

**NIVELRIKKO-POTILAIEN TYYTYVÄISYYS  
RYHMÄOHJAUSLUENTOON**



Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Hämeenlinna, Hoitotyön koulutus

Kevät, 2017

Kati Luostarinen

Sairaanhoitaja  
Hämeenlinna

---

<b>Tekijä</b>	Kati Luostarinen	<b>Vuosi</b> 2017
<b>Työn nimi</b>	Nivelrikko-potilaiden tyytyväisyys ryhmäohjausluentoon	
<b>Työn ohjaajat</b>	Piiku Pakkanen, Tiina Mäenpää	

---

#### TIIVISTELMÄ

Janakkalan terveyskeskuksessa kehitetään ryhmäohjausluentoja. Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää Janakkalan terveyskeskuksen Nivelrikko-ryhmäohjausluennolle osallistuneiden potilaiden tyytyväisyyttä ryhmäluentoon. Lisäksi oli tarkoitus kysyä ryhmäohjausluennolle osallistuneiden kehittämideoita ja toiveita ryhmäohjausluento aiheista. Opinnäytetyön tavoitteena on saada tietoa potilaiden tyytyväisyydestä ryhmäohjausluentoon ja auttaa ryhmäohjauslentojen kehittämisessä. Opinnäytetyön tilaajana toimi Janakkalan terveyskeskus.

Tutkimus toteutettiin strukturoidulla kyselylomakkeella. Kysely lähetettiin 53 ryhmäohjausluennolle osallistuneelle. Vastausprosentti oli 62,3 prosenttia (n=33). Kyselytutkimuksen mukaan ryhmäohjausluennolle osallistuneet olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä luennon sisältöön. Ryhmäohjausluennolla käytetty kieli koettiin ymmärrettäväksi. Ryhmäohjausluennon jälkeen jaettava materiaali koettiin tarpeelliseksi ja ymmärrettäväksi.

Osallistujat suosittelisivat luentoa myös muille. Ryhmän toivottiin kokoontuvan useamman kerran. Ryhmäluentoja toivottiin myös diabeteksestä, astmasta, unettomuudesta ja ikääntyneiden liikunnasta. Tutkimustuloksia ei voi yleistää, mutta niitä voi käyttää ryhmäohjauslentojen kehittämisessä Janakkalan terveyskeskuksessa.

**Avainsanat** Potilastyytyväisyys, potilasohjaus, ryhmäohjaus

**Sivut** 34 sivua, joista liitteitä 2 sivua

Nursing  
Hämeenlinna

---

<b>Author</b>	Kati Luostarinen	<b>Year</b> 2017
<b>Subject</b>	Osteoarthritis patients' satisfaction with group lectures	
<b>Supervisors</b>	Piiku Pakkanen, Tiina Mäenpää	

---

ABSTRACT

Janakkala health center is improving group control lectures for its patients. The aim of this bachelor's thesis was to find out what the patients who took part to group control lecture osteoarthritis thought about it. Another aim was to ask development ideas and wishes for themes for the group control lectures from the participants. The goal of the thesis was so receive new information about patients' contentment towards the group control lecture and help with developing the lectures. The client for the thesis is Janakkala health center.

The research was conducted by using a structured questionnaire. The questionnaire was sent to the 53 people who took part in the lecture. The response rate of the questionnaire was 62,3 percent (n=33). According to the answers to the questionnaire, the participants were mainly happy with the contents of the lecture. The contents of the speech were clear and easily comprehensible and useful.

The participants would recommend the lecture also to other people and they hope the group could gather together more often. They also hoped for more lectures about diabetes, asthma, insomnia and physical training for aged people. The results of the research cannot be generalized, but the can be used when the group control lectures are improved in Janakkala health care center.

**Keywords** Patient satisfaction, patient counseling, group counseling

**Pages** 34 pages including appendices 2 pages

# SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	1
2	NIVELRIKKO.....	2
3	POTILASTYYTYVÄISYYS.....	3
3.1	Potilastyytyväisyyteen vaikuttavat tekijät .....	3
3.2	Potilaslähtöisyyden vaikutus potilastyytyväisyyteen hoitotyössä .....	4
4	POTILASOHJAUS.....	5
4.1	Potilasohjaus sekä sitä koskeva lainsäädäntö ja etiikka .....	5
4.2	Sairaanhoitajien ohjausvalmiudet.....	7
4.3	Sairaanhoitajien antaman potilasohjauksen onnistuminen .....	8
4.4	Hoitoon sitoutuminen .....	8
4.5	Potilaiden tyytyväisyys ohjaukseen .....	10
5	RYHMÄOHJAUS.....	12
5.1	Ryhmäohjaus ohjausmenetelmänä.....	12
5.2	Ryhmäohjauksen näkökulmia .....	13
5.3	Ohjaajana ryhmäohjauksessa .....	15
5.4	Nivelrikko--ryhmäohjausluento Janakkalan terveyskeskuksessa .....	16
6	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TOTEUTUS.....	17
7	MENETELMÄ.....	17
7.1	Kvantitatiivin tutkimus .....	18
7.2	Aineiston keruu .....	18
8	TUTKIMUSTULOKSET .....	19
8.1	Potilaiden tyytyväisyys nivelrikko ryhmäohjausluentoon.....	20
8.2	Nivelrikko ryhmäohjausluennon kehittämisehdotukset.....	24
8.3	Tulosten vertailu aiempiin tutkimuksiin .....	25
8.4	Tutkimuksen luotettavuus .....	26
8.5	Kehittämisehdotukset .....	27
9	POHDINTA.....	28
	LÄHTEET .....	29

## Liitteet

Liite 1 Kyselylomake ryhmäohjausluennolle osallistuneille

## 1 JOHDANTO

Janakkalan terveystieteiden keskuksessa on aloitettu ryhmäohjausluennot nivelrikkopotilaille vuonna 2015. Ryhmäohjausluennot aloitettiin nivelrikko potilaille, koska tällä tavalla potilaiden saama ohjaus on tasalaatuista ja tasavertaista riippumatta siitä kenen ammattilaisen vastaanotolla potilas on ollut. Ryhmäohjausluennon avulla saadaan myös vapautettua hoitajan vastaanottoaikoja muihin hoitotyön tarpeisiin. Henkilökunta on kokenut ryhmäohjausluennot hyödyllisiksi ja kustannustehokkaiksi. Ryhmäohjausluentoja ohjausmuotona on tarkoitettu Janakkalan terveystieteiden keskuksessa lisätään. Janakkalan terveystieteiden keskus on antanut toimeksiannon selvittää opinnäytetyössä, miten tyytyväisiä potilaat olivat ryhmäohjausluentoon ja millaisista aiheista potilaat toivoisivat ryhmäluentoja. Tutkimus toteutetaan määrällisenä tutkimuksena strukturoitua kyselylomaketta käyttäen ja sen tuloksia hyödynnetään terveystieteiden keskuksen toiminnan kehittämisessä.

