



VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
VASA YRKESHÖGSKOLA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Katja Oksanen ja Marleena Västi

LEIKKAUSPOTILAIEN TYYTYVÄI-
SYYS SAAMAANSA KOTIHOITO-
OHJAUKSEEN NAISTENTAUTIEN
OSASTOLLA

Sosiaali- ja terveysala

2010

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma

TIIVISTELMÄ

Tekijät	Katja Oksanen, Marleena Västi
Opinnäytetyön nimi	Leikkauspotilaiden tyytyväisyys saamaansa kotihoito-ohjaukseen naistentautien osastolla
Vuosi	2010
Kieli	suomi
Sivumäärä	60 + 4 liitettä
Ohjaaja	Hanna-Leena Melender

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvailla naistentautien osaston leikkauspotilaiden näkemyksiä saamastaan kotihoito-ohjauksesta ja heidän tyytyväisyytään saamaansa ohjaukseen naistentautien osastolla. Tutkimuksessa käytettiin kvantitatiivista ja kvalitatiivista tutkimusmenetelmää. Tutkimus rajattiin potilaisiin, jotka olivat hoidettavina erään keskussairaalan naistentautien osastolla ja olivat olleet jossain leikkaustoimenpiteessä ja saivat postoperatiivista kotihoidon ohjausta. Vastausprosentti oli 20. Kvantitatiivinen aineisto analysoitiin SPSS 17.0 for Windows-ohjelmalla. Kvalitatiivinen aineisto analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä.

Potilaat (N=9) olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä saamaansa kotihoito-ohjaukseen. Kaikki potilaat olivat saaneet ohjausta toimenpiteen jälkeisestä hoidosta ja lähes jokainen oli saanut ohjausta myös lääkityksestä. Ohjausta ei saatu juurikaan sairauden/toimenpiteen vaikutuksista parisuhteeseen. Yksikään potilas ei ollut saanut tietoa pahoinvoinnista, väsymyksestä eikä vertais-/tukiryhmistä.

Potilaat olisivat toivoneet enemmän tietoa sosiaalietuuksista, pahoinvoinnista, väsymyksestä, kivun ilmenemisestä, potilaan tarvitsemista yhteystiedoista sekä Internet-ohjeista. Potilaat kokivat ohjaukseen käytetyn riittävästi aikaa. Yleisimmin ohjausta antoi hoitaja tai hoitaja sekä lääkäri. Potilaat arvioivat ohjaajan ohjausvalmiudet hyväksi. Ohjaustila oli viihtyisä ja rauhallinen. Kaikki potilaat saivat ohjauksen yksilöllisesti suullisena sekä kirjallisena. Lähes kaikki potilaat kokivat tarvitsevansa ohjausta ja he kokivat myös hyötyvänsä siitä.

Tutkimuksella saatiin tietoa naistentautien leikkauspotilaan ohjaamisen nykytilasta potilaiden kokemana. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä naistentautien leikkauspotilaan postoperatiivista kotihoito-ohjausta. Jatkossa olisi tarpeen tutkia potilaiden ja heidän omaistensa saaman ohjauksen vaikutuksia potilaan selviytymiseen kotona.

Asiasanat: potilasohjaus, opetus, naistentautien hoitotyö, postoperatiivinen kotihoito-ohjaus

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES
Hoitotyön koulutusohjelma

ABSTRACT

Authors	Katja Oksanen, Marleena Västi
Title	Operation Patient Satisfaction with Homecare Instructions in the Gynaecology Ward
Year	2010
Language	Finnish
Pages	60 + 4 Appendices
Name of Supervisor	Hanna-Leena Melender

The purpose of this bachelor's thesis was to study the operation patient satisfaction with homecare instructions in the gynaecology ward. Also the patients' views and opinions were studied. Both quantitative and qualitative study methods were used. The target group of this study was limited to the patients who had had an operation and received homecare instructions. The response rate was 20. The data were analyzed using the SPSS 17.0 for Windows software. The results were presented as frequencies and percentages.

According to the results of this study, the patients (N=9) were mainly satisfied with the homecare-instructions they had received. The patients had received education containing information about the care after the operation. Almost every patient had received also information about the medication. They had received hardly any information about the effects of the disease/ the operation on the intimate relationship. None of the patients received information about nausea, tiredness or support/ peer groups. Patients hoped for more information about the social benefits, nausea, tiredness, the appearance of pain, the Internet instructions and about the contact information. The patients felt that the time used for giving homecare-instructions was adequate. Most often the instructions were given by a nurse or a nurse and a doctor. The patients thought that the person giving the instructions had good skills in educating and giving the instructions. The room, where the patient was given the instructions, was cozy and peaceful. All patients received the instructions individually both orally and in written form. Almost all the patients needed the instructions and they felt that benefited from receiving them.

The research gave information about the present state of patient education in the gynaecology ward as experienced by the operation patients. The results can be used in developing the post-operative homecare of a gynaecological operation patient. A topic for further study could be to find out how educating the patients and their relatives affects the managing and coping at home.

Keywords: Patient counselling, Education, Gynaecological nursing, Post-operative homecare-education

SISÄLLYSLUETTELO

TIIVISTELMÄ	2
ABSTRACT	3
KUVIOLUETTELO	6
LIITELUETTELO	7
1 JOHDANTO	8
2 GYNEKOLOGINEN LEIKKAUSPOTILAS	10
3 POTILAAN TYYTYVÄISYYS	13
4 OHJAUS	15
4.1 Laadukas ohjaus	16
4.2 Ohjauksen tavoite ja ohjaustarpeet	17
5 VUOROVAIKUTTEINEN OHJAUSSUHDE	19
6 OHJAUKSEN RIITTÄVYYS	22
7 POTILAAN JA HOITAJAN TAUSTATIEDOT OHJAUKSEEN VAIKUTTAVINA TEKIJÖINÄ	24
7.1 Potilasohjaukseen vaikuttavat fyysiset ja psyykkiset taustatekijät	24
7.2 Potilaan ohjaukseen vaikuttavat sosiaaliset taustatekijät	25
7.3 Muut ympäristöön liittyvät taustatekijät potilasohjauksessa	26
8 OHJAUKSEN TAVOITTEIDEN ASETTAMINEN	27
9 OHJAUSMENETELMÄT	28
9.1 Yksilöohjaus	29
9.2 Ryhmäohjaus	29
9.3 Demonstraatio	30
9.4 Audiovisuaalinen ohjaus	31
9.5 Kirjallinen ohjausmateriaali	33
10 OHJAUKSEN ETIIKKA	35
11 POSTOPERATIIVINEN KOTIHOITO-OHJAUS	38
12 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	39
13 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	40
13.1 Tutkimuksen kohderyhmä	40
13.2 Aineiston keruu	40

13.3 Aineiston analysointi	41
14 TULOKSET	43
14.1 Vastaajien taustatiedot.....	43
14.2 Kotihoito-ohjauksen toteutus naistentautien leikkauspotilaan näkökulmasta	43
14.3 Potilaiden tyytyväisyys saamaansa kotihoito-ohjaukseen.....	48
14.4 Potilaiden näkemyksiä kotihoito-ohjauksen kehittämistarpeista.....	50
15 POHDINTA	51
15.1 Tutkimustulosten tarkastelu	51
15.2 Tutkimuksen luotettavuus	53
15.3 Tutkimuseettiset kysymykset	55
15.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset	56
LÄHTEET.....	58

KUVIOLUETTELO

Kuvio 1: Ohjaustilanteen kesto potilaiden arvioimana

Kuvio 2: Potilaiden näkemys ohjausajan riittävydestä

Kuvio 3: Potilaiden kokema ohjauksen tarve

Kuvio 4: Ohjauksen motivoivuus

Kuvio 5: Potilaiden tyytyväisyys saamaansa kotihoito-ohjaukseen

LIITELUETTELO

Liite 1 Saatekirje

Liite 2 Kyselylomake

Liite 3 Följebrev

Liite 4 Frågeformuläret

1 JOHDANTO

Tämän opinnäytetyönä tehdyn tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla naistentautien osaston leikkauspotilaiden näkemyksiä saamastaan kotihoito-ohjauksesta ja heidän tyytyväisyyttään saamaansa ohjaukseen naistentautien osastolla leikkauksen jälkeen.

Potilaan ohjaaminen on olennainen osa sairaanhoitajan työtä. Siihen velvoittavat lait ja hoitajan ammattietiikka. Tässä opinnäytetyössä ohjaus on määritelty aktiiviseksi ja tavoitteelliseksi toiminnaksi, joka on sidoksissa hoitajan ja potilaan kontekstiin. (Kääriäinen, Kyngäs 2005, 254–255.) Ohjaus mahdollistaa potilaan opimisen, jolloin se vaikuttaa potilaan tiedonmäärään ja siten mahdollisesti parantaa potilaan toimintakykyä, mielialaa sekä elämänlaatua. Se myös edistää hoitoon sitoutumista ja itsehoitoa sekä vähentää sairauten liittyviä hoitokäyntejä, sairauspäiviä ja lääkkeiden käyttöä. Sillä on siis suoria vaikutuksia kansantalouteen. Tehostetun ohjauksen vaikutuksesta potilaiden tiedot sairaudesta ja sen hoidosta sekä tiedon ymmärtäminen ovat parempia kuin niillä potilailla, jotka saavat ei-tehostettua ohjausta. Ohjauksella on vaikutuksia myös potilaiden omaisten tiedonsaantiin. Ohjaus lisää turvallisuuden tunnetta ja sairaudesta selviytymistä sekä vähentää sairauden aiheuttamaa ahdistusta. (Kääriäinen 2008, 13; Kääriäinen ym. 2005, 212.)

Sairaaloiden alettua tehostaa toimintaansa ovat sairaalassaoloajat lyhentyneet. Anestesia- ja leikkausmenetelmien kehittyminen on mahdollistanut potilaan nopean kotiuttamisen ja lyhyen sairausloman. Tämän vuoksi ohjaukselle jää sairaalassa vähemmän aikaa. Potilaan hyvä ohjaaminen on tärkeää, sillä usein potilaan jatkohoito jää potilaan omalle tai hänen omaistensa vastuulle. Nämä seikat tulisi ottaa huomioon potilaan kotihoito-ohjeistuksessa. (Eskola & Hytönen 2004, 339; Kääriäinen 2008, 13; Kääriäinen ym. 2005, 213.)

Potilaan kotiutumisen edellytyksenä on potilaan kotona selviytyminen. Siksi on tärkeää turvata potilaan riittävä tiedonsaanti. Potilaan tulisi saada riittävästi tietoa ja neuvoja sekä suullisesti että kirjallisesti hoidon syistä, tuloksista, jatkumisesta ja hoitoon osallistuvista yhteistyötahoista sekä yhteystiedot (sairaa-

laan/terveydenhuoltoon) mahdollisten hätätilanteiden varalta. Leikkauspotilaan kohdalla on erityisen tärkeä keskustella ja antaa tietoa muun muassa leikkaushaavan hoidosta, kivunhoidosta, leikkauksen jälkeisistä mahdollisista ongelmista ja niiden seuraamisesta. Potilaan turvalliseksi kokema kotiutuminen vähentää uusien sairaalahoitajaksojen tarvetta. (Anttila, Hirvelä, Jaatinen, Polviander, Puska 2004, 51, 87; Eskola ym. 338–339.)

Naistentautien leikkauspotilaat ovat usein erityisen herkässä asemassa, sillä leikkaus kohdistuu heidän intiimiin kehonosaansa, mikä voi vaikuttaa heidän naiseutensa kokemiseen. He voivat kokea esimerkiksi rintaleikkauksen uhkana fyysiselle ja psyykkiselle terveydelleen sekä sukupuolielämälleen. Lisäksi sillä on vaikutuksia naisen seksuaalisen identiteetin kokemiseen. (Anttila ym. 2004, 407, 468–469; Eskola ym. 2002, 21.)

Naistentautien sairauksien hoito koskettaa yhä useampaa suomalaista, sillä yli puolet Suomen väestöstä on naisia. Varsinkin mitä iäkkäämmästä väestöstä on kyse, sitä suurempi on väestön naisten osuus. (Anttila ym. 2004, 403)

Opinnäytetyön tekijöitä kiinnosti potilasohjaus ja erityisesti naistentautien leikkauspotilaan näkökulma kotihoito-ohjaukseen. Yleisesti potilasohjauksesta on tehty hoitotieteessä useita tutkimuksia. Myös tutkimuksia kirurgisen potilaan ohjauksesta on tehty paljon. Kuitenkin naistentautipotilaiden leikkauksen jälkeisestä kotihoito-ohjauksesta löytyi vähän tutkimustietoa.

Tietokantahaut tehtiin PubMed, EbscoHost, Cinahl ja Medic-tietokannoissa. Haku rajattiin julkaisujen sisällön, julkaisuvuoden ja kokotekstin saatavuuden perusteella. Valitut tutkimukset käsittelivät potilasohjausta, tyytyväisyyttä ja naistentauteja. Hauissa löytyi useita suomalaisia tutkimuksia, mutta kansainvälisiä tutkimuksia aiheesta ei löytynyt montaa. Hakusanoina käytettiin seuraavia sanoja: potilasohjaus, opetus, naistentautien hoitotyö, postoperatiivinen kotihoito-ohjaus ja näiden sanojen yhdistelmiä. Englanninkielisinä hakusanoina käytettiin: patient counseling, education, gynecological nursing, postoperative homecare-education. Myös näiden sanojen yhdistelmiä käytettiin. Lisäksi tehtiin manuaalinen haku selaamalla käsin *Hoitotiede-* ja *Tutkiva hoitotyö-*lehtien vuosikerrat 2005-2010.

2 GYNEKOLOGINEN LEIKKAUSPOTILAS

Gynekologisia leikkauspotilaita hoidetaan naistentauteihin erikoistuneella osastolla. Naistentaudit muodostuvat naisen sukupuolielinten ja niiden toiminnan erilaisista häiriöistä ja tautitiloista. Myös alkuraskauden (raskausviikot alle 20–22) häiriöt kuuluvat tähän alueeseen. (Eskola ym. 2002, 22.)

Gynekologiset leikkaukset tehdään useimmiten laparotomisesti eli vatsanpeitteiden kautta avoleikkauksena, alatieleikkauksena eli emättimen kautta tai tähystysleikkauksella. Tähystysleikkauksia ovat esimerkiksi laparoskopia eli vatsaontelon tähystys sekä hysteroskopia eli kohtuontelon tähystys. (Eskola ym. 2002, 331.)

Laparoskopian etuja verrattuna laparotomiaan ovat lyhyempi hoitoaika ja sairausloma, haavakipujen vähyys sekä nopea fyysinen toipuminen. Myös vatsalle jäävät arvet ovat pienemmät laparoskopian avulla tehdyn leikkauksen jälkeen. Leikkauksen valintaan vaikuttavat muun muassa potilaan ikä sekä mahdolliset perussairaudet. (Eskola ym. 2002, 333.)

Gynekologiset leikkaukset voivat olla joko ns. radikaaleja leikkauksia tai säästäviä leikkauksia. Radikaalissa leikkauksessa joudutaan naiselta poistamaan esimerkiksi koko kohtu, sen sivuelimet (munanjohtimet sekä munasarjat) sekä lantionpohjan imusolmukkeet. Säästävä leikkaus tarkoittaa sitä, että esimerkiksi vain pelkkä kasvain poistetaan kohdun limakalvolta. (Eskola ym. 2002, 331, 334.)

Tavallisin gynekologinen leikkaus Suomessa on kohdunpoisto eli hysterectomia. Yleisin syy kohdunpoistoon ovat myoomat eli kohdun hyvänlaatuiset lihas- ja sidekudoksen kasvaimet. Muita syitä kohdunpoistoon ovat muun muassa vuotohäiriöt, laskeumat (esimerkiksi kohdunlaskeuma), virtsainkontinenssi sekä syöpä. (Eskola ym. 2002, 332, 342–343.)

Naistentautien osastolla voidaan hoitaa myös potilaita, joille on tehty rintaleikkaus. Rintasyöpä (carcinoma mammae) on naisten yleisin syöpämuoto. Kaikki rinnasta poistetut kasvaimet eivät ole pahanlaatuisia. Rintasyöpä voi lähettää etäpesäkkeitä eli metastaseja moniin eri elimiin. Tavallisimpia metastasointipaikkoja ovat maksa, keuhkot, luusto ja aivot. Kainaloimusolmukkeiden poisto voi aihe-

uttaa potilaalle myöhäissivuvaikutuksia. Vartijaimusolmukkeen määrittämisellä saadaan selville, onko imusolmukkeessa syöpäsoluja vai onko se terve. Jos vartijaimusolmukkeessa on syöpäsoluja, poistetaan leikkauksessa myös muut kaina-loimusolmukkeet. (Iivanainen, Jauhiainen, Pikkarainen 2001, 670.)

Rintaleikkauksessa käytettävä leikkaustekniikka riippuu kasvaimen tyypistä ja levinneisyydestä. Rinta pyritään säästämään aina kun se vain on mahdollista. Rintaa säästävissä leikkauksessa poistetaan myös tervettä kudosta, jotta syövän uusiutumisen riski pienenee. Koko rinnan poisto tehdään silloin, jos säästävä leikkaus ei ole mahdollinen tai jos potilas haluaa sitä. (Iivanainen ym. 2001, 670–671.)

Rinnan leikkaus uhkaa naisen fyysistä ja psyykkistä terveyttä. Rinta on tärkeä osa naisen seksuaalista identiteettiä. Siksi sen poisto voi aiheuttaa naisessa häpeää, alemmuudentunnetta, riittämättömyudentunnetta ja pelkoa haluttavuuden menetyksestä. Leikkaus aiheuttaa naiselle mahdollisesti menetyksen kriisin, joka käynnistää surutyön. (Anttila ym. 2004, 468–469.)

Merkittävä osa gynekologisista leikkauspotilaista (mutta ei rintaleikkauspotilaat) ovat niin sanotut LYHKEI-potilaat (lyhythoitoinen kirurgia), joiden hoitoaika sairaalassa on noin 1-3 vuorokautta tai niin sanotut PÄIKEI-potilaat (päiväkirurgia), joiden leikkaus ja kotiutuminen tapahtuvat saman päivän aikana. (Eskola ym. 2002, 331, 334.) Jo vuonna 1990 silloinen Lääkintöhallitus on julkaissut ohjeet lyhythoitoinen kirurgian periaatteista ja toteuttamisesta eri erikoisaloilla. Usein niin sanottu LYHKEI-potilas saapuu sairaalaan vasta toimenpidepäivän aamuna. Lyhytjälkihoitoisen kirurgian tavoitteena on tuottaa korkealaatuista palvelua siten, että toiminnan yhteishallinto olisi mahdollisimman kevyt, joustava sekä potilasläheinen. Mahdollisimman pieni henkilökunta hoitaa potilasta ja koko henkilökunnan ajankäyttö on mahdollisimman suunniteltua ja tehokasta. Osa jälkihoidosta (joka normaalisti toteutetaan sairaalassa) jää potilaan, omaisten ja terveydenhuollon avohoidon palvelujen varaan. Lyhytjälkihoitoisen kirurgian etuja ovat kustannussäästöt, sairaalainfektioiden määrän väheneminen ja nopea kuntoutus. (Lääkintöhallitus 1990, 6–7.)

