

Opinnäytetyö YAMK

Terveysala

Kliininen asiantuntija

2014

Hanna Laine

SYDÄNPOTILAAN OHJAUSMALLI



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (YAMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Ylempi ammattikorkeakoulututkinto | Kliininen asiantuntija

Toukokuu 2014 | 88 sivua + 10 liitesivua

Hanna Laine

SYDÄNPOTILAAN OHJAUSMALLI

Tämän projektin tarkoituksena oli kehittää, yhtenäistää ja vakiinnuttaa Tyks Vakka-Suomen sairaalan sydäntoimialueella, alueen perusterveydenhuollossa, yksityissektorilla työterveys-huollossa sekä ambulanssissa toteutuvaa sydänpotilaan ohjausta. Tavoitteena oli luoda yhteinen potilasohjausmalli kohdeorganisaatioihin. Projekti oli osa "Sairaanhoidajan toteuttama sydänpotilaan ohjaus, Vakka-Suomi" hanketta.

Kehittämiprojektiin liittyvän soveltavan tutkimuksen tavoitteena oli selvittää hoitohenkilökunnan toteuttaman potilasohjauksen nykytila kohdeorganisaatioissa. Tietoa hyödynnettiin sydänpotilaan ohjausmallin luomisessa. Aineisto kerättiin kohdeorganisaatioiden sairaanhoitajilta sähköisellä kyselyllä (n=66). Tutkimuksen lähestymistapa oli kvantitatiivinen. Aineisto analysoitiin käyttäen kuvailevia tilastomenetelmiä, kuten prosenttijakaumia, keskiarvoja ja keskihajontaa.

Tutkimustulosten mukaan hoitohenkilökunnan toteuttama sydänpotilaanohjaus oli aika onnistunutta. Ohjausprosessin eri vaiheet toteutuivat melko hyvin. Hoitohenkilökunta haki tietoa ohjauksen sisältöön ensisijaisesti erilaisten sähköisten palvelimien kautta. Ohjaustilanteessa viestintätaidot, kuuntelemisen taito ja rauhallinen ilmapiiri otettiin hyvin huomioon. Vuorovaikutus ohjaustilanteessa oli hyvää ja potilaslähtöistä. Ohjausmenetelmä valittiin potilaan ja tilanteen mukaan. Ongelmakohtiksi nousivat omaisiin liittyvän ohjauksen vähäisyys, kirjaaminen ohjausprosessin eri vaiheissa sekä ohjaukseen käytettävä aika.

Tulosten perusteella laadittiin sydänpotilaan ohjausmalli. Siinä huomioitiin jo olemassa olevat "hyvät käytännöt", joita myös teoreettisen osan mukaan pidettiin tärkeinä. Ohjausmallia kehitettäessä kiinnitettiin erityistä huomiota ongelmakohtien parantamiseksi. Ohjausmallin kehittäminen toteutettiin yhteistyössä projektiryhmän kanssa. Tyks Vakka-Suomen sairaalan kardiologian poliklinikan henkilökunta oli suureksi avuksi kehittämisprojektin läpiviemisessä.

ASIASANAT:

Ohjaus, potilasohjaus, potilasohjausmenetelmät, ohjaussuhde, sydänpotilas

MASTER'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Master of Health care | Advanced Nursing Practice

May 2014 | 88 pages + 10 appendices

Hanna Laine

THE GUIDANCE MODEL OF HEART PATIENT

The purpose of this project was to develop, unify and also stabilize the implementation of the guidance of heart patients in the Tyks Vakka-Suomi hospital's heart care unit, in the primary health services in the area, in the private sector, in their occupational health services and also in the guidance taking place in ambulances in the area. The goal was to create a communal patient guidance model to suit the target organizations. This was part of a project called "The guidance of a heart patient implemented by a nurse in Vakka-Suomi".

The aim of the applied survey in the developmental project was to clarify the present condition of patient guidance implemented by the medical staff in the target organizations. The information was made use of in the process of creating heart patient guidance model. The material was collected from the nurses of the target organizations via an electronic questionnaire (sample =66). The quantitative approach was used. The material was analyzed using descriptive statistical methods such as percentages, averages and standard deviations.

The implementation of the heart patient guidance by the medical staff was successful according to the results. The different phases of the guidance process were implemented rather well. The medical staff searched for information for the subject matter of the guidance primarily using different power servers. Communication and listening skills and a peaceful atmosphere were all paid attention to in the guidance situations. Interaction in the guidance situations was good and patient-centered. The methods for guidance were chosen based on the patient and the situation. The problematic issues were the paucity of relative-oriented guidance, the general registration during the guidance process and the time spent on guidance.

The heart patient guidance model was created based on the results. All the existing useful practices were taken into account and they were found valuable also in the theoretical section of the survey. The improvement of problem areas was paid special attention to while creating the guidance model. The development of the guidance model was implemented in collaboration with the project team. The staff of Tyks Vakka-Suomi Hospital cardiology outpatient clinic was a major help with carrying out the developmental project.

KEYWORDS: guidance, patient guidance, methods of patient guidance, guidance relationship, heart patient

SISÄLTÖ

KÄYTETYT LYHENTEET

1 JOHDANTO	8
2 KEHITTÄMISPROJEKTIN KUVAUS	10
2.1 Toimintaympäristön kuvaus	10
2.2 Kehittämisprojektin tausta ja tarve	13
2.3 Kehittämisprojektin tarkoitus ja tavoite	14
2.4 Kehittämisprojektin eteneminen	14
3 SYDÄNPOTILAS JA HOITOKETJU	17
3.1 Sepelvaltimopotilas	18
3.2 Rytmihäiriö- ja tahdistinpotilas	19
3.3 Sydämenvajaatoimintapotilas	20
3.4 Sydäninfarktipotilas	21
3.5 Läppäpotilas tai sydänleikattu potilas	22
3.6 Sydänpotilaan hoitoketju	23
4 SYDÄNPOTILAAN OHJAUS	25
4.1 Potilasohjaus osana laatua	26
4.2 Potilasohjaus prosessina	27
4.2.1 Ohjaustarpeen määrittäminen	27
4.2.2 Suunnittelu	29
4.2.3 Toteutus ja arviointi	31
4.3 Potilasohjauksen toteutus	33
4.3.1 Terveystieteiden ammattilaisen ja potilaan välinen ohjaussuhde	33
4.3.2 Sairaanhoidajan ohjausvalmiudet	34
4.3.3 Potilasohjausmenetelmät	35

4.4 Potilasohjauksen sisältö	39
4.4.1 Sydänsairauteen liittyvä ohjaus	40
4.4.2 Kotona selviytymistä tukeva ohjaus	41
4.4.3 Lääkehoidon ohjaus	43
4.4.4 Liikuntaohjaus	44
4.4.5 Ravitsemusohjaus	45
4.4.6 Psyykinen ja sosiaalinen tukeminen	46
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	48
5.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelmat	48
5.1 Tutkimusmenetelmä ja aineiston keruu	48
5.2 Aineiston analysointi	50
6 TUTKIMUSTULOKSET	52
6.1 Hoitohenkilökunnan toteuttaman ohjauksen sisältö	53
6.2 Hoitohenkilökunnan toteuttama ohjausprosessi	54
6.2.1 Ohjausprosessin vaiheiden toteutuminen	54
6.2.2 Ohjausmenetelmien valinta	57
6.2.3 Vuorovaikutus ohjaustilanteessa	59
7 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	62
7.1 Tutkimustulosten tarkastelua	62
7.2 Johtopäätökset	68
7.3 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	71
7.3.1 Tutkimuksen eettisyys	71
7.3.1 Tutkimuksen luotettavuus	72
8 OHJAUSMALLI	75
8.1 Ohjausprosessin näkökulmat	77

9 KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI JA POHDINTA	79
9.1 Kehittämiprojektin lähtökohdat	79
9.2 Kehittämistyöprosessin arviointi	79
9.3 Riskien hallinta	81
9.4 Jatko haasteet	83

LÄHTEET	84
----------------	-----------

LIITTEET

- Liite 1. Kyselylomake
- Liite 2. Kyselyn saatekirje
- Liite 3. Tutkimustiedote

KUVIOT

Kuvio 1. Projektin vaiheet	15
Kuvio 2. Haen tietoa ohjauksen sisältöön liittyen (n=29).	53
Kuvio 3. Toteutan sydänsairauteen liittyvää ohjausta (n=29).	54
Kuvio 4. Miten asetan tavoitteet potilasohjaukselle? (n=26)	55
Kuvio 5. Suunnittelun ohjaustilanteen etukäteen (n=26).	55
Kuvio 6. Ohjaustilanteessa huomioon otettavat asiat (n=26).	56
Kuvio 7. Kirjaaminen (n=26).	57
Kuvio 8. Ohjausmenetelmän valinta (n=25).	58
Kuvio 9. Eri ohjausmenetelmien käyttö (n=25).	58
Kuvio 10. Viestintä vuorovaikutustilanteissa väittämien keskiarvot. (Vaihteluväli 1-5)	59
Kuvio 11. Sanallisen ja sanattoman viestinnän keskiarvot. (Vaihteluväli 1-5)	60
Kuvio 12. Fyysinen ympäristö väittämien keskiarvot. (Vaihteluväli 1-5)	60
Kuvio 13. Ohjattava-hoitaja suhteissani korostuu väittämän keskiarvot. (Vaihteluväli 1-5)	61
Kuvio 14. Swot-analyysi	82

TAULUKOT

Taulukko 1. Kyselyyn vastanneiden taustatiedot n=30	52
---	----

KÄYTETYT LYHENTEET

Tyks	Turun Yliopistollinen keskussairaala
YAMK	Ylempi ammattikorkeakoulututkinto
VSSH	Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri
STM	Sosiaali- ja terveysministeriö
Ak-hoito	Antikoagulaatiohoito

1 JOHDANTO

Ohjaus hoitotyössä on keskeinen osa potilaan hoitoa. Jokainen hoitotyössä toimivan terveydenhuollon ammattilaisen tehtävä on ohjata potilasta ja sen tavoitteena on ihmisen kohtaaminen, kuuleminen ja kunnioittaminen. (Kyngäs ym. 2007, 5.) Potilaan ohjaus on moniammatillista yhteistyötä (Peltoniemi 2007). Ohjaus toteutetaan suunnitelmallisesti erilaisissa ohjaustilanteissa (Vänskä ym. 2011, 6). Ohjauksen merkitys terveydenhuollossa korostuu, koska hoitoajat lyhenevät, jolloin ohjaukselle jää vähemmän aikaa. Toisaalta hoitoaikojen lyheneminen vaatii ohjauksen tehostamista, sillä samalla oletetaan, että potilaat selviytyvät toipumisajasta kotona ja ottavat myös vastuuta oman terveytensä hoidosta. (Kyngäs ym. 2007, 5.)

Lait ja asetukset luovat ohjaustilanteen toimimiselle sekä pohjan että velvoitteen. Niiden perusteella koko ohjaustoiminta on mahdollista. Tämä tarkoittaa potilaan asemaa ja oikeuksia määrittävän lain (1992/785) ottamista huomioon potilaan ohjauksessa. Siinä sitoudutaan huomioimaan ja kunnioittamaan potilaan ihmisarvoa, vakaumusta ja yksityisyyttä. Ohjaus on toteutettava potilaan suostumuksella ja yhteisymmärryksessä. Ohjauksessa potilaalla on myös itsemääräämisoikeus, joka liittyy olennaisesti kohteluun, yhteiseen suunnitteluun ja tiedonsaantiin. Ilman näiden toteutumista on vaikea ajatella, että potilasta voitaisiin hoitaa lain määrittämällä tavalla yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. (Kyngäs ym. 2007, 17.)

Potilasohjausta on tutkittu suhteellisen paljon sekä Suomessa että muualla maailmalla. Tutkimukset ovat kohdistuneet mm. eri asiakasryhmiin, ikäluokkiin, ohjausmenetelmiin, henkilökunnan ohjausvalmiuksiin ja erilaisiin teoreettisiin lähtökohtiin. Lisäksi ohjausta on tutkittu myös hoitotyön koulutuksessa. Tutkimustulokset ovat olleet hyvinkin samansuuntaisia (Kääriäinen & Kyngäs 2005a). Aikaisempien tutkimusten mukaan potilasohjauksen onnistuminen ei ole ongelmaton (Hulpi 2004).

Tässä kehittämissuorituksessa keskitytään sydänpotilaan ohjaukseen. Ihmisen elinikä pitenee, yhä useammat ihmiset sairastavat erilaisia pitkäaikaissairauksia, joista Suomessa yleisimpiä ovat sydän- ja verisuonisairaudet. Yleisin niistä on valtimokovettumataudista johtuva sepelvaltimotauti. Teknologinen kehitys on parantanut sydänsairauksien diagnosointia huomattavasti, jolloin se mahdollistaa tehokkaamman hoidon. Koska hoitaja kohtaa sydänsairaita potilaita työssään päivittäin, on tärkeää, että hänellä on hyvät tiedot asiasta ja hän kykenee laadukkaaseen ja vaikuttavaan hoitotyöhön. (Iivanainen ym. 2010, 176,184.)

Sydänsairaudet on rajattu tässä työssä koskemaan sepelvaltimotauti-, sydämen vajaatoiminta-, infarkti-, rytmihäiriö- ja tahdistinpotilasta sekä läppä- tai sydänleikattua potilasta. Tässä työssä puhutaan yleisesti sydänpotilaan ohjauksesta ja keskitytään ohjauksen toteuttamisen kehittämiseen. Tarkoitus ei ole lähteä erittelemään jokaisen sydänpotilasryhmän ohjaussisältöä erikseen. Jokaiselle potilasryhmälle löytyvät omat tarkemmat ohjeensa, mutta keskeiset asiat ovat yhteneviä. Lyhyesti myös sivutaan ambulanssissa tapahtuvaa sydänpotilaan ohjausta, koska itse työskentelyn ensihoitajana siellä ja kohtaan sydänsairaita potilaita hoitoketjun alkupäässä.

2 KEHITTÄMISPROJEKTIN KUVAUS

2.1 Toimintaympäristön kuvaus

Turun yliopistollinen keskussairaala on yksi maamme viidestä yliopistollisesta sairaalasta. Vakka-Suomen sairaala liitettiin Turun yliopistolliseen keskussairaalaan 2007 vuoden alusta. Sen jälkeen nimeksi tuli Tyks Vakka-Suomen sairaala. Sairaala sijaitsee Uudessakaupungissa. Tyks Vakka-Suomen sairaalalla on oma virkamiesjohto, joka on suoraan Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin johtajan alainen. Sairaala tarjoaa erikoissairaanhoidon alueensa väestölle. Sen tehtävä on tutkia, hoitaa ja kuntouttaa erikoissairaanhoidon tarvitsevia potilaita. Erikoissairaanhoidon mukaan sairaalan tehtäviin kuuluu käytettävissä olevin tiedoin ja taidoin ehkäistä sairauksia ja edistää terveyttä. Tavoitteena on myös toimiva hoitoketju perusterveydenhuollon, sosiaalitoimen ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin välillä. Henkilökuntaa sairaalassa työskentelee yhteensä noin 200, joista lääkäreitä 21. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2012.)

Sairaanhoitopiiriin yhtenäistä toimintakulttuuria kehitetään määrätietoisesti siten, että potilaiden hoito, tukipalvelut ja hallinnolliset menettelyt perustuvat koko sairaanhoitopiirissä yhteiseen arvopohjaan ja yhteisesti hyväksytyihin periaatteisiin. Toiminta perustuu lakeihin. Lähivuosien suuri strateginen asia on edelleen Tyks:n ja aluesairaaloiden välinen optimaalinen työnjako. Myös perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välistä suhdetta on tarkasteltava avoimesti. Potilas on Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin tärkein asiakas. Potilaiden hoito on korkeatasoista, vaikuttavaa ja yksilöllistä. Sairaaloissa noudatetaan kokeneen ammattihenkilön standardia huomioon ottaen myös opetustilanteet. Potilaalla on mahdollisuus vaikuttaa hoitopaikan, ajankohdan ja hoitavan lääkärin valintaan sekä mahdollisuus laissa määritellyllä tavalla osallistua sairauttaan koskeviin ratkaisuihin ja saada riittävästi tietoa itseään koskevista tutkimuksista ja hoidosta. Salassapitovelvollisuutta noudatetaan tinkimättä. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2012.)

Näyttöön perustuvien hoitokäytäntöjen osuus lisääntyy. Strategiakauden aikana toteutetaan keskeisten hoitoprosessien uudelleenorganisointi ns. prosessiorganisaatioksi, jossa potilasryhmän hoitoon kohdistettu prosessi muodostaa toiminnallisen ja hallinnollisen kokonaisuuden, johon kuuluvat myös tukipalvelut. Tavoitteena on ylläpitää ja kehittää henkilöstön osaamista ja erikoissairaanhoidossa tarvittavia tietoja ja taitoja noudattamalla laadittua kehittämissuunnitelmaa, joka käsittää osaamiskartoituksen tekemisen, koulutuksen ja koulututtamisen suunnittelun ja toteuttamisen sekä perehdyttämisen ja työhön opastamisen. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2012.)

Tyks Vakka-Suomen sairaalan sydäntoimialue on osa 2013 organisaatiouudistusta, joka tähtää asiakaskunnaltaan samojen palveluiden hallinnolliseen yhdistämiseen. Sen tarkoituksena on tarjota joustavasti ilman pitkää odotusaikaa potilaslähtöistä, laadukasta, vaikuttavaa ja kustannustehokasta hoitoa sekä tutkimuksia alueellisessa erikoissairaanhoidossa. Toimintafilosofia perustuu VSSHP:N yhteisiin arvoihin, joita ovat potilaslähtöisyys, demokratia, oikeudenmukaisuus, tehokkuus, henkilöstön hyvinvointi ja jatkuva uudistuminen. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2012.)

Sydäntoimialueen päämääränä on tarjota sydänpotilaille laadukkaat ja tehokkaat hoitoprosessit yhteistyössä yli organisaatorajojen (terveyskeskus, yksityissektori ja Tyks) sekä selkeä työnjako eri toimijoiden välillä lähipalveluja tuottaen. Kokonaisvaltaista hoitotyötä toteutetaan yksilövastaisella periaatteella moniammatillisessa työryhmässä. Hoidon jatkuvuuden takaamiseksi päätöksenteo edellyttää potilaslähtöistä ajattelua, jolloin edetään suunnitelmallisesti potilaan yksilölliset tarpeet huomioiden. Potilaalle tulee antaa riittävästi tietoa, jotta hän kykenee tekemään terveyteensä liittyviä päätöksiä oman elämänsä asian tuntijana. Tavoitteena on, että potilas kokee olonsa turvalliseksi ja voi luottaa saamaansa hoitoon ja tutkimuksen laatuun. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2012.) Yhteistyö erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon kanssa vaihtelee kuitenkin alueittain hyvinkin paljon (Ekola 2007).

Tyks Vakka-Suomen sairaalan tarjoamat palvelut sydänpotilaille ovat päivystys / valvonta, jossa toteutuu akuuttihoito ja potilasohjaus sekä tehdään kardioversi-

ot. Sisätautiosastolla hoidetaan sydänpotilaita, tehdään tutkimuksia, annetaan potilasohjausta ja suunnitellaan jatkohoito. Fysioterapia on osana sydänpotilaan kuntoutusta. Kardiologinen poliklinikka tarjoaa kardiologin vastaanoton. Siellä tehdään KLF-tutkimukset, kuten rasitusergometria, 24/48 Holter, 24hRR-rekisteröinti, UKG, ESO-UKG+ kuplapurskutus, tahdistintestaus, tapahtuma – EKG, rasitus UKG, dobutamiinirasitus sekä ABI-mittaukset. Sydänhoitajan vastaanotolla annetaan potilasohjausta ja hoidetaan laboratoriokontrollit ym. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2012.)

Uudenkaupungin terveysterveyskeskus on opetusterveyskeskus, jossa henkilökunta on opetusmyönteistä. Terveyskeskuksessa ei tällä hetkellä vielä työskentele varsinaista sydänhoitajaa, mutta suunnitelmissa on saada lähitulevaisuudessa valtiomautihoitaja, joka keskittyisi niin sydän- kuin verenpainepotilaisiin. Sydänpotilas, jolla oireena on yleisesti rintakipua, tulee yleensä terveysterveyskeskukseen päivystyksellisesti, jollei hänellä ole akuuttivaivaa, joka vaatisi erikoissairaanhoitoa. Hoitaja ottaa sydänfilmin, haastattelee potilasta, kirjaa oireet, tarvittaessa ottaa pika-tnt:n sekä crp-, verenpaine-, pulssi- ja happisaturaatiomittaukset. Potilaan vanhat paperit noudetaan arkistosta, jossa ovat mahdolliset vanhat sydänfilmit. Näin voidaan tarkistella / tutkia, onko niissä eroavaisuuksia ja tarvittaessa konsultoidaan lääkäriä. Sairaanhoitajan vastaanotolla sydänpotilaille annetaan pääasiassa elämäntapaohjausta, mutta lisäksi tärkeää on antaa ohjausta Marevan lääkityksestä, kontrolloidaan verenpainetta, varataan lääkärille vuositarkastusaika ja tehdään siihen liittyvät rutiinimittaukset ym. (Kirsi Elo 2.5.2013)

Ambulanssissa ohjaaminen on keskeinen osa ensihoitajan työtä. Ohjaustilanteet tulevat vain yllättäen. Ohjausta annetaan hyvinkin laajasti erilaisista potilaita kulloinkin askarruttavista asioista. Myös omaiset kaipaavat ohjausta. Yksityissektorilla työterveyshuollossa ohjaus on samanlaista kuin terveysterveyskeskuksessa eli enemmän elämäntapa sekä sairauteen liittyvää ohjausta.

2.2 Kehittämiprojektin tausta ja tarve

Opinnäytetyöhön liittyvä kehittämisprojekti kuuluu tammikuussa 2013 Tyks Vakka-Suomen sairaalassa aloittavaan sydäntoimialueeseen. Kehittämisprojekti toteutetaan yhteistyössä Turun AMK:n kanssa. Kehittämisprojektin aihe liitettiin sydänpotilaan prosessien kuvaamisen yhteyteen. Kehittämisprojektin määrittämisen yhteydessä tuotiin esille potilasohjaukseen liittyviä ongelmia, kuten esimerkiksi se, että ohjausta annetaan, mutta hoitajan oman kokemustiedon pohjalta toisistaan poikkeavilla ohjeistuksilla ja ohjaustavoilla riippuen yksiköstä ja antajasta. Tavoitteena on, että potilas kokee olonsa turvalliseksi ja voi luottaa saamaansa hoitoon ja tutkimuksen laatuun. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2012.)

Sairaanhoitopiirin ohjepankin kirjalliset potilasohjeet ovat kesän 2012 aikana uudistettu sydänpotilaan ohjaukseen liittyen. Lisäksi sydänpotilaille tarkoitetut ohjeet ovat Tyks Vakka-Suomen sairaalan intrasivulla kardiologialinkin alla, josta ohjeet ovat helposti löydettävissä. Terveyskeskuksista ja työterveyshuolloista löytyvät samat sydänpotilaille tarkoitetut potilasohjeet. Potilasohjeita sydänpotilaalle siis löytyy hyvin.

Sydäntyöryhmä on aloittanut työskentelyn potilasohjauksen tehostamiseksi ja yhtenäistämiseksi Tyks Vakka-Suomen sairaalassa. Potilaiden tiedonsaantiin ja ohjaukseen toteuttamiseen kiinnitetään huomiota kaikkien ammattiryhmien yhteistyöllä. Projektiryhmä on valmiiksi koottuna ja hoitohenkilökunnan innostus projektin läpiviemiselle kiitettävää. Lähtökohdat projektin onnistumiselle ovat hyvät. Taustatyö on tehty laadukkaasti ja asian tärkeys ymmärretty. Kehittämisprojektin vetäjänä kiinnostus laadukkaaseen ohjaukseen perustuu omakohtaisiin kokemuksiin sekä ohjaajana että ohjattavana perusterveydenhuollossa, erikoissairaanhoidossa sekä ensihoidossa ambulanssissa.

2.3 Kehittämiprojektin tarkoitus ja tavoite

Projektin tarkoituksena on kehittää, yhtenäistää ja vakiinnuttaa Tyks Vakka-Suomen sairaalan sydäntoimialueella, alueen perusterveydenhuollossa, yksityissektorilla työterveyshuollossa sekä ambulanssissa toteutuvaa sydänpotilaan ohjausta. Potilasohjausta on tarkoitus kehittää yhteistyössä perusterveydenhuollon kanssa, jotta saataisiin parannettua sydänpotilaiden hoitoketjuja perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä alueellisesti yli organisaatiorajojen.

Kehittämiprojektin alussa tarkoituksena on kerätä hoitohenkilökunnalta kyselylomakkeen avulla tutkimusaineisto, jonka pohjalta potilasohjausmallia aletaan suunnitella. Lähtökohtana on siis selvittää potilasohjauksen nykytilaa. Lopputuotteena on tarkoitus kehittää sydänpotilaan ohjausmalli Tyks Vakka-Suomen sairaalan sydäntoimialueelle, Uudenkaupungin yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksiin sairaanhoitajan vastaanottoimintaan, yksityissektorille työterveyshuoltoon sekä ambulanssiin.

2.4 Kehittämiprojektin eteneminen

Kehittämiprojekti käynnistyi syksyllä 2012 tarkoituksena koskea sydäntoimialuetta Tyks Vakka-Suomen sairaalassa. Projektin lähdettyä käyntiin ehdotettiin, että projekti koskisi myös perusterveydenhuoltoa Uudenkaupungin alueella. Projektiin saatiin näin mukaan Uudenkaupungin yhteistoiminta-alueen terveyskeskukset, yksityissektorilta Yaran ja Valmetin työterveyshuollot sekä Sairaan kuljetus Tapani Oy. Päävastuu projektista säilyi edelleen Tyks Vakka-Suomen sairaalan sydäntoimialueella.

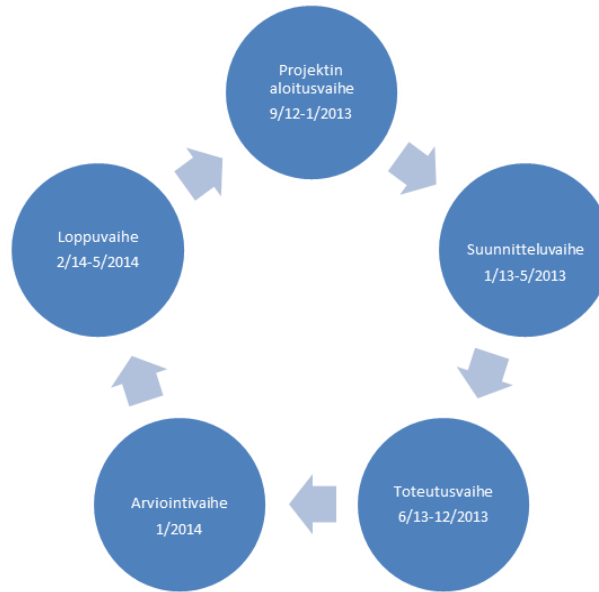
Projektin yhteydessä perustettiin alueellinen sydäntyöryhmä, jossa ovat edustajat jokaisesta projektiin osallistuneesta organisaatiosta lukuun ottamatta ambulanssia. Alueellisen sydänryhmän tarkoituksena on hioa hoitoketjut kuntoon sydänpotilaiden osalta, potilasohjauksen tehostaminen sekä tiivistää yhteistyötä organisaatioiden välillä Uudenkaupungin alueella. Tyks Vakka-Suomen sairaala-

lan sydäntöryhmä on talon sisäinen. Siinä on edustus sisätautiosastolta, päivytyksestä, fysioterapiasta ja kardiologianpoliklinikalta siis kaikista yksiköistä, joissa ollaan tekemisissä sydänpotilaiden kanssa. Potilaiden tiedonsaantiin, ohjaukseen ja neuvontaan panostetaan kaikkien ammattiryhmien yhteistyöllä.

Projektiin liittyen nimettiin projekti- sekä ohjausryhmä. Projektiryhmän kokoonpanona toimi projektipäällikkö YAMK opiskelija, sydäntoimialueen vastuuhoitaja / mentori, suunnittelija Tyks Vakka-Suomen sairaala, osastonhoitaja Uudenkaupungin yhteistoiminta-alueen terveyskeskus, vastaava hoitaja Laitilan terveyskeskus sekä sairaanhoitaja Sairaankuljetus Tapani Oy. Ohjausryhmän kokoonpano oli sama kuin projektiryhmä + johtava ylihoitaja Uudenkaupungin yhteistoiminta-alueen terveyskeskus, sosiaali- ja terveysjohtaja Laitilan terveyskeskus sekä opettajatuutori. Projektipäälliköllä oli vastuu projektin johtamisesta ja läpiviemisestä sovitussa aikataulussa.

Kehittämiprojekti eteni (Kuvio 1) kuvatun suunnitelman mukaisesti, mutta vaiheet linkittyivät osaksi päällekkäin. Projekti jaettiin vielä kahteen eri vaiheeseen. Ensimmäisessä vaiheessa haettiin teoretietoa ja aikaisempia tutkimuksia ohjauksesta. Teoriatiedon pohjalta laadittiin tutkimuskysymykset ja luotiin kyselylomake, jonka avulla selvitettiin hoitohenkilökunnan toteuttaman ohjauksen nykytilaa. Lupa tutkimukseen saatiin sairaanhoitopiiriltä. Tutkimus toteutettiin tutkimussuunnitelman mukaisesti.

Toisessa vaiheessa kehitettiin uutta toimintamallia. Tutkimustulosten valmistuttua ne esiteltiin projektiryhmälle. Yhdessä projektiryhmän kanssa suunniteltiin tuleva ohjausmalli. Kehittämisen lähtökohtana olivat tutkimuksessa havaitut kehittämishaasteet. Ohjausmalliehdotus esiteltiin alueelliselle sydäntöryhmälle. Tarvittavat muutokset potilasohjausmalliin tehtiin esille tulleiden ehdotusten mukaisesti. Valmis potilasohjausmalli tullaan kuvamaan myös sähköisessä muodossa. Lisäksi ohjausprosessikuvaus neljästä näkökulmasta tehtiin kirjallisena ja Tyks Vakka-Suomen sydäntöryhmä tulee hyödyntämään sitä sähköistä versiota tehdessään.