Laissa potilaan oikeuksista ja asemasta on säädetty potilaan oikeus riittävään tiedon saantiin (Laki potilaan oikeuksista ja asemasta 1992/785). Terveydenhuolto laki velvoittaa terveydenhuollon yksiköitä järjestämään riittävän potilasohjauksen (Terveydenhuoltolaki 2010/1326). Potilaan on välttämätöntä saada ohjausta, jotta hän pystyy osallistumaan hoitoaan koskevaan päätökseen tekoon ja sitoutumaan hoitoonsa (Kynäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 47). Potilasohjaus onkin hoitajan yksi tärkeimmistä tehtävistä.

Potilasohjausta on tutkittu paljon. Tutkimusten mukaan potilasohjaukseen kannattaa panostaa, koska sitoutunut ja hoidostaan tietoinen potilas osaa hoitaa omaa terveyttään (Pitkälä & Savikko 2007, 501). Potilasohjaus vaatii resursseja. Nykyään resurssit ovat kaikissa terveydenhuollon yksiköissä niukat ja potilasohjauksella saavutettu hyöty tulee esiin vasta viiveellä, joten potilasohjauksen laatuun ja toteutustapaan tulee kiinnittää huomiota. (Kääriäinen 2007, 37.) Potilasohjausta tulee arvioida myös jatkuvasti (Kynäs ym. 2007, 41). Yksilöohjaus on potilaslähtöistä ja yksilölliset tarpeet on helppo ottaa huomioon (Kipinä 2007, 19). Ryhmäohjauksessa potilas saa vertaistukea muilta potilailta. Vertaistuki onkin tutkimuksissa todettu tärkeäksi potilaan hoitoon sitoutumisen kannalta. (Kääriäinen, 2007, 35.) Ryhmäohjaus ei ole alkuun yksilöohjausta kustannustehokkaampaa, mutta kokemuksen myötä ryhmäohjauksen valmisteluun kuluva aika vähenee ja siten kustannukset laskevat. Tämän jälkeen ryhmäohjaus on yksilöohjausta kustannustehokkaampi tapa toteuttaa potilasohjausta. (Alanko, Alanne, Salonen & Taurinen 2011, 1684–1685.)

Potilastyytyväisyys vaikuttaa hoitoon sitoutumiseen. Potilaslähtöinen toiminta lisää myös potilastyytyväisyyttä (Kangaspunta, Koskela, Soini & Ryyänen 2014, 1654). Tästä huolimatta julkisella sektorilla on vasta viime vuosina alettu enenevästi kiinnittämään huomiota potilaslähtöisyyteen.

## 2 NIVELRIKKO

Nivelrikko on maailman yleisin nivelsairaus. Nivelrikossa muutoksia tulee koko niveleen toisin kuin nivelreumassa. Nivelrikossa muutoksia tulee nivelrustoon ja nivelkapseliin sekä niveltä ympäröiviin lihaksiin. Nivelkalvossa voidaan todeta paksuuntumista ja niveleen voi kertyä tulehdusnestettä. Röntgen kuvassa todetaan nivelraon kaventumista, luupiikkejä ja luuonteloita. Nivelrusto on myös vaurioitunut tai hävinnyt kokonaan. Nivelrikon syytä ei tunneta. Poikkeava mekaaninen kuormitus tai normaali kuormitus poikkeavassa rustokudoksessa voi laukaista tapahtumasarjan, jossa luuta hajottavat mekanismit toimivat luuta uudistavia mekanismeja aktiivisemmin. Vaurioitunut nivelrusto ei toivu ennalleen. Nivelrikkomuutokset, nivelkipu ja toiminnalliset rajoitteet etenevät hitaasti vuosien kuluessa. Nivelrikolle altistavia tekijöitä ovat ikä, ylipaino, perimä, fyysisesti raskastyö ja niveleen kohdistuneet vammat. (Polvi- ja lonkkanivelrikko: Käypä hoito- suositus, 2014.)

Nivelrikossa nivelessä esiintyy kipua, joka pahenee liikkeessä ja lievittyy levossa. Nivelrikon edetessä kipu voi muuttua jatkuvaksi ja vaivata myös yöllä. Nivelrikko kipu on paikallista, mutta voi säteillä polvesta esimerkiksi sääreen. Nivelrustossa ei ole kipureseptoreja. Nivelrikkokipu muutokset eivät siis aiheuta nivelkipua. Kivun oletetaan syntyvän nivelkapselin, luun, luukalvon, lihasten ja nivelsiteiden ärsytyksestä. Kivun lisäksi nivelrikossa esiintyy nivelen jäykkyyttä. Jäykkyyttä esiintyy etenkin liikkeelle lähtiessä esimerkiksi istumisen jälkeen ja aamulla yön levon jälkeen. Nivelrikon edetessä niveleen kehittyvät suoritusrajoitteita, esimerkiksi istumasta ylösnousu vaikeutuu ja rappusissa kävely vaikeutuu. (Polvi- ja lonkkanivelrikko: Käypä hoito- suositus, 2014.)