Ihminen tarvitsee aina tietoa pitääkseen yllä terveyttään. Tietoa tarvitaan myös valmistautumiseen toimenpidettä varten ja toipumiseen siitä. Kun kyseessä on sairaus ja sen hoito, tiedontarve lisääntyy. Lyhyt hoitoaika lisää tiedon tarvetta. Tällöin hoitotyön keskeiseksi osa-alueeksi muodostuu tehokas ja monipuolinen ohjaus. Kuitenkin lyhytjälkihoitoiset kirurgiset potilaat ovat olleet tutkimuksissa tyytymättömiä riittämättömään tiedonsaantiin. Lyhytjälkihoitoisessa kirurgiassa hoitokontakti on tehokas, täynnä tapahtumia ja uusia asioita, minkä vuoksi tilanne ei ole otollinen uuden tiedon välittämiseksi. (Leino-Kilpi & Suominen 1997, 19-23.) Lyhyt hoitoaika asettaa myös vaatimuksia hoitotyölle, sillä usein luottamuksellisen hoitosuhteen syntyminen sekä uskallus käsitellä arkaluontoisia asioita vaativat aikaa (Eskola ym. 2002, 22).

3 POTILAAN TYYTYVÄISYYS

Saarinen (2007, 3–4) on käyttänyt tutkimuksessaan muun muassa Larssonin ja Larssonin (2003) määritelmää tyytyväisyydestä, jonka mukaan arvioitaessa hoitoa potilaan näkökulmasta voidaan mittarina käyttää potilastyytyväisyyttä. Kuitenkaan potilastyytyväisyyttä ei ole vielä onnistuttu määrittelemään yksiselitteisellä tavalla. Potilastyytyväisyys koostuu useista tekijöistä ja tyytyväisyyteen vaikuttavat monet yksilölliset tekijät, kuten odotukset, vuorovaikutus henkilökunnan kanssa sekä potilaan sairaus. Urdenin (2002) mukaan potilastyytyväisyyden ajatellaan yleisesti olevan odotusten ja toteuman summa. Ristiriita näiden kahden välillä vähentää tyytyväisyyttä. (Saarinen 2007, 3–4.)

Melenderin tutkimusryhmä on käyttänyt katsauksessaan Like'n ja Zylanskin (1987) sekä Johanssonin ym. (2002) määritelmää tyytyväisyydestä. Heidän mukaansa potilaan tyytyväisyys on hänen subjektiivinen arvionsa siitä, miten hänen omat toiveensa hyvästä hoidosta todellisuudessa toteutuivat. (Melender, Hanhiova & Rautava 2006, 262.)

Potilastyytyväisyys on Doughertyn (2005) mukaan riippuvainen henkilökunnan työtyytyväisyydestä. Hoitajien vähäiset vaikutusmahdollisuudet saattavat johtaa turhautumiseen, mikä taas heijastuu kielteisenä potilas-hoitaja -suhteeseen, mikä johtaa potilaiden tyytymättömyyteen. Johanssonin ja tutkijaryhmän (2002) mukaan potilastyytyväisyyteen vaikuttavat potilaan tausta, odotukset, vuorovaikutus potilaan ja hoitohenkilökunnan välillä, mahdollisuus osallistua omaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon, opetus, ohjaus, henkilökunnan ammatillis-tekninen kompetenssi, fyysinen ympäristö sekä organisatoriset tekijät. (Saarinen 2007, 3–4.)

Kääriäisen ja Kyngäksen (2005, 210) katsauksen mukaan osa potilaista on ollut tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen, mutta osa potilaista taas ei ollut tyytyväisiä. Potilaiden tyytyväisyyteen on vaikuttanut riittävä tiedonsaanti koskien sairautta ja sen hoitoa. Tyytymättömyyteen on johtanut sisällöltään niukka ohjaus. Potilaat ovat kokeneet saaneensa ohjausta sekä lääkäreiltä että hoitajilta. Potilaat ovat aset-

taneet hoitajat joko toiseksi tärkeimmiksi tiedonlähteiksi lääkäreiden jälkeen tai kolmanneksi tärkeimmiksi lääkäreiden ja omaisten tai muiden potilaiden jälkeen.

Tervo-Heikkisen ja työryhmän mukaan sairaalassaolon pituus vaikuttaa potilaan tyytyväisyyteen saamaansa ohjaukseen. Heidän tekemänsä tutkimus osoitti, että yli puolet enemmän kuin kaksi viikkoa sairaalahoidossa olevista potilaista oli tyytymättömiä tiedonsaantiin, joka koski heidän sairauttaan sekä sen hoitoa. (Tervo-Heikkinen, Kvist, Partanen, Vehviläinen- Julkunen & Aalto 2008, 61.)

Heinonen on tutkinut potilasohjausta naistentautien hoitotyössä. Tutkimuksessa sairaanhoitajat ja potilaat arvioivat sairaanhoitajien tiedot, taidot ja asenteet hyväksi. Kuitenkin puutteita oli esiintynyt ohjausmenetelmien käytössä ja vain yksilöohjausta oli käytetty. Sairanhoitajat kokivat itse ohjaukseen käytettävän ajan olleen vähäistä ja ohjauksessa käytössä olevat tilat puutteellisiksi. Kaiken kaikkiaan potilaat arvioivat saamansa ohjauksen hyväksi. Ohjaus oli sisältänyt hyvin tietoa sairauteen, sen hoitoon ja toipumiseen liittyvistä asioista. (Heinonen 2006.)

4 OHJAUS

Potilaan hyvään hoitoon kuuluu myös laadukas ohjaus. Potilaalla on oikeus saada ohjausta ja hoitajan velvollisuutena on antaa ohjausta lakien, asetusten, ohjeiden ja suositusten, hyvien ammattikäytänteiden sekä terveyden edistämisen näkökulmat huomioiden. Ohjaus mahdollistaa potilaan oppimisen. Se vaikuttaa potilaan tiedonmäärään, toimintakykyyn, mielialaan sekä elämänlaatuun. Ohjauksen vaikutukset myös tuovat kansantalouteen säästöjä. (Kääriäinen 2008, 13, 20)

Kääriäinen (2007, 114) on väitöskirjassaan määritellyt ohjauksen käsitteen, jonka mukaan ohjaus on sidoksissa potilaan ja hoitajan taustatekijöihin. Ohjaus on aktiivista ja tavoitteellista toimintaa, joka rakentuu potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksessa. Kääriäisen ja Kyngäksen (2005, 209) tutkimuksessa ohjaus määriteltiin potilaan ja hoitohenkilökunnan edustajan välillä tapahtuvaksi toiminnaksi, jonka tavoitteena on tiedon ja tuen avulla auttaa potilasta itsenäiseksi ja selviytyväksi. Määritelmän mukaan potilas on ohjauksessa oman tilanteensa ja hoitohenkilökunnan edustaja on ammattinsa asiantuntija. Hoitaja on myös ohjauksen asiantuntija (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 26). Heikkinen ja tutkijaryhmä (2006, 121) ovat artikkelissaan puolestaan käyttäneet ohjauksesta määritelmää, jonka mukaan potilaan ohjaamisella tarkoitetaan kaikkea potilaan ohjaukseen, neuvontaan ja opetukseen liittyvää toimintaa sekä tiedon välittämistä potilaalle.

Ohjauksen käsitettä on käytetty rinnakkain muun muassa opetuksen, neuvonnan ja tiedon antamisen kanssa. Kuitenkin näiden käsitteiden välillä on eroavaisuuksia. Opetus tapahtuu vasta ohjauksen jälkeen. Opetus on systemaattinen, suunnitelmallinen opetus-oppimisprosessi, jolla on vaikutuksia potilaan käyttäytymiseen. Ohjaus puolestaan on potilaslähtöistä. Siinä potilas ja hoitajat selkiyttävät potilaan tilannetta, jotta hän voi itse muodostaa oman menettelytapansa ongelmien ratkaisemiseksi. Siten potilas on halukas oppimaan. (Kääriäinen 2007, 107.)

Neuvonnasta ohjaus eroaa siten, että ohjauksessa pidättäytytään antamasta suorita neuvoja. Neuvontasuhte on eriarvoinen, sillä hoitaja valitsee itse asioita joita ope-

tellaan yhdessä potilaan kanssa. Kuitenkin osa potilaista mieltää ohjauksen ohjeiden ja neuvojen saanniksi. (Kääriäinen 2007, 107.)

Tiedon antamisessa korostuu ohjattavan asian sisältö. Kirjallista materiaalia käytetään vuorovaikutusta runsaammin, kun taas ohjauksessa ja neuvonnassa vuorovaikutus korostuu. Tietoa annetaan lyhyesti ja ajoittain. Tiedon antaminen ei perustu potilaan yksilöllisiin tarpeisiin. (Kääriäinen 2007, 107.)

Toimintaohjeiden ja tietojen antamiseen painottuva ohjaus soveltuu ainoastaan tilanteisiin, joissa tarvitaan vain lyhytaikaista ohjeiden noudattamista. Ohjaus ei ole pelkästään sitä, että hoitaja kertoo asioita potilaalle. Potilaan tulisi saada aikaa miettiä, harkita ja arvioida aiempia tuntemuksiaan ja kokemuksiaan ohjauksen sisältämistä asioista sekä niiden sopivuutta koti-, työ- ja vapaa-ajan ympäristöihin. Ohjauksessa hoitaja voi kysymysten avulla tukea potilaan osallistumista keskusteluun. (Kyngäs ym. 2007, 85–89.)

Ohjaus sisältää myös potilaan tarpeiden mukaan kaikki sosiaalisen tuen muodot: emotionaalisen, käytännöllisen, tiedollisen ja tulkintatuen. Emotionaaliseen tukeen kuuluvat muun muassa pitäminen, välittäminen ja arvostaminen sekä kaikki myönteisten tunteiden osoittaminen. Käytännön tukeen kuuluvat taloudellinen apu, tarvikkeet ja palvelut. Tiedollinen tuki sisältää tarpeellisen tiedon antamisen. Tulkintatukeen kuuluu potilaan auttaminen ymmärtämään ja arvioimaan itseään, omaa tilannettaan tai muita ihmisiä. (Kyngäs ym. 2007, 41–42.) Potilaalle on tärkeää antaa myös henkistä tukea. Henkisen tuen antamiseen kuuluvat esimerkiksi potilaan kuunteleminen, hänen rinnallaan kulkeminen, tukeminen ja toivon antaminen. (Kyngäs ym. 2007, 43.)

4.1 Laadukas ohjaus

Laadukas ohjaus on sidoksissa potilaan sekä hoitajan taustatekijöihin. Laadukas ohjaus vaatii toteutuakseen myös riittäviä ja asianmukaisia resursseja sekä ohjauksen oikeanlaista ajoittamista ja mitoittamista. Resursseja ovat henkilöstö, tilat, aika ja hoitajien ohjausvalmiudet kuten tiedot ohjattavista asioista, oppimisen pe-

riaatteista ja erilaisista ohjausmenetelmistä. Hoitajalla tulee olla myös vuorovai-
kutus- ja johtamistaitoja. (Kyngäs ym. 2007, 21, 25–26, 34)

Kääriäinen (2007, 102–103) on tutkinut sairaalahoidossa olleiden potilaiden ko-
kemuksia ohjauksesta. Tutkimuksessa todettiin ongelmia ohjauksen toteutuksen
resursseissa. Esimerkkeinä esitettiin hoitohenkilöstön riittämätön mitoitus sekä
hoitohenkilöstön puutteelliset valmiudet käyttää välineistöä. Vain suullinen ja
kirjallinen ohjaus hallittiin hyvin. Puutteita ilmeni myös välineistön saatavuudes-
sa, varsinkin tietotekniikan ja Internetin osalta, tilojen asianmukaisuudessa sekä
ajan tasalla olevassa kirjallisessa ja audiovisuaalisessa ohjausmateriaalissa. Poti-
laat pitivät myös ohjausaikaa riittämättömänä. (Kyngäs ym. 2007, 21, 25–26;
Kääriäinen 2007, 102–103.) Kirjallisuuskatsauksessa on todettu, että potilaat ovat
pitäneet henkilökunnan tietoja ja taitoja kiitettävinä tai hyvinä, mutta ohjaukseen
asennoitumista on pidetty huonona (Kääriäinen, Kyngäs, Ukkola & Torppa 2005,
13).

Kääriäisen tutkimuksessa hoitohenkilökunta toivoi ohjaukseen enemmän resursse-
ja kuten tiloja, aikaa, hoitohenkilöstöä, materiaalia, välineistöä sekä perehdytystä
ja koulutusta. Kehittämistarpeiksi he esittivät myös ohjausvastuun jakamista esi-
merkiksi hoitajan ja lääkärin kesken sekä ohjauskäytäntöjen yhtenäistämistä.
(Kääriäinen 2007, 102–103.)

4.2 Ohjauksen tavoite ja ohjaustarpeet

Ohjauksen tavoitteena on potilaan selviytymiskyvyn ja elämänlaadun parantami-
nen. Tavoitteena on edistää potilaan kykyä ja aloitteellisuutta parantaa omaa elä-
määnsä haluamallaan tavalla. Hoitaja tukee potilaan päätöksentekoa, eikä anna
valmiita ratkaisuja. Tavoitteena on myös vahvistaa potilaan kotona selviytymistä
ja vähentää hänen yhteydenottojaan hoitojakson jälkeen. Hyvä ohjaus kannustaa
potilasta pääsemään mahdollisimman hyvin niihin tavoitteisiin, jotka hoidossa on
asetettu. Ohjaus mahdollistaa sekä ohjattavan että ohjaajan oppimisen sekä edistää
ohjattavan terveyttä. (Kyngäs ym. 2007, 6, 21, 25–26; Kääriäinen ym. 2005, 256.)

Potilailla on tietoon ja tukeen liittyviä ohjaustarpeita. Tiedolliset ohjaustarpeet koskevat erityisesti sairautta ja sen hoitoa, niiden vaikutuksia ja niistä selviytymistä. Potilaiden tukeen liittyvät ohjaustarpeet kohdistuvat psykososiaalisiin tekijöihin, kuten omien tunteiden ja omaisten tunteiden käsittelyyn. (Kääriäinen ym. 2005, 210.)

Hoitajan tehtävänä on tunnistaa ja arvioida ohjauksen tarpeita potilaan kanssa. Hoitajan tulisi myös miettiä, millaisia asioita potilas on valmis oppimaan. Tämä on tärkeää, sillä esimerkiksi vakava vastadiagnosoitu sairaus saattaa estää kokonaan ohjauksen onnistumisen. Ohjauksessa tulisi selvittää potilaan yksilöllinen tilanne, jotta asiakkaan tarpeisiin voitaisiin vastata. Usein johonkin samaan ryhmään kuuluvilla potilailla on samankaltaisia tarpeita. Tätä voidaan hyödyntää esimerkiksi ryhmäohjauksessa. (Kyngäs ym. 2007, 30; Kääriäinen 2008, 12.)

Potilaiden kyvystä tunnistaa omia ohjaustarpeitaan on aiemmissa tutkimuksissa löytynyt melko ristiriitaista tietoa. Osa potilaista ei tunnista omia ohjaustarpeitaan, vaan he pitävät tärkeinä juuri niitä asioita, joita hoitohenkilökunta tuo ohjauksessa esille. Osa potilaista taas tunnistaa omat ohjaustarpeensa, mutta niitä ei oteta rutiininomaisesti huomioon ohjauksessa. Potilaat, joilla on jokin pitkäaikainen sairaus ja potilaat, jotka hakevat aktiivisesti tietoa, osaavat arvioida ohjaustarpeensa hyvin. Hoitohenkilökunnalle on haastavaa arvioida potilaiden ohjaustarpeita, sillä ohjaustarpeet vaihtelevat potilaiden taustatekijöiden, heidän terveydentilansa ja sen muutosten mukaan. Onkin todettu, että hoitohenkilöstö ei käytä riittävästi aikaa potilaan ohjaustarpeen selvittämiseen. Ohjaustarpeeseen vaikuttavia tekijöitä ovat potilaan ikä, sukupuoli, koulutus, siviilisääty, elinolosuhteet sekä sairauden laatu ja sen vaikutus jokapäiväiseen elämään. (Kääriäinen 2008, 12; Kääriäinen ym. 2005, 210.) Joskus potilaan ja hoitajan odotukset ohjausta kohtaan sekä näkemykset ohjaustarpeista saattavat erota toisistaan (Kyngäs ym. 2007, 33).

5 VUOROVAIKUTTEINEN OHJAUSSUHDE

Keskustelun välineet kuten hyvä kohtelu, ymmärtäminen, tukeminen ja yhteistyö ovat pohjana vuorovaikutuksen muodostumiselle. Hyvä kohtelu on välittämistä, avoimuutta, aitoutta, iloisuutta, inhimillisyyttä sekä ystävällisyyttä ja hyväksymistä. Ymmärtämiseen kuuluvat empatia, kuunteleminen ja kysyminen. Tukeminen ilmenee auttamisena, rohkaisemisena ja vahvistamisena. Yhteistyö pohjautuu neuvotteluun. (Kääriäinen ym. 2005, 254.)

Kuuntelu on tärkeää potilaan viestin ymmärtämisessä. Se mahdollistaa potilaan voimavaroja tukevan ohjauksen. Se, miten hoitaja kuuntelee potilasta, tulee ilmi siinä, miten hyvin hän kykenee puheenvuoroissaan ottamaan kuulemansa huomioon ja tekemään siitä tarkoituksenmukaisia tulkintoja ohjauksen aikana. Kuuntelun perustaitoihin kuuluvat taito seurata puheen sisällön rakentumista, taito eritellä kuulua tai tiivistää se, taito erottaa keskeiset asiat, taito erottaa puhujan käyttämiä perustelemisen keinoja ja arvioida sanoman luotettavuutta. Myös taito tehdä kuulusta päätelmiä sekä taito antaa puhujalle tarkoituksenmukaista palautetta kuuluvat kuuntelun perustaitoihin. (Kyngäs ym. 2007, 79–81.)

Ohjaus etenee sanallisten ja sanattomien viestien avulla. Yli puolet vuorovaikutuksen viesteistä on sanattomia. Viestinnän selkeyteen ja yksiselitteisyyteen tulisi tämän vuoksi kiinnittää huomiota. Sanattomalla vuorovaikutuksella on useita merkityksiä. Se pyrkii tukemaan, painottamaan, täydentämään, kumoamaan tai jopa korvaamaan sanallista viestintää. Sanattomaan viestintään kuuluvat eleet, ilmeet, teot ja kehon kieli. (Kyngäs ym. 2007, 38–39.)

Ohjauksessa on keskeistä kaksisuuntainen vuorovaikutus, joka liittyy ohjattavan ja ohjaajan ajatteluun sekä tunteisiin. Tämänlainen vuorovaikutus toteutuu, kun ohjaaja ja ohjattava ovat aktiivisia ohjaussuhteessa. (Kääriäinen ym. 2005, 254–255; Kääriäinen ym. 2007, 40.)

Kun vuorovaikutus on kaksisuuntaista, antaa se muun muassa potilaalle mahdollisuuden kysymysten esittämiseen, väärinkäsitysten oikaisemiseen ja tuen saamiseen hoitajalta. Kaksisuuntainen vuorovaikutus on edellytys potilaan taustateki-

jöiden huomioimiselle. Tyypillistä kaksisuuntaisessa vuorovaikutuksessa on se, että vastuu vuorovaikutuksesta on hoitajalla, mutta tavoitteista neuvotellaan yhdessä potilaan kanssa. Vuorovaikutuksella on rakenne, mutta se etenee joustavasti. Vuorovaikutus on tavoitteellista, ei kaavamaista. (Kyngäs ym. 2007, 39, 47.) Kyngäksen ja tutkijaryhmän (2007, 37–38) mukaan vuorovaikutuksen ollessa avoin, luottamuksellinen ja kaksisuuntainen vaikuttaa se parantavasti psyykkiseen ympäristöön ja luo hyvän pohjan ohjaukselle.