Kuvio 1. Projektin vaiheet ja aikataulu.

Kehittämiprojektin valmistuttua uusi potilasohjausmalli esiteltiin hankkeessa mukana oleville tahoille. Tällöin myös toivottiin, että potilasohjausmallin implementointi otettaisiin haasteena vastaan ja nimettäisiin henkilöt sen toteuttamiseen. Näin varmistettaisiin kehittämiprojektin tuotoksen hyödyntäminen hoitotyössä.

3 SYDÄNPOTILAS JA HOITOKETJU

Sydänsairaudet ovat merkittävin sairausryhmä kehittyneissä maissa. Sydän- ja verisuonisairauksien kansanterveydellinen ja taloudellinen merkitys on huomattavan suuri. (Mäkijärvi ym. 2011, 7.) Suomessa sydän- ja verisuonitaudit ovat erittäin yleisiä. Puhutaankin kansantaudista. Miehillä se on toiseksi yleisin kuollisyys. (Jaatinen & Raudasoja 2007, 64.) Viime vuosina on saatu merkittävästi uutta tietoa sydänsairauksien riskitekijöistä ja niiden hoidosta. Tärkeintä on ihmisen oma vastuu terveydestään ja elintapojen muuttaminen kuten terveellinen ravinto, tupakoimattomuus, riittävä liikunta ja lepo. Ennustetta parantavat ja oireita lievittävät lääkkeet vähentävät vaaratekijöiden vahingollista vaikutusta ja ovat tärkeä osa hoitoa. Lisäksi uudet hoito- ja tutkimusmenetelmät ovat parantaneet merkittävästi sydänsairauksien tunnistamista ja hoitomahdollisuuksia. (Mäkijärvi ym. 2011, 7.)

Sydänsairaus aiheuttaa muutoksia sydämen rakenteeseen tai sen toimintaan. Sydänsairaus voi joskus olla myös oireeton. Sydänsairaus on joko synnynnäinen tai hankittu. Tyypillisiä synnynnäisiä sydänsairauksia ovat läppäviat, väli-seinäaukot sydämen lokeroiden välillä tai verisuonien poikkeamat. Myös jotkut sydänlihassairauksista ja rytmihäiriöistä ovat synnynnäisiä. Hankitut sydänviat kehittyvät iän myötä. Niiden kehittymistä edistävät elämäntavat, lääkkeiden käyttö ja erilaiset tulehdukset. Yleisin hankittu sydänsairaus on sepelvaltimotauti ja yleisin rytmihäiriö on eteisvärinä. (Mäkijärvi ym. 2011,8.)

Sydänsairauksia voi ehkäistä. Perimälleen, sukupuolelleen tai iälleen kukaan ei voi mitään, mutta elintavoille ja riskitekijöille voi tehdä paljonkin. Terveellisellä ruokavaliolla voidaan ehkäistä sydänsairauksia. Mikään yksittäinen ravintoaine ei sinällään ole paha, vaan ruokavalion kokonaisuus on ratkaiseva. Tutkimukset ovat kiistatta osoittaneet myös liikunnan myönteiset vaikutukset useisiin elintoi- mintoihin. (Mäkijärvi ym. 2011,15, 95.)

Sydänpotilaiden sairaalajaksot ovat nykyään lyhyitä, minkä vuoksi sairaalavai- heen jälkeisen ohjauksen ja neuvonnan merkitys korostuu. Sydänpotilaiden

hoidossa korostuu läsnäolo, huolenpito ja henkinen tukeminen. Potilaan on tärkeä saada riittävästi tietoa sydäntutkimuksista, tuloksista ja jatkohoidosta. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2012.)

3.1 Sepelvaltimopotilas

Sepelvaltimotauti on tärkeimpiä ja eniten hoitoa vaativia kansantauteja (Mäkijärvi ym. 2011, 249). Siihen sairastuu vuosittain Suomessa noin 20 000 ihmistä (Korkeila, 2006, 41). Sepelvaltimotaudissa sepelvaltimot ovat vaurioituneet ja ahtautuneet (Jaatinen & Raudusojä 2007, 71). Sepelvaltimoiden läpimitta on pieni, joten suonet ovat alttiita ahtautumiselle. Niiden seinämiin kehittyy kovettumia ja niissä myöhemmin ahtautumia tai niiden repeämistä tukoksia. Taudin kehittyminen voi alkaa jo nuorena, kun valtimon seinämiin ilmaantuu rasvajuoste. Muun muassa tupakointi, korkea kolesteroli, erityisesti LDL-kolesteroli, kohonnut verenpaine ja diabetes edistävät myöhemmällä iällä rasvanjuosteen muuttumista ateroomaksi eli valtimokovettumaksi, plakiksi. (Mäkijärvi ym. 2011, 249.) Näihin vaaratekijöihin puuttuminen on keskeinen osa sepelvaltimotaudin ehkäisyä ja hoitoa (Korkeila, 2006, 41).

Kun sepelvaltimo ahtautuu, se ei pysty turvaamaan sydänlihakselle riittävää hapetusta rasituksen aikana. Rasitus voi olla luonteeltaan fyysistä tai psyykkistä tai mitä tahansa tilanteita, joissa sydämen hapentarve on kasvavat. Koska sydänlihas ei pysty käymään maitohapoilla, on katkeamaton hapen kuljetus joka puolelle sydäntä tärkeää. Kun sepelvaltimot ahtautuvat pysyvästi ja sydämen hapensaanti heikkenee sen seurauksena, tuloksena on sepelvaltimotauti. Ensioireiden ilmaantuessa sepelvaltimotauti on jo edennyt pitkälle. (Korkeila 2006, 41.)

Perintötekijät vaikuttavat verisuonten ahtautumisalttiuteen. Ravinto- ja muut elämäntapatekijät vaikuttavat siihen, miten nopeasti sepelvaltimot ahtautuvat, jos ahtautuvat lainkaan. Esimerkiksi tupakoinnin arvioidaan aiheuttavan yli kolmasosan sepelvaltimosairauksista. (Korkeila 2006, 41.) Säännöllinen liikunta on tärkeää sepelvaltimotauti potilaalle (Vauhkonen & Holmström 2012, 53).

3.2 Rytmihäiriö- ja tahdistinpotilas

Sydämen normaalia rytmiä kutsutaan sinusrytmiksi (Jaatinen & Raudusojja 2007, 81). Sydänlihaksen säännöllinen supistuminen edellyttää hyvin toimivaa tahdistusjärjestelmää. Supistusten tahdittajana toimivat sähköiset johtoratajärjestelmät. (Korkeila 2006, 55.) Normaalissa rytmissä eteiset ja kammiot supistuvat synkronoidusti. (Jaatinen & Raudusojja 2007, 81). Rytmihäiriöissä sydäntä tahdistava fokus muuttuu normaalista eli sinussolmukkeeseen sijaan sydäntä tahdistaa jokin muu osa johtoratajärjestelmää tai sydänlihasta. (Vauhkonen & Holmström 2012, 104). Sepelvaltimotauti, sydämen vajaatoiminta ja muut sydän- ja yleissairaudet aiheuttavat rytmihäiriöitä, joten hoidossa pyritään ensisijaisesti häiriöiden taustalla olevien tekijöiden mahdollisimman hyvään hoitoon (Jaatinen & Raudusojja 2007, 81).

Merkittävä osa rytmihäiriöistä liittyy jo todettuun sydänsairauteen. Rytmihäiriö voi olla joko hidas tai nopea. Suurin osa rytmihäiriöistä on hyvänlaatuisia ja väihäoireisia. (Korkeila 2006, 56.) Yleisin rytmihäiriö on lisälyöntisyys ja se tuntuu esimerkiksi muljahteluna, ”väliin jättämisenä” tai palantunteena kurkussa (Mäki-järvi ym. 2011,403, 405). Henkilöllä, jolla on todettu jokin sydänsairaus, lisälyöntisyys on yleisempää. Lisälyöntisyydelle altistavia tekijöitä ovat myös valvominen, stressi, taikka runsas kahvin tai alkoholin juominen. Tietyntyyppiset varhaiset eteislisälyönnit saattavat altistaa myöhemmälle eteisvärinälle. Rytmihäiriö voi ilmetä myös tykytyskohtauksena. (Korkeila 2006, 56.) Rytmihäiriöt voidaan luokitella niiden syntyperän mukaan eteisperäisiin ja kammioperäisiin rytmihäiriöihin sekä eteis-kammiojohtumisen ja kammioiden sisäisen johtumisen häiriöihin (Iivanainen ym. 2010, 278).

Eteisvärinä eli flimmeri on yleisin merkityksellinen rytmihäiriö. Eteisvärinässä eteiset alkavat supistella hyvin epäsäännöllisesti, nopeasti ja tehokkaasti. Vain osa sähköisistä impulsseista pääsee kammioon asti. Käytännössä pulssi tuntuu epäsäännöllisenä. Eteisvärinä voi esiintyä täysin oireettomana erityisesti iäkkäillä tai ylipainoisilla henkilöillä. Eteisvärinä altistaa monenlaisille lisäsairauksille, joista vakavampia ovat aivohalvaus ja sydämen vajaatoiminta. Eteisvärinä pyri-

tään ensisijaisesti kääntämään takaisin normaaliksi sisusrytmiksi. Mikäli sinusrytmiä ei saada palautumaan tai eteisvärinä uusiutuu toistuvasti estolääkityksestä huolimatta, voidaan eteisvärinä jättää myös pysyväksi rytmiksi. (Korkeila 2006, 56.)

Sydämentahdistin on laite, joka pystyy ylläpitämään sydämen sykettä antamalla sydänlihakseen supistuksia laukaisevia sähköimpulsseja. Tahdistin voidaan asentaa joko tilapäisesti tai pysyvästi. Tahdistin korvaa tai täydentää sydämen omaa johtoratajärjestelmää sydämen rytmin ylläpitäjänä. Tahdistinhoidolla voidaan auttaa sydäntä kolmessa toimintahäiriössä: liian hitaan rytmin kiihdyttämisessä (bradykardiatahdistin), epätaloudellisesti tai tehottomasti pumppaavan sydämen voiman palauttamisessa (vajaatoimintatahdistin) ja henkeä uhkaavien kammiooperäisten rytmihäiriöiden hoitamisessa (rytmihäiriötahdistin). (Mäkijärvi ym. 2011, 128, 489.)

3.3 Sydämen vajaatoimintapotilas

Kun sydän ei enää pysty pumppaamaan riittävästi verta elimistön tarpeisiin, puhutaan sydämen vajaatoiminnasta (Mäkijärvi ym. 2011, 303). Kyseessä on jostain sydämen toimintaan vaikuttavasta sairaudesta syntynyt oireryhmä, jonka tunnusmerkkeinä ovat hengenahdistus, huono suorituskyky ja turvotukset (Vahkonen & Holmström 2012, 78). Sydämen vajaatoiminta johtuu joko sydänlihaksen heikentyneestä pumppaustehosta tai suurentuneesta kuormituksesta. Seurauksena voi olla nesteiden kertyminen keuhkoihin tai muualle elimistöön, usein alaraajoihin. Se ei siis ole itsenäinen sairaus, vaan sille löytyy aina jokin muu syy. (Vahkonen & Holmström 2012, 78.) Sydämen toiminta voi pettää joko sydänsairauden vuoksi tai rasitustilanteissa, joissa elimistön vaatimukset ylittävät sydämen työskentelykyvyn. Vajaatoiminta ei synny ilman syytä, vaan on siis vakavan sydäntaudin oire. (Korkeila 2006, 53.)

Sydämen vajaatoiminta voi kehittyä hitaasti vuosien aikana, esimerkiksi verenpainetauti sairastavilla, tai äkillisesti, kuten akuutin sydäninfarktin tai sydänpussitulehduksen yhteydessä (Korkeila 2006, 53). Sydämen vajaatoiminta voi-

daan jakaa akuuttiin ja krooniseen (Vauhkonen & Holmström 2012, 67). Oireet riippuvat hyvin pitkälti siitä, kuinka nopeasti tila on kehittynyt. Äkillisesti alkanutta tai pitkäaikaisen sydämen vajaatoiminnan akuuttia ilmentymää nimitetään keuhkopöhöksi. Siinä sydämen vasemman puolen toiminta pettää, keuhkolas-kimopaine nousee äkkiä suureksi ja keuhkokapillaarien seinämien läpi alkaa tihkua nestettä keuhkorakkuloihin ja -kudoksiin. Oireet voivat kehittyä jopa minuuteissa. Keuhkopöhö vaatii ripeitä hoitotoimia. (Korkeila 2006, 53–54.)

Kroonisessa sydämen vajaatoiminnassa sydämen toiminta on pysyvästi heikentynyt, jolloin pumppausvajeen aste vaikuttaa suoraan oireiden määrään ja ennusteeseen. Potilaan toimintakykyä voidaan parantaa ja oireita lievittää hoidolla. Diagnoosi voi olla joskus vaikeaa, koska sydämen vajaatoiminnassa esiintyvät oireet ovat samankaltaisia kuin lukuisissa muissa tiloissa. (Vauhkonen & Holmström 2012, 67–68.) Miehillä sydämen vajaatoiminta on yleisempää kuin naisilla. Sydämen vajaatoiminta on yksi yleisimmistä sairaalahoidon syistä. (Mäkijärvi ym. 2011, 305.)

3.4 Sydäninfarktipotilas

Sepelvaltimotaudin äärimmäinen ilmenemismuoto on sydäninfarkti, joka voi ilmetä ilman ennakoivia rintakipuoireita (Korkeila 2006, 44). Kun sepelvaltimo tukkeutuu kokonaan tai niin paljon, että verenvirtaus ahtauman takana ei riitä, sydänlihas menee kuolioon eli syntyy sydäninfarkti (Mäkijärvi ym. 2011, 250). Sen aiheuttaa tavallisesti sepelvaltimon rasvakertymän äkillinen repeämä ja vuoto. Sisäseinämän vaurio ja tulehdusreaktio laukaisevat hyytymisreaktion, josta suoneen syntyy paikallinen hyytymä eli trombi. (Korkeila 2006, 44.) Äkillinen trombimuodostus tukkii sepelvaltimon lähes kokonaan tai täysin (Vauhkonen & Holmström 2012, 57). Tyypillisin oire on kova rintakipu, joka ei helpotu levolla tai nitrolääkkeelläkään. Sydäninfarkti voi ilmetä myös monenlaisina muina oireina. (Korkeila 2006, 44.)

Akuutti sydäninfarkti voi johtaa nopeasti sydämen toiminnan pettämiseen, sillä hapeton tai kuolioinen lihas ei kykene supistumaan. Jos vaurio on suuri, lihak-

sen pumppausvoima häviää ja verenkierto romahtaa. Tämä johtaa sydänperäiseen shokkiin, tajunnanmenetykseen ja pahimmillaan sydänpysähdykseen. Jos sydäninfarktin aiheuttama vaurio osuu alueelle, jolta sydämen sähköistä toimintaa tahdistetaan, seurauksena voi olla ylimääräisiä kammioeräisiä lisälyöntejä ja pahimmillaan sydämen kammiovärinä. (Korkeila 2006, 45.) Sydäninfarkti on vakava sairaus. Ne luokitellaan sen mukaan, mitä osaa sydäimestä ne vaurioittavat ja kuinka vaikea vaurio on. Sydämen eri osien vaurioihin liittyvät omat erikoispiirteensä. (Vauhkonen & Holmström 2012, 58.) Varhain aloitetulla hoidolla voidaan merkittävästi vähentää hengenvaarallisia komplikaatioita (Jaatinen & Raudusojä 2007, 73).

3.5 Lämpöpötilas tai sydänleikattu potilas

Lämpöviat ovat yleisiä sydänsairauksia. Suurin osa niistä on lieviä, elämän myötä ilmaantuneita. Sydänlöpissä esiintyy kahdenlaisia vikoja: ahtauma eli setenoosi, jolloin läppä ei avaudu kunnolla ja veren eteenpäin virtaus vaikeutuu, sekä vuoto eli insuffisienssi, jolloin läppä ei sulkeudu kunnolla ja osa verestä virtaa taaksepäin. Tavallisimmat läppöviat ovat aorttalöpän ahtauma ja hiippälöpän vuoto. Myös molempien vikojen yhdistelmä on melko tavallinen. Usein läppövian aiheuttaa jokin sairaus. Lämpästenoosi syntyy yleensä löpän tulehduksessa tai kalkkeutuessa, toki se voi olla myös synnynnäinen. Vuotava läppä voi olla seurausta mm. sepelvaltimotaudista (sydäninfarkti), tulehduksesta (endokardiitti) tai vasemman kammion laajenemisesta (kardiomyopatia). Aikaisemmin syynä oli usein reumakuume. Sydämen vasemman puolen läppöviat ovat yleisempiä kuin sydämen oikean puolen läppöviat. Tähän on syynä sydämen vasemman puolen suurempi kuormitus. Keuhkovaltimölöpän viat ovat useimmiten synnynnäisiä. (Mäkijärvi ym. 2011, 328.)

Lämpövikaa hoidetaan yhä useammin löpän korjauksella ja yhä harvemmin asettamalla tilalle keinöläppä. Lämpövika leikataan, kun se on huomattavan vaikea ja aiheuttaa selviä oireita. (Vauhkonen & Holmström 2012, 191.) Keinölöpät ovat biologisia tai keinomateriaaleista valmistettuja. Ne vaativat elinikäisen anti-

koagulanttihoidon hyytymien ehkäisemiseksi. Lämpävuotoihin löytyy tehokkaita lääkkeitä. Hoidon perusta läppävioissa on itsehoito ja lääkehoito yhdessä. (Mäkijärvi ym. 2011, 328–329.)

Ohitusleikkaus on tyypillisin sydänleikkaus. Ohitusleikkaukseen päädytään, jos potilaan suonet ovat ahtautuneet useasta paikasta tai ahtaumat ovat vaikeassa paikassa. Sydämen vajaatoiminnan yhteydessä voidaan leikkauksella tarjota apua syysairauteen, sepelvaltimotaudin tai läppävian hoito. Itse vajaatoimintaan on yritetty puuttua pienentämällä tai jäykistämällä tukiompelein laajentunutta kammioita. (Vauhkonen & Holmström 2012, 190–192.)

3.6 Sydänpotilaan hoitoketju

Sydänpotilas kohtaa terveydenalan ammattilaisen hoitoketjun monissa eri vaiheissa, ja lähes aina näihin kohtaamisiin liittyy potilasohjausta. Hoitoketjulla tarkoitetaan sosiaali- ja terveydenhuollossa saman asiakkaan tiettyyn ongelmakokonaisuuteen kohdistuva, organisaatorajat ylittävä, suunnitelmallinen ja yksilöllisesti toteutuva hoitoprosessien kokonaisuus. Hoitoketjuun sisältyy vain terveydenhuollon hoitotoimia. (TIEKE 2005.) Hoitoketjun alkupäässä on ensihoito ambulanssissa. Ambulanssissa annettava ohjaus on pääasiassa potilaan / omaisten tukemista muuttuneessa elämäntilanteessa, oireisiin, tuleviin tutkimuksiin ja toimenpiteisiin liittyvää ohjausta. Kotona selviytymistä tukeva ohjaus on lisäksi tärkeässä roolissa, kun potilas jätetään kuljettamatta.

Sairaanhoitopiirin kuntainliiton tulee alueellaan huolehtia erikoissairaanhoitopalvelujen yhteensovittamisesta ja yhteistyössä terveyskeskusten kanssa suunnitella ja kehittää erikoissairaanhoitoa siten, että kansanterveystyö ja erikoissairaanhoito muodostavat toiminnallisen kokonaisuuden (Erikoissairaanhoitolaki 1989/1062). Tyks Vakka-Suomen sairaala Uudenkaupungin alueen erikoissairaanhoitona tekee yhteistyötä alueen perusterveydenhuollon kanssa ja yhdessä suunnitellaan sydänpotilaan hoitoketjuja.

Suurin osa sydänpotilaista hakeutuu oireiden ilmaantuessa suoraan terveyskeskukseen. Silloin hän tulee terveyskeskukseen päivystyksenä ilman ajanva-

rausta. Lievemmissä tapauksissa tullaan ajanvarauksella lääkärin vastaanotolle tai sovitulle kontrollikäynnille. Terveyskeskuksessa / työterveyshuollossa potilas saa lähinnä elämäntapaohjausta. Ohjausta erilaisista sosiaalityöistä myös annetaan. Uudenkaupungin alueelta puuttuu sairaalan tai terveyskeskuksen oma sosiaalityöntekijä. Sydänsairauden tai sen oireiden pahentuessa potilas saa terveyskeskuksesta lähetteen erikoissairaanhoidon. Erikoissairaanhoidossa potilas saa tarkkaa ohjausta sydänsairaudesta, lääkityksistä, liikunnasta, ruokavaliosta, kotona pärjäämisestä sekä sosiaalinen- ja psyykinen ohjaus on tärkeässä roolissa. Erikoissairaanhoidosta potilas palaa takaisin terveyskeskukseen / työterveyshuoltoon, jolloin ohjaus jatkuu perusterveydenhuollossa. Sydänpotilaan hoitoketjut ovat moninaiset ja kulkevat monella tavalla edestakaisin.

4 SYDÄNPOTILAAN OHJAUS

Nyky-suomen sanakirja (2002) määrittelee ohjauksen jonkun opastamiseksi, neuvojen antamiseksi, toiminnaksi jonkun ohjauksessa tai jonkun ohjauksen alaisena. Hoitotieteessä ohjausta on määritelty mm. tiedon antamiseksi, potilaan hoitoprosessiin liittyväksi vuorovaikutukseksi sekä potilaan auttamiseksi tekemään valintoja (Kääriäisen 2007). Ohjaus ei ole terapiaa, eikä myöskään opetusta, vaan ihmisen normaaleissa elämäntilanteissa kohtaamien vaikeuksien käsittelyä (Peltoniemi 2007). Ohjaus on ajan, huomion ja kunnioituksen antamista. Parhaimmillaan ohjaustyö on ohjaajan ja ohjattavan neuvottelua. (Onnismaa 2007, 7.) Ohjaus edistää keskustelun keinoin ohjattavan kykyä parantaa elämäänsä (Hellström 2008, 184). Nykykäsityksen mukaan ohjaus pyrkii lisäksi edistämään potilaan omaa kykyä ja aloitteellisuutta parantaa elämäänsä haluamalla tavalla (Kyngäs 2007, 25).

Ohjauksikäsitteen ohella käytetään käsitteitä opettaminen, neuvonta ja tiedon antaminen, vaikka niillä on tietynlaisia eroja. Opettamisessa korostuu käyttäytymisen muutos. Se pyrkii ajatteluun perustuvaan kasvattamiseen ja on potilaan oppimiseen tähtäävää, tavoitteellista ja suunniteltua. Neuvonnassa ohjattavaa autetaan tekemään valintoja antamalla hänelle suoria neuvoja. (Peltoniemi 2007.) Ohjaus eroaa neuvonnasta siten, että siinä ei pyritä antamaan suoria neuvoja ja osapuolet ovat tasavertaisemmassa asemassa keskenään (Vehviläisen 2003). Tiedon antamisen katsotaan olevan lyhyttä ja ajoittaista. Siinä kirjallisen materiaalin käyttö on runsaampaa ja vuorovaikutus on vähäisempää kuin ohjauksessa tai neuvonnassa. (Kääriäinen & Kyngäs 2005b.)

Potilasohjauksen tärkein tavoite on tiedon jakaminen. Sen perustana on asiakaslähtöisyys, mikä tarkoittaa potilaan tarpeiden mukaista ohjausta. (Lipposen ym. 2006.) Ohjauksessa pyritään ymmärtämään ohjattavan omia kokemuksia sekä ymmärtämään itse ohjausprosessia ja sen eri vaiheita. Ohjauksen tarkoituksena on myös auttaa ohjattavaa tekemään kestäviä valintoja ja hallitsemaan omaa elämäänsä paremmin. (Vänskä ym. 2011, 6.) Ohjaus on vuorovaikutus-

suhteeseen rakentuvaa ja tavoitteellista toimintaa, joka on asianmukaisin resurssein toteutettua, riittävää ja vaikuttavaa (Fitzpatrickin ja Hyden 2005). Ohjaus onkin hoitotyön auttamismenetelmä, jossa hoitaja vuorovaikutuksen avulla tukee potilaan toimintakykyä, omatoimisuutta ja itsenäisyyttä (Eloranta & Virkki 2011, 7).

Terveystieteidenhuollossa potilasohjauksen resurssit kilpailevat uuden teknologian ja uusien lääkkeiden kanssa, jolloin unohdetaan, että potilasohjaus on uuden teknisen laitteen rinnalla erittäin tehokas ja halvempi hoitomenetelmä (Mustajoki 2008). Ohjaustyön ammatillinen arvostaminen on kuitenkin lisääntynyt (Liimatainen ym. 2005).

Potilasohjauksessa tulisi ottaa huomioon myös näyttöön perustuva hoitotyö. Näyttöön perustuvalla hoitotyöllä tarkoitetaan parhaan ajantasaisen tutkimustiedon käyttöä potilaan ohjauksessa. (Laaksonen ym. 2005, 34.) Tavoitteena on, että hoitotyö perustuu parhaaseen mahdolliseen näyttöön, joka lisää hoitotyön laatua, vaikuttavuutta ja tehokkuutta (STM 2008). Näihin perustuvat Suomessa laaditut Käypä hoito -suositukset. Ne ovat asiantuntijoiden laatimia ja niiden sisältämä tieto pidetään ajan tasalla. Hoitosuosituksen tarkoituksena on yhtenäistää hoitokäytäntöjä. (Laaksonen ym. 2005, 334.) Suomalaiset sairaanhoitajat ovat kokeneet haasteena sen, että tutkimukset eivät ole aina selkeästi hyödynnettävissä hoitotyön käytännössä, lisäksi tutkimustietoa ole esitetty riittävän selkeästi (Oranta ym. 2002). Sydänsanastossakin on paljon lyhenteitä ja vierasperäisiä sanoja. Potilaalle tulee kertoa asioista kansankielellä ilman lääketieteellisiä termejä. (Liimatainen ym. 2010, 311.)

4.1 Potilasohjaus osana laatua

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) määrittää, että potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata eikä että hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan. Potilasohjaus on tärkeä osa hoitohenkilökunnan työtä. Hoitoaikojen lyhentymisen takia poti-

lasohjauksen kehittäminen on tärkeää. Sillä on vaikutusta hoidon laatuun ja potilaiden tyytyväisyyteen. (Ohtonen 2006, 3.) Potilasohjauksen laadun kehittämiseen tarvitaan mukaan organisaation johto sekä heidän paneutumisensa sen tarpeellisuuteen ja saataviin hyötyihin (Kyngäs ym. 2006, 12).

Kääriäisen (2007) kehittämän hypoteettisen mallin mukaan ohjauksen laadulla tarkoitettiin sitä, että ohjaus on hoitohenkilöstön ammatilliseen vastuuseen perustuvaa, potilaan ja hoitohenkilöstön taustatekijöihin sidoksissa olevaa. Laadukas ohjaus on potilaan asianmukaista ja hyvää hoitoa. Laadusta ei ole yleisesti hyväksytyjä kriteereitä. Ohjauksen tulee kuitenkin olla yhtä laadukasta kuin minkä tahansa muunkin potilaan hoidon osa-alueen. (Kyngäs ym. 2007, 20.) Laadukkaana potilasohjauksen toteutumisessa käytetään erilaisten ohjausmenetelmien yhdistelmiä ja ohjaukselle asetetut tavoitteet määrittävät, mitä ohjausmenetelmiä käytetään (Kääriäinen 2007).

Potilaan ohjauksen laatuun vaikuttaa merkittävästi myös hoitajan yksilöllinen tietämys ja kokemus. Laadukas ohjaus vaatii resursseja. Näitä ovat riittävä henkilöstö, aika, tilat ja hoitajien ohjausvalmiudet. Ohjauksen on myös tapahduttava oikein ajoitettuna ja mitoitettuna. Lisäksi ohjauksen laadun näkökulmasta terveydenhuollon ammattilaisen on ylläpidettävä kliiniset tiedot ajan tasalla sekä ylläpidettävä ja kehitettävä ohjauksen sisältöjä ja siihen kuuluvia vuorovaikutustaitoja sekä ohjauksen suunnittelutaitoja. (Kyngäs ym. 2007, 21.) Laadukasta tulosta voidaan parantaa yhtenäistämällä hyvät ja toimivat ohjaustavat, unohtamatta kuitenkaan huomioida osaston tai organisaation luonnetta (Mattila ja Laitinen 2011).

4.2 Potilasohjaus prosessina

4.2.1 Ohjaustarpeen määrittäminen

Ohjaus hoitotyössä on suunnitelmallinen prosessi, jota kuvataan perinteisen hoitotyön prosessin kautta. Sen vaiheet kulkevat usein päällekkäin. (Eloranta & Virkki 2011, 25.) Ohjausprosessi voidaan jakaa karkeasti kolmeen eri vaihee-

seen: suunnitteluun, johon sisältyy ohjaustarpeen määrittäminen ja tavoitteiden asettaminen, toteutukseen ja arviointiin. Hyvin toteutetulla ohjausprosessilla turvataan potilaan sitoutuminen hoitoonsa ja hoidon jatkuvuus. (Lahdenperä ym. 2005, 27.) Potilasohjauksessa korostuvat potilaan tarpeet, vuorovaikutus ja ohjauksen tavoitteellisuus (Jaakonsaari 2009).

