 1997.
- 48 NEVALA-PURANEN, NINA, Physical work and ergonomics in dairy farming. Effects of occupationally oriented medical rehabilitaton and environmental measures. 80 p. (132 p.) 1997.
- 49 HEINONEN, ARI, Exercise as an Osteogenic Stimulus. 69 p. (160 p.) Tiivistelmä 1 p. 1997.
- 50 VUOLLE, PAULI (Ed.) Sport in social context by Kalevi Heinilä. Commemorative book in Honour of Professor Kalevi Heinilä. 200 p. 1997.
- 51 TUOMI, JOUNI, Suomalainen hoitotiedekeskustelu. - The genesis of nursing and caring science in Finland. 218 p. Summary 7 p. 1997.
- 52 TOLVANEN, KAIJA, Terveyttä edistävän organisaation kehittäminen oppivaksi organisaatioksi. Kehitysnäytökset ja kehittämistehtävät terveyskeskuksen muutoksen viritäjänä. - Application of a learning organisation model to improve services in a community health centre. Development examples and development tasks are the key to converting a health care. 197 p. Summary 3 p. 1998.
- 53 OKSA, JUHA, Cooling and neuromuscular performance in man. 61 p. (121 p.) Yhteenveto 2 p. 1998.
- 54 GIBBONS, LAURA, Back function testing and paraspinal muscle magnetic resonance image parameters: their associations and determinants. A study on male, monozygotic twins. 67 p (128 p.) Yhteenveto 1p. 1998.
- 55 NIEMINEN, PIPSA, Four dances subcultures. A study of non-professional dancers' socialization, participation motives, attitudes and stereotypes. - Neljä tanssin alakulttuuria. Tutkimus tanssinharrastajien tanssiin sosiaalistumisesta, osallistumismotiiveista, asenteista ja stereotyyppioista. 165 p. Yhteenveto 4 p. 1998.

STUDIES IN SPORT, PHYSICAL EDUCATION AND HEALTH

- 56 LAUKKANEN, PIA, Iäkkäiden henkilöiden selviytyminen päivittäisistä toiminnoista. - Carrying out the activities of daily living among elderly people. 130 p. (189 p.). Summary 3 p. 1998.
- 57 AVELA, JANNE, Stretch-reflex adaptation in man. Interaction between load, fatigue and muscle stiffness. 87 p. Yhteenveto 3 p. 1998.
- 58 SUOMI, KIMMO, Liikunnan yhteissuunnittelu-metodi. Metodien toimivuuden arviointi Jyväskylän Huhtasuon lähiössä. - Collaborative planning method of sports culture. Evaluation of the method in the Huhtasuo suburb of the city of Jyväskylä. 190 p. Summary 8 p. 1998.
- 59 PÖTSÖNEN, RIIKKA, Naiseksi, mieheksi, tietoisiksi. Koululaisten seksuaalinen kokeneisuus, HIV/AIDS-tiedot, -asenteet ja tiedonlähteet. - Growing as a woman, growing as a man, growing as a conscious citizen. 93 p. (171 p.). Summary 3 p. 1998.
- 60 HÄKKINEN, ARJA, Resistance training in patients with early inflammatory rheumatic diseases. Special reference to neuromuscular function, bone mineral density and disease activity. - Dynaamisen voimaharjoittelun vaikutukset nivelreumaa sairastavien potilaiden lihasvoimaan, luutihyeyteen ja taudin aktiivisuuteen. 62 p. (119 p.) Yhteenveto 1 p. 1999.
- 61 TYNJÄLÄ, JORMA, Sleep habits, perceived sleep quality and tiredness among adolescents. A health behavioural approach. - Nuorten nukkumistottumukset, koettu unen laatu ja väsyneisyys. 104 p. (167 p.) Yhteenveto 3 p. 1999.
- 62 PÖNKÖ, ANNELI, Vanhemmat ja lastentarhanopettajat päiväkotilasten minäkäsityksen tukena. - Parents' and teachers' role in self-perception of children in kindergartens. 138 p. Summary 4 p. 1999.
