

Johanna Keminen ja Tiia Matilainen

S258KA/SN2

LEIKKAUSTA EDELTÄVÄN
RYHMÄOHJAUKSEN
SUUNNITTELU JA TOTEUTUS,
FAST TRACK HOITOMALLISSA

Kohdun-, emättimen- ja peräsuolenlaskeuma-
potilaille

Opinnäytetyö
Hoitotyön koulutusohjelma


Maaliskuu 2011




MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU

Mikkeli University of Applied Sciences

KUVAILULEHTI

 <p>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences</p>	<p>Opinnäytetyön päivämäärä</p> <p>15.3.2011</p>
<p>Tekijä(t)</p> <p>Tiia Matilainen & Johanna Keminen</p>	<p>Koulutusohjelma ja suuntautuminen</p> <p>Hoitotyön koulutusohjelma</p>
<p>Nimeke</p> <p>LEIKKAUSTA EDELTÄVÄN RYHMÄNOHJAUKSEN SUUNNITTELU JA TOTEUTUS, FAST TRACK HOITOMALLISSA- Kohdun-, emättimen- ja peräsuolenlaskeuma potilaille</p>	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Jokaisen potilaan oikeuksiin kuuluu saada hyvää ja asianmukaista ohjausta. Onnistuneella ohjauksella on valtava merkitys potilaan toipumisessa. Ohjauksen merkitys korostuu nykypäivän terveydenhuollossa resurssien puutteesta johtuen. Potilasohjaukselle jää aikaa yhä vähemmän ja tämän vuoksi ohjauskeinoja on alettu kehittää ja monipuolistamaan.</p> <p>Työn tavoitteena on kehittää leikkausta edeltävää potilasohjausta Keski-Suomen keskussairaalan vatsakirurgian osastolla. Työn tarkoituksena meillä on mallintaa osastolle ryhmäohjaus, jonka pohjalta he mahdollisesti voisivat jatkossa ohjata leikkaukseen tulevia potilaita. Rajasimme opinnäytetyömme Fast track- hoitomallin mukaan hoitettavien, kohdun- emättimen- ja peräsuolen laskeuma potilaisiin osaston toiveen mukaisesti.</p> <p>Opinnäytetyömme on toiminnallinen opinnäytetyö ja työ toteutettiin kirjallisuuskatsauksena. Etsimme kirjallisuudesta tietoa siitä, miten ryhmäohjausta on käytetty ja minkälaisia tuloksia ryhmäohjauksen käytöstä on saatu. Kootun tiedon pohjalta kirjoitimme opinnäytetyön teoriaosuuden. Teorian pohjalta rakensimme ryhmäohjausmateriaalin ja testasimme sen opiskelija ryhmälle. Varsinainen ryhmäohjaus potilaille pidettiin saamiemme palautteiden sekä tutkimustuloksista saadun tiedon perusteella.</p> <p>Ryhmäohjausta käytetään hyvin vähän vielä Suomessa leikkauspotilaan ohjausmuotona. Kansainvälisesti ryhmäohjausta on tutkittu paljon, mutta sitä on vähän verrattu yksilöohjaukseen. Ryhmäohjaus olisi resurssie säästävä ohjausmuoto. Toisaalta ryhmäohjauksesta ohjausmuotona hoitohenkilökunta tarvitsisi lisää tietoa. Tulosten perusteella potilaat kokevat ryhmäohjauksen hyväksi ohjausvaihtoehdoksi, koska tällöin on mahdollista saada vertaistukea.</p>	
<p>Asiasanat (avainsanat)</p> <p>Ohjaus, perioperatiivinen, potilasneuvonta, leikkaushoito</p>	
<p>Sivumäärä</p> <p>47 sivua</p>	<p>Kieli</p> <p>Suomi</p>
<p>URN</p>	
<p>Huomautus (huomautukset liitteistä)</p>	
<p>Ohjaavan opettajan nimi</p> <p>Riitta Riikonen</p>	<p>Opinnäytetyön toimeksiantaja</p> <p>Keski-Suomen keskussairaala, vatsakirurgian osasto 22</p>

DESCRIPTION

 <p>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences</p>		Date of the bachelor's thesis 15.3.2011	
Author(s) Tiia Matilainen & Johanna Keminen		Degree programme and option Nursing programme	
Name of the bachelor's thesis Group counselling before surgery on fast track care model to wound-, vagina- and rectum prolapse patients.			
Abstract <p>Every patient's right is to get good and suitable counselling. Successfully organized counselling has huge influence on patients healing process. The significance of counselling is highlighted in health care nowadays because of lack of resources. On these days we have still less time to patient counselling and because of that nursing personnel have started to create new and creative ways to guide patients.</p> <p>The task of our thesis task was to develop counselling for a patient who faces the surgical operation in the abdomen surgery unit in the central hospitals of Middle Finland. The purpose of our thesis was to model group counselling to the unit, so they can potentially use it to the patients who operated on. We confined our thesis to the fast track - care model for wound-, vagina- and rectum prolapse patients because of units' wish.</p> <p>Our thesis is a functional thesis and we implemented it with a literature overview. We found information on literature how group counselling has been used and what kind of knowledge has been got from the use of group counselling. Based to gathered information we wrote the theory part of our thesis. From theory basis, we built group counselling material and tested it to the student group. Actual patient group counselling was kept based on our received feedback and our gathered information of studies.</p> <p>In Finland group counselling is rarely used counselling form to surgery patients. We found that group counselling has been studied internationally, but group and self counselling has not been compared between each other. We found that group counselling is resource saving counselling model. On other hand nursing staff needed more information on group counselling. We found that patients experienced that group counselling is good counselling model, because they can get more peer support.</p>			
Subject headings, (keywords) Counselling, preoperative, patient counselling, operation treatment			
Pages 47 pages	Language Finland	URN	
Remarks, notes on appendices			
Tutor Riitta Riikonen		Bachelor's thesis assigned by Middle Finland's central hospital, abdomen surgery unit.	

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	1
2	FAST TRACK TOIMINTAMALLI	2
2.1	Fast track -hoitomalli käytännössä	4
2.2	Kohdun-, emättimen ja peräsuolenlaskeumapotilaat	7
3	TOIMENPIDETTÄ EDELTÄVÄ RYHMÄOHJAUS FAST TRACK- HOITOMALLISSA	9
3.1	Ohjausmenetelmät hoitotyössä	10
3.2	Ryhmäohjaus osana ohjausmenetelmiä	12
3.3	Toimenpiteeseen valmistava ryhmäohjaus	15
3.4	Hyvän ryhmäohjauksen tunnuspiirteitä	16
3.5	Ryhmäohjauksen taustatekijät	17
4	RYHMÄOHJAUKSEN SUUNNITTELU JA TOTEUTUS	19
4.1	Opiskelijaryhmä	21
4.2	Potilasryhmä	23
4.3	Leikkausta edeltävän ryhmäohjauksen mallinnus	24
5	PROSESSIN KUVAUS	26
5.1	Tuotoksen arviointi ja ammatillinen kasvu	27
5.2	Jatkosuunnitelma	29
6	LÄHTEET	31
	LIITE/LIITTEET	
	1 Taulukko	
	2 Saatekirje	
	3 Kyselylomake	
	4 Kaavio	
	5 Tutkimustaulukko	

1 JOHDANTO

Ohjaus kuuluu olennaisena osana sairaanhoitajan työhön. Sairaanhoitajalla tulee olla riittävät tiedot ja taidot ohjaamisesta. Tänä päivänä ryhmäohjaus on yhä useammin käytettävä ohjausmuoto terveydenhuollossa, sillä ryhmäohjauksella voidaan saavuttaa myös taloudellista hyötyä. Sairaanhoitajaliiton mukaan potilasohjausta on tutkittu melko paljon, mutta saatu tieto on hajanaista. Tiedot eivät myöskään anna riittävää kuvaa ohjauksen vaikutuksista, vaikeuksista ja laadusta. Hoitoaikojen lyheneminen vaikeuttaa osaltaan hoitotyöntekijöiden mahdollisuuksia antaa riittävää ohjausta. (Kääriäinen, Kyngäs, Ukkola, Torppa 2005.) Ryhmäohjausta on myös tutkittu melko vähän ja sitä on Suomessa käytetty enimmäkseen diabeteksen ja lihavuuden hoidossa. (Jallinoja, Kuronen, Absetz, Patja 2006). Meidän tehtävämme tässä opinnäytetyössä on suunnitella leikkausta edeltävä, kertaluontoinen ryhmäohjaus fast track -hoitomallin leikkauspotilaalle.

Opinnäytetyömme tavoitteena on kehittää fast track –hoitomallin mukaan hoidettavien potilaiden ohjausta Keski-Suomen keskussairaalan vatsakirurgian osasto 22:lla, ryhmäohjauksen avulla. Tarkoituksena meillä on mallintaa ryhmäohjauksen käyttö ja tuottaa osastolle runko ohjaustilanteeseen. Keskitymme työssämme Fast track -hoitomallin mukaan hoidettavien potilaiden leikkausta edeltävän ryhmäohjauksen kehittämiseen. Käsittelemme yleisesti ohjausta sekä kerromme erilaisista ohjausmuodoista hoitotyössä oman aiheemme näkökulmasta. Käsittelemme työssä tutkimuksia ohjaukseen ja ryhmäohjaukseen liittyen.

Fast track -hoitomalli sisältää leikkausta edeltävän ohjauksen, leikkausta edeltävän (preoperatiivinen) sekä leikkauksen jälkeisen (postoperatiivinen) hoidon ja itse toimenpiteen. Potilaan tulee täyttää tietyt kriteerit, jotta hän soveltuu tämän hoitomallin mukaiseen hoitoon. Edellytykset hoitomallin mukaiseen hoitoon on riittävä psyykkomotorinen suorituskyky. Potilaalla ei ole liitännäissairauksia tai muita riskitekijöitä, jotka vaativat mahdollisesti intensiivistä seurantaa. Potilaalla tulee olla omainen tai muu läheinen kotona eikä hänellä ole esteitä epiduraaliselle kivun hoidolle. Pehdyimme myös tässä työssä käytettäviin kivunhoitomenetelmiin. Leikkauksen arvioivat kirurgit preoperatiivisilla ASA-luokituksella. ASA-luokituksella eli anestesian riskiluokituksella arvioidaan asteikolla 1–5, kuinka soveltuva potilas on anestesiaan. (Etelä-Karjalan sairaanhoitopiiri, 2006; Kolorektaalipotilaan Fast-track-kirurginen hoitomalli, ohje henkilökunnalle 2007.)

Vatsakirurgian osastolla 22 on käytössä leikkausta edeltävä ohjauskäynti, jossa potilas käy avannehoitajan kanssa keskustelemassa tulevasta toimenpiteestä. Rajaamme tässä työssä Fast track -hoitomallin käsittelyn lähinnä kohdun-, emättimen- ja peräsuolen laskeumapotilaisiin osaston toiveesta. Selvitämme työssämme kirjallisuuskatsauksen pohjalta ryhmäohjauksen sisällön, sopivan ryhmäkoon ja lisäksi suunnittelemme ryhmäohjaukseen suunnitelman, jonka mukaan ohjauksessa edetään. Varmistamme ryhmäohjauksen sisällön riittävyyden ja sopivuuden järjestämällä koeryhmäohjauksen opiskelijaryhmälle, jonka jälkeen annamme ohjausrungon osaston avannehoitajalle. Avannehoitaja vetää varsinaisen pilotointi ryhmän potilaille, mitä me itse sivusta arvioimme. Opinnäytetyömme tarkoitus on siis tuottaa osastolle konkreettinen ryhmäohjaus runko, jonka pohjalta osaston hoitajat/avannehoitaja voisivat mahdollisesti jatkossakin ohjausta suorittaa ja jopa soveltaa sitä muihin potilasryhmiin.

2 FAST TRACK TOIMINTAMALLI

Fast track -hoitomalli pohjautuu Tanskassa kehitettyyn hoitomalliin paksu- ja peräsuolen alueen leikkauspotilaille. Hoitomallin on kehittänyt ylilääkäri ja kirurgi Henrik Kehlet, joka työryhmineen kehitti mallin alun perin kohdistumaan juuri paksu- ja peräsuolen alueen leikkauksiin. (Holmsted&Hönninen, 2009, 7.)

Fast track -hoitomallin suunnittelu ja kehittäminen alkoi Keski-Suomen keskussairaalassa vatsakirurgian osastolla 22 vuonna 2006. Tällöin mietittiin hoitotyön ja lääketieteen näkökulmasta, kuinka hoitomallin toteuttaminen osastolla tapahtuisi. Fast track-hoitomallin pilotointi tapahtui vatsakirurgian osastolle vuonna 2007. Vuonna 2008 kerättiin tietoa Fast track- hoitomallin onnistumisesta osastolla ja vuotta myöhemmin tuloksista raportointiin. Keski-Suomen keskussairaalassa Fast track- hoitomallia käytetään ohut-, paksu-, ja peräsuolen alueelle kohdistuvien, sekä kohdun-, emättimen- ja peräsuolen laskeuman korjaus leikkauksissa. (Hönninen& Holmsted.)

Fast track- hoitomallin soveltaminen yhä suuremmalle joukolle potilaita on mahdollistunut hyvien tutkimustulosten myötä. Vuonna 2008 Fast track- hoitomallin mukaan leikattiin 60 potilasta ja kyseisten potilaiden hoidosta sekä sen onnistumisesta pidettiin tilastoa. Kuudestakymmenestä Fast track -hoitomallin mukaan hoidetusta potilaasta jopa 46 kotiutui toisena tai kolmantena leikkauksen jälkeisenä päivänä. Myös hoitotyytyväisyys on ollut hyvää. Hoitotyytyväisyyttä oli kysytty kouluarvosanalla 4–10,

samalta kuudenkymmenen henkilön potilasryhmältä ja kokonaistyytyväisyyden keskiarvo oli 9,1. Hoidettavat potilaat olivat iältään 22– 84-vuotiaita ja keski-ikä oli vuonna 2008 61,1 vuotta. (Holmsted, Hönninen, 2009, 7.)

Fast track -hoitomallissa pyritään leikkausta edeltävän ohjauksen, päivittäisten tavoitteiden asettamisen ja motivoinnin avulla potilaan nopeaan leikkauksesta toipumiseen. Optimaalinen postoperatiivinen hoitoaika suoliston alueen leikkaukseen tulevilla on kolme vuorokautta ja kohdun-, emättimen- ja peräsuolenlaskeumapotilailla hoitoaika osastolla on keskimäärin kaksi vuorokautta. Hoitomallin avulla minimoidaan potilaalle leikkauksesta aiheutuvaa psyykkistä ja fyysistä rasitetta. Fast track- hoitomallilla pyritään vaikuttamaan myönteisesti kipuun, pahoinvointiin, kirurgiseen stressitilaan, oksentamiseen ja ruoansulatuskanavan lamaantumiseen. Hoitomallin keskeisimmät osa-alueet ovat ohjaus, kivunhoito, liikunta, ravitsemus ja stressin vähentäminen. Fast track- potilaan hoitoon osallistuvat potilas, kirurgi, hoitajat, anestesia lääkäri, sekä fyysioterapeutti ja joissain tapauksissa avannehoitaja. (Holmsted, Hönninen, ei julkaisu tietoja.)

Aiempiä tuloksia Fast track- toimintamallista on saatu lähinnä Euroopasta. Tanska on ollut hoitomallin kehittäjänä ja mukana kehittämässä muun muassa hoitomalliin liittyvää kuntoutusta. Myös Hollannissa ja Skotlannissa on hoitomallia käytetty. Irlannissa tehdyssä tutkimuksessa on selvitetty hoitomallin käyttöön ottoa. (Khan, Khanzada, Mahony, Mealy, 2008.)