Pystyäkseen vastaamaan potilaan ohjaustarpeeseen, hoitajan on luotava ennen ohjaustilannetta arvio lähtötilanteesta (Kyngäs ym. 2007, 26). Ohjausprosessi lähteeikin potilaiden ohjaustarpeiden määrittämisestä ja se voi olla vaativaa henkilökunnalle, koska tarpeet vaihtelevat (Kääriäinen ja Kyngäs 2005a). Ohjauksen onnistumiseksi on tärkeää tunnistaa, mitä potilas jo tietää, mitä hänen täytyy ja mitä hän haluaa tietää sekä mikä on hänelle paras tapa omaksua asia. Hoitotyössä kohtaavat paitsi potilas ja hoitaja myös potilaan odotukset ja toiveet sekä hoitajan ammattikäytännöt ja hänen persoonallisuutensa. (Kyngäs ym. 2007, 11, 47.) Ohjauskeskusteluun liittyvän tutkimuksen mukaan sairaanhoitaja ei ottanut huomioon potilaan yksilöllistä tiedon tarvetta eikä sairaanhoitaja kirjoittanut, mitä potilas jo tiesi. Näin sairaanhoitajan ohjaus oli standardoitua. (Tasala 2013.) Käsitekarttamenetelmän käyttö ohjauksessa perustuu siihen, että sen avulla voidaan potilaan olemassa oleva tieto selkeästi jäsentää. Tämän jälkeen mm. potilaan odotukset ja tarpeet tiedon suhteen ovat selvemmin havaittavissa. (Johanssonin 2006.)

Ohjauksessa tulee huomioida sekä potilaan että hoitajan taustatekijät (Kääriäinen 2007). Taustatekijät ovat mukana vuorovaikutteisissa ohjaustilanteissa samoin kuin tavoitteellisessa ohjaustoiminnassakin (Fitzpatrickin ja Hyden 2005). Kun potilaan fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset taustatekijät on huomioitu ohjauksen suunnittelussa ja toteutuksessa ohjaus on asiakaslähtöistä (Kääriäinen 2007.) Fyysisiin tekijöihin kuuluvat ikä, sukupuoli, sairauden tyyppi ja terveydentila (Kyngäs ym. 2007, 29). Fyysiset taustatekijät vaikuttavat siihen, onnistuuko potilas ottamaan ohjausta vastaan. Psyykkiset taustatekijät ovat motivaatio, asiakkaan aikaisemmat kokemukset ja oppimistarpeet. Sosiaaliset tekijät muodostuvat asiakkaan kulttuurista, uskonnosta ja eettisistä tekijöistä. Potilaan ikä,

persoonallisuus, kuulo ja näkö vaikuttavat ohjaustilanteessa. Ne tulee myös ottaa huomioon. (Kääriäinen & Kyngäs 2006, 7-8.)

4.2.2 Suunnittelu

Potilasohjauksen onnistuminen edellyttää hyvin suunniteltua ja valmisteltua ohjaustilannetta. Siihen sisältyy myös asiasisällön, ajankohdan sekä paikan ja aikaresurssien suunnittelua. (Peltoniemi 2007.) Yksilöllinen, voimavaralähtöisen ja oikein ajoitettu ohjauksen tarve on tärkeää huomioida (Ruuth-Perälä ja Heino 2011). Oikea-aikaisuus edistää kuntoutumisprosessia ja säästää terveydenhuollon kustannuksia (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 250). Edes hyvin suunniteltu elintapaohjaus ei johda toivottuun tulokseen, ellei ohjauksessa ole huomioitu potilasta yksilönä, huomioitu hänen elämänsä historiaansa, elinympäristöään, kykyjään ja voimavarojaan. Usein neuvoja jaellaan potilasta huomioimatta. (Kortelainen 2010.)

Ohjaustilanteen suunnittelu alkaa aina potilaan ja hänen läheistensä tarpeesta ja tavoitteista (Kyngäs ym. 2007, 146). Potilaslähtöisen ohjauksen tavoitteet tulisi määrittellä yhteistyössä potilaan kanssa sekä lyhyelle että pitkälle aikavälille, jotta ne ovat potilaan saavutettavissa (Kääriäinen & Kyngäs 2005). Tavoitteet voivat olla henkilökohtaisia, lääketieteellisiä, sosiaaliseen vuorovaikutukseen perustuvia tai aikaan tai prosessiin sidottuja. Ne voivat olla myös määrällään erilaisia. Tärkeää on, että asetetut tavoitteet ovat realistisia, konkreettisia ja mitattavia ja ne tulee kirjata ylös. Asetettujen tavoitteiden tulisi olla sidoksissa potilaan elämäntilanteeseen, sillä ristiriitaiset tavoitteet heikentävät sekä fyysistä että psyykkistä hyvinvointia. Liian vaativat tavoitteet taas voivat johtaa psyykkiseen pahoinvointiin. (Kyngäs ym. 2007, 75.) Ketun (2007) tutkimuksessa vain joka toinen sairaanhoitaja arvioi potilaan oppimistarvetta.

Tutustumalla potilaan sairauskertomusmerkintöihin hoitaja saa tarvitsemaansa tietoa muun muassa potilaan aikaisemmista sairauksista, elämäntilanteesta ja hoitokokemuksista. Näitä tietoja hyödyntäen ohjaus suunnitellaan vastaamaan potilaan yksilöllisiä tarpeita. Näin on mahdollista välttää ohjauksen päällekkäi-

syyttä ja potilaalle jo tutuksi tulleiden asioiden kertaamista. Liika toistaminen saattaa turhauttaa potilasta. (Torkkola ym. 2002, 26.) Ohjauksen suunnittelussa toivotaan myös kiinnitettävän huomiota ohjauksen ajankohtaan, erilaisiin ohjausmenetelmiin ja tiedon määrään sairaudesta sekä itsehoidosta (Vihijärvi 2006).

Ohjausta annetaan hoitotyössä monenlaisissa tilanteissa, kuten sairaalan osastoilla tai poliklinikoilla, perusterveydenhuollon vastaanottotilanteissa, kodeissa tai työpaikalla. Yleensä ohjaustilanteisiin voidaan valmistautua etukäteen ja se on suunnitelmallista, mutta niitä voi syntyä usein myös suunnittelematta. Edellinen tarkoittaa vuodeosastohoidossa sitä, että ohjaus kirjataan hoitosuunnitelmaan. Jälkimmäinen sitä, että ohjauksen tarve tulee niin yllättäen, ettei sitä ehditä kirjallisesti suunnitella, vaan se toteutetaan saman tien ja kirjataan vain toteutus ja arviointi. (Kyngäs ym. 2007, 6.) Tällainen tilanne voi tulla vastaan asiakkaan tehdessä aloitteen tai ambulanssissa kaikki ohjaus on suunnittelematonta. Myöskään resurssien puutteen vuoksi ambulanssissa kirjataan usein vain ohjauksen toteutus, mutta ei arviointia siitä. Arviointia tapahtuu, mutta se toteutetaan suullisesti.

Ohjaukseen tulisi varata riittävästi aikaa. Tunne kiireestä pudottaa pohjan koko ohjausprosessin uskottavuudelta ja sen rauhalliselta suunnittelulta. (Onnismaa 2007, 39.) Hoitohenkilöstön mielestä ohjaukseen on käytettävissä liian vähän aikaa (Tähtinen 2007, Kääriäisen 2007). Kiire osaksi vaikeuttaa ohjaustilannetta (Kyngäs ym. 2005). Myös potilaat ovat kokeneet ohjaustilanteen kiireiseksi (Salminen ym. 2003). Ohjaustilanteeseen sopiva ajankohta on hyvä suunnitella etukäteen (Kyngäs 2003). Ohjausta on turha tarjota liian varhaisessa vaiheessa, jolloin vastaanottokyky saattavat rajoittaa pelko, hämmennys ja vastarinta. Joskus ohjauksen ajoituksessa on tärkeää sen jaksottaminen varsinkin, jos asia on uusi potilaalle. Uuden asian sisäistäminen edellyttää asian käsittelyä moneen kertaan. Kun ohjaus perustuu potilaan esittämiin kysymyksiin, voidaan todeta, että ohjauksen ajankohta on oikea ja potilas valmis vastaanottamaan tarjottua tietoa. (Eloranta & Virkki, 2011, 31–32.)

Ympäristöstä tulevat tekijät voivat vaikuttaa ohjaustilanteeseen joko tukemalla tai heikentämällä sitä. Ohjaustilanteelle paras fyysinen ympäristö onkin paikka,

jossa voidaan keskustella ilman häiriöitä tai keskeytyksiä. Ympäristö ei saa myöskään herättää potilaalle ohjausta häiritseviä negatiivisia tunteita tai pelkoja. (Kyngäs ym. 2007, 36–37). Hyvää paikkaa ei ole aina mahdollista löytää ja hoitohenkilöstö haluaisikin ohjaukseen parempia tiloja (Koskela 2005). Ongelma-kohtana on koettu myös tilojen epäasiallisuus, mutta valtaosa potilaista on kuitenkin tyytyväisiä ohjauksen puitteisiin (Kääriäinen 2007).

4.2.3 Toteutus ja arviointi

Ohjaus onkin haasteellinen tehtävä henkilökunnalle. Onnistunut potilasohjaus lähtee hoitajan kyvystä ottaa ohjat käsiinsä, jossa oman alan erikoistiedon hallinta auttaa luottamuksen syntymistä ohjaajan ja ohjattavan välille. (Peltoniemi 2007.) Ohjaustapahtuman onnistumiseksi on huolehdittava hoitohenkilökunnan ohjausvalmiuksista (Liimatainen ym. 2005). Lähtökohtaisesti sairaanhoitajat käyttävät hyvin vähän ohjauksen tukena tieteellistä tietoa. Ohjaus perustuu suurimmaksi osaksi osastojen potilaskäytäntöihin ja sairaanhoitajien omaan työkokemukseen. (Kettu 2007.)

Ohjauksen toteutuksessa tulee muistaa, että vaikka hoitajalla on vastuu ohjattavan valintojen edistämisestä, ohjattava tekee aina ratkaisunsa itse. Ohjaustilanteessa on kaksi asiantuntijaa, ohjaaja terveydenhuollon ammattilaisena ja ohjattava oman elämänsä asiantuntijana. (Eloranta & Virkki 2011, 27.) Ohjaustilanteessa ja vuorovaikutuksessa tulee huomioida kuitenkin potilaan omat näkemykset ja kokemukset. Tämä vähentää vuorovaikutuksen epäsymmetriaa. (Vehviläinen 2003.) Vuorovaikutus ohjattavan ja ohjaajan välillä on erityisen tärkeää ja se on ohjauksen lähtökohta, jonka tavoitteena on ohjaussuhteen syntyminen (Lipponen 2006). Luottamus taas muodostaa perustan vuorovaikutussuhteen kehittymiselle (Voutilainen 2010). Joidenkin tutkimusten mukaan henkilökunta arvioi omat vuorovaikutustaidot hyviksi (Kääriäinen 2007, Tähtinen 2007). Potilasohjausta voidaan toteuttaa erilaisin ohjausmenetelmin, kuten yksilö-, ryhmä-, suullinen ja audiovisuaalinen ohjaus, joita kaikkia voidaan täydentää kirjallisilla ohjeilla (Kyngäs ym. 2007, 71).

Potilaslähtöiseen ohjausprosessiin kuuluu olennaisesti toiminnan vaikutusten arviointi (Kääriäinen ja Kyngäs 2005b). Ohjauksen arviointia tulee tehdä kaikissa ohjausprosessin vaiheissa (Eloranta & Virkki 2011, 27). Arvioinnilla tarkoitetaan ohjauksen tuottaman arvon määrittämistä tavalla tai toisella. Arvioinnissa ohjauksen piirissä yhtenä arvioinnin keskeisenä haasteena voisi olla sellaisen tiedon saavuttaminen, joka on käyttökelpoinen ohjattavalle. Arvioinnissa on kuitenkin vaarana, etteivät arvioinnin menetelmät välttämättä tavoita ohjauksellisten prosessien erityislaatua, jolloin laadulliset asiat pakotetaan määrälliseen muottiin. (Onnismaa 2007, 120).

Arviointi pitäisi nähdä eettisenä toimintana, valintojen tekemisinä, joka kuuluu ihmisenä olemiseen ja oppimiseen, mutta se on myös yhdessä oppimista ja osa vuorovaikutusprosessia. Ohjaajan tehtävä on lähinnä tarjota ohjattavalle uusia aineksia tai vaihtoehtoisia näkökulmia, joista hänen on mahdollista itse tulkita ja arvioida saamansa uutta tietoa ja ottaa niitä käyttöön vasta sen jälkeen. (Ojanen 2006, 166–169.) Ohjauksen arvioinnissa on todettu olevan puutteita (Kääriäisen 2007). Sairaanhoidajat eivät myöskään arvioi säännöllisesti potilaiden oppimista ja ymmärtämistä. Ohjauksen voidaan ajatella olevan onnistunut, kun potilas on ymmärtänyt hoitoonsa liittyvät tiedot ja kykenee soveltamaan niitä omassa elämässään (Eloranta & Virkki 2011, 27). Epäonnistumisen arviointi on myös tärkeää, jotta potilas voi muuttaa toimintaansa kohti asetettuja tavoitteita (Kääriäinen ym. 2007, 45).

Ohjaukseen liittyvä kirjaaminen on olennainen osa hoitotyötä. Kirjaaminen varmistaa hoidon jatkuvuutta ja auttaa välttämään päällekkäistä ohjausta. Kirjaamisen tulee olla asiallista ja objektiivista. (Eloranta & Virkki 2011, 27.) Kirjatut tiedot olisivat helposti löydettävissä silloinkin, kun seuraava terveydenhuollon ammattilainen kohtaa potilaan. Näin hän tietäisi heti, mistä jatkaa. (Nykänen 2008.) Sydän 2005-tutkimuksen mukaan puutteita on ohjauksen kirjaamisessa. Ohjaus ja opetus ovat myös heikoimmin kirjattuja asioita (Tiusanen ym. 2009) ja lisää tarkkuutta tarvitaan vielä ohjaustilanteiden ja arvioinnin kirjaamisessa (Mattila & Laitinen 2011). Yleinen asenne kirjaamisesta kohtaan on myös negatiivinen ja merkittävämpänä tekijänä siinä on kirjaamisen kuluva aika. Tärkeänä

pidetään kuitenkin kirjaamista potilaan jatkohoidon kannalta. (Kiviniemi ym. 2006.) Ohjauksen vaikutuksia kaikkienensa on vaikea osoittaa, mutta interventiotutkimuksilla on kuitenkin pystytty osoittamaan, että ohjauksella on positiivisia vaikutuksia (Kääriäinen ja Kyngäs 2005a).

4.3 Potilasohjauksen toteutus

4.3.1 Terveystieteiden ammattilaisen ja potilaan välinen ohjaussuhde

Ohjaussuhteelle on ominaista vastavuoroisuus, luottamus, jaettu asiantuntijuus, aktiivisuus, vastuullisuus ja yhteistyö. Vastavuoroisuus ilmenee vuorovaikutuksessa, jossa potilaalla on tilaa ja aikaa kertoa huolistaan, kokemuksistaan ja odotuksistaan. Tämä edellyttää luottamuksellista ilmapiiriä. Ohjaussuhteessa sekä hoitaja että potilas kantaa vastuu ohjausprosessin etenemisestä. Ensikontakti on tärkeä. Se antaa hyvän lähtökohdan ohjaussuhteelle. (Eloranta & Virkki 2011, 54.)

Ohjaustilanteessa hoitaja luo edellytykset ohjeiden vastaanottamiselle ja hoitajalla tulee olla taito kuunnella ja havainnoida potilasta. Potilaan ilmeet ja eleet kertovat hänen psyykkisestä tilastaan, kuten jännitteisyydestä tai kiinnostuksen puutteesta, jotka voivat estää ohjeiden omaksumista. Joskus potilas voi kokea sairauteensa liittyvän ohjauksen vaikeaksi. Tällöin hoitajan antama psyykinen ja sosiaalinen tuki on entistä tärkeämpää. Hoitaja vaikuttaa omalla käyttäytymisellään ja sanattomalla viestinnällään ohjaustilanteen onnistumiseen. Joskus ohjaus epäonnistuu, jos hoitaja esimerkiksi käy läpi ohjeet kaavamaisesti ja piittaamatta lainkaan siitä, ymmärtääkö potilas. (Torkkola ym. 2002, 27.)

Ohjauksen kannalta sairaanhoitajan tärkeitä henkilökohtaisia edellytyksiä ovat viestintätaidot, kuuntelemisen taito ja havainnointikyky. Sanaton viestintä on myös tärkeää. (Pohjola-Katajisto 2008.) Sairanhoitajan ohjausvalmiuksien vahvuutena pidetään pitkää työkokemusta, ajankohtaista tietoa ja elämäkokemusta (Kämäräinen & Koikkanen 2011). Työkokemuksen pituudella on todettu olevan yhteyttä tiedollisiin ja taidollisiin ohjausvalmiuksiin (Tähtinen 2007). Hoi-

tajat kokevat riittävän koulutuksen ja tiedonhakemisen hallitsemisen lisäävän valmiuksia antaa potilaille ohjausta (Lehtimäki 2012).

Ohjaustilanteen eteneminen perustuu hoitajan ja potilaan väliseen vuorovaikutukseen. Tämä tekee ohjaustilanteesta ja ohjaussuhteesta ainutkertaisen. Potilaat odottavat vuorovaikutukselta luottamuksellisuutta sellaisissakin tilanteissa, joissa he ajattelevat eri tavalla kuin hoitaja. (Kyngäs ym. 2003.) Onnistunut vuorovaikutteinen ohjaussuhde mahdollistaa potilaan ja hoitajan välisen aktiivisen sekä tavoitteellisen toiminnan (Kääriäinen 2007). Lisäksi vuorovaikutus ohjaustilanteissa sisältää potilaslähtöisiä potilaan omaa osallistumista tukevia piirteitä enemmän kuin hoitajakeskeisiä potilaan osallistumista passivoivia piirteitä (Arvinen 2008). Potilaiden mielestä voimavaroja vahvistavassa ohjauksessa otetaan huomioon yksilö kokonaisvaltaisesti ja tuetaan hänen vahvuuksiaan. Motivoivaan ohjaukseen liittyy taas päätöksentekoon mukaan ottaminen, realistiset tavoitteet ja kannustus pienistäkin saavutuksista. (Hyytiäinen 2010.)

Ohjaustilanteessa sillä on merkitystä, mitä ja miten puhutaan, koska kielen avulla välitämme viestejä hoitajalta potilaalle. Ohjausvuorovaikutus toteutuu käyttämällä erilaisia kielen keinoja. Se tapahtuu käyttämällä sanallista ja sanatonta viestintää ja myös mahdollisesti kielen kirjallisia keinoja, kuten esineitä, kuvia, videoita tai toimintojen harjoittelua. Vuorovaikutustapamme ovat kuitenkin hyvin yksilöllisiä ja heijastavat omaa persoonallisuuttamme. Vuorovaikutustilanteissa toimimme usein spontaanisti ja tiedostamatta, kuitenkin ammatillinen ohjaus sisältää ohjauksen kielellisten työvälineiden tietoisien käytön. (Vänskä ym. 2011, 36.)

4.3.2 Sairaanhoidajan ohjausvalmiudet

Jotta potilas saisi hyvää ja laadukasta ohjausta, edellyttää se hoitohenkilökunnalta hyviä ohjausvalmiuksia (Kyngäs 2005b). Ohjausosaaminen edellyttää myös näyttöön perustuvan tiedon käyttöä (Heikkinen 2013, 111). Ohjausvalmiuksiin kuuluu hoitajan taito kuunnella, taito erottaa keskeiset asiat, ymmärtää potilaan antamat viestit ja taito antaa tarkoituksenmukaista palautetta (Kyngäs

ym. 2007, 80–81). Henkilökunnan ohjausvalmiuksia on tutkittu sekä potilaiden että henkilökunnan näkökulmasta. Suurin osa potilaista pitää henkilökunnan ohjausvalmiuksia kokonaisuudessaan hyvinä (Kääriäinen ym. 2005b). Henkilökunnan oman arvion mukaan heillä on hyvät tiedolliset ja taidolliset ohjausvalmiudet. Tiedollisista valmiuksista parhaiten he arvioivat hallitsevan oireita ja sairauden hoitoa koskevia tietojaan. Hyvät asenteelliset ohjausvalmiudet taas ilmenevät motivaationa ohjata, ohjaukseen sitoutumisena ja arvostamisena. (Lipponen 2004, Kääriäinen 2007, Tähtinen 2007.) Hoitajien ohjausvahvuuksia ovat myös asiantuntijuus, persoonallinen työtapa sekä monipuolisten ohjausmenetelmien hyödyntäminen (Voutilainen 2010). Potilaat kokevat kuitenkin ohjauksen riittämättömäksi sairauden ennustukseen, syihin ja mahdollisiin hoitovaihtoehtoihin liittyen (Kääriäinen 2007).

Laki ja asetus terveydenhuollon ammattihenkilöstä (1994/559) edellyttävät ylläpitämään ammatillisia valmiuksia, osallistumaan täydennyskoulutukseen ja antamaan asiakkaalle hänen terveydentilaansa koskevia tietoja. Ohjaus sisältyy myös tähän. Ohjaajan iällä, koulutuksella ja sukupuolella on todettu olevan yhteyttä ohjaajan toimintaan, ohjauksessa tarvittaviin tietoihin ja taitoihin sekä ohjaukseen asennoitumiseen (Kääriäinen 2007).

4.3.3 Potilasohjausmenetelmät

Potilaita voidaan ohjata monella eri menetelmällä, joista ohjaaja voi valita itselleen kullekin potilaalle ja ohjaustilanteeseen sopivan. Sopivien ohjausmenetelmien valinta vaatii kuitenkin tietoa siitä, miten potilas omaksuu asioita ja mikä on ohjauksen päämäärä. On arvioitu, että potilaat muistavat 75 prosenttia siitä, mitä he näkevät ja vain 10 prosenttia kuulemastaan. Sen sijaan he muistavat lähes 90 prosenttia siitä, mitä heidän kanssaan on käyty läpi sekä näkö- että kuuloaistia käyttämällä. Tämä osoittaa, että ohjauksen vaikutusten varmistamiseksi tulisi käyttää useita ohjausmenetelmiä. (Kyngäs ym. 2007, 71.)

Yleisin ohjausmenetelmä on potilaan henkilökohtainen suullinen ohjaus, johon liitetään kirjalliset ohjeet, harjoitukset ja demonstraatiot (Johansson 2006). Suul-

lista yksilöohjausta pidetäänkin ohjauksen kulmakivenä. Kasvokkain tapahtuva kaksisuuntainen vuorovaikutus antaa potilaalle mahdollisuuden kysymysten esittämiseen, väärinkäsitysten oikaisemiseen ja tuen saamiseen hoitajalta. (Kyngäs & Henttinen 2008, 110–111.) Asiakkaat arvostavat yksilöohjausta, koska se mahdollistaa potilaan tarpeista lähtevän ohjauksen, motivaation tukemisen, jatkuvan palautteen antamisen sekä vapaamuotoisen ilmapiirin. Potilaat myös kokevat hyötyvänsä eniten yksilöohjauksesta. (Kyngäs ym. 2007, 74.) Suullinen ohjaus kuuluu sydämen vajaatoimintapotilaan tärkeimpiin ohjausmenetelmiin koko Suomessa ja siihen yhdistettiin usein kirjallinen tukimateriaali. (Ekola 2007.)

Kähkönen ym. (2011) selvittivät sepelvaltimotautia sairastavien potilasohjausmenetelmiä, jotka olivat yksilö-, ryhmä-, puhelin- ja sähköisten viestimien avulla tapahtuva ohjaus sekä lisäksi näiden yhdistelmä. Sydämen vajaatoimintapotilaan omahoidon ohjaus toteutuu taas keskustelemalla. Siinä hoitajat käyttävät ohjauskeinoina kartoitusta potilaiden ohjaustarpeista, kannustavat omahoitoon, varmistavat ohjauksen ymmärrettävyyden ja ohjaavat myös omaisia antamalla tietoa sydänsairaudesta ja sen hoidosta. (Asikainen & Holopainen 2011.)

Ohjaustilanteen viestintää voidaan täydentää kirjallisella ohjauksella. Kun suullista ohjausta täydennetään kirjallisella materiaalilla, muistetaan ohjauksen sisältö todennäköisemmin paremmin ja se voi auttaa potilasta sitoutumaan hoitoonsa. (Eloranta & Virkki 2011, 73–74.) Valmiit kirjalliset ohjeet ovat yleisluontoisia ja siksi ne eivät sisällä tarpeeksi yksityiskohtaista tietoa jokaiselle potilaalle (Torkkola 2002, 32). Parhainkaan kirjallinen ohje ei sisällä vastauksia potilaan kaikkiin kysymyksiin. Siksi ohjeiden täydentäminen potilaan tarpeita vastaaviksi kuuluu ohjaukseen. Kirjallisen materiaalin merkitys korostuu, koska ohjaukselle jää yhä vähemmän aikaa. (Kyngäs & Henttinen 2008, 115.)

Usein käytännössä yhteen ohjeeseen ahdetaan liikaa tietoa minkä lisäksi potilaat tulkitsevat ohjeita persoonallisesti. Hoitajat uskovat myös, että potilaat ymmärtävät ohjeet yhden keskustelun perusteella. (Nummi 2012.) Hoitohenkilöstö ajattelee, että perusteelliset ja yksityiskohtaiset kirjalliset ohjeet antavat asioista selkeän kuvan, mutta ne voivat sekoittaa potilasta. Kirjallisten ohjeiden laatimis-

vaiheessa ohjeet pitäisi antaa maallikoiden luettavaksi. He osaisivat parhaiten kertoa, millaiset asiat kaipaavat tarkennusta. (Keränen 2006.) Ohjaustilanteessa ohjaajan käyttämät vierasperäiset sanat koetaan usein myös ongelmallisiksi (Isola ym. 2007).

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä on ohjepankki. Tutkimuksen mukaan ohjepankki tunnetaan osastoilla ja se koetaan hyödylliseksi, muttei sitä käytetä työvälineenä kovinkaan paljoa. Kannustusta ja koulutusta sen käyttöön koettiin saatavan liian vähän. (Pohjaniemi & Törmänen 2006). Nykypäivänä osastoilla päivitetään ohjausmateriaalia säännöllisin väliajoin, mutta tuotetun ohjausmateriaalin käyttö osastolla on vähäistä ohjausmateriaalin saatavuudesta huolimatta (Eronen & Kakkola 2012).

Ryhmäohjauksen etuina pidetään sitä, että ohjausta voidaan antaa kerralla useammalle potilaalle ja ohjattavat voivat saada toisiltaan vertaistukea ja käyttökelpoisia käytännön neuvoja. Ryhmäohjausta puoltaa myös yksilöneuvontaa pienemmät kustannukset. (Kyngäs ym. 2004.) Ryhmäohjauksessa voidaan havaita ongelmien suhteellisuus, oppia toisilta ja olla esimerkkinä (Tuomola 2003). Ryhmässä vertaisilta saatu palaute koetaan usein arvokkaaksi. On kuitenkin muistettava, että ryhmäohjaus ei korvaa yksilöohjasta. Ryhmässä tapahtuva ohjaus edellyttää osallistujien tietojen, taitojen ja tarpeiden yhtäläisyyttä eli se edellyttää yksilöllistä kartoitusta. Ryhmäohjaus sopii hyvin pitkäaikaissairauksiin, tilapäiseen tarpeeseen, kuten leikkaus- ja perhevalmennukseen sekä elintapamuutokseen. (Eloranta & Virkki 2011, 77–78.)

Nykyään pyritään hyödyntämään teknologiaa ohjauksessa. Audiovisuaalinen ohjaus tarkoittaa erilaisten teknisten laitteiden, kuten videoiden, äänikasettien, tietokoneohjelmien ja puhelimen välityksellä tapahtuvaa ohjausta. Audiovisuaalisen ohjauksen avulla pystytään palauttamaan asioita mieleen, selvittämään väärinkäsityksiä ja tarjoamaan helposti ohjausta myös omaisille. Sitä pidetään kuitenkin vähemmän vaikuttavana menetelmänä muihin menetelmiin verrattuna. (Kyngäs ym. 2007, 116–117.) Potilaat kokevatkin saaneensa audiovisuaalista ohjausta vielä melko vähän (Koskela 2005, Isola ym. 2007, Mäenpää 2007).

Hoitohenkilökunta pitää kuitenkin informaatioteknologiaa ja sen mahdollisuuksia potilaan tiedonsaannin kehittämisessä melko tarpeellisena (Välimäki ym. 2007).

Puhelinohjaus on yleisin audiovisuaalisista ohjaustavoista. Se on lisääntynyt nopeasti länsimaisseissa terveydenhuollossa. (Giesen ym. 2007, Ernesäter, Holmström & Engström 2009). Se vaatii yhtä lailla suunnittelua ja arviointia kuin mikä tahansa muu ohjaustapa. Lisäksi sen toteuttamiseen liittyy tietosuoja- ja vastuukysymyksiä, joten ohjaajalta vaaditaan terveydenhuollon lainsäädännön tuntemusta. (Kyngäs ym. 2007, 117–118.) Laadukas puhelinneuvonta edellyttää hoitohenkilökunnalta tietoja ja taitoja ohjattavista asioista, ohjausprosessista ja vuorovaikutuksesta (Ernesäter 2009). Onnistunut puhelinohjaus edellyttää myös asianmukaisia resursseja, kuten aikaa, ohjausmateriaalia ja välineistöä (Kääriäinen 2008). Koulutus edistää selvästi puhelinohjauksen laatua. Tutkimuksessa on todettu lisäksi, että yli viisi vuotta työskennelleet hallitsivat puhelinohjauksen paremmin kuin vähemmän aikaa työskennelleet. Hoitohenkilökunnan tulisi saada jatkuvasti koulutusta puhelinohjaukseen, jotta he voisivat ylläpitää ja kehittää osaamistaan. (Tarkiainen ym. 2012.)