Toimivassa ohjaussuhteessa potilas ja hoitaja voivat suunnitella yhdessä ohjauksen sisältöä, tavoitteita ja keinoja tavoitteiden saavuttamiseksi. Toimivan ohjaussuhteen edellytyksenä on, että potilas ja hoitaja kunnioittavat toistensa asiantuntemusta. Heidän tulee myös olla aktiivisia ohjaussuhteessa. Aktiivisuus edellyttää, että potilas kertoo taustatekijöistään, tarpeistaan, odotuksistaan ja pyrkimyksistään. Toimivan ohjaussuhteen rakentuminen, potilaan tarpeiden huomioiminen ja tukeminen aktiivisuuteen ja tavoitteellisuuteen mahdollistavat ohjauksen toivottujen vaikutusten syntymisen. (Kyngäs ym. 2007, 39–40.)

Hoitajan tehtävänä on kannustaa potilasta omiin kykyihinsä luottamiseen, tukea potilaan oma-aloitteisuutta, rohkaista potilasta ottamaan vastuuta hoidostaan sekä edistää potilaan valintojen tekemistä. Näin potilas pystyy aktivoimaan omaa toimintaansa ja ottamaan vastaan palautetta. (Kyngäs ym. 2007, 34.)

Potilaat, jotka kokevat olevansa riippuvaisia hoitajasta, eivät usko omiin vaikutusmahdollisuuksiinsa, eivätkä ota vastuuta hoidostaan. Toimivaan ohjaussuhteeseen sisältyy se, että potilas tuntee itsensä arvostetuksi sekä saa tilanteensa kannalta tarpeellista ja siihen sopivaa tietoa ja tukea. Potilas myös ymmärtää entistä paremmin itseään ja omaa tilannettaan. (Kyngäs ym. 2007, 41.)

Ohjaus on potilasta passivoivaa, jos ohjauksessa vallitsee hoitajan valta. Passiivisuuteen voivat vaikuttaa muun muassa potilaan aiemmat negatiiviset kokemukset ja uskomukset sairautensa hoidosta. Tällöin vuorovaikutus ei ole kaksisuuntaista ja hoitaja joutuu käymään läpi ainoastaan ne perusasiat, jotka hän katsoo välttämättömiksi. Passiivinen potilas jättäytyy hoidettavaksi tai alistuu kohteliaasti

kuuntelemaan hänelle mahdollisesti jo tuttuja asioita. (Kyngäs ym. 2007, 41–42, 83.)

Potilaat odottavat vuorovaikutukselta luottamuksellisuutta ja turvallisuutta. Hoitajan tulisi kunnioittaa potilaan autonomiaa ja osoittaa luottamuksellisuutta, vilpittömyyttä kiinnostusta ja arvostusta potilaan asiaa kohtaan. Myös potilaan ymmärtäminen ja rohkaisu sekä ajatusten selkeä ilmaisu ja kysymysten tekeminen ovat välttämättömiä hyvässä ohjaussuhteessa. Potilaan ja hoitajan tulee haluta työskennellä yhdessä ja heillä tulee olla samoja odotuksia, jotta onnistunut vuorovaikutus voisi onnistua. Tämä vaatii tavoitteellisuutta ja uskoa auttamisen mahdollisuuksiin. (Kyngäs ym. 2007, 48.)

Potilaan motivointi on tärkeää, sillä ohjauksen tavoitteena on rohkaista potilasta tutkimaan ja tutustumaan käyttäytymistä tai käyttäytymismuutoksia koskeviin käsityksiinsä. Motivoivan ohjauksen periaatteisiin kuuluu empatian ilmaiseminen, tiedollisen ristiriidan tuottaminen, väittelyn välttäminen, vastarinnan myötäily ja potilaan pystyvyyden tunteen tukeminen. (Kyngäs ym. 2007, 49.)

Potilaalla on oikeus saada tietoa hoitoaan koskevista vaihtoehdoista. Potilaiden tietous näistä oikeuksista on pakottanut kehittämään näyttöihin perustuvaa ohjausta. Hoitajan työn tulisi olla ajankohtaiseen tutkimustietoon perustuvaa, mikä edellyttää tietoa oman alan tutkimustiedosta ja hoitajan valmiutta käyttää tutkimustietoa hyväksi. Tutkittuun tietoon on myös kuitenkin suhtauduttava kriittisesti. (Kyngäs ym. 2007, 62.)

6 OHJAUKSEN RIITTÄVYYS

Kyngäksen ja tutkijaryhmän (2007, 21, 47) mukaan ohjauksen riittävyys on edellytys ohjauksen laadukkuudelle. Ohjaus edistää ja ylläpitää potilaan terveyttä, mikäli se on riittävää. Kun potilas on saanut riittävästi tietoa, kykenee hän itse arvioimaan, mikä on hänelle hyväksi.

Kääriäinen tutkijaryhmineen (2005, 210–211) on osoittanut, että potilaat eivät aina saa riittävästi tietoa esimerkiksi sairaudesta ja sen hoidosta. Tämä johtuu joko hoitajaan tai potilaisiin tai molempiin liittyvistä tekijöistä. Potilaat saattavat välttää ohjausta tai eivät ymmärrä annettua tietoa. He voivat unohtaa asioita ja kieltää niitä. Hoitohenkilökunta ei aina huomioi potilaan ohjaustarpeita. Joskus hoitohenkilökunta ei anna ohjausta suoraan potilaalle, vaan sitä välitetään ensin jollekin toiselle. Lisäksi ohjauksen saantia vaikeuttavat hoitohenkilökunnan kiire, tiedonpuute sekä hoitohenkilökunnan ja potilaiden ristiriitaiset käsitykset ohjauksen sisällöstä.

Tutkimusten mukaan potilaat toivovat saavansa enemmän tietoa sairaudesta, sairauden oireista, syistä, ongelmista ja lääkehoidosta. Ohjaus mahdollisista hoidon jälkeisistä ongelmista sekä sosiaalisesta tuesta kuten tukiryhmistä ja sosiaalietuuksista on ollut riittämätöntä. Kuitenkin Kääriäisen (2008, 13) tutkimuksessa potilaat ovat pitäneet merkityksellisenä vertaistuen saamista sekä mahdollisuutta jakaa kokemuksiaan. Lisäksi he odottavat rohkaisua ja sekä mahdollisuutta ilmaista sairauteen liittyviä tunteita ohjauksen aikana. Hoitohenkilökunta kokee antavansa riittävästi ohjausta liittyen näihin asioihin sekä mahdollisuuden tunteiden ilmaisuun. He myös uskovat rohkaisevansa potilaita. (Kääriäinen 2008, 13; Kääriäinen ym. 2005, 211.)

Tutkimuksissa on tullut esille, että potilaiden ohjauksessa saama tieto keskittyy biologis-fysiologiseen tietoon (muun muassa fyysiset oireet ja tuntemukset, kipu, pahoinvointi, väsymys, tutkimukset ja hoito). Biologis-fysiologinen alue on yksi potilaan hallintastrategian alueista. Hallintastrategia koostuu erilaisista potilaan voimavaroja tukevista tiedon alueista. Omaksuttuaan tietoa näiltä alueilta potilas kykenee voimaantumaan ja hallitsemaan omaa tilannettaan paremmin. Potilaan

hallintastrategian muodostavat biologis-fysiologisen alueen lisäksi toiminnallinen, sosiaalis-yhteisöllinen, kokemuksellinen, eettinen ja taloudellinen osa-alue. Biologis-fysiologiselta alueelta potilaat saavat eniten tietoa sairaudesta. Annettuun tietoon sisältyy myös tutkimuksiin ja hoitoon liittyviä asioita sekä tietoa lääkityksestä, leikkausta edeltävistä asioista sekä leikkauksen jälkeisestä hoidosta. Lisäksi tietoa annetaan kivusta ja toimenpiteen aiheuttamista rajoituksista sekä oireiden tarkkailusta kotona. (Heikkinen, Rankinen, Johansson, Virtanen, Leino-Kilpi & Salanterä 2005, 121, 126.)

Potilaat myös kaipaavat itse eniten tietoa biologis-fysiologiselta alueelta. Erityisesti tietoa kaivataan sairaudesta ja lääkehoidosta. Potilaat myös pitävät biologis-fysiologisen osa-alueen tietoa tärkeimpänä. Näistä tärkeimmiksi koetaan tiedot sairaudesta ja sen hoidosta, komplikaatioista, kivusta ja lääkehoidosta. (Heikkinen ym. 2005, 126–127.)

Potilaan hallintastrategian toiminnalliseen osa-alueeseen sisältyvät erilaiset toiminnot, harjoitukset ja toiminnalliset rajoitukset. Tällä osa-alueella potilaat saavat tietoa tarvittavista toimintatavoista, elämäntavoista ja fyysisistä toiminnoista. Toiminnalliselta alueelta potilaat kaipaavat enemmän tietoa erityisesti sairauden tai hoidon vaikutuksesta elämään, hoidosta kotona ja siitä, mitä kotona on mahdollista tehdä. Potilaat pitävät myös toiminnallisen osa-alueen tietoa tärkeänä. Erityisesti he korostavat toimenpiteeseen liittyvää toimintoja, omahoitoa, kuntoutusta ja vapaa-ajan viettoon liittyviä asioita. (Heikkinen ym. 2005, 126–127.)

Sosiaalis-yhteisölliseen osa-alueeseen kuuluvat tuki ja huolenpito. Potilaat saavat tietoa hoitajien tai omaisten tuesta sekä töihin menosta. Sosiaalis-yhteisöllistä alueelta potilaat kaipaavat enemmän tietoa tukimahdollisuuksista ja järjestöjen toiminnasta. Kokemukselliseen osa-alueeseen liittyvät ahdistus ja tyytyväisyys. Tiedoissa, jotka potilaat saavat tältä alueelta, korostuvat leikkaukseen liittyvät tuntemukset. Potilaat kaipaavat erityisesti tietoa tuntemuksista. Tutkimusten mukaan potilaille ei välitetä lainkaan tietoa eettisiltä ja taloudelliselta osa-alueelta. Kuitenkin potilaat kaipaavat tietoa oikeuksistaan sekä sosiaaliturvasta ja taloudellisista asioista. Potilaat eivät pidä juurikaan tärkeinä tietoja kokemukselliselta, eettiseltä ja ekonomiselta osa-alueelta. (Heikkinen ym. 2005, 127.)

7 POTILAAN JA HOITAJAN TAUSTATIEDOT OHJAUKSEEN VAIKUTTAVINA TEKIJÖINÄ

Hoitajan tulee arvioida potilaan ohjaukseen vaikuttavia taustatekijöitä sekä tunnistaa myös omia ohjaukseen vaikuttavia taustatekijöitään. Näitä ovat muun muassa omat tunteet, tapa ajatella ja toimia, arvot ja ihmiskäsitys. Taustatekijöiden tunteminen auttaa ohjaustavoitteisiin pääsyssä. (Kynäs ym. 2007, 27–28.)

Jos potilaan yksilöllisiä taustatekijöitä ei huomioida, voi se johtaa siihen, että samassa tilanteessa olevia potilaita ohjataan aina samalla tavalla ja samoilla ohjausmenetelmillä. Näin toimiessaan hoitaja ei kunnioita potilaan yksilöllisyyttä. (Kynäs ym. 2007, 28.) Kääriäisen (2008, 12) tutkimuksessa hoitohenkilökunta ei kuitenkaan käyttänyt riittävästi aikaa potilaan taustatekijöiden selvittämiseen.

Potilaan taustatekijät yhdessä hoitajan taustatekijöiden kanssa muodostavat ohjauksen lähtökohdan. Potilaan ja hoitajan ohjaukseen vaikuttavat taustatekijät voidaan jakaa yksilöllisiin fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin sekä muihin ympäristöön liittyviin taustatekijöihin. (Kynäs ym. 2007, 27–28.)

7.1 Potilasohjaukseen vaikuttavat fyysiset ja psyykkiset taustatekijät

Potilaan ohjaukseen vaikuttaviin fyysisiin taustatekijöihin kuuluvat muun muassa ikä, sukupuoli, sairauden tyyppi ja terveydentila. Nämä vaikuttavat potilaan ohjaustarpeisiin. Lisäksi fyysisillä taustatekijöillä on vaikutusta siihen, miten potilas kykenee ottamaan ohjausta vastaan. (Kynäs ym. 2007, 30.)

Potilaan ohjaukseen vaikuttaviin psyykkisiin taustatekijöihin kuuluvat muun muassa käsitys omasta terveydentilasta, terveystuskomukset, kokemukset, mieltymykset, odotukset, tarpeet, oppimistavat ja -valmiudet sekä motivaatio. Viimeksi mainittu vaikuttaa halun omaksua hoitoon liittyviä asioita ja ohjauksessa käsiteltävien asioiden kokemiseen tärkeiksi itselleen. Motivaation syntyyn vaikuttavat muun muassa riittävän selkeä tavoite, potilaan onnistumisodotukset sekä sopiva tunnetila. Hoitajan oma motivaatio ja asennoituminen ohjaukseen vaikuttavat ohjauksen onnistumiseen. Potilaan aiemmat terveystuskomukset ja aiemmat koke-

mukset esimerkiksi sairaudesta ja sen hoidosta vaikuttavat hänen suhtautumiseensa ohjaukseen sekä ohjauksen onnistumiseen. (Kyngäs ym. 2007, 32–33.)

7.2 Potilaan ohjaukseen vaikuttavat sosiaaliset taustatekijät

Potilaan ohjauksen kannalta merkittäviin sosiaalisiin taustatekijöihin kuuluvat kulttuuriperustaiset, etniset, uskonnolliset ja eettiset tekijät. Nämä tekijät vaikuttavat potilaan toimintaan. Perhe ja suku ovat yleensä potilaalle tärkeitä. Potilaalta tulisi tarkistaa millainen tukiverkosto hänellä on, miten tärkeänä hän pitää omaistensa ohjaamista sekä kuinka omaisten antama tuki voisi auttaa häntä. On myös tärkeää huomioida omaisten ohjaustarpeet ja heidän käsityksensä asiakkaan ohjaustarpeista. Nämä käsitykset voivat myös olla ristiriitaisia keskenään, jolloin hoitajan on kunnioitettava ensisijaisesti potilaan tahtoa, mikäli tämä on mahdollista. (Kyngäs ym. 2007, 35, 36.)

Potilaat ovat tutkimuksessa halunneet, että myös heidän omaisensa otettaisiin mukaan ohjaukseen ja että omaisia rohkaistaisiin yhteistyöhön. Omaisen läsnäolo ohjauksessa auttaa tulkitsemaan ja käyttämään tietoa sekä välttämään väärinkäsityksiä. Lisäksi omaisten läsnäolo ohjauksessa helpottaa lisäkysymysten esittämistä, vähentää heidän ahdistustaan sekä parantaa heidän kykyään tukea potilasta. Kuitenkin omaiset saavat puutteellisesti ohjausta ja tukea ohjaukseen osallistumiseen. (Kääriäinen 2008, 12.)

Vihijärven ja tutkijaryhmän (2008, 19) mukaan perheen ollessa mukana ohjaustilanteessa, se toivoo koko perheen tarpeita vastaavaa ohjausta. Perheen osallistuminen yhdessä ohjaukseen parantaa potilaan itsehoidon toteutumista kotona.

Potilaalla saattaa olla myös kulttuuriin liittyviä tabuja, uskomuksia ja traditioita, joiden huomioiminen ohjauksessa on tärkeää. Potilaan vieras äidinkieli voi lisätä turvattomuuden tunnetta ja vaikeuttaa aktiivista osallistumista ohjaukseen. (Kyngäs ym. 2007, 35–36.)

7.3 Muut ympäristöön liittyvät taustatekijät potilasohjauksessa

Muita ympäristöön liittyviä taustatekijöitä potilasohjauksessa ovat hoitotyön kulttuuri sekä hoitoyksikön fyysinen ympäristö, ja ihmissuhdeympäristö. Paras fyysinen ympäristö ohjauksessa on sellainen, jossa on mahdollista keskittyä asiaan häiriöttömästi. Ohjausta voivat häiritä esimerkiksi ympäristö, joka herättää potilaalle negatiivisia tunteita ja pelkoja, sekä erilaiset keskeytykset. Ohjaukseen tarvittavan materiaalin tulee olla saatavilla. Hyvä ympäristö on rauhallisuuden lisäksi myös kiireetön, valoisa ja mahdollisesti äänieristetty. (Kynäs ym. 2007, 36–38.)

Kiire vähentää potilaan ja hoitajan välistä vuorovaikutusta, sillä potilaan aistima kiire vaikuttaa kielteisesti keskustelun avaamiseen potilaan taholta sekä hänen kunnioituksen saamisen kokemiseensa. Kiire vaikuttaa myös ohjauksen suunnitelmallisuuteen. Ohjauksen huolellinen suunnittelu tehostaa ohjausta ja mahdollistaa aktiivisen ja tavoitteellisen ohjauksen. (Kynäs ym. 2007, 37.)

8 OHJAUKSEN TAVOITTEIDEN ASETTAMINEN

Ohjauksen kannalta olennaisten taustatietojen selvittämisen jälkeen voidaan asettaa ohjaukselle tavoitteet. Ohjauksen tavoitteet tulisi asettaa yhdessä potilaan kanssa. Tämä parantaa ohjauksen vaikutuksia. Tavoitteiden tulisi olla realistisia, konkreettisia, tarpeen mukaan muutettavissa olevia, mitattavissa olevia sekä potilaan elämäntilanteeseen sopivia. Tavoitteet tulisi kirjata ylös sekä ilmaista asiakkaan omalla kielellä. Hyvän tavoitteen tunnusmerkkejä ovat muun muassa tavoitteen muotoilu positiiviseksi ja prosessiksi, tavoitteen on yksityiskohtaisuus, realiteetti ja konkreettisuus. Tavoitteita ei saa olla liikaa. Tavoitteen tulee kytkeytyä sen hetkiseen tilanteeseen, olla aikaan ja tehtävään sidonnainen, olla potilaan hallinnassa ja sen saavuttamista tulee olla mahdollista arvioida sekä seurata. Hoitaja on vastuussa siitä, että sovittu tavoite täyttää hyvän tavoitteen tunnusmerkit. Tavoitteisiin voivat vaikuttaa ympäristön roolimallit tai painostus sekä erilaiset palkkiot tai rangaistukset. (Kygäs ym. 2007, 75–78 ; Kääriäinen ym. 2005, 255)

Potilaan henkisen ja hengellisen tilan tunnistaminen ohjauksessa on tärkeää, sillä ne voivat vaikuttaa joko kielteisesti tai myönteisesti ohjauksen tavoitteiden saavuttamiseen (Kygäs ym. 2007, 43). Tavoitteiden saavuttamiseen vaikuttavat myös yksilölliset ja sosiaaliset tarpeet (Kygäs ym. 2007, 78.).

9 OHJAUSMENETELMÄT

Ohjausta voidaan antaa hyvin monella eri menetelmällä sekä erikseen että yhdistelemällä menetelmiä. Näitä menetelmiä ovat suullinen ohjaus, kirjallinen ohjausmateriaali sekä audiovisuaalinen ohjaus. Ohjausta voidaan antaa yksilöohjauksena eli henkilökohtaisena ohjauksena sekä ryhmäohjauksen muodossa. (Kääriäinen ym. 2005, 211–212.)

Sopivien ohjausmenetelmien valitseminen edellyttää tietoa siitä, miten potilas omaksuu asioita ja mikä on ohjauksen tavoite. Arvioiden mukaan potilaat muistavat 75 prosenttia siitä, mitä he näkevät ja vain 10 prosenttia siitä, mitä he kuulevat. Kuitenkin he muistavat 90 prosenttia ohjauksesta, jossa he ovat käyttäneet sekä näkö- että kuuloaistia. Tämän vuoksi ohjauksen vaikuttavuuden varmistamiseksi tulisi käyttää useita ohjausmenetelmiä. Jotta voitaisiin valita käyttöön juuri sopiva ohjausmenetelmä, tulisi huomioida potilaan oppimistyyli. Oppimistyyli tarkoittaa sitä, kuinka potilas omaksuu asioita. Perehtyminen potilaan taustatekijöihin ja keskustelu hänen kanssaan ovat pohjana potilaan oppimistyylin tunnistamisessa. Keskustelu potilaan kanssa ja erilaisista ohjausmenetelmistä kertominen voivat myös auttaa löytämään sopivan ohjaustavan. Potilas voi oppia asioita tekemällä, kielellisesti, visuaalisesti, musiikin tai rytmin avulla, asiakokonaisuuksien tai yksityiskohtien esittämisen avulla tai yhteistyössä muiden potilaiden kanssa. Sairaus voi kuitenkin rajoittaa potilaan luontaista oppimistyyliä. (Kyngäs ym. 2007, 34.)