Fast trackistä on ilmestynyt Euroopassa tutkimus, jossa tutkittiin Fast trackin käytön levinneisyyttä 295 sairaalassa. Tutkimukseen osallistui 1082 potilasta, jotka olivat olleet elektiiivisessä eli suunnitellussa paksusuolen leikkauksessa ja jotka olivat kotiutuneet tai kuolleet kahden hoitoviikon aikana. Tutkimukseen osallistuneet maat olivat Englanti, Ranska, Saksa, Italia, Espanja ja Yhdysvallat. Keskimääräinen sairaalassaoloaika oli yli kymmenen päivää Englannissa, Ranskassa, Saksassa, Italiassa ja Espanjassa. Yhdysvalloissa sairaalassaoloaika oli 7 päivää. Verrattaessa näitä tietoja Fast track- hoitomallin mukaiseen kahdesta viiteen sairaalassaolopäivään, tutkimuksessa huomattiin, että fast track- hoitomallia ei käytetä optimaalisesti Euroopassa ja Yhdysvalloissa. Tutkimus osoittaa, että hoitomallilla on mahdollisuus parantaa hoitotuloksia ja vähentää kustannuksia, jos toimenpidettä edeltävä ja sen jälkeinen hoito voidaan ajoittaa niin kuin julkaistuissa tutkimuksissa. (Kehlet, Büchler, Beart, Billingham, Williamson, 2005.)

2.1 Fast track -hoitomalli käytännössä

Fast track on hoitomalli, jota on Suomessa käytetty lähinnä suolistoalueen leikkauksissa ja kohdun-, emättimen ja peräsuolenlaskeumapotilaiden hoidossa. Suolistoalueen leikkauksilla tarkoitetaan paksun-, ohut- ja peräsuolen alueelle kohdistuvia leikkauksia. Kirurgisia toimenpiteitä ovat suolen poistot tai osapoistot esimerkiksi syövän tai muun suolistosairauden vuoksi. Mallin käyttökelpoisuutta muihin toimenpiteisiin on tutkittu ja tulokset ovat positiivisia. On myös arvioitu, että fast track -hoitomallin käyttöä ollaan laajentamassa kohti suurempia leikkauksia. Fast track -hoitomallia on muun muassa käytetty eturauhasen höyläysleikkauksessa ja aortan laajentuman leikkauksissa. (Wilmore, Sawyer, Kehlet, 2000.) Fast track -hoitomallin mukaan on hoidettu myös täydelliseen lonkkanivelen muovaukseen meneviä potilaita hyvin tuloksin. (Larsen, Hansen, Soballe, Kjeld, Kehlet, 2010).

Kirurgi tekee potilasvalinnat kyseiseen hoitomalliin, minkä jälkeen aloitetaan potilasohjaus kirurgian poliklinikalla. Potilaalle varataan aika leikkausta edeltävä ohjauskäyntiä varten vatsakirurgian osastolle. Ohjauskäynnin tarkoitus on antaa potilaalle ohjeistusta, joka tukee hänen toipumistaan ja selviytymistään leikkauksesta. Ohjauskäynnin pitää osaston avannehoitaja noin viikkoa ennen toimenpidettä. Potilasta ohjataan omaan aktiivisuuteen sekä ennen että jälkeen toimenpiteen. Potilaan on tärkeä ymmärtää, että oma aktiivisuus ja vastuunotto kuntoutumisesta ovat keinoja joilla nopeaan toipumiseen vaikutetaan. (Keski-Suomen Sairaanhoidopiirin henkilöstölehti, ei julkaisutietoja.) Leikkausta edeltävän ohjaukseen voi osallistua myös omainen, joka tulee olemaan potilaan tukena kotona leikkauksen jälkeen (Holmsted&Hönninen, 2009).

Leikkausta edeltävällä ohjauskäynnillä avannehoitaja kertoo tulevasta toimenpiteestä, nopean toipumisen periaatteista, sekä oman aktiivisuuden merkityksestä, lisäksi käsitellään hoitoon oleellisesti liittyvistä asioista ja kotona tapahtuvista valmisteluista. Omatoimisen valmistautumisen vuoksi potilaan on erittäin tärkeää tietää toimintaohjeet, siksi ohjauksessa pyritään mahdollisimman tarkkaan ja ymmärrettävään tiedon tarjoamiseen. Potilas saa kattavat kirjalliset ohjeet mukaansa kotiin, käytyään ne avannehoitajan kanssa läpi. (Kolorektaalipotilaan fast track – kirurginen hoitomalli ohje henkilökunnalle, 2007.)

Ohjattavat seikat ovat ruokailu ja ravitsemus, lääkitys ja sen muutokset, haavan hoito, kivunhoitomenetelmät, liikunta, lihasharjoitteet sekä suolen mahdollinen tyhjennys, riippuen siitä, mille suoliston alueelle leikkaus kohdistuu. (Potilasohje fast track- suolistoleikkaukseen tulevalle, 2007; Holmsted & Hönninen, ei julkaisu tietoja.) Harvoissa tapauksissa potilaalle joudutaan tekemään avanne. Avannehoitaja käy leikkausta edeltävällä ohjauksikäynnillä myös tarvittaessa avanteeseen liittyvät asiat läpi. (Kolorektaalipotilaan fast track – kirurginen hoitomalli ohje henkilökunnalle, 2007; Holmsted & Hönninen, 2009, 7.)

Potilas tulee leikkauspäivän aamuna suoraan leiko- yksikköön. Leiko-yksikkö on nimensä mukaan leikkaukseen suoraan kotoa - hoitoyksikkö. Potilas voi myös tulla leikkausta edeltävänä päivänä osastolle esimerkiksi silloin, kun potilas joutuu tulemaan kauempaa sairaalaan. Potilaan tullessa osastolle edellisenä päivänä, hoitaja tarkistaa tulokeskustelussa kotona tapahtuneiden leikkausvalmisteluiden onnistumisen. Hoitaja selvittää myös kotiutumiseen liittyvät avun tarpeet, joita ovat kotiavun, sosiaalisen ja jatkohoitopaikan tarpeen selvittäminen. Normaaleihin leikkausvalmisteluihin kuuluu potilaan peseytyminen ja hiusten pesu sekä puhtaisiin vaatteisiin pukeutuminen, tunnistinrannekkeen kiinnitys, tarvittaessa anti-emboliasukkien käyttö ja ihon kunnon tarkistus. Potilas pukeutuu leikkausasuun tai avopaitaan. Leikkausasu on asu, joka pitää potilaan ruumiinlämpöä yllä leikkauksen aikana. Asussa on useita vetoketjuja, jotta leikkauksessa voidaan paljastaa tietty ruumiinosa tai alue. (Eskanen, 2010). Lisäksi tulee muistaa mitata ja kirjata ennen leikkausta potilaan verenpaine, lämpö, pituus ja paino. (Kolorektaalipotilaan fast track –kirurginen hoitomalli ohje henkilökunnalle, 2007; Holmia, Murtonen, Myllymäki, Valtonen 2008, 63-65.) Potilaan tulee olla ravinnotta, koska toimenpiteessä on nukutuksen vuoksi aspiraatoriski. Aspiratiolla tarkoitetaan tilannetta jossa, ruokaa tai nestettä valuu tai vedetään henkitorveen, mistä voi aiheutua keuhkokuume. (Holmia ym. 2003.)

Leikkauspäivän aamuna potilas saa osastolla tai Leiko-yksikössä esilääkkeet sekä Pre-op- juomia, jonka jälkeen hänet viedään leikkaussaliin. Pre-op- juomilla tarkoitetaan hiilihydraattipitoista juomavalmistetta, joiden tarkoitus on muuttaa potilaan aineenvaihduntaa siten, että elimistö varastoi energiaa, ylläpitää hiilihydraattivarastoja, sekä vähentää leikkauksen jälkeistä insuliiniresistenssiä. (Nutrica yhtiö, 2008.) Leikkauksen jälkeisestä ajasta osastolla Fast track -hoitomallin potilaille on tarkat ohjeet kuntoutumisen aloituksesta, ruokailuista, kivunhoidosta ja muista kuntoutumiseen vaikuttavista seikoista. Seuraavassa kappaleessa kerromme pääpiirteittäin leikkauksen jäl-

keisestä toiminnasta. (Kolorektaalipotilaan fast track –kirurginen hoitomalli ohje henkilökunnalle, 2007; Potilasohje Fast track- peräsuolen, emättimen ja kohdun laskeumien korjausverkolla 2010.)

Leikkauksessa potilaalle laitetaan kipuepiduraalipumppu ja virtsakatetri. Kipuepiduraalilla tarkoitetaan katetria eli letkua, joka asetetaan neulalla paikallispuudutuksessa epiduraalitalaan. Katetrin kautta annostellaan puudutetta tai puudutteen ja opioidien yhdistelmää. Tällä kivunhoitomenetelmällä pyritään saamaan leikkausalue kivuttomaksi. Sitä käytetään potilailla, joilla on leikkauksen jälkeen oletettavissa kohtalaista tai kovaa kipua. (Helsingin ja uudenmaan sairaanhoitopiiri, 2010.) Keski-Suomen keskussairaalassa käytössä on kertakäyttöinen Multirate kipuepiduraalipumppu eli elastomeeri- infuusori, joka sisältää 300 millia haluttuja puudutteita. (Kairaluoma, 2007). Virtsakatetri on ohut virtsaputken kautta, rakkoon vietävä putki, joka mahdollistaa tarkan virtsamäärän seurannan, mikä on tärkeää leikkauksen jälkeen. Leikkauksen jälkeen kipuepiduraalista saatavan kipulääkityksen lisäksi, potilaan kivunhoitoon kuuluu myös säännöllisesti suunkautta annettava, tulehduskipulääkkeisiin kuuluva Paracetamol. Leikkauspäivänä potilaan tulee olla pois vuoteesta kaksi tuntia, nauttia nesteitä 1000 ml sekä juoda kaksi täydennysravintojuomaa. Täydennysravintojuoma eli voimajuoma on juotava, pirtelömainen tai mehumainen valmiste, jonka tarkoitus on täydentää tavallista ruokavaliota. (Nutricia- yhtiö, 2010). Ensimmäisenä leikkauksen jälkeisenä päivänä vuoteesta tulee olla pois kahdeksan tuntia, nauttia nesteitä ja nesteruokia vähintään 2000 ml ja kestopatetri otetaan pois. Toisena leikkauksen jälkeisenä päivänä poistetaan kipuepiduraalipumppu ja potilaan tulee liikkua normaalisti. Epiduraalinen kivunhoito loppuessa aloitetaan potilaalle pitkävaikutteinen kipulääke Meloksiaami (Meloxicam alternova ®). Hyvä kivunhoito on tärkeää, sillä se nopeuttaa leikkauksesta toipumista. Tavoitteena on, että potilas kotiutuu toisena tai kolmantena päivänä. (Kolorektaalipotilaan fast track –kirurginen hoitomalli ohje henkilökunnalle, 2007; Holmsted, Hönninen, ei julkaisu tietoja.)

Kotiutumisen jälkeen osastolta tai lantiopohjayksiköstä soitetaan potilaalle postoperatiivinen soitto, jossa tiedustellaan potilaan vointia ja potilaalla on mahdollisuus esittää kysymyksiä, mikäli jotain epäselvyyksiä on kotona ilmennyt. (Holmsted & Hönninen.)

2.2 Kohdun-, emättimen ja peräsuolenlaskeumapotilaat

Kohdun, emättimen ja peräsuolenlaskeuma johtuvat lantionpohjan kudusrakenteen heikkenemisestä. Kohdun ja emättimen laskeumalle altistavat korkea ikä sekä synnytykset. Joka viidelle naiselle kehittyy kohdun laskeuma ikääntymisen myötä. Synnyttämättömillä ja nuorilla naisilla laskeumat ovat harvinaisia. Harvinaisissa tapauksissa laskeuma voi kehittyä nuorelle ihmiselle, tällöin taustalla on synnynnäinen sidekudusrakenteen heikkous. Ylipaino lisää naisilla riskiä kohdun laskeumaan, koska vatsaontelon painerasitus lisääntyy painon noustessa. Myös vaihdevuodet pahentavat laskeumaa, koska estrogeenitaso elimistössä laskee. (Tiitinen, 2010.)

Ensioireina kohdunlaskeumasta ovat painon tunne alavatsalla. Myöhemmässä vaiheessa oireita ovat muun muassa ristiselkäkipu. Lievänä kohdun laskeuma ei aiheuta minkäänlaisia oireita. Virtsaongelmia, kuten virtsarakon tyhjenemisongelmia ja virtsan karkailua esiintyy silloin kun, emättimen etuseinä veltostuu ja virtsarakko laskeutuu. Leikkaushoitoa aletaan harkita silloin, kun laskeuma on selkeä ja oireet hankaloittavat huomattavasti arkielämään. (Tiitinen, 2010.) Sairaudesta aiheutuvia vaivoja ovat lantiopohjantoiminnan häiriöt, kuten ulosteen karkailu, epätäydellinen suolen tyhjeneminen ja ulostamisen yhteydessä kova ponnistelu. Leikkauksella pyritään parantamaan potilaan elämänlaatua. (Keski-Suomen keskussairaala, lyhyt potilasohje.)

Kohdun, emättimen ja peräsuolen laskeuma leikkauksessa (rektokolposakropeksia) potilaan laskeutunut peräsuoli, kohtu tai emätin asetetaan oikealle paikalleen verkon avulla. Verkko asetetaan peräsuolen ja emättimen väliin ompeleilla. Ompeleet kiinnitetään peräsuoleen, emättimen yläosaan ja lantion takaseinään. Toimenpide tapahtuu täyhystysmenetelmällä potilaan ollessa nukutettuna. Hyvin harvinainen komplikaatio on, että potilaalle joudutaan tekemään väliaikainen avanne suolen tulehdusreaktion vuoksi. (Keski-Suomen keskussairaala, lyhyt potilasohje.)

Kohdun, emättimen ja peräsuolen laskeuma leikkauspotilaille hoito etenee joitakin poikkeuksia lukuun ottamatta samalla tavalla kuin suoliston alueen leikkauspotilaille. Emättimen kohdun ja peräsuolen laskeuma leikkauksessa optimaalinen hoitoaika osastolla on 2 vuorokautta, jonka jälkeen tapahtuu kotiutus. Kuntoutus, ravitsemus ja lääkehoito etenevät samalla tavalla kuin suolistoalueen leikkauspotilaille. Kipuepiduraali poistetaan kotiutumispäivän aamuna ja virtsakatetri ensimmäisenä postoperatiivisena

päivänä. Potilaan suolen tyhjennys aloitetaan jo kotona, koska potilas tulee vasta leikkauspäivän aamuna Leiko- yksikköön eli nimensä mukaan leikkaukseen suoraan kotoa - hoitoyksikköön. Potilas aloittaa suolen tyhjennyksen edellispäivänä ottamalla Toilax yhdistelmäpakkauksesta 2 tablettia. Toinen tableteista otetaan klo 13 ja toinen klo 18 leikkausta edeltävänä päivänä. Leikkauspäivän aamuna laitetaan Toilax- pienisperäruiske. (Potilasohje Fast track- peräsuolen, emättimen ja kohdun laskeumien korjausverkolla, 2010.)

Tähystysleikkauksesta toipuminen tapahtuu yleensä nopeasti ja komplikaatioiden riski on pieni. Kohdun-, emättimen- ja peräsuolenlaskeumapotilaiden hoidon tarve arvioidaan kirjallisen lähetteen ja potilaan täyttämän oirehaastattelun perusteella. Lääkäri voi halutessaan määrätä myös lisätutkimuksia potilaalle. Lisätutkimuksia ovat muun muassa defecografia eli peräsuolen varjoainokuvaus tai magneettikuvaus, joissa molemmissa kuvaus tapahtuu potilaan ponnistaessa varjoainetta ulos peräsuolesta. Suoli voidaan tarvittaessa myös tähystää, jolloin saadaan tietoa limakalvojen kunnosta ja voidaan pois sulkea mahdolliset kasvaimet. (Keski-Suomen keskussairaala, kirurgian poliklinikan ohje).

Tällä hetkellä kyseiselle potilasryhmälle on järjestetty yksilöohjaus ennen leikkausta. Potilas kutsutaan ohjaukseen kirjeitse noin kaksi viikkoa ennen leikkausta. Kutsun mukana toimitetaan valmistautumisohjeet kirjallisina, lähetteet mahdollisiin alustaviin kuvauksiin ja laboratoriokokeisiin. Sairaanhoidaja soittaa Leiko-yksiköstä potilaalle vielä kotiin muutamaa päivää ennen leikkausta ja käy potilaan kanssa läpi valmistautumisohjeet. Tässä yksikössä hoidetaan potilaan esivalmistelut ja sieltä potilas siirretään leikkaussaliin. Potilas siirretään leikkauksen ja heräämövaiheen jälkeen hoitavalle osastolle, vatsakirurgian osasto 22:lle. (Keski-Suomen keskussairaala, kirurgian poliklinikan ohje).