Nivelrikko todetaan potilaan kuvaamien oireiden ja kliinisen tutkimuksen perusteella. Lisäksi diagnoosia varten tarvitaan röntgenkuvalla todetut muutokset nivelessä. Verikoetutkimukset otetaan, mikäli tarvitaan erotusdiagnoosi nivelrikon ja nivelreuman välille. Nivelrikon hoidon tavoitteena on kivun hallinta ja lievittyminen, toimintakyvyn ylläpito ja parantaminen sekä sairauden pahentumisen estäminen. Nivelrikon konservatiiviset lääkkeettömät hoidot ovat hoidon perusta. Lääkehoito yhdistetään aina lääkkeettömiin hoitokeinoihin. Tekonivelleikkausta harkitaan, kun muilla keinoin ei saada kipuja hallintaan tai nivelen suoritusrajoitteet eivät ole muutoin hallittavissa. (Polvi- ja lonkkanivelrikko: Käypä hoito- suositus, 2014.)

Konservatiivisen lääkkeettömän hoidon perustana on potilaiden itsehoiton ohjaus. Ohjauksen tarkoituksena on parantaa potilaiden ymmärrystä nivelrikosta sairautena ja lisätä heidän omahoitovalmiuksia. Ylipainoisille nivelrikkopotilaille ohjataan ruokavalioremonttia yhdistettynä liikuntaan, tavoitteena painon putoaminen. Liikunta on tärkeä hoitomuoto kaikille ni-

velrikkopotilaille. Nivelrikkopotilaille pyritään löytämään mielekäs liikunta-muoto. Kaikenlainen liikunta sopii nivelrikkopotilaille. (Polvi- ja lonkkaniivelrikko: Käypä hoito- suositus, 2014.)

Nivelrikon ensisijainen lääke on paracetamoli. Paracetamolia tulee käyttää 0,5g-1g enintään neljä kertaa vuorokaudessa. Vuorokausi annostus ei kuitenkaan saa ylittää 3g vuorokaudessa. Mikäli paracetamolien teho ei riitä siirrytään tulehduskipulääkkeisiin. Tulehduskipulääkkeitä tulee käyttää pienin mahdollinen annos ja vain lyhyinä kuureina. Tulehduskipulääkkeillä on pitkäaikaisessa käytössä haittavaikutuksia maha-suolikanavaan. Lisäksi niillä on yhteisvaikutuksia monien lääkkeiden kanssa. Mikäli paracetamolilla ja tulehduskipulääkkeillä ei saada riittävää kivun lievitystä siirrytään tarvittaessa opioideihin. Nivelen sisäisillä glukokortisoidiruiskeilla voidaan hoitaa nivelrikon pahenemisasiä. Nivelen sisäisiä Hyaluronaattiruiskeita voidaan kokeilla polven nivelrikon hoidossa. Hyaluronaattiruiskeiden tehoa ei kuitenkaan ole pystytty tutkimuksilla todentamaan. (Polvi- ja lonkanivelrikko: Käypä hoito- suositus, 2014.)

### 3 POTILASTYYTYVÄISYYS

Potilaslähtöisyys on keskeisessä asemassa, kun potilaat arvioivat potilastyytyväisyyttä. Potilaslähtöisyys onkin yksi potilastyytyväisyyteen vaikuttava osatekijä. (Kangaspunta ym. 2014, 1654.)

#### 3.1 Potilastyytyväisyyteen vaikuttavat tekijät

Potilastyytyväisyys lisää hoitoon sitoutumista sekä hoidontuloksellisuutta. Tämän vuoksi potilastyytyväisyyden tavoittelemine on tärkeää. Potilaan kokemus hoidon hyödyllisyydestä on todettu tuottavan lisää tyytyväisyyttä. Näin ollen potilastyytyväisyys voidaan nähdä sekä yhtenä tyytyväisyyteen vaikuttavana tekijänä, että hoitoon sitoutumisen ja hoidon tuloksellisuuteen vaikuttavana itsenäisenä osatekijänä. (Kangaspunta ym. 2014, 1654.)

Potilasarvioiden perusteella potilaan kokema hoidon hyöty on tärkein tekijä, kun potilaat arvioivat lääkärin toiminnan laatua. Onnistuneeseen kohtaamiseen vaikuttaa potilaan kokema hyöty yhdessä potilaan tyytyväisyyden kanssa. Pitkäaikaisella hoitosuhteella on todettu olevan positiivinen yhteys potilastyytyväisyyden kanssa. Hoidon jatkuvuus edistää hyvän hoitosuhteen muodostumista ja parantaa hoitomyöntyvyyttä sekä hoitoon sitoutumista. Hoidon hyödyllisyyden kokemukseen vaikuttavat myös nopea hoitoon pääsy, sukupuoli ja hoitoon hakeutumisen syy. Hyödyllisimmäksi käynnin kokevat naiset, jotka käyvät kokeneella lääkäriillä ja pääsevät nopeasti vastaanotolle. Hyödyn kokemusta lisää lääkärin meneillään olevat

erikoistumisopinnot tai toiminta hoitajan työparina. Potilaat kokevat saavansa apua yhtä hyvin hoitajien vastaanotolta, joskin käyntisyöt tällöin ovat erilaisia. (Kangaspunta ym. 2014, 1658.)

Potilastyytyväisyyteen ja hoidon hyödyllisyyteen vaikuttavat pitkän hoitosuhteen ja nopean hoitoon pääsyn lisäksi vastaanoton kesto, vastaanottajan empaattisuus ja vuorovaikutus sekä potilaan mahdollisuudet vaikuttaa hoitoon. Lisäksi tyytyväisyyteen vaikutti tiedon saanti oireen syystä, hoidosta ja ennusteesta. (Oksanen, Sauni, Koskinen, Aalto & Räsänen 2015, 2777.) Potilaat arvostavat henkilöstön ammattitaitoa, avunsaantia ja hyvää kohtelua. Potilaat kokevat saavansa osallistua hoitoaan koskevaan päätöksen tekoon. Osa potilaista on tyytymättömiä odotusaikoihin. Vastaanottoajan peruuntuminen koetaan myös ikävänä. (Pursiaisen 2008, 47–49.)