Nettiohjaus tekee tuloaan. Nettiohjauksen on osoitettu lisäävän potilaiden tietoa, edistävän hoitokäyttäytymistä ja vähentävän sairaalakäyntejä. Netissä tapahtuva ohjaus voi tarjota tietoa sairaudesta ja sen hallinnasta, mahdollisuuden kehittää vertaistukiverkostoa sekä saada tukea terveydenhuoltohenkilöstöltä. (Kyngäs & Henttinen 2008, 113.) Päiväkirurgisen potilaan ohjaus onnistuu erinomaisesti myös internetin kautta. Potilaiden tiedon taso ja kokemus tiedon riittäväydestä lisääntyivät enemmän internetohjauksen avulla kuin perinteisen sairaanhoitajan kasvokkain välittämän ohjauksen avulla. Samassa tutkimuksessa todettiin myös, että organisaatiolle koituneet kustannukset puolittuivat, koska myös sairaanhoitajan ohjaukseen käyttämä aika puolittui nettiohjauksen avulla (Heikkinen 2011).

4.4 Potilasohjauksen sisältö

Ohjauksen sisältönä olevaa tietoa voidaan tarkastella sekä ohjaajan että ohjattavan näkökulmasta. Tavoitteena on parhaan ja ajan tasalla olevan tiedon tarkka, arvioitu ja punnittu käyttäminen, mutta tieto tarjotaan aikaisempaan tietoon liittyen. Tiedon tulee olla potilaalle tarpeellista ja merkityksellistä. (Eloranta & Virkki, 2011, 22–23.)

Kun potilas sairastuu sydänsairauteen tai mihin muuhunkin sairauteen, hänelle tulee eriasteinen terveysongelma, joka hänen tulisi hallita. Terveysongelman sisäisellä hallinnalla tarkoitetaan sitä ajattelu- ja toiminnallista kokonaisuutta, jolla potilas itse kokee hallitsevansa terveysongelmansa ja sen aiheuttamia sairauksia elämässään, jolla hän jäsentää terveyttä ja sitä koskevaa hoitoa ja jota hoitohenkilökunnan tulisi tukea edistääkseen laadukasta hoitoa. Terveysongelman sisäisen hallinta jaetaan seitsemään osa-alueeseen: biologis-fysiologinen, toiminnallinen, tiedollinen, sosiaalisyhteisöllinen, kokemuksellinen, eettinen ja ekonominen. Nämä osa-alueet tulisi huomioida myös sydänpotilaan ohjauksessa. (Leino-Kilpi, Mäenpää & Katajisto 1999, 33–32.)

Biologis-fysiologisella alueella tarkoitetaan, että potilas tuntee ongelmansa aiheuttamat fyysiset oireet ja tuntemukset ja hänellä on niistä omasta mielestään riittävästi tietoa. Tiedon saanti aloitetaan jo ambulanssissa tai päivystysvastaanotolla ja se jatkuu kaikissa hoitopolun vaiheissa. Tärkeää on tiedostaa, mitä tietoa potilas tarvitsee missäkin vaiheessa. Toiminnallisella alueella potilas kykenee toimimaan aktiivisesti edistääkseen omaa hallintaansa. Kotona selviytymistä tukeva ohjaus, elämäntapaohjaus sekä fysioterapeutin antama ohjaus tukevat tätä, jolloin turvallisuuden tunne lisääntyy. Tiedollisella alueella potilas kokee omaavansa ongelmastaan riittävän tiedon, ymmärtää sen, kykenee hankkimaan uutta tietoa, arvioimaan sen käyttökelpoisuutta itselleen ja käyttämään sitä. Kardiologian poliklinikalla panostetaan tiedolliseen potilasohjaukseen. Sosiaalis-yhteisöllisellä alueella potilas kokee pysyvänsä oman sosiaalisen verkostonsa jäsenenä terveysongelman kanssa, sekä hän kokee hoidolli-

sen ympäristön ongelman hallintaa tukevana. Tämä vaatii omaisten mukaan ottamista ohjaukseen.

Kokemuksellisella alueella potilas kykenee hyödyntämään omia kokemuksiaan aikaisemmista terveysongelmistaan ja kokee ne myönteisinä. Hyvä ohjaus sisältää aina myös henkisen tuen, joka tarkoittaa ohjauksessa sitä, että hoitoa antavien tahojen tulee kysellä potilaalta, miten hän on kokenut sairautensa / hoitonsa, mikä häntä esim. pelottaa / mietityttää / ahdistaa, ja pyrkiä vaikuttamaan rohkaisevasti ja voimaannuttavasti näihin asioihin. Eettisellä alueella potilas kokee itseään arvostettavan ainutlaatuisena, oman arvoperustan omaavana yksilönä. Potilaslähtöinen ohjaus, joka ei ole syyllistävää mahdollistaa tämän. Ekonomisella alueella potilas kykenee selviämään terveysongelmastaan taloudellisesti. Tähän tarvitaan sosiaalityöntekijän panosta, joka löytyy Vakka-Suomen alueelta. (Leino-Kilpi ym. 1999, 33–34.) Sisällöllisistä asioista sairaanhoitajat huomioivat eniten biofysiologisia asioita. Vähiten sairaanhoitajat ohjasivat taloudellista voimavaroisuutta tukevaa tietoa. (Kettu 2007, Arvinen 2008.)

Hyvä terveys on ihmiselle yksi kallisarvoisimpia asioita, siksi potilaalle tulee korostaa itsehoidon tärkeyttä. Itsehoito elintapoja muuttamalla luo hoidon perustan. (Iivanainen ym. 2010, 196.) Tavoitteena on myös itsestään selvien asioiden uudelleentulkinta (Onnismaa 2007, 7). On myös muistettava, että vaikka asiasta on puhuttu kerran, ei asia välttämättä ole sillä selvinnyt. Akuutissa tilanteessa monen sydänsairastuneen voimat riittävät vain ymmärrettävästi nykyhetkessä elämiseen. Vasta akuutin vaiheen jälkeen sydämen huomioon ottaminen alkaa kulkea mukana arjessa ja tämä tulee huomioida potilasohjauksen sisältöä suunniteltaessa. (Haarni & Alanko 2005, 93.)

4.4.1 Sydänsairauteen liittyvä ohjaus

Jotta sydänpotilas voi itse olla päättämässä hoidostaan, tulee hänen saada tietoa. Tiedonsaantioikeus tarkoittaa sitä, että potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista ja muista hoitoon liittyvistä asioista riittävän ymmärrettävästi ja

mahdollisimman laajasti. (Kyngäs ym. 2007, 16–17.) Tutkimusten mukaan potilaat nimenomaan haluavat tietoa ja ohjausta sairaudestaan sekä sen hoidosta (Kyngäs 2003, Koskela 2005, Mäenpää 2007). Tahdistimen saaneiden potilaiden ohjauksessa on todettu olevan puutteita. Potilaat kokevat, että he eivät saa niin paljon tietoa kuin odottavat (Helajärvi-Tirri 2012).

Tiedolla ja ohjauksella on positiivinen merkitys hoidon onnistumiselle ja paranemiselle. Tiedon ja ohjauksen avulla potilas pystyy vaikuttamaan oman elämänsä hallintaan, tunnistamaan omat voimavaransa sekä osallistumaan hoitoonsa ja sitä koskevaan päätöksentekoon. Ohjaaminen on potilaan itsenäisen selviämisen ja sairauden ennusteen kannalta merkittävä osa potilashoitoa. Myös potilaan tyytyväisyys saamaansa hoitoon lisääntyy. (Alaspää ym. 2004, 534.) Potilaan iällä, koulutuksella ja sukupuolella on todettu olevan vaikutusta potilaan odotuksiin tiedoista ja ohjauksesta. Psykkisistä ominaisuuksista motivaatio vaikuttaa siihen, haluaako potilas omaksua hoitoonsa liittyviä asioita ja kokeeko hän ohjauksen itselleen tärkeäksi. (Heikkinen 2013, 113.) Tämä koskee myös sydänpotilaita.

4.4.2 Kotona selviytymistä tukeva ohjaus

Hoidon jatkuminen jää potilaan ja hänen omaistensa vastuulle, joten potilasohjauksen riittävyys on tärkeää. Lyhyessä ajassa potilaalle pitää ehtiä antaa ohjausta, jotta hän selviää kotona. (Kääriäinen & Kyngäs 2005a, 213.) Ohjaus, joka tähtää kotona pärjäämiseen, tulee antaa vasta akuutin vaiheen jälkeen. Asiakslähtöiseen ohjaukseen voidaan päästä, kun suunnitellaan yhdessä potilaan kanssa kotihoito-ohjauksen ajankohta ja sisältö. Ohjausta ei tule kuitenkaan jättää kotiin lähdön kiireeseen, jolloin ohjattavan ajatukset ovat jo muualla. Kirjalliset ohjeet tulisi kuitenkin antaa mahdollisimman varhaisessa vaiheessa, jotta ohjattava ehtii perehtyä niihin ja niihin voidaan ohjaajan kanssa palata. (Eloranta & Virkki 2011, 32.) Kotiutumisvaiheessa potilaan saama ohjaus lisää itsehoiton turvallisuutta kotona, jolloin ongelmatilanteissa päätöksenteko on ohjauksen seurauksena helpompaa (Kääriäinen 2008, 13). Sairaalassa saatu ohjaus

edistää potilaiden kotona selviytymistä (Yeh ym. 2005). Sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan päivittäinen selviytyminen kotona vaatii toiminnallista ja sosiaalista tukea (Arvinen 2008).

Sydänsairaus vaikuttaa useimmiten arkielämään ja suorituskykyyn. Siirtymävaihe sairaalasta kotiin on potilaalle ja hänen omaisilleen toipumisen kannalta entistä tärkeämpi. Lyhyet sairaalahoitoajat ja potilaiden ikääntyneisyys ovat joltaneet siihen, että sydänpotilaat ovat kotiutumisvaiheessa vielä heikkokuntoisia. Tutkimusten mukaan suomalaiset sydänpotilaat kokevat monenlaisia hoidon etenemisen esteitä kotiin siirtyessään. Heidän on todettu olevan tietämättömiä keskeisistä hoitoonsa kuuluvista asioista, mm. normaaleista ja epänormaaleista oireista, lääkehoidon syistä ja kestosta, reseptien uusimisesta ja omahoidosta. (Mäkijärvi ym. 2011, 14, 126, 174.)

Potilaat haluavat käytännönläheisiä ja tilannekohtaisia ohjeita, joiden avulla he selviytyvät kotona. Varsinkin vanhukset toivovat rauhallista asioiden käsittelyä ja haluavat puhua usein muustakin kuin vain sen hetkisestä sairaudesta. Potilasohjauksessa ei ole syytä sivuuttaa myöskään omaisten tiedon tarvetta. Heidät tulee ottaa mukaan potilaan näin halutessa. Omaiset voivat kuitenkin olla potilaalle tärkeä voimavara kotona selviytymisessä sydänsairauden kanssa. (Iivanainen ym. 2010, 332). Omaisten informoiminen tuntuu hoitajista aika vaikealta, sillä he eivät tiedä, missä määrin potilaan sairauteen liittyvistä asioista saa kertoa (Mäkinen 2002). Omaisten merkitys korostuu erityisesti potilaan itsehoidon toteutumisen tukijana (Peltoniemi 2007). Perheenjäsenet voivat tarvita tietoa ja henkistä tukea enemmän kuin potilas itse (Mesiäislehto-Soukka ym. 2004).

Omaiset toivovat monipuolista valikoimaa ohjausmenetelmiin ja tiedon soveltamista omalle kohdalle. Kiinnostuksen kohteet ohjauksessa riippuvat siitä, mikä on potilaan sairaus ja kuinka pitkään se on kestänyt. Lisäksi potilaat ja omaiset toivovat hoitajien kiinnittävän huomiota ohjauksen suunnitteluun ja sisältöön. Perheenjäsenet toivotaan otettavan ohjaukseen mukaan. (Vihijärvi 2006.) Suullinen potilasohjaus takaa potilaan selviytymisen kotona ortopedisen leikkauksen jälkeen. Tällöin potilasohjaus sisältää potilaan tarvitseman tiedon kotona selviy-

tymiselle sekä kannustaa potilasta kotiutumaan kun hänen vointinsa sen salli. (Kumpuoja 2007.)

Kotona selviytymistä tukeva ohjaus sisältää myös tietoa sosiaalietuuksista, taloudellisista asioista ja tukiryhmistä. Näistä potilaat ovat kokeneet saavansa heikosti tietoa. (Kyngäs ym. 2004, Isola ym. 2007, Mäenpään 2007.) Hoitohenkilökunta kokeekin ohjausvalmiudet heikoimmiksi juuri sosiaalietuuksia koskien (Lipponen 2004, Kääriäinen 2007, Tähtinen 2007).

4.4.3 Lääkehoidon ohjaus

Lääkehoidossa ohjauksen avulla halutaan potilas mukaan suunnittelemaan omaa lääkehoidonprosessiaan (Veräjänkorva ym. 2006, 37). Vaikuttava ja laadukas lääkehoidon ohjaus on potilaslähtöistä, yksilöllistä sekä potilaan ja hänen omaistensa tarpeisiin perustuvaa. Lääkehoidon ohjaus on vaativaa työtä. Onnistunut lääkehoidon ohjaus perustuu sairaanhoitajan kommunikaatiokykyyn ja taitoon ohjata potilasta sekä farmakologiseen tietoperustaan. Taitavalta lääkehoidon ohjaajalta edellytetään, että hän tukee potilaan lääkehoitoon sitoutumista sekä arvio potilaan ja hänen omaistensa voimavaroja. Ohjauksen tavoitteena on lääkkeiden oikea, turvallinen ja tarkoituksenmukainen käyttö sekä potilaan sitoutuminen lääkehoitoon. Tiedetään, että lääkehoito toteutuu annettujen ohjeiden mukaisesti noin 20–60 prosentilla potilaista. Lääkehoidon sitoutumisen puute voi johtaa vakaviin seurauksiin potilaan terveydentilassa, elämänlaadussa ja potilasturvallisuudessa sekä heikentää hoitotuloksia ja lisää terveydenhuollon kustannuksia. Lääkehoidon ohjaus noudattelee hoitotyön prosessia ja ohjausta annetaan kaikissa sen vaiheissa. (Heikkinen 2013, 111–112.)

Lääkehoidon ohjauksella on keskeinen merkitys hoitoon sitoutumisen edistämisessä, joka onkin haaste hoitohenkilökunnalle (Heikkinen 2013, 111). Ohjaustilanteessa on tärkeää, että viestintä on selkeää ja käytetty kieli tuttu (Iivanainen ym. 2010, 311). Sydänsairauksien hoidossa käytettävät lääkkeet jakautuvat kahteen ryhmään: sydäntapahtumia estäviin tai ennustetta parantaviin lääkkeisiin ja oireita lievittäviin lääkkeisiin. On tärkeää, että potilas on selvillä lääkehoi-

don merkityksestä ja vaikutuksista sekä mahdollisista sivu- ja yhteisvaikutuksista. Todelliset tai kuvitellut lääkkeen haittavaikutukset ovat tavallisin syy lääkityksestä tinkimiseen tai luopumiseen. Lääkkeiden oikea annostelu on tärkeää hoitotavoitteiden saavuttamisessa. (Mäkijärvi ym. 2011, 199–200.)

Useat sydänsairaat joutuvat käyttämään pitkäaikaista tai pysyvää antikoagulaatiohoitoa tromboembolioiden estolääkkeenä. Ak-hoito ei onnistu ilman hyvää potilasohjausta. Erityisen tärkeää huolellinen potilasohjaus on niiden potilaiden kohdalla, joilla on keinotekoinen läppäproteesi. Tekoläpän trombosoituminen on nopeasti henkeä uhkaava komplikaatio, joka voidaan ehkäistä onnistuneella Ak-hoidolla. (Iivanainen ym. 2010, 330.) Lääkehoidon ohjaus on todettu jääneen heikoksi. Ikääntyneet kokevat saavansa enemmän tietoa käyttämistään lääkkeistä lääkepakkausten selosteista kuin hoitoalan ammattilaisilta. Yksi syy vähäiseen ohjaukseen on lääkkeiden pitkäaikainen käyttö, jolloin aikoinaan saatua ohjausta ei enää muisteta ja lääkärin vastaanotolla reseptit vain uusittaan. (Hannukainen 2008.)

Säännöllinen elämänrytmi ja vähintään 7-8 tuntia unta varmistavat lääkehoidolle parhaat edellytykset. Pysyväksi tai pitkäaikaiseksi tarkoitetun lääkehoidon onnistuminen riippuu potilaan saamasta tiedosta ja ohjauksesta. Lääkehoito ei saisi olla turhan monimutkaista, vaan hoito tulisi suunnitella niin, että lääkkeiden ottaminen sijoittuu mahdollisimman luontevasti potilaan päivärytmiin. (Mäkijärvi ym. 2011, 205, 130.) Lääkkeiden valinta riippuu aina myös muista samanaikaisista sairauksista (Korkeila 2006, 51).

4.4.4 Liikuntaohjaus

Liikunta kohentaa kuntoa ja myös sydämen kuntoa (Korkeila 2006, 49). Parasta liikuntaa on terveysliikunta eli liikunta, joka tuottaa terveyttä eikä aiheuta haittoja potilaalle (Iivanainen ym. 2010, 234). Erityisen suotuisaa on reipas kävely tai pyöräily, joskin mikä tahansa liikunta on parempi kuin ei mitään. Säännöllinen liikunta noin kolme kertaa viikossa vahvistaa ja kasvattaa sydänlihasta, lisää suotuisan HDL-kolesterolin määrää ja auttaa painonhallinnassa. Sydämen toi-

mintatehon parantuessa, sydän pumppaa jokaisella supistuksella enemmän verta, joten sen lyöntitiheys pienenee. Liikunnasta tulee neuvotella lääkärin kanssa eri sydänsairauksien kohdalla. (Korkeila 2006, 49.)

Hyvä lihaskunto on hyödyksi kuormittavissa kotitöissä. Sen vuoksi sydänpotilaan – erityisesti ikäihmisen – on tarpeen harjoittaa lihasvoimaansa säännöllisesti vaikkapa ohjatussa liikuntaryhmässä. Ohjatussa sydänliikunnassa huomioidaan kuormitusrajojen tarkka tunteminen fysioterapeutin toimesta. Yleisohje on, että mitä tahansa kuormittavaa liikuntaa aloittaessa kannattaa aloittaa rauhallisesti ja ”kiiruhtaa hitaasti”. Avainsana on lämmittely. Se auttaa elimistöä ja verenkiertoa sopeutumaan tilanteeseen ja kipukynnys nousee. Toinen avainsana on ennakointi, mieluummin nitro mäen alla kuin mäen päällä. Sydänpotilaan tulee varata aikaa, mitä tahansa hän aikookin tehdä. Kiire on sydänpotilaan vihollinen. Kolmas avainsana on tauotus. Raskaammastakin tehtävästä suoriutuu, kun sitä tekee pienissä erissä ja tauottaa tekemisensä. (Mäkijärvi ym. 2011, 130, 161.) Potilasta tulee ohjata lepäämään ennen rasitusta ja sen jälkeen (Iivanainen ym. 2010, 330).

Ohjauksella ja neuvonnalla on todettu olevan myönteisiä vaikutuksia liikunnan harrastamistiheyteen ja toimintakykyyn (Kummeli 2008). Sydänkuntoutus on yksi tapa saada kokonaisvaltaista ohjausta, jossa liikuntaohjaus on tärkeässä roolissa. Sydänkuntoutuksella tarkoitetaan moniammatillista, suunniteltua toimintakokonaisuutta, jolla luodaan sydänpotilaille edellytyksiä palauttaa elämänlaatu sairastumisen jälkeen mahdollisimman normaaliksi. Se käsittää Suomessa sydäninfarkti-, sydämenvajaatoiminta-, sepelvaltimo-, läppä-, tahdistin-, ja synnynäistä sydänvikaa sairastavien sekä sydämensiirron saaneiden potilaiden kuntoutuksen. (Mäkijärvi ym. 2011, 157.)

4.4.5 Ravitsemusohjaus

Yksilöllisen ravitsemusohjauksen ensisijaisena tavoitteena on edistää terveyttä ohjaamalla potilasta syömään ravitsemussuosittelun mukaisesti tai ravitsemushoitoa edellyttävissä sairauksissa niiden hoidon vaatimalla tavalla. Onnistu-

neessa ravitsemusohjauksessa keskeisiä tekijöitä ovat lähtötilanteen tunteminen, motivoimisen taito sekä ratkaisukeskeisyys. Määrällinen tieto ravintoaineiden saannista ei ole välttämätöntä kaikissa ohjaustilanteissa, jolloin ohjauksen perustaksi riittää ruokavalion laadullinen tarkastelu, kuten sydänpotilaan ravitsemusohjauksessa. (Mäkelä & Laitinen 2012, 161–163.)

Vähärasvainen ja tyydyttämättömiä rasvahappoja sisältävä ruokavalio suojaa sydämen ja verisuoniston terveyttä, samoin kuitupitoinen ruokavalio. Maissa, joissa esiintyy vain vähän sydänsairauksia, on ruokavaliossa melko vähän eläinrasvaa. Sydäntään ajatteleva käyttää myös vähäsuolaisia tuotteita. (Iivanainen ym. 2010, 188.) On parempi syödä useampia pieniä aterioita päivässä, kuin pari suurta ateriaa. Pienet ateriat on helpompi sulattaa ja niiden sisältämä energia voidaan hyödyntää tehokkaammin. Suuren aterian jälkeen liikkeelle lähtevä ihminen altistuu sydänlihaksen hapenpuutteelle, kun ruuansulatus kuluttaa enemmän verta. (Korkeila 2006, 49.)

Greippi- tai karpalomehua ei suositella, koska ne voimistavat lääkkeiden vaikutuksia. Myöskään luontaistuotteita ei suositella käytettäväksi neuvottelematta lääkärin kanssa. Niillä voi olla yllättäviä haittavaikutuksia varfariinin eli marevaanin kanssa. (Makimäki ym. 2011, 133.)

4.4.6 Psykykinen ja sosiaalinen tukeminen

Kaikki sairaudet vaikuttavat jollain tapaa myös henkiseen hyvinvointiin (Mäkijärvi ym. 2011, 14). Potilas kokee pelkoa ja ahdistusta etenkin jos oireita esiintyy usein (Iivanainen ym. 2010, 311). Sairauden toteamisen jälkeen ihminen käy yleensä läpi erilaisia vaiheita kuolemanpelosta vähättelyn kautta masennukseen ja lopulta arkitodellisuus ja toivo yleensä voittavat. Tällainen psykykinen kriisi voi ilmetä sydänpotilailla mm. pelkoina, ahdistuksena, unettomuutena tai tunteiden vaihteluina, jotka voivat heikentää elämänlaatua. Tällaisessa mielentilassa oleva potilas kykenee heikosti ottamaan vastaan ja käsittelemään tietopainotteista ohjausta. (Mäkijärvi ym. 2011, 14, 125.)

Läheisten merkitys on olennainen, joka korostuu etenkin kuntoutumisen yhteydessä. Sairastuminen herättää tunteita myös läheisissä ja heistä tulee usein entistä läheisempiä. (Haarni & Alanko 2005, 127.) Psykkiseen ja sosiaaliseen selviytymiseen sekä siihen liittyvään ohjaukseen ja tukemiseen ei näytetä kiinnittävän riittävästi huomiota siinä määrin kuin potilaan fyysisen selviytymisen tukemiseen (Huhtala ym. 2006). Olennainen osa onnistunutta ohjausta on myös emotionaalinen tuki, jota potilaat odottavat saavansa (Kynäs 2003).

Vertaistuki on sosiaalista tukea, jossa saman sairauden kokeneet jakavat kokemuksia ja välittävät toisilleen hiljaista tietoa, minkälaista on elää sairauden kanssa (Mäkijärvi ym. 2011, 129). Sairastuneet toivovatkin enemmän toisten sairastuneiden tapaamista (Vihijärvi 2006). Vertaistukitoiminta on sydänyhdistyksen järjestämää vapaaehtoista ja maksutonta toimintaa. Vertaistuella on suuri merkitys sydänsairaudesta toipuville ja heidän omaisilleen. On tärkeää muistaa, että sydänsairaus aiheuttaa usein myös läheisille henkisen ahdingon. Potilaan läheiset käyvät läpi samankaltaiset henkisen kriisin vaiheet kuin potilas itse. (Mäkijärvi ym. 2011, 129.)

Masennus voi olla yksi selittävä tekijä sille, että hoitajan antamia ohjeita ei oteta vastaan tai niitä ei noudateta. Alakuloisuus oli myös yhteydessä vähäiseen liikuntaan ja epäterveelliseen ravintoon. Masennusoireiluun liittyvät tuntemukset, kuten epäonnistuminen, syyllisyyden tunne, pettymys sekä väsymys voivat osaltaan estää omaa hoitoa ja siihen sitoutumista. (Kortelainen 2010.) Ohjauksen on todettu vähentävän depressio-oireita sydäninfarktin jälkeen (Oranta 2011). Sydäninfarktipotilaiden masennusoireiden tunnistaminen on tärkeää, jotta masennuksesta kärsivät potilaat voitaisiin tunnistaa ja nämä potilaat saisivat masennukseensa hoitoa (Jalavan 2007).

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

5.1 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelmat

Projektiin liittyvän soveltavan tutkimuksen tavoitteena on selvittää hoitohenkilökunnan toteuttaman potilasohjauksen nykytila kohdeorganisaatioissa. Saatua tietoa on tarkoitus hyödyntää potilasohjausmallin luomisessa.

Tutkimusongelmat olivat:

1. Minkälaista hoitohenkilökunnan sydänpotilaalle toteuttama ohjaus on sisällöltään heidän itsensä arvioimana?

2. Miten hoitohenkilökunta kuvaa toteuttamaansa ohjausprosessia ohjatessaan sydänpotilasta?

2.1 Miten ohjausprosessin vaiheet toteutuvat?

2.2 Minkälaisia ohjausmenetelmiä käytetään?

2.3 Minkälaista on vuorovaikutus sydänpotilaan ja hoitohenkilökunnan välillä ohjaustilanteessa?

5.2 Tutkimusmenetelmä ja aineiston keruu

Tutkimus oli kvantitatiivinen eli määrällinen. Määrällinen tutkimusmenetelmä selittää ilmiötä ja asioita numeraalisesti, teknisesti ja kausaalisesti. Kvantitatiivista tutkimusta käytetään, kun opinnäytetyön tutkimusmenetelmänä käytetään kyselyä. (Vilkkä, 2009, 181.) Kyselymenetelmä on tehokas. Jos kyselylomake on suunniteltu huolellisesti, aineisto voidaan nopeasti käsitellä tallennettuun muotoon ja analysoida tietokoneen avulla. Lisäksi aikataulu ja kustannukset voidaan arvioida melko tarkasti. Kyselytutkimukseen liittyy myös heikkouksia, kuten että

aineistoa pidetään pinnallisena ja tutkimuksia teoreettisesti vaatimattomina. (Hirsjärvi ym. 2009, 195.)

Kvantitatiivisen tutkimuksen aineiston keruussa käytetään yleensä kyselylomakkeita, joissa on valmiit vastausvaihtoehdot. Tuloksia voidaan havainnollistaa taulukoin tai kuvioin. Kvantitatiivisen tutkimuksen avulla saadaan yleensä kartoitettua olemassa oleva tilanne, mutta ei pystytä selvittämään tarkemmin asioiden syitä. (Heikkilä 2008, 16.)

Tämän tutkimuksen aineistonkeruumenetelmänä käytettiin mittaria (Liite 1), joka laadittiin sydänpotilaan ohjauksen kehittämisprojektia varten. Mittarin laatimisen perustana oli laaja kirjallisuuskatsaus potilaan ohjauksesta, sen sisällöstä ja toteuttamistavoista yleensä sekä erityisesti sydänpotilaiden kohdalla. Mittari esitettiin neljällä sairaanhoitajalla ennen tutkimuksen toteuttamista. Näiden arvioiden perusteella mittarista poistettiin ja muutettiin joitakin väittämiä. Näin varmistettiin mittarin sisältövaliditeetti, osioiden yksiselitteisyys ja lomakkeeseen vastaamiseen menevä aika.

Lopullinen kyselylomake jakautui kolmeen osaan. Taustamuuttujakysymyksillä haluttiin vastauksia seuraaviin asioihin: ikä, työyksikkö, koulutus, työkokemus hoitoalalla, potilasohjaukseen saatu koulutus sekä virkasuhde. A-osan kysymyksillä haettiin vastauksia hoitohenkilökunnan sydänpotilaalle toteuttaman ohjauksen sisältöön (tutkimusongelma 1). B-osan kysymyksillä haettiin vastauksia ohjausprosessin toteutumiseen (tutkimusongelma 2). Kyselylomakkeen osiot olivat Likert-asteikollisia ja muita järjestysasteikollisia väitteitä. Lomakkeen lopussa oli kaksi avointa kysymystä, jotka koskivat henkilökunnan koulutuksen tarvetta potilasohjaukseen sekä vapaata kommentointia sydänpotilaan ohjauksen toteutuksesta ja sisällöstä.

Tutkimusaineisto kerättiin 12.11–10.12.2013 välisenä aikana Tyks Vakka-Suomen sairaalan sydäntoimialueen ja Uudenkaupungin yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksien sairaanhoitajilta (n=35 erikoissairanhoidossa ja n=26 perusterveydenhuollossa). Terveyskeskuksista tutkimuksessa mukana olivat vastaanottoiminnassa työskentelevät sairaanhoitajat. Lisäksi tutkimukseen osal-

listuivat Valmetin ja Yaran työterveyshuollon terveydenhoitajat (n=2) ja Sairaankuljetus Tapani Oy:n sairaanhoitajat (n=3). Sydäntoimialue käsitti päivystyksen/valvonnan, sisätauti- ja kirurgisen osaston, kardiologisen poliklinikan ja fyysioterapian. Tarkoituksena oli saada mahdollisimman laaja kuva eri hoitoyksiköissä tapahtuvasta sydänpotilaan ohjauksesta.