Kotiutus tapahtuu yleensä toisena leikkauksen jälkeisenä päivänä. Vatsan toiminnan säännöllisyydestä on tärkeää huolehtia leikkauksen jälkeen sekä myös jatkossa tulee huolehtia suoliston toiminnasta, jotta vältetään ponnisteluja ulostamisen yhteydessä. Haavanhoito ohjeet, kipulääkitysohjeet sekä reseptit potilas saa kotiutus vaiheessa osastolta. Kontrolliaika lantiopohjaysikköön tulee potilaalle kotiin noin kuuden viikon kuluttua. (Keski-Suomen keskussairaala, kirurgian poliklinikan ohje).

3 TOIMENPIDETTÄ EDELTÄVÄ RYHMÄOHJAUS FAST TRACK-HOITOMALLISSA

Preoperatiivinen ohjaus eli ohjaus ennen toimenpidettä helpottaa potilaan toipumista merkittävästi. Toimenpidettä edeltävässä ohjauksessa käydään potilaan kanssa läpi ne asiat, joita potilaan on olennaista tietää valmistautuessaan operaatioon. Potilas ohjataan osastolla tapahtuvaan hoitoon sekä siihen, mitä tapahtuu kotiutumisen jälkeen. Yleisesti ohjauksen sisältöön kuuluu ravitsemukseen, kuntoutukseen ja lääkitykseen liittyvät asiat. Toimenpidettä edeltävällä ohjauksella pyritään siihen, että asiakas olisi mahdollisimman hyvin valmistautunut tulevaan leikkaukseen. Tavoitteena olisi myös lisätä potilaan tietoutta ja tätä kautta parannetaan potilaan mahdollisuuksia kuntoutua mahdollisimman hyvin leikkauksen jälkeen normaaliin elämään. (Holmia ym. 2003, 59.)

Potilaan ohjaukseen ei suoranaisesti viitata Suomen lainsäädännöissä. Lait ja säädökset määrittelevät yleisiä terveydenhuollon perustehtäviä, kuten esimerkiksi Perustuslaissa ja kuntalaissa mainittu ”jokaisella riittävillä palveluilla”, voidaan Kyngäksen ym. mukaan ymmärtää niin, että palveluja järjestetään tarvetta vastaavasti. Lähemmin käytännön hoitotyöhön tulee Kansanterveys ja Erikoissairaanhoidon laki, jotka käsittelevät ohjausta pääpiirteittäin. Kansanterveyslaissa käsitellään muun muassa terveysneuvontaa ja hoitoa. Erikoissairaanhoidon laissa käsitellään lähinnä lääkinnällistä kuntoutusta ja sen puitteissa neuvonta- sekä sopeutumisvalmennusta. Kyngäs ym. kirjoittavat: ”Erikoissairaanhoitolain 15 § mukaan erikoissairaanhoitoon sisältyy lääkinnällisen kuntoutukseen kuuluvia terveydenhuollon palveluja. Lääkinnälliseen kuntoutukseen luetaan kuntouttavien hoitotoimenpiteiden lisäksi neuvonta, kuntoutustarvetta ja mahdollisuuksia selvittävä tutkimus, apuvälinehuolto sekä sopeutumisvalmennus- ja ohjaustoiminta sekä muut näihin rinnastettavat toiminnot - -.” (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen, Renfors 2007, 13–15.)

Laki potilaan oikeuksista ja asemasta (785/1992) liittyy myös asiakkaan ohjaukseen. Laissa määritellään, että potilaalla on oikeus hyvään hoitoon ja siihen liittyvään kohteluun, oikeus hoitoon pääsyyn, oikeus saada hoitoon, tutkimuksiin ja lääkinnälliseen kuntoutukseen liittyvä suunnitelma, potilaalla tulee myös olla itsemääräämis- ja tiedonsaantioikeus. Laadultaan hyvää ohjausta on lakia soveltaen siis ohjaus, jossa huo-

mioidaan asiakkaan yksityisyys, itsemääräämisoikeus sekä kunnioitetaan asiakkaan ihmisarvoa ja vakaumusta. (Kyngäs ym. 2007, 16.)

Terveydenhuollon ammattihenkilöstöä käsittelevä laki sanoo, (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä, 559/1994) että asiakkaan etu on ammattieettinen velvollisuus. Tällöin kaikki mikä hoitotyössä lisää asiakkaan saamaa hyötyä voidaan luokitella ammatteettisesti hyväksi. Asiakkaan hyötyä lisää Kyngäksen ym. mukaan asiakkaan osallistuminen ohjaukseen, oikein ajoitettu ja annettu ohjaus sekä sen onnistumisen arviointi. Ohjaajan tulee siis jatkuvasti arvioida asiakkaan saamaa hyötyä ja mahdolliset haitat. Siksi ohjaajan tulee jatkuvasti kehittää ja arvioida ohjaustaitojaan ja kliinistä osaamistaan, jotta asiakas saa parasta mahdollista hoitoa. (Kyngäs ym. 2007, 13–17.)

3.1 Ohjausmenetelmät hoitotyössä

Termien moninaisuus hoitotyössä vaikeuttaa ohjauksen tunnistamista ja tiedostamista. Ohjauksesta voidaan käyttää seuraavia ohjausta kuvaavia termejä kuten neuvonta, ohjaus, terveysneuvonta, valmennus, kasvatus, koulutus sekä voidaan myös puhua tiedon tarjoamisesta. Joskus voidaan myös käyttää ohjaus termin lisäksi myös muita käsitteitä, kuten asiakkaan tukemisesta, kannustamisesta ja itsehoidon mahdollistamisesta. Ohjaus voidaan käsittää myös esimerkiksi potilaan johdattamisena tai asiakkaan toimintaan vaikuttamisena. (Kyngäs ym. 2007, 5, 25.)

Jokainen hoitotyöntekijä ohjaa potilasta osana ammatillista toimintaansa ja ohjaaminen on tärkeä osa asiakkaan hyvää hoitoa. Ohjausta tapahtuu suunnitelmallisesti järjestettyinä ohjaustilanteina hoitotyön tehtävien lomassa ja osana muuta asiakkaan hoitoa. Ohjauksen tarkoitus on tukea asiakasta löytämään omat voimavaransa. Asiakasta kannustetaan ottamaan vastuuta terveydestään ja hoitamaan itseään parhaalla mahdollisella tavalla. (Kyngäs ym. 2007, 5, 25; Kääriäinen, Kyngäs 2006.) Ohjaustilanteessa asiakas on ongelman ratkaisija ja hoitajan tehtävä on tukea asiakasta päätöksessään ja sen tarkoitus on parantaa asiakkaan elämää hänen haluamallaan tavalla. (Kyngäs ym. 2007, 25). Ohjaustilanteessa pyritään selvittämään asiakkaan tilannetta ohjaajan avustuksella, näin asiakas voi löytää omaan ongelmaan ratkaisukeinot. Ohjauksessa tulisi pyrkiä siihen, että suorina neuvoja ei anneta, vaan asiakkaan täytyy itse prosessoida asiaa. Tällöin ohjaustilanteesta saadaan paras mahdollinen hyöty. (Kääriäinen, Kyngäs 2006.) Vuorovaikutus asiakkaan sekä ohjaajan välillä on ohjaustilanteen onnistumisen

edellytys, siksi ohjauksen tulisi olla aktiivista ja tavoitteellista. (Kyngäs ym. 2007, 25).

Terveystieteidenhuollossa ohjausta voidaan toteuttaa monilla eri tavoilla. Hoitotyössä käytössä olevia ohjausmuotoja ovat muun muassa yksilöohjaus, ryhmäohjaus, audiovisuaalinen ohjaus, demonstraatio ja puhelinohjaus. (Kyngäs ym. 2007; 74, 104, 116–117, 128.)

Suullisista ohjaustavoista yksilöohjaus on yksi yleisimmistä käytössä olevista. Yksilöohjauksessa odotetaan kaksisuuntaista vuorovaikutusta ohjaajan sekä asiakkaan välillä. Tämä mahdollistaa kysymysten esittämisen, tuen antamisen sekä mahdollisuuden välttää väärinkäsityksiä. Yksilö ohjaus on asiakkaiden silmissä arvostettu ohjausmuoto, koska yksilöllisyyden toteutuminen mahdollistuu parhaiten. Yksilöohjaus on Kyngäksen mukaan myös tehokkain oppimismenetelmä, mutta se vaatii hoitajalta samalla eniten aikaa. (Kyngäs ym. 2007, 74.)

Audiovisuaalisessa ohjauksessa hyödynnetään videoita ja tietokonetta. Video-ohjausta voi ajatella käytettäväksi esimerkiksi silloin, jos potilas ei pysty lukemaan kirjallista materiaalia. Audiovisuaalisessa ohjauksessa asiakkaalle voi tulla väärinkäsityksiä joistakin asioista, jos asiakkaalla ei ole mahdollisuutta keskustella hoitajan kanssa asioista jälkikäteen. Audiovisuaalinen ohjausmuoto esimerkiksi videon katseleminen voi myös herättää asiakkaassa hyvinkin voimakkaita tunteita. Audiovisuaalinen ohjaus on taloudellista, ohjausmateriaalin tuottamis- sekä kehittämiskustannukset rajoittavat kuitenkin sen käyttöä. Ohjauksen hankaluutta lisää myös se, että kaikilla asiakkailla ei ole mahdollista käyttää tekniikkaa kotona. (Kyngäs ym. 2007, 116- 117.)

Puhelinohjaus yhtenä hoitotyön ohjausmallina on yleistynyt vuonna 2005 voimaan tulleen hoitotakuun myötä. Puhelinohjaustilanne voi saada alkunsa niin potilaan kontaktista terveydenhuollon suuntaan tai vastavuoroisesti toisin päin. (Kyngäs ym. 117–118.) Potilaan ottaessa itse yhteyttä terveydenhuoltoon esimerkiksi akuutin sairastumisen myötä, puhutaan reaktiivisesta puhelinohjauksesta. Proaktiivisesta puhelinohjauksesta puhutaan, kun hoitosuhde on ennalta solmittu ja yhteyttä ottava osapuoli on hoitaja, esimerkiksi ohjausinterventio on proaktiivista puhelinohjausta. (Orava, 2010.) Puhelinohjaus voidaan luokitella terveyden- ja sairaanhoidon ohjaukseen sekä palveluohjaukseen. Ohjaustilanteena puhelin ohjaus vaatii yhtä paljon suunnittelua, kuin

muutkin ohjausmuodot. Puhelin ohjauksessa haasteen luo potilasturvallisuus ja tietosuoja- sekä vastuu kysymykset, joten ohjaajan tulee tuntea terveydenhuollon lainsäädäntö. (Kygäs ym. 2007, 117- 118.)

Demonstraatiolla tarkoitetaan näyttämällä oppimista. Samaan liitetään usein havainnollistaminen ja konkretisoiminen. Havainnollistettaessa korostuvat eri aistien avulla tehtävät havainnot ja konkreettinen ohjaus on hyvin lähellä todellista elämää, jolloin oppimista tukevat kokemukset. Havainnollinen esittäminen edellyttää, että asiakasta informoidaan etukäteen esityksen aiheesta ja tarkoituksesta, sekä siinä käytettävistä välineistä ja toiminnasta. (Kygäs ym. 2007, 128- 129.) Demonstraatio ohjausmuotona sopii parhaiten esimerkiksi auditiivisille ohjattaville eli henkilöille, jotka oppivat kuulemalla. (Opetusmenetelmät opetuksen monipuolistajana 2007.)

3.2 Ryhmäohjaus osana ohjausmenetelmiä

Ryhmäohjaus on yksilöohjauksen lisäksi eniten käytetty ohjausmuoto hoitotyössä. Ryhmäohjausta tutkittaessa on voitu osoittaa ryhmäneuvonnan olevan yksilöohjauksen verrattuna yhtä tehokas ohjausmuoto. Yksilö- ja ryhmäneuvonnan on osoitettu myös olevan toisiaan täydentäviä hoitomuotoja. (Tuominen, Rintamäki, Jussila, Kotisaari, Sipilä, Oksa 2001.) Sanofi-Aventis-yhtiön INITIATE-tutkimuksessa on tutkittu potilaiden näkökulmaa siitä, mitä mieltä he ovat ryhmäohjauksesta. Kyseisessä tutkimuksessa asiakkaat olivat hoitoonsa tyytyväisiä riippumatta siitä, olivatko he saaneet ohjausta ryhmässä vai yksilöohjauksena. Tutkimustulosten perusteella voidaan siis olettaa, että potilaat saavat yhtä kattavat tiedot ja tuen molemmissa ohjauksissa. (Rinkinen, 2006.)

Ryhmän määrittelyyn vaikuttaa ryhmän luonne, ryhmän tavoite ja tarkoitus sekä kuinka monta kertaa ryhmä kokoontuu. Kiinteä ryhmä on tavallisin ryhmämuoto. Kiinteä ryhmä voi olla esimerkiksi terveydenhuollossa mielenterveysryhmä, mikä kokoontuu säännöllisesti. Ryhmä voi olla myös hatarasti koottu joukko ihmisiä, jotka kokoontuvat vain kerran kuulemaan esimerkiksi jotain tiettyä terveystietoa. (Kygäs ym. 2007, 104–105.)

Ryhmät myös eroavat toisistaan niiden tarkoituksen ja tavoitteiden mukaisesti. (Kaukila, Lehtonen, 2007. 15–17.) Ryhmäohjausta järjestetään hyvin erilaisiin tarpeisiin ja

erilaisin kokoonpanoin. Erilaisten tarkoitusten mukaan koottuja ryhmiä, ovat esimerkiksi terapiaryhmä, perheryhmä, harrastusryhmä ja ihmissuhderyhmä. Hoitotyössä ryhmän tavoitteeksi on voitu asettaa esimerkiksi diabeetikoiden neuvonta tai tupakoinnin lopettaminen. Tavoitteet ryhmässä voivat myös vaihdella ryhmäläisten tai ryhmän omien tavoitteiden mukaan. (Kyngäs ym. 2007. 104–105.)

Ryhmiä on erikokoisia niiden toiminnan mukaan. Esimerkiksi pienryhmässä on alle kymmenen jäsentä. (Kaukkila ym. 2007, 17.) Hoitotyössä ohjausryhmän kokoa on tutkittu, hyvä ryhmä koko on tutkimuksen mukaan 4–8 henkilöä. (Rinkinen, 2006). Eräissä tutkimuksissa testattiin potilasohjausryhmäksi isoa ryhmää. Potilailta saatujen palautteiden perusteella iso ryhmä koettiin pienryhmää huonommaksi vaihtoehdoksi antaa potilasohjausta. Kyseinen tutkimus puoltaa myös ajatusta siitä, että oikea ryhmäkoko on enintään 10 henkilöä. (Lahti, Syrjänen 2009, 10–12).

Ryhmän ominaispiirre on vuorovaikutus (Kyngäs ym. 2007, 105). Ryhmän sisällä vuorovaikutus ilmentyy sanattomana ja sanallisina viesteinä (Kaukkila ym. 2007, 31). Vuorovaikutus ryhmäläisten välillä voi olla kasvokkain tapahtuvaa tai nykyaikana yleistynyttä verkon tai muun sähköisen viestimen välityksellä tapahtuvaa vuorovaikutusta (Kyngäs ym. 2007, 105). Ihanteellinen vuorovaikutus ryhmässä on sellaista, missä toista ihmistä ja hänen mielipidettään kunnioitetaan. Vuorovaikutus syntyy kuuntelemalla, kyselemällä havainnoimalla ja katselemalla. (Kaukkila ym. 2007, 31.)