### 3.2 Potilaslähtöisyyden vaikutus potilastyytyväisyyteen hoitotyössä

Hoitotyössä potilaslähtöisyys tarkoittaa, että toiminnan lähtökohtana on hoitotyöntekijän tai organisaation tavoitteiden sijaan potilaan tarpeet, toiveet, odotukset sekä potilaan kokemukseen perustuva tieto. Hoitotyöntekijän kliinisen ammattitaidon avulla näyttöön perustuvan hoitotyön päätöksenteossa potilaslähtöisyys ja tutkimustieto yhdistyvät yksilöllisiksi ratkaisuisiksi. Potilaslähtöinen näyttöön perustuva hoitotyö kohdistuu potilaan kokonaistilanteeseen eikä pelkästään sairauteen tai ongelmaan. Näyttöön perustuvan potilaslähtöisen laadun periaatteena on, että potilas ottaa vastuun omasta terveydestään ja huolehtii hyvinvoinnistaan. Potilaslähtöisen laadun periaatteena on myös, että yhteiskunnan tehtävänä on huolehtia niistä, jotka eivät itse kykene huolehtimaan itsestään. Potilailla on oikeus mahdollisimman hyvään terveystalouteen. Potilaslähtöisessä hoitotyössä hoitotyön asiantuntijoiden ja potilaiden on yhdessä hyväksyttävä hoidon periaatteet ja keinot, joilla hoitohenkilökunta vastaa potilaan tarpeisiin. (Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011, 69–71.)

Potilaslähtöisessä toiminnassa potilas nähdään oman elämänsä asiantuntijana. Potilas tekee itseään koskevat päätökset itse sen hetkiseen tietoon ja kokemukseensa perustuen. Potilaslähtöisen hoidon lähtökohtana on ammattilaisen ja potilaan välinen hoidosta sopiminen. Tavoitteena on löytää potilaan kanssa neuvotellen hoitovaihtoehdot, jotka ovat näyttöön perustuvia ja potilaan arkeen soveltuvia. (Routasalo & Pitkälä 2009, 7.)

Siirtyminen ammattilaisen auktoritaarisesta suhteesta potilaslähtöiseen suhteeseen vaatii asennemuutosta. Potilaslähtöisessä suhteessa hoito räätälöidään yksilöllisesti yhdessä potilaan kanssa. Potilas viime kädessä päättää noudattaako hän hoito-ohjeita ja ottaako hän vastuun hoidon onnistumisesta. Näin ollen potilas ei ole passiivinen hoidon kohde vaan aktiivinen omaan hoitoonsa ja päätöksentekoon osallistuva yhteistyökumppani. (Routsalo & Pitkälä 2009, 9.)



Potilaslähtöisessä ohjauksessa potilaan ja ammattilaisen välinen suhde muistuttaa enemmän valmennussuhdetta kuin kontrollointia. Potilaslähtöinen ohjaus vaatii aitoa potilaan kuuntelua, toiveiden ja arkielämän ymmärtämistä sekä potilaan autonomian kunnioittamista. (Routsalo & Pitkälä 2009, 9.) Potilaslähtöisillä näyttöön perustuvilla toiminnoilla voidaan kehittää hoitotyön laatua ja potilasturvallisuutta. Potilaslähtöisen hoitotyön kehittämisen edellytyksenä on saumattomat hoito- ja palveluketjut (Erkilä & Sarajärvi 2012, 38.)

Tässä työssä potilastyytyväisyydellä tarkoitetaan potilaan subjektiivista kokemusta saamastaan hoidosta ja ohjauksesta. Tyytyväisyyden vastakohdaksi on tyytymättömyys. Tyytymättömyyden synonyymina tässä kohtaa ei voida pitää pettymystä. Potilas voi olla tyytyväinen saamaansa hoitoon ja ohjaukseen, vaikka olisikin pettynyt johonkin hoidon tai ohjauksen osa-alueeseen.

## 4 POTILASOHJAUS

Laissa potilaan oikeuksista ja asemasta on säädetty potilaan oikeus riittävään tiedon saantiin (Laki potilaan oikeuksista ja asemasta 1992/785). Terveydenhuolto laki velvoittaa terveydenhuollon yksiköitä järjestämään riittävän potilasohjauksen (Terveydenhuoltolaki 2010/1326). Ohjauksen laatuun on kiinnitettävä huomiota, jotta siihen sijoitetut resurssit saadaan maksimoitua (Kääriäinen 2007, 37). Potilasohjaus parantaa potilaiden hoitoon sitoutumista ja parantaa heidän omahoitovalmiuksia (Kyngäs ym. 2007, 47).

### 4.1 Potilasohjaus sekä sitä koskeva lainsäädäntö ja etiikka

Potilaille on lakiin perustuva oikeus saada ohjausta. Laissa potilaan oikeuksista ja asemasta määritellään potilaan oikeus tiedonsaantiin. Tämän lain perusteella potilaalle on annettava tietoa hänen terveydentilastaan ja sairaudestaan, sairauden hoidon merkityksestä sekä sairauden eri hoitovaihtoehtoista. Potilaalle tulee antaa tietoa myös muista hoitopäätöksiin vaikuttavista tekijöistä. Lain mukaan tieto on annettava siten, että potilas ymmärtää tiedon sisällön. (Laki potilaan oikeuksista ja asemasta 1992/785.) Terveydenhuoltolaissa määritellään potilasohjauksen sisältyvän sairaanhoitopalveluihin. Terveydenhuoltolain mukaan potilasohjauksella tuetaan potilaan hoitoon sitoutumista ja omahoitoa. (Terveydenhuoltolaki 2010/1326.)

Potilasohjauksessa ammattilaisella on vastuu siitä, että hän toimii eettisesti oikein ja sen hetkisen tietämyksensä mukaisesti. Tämä tarkoittaa sitä, että potilaan tulee saada ajantasaiseen ja tutkittuun tietoon perustuva ohjausta. Eettinen työskentely potilasohjauksessa vaatii tietoisuutta omista voimavaroista, jotta voi edistää potilaan hyvinvointia ja tietämystä.

Ammattilaisen on oltava tietoinen myös potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittamisesta sekä häirinnän ja harmin tuottamisen välttämisestä potilassuhteessa. Riittävä tieto potilaasta mahdollistaa ohjaustilanteessa yksityisyyden kunnioittamisen sekä ohjauksen sovittamisen potilaan tarpeisiin. Eettiset kysymykset korostuvat ohjattaessa potilaita, jotka eivät pysty ottamaan vastuuta päätöksenteosta ja vastaamaan omasta hoidostaan esimerkiksi psyykkisten ongelmien tai muistihäiriöiden vuoksi. (Kyngäs ym. 2007, 154–155.)