- 63 PAAVOLAINEN, LEENA, Neuromuscular characteristics and muscle power as determinants of running performance in endurance athletes with special reference to explosive-strength training. - Hermolihasjärjestelmän toimintakapasiteetti kestävyysuorituskykyä rajoittavana tekijänä. 88 p. (138 p.) Yhteenveto 4 p. 1999.
- 64 VIRTANEN, PAULA, Effects of physical activity and experimental diabetes on carbonic anhydrase III and markers of collagen synthesis in skeletal muscle and serum. 77 p. (123 p.) Yhteenveto 2 p. 1999.
- 65 KEPLER, KAILI, Nuorten koettu terveys, terveystietoisuus ja sosiaalistumisympäristö Virossa. - Adolescents' perceived health, health behaviour and socialisation environment in Estonia. - Eesti noorte tervis, tervisekäitumine ja sotsiaalne keskkond. 203 p. Summary 4p. Kokkuvõte 4 p. 1999.
- 66 SUNI, JAANA, Health-related fitness test battery for middle-aged adults with emphasis on musculoskeletal and motor tests. 96 p. (165 p.) Yhteenveto 2 p. 2000.
- 67 SYRJÄ, PASI, Performance-related emotions in highly skilled soccer players. A longitudinal study based on the IZOF model. 158 p. Summary 3 p. 2000.
- 68 VÄLIMAA, RAILI, Nuorten koettu terveys kyselyaineistojen ja ryhmähaastattelujen valossa. - Adolescents' perceived health based on surveys and focus group discussions. 208 p. Summary 4 p. 2000.
- 69 KETTUNEN, JYRKI, Physical loading and later lower-limb function and findings. A study among male former elite athletes. - Fyysisen kuormituksen yhteydet alaraajojen toimintaan ja löydöksiin entisillä huippu-uhrelijamiehillä. 68 p. (108 p.) Yhteenveto 2 p. 2000.
- 70 HORITA, TOMOKI, Stiffness regulation during stretch-shortening cycle exercise. 82 p. (170 p.) 2000.
- 71 HELIN, SATU, Iäkkäiden henkilöiden toimintakyvyn heikkeneminen ja sen kompensatio-prosessi. - Functional decline and the process of compensation in elderly people. 226 p. Summary 10 p. 2000.
- 72 KUUKKANEN, TIINA, Therapeutic exercise programs and subjects with low back pain. A controlled study of changes in function, activity and participation. 92 p. (154 p.) Tiivistelmä 2 p. 2000.
- 73 VIRMAVIRTA, MIKKO, Limiting factors in ski jumping take-off. 64 p. (124 p.) Yhteenveto 2 p. 2000.
- 74 PELTOKALLIO, LIISA, Nyt olisi pysähtymisen paikka. Fysioterapian opettajien työhön liittyviä kokemuksia terveysalan ammatillisessa koulutuksessa. - Now it's time to stop. Physiotherapy teachers' work experiences in vocational health care education. 162 p. Summary 5 p. 2001.
- 75 KETTUNEN, TARJA, Neuvontakeskustelu. Tutkimus potilaan osallistumisesta ja sen tukemisesta sairaalan terveysneuvonnassa. - Health counseling conversation. A study of patient participation and its support by nurses during hospital counseling. 123 p. (222 p.) Summary 6 p. 2001.
- 76 PULLINEN, TEEMU, Sympathoadrenal response to resistance exercise in men, women and pubescent boys. With special reference to interaction with other hormones and neuromuscular performance. 76 p. (141 p.) Yhteenveto 2 p. 2001.
- 77 BLOMQVIST, MINNA, Game understanding and game performance in badminton. Development and validation of assessment instruments and their application to games teaching and coaching. 83 p. Yhteenveto 5 p. 2001.
- 78 FINNI, TAIJA, Muscle mechanics during human movement revealed by *in vivo* measurements of tendon force and muscle length. 83 p. (161 p.) Yhteenveto 3 p. 2001.