Tutkimus toteutettiin sähköisenkyselyn muodossa. Tutkimuksesta lähetettiin tutkimustiedote (Liite 2) kohde organisaatioiden edustajille. Alustava vastausaika oli kaksi viikkoa, mutta vastausaika jatkettiin vielä toiset pari viikkoa. Kyselyn saatekirje ja linkki tutkimukseen lähetettiin osastonhoitajille tai kyseisen organisaation yhdyshenkilöille, jotka lähettivät ne eteenpäin tutkimukseen osallistuville (yhteensä n=66). Lopulliseksi vastaajien määräksi tuli n=30. Vastausprosentiksi muodostui 45 %.

5.3 Aineiston analysointi

Määrällisessä tutkimuksessa valitaan sellainen analyysimenetelmä, joka antaa tietoa siitä, mitä ollaan tutkimassa (Vilka 2007, 119). Aineistoa analysoitaessa on hyvä muistaa, että tilastollisten erojen puuttuminen tarkoittaa sitä, että vastaajat ovat olleet hyvin samaa mieltä tutkittavasta ilmiöstä. Lisäksi jos vastaajat ovat olleet hyvin samaa mieltä tutkittavasta ilmiöstä, on sellainenkin tulos kliinisesti erittäin merkittävä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 126.)

Aineiston analyysissä oli alun perin tarkoitus käyttää SPSS tilasto-ohjelmaa. Vähäisten vastausten vuoksi päädyttiin aineisto analysoimaan käyttäen kuvailevia tilastomenetelmiä, kuten prosenttijakaumia, keskiarvoja ja keskihajontaa. Tuloksia havainnollistettiin kuvioden avulla. Aineiston tiivistämiseksi, analysoinnin ja raportoinnin selkeyttämiseksi, vastausvaihtoehtojen luokituksissa tehtiin muutoksia muuttamalla 5-luokkaisia vastausvaihtoehtoja 3-luokkaisiksi. Vastausvaihtoehdot ”täysin samaa mieltä”/”osittain samaa mieltä” yhdistettiin luokaksi ”samaa mieltä”. Vastausvaihtoehdot ”osittain eri mieltä”/”täysin erimieltä” yhdistettiin ”eri mieltä”. En samaa enkä eri mieltä säilyi ennallaan. Vastausvaihtoehdot ”erittäin paljon”/”melko paljon” yhdistettiin luokaksi ”paljon”. Vastausvaihto-

ehdot ”melko vähän”/”erittäin vähän” yhdistettiin luokaksi ”vähän”. Keskinertaisessa määrin jätettiin omaksi luokaksi.

Välimatka-asteikkoon soveltuvaa keskiarvoa käytettiin vastattaessa tutkimusongelman 2 alaongelmaan ”Minkälaista on vuorovaikutus sydänpotilaan ja hoitohenkilökunnan välillä ohjaustilanteessa?”. Keskiarvo on hyvin herkkä poikkeaville havainnolle. Niinpä keskiarvo ei anna kovin tarkkaa kuvaa jakaumasta, jos aineistossa on yksikin hyvin suuri tai pieni arvo. Tästä syystä tulkinnassa käytettiin keskiarvojen lisäksi keskihajontaa, joka kuvaa parhaiten yksittäisen muuttujan jakautumista. Keskihajonta ilmaisee, kuinka kaukana yksittäisen muuttujan arvot ovat keskimääräisen muuttujan arvosta eli suhteessa keskiarvoon (Nummenmaa 2006, 59, 62).

6 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Kyselylomakkeita lähetettiin yhteensä 66, joista 30 vastasi eli 45 %. Vastanneista (n=30) 36,67 % oli iältään 25–35 -vuotiaita, 30 % yli 45-vuotiaita, 26,67 % 36–45 -vuotiaita ja 6,67 % alle 25-vuotiaita. Puolet vastanneista eli 15 henkilöä työskenteli Tyks Vakka-Suomen sairaalassa, 11 terveyskeskuksessa ja 4 yksityissektorilla. Yli kymmenen vuoden työkokemusta hoitoalalla oli yli puolella (56,67 %), 2-5 vuoden työkokemus 30 %:lla, 10 % oli työskennellyt 6-10 vuotta ja 1 vastaaja alle 2 vuotta. Vakinaisia työntekijöitä vastanneista oli 23 (76.67 %) ja sijaisia 7 (23,33 %). Vastanneista 7 henkilöä (23,33 %) oli osallistunut viimeisen 3 vuoden aikana potilasohjausta koskevaan koulutukseen, 23 henkilöä (76,67 %) ei laisinkaan. (Taulukko 1.) Koulutus oli ollut pääasiassa diabetes- ja astmapotilaan ohjaukseen liittyvää.

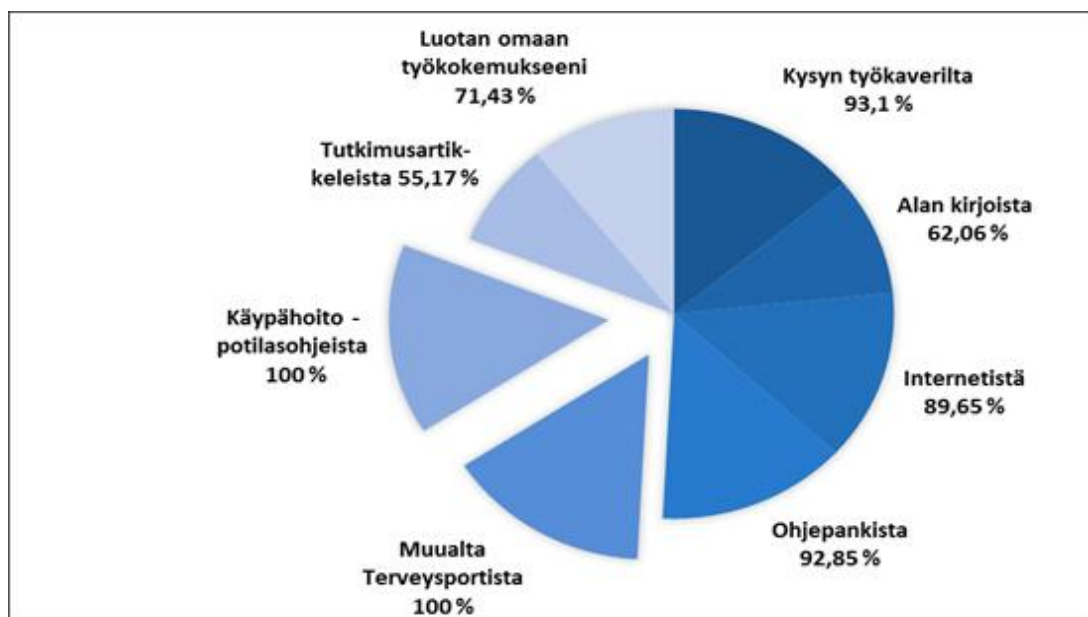
Taulukko 1. Kyselyyn vastanneiden taustatiedot n=30.

Taustatieto	f	%
Ikä		
Alle 25 vuotta	2	6,67
25–35 vuotta	11	36,67
36–45 vuotta	8	26,67
Yli 45 vuotta	9	30
Työyksikkö		
Tyks Vakka-Suomen sairaala	15	50
Terveyskeskus	11	36,67
Yksityissektori	4	13,33
Työkokemus hoitoalalla		
Alle 2 vuotta	1	3,33
2-5 vuotta	9	30
6-10 vuotta	3	10
Yli 10 vuotta	17	56,67
Potilasohjaus koulutukseen osallistuminen 3 vuoden sisällä		
Kyllä	7	23,33
Ei	23	76,67
Virkasuhde		
Vakinainen	23	76,67
Sijainen	7	23,33

6.1 Hoitohenkilökunnan toteuttaman ohjauksen sisältö

Hoitohenkilökunnan arviota ohjauksen sisältöön liittyvistä asioista kartoitettiin tiedon hakemista ohjaukseen liittyen sekä miten toteutetaan sydänsairauteen liittyvää ohjausta koskevilla väittämällä.

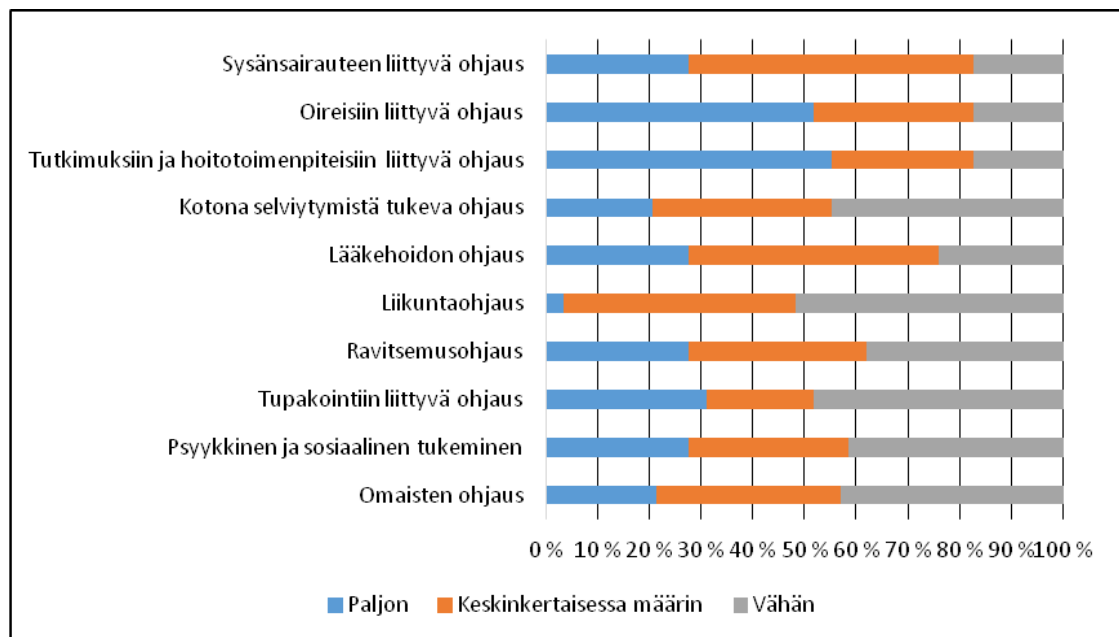
Tiedon hakemiseen liittyvää tietoa vastaajat arvioivat kahdeksan väittämän avulla. (Kuvio 2.) Kaikki vastaajat (n=29) käyttivät Käypähoito – potilasohjeita sekä muuta terveystietoa. Sekä internetiä että oman organisaation ohjepankkia vastaajista käytti lähes yhdeksänkymmentä prosenttia. Tutkimusartikkeleita luki reilu puolet (55,17 %) vastaajista ja alan kirjallisuutta hyödynsi kuudesosa 18 (62,06 %) vastaajista. 27 (93,1 %) vastaajaa kysyi neuvoja ohjaukseen liittyen työkavereilta. 20 (71,43 %) vastaajista luotti omaan työkokemukseensa. Nämä vastaajat olivat toimineet hoitoalalla yli 10 vuotta ja olivat iältään yli 35 vuotiaita. Yksi vastaajista lisäsi hakevansa tietoa ohjauksesta myös muista kirjallisista ohjeista, esitteistä ja koulutuksista.



Kuvio 2. Haen tietoa ohjauksen sisältöön liittyen n=29.

Toteutan sydänsairauteen liittyvää ohjausta vastaajat arvioivat kymmenen väittämän avulla. (Kuvio 3.) Vastaajat (n=29) antoivat eniten ohjausta potilaalle sydänsairauteen, oireisiin sekä tutkimuksiin ja hoitotoimenpiteisiin liittyen, kun

laskettiin yhteen paljon ja keskinkertaisesti vastanneet 24 (82,75 %). Samalla kaavalla laskettuna vastaajat antoivat vähiten liikuntaohjausta 14 (48,28 %). Toiseksi eniten eli noin kolme neljäsosaa (75,87 %) vastaajista antoi lääkehoidon ohjausta paljon tai keskinkertaisesti. Muut ohjauksen muodot jakautuivat tasaisemmin.



Kuvio 3. Toteutan sydänsairauteen liittyvää ohjausta (n=29).

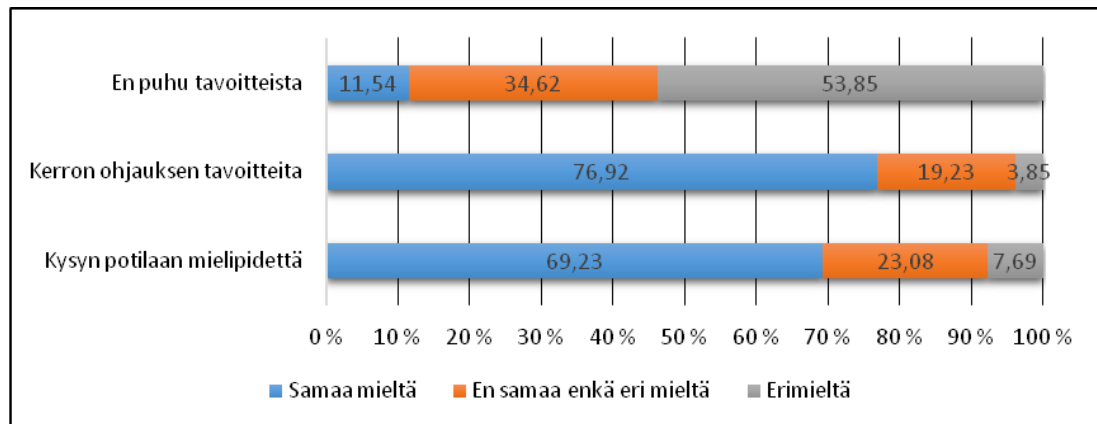
6.2 Hoitohenkilökunnan toteuttama ohjausprosessi

6.2.1 Ohjausprosessin vaiheiden toteutuminen

Ohjausprosessin eri vaiheita arvioitiin seitsemän väittämän avulla. Vastanneista (n=26) 19 (73,08 %) arvioi potilaan oppimistarpeen tutustumalla etukäteen potilaspapereihin joko aina tai usein, loput 7 (26,92 %) vastanneista tutustui vain harvoin. Vastanneista 17 (65,38 %) haastatteli potilasta ja otti selvää aina tai usein, mitä hän tiesi asiasta jo etukäteen. Joka kolmas (30,77 %) vastaaja haastatteli vain harvoin ja 1 (3,85 %) ei koskaan.

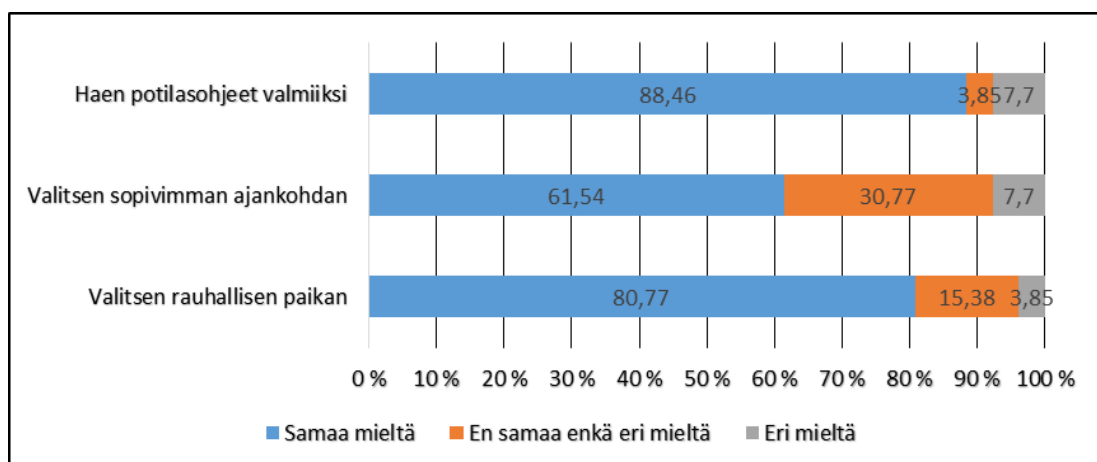
Noin 12 % vastanneista (n=26) ei puhunut potilaan kanssa ohjauksen tavoitteista. Vastaavasti lähes 70 % vastanneista kysyi potilaan mielipidettä siitä, mitä

hän haluaisi tietää/oppia ohjaustilanteessa. Yli 75 % hoitohenkilökunnasta myös kertoi potilaalle, mihin hän ohjauksellaan pyrki. (Kuvio 4.)



Kuvio 4. Miten asetan tavoitteet potilasohjaukselle? (n=26)

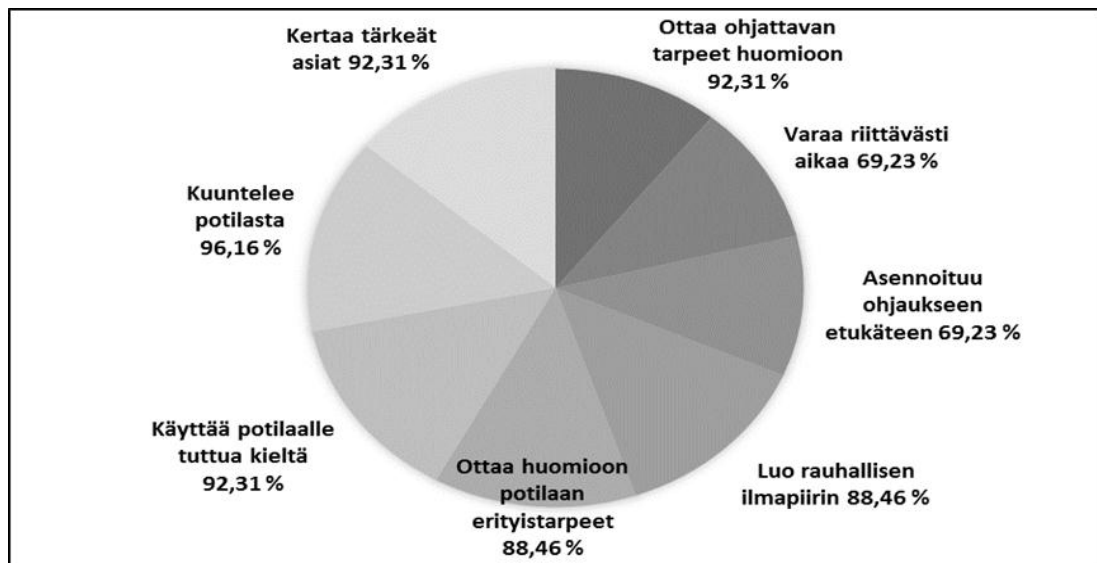
Lähes 90 % vastanneista (n=26) haki potilasohjeet valmiiksi ohjaustilannetta varten. 80 % valitsi myös rauhallisen paikan. Reilu 60 % pystyi valitsemaan sopivimman ajankohdan. (Kuvio 5.)



Kuvio 5. Suunnittelen ohjaustilanteen etukäteen (n=26).

Vastaajat (n=26) arvioivat itse ohjaustilannetta kahdeksan väittämän avulla. (Kuvio 6.) Kaikki vastaajat 25 (69,16 %) yhtä lukuun ottamatta kuuntelivat potilasta. Suurin osa vastaajista 24 (92,31 %) otti ohjattavan tarpeet huomioon ohjaustilanteessa. 2 (7,69 %) vastaajista ei ollut samaa eikä eri mieltä väitteen kanssa. 18 (69,23 %) vastaajista varasi riittävästi aikaa ohjaukselle ja asennoitui ohjaukseen etukäteen. Reilu 25 % vastaajista ei ollut samaa eikä eri mieltä.

1 (3,85 %) vastaaja oli eri mieltä. 23 (88,46 %) vastaajista loi rauhallisen ilmapiirin ja otti potilaan erityistarpeet, esimerkiksi huonon kuulon huomioon. Loput reilu 10 % vastaajista ei ollut samaa eikä eri mieltä. Suurin osa vastaajista yli (90 %) käytti potilaalle tuttua kieltä ja vain pari vastaajaa alle (10 %) ei ollut samaa eikä eri mieltä. Lähes kaikki vastaajat (92,31 %) vielä kertasivat tärkeät asiat ohjaustilanteen lopuksi. 2 (7,7 %) vastaajaa oli eri mieltä asiasta.



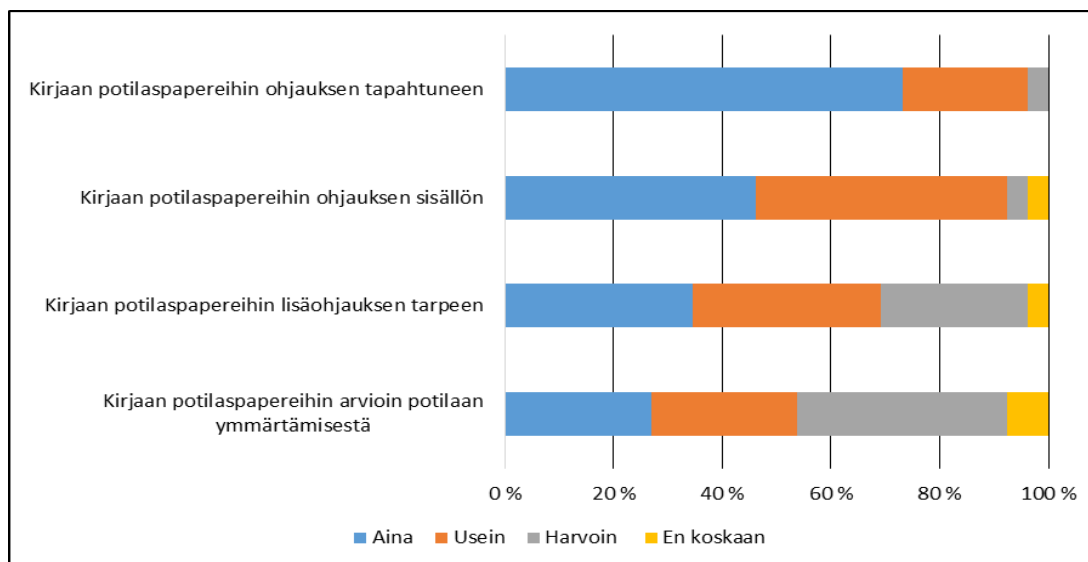
Kuvio 6. Ohjaustilanteessa huomioon otettavat asiat (n=26).

Omaisat saivat erillistä ohjausta alle puolella (46,15 %) vastaajista (n=26). Hoitolaitoksen yhteystiedot lisäkysymyksiä varten jatkossa annettiin vastaajien mukaan reilulle 60 %:lle omaisista. Yksi vastaaja oli kommentoinut, että omaiset voivat halutessaan tulla mukaan ohjaustilanteeseen.

Lopuksi vastaajat (n=25) arvioivat ohjaustilanteen toteutumisen. Arviointi tapahtui haastattelemalla 18 (72 %) vastaajan mielestä. Lähes neljäsosa vastaajista ei ollut samaa eikä eri mieltä. Yksi vastaaja oli eri mieltä.

Kirjaaminen arvioitiin neljän väittämän avulla. (Kuvio 7.) Lähes kolme neljäsosaa vastaajista (n=26) kirjasi aina potilaspapereihin ohjauksen tapahtuneen, hiukan alle neljäsosa kirjasi usein ja 1 vastaaja harvoin. Väitteeseen ”Kirjaan potilaspapereihin ohjauksen sisällön” 12 (46,15 %) vastaajaa vastasi aina. 12 (46,15 %) muuta vastaajaa kirjasi usein ja 2 muuta harvoin ja 2 ei koskaan. 18 (69,24 %) kirjasi potilaspapereihin lisäohjauksen tarpeet aina ja yhtä moni

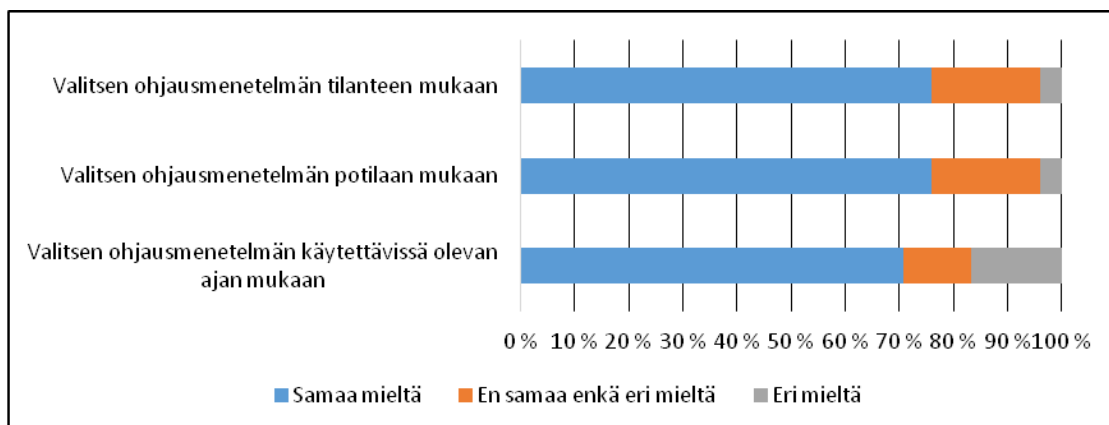
usein, 7 (26,92 %) harvoin ja 1 (3,85 %) vastaaja ei mielestään kirjannut koskaan. Hiukan yli puolet vastaajista kirjasi potilaspapereihin aina tai usein arvion siitä, miten potilas ymmärsi ohjauksen, lähes 40 % vastaajista teki sen harvoin ja pari vastaaja ei koskaan.



Kuvio 7. Kirjaaminen (n=26).

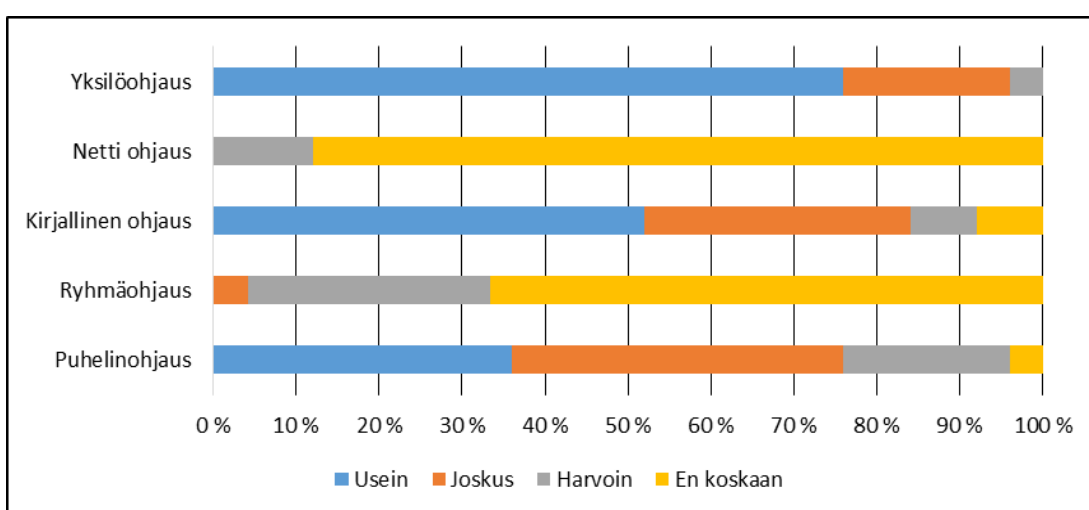
6.2.2 Ohjausmenetelmien valinta

Vastaajat arvioivat ohjausmenetelmän valintaa kolmen väittämän avulla. (Kuvio 8.) Noin kolmeneljäsosaa (76 %) vastaajista (n=25) valitsi ohjausmenetelmän tilanteen mukaan, 20 % vastaajista ei ollut samaa eikä eri mieltä ja 4 % vastaajista oli eri mieltä. Vastaajista 76 % valitsi myös ohjausmenetelmän potilaan mukaan. 71 % vastaajista valitsi ohjausmenetelmän käytettävissä olevan ajan mukaan, 12,5 % vastaajista ei ollut samaa eikä eri mieltä ja 16,5 % vastaajista oli eri mieltä. Tässä vaihtoehdossa eri mieltä olevien osuus oli suurin.



Kuvio 8. Ohjausmenetelmän valinta (n=25).

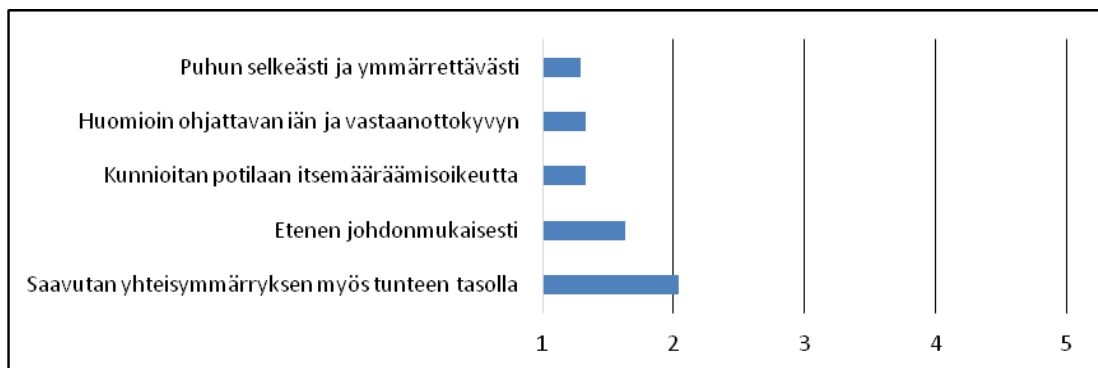
Vastaajat (n=25) arvioivat eri ohjausmenetelmien käyttöä ohjaustilanteessa lisäksi viiden väittämän avulla. (Kuvio 9.) Ohjausmenetelmistä painottui yksilöohjaus, jota 19 (76 %) vastaajaa käytti usein, 5 (20 %) joskus ja 1 (4 %) harvoin. Vähiten annettiin nettiohjausta, jota vain 3 (12 %) vastaajaa käytti harvoin, loput 22 (88 %) ei koskaan. Toiseksi eniten annettiin kirjallista ohjausta, jota yli puolet vastaajista 13 (52 %) käytti usein, 8 (32 %) käytti joskus, harvoin käytti 2 ja ei koskaan 2 (8 %) vastaajista. Ryhmäohjausta kukaan vastaajista ei käyttänyt usein, joskus tai harvoin yhteensä 9 (36 %) ja suurin osa vastaajista ei käyttänyt ryhmäohjausta koskaan 16 (64 %). Puhelinohjausta antoi reilu kolmasosa 9 (36 %) usein, 10 (40 %) vastaajista antoi joskus, 5 (20 %) harvoin ja 1 (4 %) vastaaja ei koskaan.