Hyvä eettinen ympäristö tukee hoitosuhdetta ja ohjausta muun muassa antamalla riittävästi aikaa keskusteluun potilaan kanssa. Tilan tulee olla myös rauhallinen ja ammattilaisella tulee olla taidot ja valmiudet toteuttaa ohjausta. Eettisen ohjausympäristön edistäminen on keskeistä, jotta voidaan taata hoidon ja ohjauksen tehokkuus ja vaikuttavuus. Sähköiset ohjausympäristöt voivat asettaa potilaat eriarvoiseen asemaan. Potilaslähtöisen ohjausympäristön tulee olla sellainen joka ei erottele potilaita näiden iän, sosiaalisen aseman tai koulutuksen perusteella. (Kyngäs ym. 2007, 157.)

Eettisesti kestävä toiminta perustuu luotettavaan ja ajantasaiseen tietoon, joka perustuu hyviin käytäntöihin tai näyttöön. Eettisesti vastuullinen hoitaja tunnistaa omat voimavaransa ja rajoitteensa. Hoitaja pyrkii jatkuvasti kehittämään tietojaan ja ohjausvalmiuksiaan. (Eloranta & Virkki 2011, 14.)

Hyvä potilasohjaus lisää potilastyytyväisyyttä, kohentaa elämänlaatua, varmistaa hoidon jatkuvuutta ja vähentää komplikaatioita (Hämäläinen, Jauhiainen & Jantunen 2010, 10). Hoidon ohjauksen lähtökohtana on potilaan yksilölliset tarpeet, joita ei ennakkoon voida tietää. Jokainen potilas oppii omalla tahdillaan ja sairauden hyväksymisen läpikäynti on yksilöllinen prosessi. Hoidon ohjauksessa käytetyn tiedon tulee olla ammatillista ja asiantuntevaa. Lisäksi sen tulee perustua yleisiin lääketieteellisiin hoitoihin ja tutkimukseen. (Kipinä 2007, 19.)

Ohjauksessa pyritään siihen, että potilas ymmärtää hoidon merkityksen ja kokee voivansa vaikuttaa siihen. Kokemus mahdollisuudesta vaikuttaa on tärkeää potilaan hoitoon motivoitumisen ja sitoutumisen kannalta. Ohjaus on prosessi, joka alkaa ohjaustarpeen määrittämisellä ja ohjauksen tavoitteiden asettamisella. Ohjaus tulee suunnitella etukäteen ennen toteuttamista. Ohjauksen arviointi ja kirjaaminen ovat myös oleellinen ja tärkeä osa ohjausprosessia. Ohjausta voidaan tarkastella myös oppimisen näkökulmasta. Oppimisen edellytyksenä on, että oppijan tiedoissa, taidoissa ja asenteissa tapahtuu pysyviä muutoksia. Oppimiseen vaikuttaa oppijan henkilökohtaiset tekijät ja elämäkokemus. (Eloranta ym. 2011, 20, 26–27.)

Ohjaustilanteessa potilaalla on vastuu siitä, että hän hyväksyy ja asettaa ohjauksen tavoitteet yhdessä ammattilaisen kanssa. Potilas on itse vastuussa oman terveytensä edistämisestä ja täten myös velvollinen kerto-

maan asiansa siten että saa tarvitsemansa avun ja tiedon. Potilaan velvollisuutena on etsiä ohjausta siten, että kykenee saamansa tiedon perusteella tekemään itsenäisiä päätöksiä. Myös potilaalta vaaditaan ohjaajan kunnioittamista. Hänen tulee käyttäytyä asiallisesti. Potilaan tulee ottaa vastuu myös omasta tilanteestaan, edistymisestään ja tarpeistaan. (Kyngäs ym. 2007, 156.)

#### 4.2 Sairaanhoidajien ohjausvalmiudet

Sairaanhoidajakoulutuksen opetussuunnitelmat vaihtelevat ammattikorkeakoulujen välillä. Ohjauksen ja opetuksen tavoitteena on, että sairaanhoitaja hallitsee ohjauksen ja opetuksen menetelmät valmistuessaan. Koulutuksen aikana ohjaus menetelmien tavoitteissa korostuu perinteisten yksilö- ja ryhmäohjauksen menetelmien osaaminen. Tieto- ja viestintätekniikan hyödyntäminen ohjauksessa on vähäistä. Tieto- ja viestintätekniikan hyödyntämisen taitoja sairaanhoitajat tarvitsevat tulevaisuudessa. (Nurmi, Korhonen & Mahlamäki-Kultanen 2016, 30–31.) Lyhentyneet hoitoajat ja kotihoidon painotteisuus sekä vastaavasti hoitotyöntekijöiden vähentynyt käytettävissä oleva aika potilasohjaukseen ovat lisänneet potilasohjauskoulutuksen tarvetta. Potilasohjauksesta on tarjolla täydennyskoulutusta ammattilaisille. (Hämäläinen ym. 2010, 11.)

Sairaanhoidajat arvioivat omat ohjaustaitonsa hyväksi. Ohjauksen sisältö keskittyy biofysiologiseen, toiminnalliseen ja tiedolliseen ohjaukseen. Nämä ovat tärkeitä osa-alueita, jotta potilas tietää millaisesta sairaudesta tai hoidosta on kyse. Miten sairauden hoito tai tutkimus etenee heidän kohdallaan sekä miten se vaikuttaa heidän arkielämäänsä. Hoitajat käyttävät pääsääntöisesti keskustelua ja kirjallisia ohjeita ohjausmenetelminä. Ryhmäohjaus on tärkeä potilaan vertaistuen kannalta. Tietotekniikan käyttöä potilasohjauksessa tulee myös vahvistaa. Tietotekniikan avulla ohjausmateriaali on helpommin muokattavissa potilaan tarpeiden mukaisesti. Lisäksi tietotekniikan avulla voidaan tietoa jakaa suuremmalle joukolle kustannustehokkaasti. Sosiaalisen median mahdollisuudet tulisi ottaa paremmin huomioon mietittäessä potilasohjausta. (Eloranta, Katajisto & Leino-Kilpi 2014, 69–70.)