- 79 KARIMÄKI, ARI, Sosiaalisten vaikutusten arviointi liikuntarakentamisessa. Esimerkkinä Äänekosken uimahalli. - Social impact assessment method in sports planning. - The case of Äänekoski leisure pool. 194 p. Summary 3 p. 2001.
- 80 PELTONEN, JUHA, Effects of oxygen fraction in inspired air on cardiorespiratory responses and exercise performance. 86 p. (126 p.) Yhteenveto 2 p. 2002.
- 81 HEINILÄ, LIISA, Analysis of interaction processes in physical education. Development of an observation instrument, its application to teacher training and program evaluation. 406 p. Yhteenveto 11 p. 2002.
- 82 LINNAMO, VESA, Motor unit activation and force production during eccentric, concentric and isometric actions. - Motoristen yksiköiden aktivointi ja lihasten voimantuotto eksentrisessä, konsentrisessä ja isometrisessä lihastyössä. 77 p. (150 p.) Yhteenveto 2 p. 2002.
- 83 PERTTUNEN, JARMO, Foot loading in normal and pathological walking. 86 p. (213 p.) Yhteenveto 2 p. 2002.
- 84 LEINONEN, RAIJA, Self-rated health in old age. A follow-up study of changes and determinants. 65 p. (122 p.) Yhteenveto 2 p. 2002.
- 85 GRETSCHER, ANU, Kunta nuorten osallisuusympäristönä. Nuorten ryhmän ja kunnan vuorovaikutussuhteen tarkastelu kolmen liikuntarakentamisprojektin laadun- arvioinnin keinoin. - The municipality as an involvement environment - an examination of the interactive relationship between youth groups and municipalities through the quality assessment of three sports facilities construction projects. 236 p. Summary 11 p. 2002.
- 86 PÖYHÖNEN, TAPANI, Neuromuscular function during knee exercises in water. With special reference to hydrodynamics and therapy. 77 p. (124 p.) Yhteenveto 2 p. 2002.
- 87 HIRVENSALO, MIRJA, Liikuntaharrastus iäkkäänä. Yhteys kuolleisuuteen ja avun- tarpeeseen sekä terveydenhuolto liikunnan edistäjänä. - Physical activity in old age - significance for public health and promotion strategies. 106 p. (196 p.) Summary 4 p. 2002.
- 88 KONTULAINEN, SAIJA, Training, detraining and bone - Effect of exercise on bone mass and structure with special reference to maintenance of exercise induced bone gain. 70 p. (117 p.) Yhteenveto 2 p. 2002.
- 89 PITKÄNEN, HANNU, Amino acid metabolism in athletes and non-athletes. - With Special reference to amino acid concentrations and protein balance in exercise, training and aging. 78 p. (167 p.) Yhteenveto 3 p. 2002.
- 90 LIIMATAINEN, LEENA, Kokemuksellisen oppimisen kautta kohti terveyden edistämisen asiantuntijuutta. Hoitotyön ammatti- korkeakouluopiskelijoiden terveyden edistä- misen oppiminen hoitotyön harjoittelussa. - Towards health promotion expertise through experiential learning. Student nurses' health promotion learning during clinical practice. 93 p. (164 p.) Summary 4 p. 2002.
- 91 STÄHL, TIMO, Liikunnan toimintapolitiikan arviointia terveyden edistämisen kontekstissa. Sosiaalisen tuen, fyysisen ympäristön ja poliittisen ympäristön yhteys liikunta-aktiivi- suuteen. - Evaluation of the Finnish sport policy in the context of health promotion. Relationships between social support, physical environment, policy environment and physical activity 102 p. (152 p.) Summary 3 p. 2003.
- 92 OGISO, KAZUYUKI, Stretch reflex modulation during exercise and fatigue. 88 p. (170 p.) Yhteenveto 1 p. 2003.
- 93 RAUHASALO, ANNELI, Hoitoaika lyhenee – koti kutsuu. Lyhythoitoinen kirurginen toiminta vanhusten itsensä kokemana. - Care-time shortens – home beckons. Short term surgical procedures as experienced by elderly patients. 194 p. Summary 12 p. 2003.