Potilaat omaksuvat asioita eri tavalla ja hoitajan tehtävänä on asiakkaan omaksu- mistapojen tunnistaminen. Potilaan omista omaksumistavoista huolimatta, keskeisten asioiden kertaaminen aina ohjauksen loppuksi on tärkeää, sillä potilas kykenee muistamaan ja vastaanottamaan vain rajallisen määrän asioita. Näistä asioista ohjeet unohtuvat helpommin kuin esimerkiksi diagnoosi. Mitä enemmän asioita kerrotaan, sitä suurempi on unohtuvien asioiden osuus. Ensimmäisenä kerrotut ja tärkeimmiltä tuntuvat asiat pysyvät muistissa parhaiten. (Kyngäs ym. 2007, 73–74.)

9.1 Yksilöohjaus

Vuorovaikutusta pidetään ohjauksen kulmakivenä. Tämän vuoksi ohjausta annetaan yleensä suullisesti. Suullista ohjausta voidaan antaa joko yksilö- tai ryhmäohjauksessa. Ohjausta voidaan myös tukea erilaisten oheismateriaalien avulla. Useimmiten potilaat arvostavat enemmän yksilöohjausta kuin ryhmäohjausta, sillä se mahdollistaa potilaan omiin tarpeisiin pohjautuvan ohjauksen, aktiivisuuden, motivaation tukemisen, jatkuvan palautteen antamisen sekä vapaamuotoisen ilmaisiin. Yksilöohjausta pidetään tehokkaimpana menetelmänä oppimisen kannalta, mutta se myös vie hoitajalta aikaa. (Kyngäs ym. 2007, 74.)

9.2 Ryhmäohjaus

Ryhmäohjaus on yksi eniten käytetyistä ohjausmenetelmistä yksilöohjauksen ohella terveydenhuollossa. Ryhmät voivat olla erikokoisia ja eri tarkoitusta varten koottuja. Ryhmän oppimistavoitteet vaihtelevat eri ryhmien ja ryhmäläisten yksilöllisten tavoitteiden mukaan. Tavoitteena voi olla esimerkiksi tupakoinnin lopettaminen ja tuen saanti siihen. Ryhmässä oleminen saattaa auttaa sen jäseniä jaksamaan ja antaa tukea tavoitteiden saavuttamiseen. Ryhmäohjaus on taloudellisempaa kuin yksilöohjaus, sillä sen avulla voidaan jakaa tietoa useammalle ihmiselle samalla kerralla. Ryhmäohjauksessa on tärkeää tunnistaa ryhmän koon vaikutus toimintaan, sillä ryhmän koko vaikuttaa sekä ryhmän toimintaan että ryhmädynamiikkaan. Vuorovaikutus on ryhmässä tärkeää. (Kyngäs ym. 2007, 104–105.)

Ryhmällä on ohjaaja, jolla tulee olla ryhmänohjaustaitoja sekä taitoa puhua selkeästi ja jäsentyneesti ja taito luoda sopiva oppimisilmapiiri sekä arvioida oppimista. Ohjaaja ohjaa ryhmää ja huolehtii siitä. Hän myös vastaa tarvittavista resursseista. Ryhmäohjauksen tulisi olla vapaaehtoista potilaille, eikä se saisi korvata yksilöohjausta. (Kyngäs ym. 2007, 107- 110; Vihijärvi, Koivula ja Åstedt-Kurki 2008, 21.)

Vaikka potilaat mieltävät yksilöohjauksen tehokkaammaksi menetelmäksi oppimisessa, on ryhmäohjaus kuitenkin toimiva menetelmä, jos useilla potilailla on samaan aiheeseen liittyviä ohjaustarpeita. Kun ryhmäohjaus toteutuu keskuste-

lunomaisesti, mahdollistaa se tiedon saannin ja tukiverkoston muodostamisen. Tämä on tärkeää, sillä ryhmältä saatu tuki on merkityksellistä sairauden hyväksymisessä ja sopeutumisessa. Kuitenkin luentomaista ryhmäohjausta pidetään passiivisena menetelmänä ja potilaiden saama hyöty on riippuvainen luennoitsijan esitystavasta ja kielellisestä ilmaisusta. Myös potilaiden motivaatio opetettavaan asiaan saattaa vähentyä ryhmässä. (Kääriäinen ym. 2005, 211.)

9.3 Demonstraatio

Demonstraatiota eli näyttämällä opettamista ja harjoittelua käytetään suullisen ohjauksen lisänä silloin, kun potilaiden tulee oppia tehokkaasti hoitamiseensa tarvittavia taitoja (Kääriäinen ym. 2005, 211).

Demonstraatioon liittyvät havainnollistaminen ja konkretisoiminen. Ohjaus on havainnollista, kun käytetään hyväksi potilaan eri aisteja tarkoituksenmukaisella tavalla. Konkreettinen ohjaus on lähellä elettyä todellisuutta. Tämän vuoksi opitut asiat saavat tajuttavia sisältöjä kokemusten avulla. (Kyngäs ym. 2007, 128.)

Demonstrointia on kahdenlaista. Se voi olla joko esittämistä tai harjoittelua. Havainnollisen esittämisen tarkoituksena on antaa potilaalle selkeä kuva opetettavasta asiasta. Harjoittelu on tärkeää, sillä se mahdollistaa motoristen taitojen kehittämisen. Havainnollinen esittäminen ja harjoittelu ovatkin parhaita menetelmiä motoristen taitojen ja erilaisten käytänteiden opetteluun (esimerkiksi inhalaation käyttö). Havainnollinen esittäminen on sopiva varsinkin yksilö- tai pienryhmäohjaukseen. (Kyngäs ym. 2007, 129.)

Hoitajan vastuulla on demonstraatiotapahtuman suunnittelu ja toteutus, välineiden toimivuuden varmistaminen sekä tilan valinta. Hoitajan on tärkeää myös herättää potilaan kiinnostus asiaan ja selittää potilaan oman toiminnan tärkeys, koska havainnollinen esittäminen saattaa johtaa potilaan passivoitumiseen, mikäli potilaan tehtävänä on vain kuunnella ja katsoa hoitajan esittämistä. Kannustaminen ja palautteen antaminen on havainnollisessa esittämisessä tärkeää. Näin luodaan mukava ilmapiiri ja potilas saa tietää mitä hän tekee oikein ja mitä väärin. Harjoitte-

lussa käytettävän tilan ja välineiden tulisi olla samankaltaisia kuin ne, joita potilas tulee jatkossa käyttämään. (Kyngäs ym. 2007, 129–130.)

Harjoittelujaksoja tulisi jatkaa niin usein, että potilas on oppinut opeteltavan asian. Uuden asian oppiminen saattaa olla melko aikavievää, sillä demonstraatio voi vaatia useita harjoittelukertoja. (Kyngäs ym. 2007, 130–131.)

9.4 Audiovisuaalinen ohjaus

Erilaisten teknisten laitteiden, kuten videoiden, äänikasettien, tietokoneohjelmien ja puhelimen avulla voidaan tarjota potilaalle tietoa ja tukea. Audiovisuaalinen ohjaus mahdollistaa väärinkäsitysten selvittämistä. Sen tarkoituksena on virkistää muistia. Se myös helpottaa tiedon välittämistä omaisille. Ohjausmateriaalin kehittämis- ja tuottamiskustannukset sekä potilaan rajalliset mahdollisuudet käyttää tekniikkaa kotona rajoittavat audiovisuaalisen ohjauksen käyttöä. Yleisesti audiovisuaalista ohjausta pidetään vähemmän vaikuttavana ohjausmenetelmänä kuin muita menetelmiä, vaikka potilaat ja omaiset ovat toivoneet sen käyttöä muiden menetelmien lisänä. (Kyngäs ym. 2007, 116–117.)

Kaikista ohjausmenetelmistä audiovisuaalista ohjausta käytetään vähiten. Videoiden käytöstä hyötyvät varsinkin ne potilaat, joilla on hankaluuksia lukea kirjallista materiaalia. Ohjausmenetelmänä videoiden käyttö mahdollistaa ohjauksen oikea-aikaisuuden, tukee itsehoitoa ja vähentää pelkoja. Videoiden sisältö saattaa kuitenkin aiheuttaa potilaissa vahvoja tunteita ja väärinkäsityksiä. Tämän vuoksi potilaalla tulisi olla mahdollisuus keskustella videon sisällöstä hoitohenkilökunnan kanssa. Potilaat haluavat ohjauksessa käytettävän videoita. Myös äänikasettien käytöstä on hyötyä potilaalle. Niitä on helppo kuljettaa ja muokata vastaamaan potilaan yksilöllisiä tarpeita. Äänikasetteja tulisi kuitenkin käyttää kirjallisen ohjausmateriaalin yhteydessä, sillä kirjallisen ohjausmateriaalin on todettu tukevan suullisen ohjauksen lisäksi audiovisuaalista ohjausta. (Kääriäinen ym. 2005, 208, 212.)

Tietokoneavusteisessa ohjauksessa tulee huomioida potilaan tarpeet, elämäntilanne, tiedot ja tietokoneen käyttötaidot. Tietokoneohjauksen etuina ovat ohjeiden yh-

denmukaisuus, standardoitu laatu ja sisältö, hoitajan ajan säästyminen sekä helppo ajallinen saatavuus. Rajoituksina ovat kuitenkin esimerkiksi vähäiset mahdollisuudet muokata ja muunnella ohjelmia. Potilaat hyötyvät tästä menetelmästä iästä riippumatta. Potilaan ohjausta tietokoneavusteisesti tapahtuu vielä vähän. Useimmiten erilaisia tietokoneohjelmia käytetään yhdessä kirjallisen materiaalin kanssa. (Kyngäs ym. 2007, 122, 123; Kääriäinen ym. 2005, 212.)

Joukkoviestinten käyttö ohjauksessa mahdollistaa erilaisia ohjauksen vaikuttamiskeinoja. Joukkoviestimiin kuuluvat muun muassa radio- ja televisiokanavat, sähköposti, Internet ja matkapuhelimet. Näiden menetelmien etuina ovat nopeat yhteydet ja välittömän vuorovaikutuksen mahdollisuus. Yksilö- ja ryhmäohjaus sekä laajempien väestöryhmien ohjaus on mahdollista näillä menetelmillä. (Kyngäs ym. 2007, 124.)

Myös puhelinohjausta käytetään potilaiden ja hoitohenkilökunnan välisenä yhteytenä. Puhelinohjaus on yleistynyt Suomessa erityisesti eräiden lakimuutosten johdosta. Puhelinohjaus voidaan jakaa kahteen ryhmään: palveluohjaukseen sekä terveyden- ja sairaanhoidon ohjaukseen. Palveluohjaus on tiedottamista palveluista ja sen avulla potilas ohjataan terveydenhuoltojärjestelmään. Terveyden- ja sairaanhoidon ohjaukseen kuuluu kaikki potilaan terveydentilaan liittyvä ohjaus. (Kyngäs ym. 2007, 116–118.)

Kuten muut ohjausmenetelmät, myös puhelinohjaus vaatii suunnittelua ja arviointia. Puhelinohjauksessa ohjaajan on selvitettävä potilaan antamista tiedoista ne asiat, joiden avulla hän voi tehdä päätelmiä potilaan tilasta. Sanatonta viestintää ei voida hyödyntää. Puhelinohjaus onkin yksi haasteellisimmista ohjausmenetelmistä. Esimerkiksi päiväkirurgisessa toiminnassa käytetään usein puhelinohjausta. Tällöin yleensä leikkausta edeltävä ohjaus ja leikkauksen jälkeinen seuranta tapahtuvat puhelimen välityksellä. Puhelinohjauksella voidaan tarjota tietoa sekä potilaille että heidän omaisilleen. (Kyngäs ym. 2007, 116–119.) On tutkittu, että sekä puhelinohjaus että henkilökohtaisesti tapahtuva ohjaus lisäävät potilaiden tietoa ja että niiden avulla pystytään muuttamaan potilaiden asenteita (Champion, Skinner & Foster 2000, 1565).

Kääriäisen ja tutkimusryhmän tutkimuksessa audiovisuaalinen ohjaus mahdollisti väärinkäsitysten selvittämisen, asioiden palauttamisen muistista sekä ohjauksen tarjoamisen helpommin myös omaisille. Kuitenkin audiovisuaalisen materiaalin kehittäminen ja tuottaminen sekä käyttö edellyttävät henkilöstö-, aika- ja laiteresursseja sekä asianmukaisia valmiuksia. Vaikka audiovisuaalista ohjausta pidetään vähemmän vaikuttavana menetelmänä, potilaat ja omaiset toivovat sen käyttöä suullisen ohjauksen lisäksi. (Kääriäinen ym. 2005, 212.)

9.5 Kirjallinen ohjausmateriaali

Kirjallisen ohjausmateriaalin käyttö on tärkeää tilanteissa, joissa suullisen ohjauksen toteutusaika on vähentynyt. Nykyään tämä on erityisen tärkeää, sillä sairaalasaoloajat ovat lyhentyneet. Kirjallinen ohjausmateriaali voi olla erilaisia kirjallisia ohjeita tai oppaita. Kirjallisen ohjausmateriaalin avulla voidaan potilaalle välittää tietoa jo ennalta. Kirjallisen ohjausmateriaalin tärkeys korostuu myös kotihoito-ohjauksessa. Kirjallisen ohjausmateriaalin etuna on se, että potilas voi tukeutua siihen ja tarkistaa siitä tietoja itsenäisesti. Materiaalin tulisi olla potilaalle sopivaa ja perustua hänen tietoihinsa ja tarpeisiinsa. Kotihoito-ohjeiden antamiseen sopiva ajankohta riippuu potilaan omahoidon vaatimuksista eli siitä mitä hoitoa potilaan tulee toteuttaa kotonaan. Jos esimerkiksi hoidon toteuttaminen kotona vaatii harjoittelua, ohjeet tulee antaa potilaalle jo mahdollisimman varhain ennen kotiutusta. Kirjallisen ohjausmateriaalin tulisi olla sopivaa ja ymmärrettävää sisällöltään sekä kieliasultaan, lisäksi se tulisi antaa potilaalle sopivaan aikaan ja sopivassa paikassa. Potilas voi käyttää kirjallisia ohjeita itseopiskeluun, mikäli ohjeet on suunniteltu hyvin ja oikein ja ne ovat potilaan oppimiskyvyn huomioivia ja tehokkaita. (Kyngäs ym. 2007, 125.)

Selkeä ja ymmärrettävä kirjallinen ohje sisältää ilmoituksen siitä kenelle ohje on tarkoitettu ja mikä on ohjeen tarkoitus. Hyvä ohje sisältää konkreettisia esimerkkejä käsiteltävästä asiasta ja tavoitteiden saavuttamisesta. Tietoa pitäisi olla yhteystiedoista esimerkiksi ongelmien varalta sekä lisätietojen hankkimisesta. Asia, jota opetetaan, tulisi esittää ohjeessa vain pääpiirteissään, ettei tietoa olisi liikaa. Ohjeiden sisällön tulisi olla tarkka ja ajan tasalla oleva. Potilas on huomioitava kokonaisuutena eli fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena yksilönä. Ohjaus ei ole

riittävää, mikäli näitä ei ole huomioitu. On myös tärkeää miettiä miten sairaus, tutkimus tai hoito vaikuttaa potilaan mielialaan tai sosiaalisiin suhteisiin. (Kynäs ym. 2007, 126.)

Jotta kirjallinen ohje olisi ymmärrettävä, tulee sen ulkoasun oltava riittävän selkeä sekä ymmärrettävä. Selkeyttä ja ymmärrettävyyttä voidaan parantaa esimerkiksi selkeästi luettavalla kirjasintyypillä, riittävällä kirjasinkoolla, selkeällä tekstin jaottelulla ja asettelulla, erilaisten kuvien ja kaavioiden sekä erilaisten korostustekniikoiden avulla. (Kynäs ym. 2007, 127.)

Hyvän kirjallisen ohjeen yhdessä kappaleessa esitetään vain yksi asia, pääasia sijoitetaan ensimmäiseen virkkeeseen. Ohjeen kielen tulee olla selkeää. Termien ja sanojen tulisi olla yksiselitteisiä, tuttuja ja konkreettisia. Mikäli tekstissä on lääketieteellisiä termejä, tulee ne määritellä. Sanojen ja virkkeiden on oltava melko lyhyitä. Lisäksi on hyvä käyttää mieluummin aktiivi- kuin passiivimuotoa. (Kynäs ym. 2007, 127.)

Kirjallista ohjausmateriaalia käytetään hoitotyössä runsaasti. Sitä myös pidetään tarpeellisena tiedonlähteenä. Kirjallisten ohjeiden ongelmana on se, että osa potilaista ei aina ymmärrä saamiensa ohjeita, sillä ne eivät välttämättä perustu potilaan näkökulmaan asiasta tai teksti on kirjoitettu liian vaikeasti. Kuitenkin kirjallista ohjausmateriaalia voi käyttää, mikäli se on sanastoltaan selkokielistä ja se on sisällöltään potilaiden tarpeita vastaavaa, ajan tasaista sekä mahdollisimman vähän tunteisiin vetoavaa. (Kääriäinen ym. 2005, 212.)

Kirjallisten ohjeiden avulla potilaat kykenevät lisäämään tietoaan, säilyttämään saamansa tiedon, palauttamaan asian mieleensä sekä selvittämään väärinymmärryksiä. Myös omaiset ja muu hoitohenkilökunta pystyvät olemaan tietoisia potilaan saamista ohjeista. Tutkitusti kirjallinen ohjausmateriaali on vaikuttava ja taloudellinen menetelmä silloin, kun sitä käytetään tukemaan suullista ohjausta. Kuitenkaan kirjallinen ohjausmateriaali ei saisi korvata suullista ohjausta. (Kääriäinen ym. 2005, 212.) Onkin tutkittu, että potilaat ovat hieman tyytyväisempiä ohjaukseen saadessaan henkilökohtaista ohjausta kuin silloin, jos he saavat ainoastaan kirjallista ohjausta (Isering, Cross, Kellett & Koczwara 2007, 13).

10 OHJAUKSEN ETIIKKA

Etiikassa keskeistä on hyvä elämä, hyvän tekeminen, oikeudenmukaisuus, ihmisarvon kunnioittaminen ja perusteltavuus. Eettiset kysymykset ohjaustilanteessa koskevat usein potilaan oikeuksia kuten autonomiaa, yksilöllisyyttä, vapautta ja sitä, mitä on hyvän edistäminen ohjaustilanteessa. Ohjaustilanteessa tuleekin pohdita miten voitaisiin huomioida ja säilyttää potilaan tarve hallita omaa elämäänsä, olla yksilöllinen, suojella yksityisyyttään ja vapauttaan sekä tehdä omia arvovalintojaan. Ohjauksen tulee perustua yksilöllisyyden kunnioittamiseen. Joissakin tilanteissa on hoitajan kuitenkin arvioitava asioita potilaan parhaaksi. (Kyngäs ym. 2007, 27–28, 153–154.)