Jotta ryhmää voidaan käyttää voimavarana, täytyy ryhmäläisillä olla yhteinen tavoite ja yhteisesti sovittu tehtävä, riippumatta ryhmän muista ominaisuuksista. Yhteisen tavoitteen ja tarkoituksen avulla lisätään ryhmäläisten tunnetta yhteenkuuluvuudesta. Ryhmällä tulee myös olla selvät rajat, joista ryhmässä sovitaan. Fyysisiin rajoihin luetaan Kyngäksen ym. mukaan muun muassa tila, aikataulu ja osallistujajoukko. Psykkisiin rajoihin taasen luetaan tieto siitä mikä on ryhmässä hyväksyttävää, sallittua ja ryhmän normien mukaista. Ryhmässä hoitaja toimii eräänlaisena mallina ja jos on tarvetta niin keskustelu rajoista auttaa ryhmäläisiä sisäistämään ne. Kun ryhmässä on selvät rajat niin fyysisesti kuin psyykkisesti, on ryhmässä turvallista toimia. Turvallisuus tukee luovuutta sekä ryhmäläisten välistä vuorovaikutusta. (Kyngäs ym. 2007, 104–105.)

Ryhmä tarjoaa jäsenilleen usein vertaistukea ja voimaannuttaa asiakasta paremmin, kuin muut ohjausmuodot (Kyngäs ym. 2007, 104). Ryhmäohjauksessa käyneitä asiakkaita haastatteleamalla on todettu, että ryhmäohjauksessa käyneet potilaat kokivat suurta kehitystä sairauden käsittämisessä ja minäkuvansa paranemisessa. Potilaat, jotka olivat olleet osana ryhmäohjausta, kokivat myös helpommin itsensä osaksi sairaalamaailmaa ja keskelle epämiellyttävää kokemusta. Tutkimuksessa huomattiin myös, että perheen mukana olo ohjauksessa auttoi myös perhettä tukemaan sairastunutta paremmin. (Ferlic, Goldman, Kennedy, 1979.)

Sinikka Holmia on tutkinut pro gradu -tutkimuksessaan ryhmäohjauksen voimavaroja vahvistavia tekijöitä. Tutkimuksen mukaan tiedon lisääminen, vertaisryhmään osallistuminen, ohjaajan rooli, omaisten osallistuminen ja turvallisen ilmapiirin kehittäminen ovat potilaan voimavaroja vahvistavia tekijöitä. Tässä tutkimuksessa sairaudesta keskusteleminen vertais-ryhmässä koettiin hyväksi. Ryhmäohjaus helpottaa potilaan oloa siten, että ongelman kanssa ei olla yksin vaan muillakin on samankaltaisia tuntemuksia ja kokemuksia sairaudesta. Näin potilas pystyy suhteuttamaan omaa tilannettaan ja uskoa omiin mahdollisuuksiinsa. Turvallinen ilmapiiri ryhmässä auttaa kertomaan omista kokemuksistaan. (Holmia, 2008.)

Verrattuna muihin ohjausmuotoihin ryhmäohjaus voi lisäksi olla taloudellisesti edullisempää, koska tietoa voidaan kerralla tarjota isommalle joukolle ihmisiä (Kyngäs ym. 2007, 104). Ryhmäohjauksen taloudellisuudesta on tehty myös tutkimuksia. Esimerkiksi lääkeyhtiö Sanofi-Aventis on tehnyt kansainvälisen INITIATE- tutkimuksen, jossa todetaan ryhmäohjauksen olevan selkeästi resursseja säästävä hoitomuoto. Tutkimuksessa tuodaan esille sitä, että yksilöohjaukseen kuluu kaksinkertainen aika verrattuna ryhmäohjaukseen. (Rinkinen, 2006.)

Hoitohenkilökunnan näkökulmasta eräissä tutkimuksissa on havaittu, että hoitotyöntekijät tarvitsevat selvästi lisää tietoa yleisesti ryhmäohjauksesta ohjausmuotona. Tietoa tarvitaan ryhmäohjauksen sisällöstä, vaikuttavuudesta, pedagogisista periaatteista ja ryhmädynamiikasta. Tietoa halutaan myös siitä, kuinka ryhmäohjaus soveltuu ylipäänsä sairauksien hoitoon. Osa hoitotyöntekijöistä arvelee ryhmäneuvonnan rasittavan jo valmiiksi tiukkoja aikatauluja. (Jallinoja ym. 2006.) Tutkimuksissa on kuitenkin voitu osoittaa työn kuormittavuuden pienevä ryhmäohjausta käytettäessä, vaikkakin ryhmäohjauksen suunnittelu itsessään vie aikaa (Lahti, Syrjänen 2009, 10–12). Tutki-

jat ovat havainneet, että hoitohenkilökunta ei vielä miellä ryhmäneuvontaa helpottava ratkaisuna ohjata potilaita. Hoitohenkilökunta voi mieltää yksilöohjauksen helpommaksi, jos hän ei saa tarpeeksi tukea työhönsä ryhmäneuvonnan osalta. Työn hankaluutta lisää tällä hetkellä ryhmäneuvontaformaattien ja koulutuksen puute. (Jallinoja ym. 2006.)

3.3 Toimenpiteeseen valmistava ryhmäohjaus

Ohjausta järjestetään hoitotyössä kaikissa hoidon vaiheissa, joita ovat leikkausta edeltävä, leikkauksen aikainen ja leikkauksen jälkeinen vaihe. (Holmia ym. 2008, 59.) Se millaiseen toimenpiteeseen asiakas on tulossa vaikuttaa osaltaan annettavaan ohjaukseen. Toisaalta esimerkiksi kirurgiset leikkausta edeltävät valmistelut voivat olla suurelta osalta samanlaisia. Toimenpiteeseen liittyvät erityispiirteet tulee myös ohjata ennen leikkausta olevassa ohjauksessa. Ennen hoitoa keskitytään potilaan rohkaisemiseen ja valmistamiseen tulevaan toimenpiteeseen. (Kyngäs ym. 2007, 30.)

Leikkausta edeltävän ohjauksen tarkoitus on pyrkiä antamaan potilaalle mahdollisimman paljon tietoa tulevasta toimenpiteestä ja saada tietoja potilaan yksilöllisestä tilanteesta ja terveydentilasta. (Holmia ym. 2008, 60). Ohjauksen tarkoituksena on myös motivoida asiakasta leikkauksen jälkeiseen toipumiseen. (Kolarektaalipotilaan fast track- kirurginen hoitomalli, ohje henkilökunnalle.) Leikkausta edeltävä ohjaus tulisi järjestää ajallisesti noin viikkoa ennen suunniteltua toimenpidettä. Ohjauksessa käsiteltäviä asioita ovat tavallisesti toimenpiteen luonne ja anestesia- ja leikkauksen valmistautuminen, toimenpiteen aiheuttamat muutokset ja rajoitukset, leikkauksen ajankohta ja toimenpiteen kesto, kuinka siirtyminen leikkausosastolle tapahtuu, toimenpiteen jälkeinen kipu ja kivunhoito, henkilökunnan tuki ja omaisten tiedottaminen. (Holmia ym. 2003, 59–60.)

Leikkausta edeltävä vaihe alkaa, kun leikkauspäätös on tehty yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Keskeisintä tässä vaiheessa on ohjata ja valmentaa potilasta mahdollisimman hyvään kuntoon ennen toimenpidettä, saada perussairaudet mahdollisimman hyvään hoitotasapainoon, ylipainon pudottaminen ja jatko-hoidon suunnittelu. Leikkausta edeltävä ohjaus tapahtuu kotona, poliklinikalla tai kirurgisella vuodeosastolla. Ohjauksessa tulee huomioida toimenpiteen laatu sekä asiakkaan tilanne. Potilaalle tulee aina antaa myös kirjalliset ohjeet leikkaukseen valmistautumisesta. Ohjauksessa

hoitajan tulee selvittää mahdollisimman hyvin asiakkaan sairaudet, aiemmat toimenpiteet, lääkitys, nykyisen sairauden oireet, mahdolliset liikerajoitteet ja muut liikkumiseen vaikuttavat tekijät sekä asiakkaan allergiat ja ruokavalio. Nämä ovat keinoja toteuttaa yksilöllistä hoitotyötä. Toimenpiteen jälkeinen vaihe päättyy, kun vastuu hoidosta siirtyy leikkaussalinhenkilökunnalle. (Holmia ym. 2003, 59.)

3.4 Hyvän ryhmäohjauksen tunnuspiirteitä

Hyvän ohjauksen päämääränä on saavuttaa asetetut tavoitteet. Ohjauksen ollessa onnistunutta, ohjattavalla ja ohjaajalla tulee olla tunne siitä, että ohjauksen tavoitteisiin on päästy. Tavoitteiden lisäksi ohjaajan ja ohjattavan pitää olla tyytyväisiä ohjaukseen. Onnistuneessa ohjauksessa on asiakkaan ja ohjaajan välillä on hyvä vuorovaikutus, ohjaaja on tietoinen asiakkaan ohjaustarpeista sekä ohjaaja on kartoittanut asiakkaan aiemmat tiedot. (Kyngäs ym. 2007, 47.)

Ohjaustilanne ja ohjaussuhde perustuvat hoitajan ja asiakkaan väliseen vuorovaikutukseen. Asiakkaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, luottamuksellisuus ja arvostus ohjaustilannetta ja asiakasta kohtaan tulee olla itsestään selviä asioita hoitoyöntekijälle. Asiakasta ohjatessa hoitajan tulee olla selkeä, kannustava sekä rohkaiseva. Hoitajan tulee huomioida asiakkaan erityisluonne. Asiakkaan pitää pystyä luottamaan hoitajaan ja tuntea olonsa turvalliseksi ohjaustilanteessa. Hoitajan täytyy osata esittää asiat ymmärrettävästi. Kysymysten esittäminen on myös tärkeää, näin hoitaja saa myös tietoa siitä, onko asiakas ymmärtänyt asian. Ohjaustilanteessa tulee selvittää ja huomioon ottaa toisen osapuolen odotukset. Ohjaustilanteessa molemmilla osapuolilla pitää siis olla uskoa, samat tavoitteet ja odotukset ja halua työskennellä yhdessä. (Kyngäs ym. 2007. 48–49.)

Hyvin onnistuneella ohjauksella tuetaan asiakkaan terveyttä ja sillä on myös kansantaloudellisesti vaikutusta. Rajoittavia tekijöitä ovat ohjausresurssien ja ajan puutteellisuus. Kääriäinen ym. toteaa, että ohjausajan olevan usein riittämätön ja ohjauksen olevan osittain puutteellista ennen sairaalaan tuloa liittyen sairauteen ja hoitoon. Taloudellisten resurssien ja ajallisten ongelmien vuoksi ohjaus voi olla haasteellista, koska ohjaustilanteet edellyttävät ymmärrystä ohjauksen tunnistamisesta ja tiedostamisesta. Toisin sanoen tärkeää on tunnistaa se, mistä tekijöistä ohjaus koostuu. (Kääriäinen ym. 2005.)

3.5 Ryhmäohjauksen taustatekijät

Ohjaustilanteessa asiakkaaseen, ohjaajaan ja tilanteeseen voivat vaikuttaa monenlaiset seikat riippumatta siitä, millainen ohjausmuoto on valittu. Yksilö- ja ryhmäohjauksessa oleellisesti vaikuttavat tekijät jaetaan asiakkaan ja ohjaajan taustatekijöihin. (Kyn-gäs ym. 2007, 28.)

Ohjaukseen vaikuttavat taustatekijät voidaan jakaa fyysisiin, psyykkisiin, yksilöllisiin, sosiaalisiin ja muihin ympäristötekijöihin. Fyysisiin taustatekijöihin kuuluvat sukupuoli, ikä, sairauden tyyppi ja terveydentila. Asiakkaan ikä tuo omat haasteensa ohjaustilanteeseen ja ohjaajan tulee huomioida, että nuoren ja vanhuksen ohjaamisessa on omat haasteensa. (Kyn-gäs ym. 2007, 28–29). Asiakkaan fyysisillä taustatekijöillä on vaikutusta myös siihen, miten hän kykenee ottamaan ohjausta vastaan. Asiakas voi ohjaustilanteessa esimerkiksi pyrkiä välttelemään ohjausta tai kieltää ohjaustilanteessa ilmi tulleita asioita. Ohjaukseen vaikuttaa myös asiakkaan sairaus ja se milloin asiakas on kuullut sairaudestaan. (Kyn-gäs ym. 2007. 30; 105.)

Psyykkisillä taustatekijöillä ohjaustilanteessa tarkoitetaan: asiakkaan terveysuskomuksia, käsitystä omasta terveydentilasta, odotuksia, mieltymyksiä, kokemuksia, tarpeita, oppimistapoja, valmiuksia ja motivaatiota. Ohjaustilanteessa asiakkaan motivaatio on avainasemassa ja se vaikuttaa paljon siihen, pitääkö asiakas saamaansa tietoa tärkeänä ja miten hän haluaa oppia omaan hoitoonsa liittyviä asioita. Jotta motivaatiota syntyy, tulee ohjauksella olla selkeä tavoite ja asiakkaalla selkeät onnistumisodotukset (Kyn-gäs ym. 2007, 32). Ryhmäohjauksessa on myös olemassa omat psyykkiset rajansa. Nämä rajat määrittelevät muun muassa sen millaisia asioita ryhmässä voidaan käsitellä, millainen toiminta on sallittua ja hyväksyttävää. Hoitaja voi myös tarkentaa näitä rajoja keskustelemalla niistä ja viestimällä omalla käytöksellään rajoista. Rajojen selkeyttäminen tuo ryhmään turvallisuutta, luovuutta sekä vahvistaa vuorovaikutusta ryhmässä. (Kyn-gäs ym. 2007, 105.)

Asiakkaalla voi olla ohjaustilanteeseen tullessa joitakin uskomuksia esimerkiksi tulevasta operaatiosta ja uskomukset voivat olla todellisuudessa vääriä. Ohjaustilanteessa asiakkaan usko johonkin tiettyyn asiaan voi vaikeuttaa häntä sisäistämään oikeaa tietoa, jota ohjaustilanteessa olisi tarjolla. Asiakkaan mieltymykset jotakin tiettyä asiaa

kohtaan voivat olla ristiriidassa siihen, mitä ohjaustilanteessa neuvotaan. Tällöin voidaan yrittää miettiä yhdessä ohjaajan kanssa järkevä ratkaisu ääripäiden välille. (Kyn-gäs ym. 2007, 33.)

Jokaisella asiakkaalla on oma tyyhinsä oppia ja ohjaajan tulee yhdessä asiakkaan kanssa käydä eri menetelmiä läpi, paras mahdollinen oppimismuoto, jotta opitut asiat jäisi-vät mieleen. Oppimistilanteessa asioita voi oppia mm. visuaalisesti tai kielellisesti. Oppimistavat voivat myös muuttua esimerkiksi sairauden myötä, jolloin uutta oppi-mistapaa tulee asiakkaan kanssa opetella. (Kyn-gäs ym. 2007, 34.)

Ohjaustilanteessa ohjaajalla tulee olla tiettyjä ominaisuuksia. Ohjaajan tulee olla asi-antuntija ohjattavan asian suhteen ja hänen tulee tietää olennaiset asiat oppimisesta ja ohjauksesta. Ohjaajan tulee selkeästi johtaa ryhmää, mutta samalla osata olla vuoro-vaikutuksessa asiakkaiden kanssa. Ryhmäohjaajan tulee olla myös kannustava ja rohkaista asiakkaita. Hyvä ohjaaja antaa asiakkaan itse rauhassa tehdä päätökset, mut-ta tukien tätä päätöksissään asiakkaan toiveiden mukaisesti. (Kyn-gäs ym. 2007. 34–35.) Tutkimuksen mukaan hyvän ohjaajan tunnuspiirteitä ovat hyvä valmistautuminen tulevaan ohjaukseen, ohjaaja pystyy kehittämään ohjausta sisällön mukaan ja huomi-oida ohjattavan mielipide. Lisäksi ohjaajalla täytyy olla taito käyttää erilaisia ohjaus-menetelmiä ja teoretietoa. Tutkijoiden mukaan ohjauksen avain on suhteiden luomi-nen ja kehittäminen ohjattaviin ja heidän tukemisensa vastuunottamisessa sekä taito antaa täsmällistä ja ajankohtaista tietoa. (Mensing, Norris, 2003.) Ohjaustilanteessa hoitaja voi avoimien kysymysten avulla yrittää saada selvillä sitä, miten asiakas moti-voituu parhaiten hoitoonsa. Hoitajan tehtävä olisi rakentaa keskustelu niin, että se täyttää motivoivan ohjauksen tunnusmerkit. Hoitajalla tulee olla aloitekykyä ja ohja-ustilanteessa hänen tulee antaa monipuolisesti tietoa, koska asiakkaat osaavat parem-min tehdä ratkaisuja ja päätöksiä monipuolisen tiedon turvin. (Kyn-gäs ym. 2007. 32.)