Perusterveydenhuollossa työskentelevien sairaanhoidajien ohjaustaidot on todettu olevan hyvää keskitasoa ja erikoissairaanhoidossa työskentelevien hyväksi tai kiitettäväksi. Eron erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä on tulkittu johtuvan siitä, että perusterveydenhuollossa henkilökunnan tulee hallita laajempia kokonaisuuksia kuin erikoissairaanhoidossa. (Lipponen 2014, 57.) Asiantuntija sairaanhoidajien antama ohjaus kohdistuu potilaan kokonaisvaltaiseen voimaannuttamiseen. Asiantuntija sairaanhoidajien ohjaukseen vaikuttavat jatkuvan koulutautumisen antamat tiedolliset valmiudet, työkokemus ja motivoituminen ohjaustyöhön. Lisäksi ohjaukseen vaikuttavat organisaation käytänteet, potilaslähtöiset- ja perhekeskeiset toimintavalmiudet. (Saarela 2013, 53–54.)

### 4.3 Sairaanhoidajien antaman potilasohjauksen onnistuminen

Potilasohjauksen laadusta ei ole yleisesti hyväksytyjä kriteereitä. Ohjauksen tulee olla kuitenkin yhtä laadukasta kuin minkä tahansa muun hoidon osa-alueen. (Kyngäs ym. 2007, 20.) Laadukas potilasohjaus sisältää ohjauksen sairaudesta ja sen oireista. Laadukas potilasohjaus on suunniteltua ja toteutetaan vuorovaikutuksessa potilaan kanssa. Suunnitelmallinen potilasohjaus on potilaslähtöistä ja perustuu potilaan tarpeisiin. Hyvät vuorovaikutustaidot edistävät avointa ja luottamuksellisen ilmapiirin syntyä, jolloin potilaan halu keskustella huolista, häpeästä ja syyllisyyden tunteista mahdollistuu. Laadukas ohjaus sisältää myös emotionaalista tukea, kuten empatiaa, rohkaisua ja kunnioitusta. Ohjauksen tulee sisältää tarvittaessa konkreettista tukea, kuten apua päivittäisiin askareisiin, kuntoutuspalveluita sekä taloudellista tukea. Toisin sanoen laadukas ohjaus muodostuu ohjauksen sisällöstä, toteutuksesta, ohjauksen hyödyistä ja ohjauksessa käytetystä materiaalista. (Kaakinen 2013, 23–24, 47.) Edellä mainitut asiat nousivat ohjauksen laadun kannalta tärkeäksi myös Lunnelan (2011) tekemässä tutkimuksessa.

Onnistunut ohjaus vaatii hoitajan ja potilaan aktiivisuutta. Hoitajan tehtävä on rohkaista potilasta ottamaan vastuuta omasta hoidostaan. Toimivassa ohjaussuhteessa potilas tuntee itsensä arvostetuksi. Potilas saa hänen kannaltaan tarpeellista ja sopivaa tietoa sekä tukea. Ohjauksen tavoitteena on, että potilas ymmärtää paremmin itseään ja omaa tilannettaan. Ohjauksen onnistumisen kannalta on tärkeää, että ohjausta arvioidaan koko ajan. Arvioinnissa tulee huomioida, onko ohjaukselle asetetut tavoitteet saavutettu. Kun potilaalla on tarpeeksi tietoa, hän pystyy viime kädessä itse arvioimaan mikä hänelle on hyväksi. Ilman riittävää tietoa tämä ei ole mahdollista. Potilasohjaus parantaa potilaan tyytyväisyyttä ja hoitoon sitoutumista. (Kyngäs ym. 2007, 41–45, 47.)

### 4.4 Hoitoon sitoutuminen

Hoitoon sitoutumisella on suuri vaikutus potilaan hyvinvointiin. Hoitoonsa sitoutunut potilas käyttää vähemmän terveydenhuollon resursseja. (Pitkälä & Savikko 2007, 501.) On esitetty, että hoitoon sitoutumista parantavat toiminnot vaikuttavat enemmän kansanterveyteen kuin yksittäisen sairauden hoidon kehittyminen. Potilaan kannalta on kyse siitä, miten hän pystyy ja osaa sovittaa uudet vaatimukset yhteen jokapäiväisen elämänsä kanssa. Hoitoon sitoutumisessa on kyse hoidon vaikuttavuudesta. Hoitotulos ei synny terveydenhuollon yksikössä vaan ratkaisevan tärkeää on se, miten potilas hoitaa itseään. (Kyngäs & Hentinen 2009, 22–23.)

Pitkäaikaissairaiden on todettu sitoutuvan huonosti hoitoonsa maailman laajuisesti. Tämän vuoksi puolella heiltä jää hyvät hoitotulokset saavuttamatta. Etenkin oireettomissa pitkäaikaissairauksissa hoitoon sitoutuminen jää alhaiseksi. Usko siihen, että terveydentila paranee ja sairauden haitta-vaikutukset vähenevät edistää hoitoon sitoutumista. Pitkäaikaissairaiden

hoitoon sitoutumista voidaan parantaa potilasohjauksella. Pitkäaikaissairaiden hoidon ohjauksen tavoitteena on tietoisuuden lisääminen hoitovaihtoehtoista ja tukea omahoidossa, itsenäisessä selviytymisessä sekä hoitoon sitoutumisessa. (Kemi, Kääriäinen & Kyngäs 2009, 175–176.)

Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat monet tekijät, jotka voidaan jakaa potilaasta ja ympäristöstä johtuviin tekijöihin. Iällä, sukupuolella ja koulutuksella ei ole yksittäistä yhteyttä hoitoon sitoutumiseen vaan tilanteeseen vaikuttavat enemmän muut tekijät. Fyysisillä, psyykkisillä ja sosiaalisilla voimavaroilla on todettu olevan yhteys siihen, miten potilas itseään hoitaa. Sairaudet ja niiden seuraamukset sekä muuttuvat elämäntilanteet kuluttavat voimavaroja. Psyykkisiin ongelmiin liittyy usein puutteelliset selviytymiskeinot jotka heikentävät hoitoon sitoutumista. Motivaatio nähdään keskeisenä hoitoon sitoutumiseen vaikuttavana tekijänä. Motivaatioon vaikuttaa se, miten merkittäväksi potilas kokee asetetut tavoitteet. Luottamusta omiin kykyihin ja mahdollisuuksiin pidetään myös tärkeänä hoitoon sitoutumiseen vaikuttavana tekijänä. Potilaan omakohtainen motivaatio ja positiivinen suhtautuminen asiaan johtavat yleensä pysyviin muutoksiin. Toisen varassa oleva motivaatio esimerkiksi hoitajakontaktista riippuva motivaatio ei yleensä kestä pitkäaikaisessa hoidossa. (Kyngäs ym. 2009, 26–29.)