Hoitajalla on ohjaajana toimiessaan ammatillinen vastuu siitä, että hän toimii eettisesti ja oikein. Ohjauksen tulee pohjautua näyttöön tai hyviin käytäntöihin. Tällöin ohjauksen sisältö on tutkittua ja ajan tasalla olevaa. Potilaalla on oikeus saada tutkittua ja luotettavaa tietoa. Eettiseen työskentelyyn kuuluvat eettinen tietoisuus ja kyky kohdata sellaisia tilanteita, joissa hoitajan on mietittävä omaa tapaansa työskennellä eettisesti. Eettisen tietoisuuden saavuttamiseen kuuluvat hoitajan omien arvojen selkiyttäminen, ihmisen itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen sekä häirinnän ja harmin tuottamisen välttäminen potilassuhteessa. Myös tietoisuus lainsäädännöstä on tärkeää, sillä se auttaa eettisten asioiden ymmärtämistä ohjaustilanteessa. (Kyngäs ym. 2007, 155.)

Lain potilaan asemasta ja oikeuksista mukaan potilaalle tulee antaa selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista ja muista hänen hoitoonsa liittyvistä asioista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoidostaan. Selvitystä ei saa kuitenkaan antaa näistä asioista, mikäli potilas ei niin halua, eikä silloin kun on todennäköistä, että tiedon antamisesta aiheutuisi vakavaa vaaraa potilaan hengelle tai terveydelle. Terveystieteiden ammattihenkilön on annettava selvitys niin, että potilas ymmärtää sen. Mikäli terveydenhuollon ammattihenkilö ei osaa potilaan kieltä, on mahdollisuuksien mukaan huolehdittava tulkitsemisesta. (L785/1992.)

Lain mukaan potilaan hoito on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, että hänen ihmisarvoaan ei loukata sekä hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan. Potilaan äidinkieli, yksilölliset tarpeet ja kulttuuri on otettava huomioon mahdollisuuksien mukaan hänen hoidossaan ja kohtelussaan. Jos täysi-ikäinen potilas ei mielenterveyshäiriön, kehitysvammaisuuden tai muun syyn vuoksi ole kykenevä päättämään hoidostaan, on tällöin potilaan omaisella oikeus saada tarvittavat tiedot potilaan tilasta. (L785/1992.)

Hoitajalla on omat eettiset ohjeensa, joiden perusteella hänen tulee toimia. Potilaan toimintaa eivät sen sijaan ohjaa mitkään omat eettiset ohjeet. Hänen tulee kuitenkin toimia yleisen etiikan mukaan. Potilas on vastuussa oman terveytensä edistämisestä. Hänellä on velvollisuus kertoa totuudenmukaisesti asioista, jotta hän saisi tarvittavan avun ja tiedon. Lisäksi potilaalla on velvollisuus etsiä ohjausta siten, että hän pystyy saamansa tiedon perusteella tekemään itsenäisiä päätöksiä esimerkiksi siitä, millaisiin hoitoihin tai elämäntilanteen muutoksiin hän haluaa sitoutua. Potilaalta vaaditaan muiden ihmisten kunnioittamista. Tämä ilmenee muun muassa potilaan sitoutumisena ohjauksuhteeseen ja kiinni pitämisenä sovitusta ajoista. Lisäksi hän ei uhkaile, eikä käyttäydy väkivaltaisesti. (Kyngäs ym. 2007, 156.)

Hyvän eettisen ympäristön avulla voidaan tukea hoitosuhdetta ja ohjausta. Lisäksi sen avulla voidaan turvata hoidon ja ohjauksen tehokkuus ja vaikuttavuus. Hyvän eettisen ympäristön vaikutukset voidaan toteuttaa antamalla riittävästi aikaa keskusteluun asiakkaan kanssa, takaamalla rauhallinen tila ja huolehtimalla siitä, että hoitajalla on valmiudet ja taidot toteuttaa ohjausta. Kaikkien terveydenhuollon työntekijöiden ja koko organisaation sekä yhteisön tulee jakaa vastuu terveydenhuollon voimavarojen tarkoituksenmukaisesta käyttämisestä. Tähän kuuluu perehtyminen siihen, miten aika, ohjaustaidot ja ohjauksen sähköiset apuvälineet sekä ohjauksen tukena käytettävä materiaali mahdollistavat ohjauksen. (Kyngäs ym. 2007, 157.)

Kääriäisen (2008, 11) tutkimuksessa potilaat kokivat, että hoitajien asennoitumisessa ohjaukseen olisi parannettavaa, vaikka hoitajat itse uskovat asennoituvansa ohjaukseen myönteisesti. Kuitenkin Halosen (2006) tutkimuksessa potilaat arvioi-

vat sairaanhoitajien asenteet ohjaustilanteessa hyväksi. Myös sairaanhoitajat itse kokivat asennoitumisensa olleen myönteistä.

11 POSTOPERATIIVINEN KOTIHOITO-OHJAUS

Postoperatiivisella hoitotyöllä tarkoitetaan leikkauksen jälkeistä hoitotyötä. Postoperatiivisessa vaiheessa eli leikkauksen jälkeen muun muassa tarkkaillaan potilaan vointia ja vitaalielintoimintoja. Postoperatiivinen hoito tapahtuu yleensä heurämössä, vuodeosastolla, poliklinikalla ja kotona. Potilaan riittävä ohjaus postoperatiivisessa vaiheessa on tärkeää, sillä hoidon jatkuminen jää potilaan omalle ja hänen omaistensa vastuulle. (Anttila ym. 2004, 69,81; Kääriäinen 2008, 13.)

Postoperatiiviset kotihoito-ohjeet sisältävät muun muassa ohjeita haavanhoidosta, kuntoutumisesta, mahdollisista komplikaatioista sekä sen paikan yhteystiedot, jonne voi hakeutua, mikäli voinnissa ilmenee ongelmia (Anttila ym. 2004, 81). Gynekologisen leikkauspotilaan ohjaamisessa korostetaan erityisesti puhtauden, levon ja oman voinnin tarkkailun tärkeyttä. Myös kivusta, emättimen vuodosta, muuttuneesta hormonintuotannosta, liikunnasta sekä sukupuolielämän jatkumisesta on tärkeää keskustella potilaan kanssa. Gynekologisen leikkauspotilaan ohjauksella varmistetaan, että potilas osaa huolehtia jatkohoidostaan ja on motivoitunut siihen. (Eskola ym. 2002, 339, 331.)

12 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvailla naistentautien osaston leikkauspotilaiden näkemyksiä saamastaan kotihoito-ohjauksesta ja heidän tyytyväisyyttään saamaansa ohjaukseen naistentautien osastolla. Tavoitteena on tuottaa kotihoito-ohjauksen kehittämistä varten tietoa ohjauksen sisällöstä, ohjausmenetelmistä ja siitä, kuinka tyytyväisiä leikkauspotilaat ovat saamaansa ohjaukseen.

Tutkimusongelmat ovat seuraavat

1. Miten kotihoito-ohjausta toteutetaan naistentautien osaston leikkauspotilaan näkökulmasta?
2. Miten tyytyväisiä leikkauspotilaat ovat saamaansa kotihoito-ohjaukseen naistentautien osastolla?
3. Miten leikkauspotilaiden mielestä kotihoito-ohjausta tulisi kehittää?

13 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

13.1 Tutkimuksen kohderyhmä

Tutkimusaineisto kerättiin naistentautien osastolla kyselylomakkeen avulla. Kyselylomakkeessa oli strukturoituja kysymyksiä ja avoimia kysymyksiä. Kohderyhmänä olivat naistentautien osastolla postoperatiivista kotihoito-ohjausta saavat potilaat. Tutkimukseen kutsuttiin mukaan potilaat, jotka pystyivät omatoimisesti vastaamaan kyselyyn. Kyselylomakkeet olivat suomeksi ja ruotsiksi. Kyselylomakkeita jaettiin yhteensä 45 kappaletta joulukuussa 2009 ja tammi-helmikuussa 2010. Tutkimukseen kutsuttavat saivat saatekirjeen (liitteet 1 ja 3) ja kyselylomakkeen (liitteet 2 ja 4) kotiutumista edeltävänä päivänä. Kyselyyn vastanneet potilaat palauttivat kyselylomakkeet suljetuissa kirjekuorissa palautuslaatikkoon, joka oli osaston päiväsalissa.

13.2 Aineiston keruu

Aineiston keruumenetelmäksi valittiin kysely, koska sen avulla saadaan laaja aineisto. Kyselymenetelmä säästää tutkijan aikaa ja vaivannäköä. Kyselyn avulla saadut tulokset on mahdollista käsitellä nopeasti tallennettuun muotoon ja analysoida aineisto. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 184.) Kyselylomakkeen kysymykset olivat pääosin strukturoituja, joten niihin oli helppo ja nopea vastata.

Kyselylomakkeessa oli 44 strukturoitua kysymystä ja yksi avoin kysymys. Kysymykset 1-7 kuvasivat vastaajien taustatietoja. Kysymykset 8-42 vastasivat ensimmäiseen tutkimusongelmaan eli miten kotihoito-ohjausta toteutetaan naistentautien osastolla. Kysymykset 43 ja 44 vastasivat toiseen tutkimusongelmaan eli miten tyytyväisiä leikkauspotilaat ovat samaansa kotihoito-ohjaukseen naistentautien osastolla. Kysymys 45 vastasi kolmanteen tutkimusongelmaan eli miten leikkauspotilaiden mielestä kotihoito-ohjausta tulisi kehittää. Kyselylomakkeeseen laadittiin yksi avoin kysymys, johon vastatessaan potilaat saivat kuvailla kotihoito-ohjauksessa kehitettäviä asioita.

Kyselylomake perustuu kirjallisuuskatsaukseen. Kysymykset kehitettiin kirjallisuuskatsauksen pohjalta. Kyselylomakkeeseen kehitettiin kysymyksiä, joilla saa-

tiin mahdollisimman tarkka vastaus tutkimusongelmiin. Kyselylomakkeet olivat sekä suomeksi että ruotsiksi, ottaen huomioon alueen kaksikielisyyden.

Esitestaus mittarin luotettavuuden parantamiseksi (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 207-210) suoritettiin naistentautien osastolla. Esitestaukseen valittiin kaksi henkilöä, jotka vastasivat kyselylomakkeeseen ja arvostelivat lomakkeen tämän jälkeen. Esitestajat ehdottivat kyselylomakkeen lyhentämistä. Tutkijat eivät kokeneet kovinkaan tarpeellisenä tehdä muutoksia kyselylomakkeisiin, sillä tutkijat kokivat, että kyselylomakkeesta olisi saattanut jäädä jotain tutkimuksen kannalta tarpeellisia kysymyksiä pois, mikäli osa niistä olisi poistettu lomakkeesta. Tutkimuksen tarkoituksena kuitenkin oli perehtyä tutkittavaan ilmiöön hieman syvällisemmin kuin vain pintapuolisesti tarkasteltuna. Lisäksi tutkijat eivät myöskään kokeneet, että kyselylomakkeeseen vastaaminen olisi ollut aikaa vievää. Lisäksi kysymysten lyhentäminen tai yksinkertaistaminen entisestään olisi saattanut jopa vaikeuttaa kysymysten ymmärrettävyyttä.

13.3 Aineiston analysointi

Vastaukset strukturoituihin kysymyksiin analysoitiin tilastollisesti SPSS 17.0 for Windows-ohjelmalla ja vastaukset avoimiin kysymyksiin laadullisella sisällönanalyysimenetelmällä. Kvantitatiivisen osuuden tulokset esitettiin frekvensseinä ja prosentteina. Taustamuuttujien välisiä yhteyksiä potilaiden tyytyväisyyteen ei voitu selvittää luotettavasti, sillä aineistoa oli liian vähän. Tuloksia havainnollistettiin pylväsdiagrammien avulla.

Vastaukset kyselyn avoimeen kysymykseen analysoitiin sisällön analyysillä. Sisällön analyysi tehtiin induktiivisesti eli aineistolähtöisesti. Analysoinnissa huomioitiin vain se mikä on selvästi kirjoitettu dokumentissa, sillä vain kirjoitettu aineisto kiinnosti tutkijoita. Piilossa olevia viestejä ei pyritty tulkitsemaan. Tutkijat lukivat laadullisen aineiston läpi, jonka jälkeen aineisto pelkistettiin. Aineiston pelkistämällä tarkoitetaan sitä, että aineistosta koodataan ilmaisuja, jotka liittyvät tutkimusongelmaan. Aineiston ryhmittely tarkoittaa sitä, että tutkija yhdistää pelkistetyistä ilmaisuista ne asiat, jotka hänen mielestään näyttäisivät sopivan yhteen. (Kyngäs, Vanhanen 1999, 5.) Laadullisen aineiston vähäisyyden vuoksi tut-

kijat eivät kyenneet tekemään laajempaa sisällön analyysiä. Aineiston pelkistämisen ja ryhmittelyn avulla aineistosta tuotettiin kaksi luokkaa.

14 TULOKSET

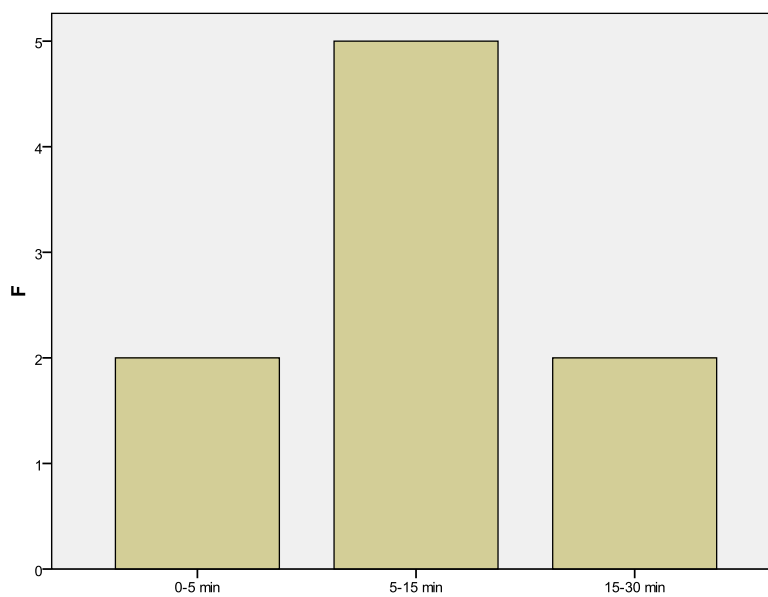
14.1 Vastaajien taustatiedot

Vastaajat olivat iältään 28–65-vuotiaita. Seitsemän vastaajaa (77,8 %) oli avioliitossa tai rekisteröidyssä parisuhteessa, yksi oli naimaton (11,1 %) ja yksi oli avoliitossa (11,1 %). Kolmella (33,3 %) vastaajista oli opistotason koulutus, kahdella (22,2 %) kansakoulun ja/tai keskikoulun tai peruskoulun koulutus, loppuilla vastaajista oli joko ylioppilastutkinto (11,1 %), koulutason/toisen asteen ammattitutkinto (11,1 %) tai alempi korkeakoulututkinto (11,1 %). Vastaajista neljällä (44,4 %) oli jokin perussairaus, joka vaatii säännöllistä lääkärin hoitoa, viidellä (55,6 %) vastaajista ei ollut. Vastaajat kokivat terveydentilansa hyväksi (f=7, 77,8 %) tai kohentalaiseksi (f=2, 22,2 %).

Leikkaukset oli toteutettu alatieleikkauksena (f=3, 33,3 %), vatsanpeitteiden päältä avoleikkauksena (f=3, 33,3 %), vatsanpeitteiden päältä tähytyksellä (f=2, 22,2 %) tai rintaleikkauksena (f=1, 11,1 %). Toimenpiteinä tehtiin kohdunpoisto (f=3, 33,3 %), kasvaimen poisto (f=1, 11,1 %), rintaleikkaus (f=1, 11,1 %) ja tai muu toimenpide (f=4, 44,4 %). Muita toimenpiteitä olivat muun muassa tukiverkon laitto, kystan poisto, munasarjan poisto, kohdunulkopuolinen raskaus, repeämän tai prolapsin korjaus.

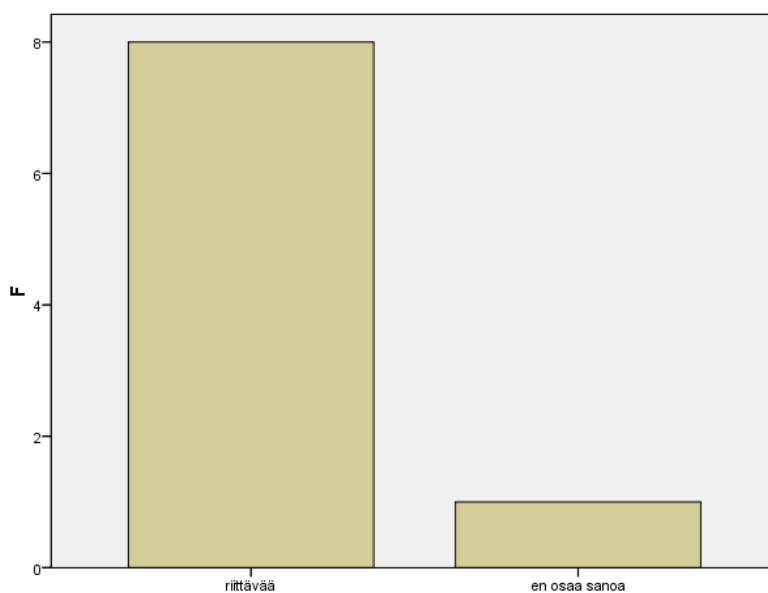
14.2 Kotihoito-ohjauksen toteutus naistentautien leikkauspotilaan näkökulmasta

Kotihoito-ohjauksen toteutumista tutkittiin kyselylomakkeen kysymyksillä 8-42. Suurin osa potilaista (f=5, 55,6 %) arvioi ohjaustilanteen kestäneen 5-15 minuuttia. Kaksi potilaista (22,2 %) arvioi ohjaustilanteen kestäneen 0-5 minuuttia ja kaksi (22,2 %) arvioi sen kestäneen 15–30 minuuttia. Kenenkään mielestä ohjaus ei kestänyt puolta tuntia pidempään. (N=9.) (Kuvio 1.)



Kuvio 1: Ohjaustilanteen kesto potilaiden arvioimana

Lähes kaikki ($f=8$, 88,9 %) potilaat kokivat ohjaukseen käytettävän riittävästi aikaa. Yksi vastaajista (11,1 %) ei osannut sanoa, käytettiinkö aikaa hänen mielestään riittävästi. (Kuvio 2.)

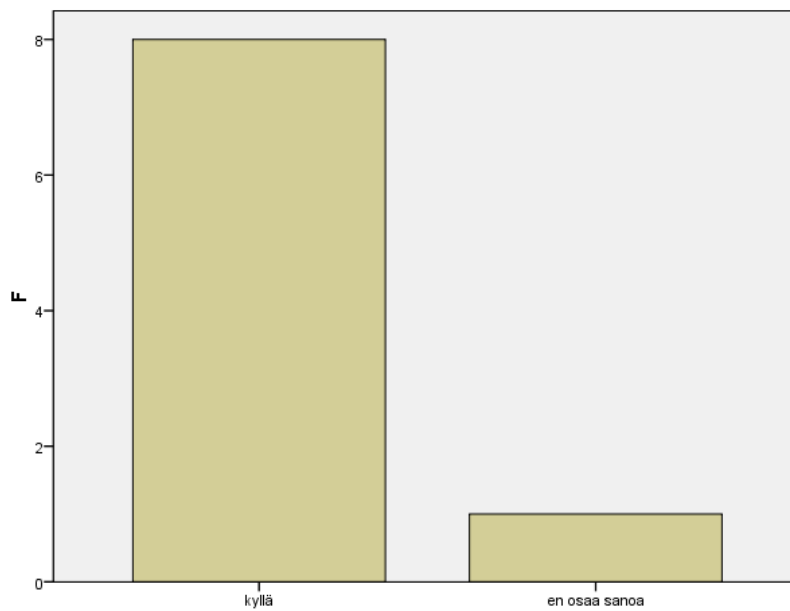


Kuvio 2: Potilaiden näkemys ohjausajan riittävydestä

Yleisimmin (f=8, 88,9 %) ohjausta oli antanut hoitaja. Kolmelle potilaalle (33,3 %) ohjausta antoivat sekä hoitaja että lääkäri. Yhdessä tapauksessa ohjausta oli antanut vain lääkäri. Edelleen yhdessä tapauksessa ohjausta oli antanut hoitajan ja lääkärin lisäksi myös fysioterapeutti. Kaikki potilaat (f=9, 100 %) arvioivat ohjauksen antajalla olleen valmiudet antaa ohjausta. (N=9.)