Ohjausta suunniteltaessa tulee huomioida ympäristön fyysiset, psyykkiset ja sosiaali-set taustatekijät. Ympäristön fyysisillä taustatekijöillä tarkoitetaan tilaa, missä ohjaus tapahtuu. Ohjausta suunniteltaessa tila tulee huomioida tarkoin. Ohjauspaikkana voi toimia mm. potilashuone, kokoustila tai asiakkaan koti. Huolimatta siitä, missä ohjaus pidetään, tulee huomioida tilan rauhallisuus, missä ohjaus voidaan viedä läpi kunnolla alusta loppuun asti ilman ympäristön häiriöitä. Tilan valinnassa huomiota pitää kiin-nittää myös viihtyvyyteen, siisteyteen ja ilmapiiriin. Paras paikka ohjaustilanteen jär-

jestämiseen on sellainen, missä voidaan rauhassa ja häiriöttä ohjata. Ohjaustilanteen tulisi sujua rauhallisesti ja kiireettömästi, koska tällöin vuorovaikutus on syvempää. (Kynäs ym. 2007, 36–37.)

Sosiaalisilla taustatekijöillä tarkoitetaan kulttuuritaustaa, etnistä taustaa, sosiaalisuutta, uskonnollisuutta ja eettisyyttä. Ohjaustilanteessa asioiden lähestymiseen ja käsittelyyn vaikuttavat sekä hoitajan, että asiakkaan maailmankatsomus ja arvot. Ohjaajan tulee ohjauksessa tietää ohjauksen lähtökohdat ja näin ollen lähtökohtien tunnistaminen auttaa hoitajaan tukemaan asiakkaan yksilöllisyyttä ja kunnioittamaan asiakkaan autonomiaa. (Kynäs ym. 2007, 35.) Sosiaalisista taustatekijöistä puhuttaessa hoitajan tulee olla myös tietoinen asiakkaan tuki-verkostosta. Asiakkaalta pitää selvittää haluaako hän omaisten osallistuvan ohjaukseen ja kuinka tärkeänä asiakas pitää omaisten tukea. Hoitajan tulee olla myös tietoinen omaisten ohjaustarpeista ja siitä mitä mieltä omaiset ovat asiakkaan ohjaus-tarpeista. Aina asiakkaan ja omaisen mielipiteet eivät kohtaa ja tällöin hoitajan tulee arvioida ja kunnioittaa asiakkaan omaa tahtoa, mikäli asiakkaan fyysinen ja psyykinen kunto edellyttävät asiakkaan ymmärtävän ohjauksessa tulevan informaation ja oman parhaansa. (Kynäs ym. 2007, 36.)

Psyykkiset ympäristötekijät vaikuttavat ryhmäohjauksen tunnelmaan. Ohjaustilanteeseen vaikuttaa helposti ohjauksen ajan puute kiireen vuoksi. Kiireen näkyminen ohjauksessa horjuttaa ohjaajan ja ohjattavien suhdetta. Kiire ohjauksessa voi välittyä myös tilasta, siksi sen pitäisi olla rauhallinen ja äänieristetty paikka, missä ei ulkopuolen melu häiritse. Hoitajan ja ohjattavan tulisi olla samalla tasolla, mikä kuvastaa ohjattavan ja ohjaajan tasavertaisuutta. (Kynäs ym. 2007, 37.)

4 RYHMÄOHJAUKSEN SUUNNITTELU JA TOTEUTUS

Toteutamme opinnäytetyössämme ryhmäohjauksen Keski-Suomen keskussairaalan vatsakirurgian osasto 22:lle kohdun, emättimen ja peräsuolen laskeuma leikkaukseen tuleville. Työmme tavoite on kehittää ohjausta osastolla siten, että jatkossa ryhmäohjauksella tulee olemaan taloudellista ja ajallista hyötyä. Tarkoituksenamme on selvittää ryhmäohjausmallin toimivuus osastolla. Suunnittelemme sopivan ryhmäkoon, ohjauksen sisällön, järjestyksen ja annamme ehdotuksia tukimateriaalin kehittelyä varten.

Keväällä 2010 otimme yhteyttä Keski-Suomen keskussairaalaan vatsakirurgian osaston 22 apulaisosastonhoitajaan. Tiedustelimme heidän tarvettaan opinnäytetyölle. Osasto kiinnostui tarjoamaan meille opinnäytetyön aiheen, liittyen Fast track -hoitomallin kehittämiseen. Aiheemme tarkentui leikkausta edeltävän ryhmäohjauksen kehittämiseen osastolle, jonka päätimme osaston sekä opettajan kanssa toteuttaa kirjallisuuskatsauksen muodossa. Kirjallisuuskatsauksen pohjalta toteutimme ryhmäohjauksen sisällön ja perustelimme ohjausmuodon valinnan.

Osaston toiveen mukaan etsimme tietoa ja tutkimuksia, jotka tukevat ryhmäohjausta. Lisäksi osasto toivoi, että etsimme tietoa siitä, kuinka ryhmäohjausta on aiemmin käytetty. Käytimme ryhmäohjauksen tietopohjana aiempia tutkimustuloksia. Ryhmäohjauksen yhtenä tavoitteena on saada tieto potilaalle ymmärrettävään muotoon sekä tiedon tulisi olla tiivistä ja yksinkertaista. Ryhmäohjauksessa tulisi välttää ammattikieltä ja kertoa asiat maallikkokielillä. Suunnittelimme ryhmäohjauksen sisällön keräämämme lähdeaineiston perusteella. Testasimme ryhmäohjauksen sisällön opiskelijaryhmällä. Koeryhmän tehtävänä oli antaa palautetta ohjauksesta. Palautteen perusteella teimme suunnitelmaan tarvittavat muutokset varsinaista pilotti potilasryhmäohjausta varten.

Osasto toivoo, että fast track -hoitomallin ohjausryhmän koko olisi 4-6 henkilöä. Ryhmään tulevat ovat kohdun-, emättimen- tai peräsuolenlaskeuman takia leikkaukseen meneviä miehiä tai naisia. Potilasryhmäohjauksen jälkeen on lyhyt yksilöohjaustilanne, missä käsitellään henkilökohtaiset asiat ja kartoitetaan potilaan terveydentila. Varsinaisessa ryhmätilanteessa ei käsitellä kenenkään potilaan henkilökohtaisia asioita.

Opinnäytetyö prosessi eteni siten, että keväällä 2010 opinnäytetyömme idea hyväksyttiin. Syksyllä 2010 keräsimme tietoa ryhmäohjauksesta sekä fast track -hoitomallista. Tietoa fast track -hoitomallista, ryhmäohjauksesta sekä niiden tuloksista löytyi lähinnä ulkomaalaisista lähteistä. Saatavilla olevien lähteiden pohjalta kokosimme teoriaosuuden opinnäytetyöhömmme.

Opinnäytetyömme suunnitelma hyväksyttiin syyskuussa 2010, jolloin pidimme suunnitelmaseminaarin Mikkelin ammattikorkeakoulussa. Joulukuussa 2010 pidimme testiryhmän opiskelijoille ja aloimme työstämään opinnäytetyön teoriaosuutta. Tammi-kuussa osaston oma avannehoitaja veti varsinaisen pilotti ryhmän potilaille. Me

seurasimme pilotti ryhmää sivusta ja ryhmäohjauksen jälkeen teimme pienimuotoisen kyselyn siitä, kuinka asiakkaat kokivat ryhmätilanteen. Ryhmätilanteen jälkeen kirjoitimme raportin siitä, kuinka ryhmätilanne sujui, mitä pitää kehittää ja missä onnistuttiin.

Opinnäytetyömme on toiminnallinen opinnäytetyö, koska tuotamme ja mallinamme opinnäytteenämme ryhmäohjauksen osastolle. Toiminnallinen opinnäytetyö on vaihtoehto tutkimukselliselle opinnäytetyölle. Toiminnallinen opinnäytetyö on lähellä käytännön toimintaa ja tarkoitus on oppinäytetyöllä ohjeistaa, opastaa tai järjesteä toimintaa. Toteutustapoja voi olla monia esimerkiksi tapahtuman tai ohjekirjan toteutus. Ammattikorkeakoulun opinnäytetyössä kuitenkin yhdistyvät aina toteutus ja sen raportointi. Vilkka & Airaksinen mukaan opinnäytetyön tulisi olla työelämälähtöinen, käytännönläheinen, tutkimuksellisella asenteella toteutettu ja osoittaen alan tietoja ja taitojen hallintaa. (Vilkka & Airaksinen, 2003, 9 –10.)

4.1 Opiskelijaryhmä

Ryhmäohjauksen testaaminen tapahtui terveydenhoitajaopiskelijoille Mikkelin ammattikorkeakoulussa joulukuussa 2010. Suunnittelimme ryhmäohjauksessa käsiteltäviä asioita ja laadimme materiaalin pohjalta power point esityksen, joka oli esityksemme tukena. Testiryhmän tarkoituksena oli selvittää ohjausmateriaalin kelpoisuus. Siksi pyysimme opiskelijaryhmää antamaan meille palautetta työstämme. Palautteen antaminen tapahtui kirjallisesti ja vapaamuotoisesti. Ohjausta oli opiskelijaryhmän lisäksi kuuntelemassa opinnäytetyötä ohjaava opettajamme sekä tuntiopettaja. Myös he antoivat palautetta. Palautetta halusimme asian sisällöstä sekä siitä, oliko jotakin asiaa liikaa ja mitä tarvitaan lisää. Saimme palautteen perusteella monta hyvää kehitysideaa, mutta osa palautteista oli myös ristiriitaista eli toiset kokivat asian hyväksi kun toinen opiskelija koki saman asian huonoksi.

Opiskelijoita ohjaukseen osallistui noin 20. Opiskelijaryhmä ei kokonsa puolesta vastannut varsinaista potilasryhmää, koska potilasohjauksessa ryhmäkoon tulee olla alle 10 henkilöä. Koeryhmäämme osallistuneet olivat kaikki naisia. Ryhmäohjaustilanteen alussa jaoin kiertämään potilasohjeen, jonka potilaat saavat sairaalassa ohjaukseen tultuaan. Potilasohjeessa on kerrottu olennaisimmat asiat ravitsemuksesta, kuntoutumisesta, lääkityksestä ja kotiutumisesta.

Power point esitykseen kokosimme yleistä tietoa Fast track -hoitomallista, koska opiskelijaryhmä ei tiennyt entuudestaan aiheesta mitään. Varsinaisessa potilasryhmä pilotoinnissa ei ole tarkoitus puhua fast track -hoitomallista. Ohjauksessa kävimme läpi mitä ennen toimenpidettä, toimenpiteessä ja toimenpiteen jälkeen tulee huomioida. Selvitimme myös mitkä asiat vaikuttavat laskeuman syntyyn. Seuraavaksi kävimme läpi sen, mitä tapahtuu toimenpidepäivän iltana, toimenpiteestä seuraavana päivänä sekä kotiutumispäivänä. Kerroimme asioista ensin lyhyesti ja sen jälkeen syvensimme asiakkaiden tietoa. Lopuksi kerroimme kivunhoidosta, lääkehoidosta, ravitsemuksesta, kuntoutumisesta, haavanhoidosta ja lopuksi kotiutumisesta. Testiryhmän ohjaus kesti tunnin verran. Varsinaiseen potilasryhmäohjaukseen tunti on varmasti myös sopiva aika.

Saimme palautetta opiskelijaryhmältä melko erilaisista asioista. Osa palautetta antaneista oli tyytyväisiä ohjaukseen, kun osa oli täysin tyytymättömiä sisältöön. Tämä kertoo mielestämme ohjauksen vaativuudesta sekä ja siitä, kuinka erilaista ja eritasoista ohjausta ihmiset tarvitsevat. Emme olleet itse täysin tyytyväisiä antamaamme ohjaukseen, joten olimme iloisia siitä, että positiivista palautetta tuli yllättävän paljon.

Saimme palautetta tiedon jäsentelystä, hoitotyön sanaston selventämisestä, ohjeiden tarkemmasta selittämisestä, ohjauksen laadusta ja laajuudesta. Olimme suunnitelleet ja harjoitelleet ohjausta useasti, mutta itse ohjaustilanteessa ja palautetta lukiessamme huomasimme virheitä ohjauksessamme. Useassa palautteessa kehoitettiin jäsentämään sisältöä uudelleen. Kerroimme ohjauksen alussa pääpiirteittäin, mistä aihealueista tulemme kertomaan ja vasta sen jälkeen syvennyimme tarkemmin ohjattavaan sisältöön. Osa palautetta antaneista oli sitä mieltä, että tuo kertaaminen oli turhaa ja osa oli sitä mieltä, että kertaus on hyvästä. Mielestämme kerroimme myös alussa liian tarkasti asioita. Aihealueiden tai vaikkapa tekemämme miellekartan esittäminen olisi alussa riittänyt. Ohjattavien osa-alueiden järjestyksestä saimme myös palautetta. Päädyimme esittämään alussa hoitopäivien tapahtumat ja tavoitteet kullekin päivälle ja sen jälkeen käsitelimme tarkemmin eri osa-alueita, kuten ravitsemusta ja kivunhoitoa. Osa opiskelijoista kritisoi liiallista toistoa. Mielestämme asiat tulee esittää hoitopäivien tapahtumien mukaisessa järjestyksessä, eikä lainkaan palata kertomaan niistä aihe-alueiden mukaisesti. Näin sisältö pysyy selkeässä järjestyksessä.

Hoitotyön sanaston selittämistä olemme pyrkineet huomioimaan koko opinnäytetyön prosessin ajan huomioimaan. Opiskelijaryhmäohjauksessa käytimme hoitotyön sanas-

toa ja selvitimme ne suullisesti. Palautteesta käy ilmi, että osan ohjattavista oli sitä mieltä, että hoitotyön sanastoa olisi tullut selventää tarkemmin. Potilas ryhmäohjauksessa tuleekin tarkkaan harkita, käyttääkö hoitotyön sanastoa lainkaan. Jos sanastoa käyttää, tulee ne mielestämme mainita suullisesti ja jättää ne pienelle huomiolle. Näin asiakas saa selkeämmän kuvan sekä tunteen siitä, etteivät sairaalassa tapahtuvat asiat ole niin monimutkaisia.

Ravitsemusohjeisiin liittyen saimme palautetta, jonka mukaan ohjeita kehoitettiin tarkentamaan. Sairaalan potilasohjeessa todetaan hyvin lyhyesti, että tulee syödä helposti sulavia ruokia. Tähän moni toivoi tarkennusta ja toivoi kerrottavan tarkasti mitä tulee syödä ja mitä ei.

Palautteet ohjauksen laajuudesta olivat hyvin ristiriitaisia. Muutama oli sitä mieltä, että asiakkaat oikeassa ohjaustilanteessa tuskin jaksavat kuunnella tuntia, mutta osa taas halusi asioita selitettävän vielä tarkemmin. Mielestämme toimenpiteeseen tuleva asiakas tahtoo kuulla kaiken oleellisen hoitomallista jotta pystyy valmistautumaan toimenpiteeseen turvallisella mielin.

Muutama kommentoi kipuaiheen käsittelyä, koska heidän mielestään kivusta tuli pelottava kuva. Mielestämme on kuitenkin tärkeää kertoa asiakkaalle rehellisesti, että kivun tunteesta tulee kertoa, koska oikealla kivunhoidolla pystytään vaikuttamaan potilaan toipumiseen leikkauksesta. ”Vieroittaa” sanan käyttöä arvosteltiin myös, koska siitä saattaa tulla mielikuva addiktista. Sanavalintojen käyttö ohjaustilanteessa tulee miettiä tarkkaan. Nukutukseen ja kipuepiduraaliin toivottiin lisää selvennystä, sillä ne tuntuivat osan mielestä hieman pelottavilta asioilta. Näistä toivottiin lisää tietoa ja tietoa erityisesti niiden riskeistä.