Hoitoon sitoutumisen kannalta välttämätöntä on, että potilaalla on riittävät tiedot sairaudestaan ja tilanteestaan. Tieto auttaa jäsentämään tilannetta ja ymmärtämään hoidon merkityksen ja sitä kautta hyväksymään sairautensa, tilanteensa ja hoitonsa. Tieto ja ymmärrys, ovat motivaation syntymisen kannalta välttämätöntä. Asioiden ymmärtäminen auttaa tiedon soveltamisessa uusiin tilanteisiin. Oireiden lievittyminen hoitojen myötä lisää hoitoon sitoutumista. Oireiden puuttuminen saattaa heikentää hoitoon sitoutumista. Pelko aiheuttaa ahdistuneisuutta ja huonontaa usein hoitoon sitoutumista. Pitkäkestoiseen hoitoon on usein vaikeampi sitoutua. Totutun elämäntavan muutosta pidetään vaikeampana kuin uuden oppimista. Myös potilaan tyytyväisyys hoitoon vaikuttaa hoitoon sitoutumiseen. Potilaan huono taloudellinen tilanne voi heikentää hoitoon sitoutumista, mikäli hoitoa ei ole perusteltu potilaalle. (Kyngäs & Hentinen 2009, 29–32.)

Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä ovat potilaasta johtuvien lisäksi ympäristö tekijät. Tilanteeseen vaikuttavat terveyspalvelujärjestelmä ja sen tarjoamat palvelut ja hoito, henkilöstö sekä potilaan läheiset. Hoitoon sitoutumiseen vaikuttaa myös se, miten hoito ja sen seuranta ovat järjestetty. Välitön positiivinen palaute hoitotuloksista edistää hoitoon sitoutumista. Perheen ja läheisten tuki voi olla ratkaisevaa hoitoon sitoutumisessa. Jaksamisen kannalta läheisen antama tuki on monille välttämätön. Vertaistuki myös edistää usein hoitoon sitoutumista. Emotionaalisen tuen lisäksi käytännönläheinen tieto ja toisten kokemukset auttavat hoitoon ja arkielämään liittyvissä käytännön kysymyksissä. (Kyngäs & Hentinen 2009, 32–34.)

ällä, sukupuolella, koulutuksella tai sosiaaliekonomisella asemalla ei ole yhteyttä hoitoon sitoutumiseen. Ammattilaisen kyky antaa puolueetonta tietoa, positiivisuus ja hyväksyvä ilmapiiri tukevat hoitoon sitoutumista. Potilaan arvomaailman ja tavoitteiden hyväksyminen on tie löytää hoito, johon potilas voi aidosti sitoutua. Potilaalla ei ole mahdollisuutta vastata ammattilaisen kysymyksiin rehellisesti, mikäli kysymyksiin sisältyy arvolausauksia ja moralisoivaa sävyä. Potilaan ja ammattilaisen välisellä luottamuksella on merkittävä vaikutus hoidon lopputulokseen. (Pitkälä & Savikko 2007, 501–502.)

Hoitoon sitoutuminen on tärkeää potilaan hoidon kannalta. Hoitoon sitouttaminen on myös osa potilasohjausta. Onnistunut ohjaus vaatii siis ohjattavien taustatietojen tuntemusta.

#### 4.5 Potilaiden tyytyväisyys ohjaukseen

Potilaiden erilaiset ohjaustarpeet perustuvat sairauteen ja sen hoitoon. Potilaat kokevat ohjaustarvetta myös hoidon vaikutuksista sekä hoidosta selviytymisessä. Tukea potilaat kokevat tarvitsevansa myös omien ja omaisten tunteiden käsittelyyn. Ristiriitaista tietoa on siitä, tunnistavatko potilaat heidän ohjaustarvettaan. Potilaat jotka ovat sairastaneet pitempään, osaavat arvioida ohjaustarpeensa paremmin ja osaavat itse hakea tietoa aktiivisesti. Potilaiden ikä, sukupuoli, koulutus, siviilisääty, elinolosuhteet, sairauden laatu sekä sairauden vaikutus jokapäiväiseen elämään vaikuttavat potilaan ohjaustarpeeseen. (Kääriäinen 2007, 32–33.)

Pitkäaikaissairaat potilaat tarvitsevat ohjausta sairaudesta ja sen hoidosta, lääkityksestä ja mahdollisista haittavaikutuksista, ravitsemuksesta sekä liikunnasta. Potilaat tarvitsevat tietoa myös sairauden vaatimista elämäntapamuutoksista sekä sairauden ennusteesta. Hoitohenkilökunnan ohjaus sisältää nämä asiat, mutta potilaat kokevat saamansa ohjauksen vaikeaksi käytettyjen vieraskielisten termien vuoksi. Potilaat kokevat ohjaustarvetta sairauden aiheuttamiin tuntemuksiin kuten ahdistuneisuuteen, epäluottamukseen terveydenhuoltohenkilökuntaa kohtaan jne. Sosiaalisen tuen suhteen koetaan myös ohjaustarvetta. Hoitohenkilökunnan ja omaisten antama sosiaalinen tuki korostuu pitkäaikaissairauden hoidossa. Vertaistuen kautta pitkäaikaissairaat kykenivät jakamaan sairauteen liittyviä tuntemuksia ja hyviä toimintatapoja sairautensa hoidossa. (Kaakisen 2013, 44–45.)