Kuvio 9. Eri ohjausmenetelmien käyttö (n=25).

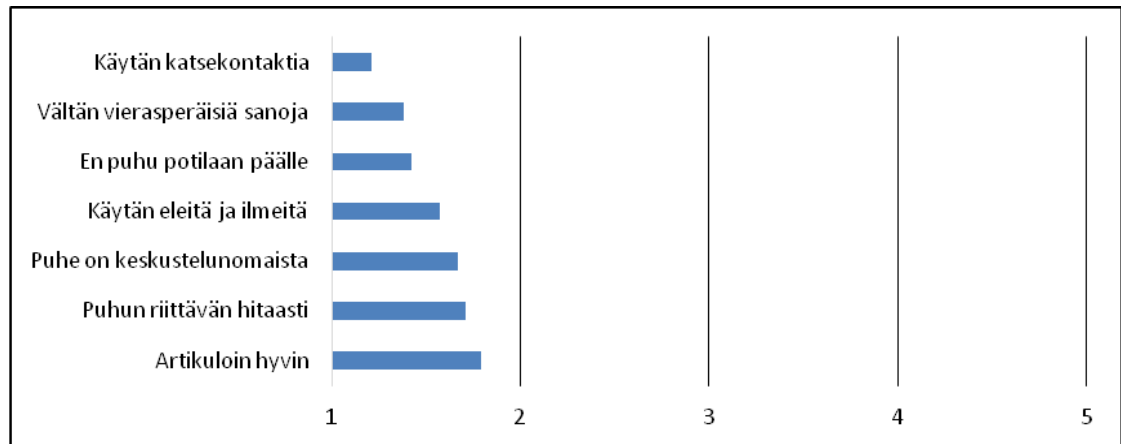
6.2.3 Vuorovaikutus ohjaustilanteessa

Vastaajat (n=24) arvioivat viestintää vuorovaikutustilanteissa viiden väittämän avulla. Tarkastelin keskiarvoja yksittäisten väittämien välillä. Vaihteluväli oli 1-5, jossa pieni luku ilmaisee väittämän positiivista arviota. Yksittäisiä väittämiä tarkasteltaessa, korkeimman eli huonoimman keskiarvon (ka=2,04) sai väite ”Saavutan yhteisymmärryksen myös tunteen tasolla”. Muiden väittämien välisissä keskiarvoissa ei ollut suuria eroja; ne sijoittuivat välille 1,3–1,6. (Kuvio 10.) Keskihajonta (S.D) oli 0,5–0,9 välillä. Pienimmät hajonnat olivat väittämässä ”Puhun selkeästi ja ymmärrettävästi” sekä ”Kunnioitan potilaan itsemääräämisoikeutta” ja suurin hajonta oli väittämässä ”Saavutan yhteisymmärryksen myös tunteen tasolla”.



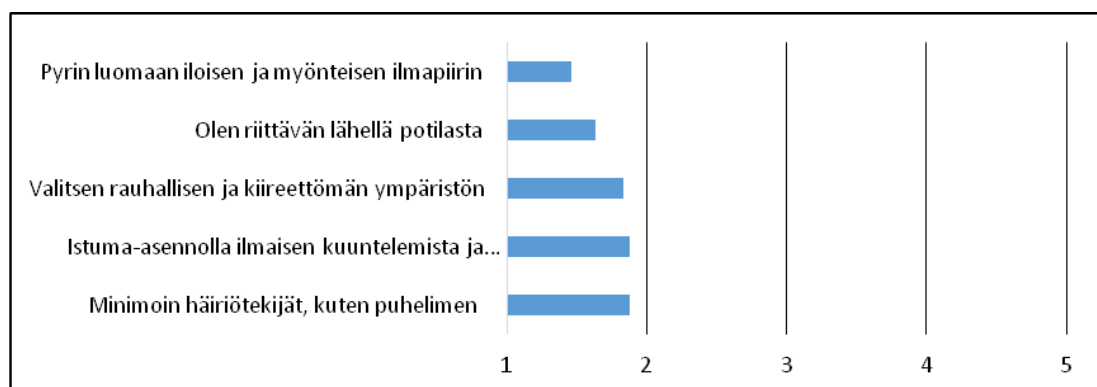
Kuvio 10. Viestintä vuorovaikutustilanteissa väittämien keskiarvot. (1= Täysin samaa mieltä, 5=Täysin eri mieltä)

Sanallista ja sanatonta viestintää vastaajat (n=24) arvioivat seitsemän väittämän avulla. Tarkastelin keskiarvoja yksittäisten väittämien välillä. Vaihteluväli oli 1-5, jossa pieni luku ilmaisee väittämän positiivista arviota. Käytän katsekontaktia -väittäjä sai pienimmän eli parhaimman keskiarvon (ka=1,2). Suurimman eli huonoimman keskiarvon (ka=1,8) sai väite ”artikuloin hyvin”. Muiden väittämien välisissä keskiarvoissa ei ollut kovinkaan suuria eroja; ne sijoittuivat välille 1,4–1,7. (Kuvio 11.) Keskihajonta (S.D) oli 0,43- 0,81 välillä. Pienin hajonta oli ”Käytän katsekontaktia” ja suurin hajonta oli ”Artikuloin hyvin” väittämän kohdalla.



Kuvio 11. Sanallisen ja sanattoman viestinnän keskiarvot. (1= Täysin samaa mieltä, 5= Täysin eri mieltä)

Fyysistä ympäristöä vastaajat (n=24) arvioivat viiden väittämän avulla. Tarkastelin keskiarvoilla näitäkin vastauksia, vaihteluvälillä 1-5. Pienimmän eli parhaan keskiarvon (ka=1,5) sai väittämä ”pyrin luomaan iloisen ja myönteisen ilmapiirin”. Väittämä ”olen riittävän lähellä potilasta” sai keskiarvon 1,6. Väittämä ”valitsen rauhallisen ja kiireettömän ympäristön” sai keskiarvon 1,8. Väittämät ”istuma-asennolla ilmaisen kuuntelemista ja läsnäoloa” ja ”minimoin häiriötekijät, kuten puhelimen” saivat molemmat keskiarvon 1,9. Pieni luku ilmaisee positiivista suuntaa (Kuvio 12.) Keskihajonta (S.D) oli 0,8-1.0 välillä. Pienimmät hajonnat olivat väittämässä ”Pyrin luomaan iloisen ja myönteisen ilmapiirin” ja ”Olen riittävän lähellä potilasta”. Loppujen väittämien keskihajonnat olivat 1.0.



Kuvio 12. Fyysinen ympäristö väittämien keskiarvot. (1= Täysin samaa mieltä, 5= Täysin eri mieltä)

Ohjattava-hoitaja -suhdettaan vastaajat (n=24) arvioivat kolmen eri väittämän avulla. Tarkasteltaessa keskiarvojen välisiä eroja keskiarvot sijoittuivat 1,4–1,5 välille. (Kuvio 13.) Keskihajonta (S.D) oli 0,5-0,6 välillä. Pienempi hajonta oli ”Rehellisyys ja avoimuus” väittämän kohdalla.



Kuvio 13. Ohjattava-hoitaja suhteissani korostuu väittämän keskiarvot. (1= Täysin samaa mieltä, 5= Täysin eri mieltä)

Vastaajia pyydettiin vielä lopuksi arvioimaan, kaipaavatko he lisäkoulutusta ohjaukseen liittyen ja jos niin minkälaista. Kysymykseen vastasi 11 henkilöä. Heistä 8 kaipasi lisää koulutusta ohjaukseen liittyen ja kolme vastaajaa katsoi sen tarpeettomaksi. Vastaajat, jotka kaipasivat lisää koulutusta ohjauksesta, toivoivat koulutuksen olevan ihan mitä tahansa sydänpotilaan ohjaukseen liittyvää. Kaksi vastaajaa kuvasi, että työn luonne vaatii päivitystä tietoihin sopivin väliajoin. Samoin lääketiede ja tekniikka menevät eteenpäin, jolloin asioiden päivittäminen on tärkeää, kuvasi yksi vastaajista. Ensihoitoon liittyvää koulutusta yksi vastaaja kaipasi, toinen ensihoidossa työskentelevä taas katsoi, että ensihoidossa annetaan ohjausta niin vähän, että lisäkoulutuksen tarvetta ei ole.

7 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

7.1 Tutkimustulosten tarkastelua

Tämän opinnäytetyöhön liittyvän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää hoitohenkilökunnan toteuttaman potilasohjauksen nykytilaa kohdeorganisaatioissa. Tutkimus oli osa sydänpotilaan ohjauksen kehittämishanketta yli organisaatiörajojen Uudenkaupungin alueella. Hanke kulki nimellä ”Sairaanhoitajan toteuttama sydänpotilaan ohjaus, Vakka-Suomi”. Tiedot kerättiin kyselylomakkeella, jossa henkilökunta arvioi sydänpotilaalle toteuttamansa ohjauksen sisältöä ja ohjausprosessin toteutumista eri väittämien avulla. Lisäksi lomakkeen lopussa oli kaksi avointa kysymystä, jotka koskivat henkilökunnan koulutuksen tarvetta potilasohjaukseen sekä vapaata kommentointia sydänpotilaan ohjauksen toteutuksesta ja sisällöstä.

Tutkimukseen osallistuneista (n=30) melkein kaikki vastaajat olivat yli 25 vuotiaita. Vain kaksi vastaajaa oli sen alle. Yli puolella vastaajista oli työkokemusta hoitoalalla yli kymmenen vuotta ja vain yksi vastaaja oli työskennellyt alle kaksi vuotta. Reilulla kolmeneljäsosalla vastaajista oli vakinainen virka. Puolet vastaajista työskenteli Tyks Vakka-Suomen sairaalassa, reilu kolmasosa terveyskeskuksissa ja loput yksityissektorilla. Vastaajien määrä jäi odotettua vähäisemmäksi. Yksi syy tähän oli se, että Uudenkaupungin yhteistoiminta-alueen terveyskeskuksissa oli tutkimuksen tekohetkellä lomautuksia. Tutkimuksen vastamisaikaa myös pidennettiin tästä syystä kahdella viikolla.

Tutkimustulosten mukaan hoitohenkilökunta haki tietoa ohjauksen sisältöön liittyen ensisijaisesti eri internet-palvelimien kautta. Suosituin oli Käypähoito – potilasohjeet. Seuraavaksi eniten haettiin tietoa muualta terveystietä, ohjepankista ja muualta internetistä. Aikaisemmassa tutkimuksessa ohjepankki tunnettiin osastoilla ja se koettiin hyödylliseksi, muttei sitä käytetty työvälineenä kovinkaan paljoa (Pohjaniemi & Törmänen 2006). Vähiten haettiin tietoa alan kirjoista ja tutkimusartikkeleista. Ketun (2007) tutkimus myös osoitti, että sairaanhoitajat käyttävät hyvin vähän ohjauksen tukena tieteellistä tietoa. Suomalaiset

sairaanhoidajat myös kokivat haasteena sen, että tutkimukset eivät olleet aina selkeästi hyödynnettävissä hoitotyön käytäntöihin eivätkä tutkimustietoa ollut esitetty riittävän selkeästi (Oranta ym. 2002). Lisäksi tässä tutkimuksessa tuli esiin, että sairaanhoidajat luottivat omaan työkokemukseensa (myös Kettu 2007) ja vielä enemmän kysyivät työkaverilta neuvoa ohjaukseen.

Sydänpotilaat saavat sairaalassa, terveyskeskuksessa, työterveyshuollossa ja ambulanssissa ohjausta useasta eri aiheesta. Tämän tutkimuksen mukaan potilaat saivat eniten ohjausta oireisiin sekä tutkimuksiin ja hoitotoimenpiteisiin liittyen. Toiseksi eniten annettiin sydänsairauteen liittyvää ohjausta. Aikaisemmissa tutkimuksissa (mm. Kyngäs 2003, Koskela 2005 ja Mäenpää 2007) potilaat nimenomaan halusivatkin tietoa ja ohjausta sairaudestaan ja sen hoidosta.

Kotona selviytymistä tukevaa ohjausta annettiin keskimäärin vähemmän. Ohjauksen avulla kuitenkin pystyttäisiin edistämään potilaiden kotona selviytymistä (Yeh ym. 2005). Huhtalan ym. (2006) tutkimuksessa psyykkiseen ja sosiaaliseen selviytymiseen sekä siihen liittyvään ohjaukseen ei näytetty kiinnitettävän riittävästi huomiota; samoilla linjoilla oltiin tässä tutkimuksessa. Lääkehoidon ohjausta annettiin tämän tutkimuksen mukaan keskinertaisessa määrin. Hanukaisenkin (2008) tutkimuksen mukaan lääkehoidon ohjaus oli jäänyt heikoksi. Ikääntyneet kokivat saavansa enemmän tietoa käyttämistään lääkkeistä lääkepakkausten selosteista kuin hoitoalan ammattilaisilta. Nyt tehdyn tutkimuksen mukaan myös tupakointiin liittyvä ohjaus ja omaisten ohjaus oli vähäisempää kuin sydänsairauteen tai oireisiin liittyvä ohjaus. Vähiten hoitohenkilökunta antoi liikuntaohjausta. Liikuntaohjausta antaakin pääasiassa fysioterapeutti, joka jäi tämän tutkimuksen ulkopuolelle. Kummelin (2008) tutkimuksessa ohjauksella todettiin olevan myönteisiä vaikutuksia myös liikunnan harrastamistiheyteen ja toimintakykyyn.

Pystyäkseen vastaamaan potilaan ohjaustarpeeseen hoitajan on luotava ennen ohjaustilannetta arvio lähtötilanteesta (Kyngäs ym. 2007). Ohjausprosessi lähteekin potilaiden ohjaustarpeiden määrittämisestä (Asikainen & Holopainen 2011) ja se voi olla vaativaa henkilökunnalle, koska tarpeet vaihtelevat (Kääriäinen & Kyngäs 2005). Tässä tutkimuksessa hoitohenkilökunta arvioi potilaan

oppimistarpeen hieman useammin tutustumalla etukäteen potilaspapereihin kuin haastattamalla etukäteen potilasta, mitä nämä jo tiesi asiasta. Lähes puolet hoitajista ei joko puhunut tavoitteista lainkaan tai ei ottanut asiaan kantaa suuntaan eikä toiseen. Ohjauskeskusteluun liittyvän aikaisemmankin tutkimuksen (Tasala 2013) mukaan sairaanhoitaja ei ottanut huomioon potilaan yksilöllistä tiedon tarvetta eikä kartoittanut, mitä potilas jo tiesi.

Potilasohjauksen onnistuminen edellyttää aina hyvin suunniteltua ja valmisteltua ohjaustilannetta. Siihen liittyy myös asiasisällön, ajankohdan (Kyngäs 2003) sekä paikan ja aikaresurssien (Peltoniemi 2007) suunnittelua. Tämän tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunta suunnitteli ja valmisteli ohjaustilanteen ensisijaisesti ottamalla potilasohjeet valmiiksi. Moni vastaajista valitsi myös rauhallisen paikan, mutta sitä ei ole aina mahdollista löytää (Koskela 2005). Ohjauksen suunnittelussa toivotaan myös kiinnitettävän huomiota ohjauksen ajankohtaan (Vihijärvi 2006). Yllättävän moni vastaajista valitsikin potilaalle sopivimman ajankohdan. Tämä viittaisi siihen, että moni vastaajista työskenteli sairaalan osastolla, koska vastaanottotyössä tai ambulanssissa tähän on rajalliset mahdollisuudet.

Ohjauksen onnistumisen kannalta sairaanhoitajan merkityksellisiä henkilökohtaisia edellytyksiä ovat viestintätaidot, kuuntelemisen taito ja havainnointikyky (Pohjola-Katajisto 2008). Tässä tutkimuksessa hoitohenkilökunnasta lähes kaikki ilmoittivat kuuntelevansa potilasta ohjaustilanteissa. Tutkimukseni mukaan lähes kaikki sairaanhoitajat myös kertoivat tärkeät asiat ja käyttivät potilaalle tuttua kieltä. Samoin he ottivat ohjattavan tarpeet ja myös erityistarpeet, kuten huonon kuulonhyvin huomioon (vrt. Kääriäinen & Kyngäs 2006). Sairanhoitajat loivat rauhallisen ilmapiirin ja asennoituivat ohjaukseen etukäteen kohdallisen hyvin. Heikoimmin sairaanhoitajat kiinnittivät huomiota siihen, että varasivat riittävästi aikaa ohjaukselle. Aikaisemmissakin tutkimuksissa (Tähtinen 2007, Kääriäinen 2007) hoitohenkilöstön mielestä ohjaukseen oli käytettävissä liian vähän aikaa. Kiire osaksi vaikeuttaa ohjaustilannetta (Kyngäs ym. 2005). Myös potilaat ovat kokeneet ohjaustilanteen kiireiseksi (Salminen ym. 2003).

Omaisten merkitys korostuu erityisesti potilaan itsehoidon toteutumisen tukijana (Peltoniemi 2007). Asikaisen ja Holopaisen (2011) tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunta ohjasi myös omaisia antamalla tietoa sydänsairaudesta ja sen hoidosta. Nyt tehdyn tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunta arvioi omaisiin liittyvän ohjauksen vähäisemmäksi kuin muun ohjauksen. Alle kaksi kolmasosaa sairaanhoitajasta antoi omaisille kuitenkin yhteystiedot lisäkysymyksiä varten. Mäkisen (2002) tutkimuksessa omaisten informoiminen tuntui hoitajista aika vaikealta, sillä he eivät tieneet, missä määrin potilaan sairauteen liittyvistä asioista sai kertoa. Perheenjäsenet voivat tarvita tietoa ja henkistä tukea enemmän kuin potilas itse (Mesiäislehto-Soukka ym. 2004). Tämä olisi hyvä huomioida potilasohjausmallia luotaessa. Omaista koskevien väittämien yhteyteen olisi voinut lisätä avoimen kysymyksen ”Missä tilanteessa annan omaisille erikseen ohjausta?”

Potilaslähtöiseen ohjausprosessiin kuuluu olennaisesti ohjauksen vaikutusten arviointi (Kääriäinen ja Kyngäs 2005b, Asikainen & Holopainen 2011). Tässä tutkimuksessa lähes kolme neljäsosaa arvioi ohjauksen toteutumista haastatteleamalla potilasta. Tämä on hyvä tulos, jos vertaa (Kääriäinen 2007) tutkimukseen, jossa ohjauksen arvioinnissa oli todettu olevan puutteita. Myöskään Ketun (2007) tutkimuksessa sairaanhoitajat eivät arvioineet säännöllisesti potilaiden oppimista ja ymmärtämistä. Ohjauksen vaikutuksia on vaikea osoittaa, mutta interventiotutkimuksilla on kuitenkin pystytty osoittamaan, että ohjauksella on positiivisia vaikutuksia (Kääriäinen & Kyngäs 2005b).

Kiviniemen ym. (2006) tutkimuksen mukaan yleinen asenne kirjaamista kohtaan oli negatiivinen. Merkittävimpänä tekijänä oli kirjaamisen kuluva aika. Ohjaus oli myös heikoimmin kirjattuja asioita (Tiusanen ym. 2009, Sydän 2005-tutkimus). Tämän tutkimuksen mukaan kirjattiin hyvin potilaspapereihin ohjauksen tapahtuneen sekä ohjauksen sisältö, mutta vähemmän kirjattiin lisäohjauksen tarpeet. Kaikkein heikoimmin kirjattiin arvio siitä, miten potilas ymmärsi ohjauksen. Tämä on samoilla linjoilla Mattilan ja Laitisen (2011) tutkimustulosten kanssa.

Potilaita voidaan ohjata monella eri menetelmällä, joista ohjaaja voi valita itse kullekin potilaalle ja ohjaustilanteeseen sopivan. Sopivien ohjausmenetelmien

valinta vaatii kuitenkin tietoa siitä, miten potilas omaksuu asioita ja mikä on ohjauksen päämäärä. (Kyngäs ym. 2007.) Tässä tutkimuksessa ohjausmenetelmä valittiin ensisijaisesti potilaan ja tilanteen mukaan ja vasta sen jälkeen käytettävissä olevan ajan mukaan. Erot näiden kolmen valinnan välillä olivat olemattomat.

Aikaisemmissa tutkimuksissa yleisimmäksi ohjausmenetelmäksi on noussut potilaan henkilökohtainen suullinen ohjaus, johon liitetään usein kirjalliset ohjeet (Johansson 2006, Ekola 2007, Kähkönen ym. 2011). Tämä tutkimus tukee edellä mainittuja tuloksia, sillä ehdottomasti eniten annettiin yksilöohjasta ja kirjallista ohjausta käytettiin lisäksi melkein yhtä paljon. Tutkimuksessani puhelinohjasta annettiin myös paljon. Puhelinohjaus on yleisin audiovisuaalisista ohjaustavoista. Se on lisääntynyt nopeasti länsimaisissa terveydenhuollossa (Giesen ym. 2007, Kähkönen ym. 2011, Ernesäter, Holmström & Engström 2009). Tutkimustulosteni mukaan vähiten annettiin ryhmä- ja nettiohjausta. Tämä on samansuuntainen tulos aikaisempien tutkimuksen kanssa. Potilaat kokivatkin saaneensa audiovisuaalista ohjausta vielä melko vähän (Koskela 2005, Isola ym. 2007, Mäenpää 2007). Valtaosa hoitohenkilökunnasta pitää kuitenkin informaatioteknologiaa ja sen mahdollisuuksia potilaan tiedonsaannin kehittämisessä melko tarpeellisena (Välimäki ym. 2007). Ryhmäohjausta puoltaisi yksilöneuvontaa pienemmät kustannukset (Kyngäs ym. 2004). Tässä tutkimuksessa ei selvitetty eri ohjausmenetelmien yhdistämistä vaan tarkasteltiin eri ohjausmenetelmiä erikseen.

Vuorovaikutus ohjattavan ja ohjaajan välillä on erityisen tärkeää ja se on ohjauksen lähtökohta, jonka tavoitteena on ohjaussuhteen syntyminen (Lipponen 2006). Luottamus taas muodostaa perustan vuorovaikutussuhteen kehittymiselle (Kyngäs ym. 2003, Voutilainen 2010). Lisäksi vuorovaikutus ohjaustilanteissa sisältää potilaslähtöisiä potilaan omaa osallistumista tukevia piirteitä enemmän kuin hoitajakeskeisiä potilaan osallistumista passivoivia piirteitä (Arvinen 2008). Tässä tutkimuksessa kaikki hoitajat puhuivat selkeästi ja ymmärrettävästi ohjaustilanteessa sekä kunnioittivat potilaan itsemääräämisoikeutta. Lähes kaikki myös huomioivat ohjattavan iän ja vastaanottokyvyn sekä etenivät joh-

donmukaisesti. Kaikki eivät kuitenkaan saavuttaneet yhteisymmärrystä potilaan kanssa tunteen tasolla.

Sanattomalla viestinnällä on todettu olevan erittäin suuri merkitys (Kämäräinen & Koikkanen 2011). Tämän tutkimuksen mukaan kaikki hoitohenkilökunnasta käyttivät katsekontaktia, välttivät vierasperäisiä sanoja, eivätkä puhuneet potilaan päälle. Enemmistö myös käytti eleitä ja ilmeitä ja piti puheen keskustelunomaisena. Lisäksi enemmistö puhui riittävän hitaasti ja artikuloi hyvin. Tutkimustulosten mukaan hoitohenkilökunta käytti hyvin hyödyksi sanattoman viestinnän eri muotoja.

Tässä tutkimuksessa hoitohenkilökunta kiinnitti huomiota fyysiseen ympäristöön pyrkimällä erityisesti luomaan iloisen ja myönteisen ilmapiirin. Suurin osa hoitajista kertoi olevansa myös riittävän lähellä potilasta. Keskimääräistä harvemmin hoitohenkilökunta valitsi rauhallisen ja kiireettömän ympäristön. Aikaisempi tutkimus on osoittanut, että sitä ei ole aina mahdollista löytää ja hoitohenkilöstö haluaisikin ohjaukseen parempia tiloja (Koskela 2005). Keskimääräistä harvemmin hoitohenkilökunta ilmaisi istuma-asennolla kuuntelemista ja läsnäoloa tai minimoi häiriötekijöitä, kuten puhelinta. Kääriäisen (2007) tutkimuksen mukaan valtaosa potilaista oli kuitenkin tyytyväisiä ohjauksen puitteisiin.

Ohjaussuhteelle on ominainen vastavuoroisuus, luottamus, jaettu asiantuntijuus, vastuullisuus ja yhteistyö (Eloranta & Virkki 2011, 54). Tämän tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunta kiinnitti hyvin huomiota ohjattava-hoitaja-suhteeseen. He korostivat rehellisyyttä ja avoimuutta sekä potilaslähtöisyyttä ja arvostivat keskinäistä kunnioitusta lähes kaikki. Onnistunut vuorovaikutteinen ohjaussuhde mahdollistaa potilaan ja hoitohenkilöstön välisen tavoitteellisen toiminnan (Kääriäinen 2007). Tämä toteutui tämän tutkimuksen mukaan.

Yksitoista hoitajaa vastasi avoimiin kysymyksiin. Niissä pyydettiin arvioimaan lisäkoulutuksen tarvetta ohjaukseen liittyen ja mahdollisia aiheita siihen. Suurin osa vastaajista kaipasi lisää koulutusta ohjaukseen liittyen. He toivoivat koulutuksen olevan ihan mitä tahansa sydänpotilaan ohjaukseen liittyvää, esimerkiksi ensihoitoon liittyvää koulutusta. Asioiden päivittäminen katsottiin myös tär-

keäksi. Hoitajat kokevat riittävän koulutuksen ja tiedonhakemisen hallitsemisen lisäävän valmiuksia antaa potilaille ohjausta (Lehtimäki 2012).

Tämä tutkimus antoi arvokasta tietoa sydänpotilaan ohjauksen toteuttamisesta hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Tutkimustulos vastaa aikaisempia tutkimuksia (Lipponen 2004, Kääriäinen 2007, Tähtinen 2007). Kääriäisen ym. (2005b) tutkimuksessa suurin osa myös potilaista piti henkilökunnan ohjausvalmiuksia kokonaisuudessaan hyvinä. Sairaanhoidajan ohjausvalmiuksien vahvuutena pidetään pitkää työkokemusta ja ajankohtaista tietoa sekä elämäkokemusta (Kämäräinen & Koikkanen 2011). Tässäkin tutkimuksessa näkyi, että yli kymmenen vuotta työkokemusta omaavien hoitajien ohjausvalmiudet olivat hyviä. Tulos ei perustu kuitenkaan mihinkään analyysiin, jolla tulos pitäisi osoittaa.

7.2 Johtopäätökset

Tutkimustuloksista voidaan esittää seuraava yhteenveto:

1. Hoitohenkilökunta hakee tietoa ohjauksen sisältöön liittyen ensisijaisesti eri internet-palvelimien kautta. Suosituin on Käypähoito – potilasohjeet. Vähiten haetaan tietoa alan kirjoista ja tutkimusartikkeleista.
2. Ohjausta annetaan eniten oireisiin, tutkimuksiin ja hoitotoimenpiteisiin sekä sydänsairauteen liittyen. Vähiten annetaan liikuntaohjausta. Kotona selviytymistä tukevaa ohjausta annetaan keskimäärin vähemmän. Myös psyykkiseen ja sosiaaliseen selviytymiseen sekä siihen liittyvään ohjaukseen ei näytetä kiinnittävän riittävästi huomiota.
3. Hoitohenkilökunta arvioi omaisiin liittyvän ohjauksen vähäisemmäksi kuin muun ohjauksen.
4. Ohjausprosessin vaiheet toteutuvat melko hyvin. Hoitohenkilökunta arvioi potilaan oppimistarpeet ensisijaisesti tutustumalla potilaspapereihin etukäteen. Kuitenkin lähes kolmannes hoitajista haastatteli potilasta harvoin ennen ohjausta sen selvittämiseksi, mitä hän jo tietää asiasta. Tavoitteet asetetaan pääsääntöisesti kertomalla potilaalle, mihin ohjaus pyrkii, ja kysymällä potilaan mielipi-

dettä siitä, mitä hän haluaisi tietää/oppia. Kuitenkin lähes kolmannes hoitajista joko ei kysy potilaan mielipidettä tai ei ota asiaan kantaa suuntaan eikä toiseen. Lähes puolet hoitajista ei joko puhu tavoitteista lainkaan tai ei ota asiaan kantaa suuntaan eikä toiseen. Ohjaustilanne suunnitellaan, haetaan kirjalliset ohjeet valmiiksi ja valitaan mahdollisesti rauhallinen paikka. Ohjauksen toteutus arvioidaan haastattelemalla potilasta aika usein.

5. Ohjaustilanteessa viestintätaidot, kuuntelemisen taito ja rauhallinen ilmapiiri otetaan hyvin huomioon. Hoitohenkilökunta kertoo tärkeät asiat, käyttää potilaalle tuttua kieltä ja ottaa ohjattavan tarpeet ja myös erityistarpeet hyvin huomioon. Heikoimmin hoitohenkilökunta kiinnittää huomiota siihen, että varaavat riittävästi aikaa ohjaukselle. Potilaspapereihin kirjataan ohjauksen tapahtuneen. Kaikkein vähiten kirjataan arvio siitä, miten potilas ymmärtää ohjauksen.

6. Ohjausmenetelmä valitaan potilaan ja tilanteen mukaan. Yksilöohjaus on tavallisimmin käytetty ohjausmenetelmä, johon liitetään usein kirjalliset ohjeet. Puhelinohjausta annetaan myös paljon. Vähiten annetaan ryhmä- ja nettiohjausta.