4.2 Potilasryhmä

Potilasohjauksen pilotointi järjestettiin Keski-Suomen keskussairaalassa helmikuussa 2011. Ryhmäohjaukseen osallistui 4 kyseiseen leikkaukseen tulevaa potilasta. Ryhmäohjaus järjestettiin neuvottelutilassa. Tila oli rauhallinen ja kaiken puolin sopiva ryhmäohjaukseen. Ohjaustilanteessa ohjattavat asiakkaat ja ohjaaja istuivat pöydän ääressä samalla tasolla niin, että kaikki pystyivät näkemään toisensa. Meidän lisäksi ohjaukseen osallistui sivullisena osaston sairaanhoitaja.

Ohjattavat potilaat oli kutsuttu kirjeitse ohjaukseen noin kahta viikkoa aikaisemmin. Kutsun mukana oli laatimamme saatekirje (Liite 2). Kutsussa pyydettiin tulemaan suoraan vatsakirurgian osastolle 22, jossa potilaat otti vastaan sairaanhoitaja. Sairaanhoitaja kävi jokaisen kanssa läpi henkilökohtaisen aikataulun, minkä jälkeen siirryimme ryhmäohjaukselle varattuun tilaan. Esittelimme itsemme ohjauksen alussa ja kerroimme, että keräämme lopuksi pienimuotoisen palautteen ohjauksesta.

Ryhmäohjaus kesti 50 minuuttia. Avannehoitaja käsitteli ohjattavat asiat vatsakirurgian osasto 22:n oman potilasohjeen mukaisesti aihepiireittäin. Ohjaaja kehotti ohjattavia kysymään, jos ohjauksen aikana heille tulisi kysymyksiä mieleen. Ohjauksen aikana muutama asiakas esitti leikkaukseen liittyviä kysymyksiä. Kysymyksiä ohjattavien keskuudessa herätti muun muassa aiempi kokemus leikkauksessa käytetystä hiilidioksidista ja sen tuomasta kivusta, peräruiskeen toimivuus sekä nukutusmuoto. Ohjaaja vastasi näihin kysymyksiin mahdollisimman hyvin eikä ohjattaville jäänyt ohjauksen jälkeen epäselvyyksiä.

Ohjaustilanteen jälkeen keräsimme ohjattavilta palautetta. Kysyimme ”Mitä mieltä olitte ohjauksen sisällöstä? Jäikö jokin oleellinen puuttumaan tai olisitko halunnut lisää tietoa jostakin aiheesta?” Kaikki vastanneet antoivat positiivista palautetta ja yleinen mielipide oli se, että ohjattavat saivat tarpeellisen tiedon ja kysyttävää ei jäänyt. Toisena kysymyksenä kysyimme ”Olisitko mieluummin osallistunut yksilöohjaukseen kuin ryhmäohjaukseen?” Kolme neljästä vastanneista piti ryhmäohjausta hyvänä ohjaustapana ja yksi vastanneista oli sitä mieltä, että ryhmäohjaus oli parempi vaihtoehto kuin yksilöohjaus. Kolmantena kysymyksenä kysyimme ”Muita parannuksia ryhmäohjaukseen?” Vastanneilla ei tällä hetkellä ollut kehittämisehdotuksia.

4.3 Leikkausta edeltävän ryhmäohjauksen mallinnus

Tuotimme opinnäytetyönämme mallinnuksen leikkausta edeltävästä ryhmäohjauksesta, kohdun- emättimen ja peräsuolenlaskeumapotilaille. Tuotokset ovat työn liitteenä (Liite 4). Tuotos on miellekartta malliin tehty kaavio ryhmäohjauksessa käsiteltävistä asioista. Miellekartassa ylimmässä tasossa ovat käsiteltävät aihealueet ja näiden alle on listattu tarkemmin aihealueesta kerrottavia seikkoja. Ensimmäisessä tasossa on esitetty ryhmäohjauksessa mielestämme oleelliset käsiteltävät aihealueet. Aihealueet ovat sairaudesta kertominen toimenpiteestä kertominen, ravitsemus, liikunta, lääkehoito, ja seksuaalisuus. Nämä ovat tärkeimmät osa-alueet juuri tämän potilas ryhmän

kohdalla, koska Fast track -hoitomalliin liittyy oleellisesti ravitsemuksen, liikunnan ja kivunhoidon hyvä ohjaus ja potilaan valmentaminen. Toimenpiteestä kertomien kuuluu oleellisesti toimenpidettä edeltävään ohjaukseen. Kyseinen potilas ryhmä tarvitsee mielestämme myös ohjausta seksuaalisuudesta, koska potilaan tila vaikuttaa oleellisesti potilaan minä kuvaan ja kuvaan omasta seksuaalisuudesta.

Toisella tasolla on kuvattu näiden ensimmäisen tason aiheista seuraavaksi oleellisimmat seikat ja kolmannella tasolla on syvennetty vielä tietoa aiheesta. Mallinnuksen tarkoitus on esittää selkeästi mielestämme oleellisemmat ohjaustilanteessa käsiteltävät aiheet. Päädyimme juuri näihin teemoihin kirjallisuuden ja löytämiemme tutkimusten perusteella. Lisäksi haimme valitsemillemme aiheille tukea oppilasryhmän palautteen mukaan. Palautteen mukaan käsiteltävät aiheet olivat oleellisia ja tietoa tarjottiin kattavasti. Potilasryhmän asiakkaat olivat myös tyytyväisiä ohjauksen sisältöön, joten miellekarttamme oli myös tämän perusteella hyvin onnistunut.

Osana mallinnusta teimme taulukon, johon on koottu teoritiedon pohjalta yhteen vedon ohjaajan ja asiakkaan välisestä asiakassuhteesta (Liite 1). Ensimmäiseen taulukon osaan on listattu ohjaustilanteessa huomioitavat seikat sekä asiakkaan, että ohjaajan näkökulmasta katsottuna. Katsottaessa ohjaustilannetta asiakkaan näkökulmasta täytyy huomioida asiakkaiden erilaiset oppimistyyliä, asiakas on tilanteessa oppija ja tätä oppimisprosessia tulee tukea, tulee miettiä olisiko omaisten osallistumisesta ohjaustilanteeseen hyötyä. Etukäteen tulee myös suunnitella oppimista tukevaa materiaalia joka mielellään lähetetään asiakkaalle etukäteen jotta valmistautuminen olisi mahdollisimman hyvää. Asiakkaalle ryhmä tuo usein kannusteen, mikä tukee ryhmäläisten oppimista. Ohjaajan näkökulmasta katsottuna ryhmäohjaus säästää aikaa verrattuna yksilöohjaukseen, ryhmäohjaus vaatii ohjaajalta tiettyjä taitoja ja ohjaajan täytyy olla pätevä ja päivittää säännöllisesti tietojaan ohjausta varten. Vaikka asiakkaita ohjataan ryhmänä, tulee silti jokainen ryhmäläinen huomioida yksilönä ja tämä vaatii ohjaajalta tiettyä ammattitaitoa. Ohjaajan tulee olla helposti lähestyttävä, jotta ryhmässä kynnys kysyä epäselvistä asioista olisi mahdollisimman matala. Tutkimusten perusteella on voitu osoittaa, että hyvä ohjaus vähentää hoitajien työn kuormitusta sekä tuo rahallista säästöä.

Toiseen sarakkeeseen on koottu mahdolliset odotukset asiakkaan ja ohjaajan näkökulmasta. Asiakas odottaa ryhmäohjauksen olevan tilanne, jossa on muita samassa

tilanteessa olevia ja saavansa heiltä tiettyä tukea. Asiakas myös odottaa saavansa mahdollisimman kattavaa tietoutta käsiteltävästä aiheesta. Ohjattava myös odottaa, että ohjaaja johtaa tilannetta ja on ammattimainen. Ohjaaja puolestaan odottaa, että asiakkaalla on aidosti halua oppia ja että he ovat motivoituneita. Ohjaajan on myös oletettava, että asiakkaat kysyvät rohkeasti ohjauksen aikana jos jokin jää epäselväksi ja että asiakkaat ovat etukäteen tutustuneet lähetettyyn materiaaliin.

Asiakkaan vahvat ennakkosenteet ja uskomukset ohjaustilanteesta tai ohjattavista asioista, voivat esteitä ohjauksen onnistumiselle. Asiakkaat ovat myös voineet kuulla tuttavilta kokemuksia tilanteesta ja tämä saattaa myös luoda tietyn ennakkosenteen. Ohjauksen onnistumiseen vaikuttavat lisäksi asiakkaan taustatekijät, itsekunnioitus ja itsetuntemus. Asiakkaalla saattaa myös olla häpeän tunteita, mikä voi osaltaan luoda heikot oppimispuitteet. Jotkin asiakkaat voivat myös kokea ryhmätilanteen myös ahdistavana ja se luo osaltaan painetta ohjauksen. Asiakkaalla tulee myös olla tietty turvallisuuden tunne ryhmässä, jotta hän uskaltaa rohkeasti kysyä mieltä askarruttavista asioista. Ohjaajan puolesta esteitä hyvälle ryhmäohjaustilanteelle voi olla tiukka aikataulu, joka voi luoda kiireen tunteen ja ohjaustilanteen hankala tai painostava ilmapiiri.

5 PROSESSIN KUVAUS

Mielenkiintoisen ja tärkeän ryhmäohjauksen järjestämisestä tekee tulevaisuuden tuomat taloudelliset haasteet ja odotettavissa oleva henkilöstöpula, siksi onkin kannattavaa lisätä nopean toipumisen hoitomalleja, sekä järjestää enemmän ryhmäohjausta. Fast track -hoitomalli on edullinen hoitomalli ajatellen niin potilaan kuin sairaalan näkökulmasta. Taloudellisten haasteiden edessä ohjausmenetelmiin tullaan varmasti tulevaisuudessa kiinnittämään huomiota. Tutkimustulosten perusteella on voitu jo nyt osoittaa ryhmäohjauksen säästävän resursseja hoitotyössä. Positiivista on myös se, että tutkimusten mukaan myös asiakkaat itse ovat tyytyväisempiä ryhmäohjaukseen.

Prosessin tiedonhankinta vaiheessa etsimme tietoa fast track -hoitomallista ja ryhmäohjauksesta. Lähinnä etsimme tutkimustuloksia ja raportteja hoitomallin käytöstä niin Suomessa, kuin kansainvälisesti. Etsimme tietoa Jyväskylän kaupungin kirjastosta, Jyväskylän sekä Mikkelin ammattikorkeakoulujen kirjastoista, lisäksi käytimme Mikkelin ammattikorkeakoulun kirjaston Internet tietokantaa. Fast track -hoitomallista etsimme tietoa käyttämällä samaista hoitomallin nimeä ja englanninkielisiä lähteitä

etsiessämme hakusanana oli fast track surgery. Hoitomallista löysimme lähinnä englanninkielisiä Internet lähteitä, joita työssä käytimme selventäessämme hoitomallin käyttöä. Lisäksi käytimme työssä vatsakirurgian osaston 22 ohjeita hoitomallista. Etsiessämme lähteitä ryhmäohjauksesta käyttämiämme hakusanoja olivat muun muassa potilasohjaus, potilasneuvonta, ryhmäohjaus, ryhmänohjaus, ohjaaminen hoitotyössä ja group counselling. Kirjalähteitä aiheesta löytyi vähän ja ainoa hoitotyöhön suuntautuva kirja oli Helvi Kyngäksen, Ohjaaminen hoitotyössä. Muita aihetta sivuavia kirjoja ja lehtiartikkeleita löytyi muutamia.

Prosessin eteneminen oli alussa hankalaa, koska itsellämme oli aluksi epäselvä käsitys siitä, mitä meidän pitää työssämme tehdä. Opinnäytetyön prosessin alkuvaiheessa teimme osittain turhaakin työtä ennen, kuin saimme osastolta tarkennusta opinnäytetyöhömmme. Kävimme useasti osastolla keskustelemassa heidän toiveistaan ja lopulta aihe saatiin rajattua molemmille osapuolille sopivaksi. Saatuamme tarkkan aiheen kirjoittaminen lähti sujumaan prosessin omaisesti.

5.1 Tuotoksen arviointi ja ammatillinen kasvu

Prosessin aikana opimme ja saimme uutta tietoa yleisesti ohjauksesta sekä mielenkiintoista oli lukea tutkimustuloksia siitä, millaisia tuloksia ryhmäohjauksesta on saatu. Prosessin alussa paneuduimme lähteiden etsimiseen ja huomasimme itse ryhmäohjauksen käytöstä Suomessa löytyvän vähän tietoa. Ryhmäohjauksesta on Suomessa käytetty melko vähän potilaan ohjauksessa. Lähteiden etsiminen oli haastavaa ja prosessin aikana opimme etsimään lähteitä erilaisista paikoista. Opimme myös olemaan kriittisiä lähteiden suhteen ja mietimme tarkkaan, millaista lähdettä voimme käyttää työssämme.

Työtä tehdessä opimme ohjauksesta ja sen merkityksestä hoitotyössä. Prosessin aikana sisäisti sen kuinka paljon hoitotyössä tapahtuu ohjausta niin, että emme tiedosta sitä ohjaukseksi. Omassa työskentelyssä kiinnittää huomiota siihen enemmän nyt kuin aiemmin. Ryhmäohjauksen koepilotointi Mikkelissä opiskelijaryhmälle auttoi huomaamaan sen, että ryhmäohjauksen vetäminen on hankalampaa kuin yksilöohjauksen. Vaikka olimme suunnitelleet ohjauksen tarkkaan ja miettineet mitä puhumme, niin silti ohjauksesta jäi sekava kuva.

Eettisyyden huomioiminen ohjaustilanteessa on hyvin tärkeää. Ohjaustilanteessa eettisyys tulee esille liittyen muun muassa asiakkaan oikeuksiin, kuten yksilöllisyyteen. Ohjaustilanteessa ohjaajalla on ammatillinen vastuu ohjauksen eettisyydestä. Ohjauksessa potilaan oikeuksiin kuuluu saada luotettavaa, tutkittua sekä uusinta tietoa ohjattavista asioista. (Kyngäs ym. 2007, 154.)

Ohjaajan eli hoitajan kuuluu ohjaustilanteessa työskennellä eettisesti oikein. Eettiseen työskentelyyn kuuluu muun muassa ihmisarvon kunnioittaminen ja omien arvojen selkeyttäminen. Silloin, kun hoitaja on miettinyt itsenäisesti omia arvojaan, on hänen helpompi tunnistaa ohjaustilanteessa esiin nousevia eettisiä kysymyksiä. Hoitajan kuuluu osata myös tarkastella ja pohtia omaa työtänsä eettisestä näkökulmasta. Jotta ohjaaja voi edistää ohjattavien hyvinvointia, tulee hänen tunnistaa omat voimavaransa. Mikäli ohjaajan omat voimavarat eivät juuri sillä hetkellä riitä ohjauksen antamiseen, ei hän pysty edistämään asiakkaiden tietämystä ja hyvinvointia parhaalla mahdollisella tavalla. (Kyngäs ym.2007,154–155.)

Ohjaussuhteessa hoitajalla on enemmän vastuuta ja velvollisuuksia kuin ohjattavalla. Hoitaja- asiakas suhteessa asiakkaalla ei ole eettisen ohjeita, miten hänen kuuluu toimia, kun taas hoitaja työskentelee näiden eettisten ohjeiden mukaisesti. Asiakkaan vastuu ohjaussuhteessa korostuu siten, että potilas tuo oikeat tiedot hoitajan tietoon, jotta ohjaus voidaan toteuttaa asiakkaan terveyttä edistäen. Asiakkaan tulee myös kunnioittaa toista ihmistä muun muassa siten, että tulee ajoissa sovittuun tapaamiseen ja asiakas käyttäytyy asiallisesti ohjaustilanteessa. (Kyngäs ym. 2007, 155–156.)

Potilasohjausta järjestettäessä eettisesti tulee miettiä esimerkiksi seuraavia asioita. Ohjauspaikka tulee olla rauhallinen, ohjaukselle on riittävästi aikaa sekä ohjaajalla on tarvittavat taidot ohjaamiseen. Ohjauksen tulisi olla potilaslähtöistä sekä ohjaus tulee olla tasa-arvoista. (Kyngäs ym. 2007, 157.)