Lähes kaikki potilaat (f=8, 88,9 %) pitivät ohjaustilaa viihtyisänä. Yksi potilas (11,1 %) ei pitänyt ohjaustilaa viihtyisänä. Lähes kaikki potilaat (f=8, 88,9 %) pitivät ohjaustilaa rauhallisena. Yksi potilas (11,1 %) ei osannut sanoa, oliko ohjaustila rauhallinen. Suurin osa potilaista (f=8, 88,9 %) sai ohjausta potilashuoneessa. Yksi potilas (11,1 %) sai ohjauksen valmisteluhuoneessa. (N=9.)

Kaikki potilaat (f=9, 100 %) saivat ohjauksen yksilöllisesti suullisena sekä kirjallisena. Kaikki potilaat (f=9, 100 %) saivat myös kirjalliset ohjeet mukaansa. Suurimman osan (f=7, 77,8 %) kohdalla keskeisiä asioita kerrattiin ohjauksen lopussa. Kahden potilaan kohdalla (f=2, 22,2 %) keskeisiä asioita ei kerrattu ohjauksen lopussa. Lähes kaikki potilaat (f=8, 88,9 %) kokivat tarvitsevansa ohjausta. Yksi potilas (11,1 %) ei osannut sanoa, kokiko hän tarvitsevansa ohjausta. (Kuvio 3.) Omaiset eivät olleet osallistuneet ohjaukseen kuin yhdessä (11,1 %) tapauksessa. Suurin osa potilaista (f=4, 50 %) ei ollut halunnut omaisia mukaan ohjaustilanteeseen. Kolme potilaista (37,5 %) ei osannut sanoa olisivatko he halunneet omaisensa osallistuvan ohjaukseen. Yksi potilas (12,5 %) olisi halunnut omaisensa mukaan ohjaustilanteeseen. (N=9.)



Kuvio 3: Potilaiden kokema ohjauksen tarve

Kolme potilasta (60 %) oli eri mieltä siitä, että he olisivat saaneet mahdollisuuden suunnitella hoitohenkilökunnan kanssa ohjauksen sisältöä, yksi potilas (20 %) oli jonkin verran samaa mieltä ja yksi potilas (20 %) ei ollut samaa eikä eri mieltä. Suurin osa potilaista ($f=3$, 60 %) oli eri mieltä siitä, että he olisivat saaneet suunnitella hoitohenkilökunnan kanssa ohjauksen tavoitteita, yksi potilas (20 %) oli jonkin verran eri mieltä ja yksi potilas (20 %) ei ollut samaa eikä eri mieltä. (N=5.)

Kolme potilasta (42,9 %) oli eri mieltä siitä, että he olisivat saaneet suunnitella hoitohenkilökunnan kanssa keinoja tavoitteiden saavuttamiseksi. Yksi potilas (14,3 %) oli jonkin verran eri mieltä, yksi potilas (14,3 %) ei ollut samaa eikä eri mieltä ja kaksi potilasta (28,6 %) oli jonkin verran samaa mieltä. (N=7.)

Seitsemän potilasta (87,5 %) koki ohjauksen olevan tarpeellista tilanteensa kannalta ja yksi potilas (12,5 %) ei ollut samaa eikä eri mieltä. (N=8)

Kahdeksan potilasta (88,9 %) koki ohjauksen olevan tilanteeseensa sopivaa ja yksi potilas (11,1 %) ei ollut samaa eikä eri mieltä. (N=9.)

Viiden potilaan (71,4 %) mielestä ohjaus oli riittävää, yhden potilaan (14,3 %) mielestä jonkin verran riittävää ja yksi potilas (14,3 %) ei ollut asiasta samaa eikä eri mieltä. (N=7.)

Seitsemästä potilaasta (77,8 %) tuntui, että heistä välitettiin ja kaksi potilasta (22,2 %) ei ollut samaa eikä eri mieltä. (N=9.)

Neljästä potilaasta (57,1 %) tuntui, että heitä arvostettiin, yksi potilas (14,3 %) oli jonkin verran samaa mieltä ja kaksi potilasta (28,6 %) ei ollut samaa eikä eri mieltä. Neljästä potilaasta (57,1 %) tuntui, että heistä pidetään ja kolme potilasta (42,9 %) ei ollut samaa eikä eri mieltä. (N=7.)

Kolme potilasta (50 %) oli eri mieltä siitä, että heille kerrottiin taloudellisesta avusta, kaksi potilasta (33,3 %) oli jonkin verran eri mieltä ja yksi potilas (16,7 %) oli samaa mieltä. Kaksi potilasta (33,3 %) oli eri mieltä, siitä että heille kerrottiin tarvikkeista, yksi potilas (16,7 %) oli jonkin verran eri mieltä, yksi potilas (16,7 %) ei ollut samaa eikä eri mieltä. Kaksi potilasta (33,3 %) oli samaa mieltä, siitä että heille kerrottiin tarvikkeista. (N=6.)

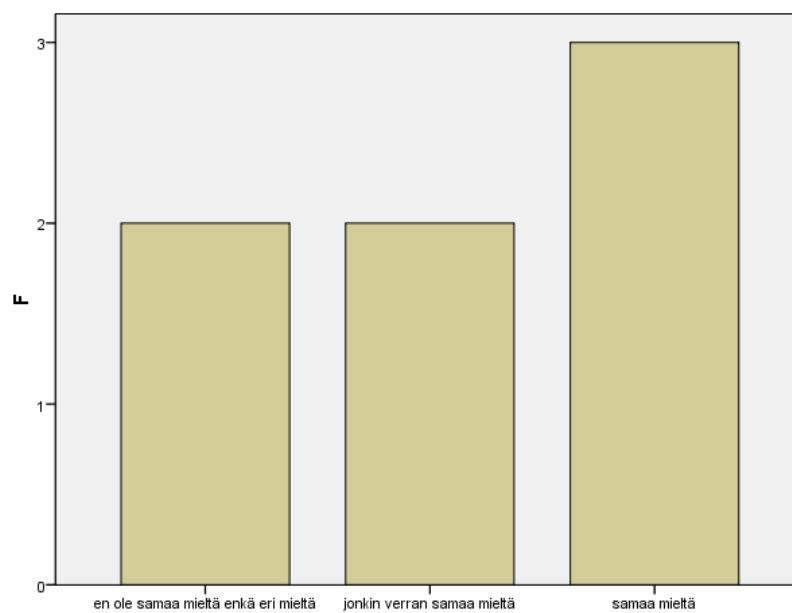
Kolme potilasta (42,9 %) oli eri mieltä siitä, että heille kerrottiin palveluista, yksi potilas (14,3 %) oli jonkin verran eri mieltä, yksi potilas (14,3 %) ei ollut samaa eikä eri mieltä ja yksi potilas (14,3 %) oli samaa mieltä. (N=7.)

Kaksi potilasta (33,3 %) oli eri mieltä siitä, että hoitaja auttoi heitä ymmärtämään itseään ja neljä potilasta (66,7 %) ei ollut samaa eikä eri mieltä. Kaksi potilasta (33,3 %) oli eri mieltä siitä, että hoitaja auttoi heitä arvioimaan itseään, kolme potilasta (83,3 %) ei ollut samaa eikä eri mieltä ja yksi potilas (16,7 %) oli jonkin verran samaa mieltä. (N=6.)

Yksi potilas (14,3 %) oli eri mieltä siitä, että hoitaja auttoi heitä ymmärtämään tilannettaan, kaksi potilasta (28,6 %) ei ollut samaa eikä eri mieltä, kolme potilasta (42,9 %) oli jonkin verran samaa mieltä ja yksi potilas (14,3 %) oli samaa mieltä. (N=7.)

Kaksi potilasta (33,3 %) oli eri mieltä siitä, että hoitaja auttoi heitä arvioimaan tilannettaan, kaksi potilasta (33,3 %) ei ollut samaa eikä eri mieltä ja kaksi potilasta (33,3 %) oli jonkin verran samaa mieltä. (N=6.)

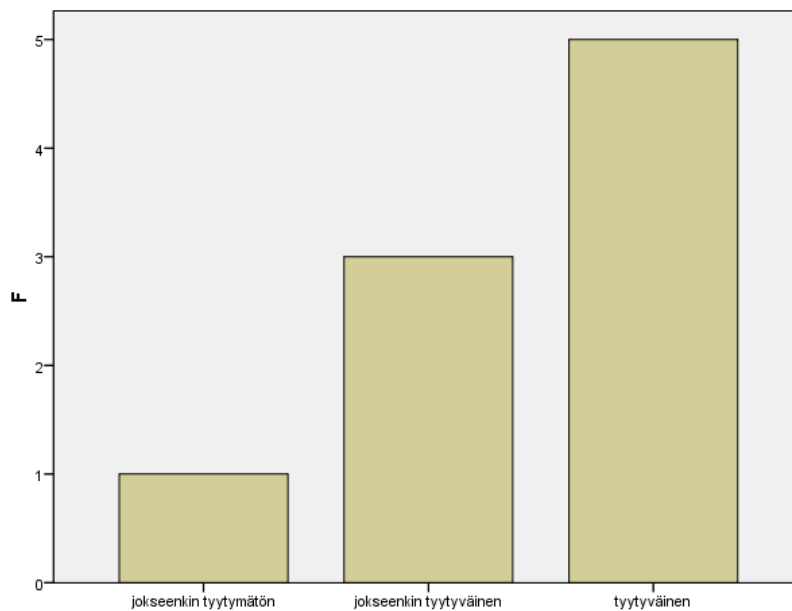
Suurin osa potilaista (f=3, 42,9 %) koki, että heidän saamansa ohjaus oli motivoivaa, kaksi potilasta (28,6 %) ei ollut samaa eikä eri mieltä ja kaksi potilasta (28,6 %) oli jonkin verran samaa mieltä. (N=7.) (Kuvio 4.)



Kuvio 4: Ohjauksen motivoivuus

14.3 Potilaiden tyytyväisyys saamaansa kotihoito-ohjaukseen

Suurin osa potilaista (f=5, 55,6 %) oli tyytyväisiä saamaansa kotihoito-ohjaukseen. Kolme potilasta oli jokseenkin tyytyväisiä ohjaukseen (33,3 %). Yksi potilas (11,1 %) oli jokseenkin tyytymätön annettuun ohjaukseen. (N=9.) (Kuvio 5.)



Kuvio 5: Potilaiden tyytyväisyys saamaansa kotihoito-ohjaukseen

Kaikki potilaat (f=9, 100 %) olivat saaneet ohjausta toimenpiteen jälkeisestä hoidosta ja lähes kaikki (f=8, 88,9 %) olivat saaneet myös ohjausta lääkityksestä. Suurin osa oli saanut myös ohjausta toimenpiteen jälkeisistä mahdollisista ongelmista (f=7, 77,8 %), kivunhoidosta (f=7, 77,8 %), toipumisajan pituudesta (f= 7, 77,8 %) sekä sairauslomasta (f=7, 77,8 %). Myös toimenpiteen aiheuttamista rajoituksista (f=5, 55,6 %), kivun ilmenemisestä (f= 5, 55,6 %), toimenpiteen suorittamisesta (f=4, 44,4 %) ja sairauden hoidosta (f=4, 44,4 %) oli saatu ohjausta. Kaksi potilasta (22,2 %) oli saanut ohjausta sairauden/ toimenpiteen vaikutuksista parisuhteeseen. Osa potilaista sai tietoa itse sairaudesta (f=1, 11,1 %), sosiaalietuuksista (f=1, 11,1 %), yhteystiedoista paikasta, jonne voi ottaa yhteyttä jos kotona tulee ongelmia (f=1, 11,1 %).

Yksikään potilas ei ollut saanut tietoa pahoinvoinnista, väsymyksestä eikä vertais-/tukiryhmistä. Kukaan ei ollut myöskään vastannut avoimeen kysymykseen, johon olisi voinut kertoa mistä muusta asiasta potilas oli saanut tietoa.

Kysymykseen, jossa tiedusteltiin mistä asioista potilaat olisivat mahdollisesti toivoneet saavansa lisää ohjausta, vastasi kolme potilasta. Potilaat olisivat toivoneet enemmän tietoa varsinkin sosiaalietuuksista (f=2, 22,2 %). Tietoa kaivattiin pa-

hoinvoinnista (f=1, 11,1 %), väsymyksestä (f=1, 11,1 %), kivunilmenemisestä (f=1, 11,1 %), yhteystiedoista (f=1, 11,1 %) tai Internet-ohjeista (f=1, 11,1 %). Muilta alueilta ei toivottu lisää tietoa.

Potilaita pyydettiin mainitsemaan kyselylomakkeen kysymyksessä 41 (katso liite 2) mainituista alueista kolme tärkeintä aluetta, joista he tarvitsivat tietoa. Potilaat kokivat tarvitsevansa eniten tietoa toimenpiteen jälkeisestä hoidosta. Toiseksi eniten tietoa tarvittiin toimenpiteen jälkeisistä mahdollisista ongelmista. Kolmanneksi eniten tietoa tarvittiin lääkityksestä. Tietoa tarvittiin potilaiden mielestä myös kivunhoidosta, sairaudesta, sairauden hoidosta ja toimenpiteen aiheuttamista rajoituksista. (N= 5.)

Kaikki potilaat (f=9) kokivat hyötyvänsä saamastaan kotihoito-ohjauksesta. Suurin osa potilaista (f=6, 66,7 %) koki hyötyvänsä ohjauksesta melko paljon. Kaksi potilasta (22,2 %) koki hyötyvänsä ohjauksesta paljon ja yksi potilas (11,1 %) koki hyötyvänsä jonkin verran.

Taustamuuttujien välisiä yhteyksiä potilaiden tyytyväisyyteen ei voitu selvittää luotettavasti, sillä aineistoa oli liian vähän.

14.4 Potilaiden näkemyksiä kotihoito-ohjauksen kehittämistarpeista

Potilaiden näkemyksiä kotihoito-ohjauksen kehittämistarpeista tutkittiin kyselylomakkeen kysymyksellä 45. Kaksi potilasta oli esittänyt kehittämis ehdotuksia kotihoito-ohjaukselle. Yksi potilas oli ehdottanut Internet-sivuja, joiden kautta potilaat voisivat hakea vastauksia mahdollisiin kysymyksiinsä. Toinen potilas ehdotti yhteystietojen antamista ongelmatilanteiden varalta.

15 POHDINTA

15.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla naistentautien osaston leikkauspotilaiden näkemyksiä saamastaan kotihoito-ohjauksesta ja heidän tyytyväisyyttään saamaansa ohjaukseen erään keskussairaalan naistentautien osastolla. Tavoitteena oli tuottaa kotihoito-ohjauksen kehittämistä varten tietoa ohjauksen sisällöstä, ohjausmenetelmistä ja siitä, kuinka tyytyväisiä leikkauspotilaat ovat saamaansa ohjaukseen.

Kaiken kaikkiaan potilaat olivat melko tyytyväisiä saamaansa kotihoito-ohjaukseen. Myös muissa tutkimuksissa potilaat ovat olleet tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen (Kääriäinen 2007, 89; Halonen 2006).

Suurin osa potilaista sai tietoa toimenpiteen jälkeisestä hoidosta, lääkityksestä, toimenpiteen jälkeisistä mahdollisista ongelmista, kivunhoidosta, toipumisajan pituudesta sekä sairauslomasta. Heikkisen ja tutkijaryhmän (2006, 126) tutkimuksessa on saatu samankaltaisia tuloksia. Heidän tutkimuksessaan potilaiden saama tieto keskittyi lähinnä juuri biologis-fysiologiseen tietoon. Vain kaksi tämän tutkimuksen potilasta oli saanut ohjausta sairauden/toimenpiteen vaikutuksista parisuhteeseen. Kuitenkin tästä tulisi kertoa potilaalle, sillä naisen sukupuolielimiin kohdistuvalla sairaudella/toimenpiteellä voi olla suuri vaikutus naisen sukupuolielämään ja myös parisuhteeseen (Eskola ym. 2002, 21).

Yksikään potilas ei ollut saanut tietoa pahoinvoinnista tai väsymyksestä. Kuitenkin potilaat kaipasivat lisää tietoa niistä. Myös sosiaalietuksista kaivattiin lisää tietoa. Tietoa ei saatu myöskään vertais-/tukiryhmistä, mutta toisaalta yksikään potilas ei kaivannutkaan tietoa niistä. Myös Kääriäisen (2007, 87) tutkimuksessa potilaat saivat heikoimmin ohjausta tukiryhmistä ja sosiaalietuksista ja toisessa Kääriäisen (2008, 13) tutkimuksessa potilaat myös pitivät tärkeänä vertaistuen saamista. On tärkeää antaa potilaalle mahdollisimman paljon tietoa muistakin kuin sairauteen liittyvistä asioista, jotta voidaan turvata potilaan kokonaisvaltainen kotona selviytyminen. Ainakin potilas tulisi ohjata paikkaan, josta hän voisi tarvitta-

van avun/tiedon saada. Ajoittain hoitohenkilökunnalla voi olla tosin kiire ja paljon muitakin työtehtäviä kuin potilaan ohjaaminen.

Lähes kaikki potilaat kokivat tarvitsevansa ohjausta. Potilaiden tiedon tarpeet liittyivät toimenpiteen jälkeiseen hoitoon, toimenpiteen jälkeisiin mahdollisiin ongelmiin sekä lääkitykseen. Myös kivunhoidosta, sairaudesta, sairauden hoidosta ja toimenpiteen aiheuttamista rajoituksista tarvittiin tietoa. Myös Kääriäisen ja tutkijaryhmän (2005, 210) mukaan potilaat tarvitsevat tietoa pääosin sairaudesta ja sen hoidosta sekä näiden vaikutuksista ja niistä selviytymisestä sekä Heikkisen ja tutkijaryhmän (2006, 127) mukaan hoidon komplikaatioista, kivusta ja lääkehoidosta. On tärkeää, että potilaat saisivat ohjausta leikkauksen jälkeisistä komplikaatioista. Tällöin potilas tunnistaisi mahdollisen komplikaation ja osaisi herkemmin hakeutua terveydenhuoltoon.

Lähes kaikki potilaat kokivat ohjaukseen käytetyn riittävästi aikaa. Tämä on ristiriidassa esimerkiksi Kääriäisen (2007, 90) tutkimustulosten kanssa, joiden mukaan potilaat kokivat, että hoitohenkilökuntaa oli liian vähän ja heillä oli kiire ohjata esimerkiksi kotiutusvaiheessa olevia potilaita.

Ohjausta potilaat olivat saaneet lähinnä hoitajalta ja joskus myös lääkäriltä. Myös Kääriäisen ja tutkijaryhmän (2005, 210) tutkimuksessa potilaat saivat ohjausta hoitajilta ja lääkäreiltä. Olisi hyvä, että potilaat saisivat ohjausta sekä hoitajalta että lääkäriltä. Hoitaja voi tarkentaa ja selventää potilaalle lääkärin kertomia asioita, mutta hänen ei kuitenkaan tulisi toistaa kaikkia samoja asioita. Potilaat saattavat kysyä herkemmin mieltä askarruttavia asioita hoitajalta kuin lääkäriltä.