7. Vuorovaikutus ohjaustilanteessa on toimivaa. Hoitohenkilökunta puhuu selkeästi ja ymmärrettävästi, kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta, huomioi ohjattavan iän ja vastaanottokyvyn sekä etenee johdonmukaisesti. Myös sanaton viestintä huomioidaan. Kaikki eivät kuitenkaan saavuta yhteisymmärrystä potilaan kanssa tunteen tasolla.

Näiden tutkimustulosten perusteella voidaan päätellä, että hoitohenkilökunnan toteuttama sydänpotilaanohjaus on hyvää. Hyvä potilasohjaus edellyttää ohjausprosessin eri vaiheiden hallintaa ja tutkimus osoittaa, että ohjausprosessin eri vaiheet - ohjauksen tarpeen määrittely, suunnittelu, toteutus ja arviointi - toteutuvat melko hyvin. Jatkossa olisi kuitenkin hyvä kiinnittää huomiota siihen, että potilaalle kerrotaan ohjauksen tavoitteista enemmän. Potilaan ohjauksen jatkuvuuden varmistamiseksi tulee kirjata kaikissa ohjausprosessin eri vaiheissa ohjausta koskevat asiat potilaspapereihin, myös arvio siitä, miten potilas ymmär-

tää ohjauksen. Tutkimustulosten valossa voidaan päätellä, että tässä näyttää olevan hieman puutteita.

Potilaan ohjaus on jatkuvaa vuorovaikutusta potilaan kanssa ja tutkimustuloksista voidaan päätellä, että vuorovaikutus ohjaustilanteessa on hyvää ja potilaslähtöistä. Hoitohenkilökunnan viestintätaidot ohjaustilanteessa ovat myös hyvät ja ohjattavan tarpeet huomioonottavat. Se ettei potilaiden kanssa saavuteta välttämättä yhteisymmärrystä tunteen tasolla saattaa kertoa siitä, että sydänpotilaanohjaus ei ole ihan niin yksilöllistä kuin tutkimustulos kokonaisuudessaan kertoo. Jatkossa tulisi myös enemmän kiinnittää huomiota siihen, että hoitohenkilökunta varaisi riittävästi aikaa ohjaukselle. Tutkimus osoittaa, että tässä on vielä parantamisen varaa.

Omaisiin liittyvä ohjaus on tärkeää. Heidät tulisi ottaa huomioon kaikissa ohjausprosessin vaiheissa. Tutkimustuloksista voi päätellä, että omaisten ohjaus on jäänyt vähäisemmälle huomiolle. Potilasohjausmallia luodessa omaiset kannattaisi huomioida paremmin ja ottaa mukaan ohjaukseen potilaan näin halutessa.

Yhteenvedona tutkimuksen tuloksista voidaan päätellä, että sydänpotilaan ohjaus on hyvällä mallilla Uudenkaupungin alueella. Tässä kohtaa on kuitenkin hyvä muistaa se, että kyselyyn vastasi alle puolet hoitajista ja vastanneista yli puolella oli työkokemusta hoitoalalla yli kymmenen vuotta, joten ohjaus hoitotyössä oli varmasti tuttua. Käytännön kannalta tämä merkitsee sitä, että potilasohjausmalli luodaan jo olemassa olevista ”hyvistä käytänteistä”, joita myös teoreettisen osan mukaan pidetään tärkeinä ja niistä asioita, jotka eivät vielä toteudu tällä hetkellä riittävän hyvin korostetaan erityisesti mallissa. Potilasohjausmallia kehitettäessä kiinnitetään erityistä huomiota omaisten mukana oloon ohjauksessa, kirjaamiseen ohjausprosessin eri vaiheissa ja ohjaukseen käytettävään aikaan.

Tulokset antoivat myös jatkotutkimusaiheen. Sydänpotilaanohjausta tulisi tutkia potilasnäkökulmasta ja sen täytyisi perustua soveltuvin osin hoitajakyselyyn, jotta tuloksia voidaan verrata.

7.3 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

7.3.1 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksen eettisyys on kaiken tieteellisen toiminnan ydinkohta (Kankkunen, & Vehviläinen-Julkunen 2013, 211). Tiedon hankintaan ja julkistamiseen liittyvät tutkimuseettiset periaatteet ovat yleisesti tiedossa. Periaatteiden tunteminen ja niiden mukaan toimiminen on tutkijan vastuulla. Eettisesti hyvin tehty tutkimus edellyttää, että tutkimuksen teossa noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä. Lähtökohtana tutkimuksessa tulee olla ihmisarvon ja ihmisen itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen antamalla heille mahdollisuus päättää, haluavatko he osallistua tutkimukseen. Tutkimukseen osallistuminen on aina vapaaehtoista. (Hirsjärvi ym. 2009, 23, 25.)

Tutkijan tehtävänä on myös minimoida tutkimuksen haitat suhteessa tutkimuksen hyötyihin. Tutkimusetiikan lisäksi on huomioitava voimassa oleva lainsäädäntö. Jokaisessa tutkimuksessa on yksityisyyttä ja tekijänoikeuksia koskevia asioita. (Vilkkä 2007, 91).

Tutkimus on osa ”Sairaanhoitajan toteuttama sydänpotilaan ohjaus, Vakka-Suomi” hanketta. Lupa aineiston keräämiseen saatiin sairaanhoitopiiriltä. Tutkimus toteutettiin oikeudenmukaisesti, anonymisti ja laadukkaasti. Kyselylomakkeen mukana jaettiin saatekirje (Liite 2), jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta ja tavoitteista sekä korostettiin tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuutta ja luottamuksellisuutta. Saatekirjeessä oli myös tutkijan yhteystiedot, jotta vastaaja voisi tarvittaessa ottaa yhteyttä häneen. Aineisto kerättiin nimettömänä, eikä siitä ollut haittaa tutkittaville. Tutkimuksessa saatuja tuloksia ei myöskään käsitelty organisaatio kohtaisesti, eikä tutkija tehnyt organisaatioiden välisiä vertailuja. Kerätty aineisto oli vain tutkijan omassa käytössä ja se hävitettiin tutkimuksen valmistuttua. Tutkimusaineisto oli pieni, joten taustakysymysten muotoilussa kiinnitettiin huomiota siihen, ettei niiden perusteella pystytty tunnistamaan yksittäistä vastaajaa. Tutkija itse ei ollut yhteydessä vastaajiin, vaan

saatekirje ja linkki kyselyyn menivät eri organisaatioiden yhdyshenkilöiden kautta. Kaikki edellä mainitut asiat lisäävät tutkimuksen eettisyyttä.

7.4 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksessa pyritään välttämään virheiden syntymistä. Tästä syystä kaikissa tutkimuksissa pyritään arvioimaan tehdyn tutkimuksen luotettavuutta. (Hirsjärvi ym. 2004, 216.) Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta tarkastellaan validiteetin ja reliabiliteetin näkökulmista. Validiteetti tarkoittaa sitä, onko tutkimuksessa mitattu juuri niitä asioita, mitä on tarkoituskin mitata. (Vilkkä 2009, 161.) Tähän pyrittiin kiinnittämään huomiota tutkimusongelmia ja mittaria laadittaessa sekä esitestauksessa. Tulosten luotettavuus riippuu myös kadon suuruudesta. Tässä tutkimuksessa katoa oli odotettua enemmän, mahdollisesti samaan aikaan osuneiden lomautusten vuoksi.

Reliabiliteetti tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta, jolla tarkoitetaan mittarin kykyä tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia eli mittaustulosten toistettavuutta. (Hirsjärvi ym. 2004, 216.) Eli tutkimus on luotettava, kun toistetussa mittauksessa saadaan täsmälleen sama tulos, riippumatta tutkijasta. Mittaustuloksia ei tule yleistää tehdyn tutkimuksen ulkopuolelle. Tutkimustulokset ovat päteviä tietyssä ajassa ja paikassa ainoastaan. (Vilkkä 2007, 149.) Satunnaisvirheiden mahdollisuus on aina olemassa. Vastaaaja voi merkitä vastauksen väärin tai voi tulla muistivirhe. Ne voivat heikentää tutkimuksen luotettavuutta ja tarkkuutta. (Vilkkä 2007, 153.) Mittari oli melko pitkä, joten lopussa vastaaaja saattoi herpaantua ja merkitä vastauksensa väärin.

Tutkimuksen kokonaisluotettavuuteen voi vaikuttaa lisäksi systemaattiset virheet. Ne voivat johtaa tuloksia harhaan ja heikentävät sekä tutkimuksen reliabiliteettia että validiteettia. Systemaattinen virhe voi johtua kadon lisäksi siitä, että vastaajat valehtelevat, kaunistelevat tai vähättelevät asioiden tilaa. (Vilkkä 2007, 153.) Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa tulisi myös tutkittavien edustavuutta arvioida (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 196). Tässä tutkimuksessa suurin osa vastaajista oli kokeneita sairaanhoitajia,

jotka olivat työskennelleet pitkään alalla. Heillä on oltava kokemusta ohjauksesta enemmän kuin nuoremmilla ja kokemattomilla hoitajilla, jotka eivät osallistuneet tutkimukseen. Tämä saattaa heikentää hieman tutkimustulosten luotettavuutta perusjoukkoon suhteutettuna.

Ennen varsinaista tutkimuksen tekemistä, organisaatioihin välitettiin tutkimustiedote (Liite 3) tulevasta tutkimuksesta. Aikataulun kiireellisyyden vuoksi, en itse henkilökohtaisesti käynyt kertomassa tulevasta tutkimuksesta eri organisaatioissa, vaikka alun perin näin suunnittelin. Välitin tutkimustiedotteen yhdyshenkilöille ja heidän varaan jäi, jakoivatko he sitä eteenpäin. Tämä on mahdollisesti myös lisännyt tutkimuksen katoa. Myös henkilövaihdoksia tapahtui tässä vaiheessa.

Mittarin sisältövaliditeetti on koko tutkimuksen luotettavuuden perusta (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 190). Tässä tutkimuksessa käytettiin mittaria, joka oli laadittu nimenomaan sydänpotilaan ohjauksen kehittämishanketta varten. Mittarin laatimisen perustana oli laaja kirjallisuuskatsaus potilaan ohjauksesta, sen sisällöstä ja toteuttamistavoista yleensä sekä erityisesti sydänpotilaiden kohdalla. Mittarin luotettavuutta arvioitiin useaan otteeseen ennen sen hyväksymistä. Mittari esitettiin neljällä sairaanhoitajalla ennen tutkimuksen toteuttamista. Esitetauksen perusteella mittaria muokattiin poistamalla, lisäämällä ja tarkentamalla kysymyksiä. Lisäksi ennen varsinaista aineiston keruuta varmistettiin mittarin sisältövaliditeetti; asioiden yleisselitteisyys ja lomakkeeseen vastaamiseen mentävä aika.

Vastausprosentti jäi odotettua hieman alhaisemmaksi. Tosin tutkittava asia oli vastaajille tuttu, mutta kyselyn täytöstä ei ollut hoitohenkilökunnalle välitöntä hyötyä, joten tämä saattoi vaikuttaa motivaatitasoon vastaamisessa. Osa vastaajista oli vastannut vain taustakysymyksiin. Vastaajien määrä myös väheni kyselyn loppua kohden mentäessä. Tästä kohtaa voi miettiä, oliko kysely liian pitkä tai väsyivätkö vastaajat muuten vain? Mahdollisesti vastaaminen oli koettu liian monimutkaiseksi kysymysten määrän vuoksi tai yksinkertaisesti kiire esti vastaamisen loppuun. Tämä rajoitti osaksi käytettävien tilastomenetelmien valintaa.

Luotettavuuteen vaikuttava asia on myös vastaajien kyky tulkita mitattavia asioita ja käsitteitä samalla tavalla kuin tutkija (Paunonen ym. 2006, 207). Mittarit ja menetelmät eivät aina vastaa sitä todellisuutta, jota tutkija luulee tutkivansa. Vastaajat kyllä vastaavat kyselylomakkeeseen, mutta ovat saattaneet käsittää monet kysymykset toisin kuin tutkija on ajatellut. (Hirsjärvi 2004, 216.) Esitestauksen avulla pyrin minimoimaan tulkinnan väärinymmärrykset. Muutaman kysymyksen muotoa muutettiin, kun väärinymmärryksen mahdollisuus tuntui olevan olemassa. Tämä lisäsi tutkimuksen luotettavuutta.

Aineiston analyysissä pyrin ottamaan huomioon pienelle aineistolle asetettuja rajoituksia. Käytin tästä syystä osassa tuloksien tarkastelua keskiarvoja ja keskihajontaa. Mittaustuloksista tehtyjä päätelmiä ei voida pitää täysin käyttökelpoisina aineiston vähyyden vuoksi, vaikka analyysissä tulikin esiin samansuuntaisia tuloksia, kuin aikaisemmissa tutkimuksissa. Sillä oli vaikutusta koko tutkimustulosten luotettavuuteen.

8 OHJAUSMALLI

Hyvä ohjausmalli vaatii potilasohjausprosessin eri vaiheiden tuntemisesta (Lipposen ym. 2006) ja se on ollut lähtökohtana ohjausmallin kehittämisessä. Ohjausmalli perustuu teoriaosaan sekä kehittämisprojektissa tehdyn tutkimuksen tuloksiin. Myös olemassa olevat ”hyvät käytännöt” on huomioitu, joita myös teoreettisen osan mukaan pidettiin tärkeinä. Ohjausmallilla pyritään parantamaan sydänpotilaan saamaa ohjausta.

Uudessa ohjausmallissa (Kuvio 14) on yksilöity potilaan ohjauksen painoalueet hoitopolun eri vaiheissa sairaanhoitajan toteuttamana. Tällä on pyritty kohdentamaan ohjaus oikea-aikaiseksi. Ohjausmalli on jaettu potilaan hoitopolun mukaisesti ambulanssi, päivystys, osasto, kardiologian poliklinikka ja terveyskeskus / työterveys. Kaikissa hoitopolun eri vaiheissa on tärkeää kirjata ohjauksen toteutus ja vaikuttavuus, jotta seuraava yksikkö tietää mistä jatkaa. Yhteisesti tulee sopia mihin hoitolehdelle kirjataan ohjauksesta sekä saada potilaan lupa tietojen siirtämiseen toiseen organisaatioon. Näin turvataan sydänpotilaan hoidon jatkuvuus parhaiten.

KAIKISSA HOITOKETJUN VAIHEISSA TAPAHTUVALLE OHJAUKSELLE YHTEISET OHJAUKSEN TOTEUTUKSEEN LIITTYVÄT VAATIMUKSET:

- **Ohjauksen tarpeen määrittäminen:** Tapahtuu paitsi tutustumalla potilasta koskeviin kirjallisiin tietoihin myös kartoittamalla suullisesti potilaan tiedon/ohjauksen tarpeita. → OHJAUKSEN YKSILÖLLISYYS.
- **Ohjauksen toteutus:** Korostetaan omaisten mahdollisuutta osallistua ohjaukseen. Ohjaustilanteissa ei saa olla koskaan kiire.
- **Ohjauksen kirjaaminen ja arviointi:** Tarkka kirjaus ohjauksen sisällöstä sekä siitä, miten potilas ymmärsi / koki sen. HUOM! Ohjauksesta tehdyn arvioinnin tulee siirtyä organisaatioiden välillä. Muuten ohjauksen jatkuvuus ei toteudu.

	Ohjauksen tarpeen määrittäminen	Ohjauksen suunnittelu ja tavoitteet	Ohjauksen sisällöt	Ohjauksen toteutus	Ohjauksen arviointi
POTILAS	Sydänsairauden oireet				
Ambulanssi	Tapahtuu tutustumalla potilasta koskeviin kirjallisiin tietoihin, sekä kartoittamalla suullisesti potilaan tiedon/ohjauksen tarpeita. → OHJAUKSEN YKSILÖLLISYYS	Potilaan / omaisen rauhoittuminen / turvallisuuden tunteen säilyminen	*Potilaan / omaisten tukeminen muuttuneessa elämäntilanteessa * Oireisiin liittyvä ohjaus * Tutkimuksiin ja toimenpiteisiin liittyvä ohjaus	OMAISTEN MAHDOLLISUUS OSALLISTUA OHJAUS- TILANTEESSA EI SAA OLLA KIIRE	POTILAS-OHJAUKSEN ARVIOINTI ASETETTUNEN TAVOITTEIDEN MUKAISESTI
Päivystys		Potilaan / omaisen rauhoittuminen / turvallisuuden tunteen säilyminen Sairauden, tutkimusten ja hoidon ymmärtäminen	*Potilaan / omaisten tukeminen muuttuneessa elämäntilanteessa * Oireisiin liittyvä ohjaus * Tutkimuksiin ja toimenpiteisiin liittyvä ohjaus * Jatko-ohjaus sairaudesta ja hoitopäätöksistä lääkärikäynnin jälkeen		
Osasto		Osastolla tehtäviin tutkimuksiin ja toimenpiteisiin valmistautuminen Kotona selviytyminen	*Potilaan / omaisten tukeminen muuttuneessa elämäntilanteessa * Tutkimuksiin ja toimenpiteisiin liittyvä ohjaus *Jatko- ja kotihoidon ohjaus (kirjallinen materiaali ja mahdolliset kontrolliajat) lyhyesti ja yksinkertaisesti		
Kardiologian poliklinikka		Aikaisempaa syvempi tieto ja ymmärrys sairaudesta ja sen hoidosta Toiminnallisuuden ja kuntoutumisen edistyminen Sairauden herättämistä tunteista ja ajatuksista keskusteleminen.	*Potilaan / omaisten tarpeiden mukainen ohjaus ja tukeminen * Sairaus ja sen hoito (tarkennetusti sekä aikaisempaa laajemmin; erityisesti lääkehoito) *Toiminnallinen ohjaus (fysioterapeutti) *Jatkohoidon ohjaus terveyskeskukseen tai työterveyteen		
Terveyskeskus/ työterveys		Elämäntapojen muuttaminen sairauden ennaltaehkäisemiseksi tai hoitamiseksi.	*Elämäntapaohjaus * Sairauteen liittyvät riskitekijät *Vertaistuen saanti/Sydänliitto		
Kirjaaminen		Potilasohjaustarve	Ohjaustavoitteet		
HUOM! Ohjauksesta tehdyn arvioinnin tulee siirtyä organisaatioiden välillä. Muuten ohjauksen jatkuvuus ei toteudu.					

Kuvio 14. Ohjausmalli.

8.1 Ohjausprosessin näkökulmat

Tyks Vakka-Suomen sairaalassa on kuvattu ne prosessit, jotka sydänpotilaan hoitoon liittyvät. Nyt halutaan myös ohjausprosessi kuvata saman mallin mukaan, johon uusi potilasohjausmalli sitten tulee linkittymään. Käytössä Tyks Vakka-Suomen sairaalassa on uimaratamalli. Tähän projektiin ei kuitenkaan kuulunut itse ohjausprosessin kuvaaminen uimaratamalliin sisällytettynä, mutta ohjausprosessin taustalla olevat näkökulmat mietittiin valmiiksi.

Prosessikuvaus alkaa aina suunnittelusta ja päättyy arvioon (Laamanen 2007, 52). Jotta ohjausprosessi voidaan kuvata, täytyy miettiä asioita potilaan, henkilökunnan, prosessin sekä talouden ja tehokkuuden näkökulmasta. Seuraavassa on esitetty lyhyesti niitä asioita, jotka jokaisen neljän näkökulman yhteydessä vaaditaan / edellytetään, jotta ohjaus olisi mahdollisimman hyvää.

1) Potilaan näkökulma

- ohjauksen tarpeen määrittäminen yksilöllisesti (tutustumalla potilasta koskeviin kirjallisiin tietoihin ja kartoittamalla suullisesti potilaan tiedon/ohjauksen tarpeita)
- psyykkisen tukemisen sisällyttäminen ohjaukseen (vuorovaikutustaidot)
- ohjauksen oikea-aikaisuus ja ajan riittävyys
- omaisten mahdollisuus osallistua ohjaukseen

2) Henkilöstön näkökulma

- annetun ohjauksen ja sen arvioinnin kirjaaminen (hoidon jatkuvuus)
- ohjauksen suunnittelu kirjalliseen hoitosuunnitelmaan (esim. osastolla) ja ohjauksen toteuttaminen ja arviointi suunnitelman mukaisesti + hoitosuunnitelman ajan tasalla pitäminen
- ohjaustaitojen ylläpitäminen koulutusten kautta
- siitä huolehtiminen, että tieto potilaan saamasta ohjauksesta ja sen arvioinnista siirtyy seuraavaan hoitopaikkaa

3) Prosessin näkökulma (ohjausprosessin laatu)

- ohjausprosessikuvauksen päivittäminen tarvittaessa

4) Talouden ja tehokkuuden näkökulma

- rajallisten resurssien riittäminen hyvään ohjaukseen (henkilökunnan osaamisen laatu)
- ohjauksen arviointi tärkeää (muuten ei saada näyttöä ohjauksen vaikuttavuudesta)
- hyvä ohjaus (potilas pärjää kotona paremmin ja hoitopäivät sairaalassa vähenevät)
- ohjauksesta tehdyn arvioinnin tulee siirtyä organisaatioiden välillä

9 KEHITTÄMISPROJEKTIN ARVIOINTI JA POHDINTA

9.1 Kehittämiprojektin lähtökohdat

Projekti on työkokonaisuus, jolla on selkeä alkamis- ja päättymisajankohta (Ruuska 2012, 265). Tämä projekti alkoi syksyllä 2012 ja päättyi keväällä 2014. Kehittämistoiminnan lähtökohtana voivat olla nykyisen tilanteen tai toiminnan ongelmat tai näky uudesta (Toikko & Rantanen 2009, 16). Tämä kehittämissuunnitelma oli työelämälähtöinen ja sen aihe sai alkunsa työyhteisön tarpeista. Alun perin oli tarkoitus toteuttaa projekti vain Tyks Vakka-Suomen sairaalan sydän-toimialueella, mutta projektista tulikin monisektoraalinen perusterveydenhuollon ja yksityissektorin mukaan tullessa. Sydänpotilaan ohjauksen kehittäminen katsottiin yhteiseksi asiaksi, jotta saataisiin parannettua sydänpotilaiden hoitoketjuja perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä alueellisesti yli organisaatiorajojen. Tämä toi lisähaastetta kehittämissuunnitelman läpiviemiselle ja lisäsi hieman projektinvetäjän työtaakkaa. Lisähaasteita toi lisäksi projektiryhmän vaihtuminen usean henkilön osalta.

Kehittämissuunnitelman käynnistyttyä perustettiin alueellinen sydäntöryhmä. Se kokoontuu kaksi kertaa vuodessa. Sen jäsenet koottiin kohdeorganisaatioiden eri ammattikunnista. Sydäntöryhmän tarkoituksena on kehittää sydänpotilaan hoitoa ja hoitoketjuja alueellisesti yli organisaatiorajojen. Projektin kautta sain omalta osaltani olla kehittämässä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyötä. Sairaanhoidopiirin lähivuosien strateginen asia on perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välisen suhteen tarkastelu avoimesti. Sydäntöryhmän toiminta liittyy myös tähän strategiaan. (Varsinais-Suomen sairaanhoidopiiri 2012.)

9.2 Kehittämistyöprosessin arviointi

Arviointi on kehittämissuunnitelman analyttinen osa-alue ja se kohdistuu kehittämissuunnitelman perustelujen, organisoimisen ja toteutuksen analysointiin (Toikko &

Rantanen 2009, 82). Kehittämiprojektin läpiviemiselle on ollut tärkeää innostus sydänpotilaan ohjauksen kehittämistyölle kaikissa kohdeorganisaatioissa. Potilasohjausmallille oli tarve, jonka kaikki organisaatiot yhdessä allekirjoittivat. Suunta oli kaikille sama, jolloin projektin läpivieminen oli siltä osin helppoa. Yhteistyö eri organisaatioiden välillä sujui hyvin, vaikka yhteydenpito tapahtui pääasiassa sähköpostiviestien välityksellä. Mitään varsinaisia ongelmia projektin aikana ei ilmennyt. Projektisuunnitelma oli hyvin tehty ja sitä pyrittiin noudattamaan. Haasteita riitti, mutta niistä selvittiin.

Projektipäällikön keskeinen tehtävä projektin johtamisen ohella on taata ryhmälleen työrauha ja saavuttaa asetetut tavoitteet annetuilla resursseilla. Varsinainen johtaminen perustuu projektissa ryhmätyöskentelyyn ja asiantuntijoiden väliseen kiinteään yhteistyöhön. (Ruuska 2012, 136–137.) Projektipäälliköllä ei ollut aikaisempaa kokemusta projektin toteuttamisesta, joten alku meni asioiden opettelemisessa. Projektipäällikkönä oleminen tuntui haastavalta, koska en tiennyt, mitä minulta odotettiin. Projektipäällikkö ei tee, vaan teettää ja jakaa vastuuta projektiryhmän kanssa (Ruuska 2012, 137). Projektipäällikkönä en osannut riittävästi delegoida asioita eteenpäin, vaan tein liikaa itse. En myöskään tuntenut ketään projektiin osallistujaa tai kohde organisaatioiden toimintatapaa entuudestaan. Projektipäällikkönä toimiminen kuitenkin opetti projektin eri vaiheiden viemistä eteenpäin ja antoi rohkeutta osallistua jatkossa uusiin projekteihin. Tämä kehittämisprojekti on lisäksi mahdollistanut sen, että olen voinut luoda suhteita työelämän edustajiin. Mielestäni koulukin hyötyy tämän tyyppisistä kehittämisprojekteista työelämän kanssa. Näin se pystyy luomaan yhteistyökumppaneita, joiden kanssa toimiminen on jatkossa tärkeää.

Kehittämistyöprosessin onnistuminen on keskeisesti riippuvainen projektissa mukana olevien henkilöiden osaamisesta ja ammattitaidosta (Ruuska 2012, 275). Tästä kuuluu suuri kiitos kokeneelle opettajatutorille, joka ohjasi ja kannusti sekä mahdollisti osaltaan kehittämisprojektin läpiviemisen. Toinen tärkeä ihminen kehittämisprojektin läpiviemiselle oli Tyks Vakka-Suomen sairaalan suunnittelija. Hän oli aina helposti käytettävissä, ajan tasalla asioissa ja asiantuntemus oli hyvää. Kiitokset kuuluvat myös TYks Vakka-Suomen sairaalan in-

nostuneelle kardiologille ja sydänhoitajalle. Ilman heidän tukeaan ja kannustustaan projektin läpivieminen olisi ollut vaikeampaa.

Kehittämisprojekti oli monisektoraalinen ja tämä lisäsi projektin erilaisuutta. Arvioitaessa kehittämisprojektia kokonaisuudessaan olen lopputulokseen tyytyväinen. Kehittämisprojekti on mahdollistanut sydänpotilaan ohjauksen kehittämisen Uudenkaupungin alueella. Hoitohenkilöstö hyötyy uudesta ohjausmallista, kun voivat sieltä tarkistaa, mitkä ohjausalueet kuuluvat mihinkin hoitopolun eri vaiheeseen. Organisaatio taas hyötyy, kun henkilökunnan osaamisen laatu sydänpotilaan ohjauksessa kasvaa. Näin potilas saa parasta mahdollista ohjausta sydänsairauteensa. Lisäksi tämä kirjallinen tuotos mahdollistaa sydänpotilaan ohjaukseen liittyvän tiedon jakamisen Uudenkaupungin alueella.

Projekteissa tulee loppumetreillä lähes aina kova kiire (Ruuska 2012, 266). Tästäkin projekti ei edennyt ihan aikataulullisesti projektisuunnitelman mukaisesti, mutta asetetut tavoitteet saavutettiin. Tavoitteena oli uuden sydänpotilaan ohjausmallin luominen ja tämä toteutui. Kehittämisosaamiseni kehittyi projektin myötä huomasti ja oli hienoa olla mukana kehittämässä uutta toimintamallia yhdessä ammattilaisten kanssa. Osaamisjohtaminen myös kehittyi samalla kehittämisprojektin edetessä. Projektityöskentely tuli tutuksi ja kliiniseksi asiantuntijaksi valmistumisen myötä pystyn hyödyntämään oppimaani työelämässä.

9.3 Riskien hallinta

Riskien hallinta on jokin menettely, jolla voidaan todeta, että ongelma-alueet ja projektiin kohdistuvat riskit on tunnistettu ja tarvittaviin toimenpiteisiin riskien minimoimiseksi on ryhdytty (Ruuska 2012, 248). Tässä projektissa käytettiin apuna SWOT-analyysiä (Kuvio 15.), jolla arvioitiin projektin vahvuudet, heikkoudet, mahdollisuudet ja uhat. Projektin ehdoton vahvuus oli erittäin motivoitunut ja innostunut projektiryhmä sekä kaikkien osapuolten kehittämistarve ja –halu. Pääorganisaatio Tyks Vakka-Suomen sairaala mahdollisti myös projektiryhmän kokouksille hyvät tilat ja tarjoilut. Kehittämisprojektin mahdollisuudet tulivat hyvin esille alueellisen sydäntyöryhmän kokouksissa ja tämä auttoi esi-

miehiä sitoutumaan projektiin ja viemään asiaa eteenpäin omiin työyksiköihin. Uhat eivät toteutuneet ja tutkimukseen saatiin kohtuullinen määrä vastaajia.

Kehittämiprojektin läpiviemisen heikkoutena koin melko pitkän välimatkan kohde organisaatioihin. Lyhyet välimatkat olisivat mahdollistaneet useammat tapaamiset. Asia oli tiedossa jo kehittämiprojektin alkaessa, mutta asia konkretisoitui vasta sitä tehdessä. Projekti- ja ohjausryhmän tapaamiset olivat hankala järjestää, koska siinä olevat ihmiset työskentelivät eri organisaatioissa. Aikataulujen yhteen sovittaminen ei onnistunut ja osa tapaamisista toteutettiin sähköpostiviestien välityksellä. Tapaamisissa pystyi aina asioista puhumaan kasvotusten ja vaikeatkin asiat oli helpompi saada ymmärretyiksi kuin sähköpostiviestien kautta. Taloudelliset resurssit yritin pitää hallinnassa, koska kustannukset maksoin omarahoitteisesti. Matkakustannukset olivat suurin menoerä.