Eettistä näkökulmaa työhömmme toi toimenpiteen laatu, joka saattaa olla hyvinkin häpeällinen aihe. Ryhmäohjaus luo tilanteeseen tietynlaisen haasteen. Eettisen haasteen loi myös miesten ja naisten samanaikainen ohjaus. Itse emme pystyneet potilasmateriaaliin vaikuttamaan ja osasto halusi ohjata molemmat sukupuolet samalla kerralla. Mielestämme olisi hienoa, jos potilaat olisi mahdollista jakaa sukupuolen mukaan ryhmiin. Näin luotaisiin lisää turvallisuuden tunnetta ohjaustilanteeseen.

Potilas pilotointiryhmässä kunnioitettiin eettistä työskentelyä. Hoitajan eli ohjaajan käyttäytyminen oli eettisesti oikeaa kaikin tavoin. Ohjaus järjestettiin rauhallisessa paikassa ja ohjauksesta ei ollut kiireen tuntua. Ryhmäohjaukseen kutsutut olivat ajoissa paikalla sekä ilmapiiri ohjaajan, että ohjattavien välillä oli sopuisa ja rauhallinen.

Huomioimme työssämme myös potilaiden tietosuojan ja se ei vaarantunut työn missään vaiheessa. Osasto suoritti potilasvalinnat ja lähetti heille kutsukirjeet kotiin. Keräsimme palautteet ryhmäohjauksesta nimettöminä, emmekä missään vaiheessa saaneet tietää potilaiden henkilöllisyyttä.

Löytämämme tutkimustulokset ja saamamme potilaspalaute tukivat toisiaan. On kuitenkin huomioitava, että saamamme palautemäärä oli pieni ja siksi ei kovin luotettava. Tulosten luotettavuutta olisi lisännyt palautteen kerääminen suuremmalta potilasryhmältä, mutta suurempi otanta ei ollut realistista toteuttaa opinnäytetyössämme.

5.2 Jatkosuunnitelma

Ryhmäohjaus kohdun-, emättimen-, ja peräsuolen laskeumapotilaille onnistui hyvin ja palaute oli positiivista. Erityisesti osaston avannehoitajat kokivat ohjauksen vähemmän kuormittavaksi ohjausvaihtoehdoksi. Aiemmin he ohjasivat samat asiat yksittäin potilaille ja kokemukset tästä olivat hoitajien mukaan kuluttavia. Nyt säästyvät hoitajien voimavarat ja he pystyvät oletettavasti tarjoamaan laadukkaampaa ohjausta potilasryhmälle. Jatkotutkimusideana mielestämme olisi mielenkiintoista tehdä verrokkitutkimus siitä, kuinka yksilöohjauksessa ja ryhmäohjauksessa käyneet kokevat saamansa ohjauksen. Uskomme, että myös potilaat ovat paremmin valmistuneita tulevaan toimenpiteeseen ryhmäohjauksen jälkeen. Tätä ajatusta tukee myös potilaiden positiiviset kommentit ohjaustilanteesta. He kokivat siis hyväksi asiaksi nähdä samassa tilanteessa olevia ja saada tiettyä tukea ryhmästä. Lisäksi olisi mielenkiintoista selvittää hoitajien valmiuksia ohjata potilasryhmää ja selvittää hoitajien kokemuksia ryhmäohjauksen järjestämisestä.

Toivomme, että mallintamisen jälkeen ohjauksen kehittäminen osastolla jatkuu ja ryhmäohjausta jatketaan. Kokeilun jälkeen on vaarana palata helposti aikaisempiin toimintamalleihin, koska niin on totuttu tekemään. Opinnäytetyömme ja löydetyt tut-

kimustulokset tukevat mallin jatkamista. Aluksi ryhmäohjaus voi viedä enemmän aikaa, mutta niin kuin tutkimuksissakin todettiin, se on loppujen lopuksi resursseja säästävä hoitomuoto.

Toivoisimme, että jatkossa ryhmäohjausta tultaisiin soveltamaan myös muihin potilasryhmiin. Aluksi on kuitenkin hyvä soveltaa ryhmäohjausta pelkästään kohdun-, emättimen- ja peräsuolenlaskeuman leikkauspotilaisiin ja katsoa miten ohjausmalli heidän kohdallaan toimii. Ryhmäohjausta kannattaa mielestämme hyödyntää, koska tulevaisuudessa se varmasti tulee kasvamaan potilaan ohjausmuotona.

6 LÄHTEET

Eskanen Jukka, 2010. Leikkausasun kehittänyt kuopiolaisyritys sai Innosuomi-palkinnon. YLE- alueuutiset. www-dokumentti.

http://yle.fi/alueet/savo/2010/12/leikkausasun_kehittanyt_kuopiolaisyritys_sai_innosuomi-palkinnon_2219289.html. Päivitetty 14.2.2010. Luettu 28.2.2011.

Etelä-Karjalan sairaanhoitopiiri, 2006. Päiväkirurgiseen anestesiaan soveltuva potilas. Duodecim terveyskirjasto. www-dokumentti.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=nix00706. Päivitetty 20.12.2006. Luettu 8.12.2010.

Ferlic, Mary, Golman, Anne, Kennedy, B.J, 1979. Group counseling in adult patients with advanced cancer. PDF-dokumentti.

[http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1097-0142\(197902\)43:2%3C760::AID-CNCR2820430253%3E3.0.CO;2-K/pdf](http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1002/1097-0142(197902)43:2%3C760::AID-CNCR2820430253%3E3.0.CO;2-K/pdf). Päivitetty 27.6.2006. Luettu 13.11.2010.

Helsingin ja uudenmaan sairaanhoitopiiri. www-dokumentti. Epiduraalinen kivunhoito. <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,818,20234,29219,29227,29230>. Päivitetty 24.2.2010. Luettu 8.12.2010.

Holmia, Silja, Murtonen Irja, Myllymäki, Hannele, Valtonen, Katariina. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. 2003. Helsinki: WSOY.

Holmia, Sinikka 2008. Ryhmäohjauksella lisää voimavaroja kroonisesta kivusta kärsivän potilaan arkeen -Interventiotutkimus. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteenlaitos. Pro-gradu tutkielma.

Holmsted, Annukka, Hönninen Hanna, ei julkaisu tietoja. Suolistosyöpäpotilaan Fast track hoito osastolla 22. Powerpoint-esitys. <http://www.colores.fi/wp-content/uploads/2009/09/suolistosyopapotilaan-fast-track-hoito-osastolla-22.ppt>.

Holmsted, Annukka, Hönninen, Hanna 2009. Fast track -hoitomallin kehittäminen vatsakirurgian osastolla 22. Mitä kuuluu 8/2009.

Jallinoja, Piia, Kuronen, Risto, Absetz, Pilvikki, Patja, Kristiina, 2006. Lääkehoidon, elintapahoidon ja ryhmäneuvonnan asema elintapasairauksien hoidossa. Suomen Lää-

kärilehti. www-artikkeli.

<http://www.fimnet.fi.ezproxy.mikkeliyamk.fi:2048/cl/laakarilehti/pdf/2006/SLL372006-3747.pdf>. Päivitetty 14.9.2006. Luettu 2.11.2010

Kairaluoma, Pekka, 2007. Fast track -kirurgian anesthesiologiset periaatteet. PDF-dokumentti. http://www.finnanest.fi/files/fasttrack_pka.pdf. Päivitetty 28.2.2007. Luettu 8.12.2010.

Kaukkila, Veli, Lehotonen, Elisa. 2007. Ryhmästä enemmän, käsikirja ryhmänohjaajan taitoja tarvitsevalle. Taittomainostoimisto visuviestintä oy, Taina Ståhl. Dark oy.

Kehlet, Henrik, Büchler, Markus W, Beart, Robert W Jr, Billingham, Richard jr. PDF-dokumentti.

http://www.sciencedirect.com.ezproxy.mikkeliyamk.fi:2048/science?_ob=MImg&_imagekey=B6T91-4HCDK25-2-C&_cdi=5101&_user=1084922&_pii=S1072751505012627&_origin=search&_coverDate=01%2F31%2F2006&_sk=997979998&view=c&wchp=dGLzVtz-zSkWA&md5=e92667e7ad803f0a19942ff2bc828a1c&ie=/sdarticle.pdf. Päivitetty 19.12.2005. Luettu 8.12.2010.

Keski-Suomen keskussairaala, lyhyt potilasohje. Peräsuolen, emättimen ja kohdun laskeumien korjaus verkolla.

Khan, Tahir Yasin, Khanzada, Tariq Wahab, Mahony, J.B.O, Mealy, K, 2008. Current perioperative management of elective colorectal resections in Ireland: When is the ideal time to introduce feeding post operatively? PDF-dokumentti.

http://www.rmj.org.pk/rmj_jan_jun_2008/original_articles/current_perioperative_management/pdf.pdf. Päivitetty 28.2.2008. Luettu 8.12.2010.

Kolorektaalipotilaan fast track –kirurginen hoitomalli ohje henkilökunnalle. Keski-Suomen keskussairaala, vatsakirurgian osasto 22. Julkaistu 4.12.2007.

Kääriäinen, Maria, Kyngäs, Helvi, 2006. Ohjaus- tuttu, mutta epäselvä käsite. Sairaanhoitaja. Verkkolehti.

http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-

[lehti/10_2006/muut_artikkelit/ohjaus-tuttu_mutta_epaselva_ka/](#) . Päivitetty 21.1.2011.
Luettu 21.3.2011.

Kääriäinen, Maria, Kyngäs, Helvi, Ukkola, Liisa, Torppa, Kaarina, 2005. Potilasohjauksen kehittämishankkeella kohti vaikuttavaa hoitotyötä. Sairaanhoidaja. Verkkolehti. http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitajalehti/12_2005/muut_artikkelit/potilasohjauksen_kehittamishankk/ . Päivitetty 12.1.2011. Luettu 12.1.2011.

Lahti, Tiina, Syrjänen, Sari, 2009. Sav-potilaan ryhmäohjaus. Sairaanhoidaja-liiton lehti 11, 10-12.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista, 785/1992. WWW-dokumentti. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>. Päivitetty 1.3.2011. Luettu 1.3.2011.

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöstä, 559/1994. WWW-dokumentti. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>. Päivitetty 1.3.2011. Luettu 1.3.2011.

Larsen, Kristian, Hansen, Torben B, Soballe, Kjeld, Kehlet, Henrik, 2010. Patient-reported outcome after fast-track hip arthroplasty - A prospective cohort study. www-dokumentti. <http://www.hqlo.com/content/8/1/144/abstract>. Päivitetty 30.11.2010. Luettu 6.12.2010.

Mensing, Carole R, Norris, Susan L 2003. Group Education in Diabetes: effectiveness and Implementation. www-dokumentti. <http://spectrum.diabetesjournals.org/content/16/2/96.full>. Päivitetty 4.1.2011. Luettu 4.1.2011.

Nutricia PreOp - optimaalista valmistautumista leikkaukseen. Nutricia-yhtiön tuote esite. PDF-dokumentti. http://nutriciafi.nutricia.fi/upload_dir/docs/preop012004.pdf. Päivitetty 8.12.2003. Luettu 8.12.2003.

Nutricia-yhtiön www-sivut. <http://nutriciafi.nutricia.fi/taydennysravintovalmisteet/>.
Päivitetty 8.12.2010. Luettu 8.12.2010.

Opetusmenetelmät opetuksen monipuolistajana, 2007. Oulun ammattikorkeakoulu,
WWW- sivut.
<http://www.oamk.fi/amok/oppimat/LO/Opetusmenetelmat06a/html/demonstraatio.htm>
Luettu 3.1.2011, Päivitetty 14.2.2007.

Orava, Marjo, 2010. Puhelinohjaus hoitotyön menetelmänä. Oulun yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu tutkielma.

Peräsuolen, emättimen ja kohdun laskeumien korjaus verkolla, ei julkaisu tietoja.
Keski-Suomen keskussairaala, kirurgian poliklinikka.

Potilasohje Fast track- peräsuolen, emättimen ja kohdun laskeumien korjaus verkolla.
Keski-Suomen keskussairaala, vatsakirurgian osasto 22. Julkaistu 13.4.2010.

Potilasohje Fast track- suolistoleikkaukseen tulevalle. Keski-Suomen keskussairaala,
vatsakirurgian osasto 22. Julkaistu 4.12.2007.

Rinkinen, Mirka 2006. Ryhmän ohjaus tuo säästöjä diabeteksen hoitoon. Savofi-Aventis yhtiön www-tiedote. <http://www.sanofi-aventis.fi/live/fi/medias/90986C5A-E3D8-4BE4-8498-EA2A21C59379.pdf>. Päivitetty 26.6.2006. Luettu 5.11.2010.

Taal, Erik, Riemsma, Rob P., Brus, Herman, Seydel, Erwin R., Rasker, Johannes J. Wiegman, Oene, 1993. Group Education for Patients with Rheumatoid Arthritis. PDF-dokumentti. <http://doc.utwente.nl/34220/1/Taal93group.pdf>. Päivitetty 9.9.2003.
Luettu 8.11.2010.

Tiitinen, Anu 2010. Kohdun laskeuma. Duodecim- terveyskirjasto. www- artikkeli. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00140 Julkaistu 5.10.2010. Luettu 16.11.2010.

Tuominen, Pertti, Rintamäki, Toivo, Jussila, Mauri, Kotisaari, Sirpa, Sipilä, Anna-Liisa, Oksa, Heikki, 2001. Suomen lääkäri-lehti. 46/2001. VSK 5. Verkkolehti.

<http://www.fimnet.fi.ezproxy.mikkeli.ami.fi:2048/cl/laakarilehti/pdf/2001/SLL462001-4727.pdf>. Päivitetty 15.11.2011. Luettu 2.11.2010.

Vilkkä, Hanna, Airaksinen Tiina, 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Wilmore, W. Douglas, Sawyer, Frank, Kehlet, Henrik, 2000. Management of patients with fast track surgery. www -julkaisu.

<http://www.bmj.com/content/322/7284/473.extract>. Päivitetty 21.12.2000. Luettu 13.11.2010.

LIITE 1.**Taulukko**

Ryhmän ohjauksessa huomioitavat seikat	
Asiakas	Ohjaaja
<ul style="list-style-type: none">• Oppimistyyli• Oppija• Omaisen mukana olo?• Materiaalia etukäteen → valmistautuminen• Ryhmän tuoma kannuste	<ul style="list-style-type: none">• Aikaa kuluu vähemmän kuin yksilöohjauksessa• Ohjaajan pätevyys ja tietojen päivitys• Asiakkaan huomioiminen• Hoitajien työnkuormitus vähenee (yhteyden otot osastolle vähenevät)• Rahalliset säästöt• Helppous lähestyä
Odotukset	
<ul style="list-style-type: none">• Tilanne, jossa kohtalotovereita• Tuki• Tiedon saanti• Ohjaaja johtaa tilannetta• Ohjaajan ammattimaisuus	<ul style="list-style-type: none">• Asiakkaalla on halu oppia, motivoituneita• Potilaat kysyvät, jos epäselvää• Potilaat ovat tutustuneet etukäteen materiaaliin
Esteet	
<ul style="list-style-type: none">• Vahvat uskomukset asioista• Kuulopuheet• Taustatekijät• Itsekunnioituksen puute• Häpeä• Ryhmän tuoma paine → uskallus kysyä, jos ei ymmärrä?	<ul style="list-style-type: none">• Tiukka aikataulu → kiire?• Ohjauksen ilmapiiri

LIITE 2.

Saatekirje

SAATEKIRJE

Hyvä vastaanottaja!

Olemme sairaanhoitajaopiskelijoita Mikkelin ammattikorkeakoulusta ja suunnitteleme opinnäytetyönämme pienryhmäohjausta vatsakirurgian osastolle 22 kohdun, - emättimen tai peräsuolenlaskeuma leikkaukseen tulevalle. Osastolla on käytössä nopeaan toipumiseen pyrkivä hoitomalli fast track, jonka mukaan hoitonne tapahtuu. Hoitomallin tarkoitus on nopeuttaa toipumistanne, kannustamalla ja teidän omaa aktiivisuuttanne tukemalla. Opinnäytetyömme tavoite on kehittää osastolla tapahtuvaa ohjausta.

Teille on suunniteltu kohdun-, emättimen tai peräsuolenlaskeuman korjausleikkaus, joka on suunniteltu tapahtuvan lähi viikkoina. Jotta toipumiseen leikkauksesta onnistuu mahdollisimman hyvin, teidän tulee osallistua nyt pienryhmäohjaukseen ennen toimenpiteeseen menoa. Ohjauksen pitää osastolla työskentelevä sairaanhoitaja ja siinä käsitellään kotona tapahtuvia valmisteluja, itse toimenpidettä sekä sen jälkeen tapahtuvaa hoitoa.