Kaikki potilaat arvioivat ohjauksen antajalla olleen valmiudet antaa ohjausta. Samoja tuloksia saatiin myös Kääriäisen (2007, 81) tutkimuksessa. Siinä hoitohenkilöstö hallitsi hyvin kuitenkin vain suullisen ja yksilöohjauksen. Muita ohjausmenetelmiä käytettiin vähän eikä niiden käyttöä hallittu hyvin. Kääriäisen tutkimuksessa kirjallista ohjausta sai vain kolmannes potilaista, kun tässä tutkimuksessa kaikki potilaat saivat suullisen ohjauksen lisäksi kirjallista ohjausta. Halosen (2006) tutkimuksessa tuli esille se, että hoitajat eivät käyttäneet muita ohjausmenetelmiä kuin yksilöohjausta. Ihmiset oppivat ja omaksuvat asioita eri tavalla kuin

jotkut toiset. Toiset voivat oppia muun muassa näkemällä, kuulemalla ja lukemalla (Kyngäs ym. 2007, 73). Potilaatkin ovat erilaisia ihmisiä, jotka oppivat asioita omalla tavallaan. Olisikin tärkeää huomioida potilaan yksilölliset oppimistyyli, jotta voitaisiin varmistaa parhaiten potilaan oppiminen esimerkiksi kotihoito-ohjaustilanteessa ja siten kotona selviytyminen.

Uusi, aiemmin julkaisematon tulos oli, että lähes kaikki potilaat pitivät ohjaustilaa viihtyisänä sekä rauhallisena. Pieni osa potilaista ei kuitenkaan ollut sitä mieltä. Suurin osa potilaista sai ohjausta potilashuoneessa. Jos kotihoito-ohjausta annetaan potilashuoneessa tai päiväsalissa, ohjauksen antajan tulisi varmistaa, että potilaan intymiteettisuoja säilyy. Käytännössä se tarkoittaa vähintäänkin sitä, että ulkopuolisilta estetään pääsy ohjaustilanteeseen. Jos intymiteettisuoja rikkoutuu, saattaa se loukata potilasta ja siten estää ohjauksen sisältämistä. Samoin ohjauksen sisäistämistä saattaa häiritä se, jos ohjaustila ei ole viihtyisä tai rauhallinen (Kyngäs ym. 2007, 37–38).

Omaiset eivät olleet osallistuneet ohjaukseen kuin yhdessä tapauksessa. Suurin osa potilaista ei ollut halunnut omaisia mukaan ohjaustilanteeseen. Kuitenkin lähes yhtä moni potilas ei osannut sanoa olisivatko he halunneet omaisensa osallistuvan ohjaukseen. Kääriäisen ja tutkijaryhmän (2005, 211) tutkimuksessa potilaat olivat halunneet omaiset mukaan ohjaukseen, sillä omaisten läsnäolo auttoi muun muassa tulkitsemaan ja käyttämään tietoa, välttämään väärinkäsityksiä ja helpottamaan lisäkysymysten esittämistä.

15.2 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida reliabiliteetin ja validiteetin avulla. Tutkimuksen reliabiliteetti tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta. Validiteetti puolestaan tarkoittaa mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata sitä, mitä sen on tarkoitus mitata. (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2009, 231.)

Tämän tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa ei käytetty tilastollisia arviointimenetelmiä kuten Cronbachin alfa-kerrointa, jota usein käytetään hoitotieteellisissä julkaisuissa (Paunonen ym. 1997, 210).

Tutkimuksen tulokset ovat suuntaa-antavia. Niitä ei voida yleistää, sillä aineisto oli pieni (vastausprosentti 20 %; N=9) kvantitatiiviselle tutkimukselle. Syynä suureen katoon voi olla kyselylomakkeen pituus, mahdolliset ongelmat kysymysten ymmärrettävyydessä, potilaan leikkauksen jälkeinen väsymys, kyselylomakkeiden vähäinen jakaminen potilaille hoitohenkilökunnan kiireen vuoksi sekä lyhyt aineistonkeruu-aika. Pieneen aineistoon saattoi myös osaltaan johtaa se, että tutkijat keräsivät aineiston vain yhden keskussairaalan naistentautien osastolta.

Tutkimukseen reliabiliteettiin vaikuttavat myös aineiston keruussa käytetty kyselylomake ja sen kysymykset sekä niiden ymmärrettävyys (Laaksonen, Hannele 2009). Kaikki potilaat eivät vastanneet jokaiseen kysymykseen. Saattaa olla, että vastaajat eivät ehkä välttämättä ymmärtäneet mitä joillakin kysymyksillä tarkoitettiin. Kuitenkaan esitestauksessa ei tullut esille sitä, etteivät vastaajat olisi ymmärtäneet mittarin osioita. Esille tuli vain se seikka, että kyselylomake oli liian pitkä.

Tutkimuksen sisältövaliditeettia saattaa heikentää se, että tutkijat keräsivät aineiston itse kehittämällään mittarilla. Toinen mahdollisuus olisi ollut käyttää aineiston keruussa valmiita testattuja mittareita. Kuitenkin oman mittarin käytössä on positiivista se, että tutkijat saavat kerättyä aineistoa juuri niistä asioista, jotka olivat tutkimuksessa kiinnostuksen kohteena. Ennen aineiston keruuta keskeiset käsitteet määriteltiin ja operationalisoitiin. Nämä seikat osaltaan takaavat hyvän sisältövaliditeetin. (Paunonen ym. 1997, 208.)

Sisältövaliditeettia heikentää se, että mittarin validiteettia ei arvioitu esimerkiksi asiantuntija-arvioiden avulla vaan näennäisvaliditeetin avulla. Näennäisvaliditeetti tarkoittaa esimerkiksi tutkijan omaa käsitystä siitä, kuinka hyvin mittari mittaa tutkittavaa ilmiötä. Validiteetin muotona näennäisvaliditeetti saattaa olla heikko silloin, kun se on tutkijan oma subjektiivinen arvio mitattavasta asiasta. (Paunonen ym. 1997, 208.)

Aineistonkeruun reliabiliteettia lisää se, että ohjeet aineiston keräämisestä (kyselylomakkeiden ja saatekirjeen jakaminen) annettiin sen osaston osastonhoitajalle, jolla aineiston keruu toteutettiin. Reliabiliteettia olisi voinut vielä parantaa anta-

malla ohjeistus aineiston keruun toteuttamisesta myös koko hoitohenkilökunnalle, sillä näin kaikki aineiston keruuseen osallistuvat (tässä tutkimuksessa osaston hoitohenkilökunta) olisivat toimineet aineistonkeruutilanteessa mahdollisimman samantyyppisesti. (Paunonen ym. 1997, 208.) Tämä olisi myös voinut mahdollistaa aineistoon keruuseen osallistujien paremman motivoinnin.

15.3 Tutkimuseettiset kysymykset

Varsinkin hoitotieteellisen tutkimuksen teossa on tärkeää huomioida tutkimuksen eettisyys, sillä tutkimuksen kohteena on inhimillinen toiminta. Tutkimuksen ei tulisi vahingoittaa tutkittavaa, tutkimuksesta saatu hyöty on oltava suurempi kuin siitä aiheutuva haitta, tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja osallistujat voivat keskeyttää sen koska tahansa. (Paunonen ym. 1997, 26,27.) Nämä asiat pyrittiin huomioimaan tutkimuksen teossa ja aineiston keruussa.

Tutkimukseen kutsuttiin vain sellaiset potilaat, jotka kykenivät omatoimisesti vastaamaan kyselylomakkeeseen. Kyselylomakkeen mukana tutkittavat saivat saatekirjeen (liitteet 1 ja 2), jossa heitä informoitiin muun muassa tutkimuksesta, aineiston keruusta ja osallistumisen vapaaehtoisuudesta. Vastaajien informointi tutkimuksessa on tärkeää sillä, ihmisellä on oikeus tietää, mitä heille tehdään tai mitä tapahtuu, mikäli he osallistuvat tutkimukseen. Tutkittavilla on oikeus tietää tutkimuksen rajoituksista, sen mahdollisista riskeistä ja siitä mahdollisesti saatavasta hyödystä. Tutkittavalle on taattava anonymiteetti. Tutkittavien anonymiteettiä ja mahdollisuutta keskeyttää tutkimus korostetaan suostumuksen yhteydessä. (Paunonen 1997, 29–31.) Saatekirjeessä mainittiin myös, että tutkimuksesta kieltäytyminen ei vaikuta kyseisen henkilön hoitoon.

Tutkimusten tulosten julkaisun periaatteena on tulosten julkaiseminen avoimesti ja rehellisesti, kuitenkin niin, että tutkittavien tietosuojaa säilyy. Tutkimusraporteissa ei tulisi paljastua tutkittavien yksilöiden näkemyksiä eikä mitään sellaista, mikä voisi aiheuttaa heille hankaluuksia. (Paunonen 1997, 29–31.) Tutkittavat osallistuivatkin tutkimukseen nimettömästi. Täytetyt kyselylomakkeet hävitetään tutkimuksen valmistuttua.

Tutkijalla ja tutkimusorganisaatiolla on molemmilla vastuu tutkimustulosten käytöstä. Tämä koskee sitä, millaista tietoa voidaan käyttää ja mitä ei voida käyttää. Siksi tutkijan on sovittava tutkimusorganisaation johdon sekä eettisen toimikuntien kanssa lupien saamisesta tutkimusta varten. (Paunonen ym. 1997, 28.) Lupa tämän tutkimuksen tekemiseen saatiin naistentautien osastosta vastaavalta ylihoitajalta ja blokkijohtajalta.

Taustamuuttujien välisiä yhteyksiä potilaiden tyytyväisyyteen ei voitu selvittää luotettavasti, sillä aineistoa oli liian vähän.

15.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Tutkimuksessa saatiin melko hyvin vastauksia kahteen ensimmäiseen tutkimusongelmaan, mutta vastaukset viimeiseen jäivät niukaksi. Tulosten mukaan potilaat olivat kaiken kaikkiaan tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen ja toteutuneeseen ohjaustilanteeseen. Kuitenkin ohjausmenetelmiä käytettiin suppeasti ja kaikille annettiin ohjausta samalla tavalla.

Vain harva potilas jäi kaipaamaan lisää tietoa jostain tietystä tiedon osa-alueesta (suurin osa sosiaaliturvasta), joten potilaiden oli täytynyt mielestään saada riittävästi tarpeisiinsa sopivaa tietoa. Myös vain muutama potilas oli esittänyt kehittämissuhteita. Ne liittyivät lähinnä yhteistietojen saatavuuteen ja lisätiedon hankintaan.

Pienestä aineiston koosta huolimatta tuloksia voidaan käyttää suuntaa-antavasti kehitettäessä erityisesti naistentautien leikkauspotilaiden, mutta myös muiden alojen kirurgisten potilaiden ohjausta. Tulosten pohjalta voidaan järjestää esimerkiksi koulutuksia, joiden tarkoituksena on monipuolistaa kotihoito-ohjausta ja opettaa hoitohenkilökunnalle erilaisia ohjausmenetelmiä. Tämä on tärkeää sillä usein leikkauksen jälkeinen kotihoito-ohjaus voi tapahtua melko rutiininomaisesti ja samoilla menetelmillä (suullinen ja kirjallinen ohjaus). Kotihoito-ohjauksella on myös taloudellisia merkityksiä, sillä hyvä postoperatiivinen kotihoito-ohjaus mahdollistaa potilaan itsehoidon ja selviytymisen kotona. Siten se esimerkiksi vähentää sairaalapäiviä, yhteydenottoja terveydenhuoltoon/sairaalaan sekä vähen-

tää lääkekustannuksia. Lisäksi ohjaus on taloudellinen menetelmä, joten se voi vaikuttaa vain positiivisesti kansantalouden säästöihin.

Jatkossa olisi mielenkiintoista tutkia miten potilaat selviävät kotona sairaalassa saamansa kotihoito-ohjauksen turvin. Potilaat saattavat olla vielä sairaalassa tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen ja he saattavat ajatella, että ovat saaneet riittävästi tarpeidensa mukaista tietoa kotona selviytymistä varten. On kuitenkin mahdollista, etteivät he selviydykään kotona jostakin syystä. Näin saataisiin tietoa siitä kuinka hyvin annettu tieto on todella riittänyt. Tämä olisi merkityksellistä potilaan itsehoidon kotona ja kotona selviytymisen kannalta. Samasta syystä olisi tarpeen tutkia kuinka potilaan omaisten tiedonsaanti vaikuttaa potilaan kotona selviytymiseen, koska varsin usein esimerkiksi iäkkään potilaan kotihoidossa potilaan omaisella on suuri rooli.

LÄHTEET

Anttila Kyllikki, Hirvelä Mervi, Jaatinen Tiina, Polviander Marjut & Puska Eeva-Liisa 2004. Sairaanhoito ja huolenpito. 3 p. Porvoo. WSOY.

Champion Victoria, Skinner Celett & Foster June 2000. The effects of standard care counseling or telephone/ in-person counseling on beliefs, knowledge, and behavior related to mammography seering. *Champion*. Vol 27, nro 10, 1565-1572.

Eskola, Kaarina & Hytönen, Eeva 2002. Nainen hoitotyön asiakkaana. 1 p. Porvoo. WSOY.

Heikkinen Katja, Rankinen Sirkku, Johansson Kirsi, Virtanen Heli, Leino- Kilpi Helena & Salanterä Sanna 2005. Potilasohjaus tutkimuskohteena suomalaisissa hoitotieteellisissä opinnäytetöissä vuosina 1990-2003. *Hoitotiede*. Vol 18, nro 3/2006, 120-129.

Heinonen, Johanna 2006. Potilasohjaus naistentautien hoitotyössä potilaiden ja sairaanhoitajien arvioimana. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitoksen Pro gradu- tutkielma. [Viitattu 11.2.2010] Tiivistelmä. Saatavilla www-muodossa: URL:<http://www.oulu.fi/hoitotiede/Halonenj.htm>

Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2009. Tutki ja kirjoita. 13 p. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hirsjärvi, Sirkka, Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2004. Tutki ja kirjoita. 10 p. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Isering Elisabeth, Cross Giordana, Kellett Elizabeth & Koczwara Bogda 2008. Preliminary results of patient satisfaction with nutrition handouts versus dietetic consultation in oncology outpatients receiving chemotherapy. *Nutrition & Dietetics* 2008. Vol 65, 10-15.

Kyngäs Helvi, Kääriäinen Maria, Poskiparta Marita, Johansson Kirsi, Hirvonen Eila & Renfors Timo 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. 1. p. Helsinki. WSOY.

Kyngäs, Helvi & Vanhanen, Liisa 1999. Sisällön analyysi. *Hoitotiede*. Vol 11, nro 1/1999, 3-11.

Kääriäinen, Maria 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. *Tutkiva hoitotyö*. Vol 6, nro 4, 10-15.

Kääriäinen, Maria 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.

Kääriäinen Maria, Lahdenperä Tiina & Kyngäs Helvi 2005. Kirjallisuuskatsaus: Asiakaslähtöinen ohjausprosessi. *Tutkiva hoitotyö*. Vol 3, nro 3, 27-31.

Kääriäinen, Maria & Kyngäs, Helvi 2005. Käsiteanalyysi ohjaus-käsitteestä hoitotieteessä. *Hoitotiede*. Vol 17, nro 5, 250-258.

Kääriäinen, Maria & Kyngäs, Helvi 2005. Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995-2002. *Hoitotiede*. Vol 17, nro 4/2005, 208-216.

Kääriäinen, Maria, Kyngäs, Helvi, Ukkola, Liisa & Torppa, Kaarina 2005. Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta. *Tutkiva hoitotyö*. Vol 3, nro 1/2005, 10-15.

Laaksonen, Hannele 2009. Määrällisen tutkimuksen luotettavuuden arviointi (luento). Vaasa. Vaasan ammattikorkeakoulu.

Leino- Kilpi, Helena & Suominen, Tarja 1997. Mitä on olla LYHKI- potilaana? Teoksessa Leino- Kilpi, Helena & Suominen, Tarja (toim.), *Lyhytkirurginen potilas terveydenhuollon asiakkaana*, 17-38. STAKES, raportteja 210. Helsinki.

Lääkintöhallitus 1990. Lyhythoitaisen kirurgian periaatteet ja toteuttaminen eri erikoisaloilla. Helsinki.

L785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992.

L559/1994. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. 28.6.1994.

Melender, Hanna- Leena, Hanhiova, Marjaana & Rautava, Päivi 2006. Laatu synnytyksen hoitoon: systemaattinen katsaus tyytyväisyysmittareihin. *Sosiaalilääketieteellinen Aikakausilehti* 2006: 42, 261-271.

Vehviläinen-Julkunen, Katri 1997. *Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka*. Teoksessa Paunonen, Marita, Vehviläinen-Julkunen, Katri (toim.) *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. 1. p. Helsinki. Porvoo. WSOY.

Saarinen, Sakari 2007. *Hoidon laatu päivystys poliklinikalla potilaan näkökulmasta*. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu- tutkielma. [Viitattu 11.2.2010] Saatavilla [www-muodossa: <URL:http://www.hus.fi/default.asp?path=1,28,820,13120,11437,12914,12915,19943>](http://www.muodossa.fi)

Tervo-Heikkinen Tarja, Kvist Tarja, Partanen Pirjo, Vehviläinen-Julkunen Katri & Aalto, Pirjo 2008. Patient Satisfaction as a Positive Nursing Outcome. *Journal of Nursing Care Quality*. Vol. 23, No. 1, 58-65.

Vihijärvi Sari, Koivula Meeri & Åstedt-Kurki Päivi 2008. Perheiden kokemuksia ja toiveita nivelreuman hoidon ohjauksesta. *Tutkiva hoitotyö*. Vol 6, nro 4, 16-22.

KUTSU TUTKIMUKSEEN

Arvoisa vastaanottaja,

olemme sairaanhoitaja opiskelijoita Vaasan ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä ja aiheenamme on leikkauspotilaiden tyytyväisyys saamaansa kotihoito-ohjaukseen Vaasan keskussairaalan naistentautien osastolla. Toivomme teidän osallistuvan kyselyyn, joka toteutetaan joulukuun 2009- helmikuun 2010 aikana.

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvailla naistentautien osaston leikkauspotilaiden näkemyksiä saamastaan kotihoito-ohjauksesta ja heidän tyytyväisyyttään saamaansa ohjaukseen Vaasan keskussairaalan naistentautien osastolla. Tavoitteena on tuottaa tietoa kotihoito-ohjauksen sisällöstä, ohjausmenetelmistä ja siitä, kuinka tyytyväisiä leikkauspotilaat ovat saamaansa ohjaukseen. Tiedon avulla voidaan kehittää leikkauksen jälkeistä kotihoito-ohjausta naistentautien osastolla.

Kyselylomakkeessa antamianne vastauksia käytetään aineistona opinnäytetyösämme. Antamanne vastaukset käsitellään luottamuksellisesti ja teidän ei tarvitse ilmoittaa henkilöllisyystietojanne. Tutkimukseen osallistuminen ja antamanne vastaukset eivät vaikuta kielteisesti saamaanne hoitoon jatkossa. Kaikenlaiset vastaukset käytetään hoidon ja ohjauksen kehittämiseen. Tutkimuksen toteuttamiseen on saatu sairaalasta lupa ja henkilökunta tietää tutkimuksesta. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista.

Opinnäytetyömme ohjaajana toimii yliopettaja Hanna-Leena Melender Vaasan ammattikorkeakoulusta (puh. 040 482 6097). Tutkimusraportti julkaistaan Vaasan ammattikorkeakoulun opinnäytetyönä ja se on saatavissa elektronisessa muodossa Internet-osoitteessa www.theseus.fi.