<p>Vahvuudet</p> <p>Mielenkiintoinen ja tärkeä aihe, jonka jokainen projektin toimija kokee tarpeelliseksi</p> <p>Erittäin motivoitunut ja innostunut projektiryhmä.</p> <p>Yhteistyökumppani (perusterveydenhuolto) saatu mukaan projektiin → kehittämistarve ja -halu</p>	<p>Heikkoudet</p> <p>Resurssien puutteen vuoksi valmista potilasohjausmallia ei oteta heti käyttöön</p> <p>Muutosvastarinta henkilökunnan taholta</p> <p>Yhteydenpidon ongelmat</p>
<p>Mahdollisuudet</p> <p>Parantaa, yhtenäistää ja kehittää tämänhetkistä potilasohjausta</p> <p>Toimia potilasohjausmallin kehittäjänä</p> <p>Lisätä hoitohenkilökunnan tietoisuutta potilasohjauksen tärkeydestä hoitoaikojen lyhentyessä.</p>	<p>Uhat</p> <p>Ajan ja tuen puute</p> <p>Resurssien puute</p> <p>Hoitohenkilökunnan kielteiset asenteet kyselytutkimukseen →kato suuri</p>

Kuvio 15. SWOT-analyysi.

9.4 Jatkohaasteet

Jatkohaasteena on implementoida uusi sydänpotilaan ohjausmalli kohdeorganisaatioihin. Tämä ei sisällynyt tähän kehittämisprojektiin. Implementointi voisi tapahtua koulutusten kautta. Kehittämisprojektiin liittyvän tutkimustulosten perusteella voidaan olla jo tyytyväisiä sydänpotilaan ohjauksen tasoon Uudenkaupungin alueella. Kun uusi sydänpotilaan ohjausmalli saadaan käytäntöön juurrutettua, niin ohjauksen taso kasvaa entisestään ja potilas saa oikeanlaista, yksilöityä ohjausta hoitoketjun eri vaiheissa.

Terveystieteissä puhutaan hoitoprosessista. Hoitoprosessi on organisaatiokohtainen tiettyyn kokonaisuuteen kohdistuvien suunniteltujen hoitotapahtumien muodostama toimintasarja. Hoitoprosessit koostuvat tapahtumista, joita yhdistää jonkinasteinen etenemisen logiikka. (Lillrank ym. 2004, 93,123.) Ohjausprosessi on yksi tällainen tapahtuma. Sydänpotilaan ohjausprosessikuvaus on tarkoitus kuvata sähköisesti, johon myös uusi sydänpotilaan ohjausmalli linkittyy. Tässä riittää lisähaasteita organisaatioilla.

Kehittämisprojektia voidaan katsoa lisäksi laajemmasta näkökulmasta. Tässä opinnäytetyössä potilasohjauksen kehittäminen koski vain sydänpotilaita, mutta kehittämisprojekti voidaan tehdä koskemaan myös muita potilasryhmiä kohdeorganisaatioissa. Tarvetta olisi myös tässä kehittämisprojektissa mukana olevien eri yksiköiden välisen kirjaamistavan vertailulle, jotta voitaisiin kehittää yhtenäistä kirjaamistapaa. Kun kirjaamistapa olisi yhtenäinen, sydänpotilaan hoidon jatkuvuus paranisi huomattavasti lisää.

LÄHTEET

Alaspää, A., Kuisma, M., Rekola, L. & Sillanpää, K. (toim.) 2004. Uusi ensihoidon käsikirja. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Anttila M-R. 2011. Sepelvaltimotautia sairastavien naisten ohjaus: Tavoitteenasettelu laitostutoutuksessa. Pro gradu-tutkielma. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Arvinen, K. 2008. Sydämenvajaatoimintaa sairastavan potilaan ohjaus sairaalassa. Pro gradu-tutkielma. Turku: Turun yliopisto.

Asikainen, T. & Holopainen, P. 2011. Perusterveydenhuollon hoitohenkilökunnan kokemuksia sydämen vajaatoimintapotilaan omahoidon ohjauksen toteutumisesta. Näkökulmia verkko-ohjausmateriaalin kehittämiseen. Opinnäytetyö. Kuopio: Savonia-ammattikorkeakoulu.

Ekola, S. 2007. Sydämen vajaatoimintaa sairastavien potilaiden ohjaus ja seuranta Suomessa. Pro gradu-tutkielma. Turku: Turun yliopisto.

Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Erikoissairaanhoitolaki 1.12.1989/1062.

Ernesäter, A., Holmström, I. & Engström, M. 2009. Telenurses' experiences of working with computerized decision support: supporting, inhibiting and quality improving. *Journal of Advanced Nursing* 5/2009, 1159 -1167.

Eronen, T. & Kakkola, E. 2012. Sairaanhoidajien kokemuksia projektissa tuotetusta ohjausmateriaalista ja sen hyödynnettävyydestä lastenosastolla. Opinnäytetyö. Helsinki: Metropolia ammattikorkeakoulu.

Fitzpatrick, E. & Hyde, A. 2005. What characterizes the "usual" preoperative education in clinical contexts? *Nursing and Health Sciences* 4/2005, 251–258.

Giesen, P., Ferwerda, R., Tijssen, R., Mokkink, H., Drijver, R., vander Bosch, W. & Grol, R. 2007. Safety of telephone triage in general practitioner cooperatives: do triage nurses correctly estimate urgency? *Quality and Safety in Health Care* 3/2007, 181–184.

Haarni, I & Alanko, A. 2005. Elämää sepelvaltimotaudin kanssa. Helsinki: Edita Prima Oy.

Hannukainen, S. 2008. Lääkehoito kotona asuvan ikääntyneen kokemana. Pro gradu-tutkielma. Hoitotieteen laitos. Turku: Turun yliopisto.

Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Heikkinen, K. 2011. Cognitively Empowering Internet-Based Patient Education for Ambulatory Orthopaedic Surgery Patients. Väitöskirja. Turku: Turun yliopisto.

Heikkinen, K. 2013. Lääkehoidon ohjaus. Teoksessa Ranta, I. (toim.) Sairaanhoidaja & lääkehoito. Hoitotyön vuosikirja 2013. Keuruu. Otavan kirjapaino Oy.

Helajärvi-Tirri, J. 2012. Tahdistimen saaneen potilaan tiedon tarve ja tiedon saanti. Pro gradu -tutkielma. Turku: Turun yliopisto.

Hellström, M. 2008. Sata sanaa opetuksesta - Keskeisten käsitteiden käsikirja. Jyväskylä: PS-kustannus.

- Hopia, H. & Koponen, L. (toim.) 2007. Hoitotyön kirjaaminen. Hoitotyön vuosikirja 2007. Jyväskylä: Gummerrus kirjapaino Oy.
- Huhtala, P, Raitio, O & Savolainen, J. 2006. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin ohjepankin sisältö ja ohjeiden laatu: sisätauti- ja kirurgian klinikan potilasohjeiden analyysi. Opinnäytetyö. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.
- Hulpi, M. 2004. Potilasohjauksen ulottuvuudet. Turun yliopiston hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. A:45/2004.
- Hyytiäinen, S. 2010. Terveyttä edistävä dialogi potilasohjauksessa. Pro Gradu-tutkielma. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto.
- Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Syväoja, P. 2010. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistään. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.
- Isola, A. Backman, K. Saarnio, R. Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2007. Iäkkäiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta erikoissairaanhoidossa. Hoitotiede 2/2007, 51–62.
- Jaakonsaari, M. 2009. Potilasohjauksen opetus hoitotyön koulutusohjelmissä – Hoitotyön opettajien käsityksiä. Pro gradu-tutkielma. Turku: Turun yliopisto.
- Jaatinen T. & Raudusojja, J.2007. Kansamme taudit. 3., uudistettu painos. Porvoo: WSOY Opimateriaalit Oy.
- Jalava, E. 2007. Sydäninfarktipotilaan masennusoireet sairaalahoidon aikana. Pro gradu – tutkielma. Turku: Turun yliopisto.
- Johansson, K. 2006. Empowering orthopaedicpatientsthrought education. Väitöskirja. Turku: Turun yliopisto.
- Jokinen, A. 2011. Hoitotyön opiskelijoiden itseohjautuva oppiminen - näkökulmana opettajien ohjaus ja ohjausosaaminen. Pro gradu-tutkielma. Turku: Turun yliopisto.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3., uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro OY.
- Keränen, U. 2006. Leikkaukseen kotoa – potilaat ovat tyytyväisiä ja rahaa säästyy. Preoperatiivinen poliklinikka ja hoitajien uudet työt. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 12/2006, 1412–1413.
- Kettu, H. 2007. Päiväkirurgisen potilaan ohjaus sairaanhoitajan näkökulmasta. Pro Gradu-tutkielma. Turku: Turun yliopisto.
- Kiviniemi, K., Junntila, K., Leinonen, T. & Ruonamo, M. 2006. Rakenteinen kirjaaminen perioperatiivisessa hoitotyössä – kehittämissuunnitelma Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä. Turku.
- Korkeila, K. 2006. Lääketiedettä lähellä. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Kortelainen, R. 2010. Mielialan yhteys elintapoihin ja pitkäaikaissairauksien omahoitoon. Lisen-siaattityö. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto.
- Koskela, A. 2005. Syöpäpotilaan ohjausprosessi potilaan ja hoitajan näkökulmasta. Pro gradu-tutkielma. Hoitotieteen laitos. Oulu: Oulun yliopisto.
- Kummel, M. 2008. Ohjauksen ja neuvonnan vaikutukset sepelvaltimoiden ohitusleikkaukspotilaiden terveystietoisuuteen, terveyteen ja toimintakykyyn. Väitöskirja. Turku: Turun yliopisto.
- Kumpuoja, M. 2007. Potilasohjauksen toteutumismalli ortopedisellä osastolla. Ylempi AMK-opinnäytetyö. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Kyngäs H. 2003. Patient education: perspective of adolescent with a chronic disease. *Journal of Clinical Nursing* 12/2003, 225–234.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen Hoitotyössä. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Kyngäs, H & Henttinen, M. 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. WSOY. Oppimateriaalit Oy.

Kähkönen, O., Kankkunen, P. & Saaranen, T. 2011. Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan ohjaus. *Hoitotiede* 3/2012, 201–215.

Kämäräinen, H. & Koikkanen, K. 2011. Hoitohenkilökunnan ohjausvalmiudet ja elämäntapaohjauksen toteuttaminen: Kysely alaraajojen valtimokovettumatautia sairastavia potilaita ohjaavalle henkilökunnalle. *Opinnäytetyö*. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen potilasohjauksen mallin kehittäminen. Väitöskirja. Oulu: Oulun yliopisto.

Kääriäinen, M. & Kyngäs H. 2005a. Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995–2002. *Hoitotiede* 4/2005, 208–216.

Kääriäinen, M. & Kyngäs H. 2005b. Käsitemallin ohjaus-käsitteestä hoitotieteessä. *Hoitotiede* 5/2005, 250–258.

Kääriäinen, M & Kyngäs, H. 2006. Ohjaus- tuttu, mutta epäselvä käsite. *Sairaanhoitaja* 10/2006, 7-8.

Kääriäinen, M., Kyngäs, H., Ukkola, L. & Torppa, K. 2006. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen ohjauksesta sairaalassa. *Hoitotiede* 1/2006, 12.

Kääriäinen, M 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. *Tutkiva hoitotyö* 4/ 2008, 10–15.

Laaksonen, H, Niskanen, J., Ollila, s. & Risku, A. 2005. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Helsinki: Edita Prima Oy.

Laamanen, K. 2007. Johda liiketoimintaa prosessien verkkona. Ideasta käytäntöön. Keuruu: Laatukeskus.

Lahdenperä, T., Kääriäinen, M & Kyngäs, H. 2005. Kirjallisuuskatsaus: Asiakaslähtöinen ohjausprosessi. *Tutkiva hoitotyö* 3/2005, 27–31.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785

Lehtimäki, E. 2012. Terveyskeskusten reumahoitajien työn sisältö ja valmiudet ohjata nivelreumapotilaita. *Opinnäytetyö*. Kokkola: Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulu.

Leino-Kilpi H, Mäenpää, I & Katajisto, J. 1999. Pitkäaikaisen terveysongelman sisäinen hallinta. Potilaslähtöisen hoidon laadun arviointiperustan kehittäminen. Saarijärvi: Gummerrus Kirjapaino Oy.

Liimatainen L., Hautala P. & Perko U. (toim.) 2005. Potilasohjausta kehittämässä. Innostusta ja innovaatioita. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 39. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.

Lillrank, P., Kujala, J. & Parviainen, P. 2004. Keskenäinen potilas. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen tuotannonohjaus. Jyväskylä: Gummerrus Kirjapaino Oy.

Lipponen, K., Kyngäs H. & Kääriäinen, M. (toim.) 2006. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006. Oulu: Oulun yliopistopaino 2006.

- Mattila, S. & Laitinen, T. 2011. Potilaan tiedonsaanti terveyttä edistävässä sairaalassa. Opinnäytetyö. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Mesiäislehto-Soukka, H., Rajamäki M. & Paavilainen E. 2004. Munuaissyöpää sairastavan selviytyminen sekä potilaan ja hänen perheensä tukeminen sairaalassa. Tutkiva hoitotyö. 3/2004, 28-32.
- Mustajoki, P. 2008. Tekniikka-osaaminen:6-0. Duodecim 2008; 124.
- Mäenpää, P. 2007. Potilaslähtöisen ohjausprosessin toteutuminen potilaan arvioimana. Pro gradu-tutkielma. Oulu: Oulun yliopisto.
- Mäkelä, J. & Laitinen, K. 2012. Uusi ruokavalion laadun mittari ravitsemusohjauksen tueksi. Lääkärilehti 3/2012, 161–163.
- Mäkijärvi, M.; Kettunen, R.; Kivelä, A.; Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (toim.) 2011. Sydänsairaudet. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino Oy.
- Mäkinen, B. 2002. Iäkkään potilaan omaisena erikoissairaanhoidossa. Omaisen, sairaanhoitajan ja omaisten näkökulma. Väitöskirja. Turku: Turun yliopisto.
- Nummenmaa, L. 2006. Käyttäytymistieteiden tilastolliset menetelmät. Helsinki: Tammi.
- Nummi, V. 2012. Hyvä potilasohje on osa toipumista. Lääkärilehti 1/2012, 14–16.
- Nykysuomen sanakirja 2002. 15. painos. Porvoo: WSOY.
- Nykänen I. 2008. Sepelvaltimotaudin prevention kehitys Suomessa vuosina 1996–2005. Väitöskirja. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Ohtonen, H. 2006. Potilasohjaus - hoitotyön punainen lanka. Sairaanhoitaja 10/2006, 3.
- Ojanen, S. 2006. Ohjauksesta oivallukseen. Ohjausteorian käsittelyä. Helsinki: Yliopistopaino.
- Oranta, O. Nurse-led interpersonal counselling for depressive symptoms in patients with myocardial infarction. Väitöskirja. Turku: Turun yliopisto.
- Oranta O, Routasalo P, Hupli M. 2002. Sairaanhoitaja tutkimustiedon hyödyntäjänä – estävät ja edistävät tekijät. Hoitotiede 1/2002, 26–37.
- Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2006. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY.
- Peltoniemi, A. 2007. Terveydenhuoltohenkilöstön valmiudet ohjata hemofiliaa sairastavia ja heidän perheitään. Väitöskirja. Oulu: Oulun yliopisto.
- Pohjanniemi, A. & Törmänen, A. 2006. Potilasohjauksen kehittäminen. Opinnäytetyö. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.
- Pohjola-Katajisto, A. 2008. Onnistuneen potilasohjauksen edellytykset. Opinnäytetyö Pori: Satakunnan ammattikorkeakoulu. Viitattu 4.4.2013. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-200810163582>
- Ruuska, K. 2012. Pidä projekti hallinnassa. Suunnittelu, menetelmät, vuorovaikutus. Vantaa: Hansaprint Oy.
- Ruuth-Perälä, S & Heinonen, L. 2011. Sepelvaltimopotilaan sairaalavaiheen ohjauksen suositukset hoitohenkilöstölle. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Viitattu 12.1.2013. Saatavissa: <http://urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2011060911677>
- Tarkiainen, K., Kaakinen, P., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2012. Kvasikokeellinen tutkimus puhelinneuvonnan laadusta päivystysyksikössä. Hoitotiede 2/2012, 98–113.

- Tasala, L. 2013. Päiväkirurgisen potilaan voimavaraistumista tukevaohjauskeskustelu. Pro gradu-tutkielma. Turku: Turun yliopisto.
- TIEKE 2005. SOSIAALI- JA TERVEYDENHUOLLON SANASTOJA. Selvitys sosiaalihuollossa käytettävistä termeistä. Luettu 10.4.2014.
Saatavissa: <http://www.tieke.fi/dosearchsite.action?queryString=hoitoketju>
- Tiusanen, T., Juntila, K., Leinonen, T. & Salanterä, S. 2009. Perioperatiivisen hoitotyön kirjaimien arviointi. *Hoitotiede* 4/2009, 269–281.
- Toikko, T. & Rantanen, T. 2009. Tutkimuksellinen kehittämistoiminta. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy.
- Torkkola, S.; Heikkinen, H. & tiainen, S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Tähtinen, T 2007. Hoitohenkilöstön potilasohjausvalmiudet. Pro gradu-tutkielma. Oulu: Oulun yliopisto.
- Vauhkonen, I & Holmström, P 2012. Sisätaudit. 4., uudistettu painos 2012. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Vehviläinen, S. 2003. Ohjaus vuorovaikutuksena. 2. painos. Gaudeamus. Helsinki: Yliopistopaino.
- Veräjänkorva, O. Huupponen, R., Huupponen, U., Kaukkila, H-S & Torniainen, K. 2006. Lääkehoito hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- Vihijärvi, S. Nivelreumapotilaan ohjaus potilaan ja hänen perheensä näkökulmasta. Pro gradu-tutkielma. Tampere: Tampereen yliopisto. Viitattu 3.4.2013. Saatavissa: <https://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/93755/gradu01282.pdf?...1>
- Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Gummerrus Kirjapaino Oy.
- Vilka, H. 2009. Tutki ja Kehitä. 1.-3. painos. Jyväskylä: Gummerrus Kirjapaino Oy.
- Voutilainen, A. 2010. Voimavara- ja lähtöinen potilasohjaus. Kuvauksia terveysneuvonnan toteutumisesta perusterveydenhuollossa. Pro gradu-tutkielma. Kuopio: Itä-Suomen yliopisto.
- Välimäki, M., Suhonen, R., Koivunen M., Alanen, S. & Nenonen, H. 2007. Hoitohenkilökunnan valmiudet hyödyntää informaatioteknologiaa potilasopetuksessa. *Hoitotiede*3/2007, 115–127.
- Vänskä, K., Laitinen-Väänänen, S., Kettunen, T. & Mäkelä, J. 2011. Onnistuuko ohjaus? Sosiaali- ja terveysalan ohjaustyössä kehittyminen. Helsinki: Edita Prima.
- Yeh, M-L. Chen H-H. & Liu P-H. 2005. Effects of multimedia with printed nursing guide in education on self-efficacy and functional activity and hospitalization in patients with hip replacement. *Patient Education and Counseling* 5/2005, 217–224.

Sydänpotilaan ohjaus

TAUSTATIEDOT

1. Ikä

alle 25 vuotta

25-35 vuotta

36-45 vuotta

yli 45 vuotta

2. Työskentelen tällä hetkellä

Tyks Vaikka-Suomen sairaala

Terveystieteiden keskus

Yksityissektori

3. Työkokemus hoitoalalla

alle 3 vuotta

3-5 vuotta

6-10 vuotta

yli 10 vuotta

4. Olen osallistunut viimeisen 3 vuoden aikana potilasohjausta koskevaan koulutukseen

Ei

Kyllä

Mihin

5. Virkasuhde

Vakinainen viran/ toimenhaltija

Sijainen

Sydänpotilaan ohjaus

OSA A. Hoitohenkilökunnan toteuttaman ohjauksen sisältö

6. Haen tietoa ohjauksen sisältöön liittyen

	Täysin samaa mieltä	Osoittain samaa mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Osoittain erimielistä	Täysin eri mieltä
Tutkimusartikkeleista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Käypähoito - potilasohjeista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muulta Terveystieteistä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ohjeistuksesta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Internetistä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ajan kirjoista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kysyn työväkäriltä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Luotan omaan työkokemukseeni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Muuta, mistä?

7. Toteutan sydänsairauteen liittyvää ohjausta

	Erittäin paljon	Melko paljon	Keskinkertaisessa määrin	Melko vähän	Erittäin vähän
Sydänsairauteen liittyvä ohjaus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Oireisiin liittyvä ohjaus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tutkimuksiin ja hoitotoimenpiteisiin liittyvä ohjaus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kotona selviytymistä tukeva ohjaus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Lääkehoidon ohjaus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Liikuntaohjaus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ravitsemusohjaus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tupakointiin liittyvä ohjaus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Psyykkinen ja sosiaalinen tukeminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Omalisten ohjaus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sydänpotilaan ohjaus

Osa B. Hoitohenkilökunnan toteuttama ohjausprosessi

OHJAUSPROSESSIN ERI VAIHEIDEN TOTEUTUMINEN

8. Arvioin potilaan oppimistarpeen

	Aina	Usein	Harvoin	En koskaan
Tutustun etukäteen potilaspapereihin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haastattelen etukäteen potilaasta, mitä hän jo tietää asiasta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Muuta tavalla, miten	<input type="text"/>			

9. Miten asetan tavoitteet potilasohjaukselle?

	Täysin samaa mieltä	Osoittain samaa mieltä	En samaa eikä eri mieltä	Osoittain erimielistä	Täysin erimielistä
Kysyn potilaan mielipidettä siitä, mitä hän haluaisi tietää/oppia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kerron potilaalle, mihin ohjaukseni pyrin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En puhu potilaan kanssa ohjauksen tavoitteista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Jollakin muulla tavalla, millä	<input type="text"/>				

10. Suunnitelen ohjaustilanteen

	Täysin samaa mieltä	Osoittain samaa mieltä	En samaa eikä eri mieltä	Osoittain erimielistä	Täysin erimielistä
Vaihtelen rauhallisen paikan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vaihtelen potilaalle sopivimman ajankohdan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Haen kirjalliset potilasohjeet valmiiksi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sydänpotilaan ohjaus

11. Ohjaustilanne

	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	En samaa eikä eri mieltä	Osittain erimielistä	Täysin eri mieltä
Otan ohjattavan tarpeet huomioon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Varaan riittävästi aikaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asemoidun ohjaukseen etukäteen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Luon rauhallisen ilmapiirin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Otan huomioon potilaan erikoistarpeet esim. huonon kuulon	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Käytän potilaalle tuttua kieltä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kuuntelen potilasta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kertaan tärkeät asiat	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12. Omaiset

	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	En samaa eikä eri mieltä	Osittain erimielistä	Täysin eri mieltä
Annan omaisille erikseen ohjausta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Annan omaisille yhteyshenkilöitä isäksymyksistä varten	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Otan omaiset huomioon muulla tavalla, miten

13. Arvioin ohjauksen toteutumisen

	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	En samaa eikä eri mieltä	Osittain erimielistä	Täysin eri mieltä
Haastattelemani potilasta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Varmistan potilaan ymmärtämisen muulla tavalla, miten

14. Kirjaaminen

	Aina	Usein	Harvoin	En koskaan
Kirjaan potilaspapereihin ohjauksen tapahtuneen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kirjaan potilaspapereihin ohjauksen sisällön	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kirjaan potilaspapereihin itsöohjauksen tarpeet	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kirjaan potilaspapereihin arvon siitä, miten potilas ymmärsi ohjauksen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sydänpotilaan ohjaus

Osa B. Hoitohenkilökunnan toteuttama ohjausprosessi

OHJAUSMENETELMÄT

15. Ohjausmenetelmän valinta

	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	En samaa eikä eri mieltä	Osittain erimielistä	Täysin erimielistä
Valitsen ohjausmenetelmän tilanteen mukaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Valitsen ohjausmenetelmän potilaan mukaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Valitsen ohjausmenetelmän käytettävissä olevan ajan mukaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Muilla tavalla, millä

16. Käytän eri ohjausmenetelmiä

	Usein	Joskus	Harvoin	En koskaan
Yksilöohjaus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Ryhmäohjaus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kirjallinen ohjaus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Puhelinohjaus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Nettohjaus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Muu, mikä

Sydänpotilaan ohjaus

Osa B. Hoitohenkilökunnan toteuttama ohjausprosessi

VUOROVAIKUTUS OHJAUSTILANTEESSA

17. Viestintä vuorovaikutustilanteessa

	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	En samaa eikä eri mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
Puhun selkeästi ja ymmärrettävästi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Saavutan yhteisymmärryksen myös tunteen tasolla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Huomiolen ohjattavan lään ja vastaanottokyvyn	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Etenen johdonmukaisesti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kunnioitan potilaan itsemääräämisoikeutta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

18. Sanallinen ja sanaton viestintä

	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	En samaa eikä eri mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
Puhun riittävän hitaasti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Artikuloin hyvin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Vältän vierasperäisiä sanoja	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
En puhu potilaan päälle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Puhe on keskustelunomaista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Käytän katsekontaktia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Käytän eleitä ja ilmeitä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19. Fyysinen ympäristö

	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	En samaa eikä eri mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
Välitän rauhallisen ja kireettömän ympäristön	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pyrin luomaan iloksen ja myönteisen ilmapiirin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Istuma-asennolla ilmalsen kuuntelemista ja läsnäoloa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Olen riittävän lähellä potilasta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Minimoin häiriötekijät, kuten puhelimen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sydänpotilaan ohjaus**20. Ohjattava-hoitaja suhteissani korostuu**

	Täysin samaa mieltä	Osoittain samaa mieltä	En samaa enkä eri mieltä	Osoittain samaa mieltä	Täysin eri mieltä
Keskinäinen kunnioitus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Rehellisyys ja avoimuus	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Potilaslähtöisyys	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Sydänpotilaan ohjaus

LOPUKSI

21. Koetko tarvetta potilasohjausta koskevaan koulutukseen? Jos, niin minkälaista?

22. Ajatuksia tai kommentteja sydänpotilaan ohjauksen toteutuksesta ja sisällöstä

Saatekirje kyselylle

Opinnäytetyön nimi: Potilasohjausmalli sydänpotilaan ohjaukseen

Hyvä vastaaja,

Kohteliaimmin pyydän teitä vastaamaan liitteenä olevaan kyselyyn, jonka tavoitteena on selvittää hoitohenkilökunnan toteuttaman sydänpotilaan ohjauksen nykytila kohdeorganisaatioissa ja siihen liittyvän koulutustarpeiden tunnistaminen. Tarkoituksena on saatua tietoa hyödyntää potilasohjausmallin luomisessa. Tämä aineiston keruu liittyy itsenäisenä osana ”Sairaanhoidajan toteuttama sydänpotilaan ohjaus, Vakka-Suomi” hankkeeseen. Lupa aineiston keruuseen on saatu.

Pyydän teitä ystävällisesti vastaamaan lomakkeessa esitettyihin kysymyksiin tämän hetken tilanteen mukaan. Teidän vastauksenne ovat hyvin arvokkaita ja vastaaminen kyselyyn vie n. 5-10 minuuttia. Vastaaminen on luonnollisesti vapaaehtoista, mutta sydänpotilaan ohjauksen kehittämisen kannalta olisi tärkeää saada tietää näkemyksesi. Toivon, että suhtaudut myönteisesti kyselyyn ja autat kehittämään Tyks Vakka-Suomen sairaalan sydäntoimialueen, Uudenkaupungin yhteistoiminta-alueen terveyskeskusten sekä yksityissektorin työterveyshuollon sydänpotilaiden ohjausta. Kyselyn tuloksia tullaan käyttämään niin, ettei yksittäinen vastaaja ole tunnistettavissa. Olkaa ystävällinen ja vastatkaa 30.9.2013 mennessä nettikyselyyn.

Tämä kysely liittyy osana Turun ammattikorkeakoulussa suorittamaani ylempään ammattikorkeakoulututkintoon kuuluvaan opinnäytteeseen. Opinnäytetyöni ohjaaja on tutoropettaja Marjo Salmela Turun AMK/Terveysala.

Vastauksistanne kiittäen,

Hanna Laine
Esihoitaja-sairaanhoidtaja (AMK) / Kliininen asiantuntija -opiskelija (YAMK)
P. XXX
hanna.e.laine@students.turkuamk.fi

TUTKIMUSTIEDOTE

Kehittämisprojekti on osa Turun ammattikorkeakoulun ylemmän ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyötä, joka liittyy Tyks Vakka-Suomen sairaalan sydäntoimialueen, Uudenkaupungin yhteistoiminta-alueen terveystieteiden sekä yksityissektorin työterveyshuollon sydänpotilaiden ohjauksen kehittämiseen monisektoraalisesti. Tutkimuksen tavoitteena on selvittää hoitohenkilökunnan toteuttaman sydänpotilaan ohjauksen nykytila kohdeorganisaatioissa sekä koulutustarpeiden tunnistaminen.

Aineiston keruu tapahtuu saatekirjeellä varustetulla kyselylomakkeilla. Tutkimusaineisto kerätään nettikyselynä anonyymisti Tyks Vakka-Suomen sairaalan sydäntoimialueen, Uudenkaupungin yhteistoiminta-alueen terveystieteiden sekä yksityissektorin työterveyshuollossa työskenteleviltä sairaanhoitajilta (n =66). Projektipäällikkönä toimii allekirjoittanut. Aineisto kerätään syyskuun aikana. Aineistoa hyödynnetään opinnäytetyönä toteutettavan kehittämisprojektiin liittyvän yhtenäisen sydänpotilaan ohjausmallin luomisessa yli organisaatio rajojen.

Tutkimuksesta saa lisätietoja

Hanna Laine

Esihoitaja-sairaanhoitaja (AMK) / Kliininen asiantuntija yamk-opiskelija

Terveysala

P. 0440-828270

hanna.e.laine@students.turkuamk.fi