Ryhmäohjauksen jälkeen teille on järjestetty aikaa keskustella kahden kesken hoitajan kanssa henkilökohtaisista asioista. Ryhmäohjauksessa ei käsitellä henkilökohtaisia asioita, vaan ohjaus tapahtuu yleisellä tasolla.

Seuraamme ryhmäohjausta sivusta ja teemme havaintoja ohjauksesta. Opinnäytetyössämme ei ilmene henkilötietoja tai henkilökohtaisia asioita.

Ryhmäohjausta kehitetään edelleen ja siksi olisikin tärkeää, että ryhmäohjauksen jälkeen annatte niemettömästi lyhyen kirjallisen palautteen ohjauksesta ja sen sisällöstä. Palautteen antaminen on vapaaehtoista. Tarkoituksemme on kehittää ohjausta niin, että jatkossa ohjaus palvelisi entistä paremmin leikkaukseen tulevia asiakkaita.

Toimenpiteen jälkeinen jatkohoito tapahtuu vatsakirurgian osastolla 22. Toivomme teidän ottavan yhteyttä mahdollisimman pian osastolle 22, jos ette jostain syystä pääse osallistumaan ohjaukseen. Yhteistiedot löytyvät saatekirjeen lopusta.

Ystävällisin terveisin:

Tiia Matilainen
Johanna Keminen

Osaston yhteystiedot:

Keski-Suomen keskussairaala
M-siipi, -0 kerros
Vatsakirurgian osasto 22
puh. (014) 269 11 37

LIITE 3.

Kyselylomake

Hyvä vastaaja!

Pyydämme teitä ystävällisesti vastaamaan seuraaviin kysymyksiin. Vastaaminen tapahtuu nimettömänä. Kehitämme ryhmäohjausta ja mielipiteenne on meille tärkeää.

Mitä mieltä olitte ohjauksen sisällöstä? Jäikö jokin oleellinen puuttumaan tai olisitko halunnut lisää tietoa jostakin aiheesta?

Olisitko mieluummin osallistunut yksilöohjaukseen kuin ryhmäohjaukseen?

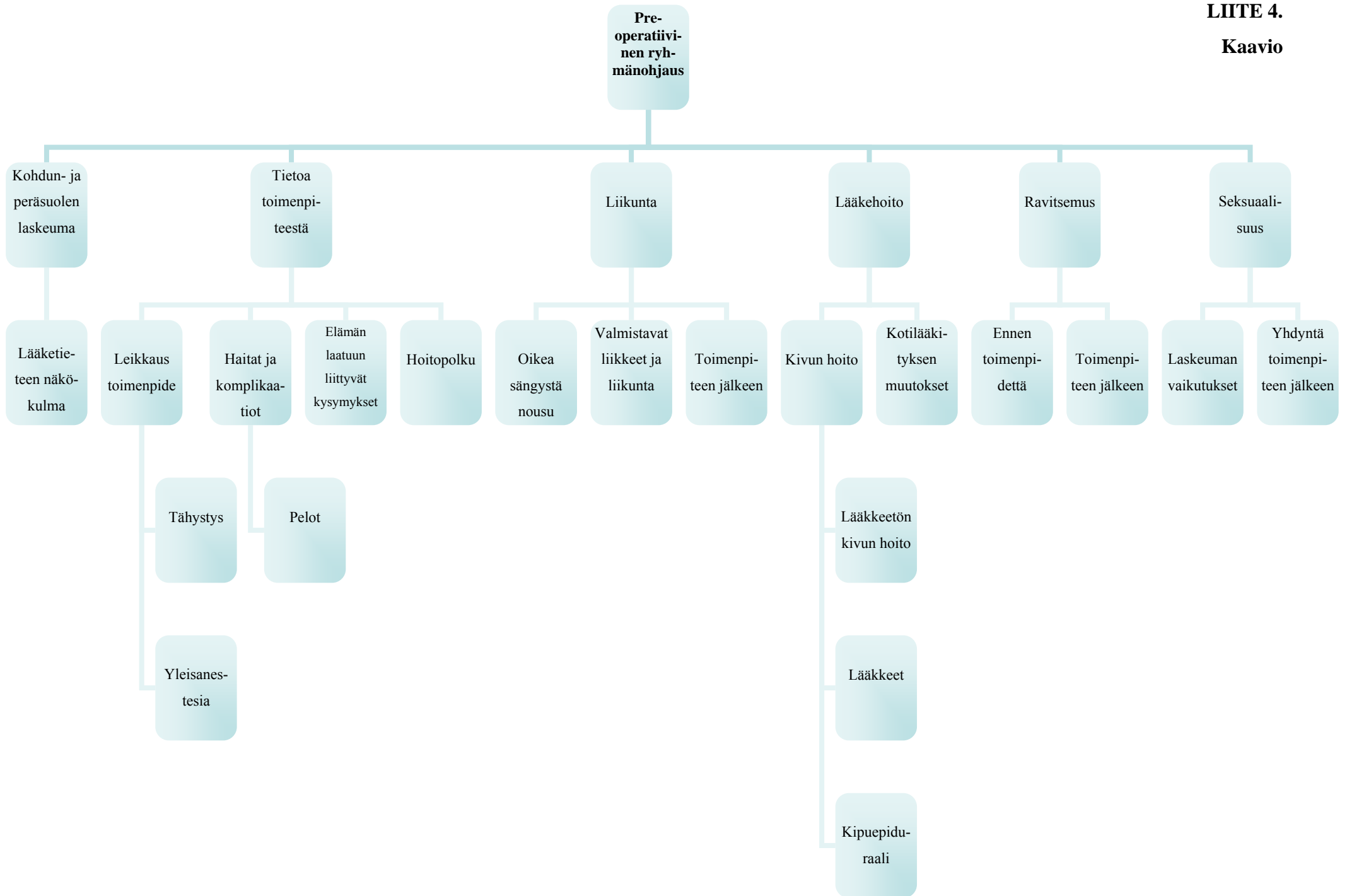
Muita parannus ehdotuksia ryhmäohjaukseen?

Kiitos vastauksestanne!

Tiia Matilainen ja Johanna Keminen

Mikkelin ammattikorkeakoulu, hoitotyön koulutusohjelma

LIITE 4.
Kaavio



Tutkimustaulukko

Tutkimus aihe/Artikkeli	Tekijä/Tekijät	Keskeiset tulokset
Pohjoispohjanmaan sairaanhoitopiiri. Työryhmä selvitti ja kehitti potilasohjausta.	Kääriäinen, Kyngäs, Ukola, Torppa 2005.	Ohjausaika oli usein riittämätön, ohjaus oli osittain riittämätöntä ennen sairaalaan tuloa liittyen sairautteen ja hoitoon
Töölön sairaala. Ryhmäohjauksen käyttö tarjoamaan SAV (eli lukinkalvonalainen vuoto) potilaille tietoa ja tukea sairaalasta saadun materiaalin lisäksi.	Lahti & Syrjänen 2009.	Hoitajien työn kuormitus vähenee, kun potilaat käyvät ohjaustilaisuuksissa. Ryhmätilaisuuden järjestäminen vei aikaa muulta hoitotyöltä, kun tehdään potilas valinnat, lähetetään kutsukirjeet, kerätään osoitte tiedot ja järjestellään muuta ohjaukseen liittyvää. Ryhmäohjauksen, potilasohjeen ja tukihenkilöiden myötä potilaiden yhteydenotot osastolle ovat vähentyneet.
Tutkimus ryhmäohjauksen toimivuudesta syöpään sairastuneiden aikuisen ohjauskeinona. Tutkimuksessa selvitettiin kuinka potilaat kokivat tilanteensa verrattuna verrokkiryhmään.	Mary Ferlic, Anne Goldman ja B.J. Kenedy, 1979.	Ryhmäohjauksessa käyneet kokivat suurta kehitystä syövän käsittämässä ja minäkuvansa parantamisessa. He myös kokivat helpommin itsensä osaksi sairaala järjestelmää ja keskelle epämiellyttävää kokemusta. Potilaat tarvitsivat eniten ohjausta ruokavalion ja seksuaalisuuden muutoksissa. Perheen mukana olo ohjauksessa auttoi perhettä tukemaan sairastunutta paremmin.
Ryhmäohjausohjelma, osana nivelreumaa sairastavan hoitotyötä. Tutkimukseen osallistuneet saivat ohjausta sekä ryhmässä, että yksityisesti. Tutkimus toteutettiin vertaamalla koe ja verrokki	Taal, Riesma, Herman, Seydel, Rasker ja Wiegman, 1993.	Tutkimuksen mukaan kehitystä tapahtui erityisesti fyysisillä, sosiaalisilla ja psykologisilla elämän alueilla. Kehitystä ei huomattu tapahtuvan kivun, sairauden kehityksen ja psyykkisten

Tutkimustaulukko

ryhmää keskenään.		<p>ja sosiaalisten seikkojen vaikutuksista terveydentilaan.</p> <p>Tutkimuksessa huomattiin kehitystä toiminnallisilla alueilla, joka tutkijoiden mukaan selittyy ryhmän ohjauksen lisäksi annetulla yksilöllisellä fysioterapeuttisella ohjauksella.</p> <p>Ryhmän ohjaus vaikutti positiivisesti harjoitusten säännöllisyyteen.</p>
<p>Selvitys ryhmäohjauksen vaikuttavuudesta ja toteutuksesta diabeteksen hoidosta aiempia tutkimuksia tulkitsemalla.</p>	<p>Mensing ja Norris, 2003.</p>	<p>Potilaat kykenivät oppimaan ja kehittyivät eniten käytettäessä yksilö-, sekä ryhmäohjausta tai kirjoitettuja tai muita audiovisuaalisia menetelmiä.</p> <p>Potilaat itse kokivat, että yksilö- tai ryhmäohjaus oli paras ohjausmuoto.</p> <p>Ryhmäohjaus on vaikuttavampi ohjauskeino, kun annetaan elämäntapa ohjausta. Kun ohjataan itsehoidon taitoja sekä ryhmäettä yksilöohjaus olivat vaikuttavia.</p> <p>Hyvä ryhmän ohjaaja on hyvin valmistautunut, kehittyy, oppii ja huomioi oppioiden mielipiteen.</p> <p>Ohjaajalla täytyy olla taito käyttää erilaisia ohjausmenetelmiä ja teorioita, sisällyttää motivoivaa haastattelua sekä mahdollistamisen tekniikoita.</p> <p>Kaiken ohjauksen avain on heidän mukaansa suhteiden luominen ja kehittäminen oppioihin, sekä heidän tukemisensa vastuunottamisessa muutoksessa sekä taito asettaa täsmällistä ja ajankohtaista tietoa.</p>
<p>Tutkimus Päijät-Hämeen alueen lääkäreiden, terveyden- ja sairaanhoitajien</p>	<p>Piia Jallinoja, Risto Kuronen, Pilvikki Absetz ja Kristiina Patja, 2006)</p>	<p>Neuvontaa voidaan soveltaa hyvin kaikkiin edellä mainittujen sairauksien</p>

Tutkimustaulukko

<p>näkemyksistä lääkehoidon, elintapahoidon ja ryhmäneuvonnan sopivuudesta tupakoinnin, DM II, aikuisten lihavuuden, kohonneen verenpaineen ja dyslipidemian hoitoon.</p>		<p>hoitoon sellaisilla potilailla, joille ryhmäneuvonta sopii.</p>
<p>Päijät- Hämeessä vuonna 2003 käynnistetty Iki-hyvä hanke.</p>	<p>Piia Jallinojan, Risto Kurosen, Pilvikki Absetzin ja Kristiina Patjan tutkimus, 2006.</p>	<p>Osa hoitohenkilökunnasta epäilee ryhmäneuvonnan kuormittavan tiukkoja aikatauluja ja pelkää, että ryhmänohjaus veisi aikaa ”normaalilta terveystyöstä”. Tutkijat ovat todenneet, että kokonaistyömäärää silmällä pitäen ryhmäneuvontaan ei vielä koeta helpottavaksi ratkaisuksi. Tietoa tarvitaan neuvonnan sisällöstä, ryhmädynamiikasta, vaikuttavuudesta, pedagogisista periaatteista ja tietoa tarvitaan ryhmäneuvonnan soveltuvuudesta ylipäänsä tautien hoitoon. Ryhmäneuvonta voidaan kokea yksilöohjausta työläemmäksi suunnitella, mikäli henkilökunta ei saa tukea työhönsä. Koulutuksen puute ja ryhmäneuvontaformaattien puute hankaloittaa työtä.</p>
<p>Tutkimuksessa tutkitaan tehoaako ryhmäneuvonta tyyppin 2 diabeetikkojen hoidonohjauksessa. Vuonna 1999 Kangasalalla käynnistettiin KASDIA-projekti. Projektin tarkoituksena on ehkäistä diabeetikoiden ateroskleroottisia sairauksia. Projektin yhteydessä tehtiin tutkimus jonka tarkoituksena oli verrata yksilö- ja ryhmäohjauksen tehoa sepelvaltimotaudin vaaratekijä</p>	<p>Pertti Tuominen, Toivo Rintamäki, Mauri Jussila, Sirpa Kotisaari, Anna-Liisa Sipilä ja Heikki Oksa, 2001.</p>	<p>Tutkimuksessa todettiin ryhmäneuvonnan olevan yksilöohjauksen veroista. Tutkijat totesivat yksilö- ja ryhmäneuvonnan olevan yhtä tehokasta diabeetikkojen hoidonohjauksessa sepelvaltimotaudin vaaratekijöiden korjaamiseksi. Tutkimuksessa todettiin myös yksilö- ja ryhmäneuvonnan olevan toisiaan täydentäviä hoitomuotoja.</p>

Tutkimustaulukko

<p>tasojen alentamisessa tyyppin 2 diabeetikoilla.</p>		
<p>Ryhmäohjauksella lisää voimavaroja kroonisesta kivusta kärsivän potilaan arkeen. Tutkimuksessa selvitetään kokemuksia lyhyestä ohjausinterventiosta kroonisesta kivusta kärsivien potilaiden kohdalla.</p>	<p>Holmia Sinikka, progradu- interventio tutkimus, 2008.</p>	<p>Tutkimus tulosten mukaan ohjauksessa voimavaroja vahvistavia tekijöitä ovat: tiedon lisääminen, vertaisryhmään osallistuminen, ohjaajan rooli, omaisten osallistuminen, turvallinen ilmapiiri ja kipukurssin kehittäminen. Keskusteleminen vertaisryhmässä koettiin hyväksi. Potilaan oloa helpotti se, että ei ole ongelmansa kanssa yksin ja että muillakin on samankaltaisia tuntemuksia. Potilas pystyi suhteuttamaan omaa tilanettaan ja uskoa omiin mahdollisuuksiinsa. Turvallinen ilmapiiri ryhmässä auttoi kertomaan omista kokemuksistaan.</p>
<p>Selvitys ryhmäohjauksen soveltuvuudesta diabeteksen pistoshoidossa. Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää onko tyyppin II diabeetikoille insuliinin aloittaminen ryhmässä yhtä tehokasta kuin yksilöohjauksessa.</p>	<p>Lääkeyhtiö Sanofi-aventis, kansainvälinen INITIATE- tutkimus. (Rinkinen, 2006).</p>	<p>Tutkimuksessa selviää, että diabeteksen hoidossa ryhmäohjaus on yhtä tehokasta kuin yksilöohjaus. Hyväksi ryhmäkooksi havaittiin 4-8 henkilöä. Ryhmäohjauksessa hoitohenkilökunnan aikaa kuluu puolet vähemmän yksilöohjaukseen verrattuna. Asiakkaat olivat hoitoonsa yhtä tyytyväisiä riippumatta siitä oliko hän saanut ohjausta ryhmässä vai yksilöohjauksena. Tärkein huomio kiinnittyi siihen, että yksilöohjaukseen kului aikaa lähes kaksinkertaisesti verrattuna ryhmäohjaukseen. Ryhmän ohjaus on resursseja säästävä ohjausmuoto, ja siksi hyödyllisempi tässä tapauksessa.</p>