Vastaamme mielellämme tutkimusta koskeviin mahdollisiin kysymyksiin

Katja Oksanen
Sairaanhoitajaopiskelija
Vaasan ammattikorkeakoulu
044-5240187

Marleena Västi
Sairaanhoitajaopiskelija
Vaasan ammattikorkeakoulu
045-134624

POTILAIEN KOTIHOITO -OHJAUS NAISTENTAUTIEN OSASTOLLA

KYSELYLOMAKE

TAUSTATIEDOT

Aluksi kysytään taustatietojanne.

Ympyröikää vastauksen edessä oleva numero tai kirjoittakaa vastaus sille varattuun paikkaan.

1. Ikä _____ vuotta
2. Siviilisäätö
 - 1 naimaton
 - 2 avoliitossa
 - 3 avioliitossa/rekisteröidyssä parisuhteessa
 - 4 eronnut
 - 5 leski
3. Koulutus
 - 1 kansakoulu ja/tai keskikoulu tai peruskoulu
 - 2 ylioppilastutkinto
 - 3 koulutason/ toisen asteen ammattitutkinto
 - 4 opistotason tutkinto
 - 5 alempi korkeakoulututkinto (ammattikorkeakoulu, kandidaatin tutkinto)
 - 6 ylempi korkeakoulututkinto
 - 7 muu, mikä? _____
4. Onko teillä jokin sairaus, joka vaatii säännöllistä lääkärin hoitoa?
 - 1 kyllä
 - 2 eiJos vastasitte kyllä, niin mikä? _____
5. Millaiseksi koette terveydentilanne?
 - 1 hyväksi
 - 2 kohtalaiseksi
 - 3 huonoksi
 - 4 en osaa sanoa
6. Miten Teille tehty leikkaus toteutettiin?
 - 1 alatieleikkauksena
 - 2 vatsanpeitteiden päältä avoleikkauksena (laparotomia)
 - 3 vatsanpeitteiden päältä tähytyksellä (laparoscopia)
 - 4 rintaleikkauksena
7. Mikä toimenpide Teille tehtiin?
 - 1 kohdun tähytys
 - 2 kohdunpoisto
 - 3 virtsankarkailuleikkaus
 - 4 kasvaimen poisto
 - 5 rintaleikkaus
 - 6 joku muu, mikä? _____

KOTIHOITO-OHJAUKSEN TOTEUTUS JA POTILAAN TYYTYVÄISYYS SIIHEN
Seuraavassa kysytään näkemyksiänne juuri saamastanne kotihoito-ohjauksesta.

Ympyröikää vastauksen edessä oleva numero tai kirjoittakaa vastaus sille varattuun paikkaan.

8. Kuinka kauan ohjaustilanne arvionne mukaan kesti?
 - 1 0-5 minuuttia
 - 2 5-15 minuuttia
 - 3 15- 30 minuuttia
 - 4 30 minuuttia -1tunti
9. Käytettiinkö ohjaukseen Teidän mielestänne riittävästi aikaa?
 - 1 kyllä
 - 2 ei
 - 3 en osaa sanoa
10. Kuka antoi Teille ohjausta?
 - 1 hoitaja (sairaanhoitaja, kätilö, lähihoitaja)
 - 2 lääkäri
 - 3 joku muu, kuka? _____
 - 4 en tiedä, minkä ammattikunnan edustaja antoi minulle ohjausta
11. Oliko ohjauksen antajalla mielestänne valmiudet antaa ohjausta (esim. tiedot ohjattavista asioista, oppimisen periaatteista, erilaisista ohjausmenetelmistä)?
 - 1 kyllä
 - 2 ei
 - 3 en osaa sanoa
12. Oliko tila, jossa saitte ohjausta, viihtyisä?
 - 1 kyllä
 - 2 ei
 - 3 en osaa sanoa
13. Oliko tila, jossa saitte ohjausta, rauhallinen?
 - 1 kyllä
 - 2 ei
 - 3 en osaa sanoa
14. Tila, jossa saitte ohjausta, oli...
 - 1 potilashuone
 - 2 päiväsal
 - 3 kanslia
 - 4 lääkärin huone
 - 5 muu, mikä? _____
15. Ohjaustilanne oli...
 - 1 yksilöohjausta (jos valitsit tämän, siirry kohtaan 17)
 - 2 ryhmäohjausta
16. Jos saitte ryhmäohjausta, oliko ohjaus...
 - 1 keskustelunomaista
 - 2 luentomaista
17. Saitteko ohjausta... (voitte valita useampia vaihtoehtoja tarvittaessa)
 - 1 suullisesti
 - 2 kirjallisesti
 - 3 äänitteen avulla
 - 4 videon avulla
 - 5 havainnoinnin/harjoittelun avulla
 - 6 tietokoneen avulla
18. Jos saitte kirjallista ohjausta, saitteko ohjeen mukaan?

- 1 kyllä
2 ei
19. Kerrattiinko keskeisiä asioita ohjaustilanteen lopussa?
1 kyllä
2 ei
3 en osaa sanoa
20. Tunsitteko tarvitsevanne ohjausta?
1 kyllä
2 en
3 en osaa sanoa
21. Osallistuiko omaisenne tai muu läheisenne ohjaustilanteeseen?
1 kyllä
2 ei
22. Jos vastasitte edelliseen kysymykseen ”ei”, olisitteko halunnut omaisenne tai muun läheisenne osallistuvan ohjaustilanteeseen?
1 kyllä
2 en
3 en osaa sanoa

Ympyröikää seuraavien väittämien vastausvaihtoehdoista mielestänne sopivin vaihtoehto. Vastausvaihtoehdot ovat

1= eri mieltä

2=jonkin verran erimieltä

3=en ole samaa mieltä enkä eri mieltä

4=jonkin verran samaa mieltä

5=samaa mieltä

Minulla oli mahdollisuus hoitohenkilökunnan kanssa...

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 23. suunnitella ohjauksen sisältöä | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. suunnitella ohjauksen tavoitteita | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. suunnitella keinoja tavoitteiden saavuttamiseksi? | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Arvioikaa ohjauksen sisältöä. Ohjauksessa annettu tieto oli mielestäni...

- | | | | | | |
|--------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 26. tarpeellista tilanteeni kannalta | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. tilanteeseeni sopivaa | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. riittävää | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Arvioikaa hoitajan antamaa tukea ohjauksen aikana.

Minusta tuntui, että minusta...

- | | | | | | |
|-----------------|---|---|---|---|---|
| 29. välitetään | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30. arvostetaan | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31. pidetään | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Minulle kerrottiin...

- | | | | | | |
|--------------------------|---|---|---|---|---|
| 32. taloudellista avusta | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33. tarvikkeista | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 34. palveluista | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Hoitaja auttoi minua...

- | | | | | | |
|------------------------------|---|---|---|---|---|
| 35. ymmärtämään itseäni | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 36. arvioimaan itseäni | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 37. ymmärtämään tilannettani | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 38. arvioimaan tilannettani | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

39. Ohjaus oli mielestäni motivoivaa.

1 2 3 4 5

40. Mistä asioista saitte ohjausta? Ympyröikää kaikki Teille sopivat vaihtoehdot.

- 1 sairaudesta
- 2 sairauden hoidosta
- 3 toimenpiteen suorittamisesta
- 4 toimenpiteen jälkeisestä hoidosta
- 5 toimenpiteen jälkeisistä mahdollisista ongelmista
- 6 toimenpiteen aiheuttamista rajoituksista
- 7 lääkityksestä
- 8 pahoinvoinnista
- 9 väsymyksestä
- 10 kivun ilmenemisestä
- 11 kivunhoidosta
- 12 toipumisajan pituudesta
- 13 sairauslomasta
- 14 sairauden/toimenpiteen vaikutuksista perheeseen/ parisuhteeseen
- 15 sosiaalietuuksista
- 16 vertais-/tukiryhmistä
- 17 yhteystiedot paikasta, jonne voi ottaa yhteyttä jos kotona tulee ongelmia
- 18 muusta, mistä? _____

41. Jos ette saaneet mielestänne riittävästi ohjausta jostain yllämainitusta aiheesta, niin mistä asioista olisitte toivoneet saavanne enemmän ohjausta? Ympyröikää sopivimmat vaihtoehdot.

- 1 sairaudesta
- 2 sairauden hoidosta
- 3 toimenpiteen suorittamisesta
- 4 toimenpiteen jälkeisestä hoidosta
- 5 toimenpiteen jälkeisistä mahdollisista ongelmista
- 6 toimenpiteen aiheuttamista rajoituksista
- 7 lääkityksestä
- 8 pahoinvoinnista
- 9 väsymyksestä
- 10 kivun ilmenemisestä
- 11 kivunhoidosta
- 12 toipumisajan pituudesta
- 13 sairauslomasta
- 14 sairauden/toimenpiteen vaikutuksista perheeseen/ parisuhteeseen
- 15 sosiaalietuuksista

16 vertais-/tukiryhmistä

17 yhteystiedot, jonne voi ottaa yhteyttä jos kotona tulee ongelmia

18 muusta, mistä? _____

42. Mainitkaa mielestänne kolme tärkeintä kysymyksissä 41 ja 42 mainittua aluetta, joista Te tarvitsitte tietoa?

1. _____

2. _____

3. _____

43. Kuinka tyytyväinen olitte kaiken kaikkiaan saamaanne kotihoito-ohjaukseen? Ympyröikää mielestänne sopivin vaihtoehto.

1= tyytymätön

2= jokseenkin tyytymätön

3= en osaa sanoa

4= jokseenkin tyytyväinen

5= tyytyväinen

44. Koitteko hyötывänne kotihoito-ohjauksesta? Ympyröikää mielestänne sopivin vaihtoehto.

1= en hyötynyt ollenkaan

2= en hyötynyt juurikaan

3= hyödyin jonkin verran

4= hyödyin melko paljon

5= hyödyin paljon

KOTIHOITO-OHJAUKSEN KEHITTÄMISEHDOTUKSET

45. Jos saamassanne kotihoito-ohjauksessa olisi ollut Teidän mielestänne parannettavaa, niin kuvaillkaa parannusehdotuksianne tähän?

Kiitos vastauksestanne!
Hyvää vointia!

INBJUDAN ATT DELTA I STUDIET

Ärade mottagare,

Vi är sjukskötarestudenterna vid Vasa yrkeshögskola. Vi skriver vårt slutarbete som handlar om hur nöjda operationspatienter är med hemvårdsråd och handledningen på den gynekologiska avdelningen. Vi hoppas att Ni kan vara med och delta i undersökningen som genomförs mellan januari och februari 2010.

Syftet med slutarbetet är att beskriva operationspatienternas åsikter och tankar om hemvårdshandledningen som de har fått på gynekologiska avdelningen och också hur nöjda de är med denna handledning. Målet är att få fram information om innehållet, hemvårdshandledningen, handledningsmetoder och om hur nöjda operationspatienterna är med handledningen. Allt detta hjälper med att utveckla hemvårdshandledningen på gynekologiska avdelningen.

Materialet kommer att användas bara i detta studie. Alla svaren behandlas konfidentiellt och Ni behöver inte uppges personlig information. Att delta i studiet eller Era svar kommer inte att påverka Er vård negativt i fortsättningen. Svaren används till att utveckla vården och handledningen. Ett forskningstillstånd har beviljats och personalen vet om undersökningen.

Vårt slutarbete handleds av överlärare Hanna-Leena Melender (tel.040 482 6097). Studierapporten kommer att utges som ett slutarbete vid Vasa yrkeshögskola och kan läsas som en elektronisk version på adressen www.theseus.fi

Vi svarar gärna på eventuella frågor om studiet.

Katja Oksanen

Sjukskötarstudent

Vasa yrkeshögskola

044-5240187

Marleena Västi

Sjukskötarstudent

Vasa yrkeshögskola

045-1346242

HEMVÅRDSHANDLENINGEN AV PATIENTER PÅ GYNEKOLOGISKA AVDELNINGEN

FRÅGEFORMULÄRET

BAKGRUNDSINFORMATION

Ringa in ett alternativ eller skriv svaret på raden.

1. Ålder _____ år
2. Civilstånd
 - 1 ogift
 - 2 samboende
 - 3 äktenskap/registrerat parförhållande
 - 4 frånskild
 - 5 änklings/ änka
3. Utbildning
 - 1 folkskola och/eller mellanskola eller grundskola
 - 2 studentexamen
 - 3 andra stadiets yrkesexamen
 - 4 examen på institutnivå
 - 5 lägre högskoleexamen (yrkeshögskola, kandidatexamen)
 - 6 högre högskoleexamen
 - 7 annan, vilken? _____
4. Har Ni någon sjukdom, som kräver regelbunden vård?
 - 1 ja
 - 2 nejOm Ni svarade ja, vilken? _____
5. Hur upplever Ni Ert hälsotillstånd?
 - 1 bra
 - 2 måttligt
 - 3 dåligt
 - 4 vet inte
6. Hur genomfördes Er operation?
 - 1 en vaginal operation genom slidan
 - 2 öppen bukkirurgi (laparotomi)
 - 3 tithålskirurgi (laparoskopi)
 - 4 bröstoperation
7. Vilket kirurgiskt ingrepp var det frågan om?
 - 1 tithålsoperation i livmodern
 - 2 avlägsnande av livmodern
 - 3 inkontinensoperation
 - 4 avlägsnande av en tumör
 - 5 bröstoperation
 - 6 annat, vilket? _____

FÖRVERKLIGANDET AV HEMVÅRDSHANDLEDNINGEN AV PATIENTER OCH HUR NÖJDA PATIENTER ÄR MED DENNA HANDLEDNING

Ringa in ett alternativ eller skriv svaret på raden.

8. Hur lång var handledningssituationen enligt Er bedömning?
- 1 0 -5 minuter
 - 2 5-15 minuter
 - 3 15–30 minuter
 - 4 30 minuter-1 timme
9. Räckte tiden till att gå genom allt viktigt?
- 1 ja
 - 2 nej
 - 3 vet inte
10. Vem var det som handledde Er?
- 1 skötaren (sjukskötaren, barnmorskan, närvårdaren)
 - 2 läkaren
 - 3 någon annan, vem? _____
 - 4 jag vet inte vem som handledde mig
11. Tycker Ni att handledaren hade färdigheter och kunskaper att handleda Er?
- 1 ja
 - 2 nej
 - 3 vet inte
12. Var själva handledningsutrymmet trivsamt?
- 1 ja
 - 2 nej
 - 3 vet inte
13. Var själva handledningsutrymmet lugnt?
- 1 ja
 - 2 nej
 - 3 vet inte
14. Handledningsutrymmet var...
- 1 ett patientrum
 - 2 en dagsal
 - 3 ett kansli
 - 4 läkarrummet
 - 5 annat, vilken? _____
15. Handledningssituationen var...
- 1 individuell handledning (om Ni valde det här, övergå till nummer 17)
 - 2 grupphandledning
16. Om Ni fick grupphandledning, var handledningen...
- 1 en diskussion
 - 2 en föreläsning
17. Handledningen var...(vid behov Ni kan välja flera alternativ)
- 1 muntlig
 - 2 skriftlig
 - 3 och förverkligades med hjälp av en inspelning
 - 4 och förverkligades med hjälp av en video
 - 5 och förverkligades med hjälp av praktiska övningar/observation
 - 6 och förverkligades med hjälp av en dator
18. Om handledningen var skriftlig, fick Ni skriftliga råd med?
- 1 ja
 - 2 nej

19. Upprepades de viktigaste sakerna i slutet av handledningen?

- 1 ja
- 2 nej
- 3 vet inte

20. Kände Ni att Ni behövde handledning?

- 1 ja
- 2 nej
- 3 vet inte

21. Var någon av Era anhöriga med i handledningssituationen?

- 1 ja
- 2 nej

22. Om Ni svarade ”nej”, skulle Ni ha velat ha en anhörig med i handledningssituationen?

- 1 ja
- 2 nej
- 3 vet inte

Ringa in ett alternativ som passar bäst.

- 1= helt av annan åsikt
- 2= delvis av annan åsikt
- 3= neutral
- 4= delvis av samma åsikt
- 5= helt av samma åsikt

Med vårdpersonalen hade jag möjlighet att...

- | | | | | | |
|---------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 23. planera innehåll av handledningen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. planera mål av handledningen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. planera olika medel att uppnå mål | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Bedöm innehållet av handledningen. Information som jag fick, var...

- | | | | | | |
|------------------------|---|---|---|---|---|
| 26. nödvändig | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. lagom och passande | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. tillräcklig | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Bedöm stödet som skötaren gav.

Jag kände att

- | | | | | | |
|---------------------------|---|---|---|---|---|
| 29. någon bryr sig om mig | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 30. någon uppskattar mig | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 31. någon tycker om mig | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Jag fick information om...

- | | | | | | |
|------------------------------|---|---|---|---|---|
| 32. ekonomiskt stöd | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 33. utrustning och tillbehör | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 34. service | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Skötaren hjälpte mig...

- | | | | | | |
|-----------------------------------|---|---|---|---|---|
| 35. att förstå mig själv | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 36. att bedöma mig själv | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 37. att förstå min egen situation | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 38. att bedöma min egen situation | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

39. Jag tyckte att handledningen var motiverande

- | | | | | |
|---|---|---|---|---|
| 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
|---|---|---|---|---|

40. Vilken information fick Ni under handledningen? Ringa in de alternativ som passar bäst. Om...

- 1 sjukdomen
- 2 vården av sjukdomen
- 3 utförande av ingreppet
- 4 eftervården
- 5 eventuella problem efter utförande av ingreppet
- 6 begränsningar som utförande av ingreppet orsakar
- 7 medicinering
- 8 illamående
- 9 trötthet
- 10 smärtan
- 11 smärtlindringen
- 12 konvalescenstiden
- 13 sjukledigheten
- 14 sjukdomens/ingreppets inverkan på familjen/parförhållandet
- 15 sociala förmåner
- 16 kamrat-/stödgrupper
- 17 kontaktuppgifter, var Ni ska ta kontakt om det uppstår problem hemma
- 18 annat, vad? _____

41. Om Ni inte fick tillräckligt med handledning på något på ovanstående listan, vilka ämnen borde ha behandlats mera? Ringa in de alternativ som passar bäst. Om...

- 1 sjukdomen
- 2 vården av sjukdomen
- 3 utförande av ingreppet
- 4 eftervården
- 5 eventuella problem efter utförande av ingreppet
- 6 begränsningar som utförande av ingreppet orsakar
- 7 medicinering
- 8 illamående
- 9 trötthet
- 10 smärtan
- 11 smärtlindringen
- 12 konvalescenstiden
- 13 sjukledigheten
- 14 sjukdomens/ingreppets inverkan på familjen/parförhållandet
- 15 sociala förmåner

16 kamrat-/stödgrupper

17 kontaktuppgifter, var Ni ska ta kontakt om det uppstår problem hemma

18 annat, vad? _____

42. Vilka är de tre viktigaste ämnen på listan i fråga nummer 41 som Ni skulle behöva information om?

1. _____

2. _____

3. _____

43. Hur nöjd var Ni med hemvårdshandledningen som helhet? Ringa in det alternativ som passar bäst.

1= missnöjd

2= någorlunda missnöjd

3= vet inte

4= någorlunda nöjd

5= nöjd

44. Enligt Er åsikt, fick Ni någon nytta av hemvårdshandledningen? Ringa in det alternativ som passar bäst.

1= ingen nytta

2= nästan ingen nytta

3= liten nytta

4= ganska mycket nytta

5= mycket nytta

UTVECKLINGSFÖRSLAG FÖR HEMVÅRDSHANDLEDNINGEN

45. Om Ni har några förslag om hur man kan förbättra hemvårdshandledningen, var så vänlig och skriv dem på raderna nedan.

Tack för Era svar
&
God fortsättning, krya på Er!