Potilaat ovat usein tyytymättömiä saamaansa ohjaukseen. Potilaat tarvitsevat enemmän tietoa sairauden oireista, syistä ja lääkehoidosta. Ohjaustilanteessa potilaan toivovat myös mahdollisuutta ilmaista omia tunteitaan sairauteen liittyen. He toivovat myös, että heitä rohkaistaan. Potilaat voivat myös vältellä ohjausta, unohtaa ja kieltää asioita. Lisäksi potilaat eivät aina ymmärrä heille kerrottua tietoa. (Kääriäinen 2007, 34.) Alkujärky-

tyksessä potilaalle jää vähän tietotulvasta mieleen, joten kirjallinen materiaali on tärkeää. Internetin yleisluonteinen tieto voi ahdistaa. Hoitohenkilökunnan antama tieto rauhoittaa. Potilaille nimetyt yhteyshenkilöt vähentävät turhia yhteydenottoja ja tietokatkoksia (Männikkö 2014). Potilaat arvostavat yksilöohjausta. Yksilöohjaus mahdollistaa yksilöllistä tarpeista lähtevän ohjauksen, vapaamman ilmapiirin ja jatkuvan palautteen saamisen. (Kääriäinen 2007, 34.)

Ohjausta saaneet pitkäaikaissairaat potilaat ovat vähemmän ahdistuneita ja vähemmän stressaantuneita. He ovat levollisempia ja kokevat olonsa turvallisemmaksi. Ohjausta saaneet potilaat ovat myös sitoutuneempia hoitoon. Ohjauksen onnistumista ja potilastyytyväisyyttä ennustavat potilaslähtöinen ohjaus, ohjaus sairauden hoidosta sekä ohjauksen vaikutus asenteisiin. Ohjauksen laatua ennustavat myös ohjauksen suunnitelmallisuus ja vuorovaikutus ohjauksen aikana. (Kaakinen 2013, 47, 49.)

Teknologian käyttö potilasohjauksessa on tulevaisuutta. Potilaslähtöisyyden korostuminen ja hoitajan roolin muuttuminen tiedonantajasta tiedon lähteille ohjaajaksi, tukijaksi ja kannustajaksi ovat myös tulevaisuutta. Tieto- ja viestintätekniikkaa käytettäessä on tärkeää ohjata potilasta arvioimaan hakemansa tiedon laatua. Teknologiaa hyödynnettäessä tulee varmistaa potilaiden riittävä tieto- ja viestintätekniset valmiudet. Vuonna 2009 tilastokeskuksen tutkimuksen mukaan 65–74-vuotiaista suomalaisista 66 prosenttia käyttää päivittäin internetiä. Yleisin käyttötarkoitus on sähköpostin käyttö ja tiedon etsiminen sairauksista, ravitsemuksesta ja liikunnasta. Teknologia hyödyntäminen potilasohjauksessa vaatii myös hoitajan osaamisen kehittämistä. (Jauhiainen 2010, 42–45.) Internetin avulla toteutetun potilasohjauksen etuina on että, potilaat voivat yksilöllisesti ja itsenäisesti valmistautua ohjaukseen heille sopivana aikana ja ympäristössä. Internet ohjaukseen osallistuneiden tiedot ja kokemus tiedon riittävydestä ovat paremmat kuin hoitajan yksilöohjauksessa olleiden potilaiden. (Heikkinen 2011, 46).

Tässä työssä potilasohjauksella tarkoitetaan hoitajan ja potilaan välistä tavoitteellista vuorovaikutustilannetta. Vuorovaikutustilanteen tavoitteena on lisätä potilaan tietoisuutta ja ymmärrystä omasta sairaudestaan ja sen hoidosta. Ohjauksen myötä potilas pystyy osallistumaan hoitoaan koskevaan päätöksentekoon ja ottamaan vastuuta omasta hoidostaan.

## 5 RYHMÄOHJAUS

Ryhmä on määritelty joukoksi ihmisiä, jotka kommunikoivat toistuvasti toistensa kanssa. Ryhmänjäsenet voivat tavata kasvotusten tai virtuaalisesti. Ryhmä perustuu ryhmänjäsenten yhteisille tarpeille. (Kauppila 2011, 85.)

### 5.1 Ryhmäohjaus ohjausmenetelmänä

Ryhmäohjaus on yksilöohjauksen ohella eniten käytetty ohjausmenetelmä terveydenhuollossa (Kyngäs ym. 2007, 104). Ryhmäohjauksessa tavoitteena on tiedon jakaminen (Vänskä, Laitinen-Väänänen, Kettunen & Mäkelä 2011, 92). Toimivan ryhmän koko vaihtelee eri tutkimuksissa. Marttilan (2010, 30) mukaan sopivan kokoinen ryhmä on neljästä kahdeksaan osallistujaan. Kun taas Vänskän ym. (2007, 92) mukaan sopivan kokoinen ryhmä on 9-15 osallistujaa.

Edellä mainittujen kokoisissa ryhmissä jokaisella osallistujalla on mahdollisuus saada äänensä kuuluviin. Käsiteltäviin asioihin on myös tämän kokoisessa ryhmässä mahdollisuus saada uusia näkökulmia. Elämäntapaohjauksen osalta terveydenhuollossa ollaan enenevässä määrin siirtymässä ryhmäohjaukseen. Ryhmäohjauksen etuja ovat taloudellisten säästöjen lisäksi se, että ryhmäohjaus tukee potilaiden autonomiaa ja voimaannuttaa heitä. (Vänskä ym. 2011, 87, 92.)

Yksilöohjaus ei tarjoa kokemusten vuorovaikutteisuutta kuten ryhmäohjaus (Marttila 2010, 28). Yksilöohjausta pidetään ryhmäohjausta tehokkaampana. Ryhmäohjausta on pidetty hyödyllisenä silloin kun potilailla on samanlaisia ohjaustarpeita. Keskustelumuotoisissa ryhmäohjauksissa potilaat saavat tietoa ja mahdollisuuden vertaistukeen. Ryhmäluentoa pidetään passiivisena ohjausmuotona, jonka onnistumisessa on avainasemassa hoitohenkilöstön käyttämä kieli. Vierasperäiset sanat heikentävät asian ymmärtämistä ja potilaiden motivaatiota ohjausta kohtaan. Potilasohjaus edistää hoidon seuranta, vähentämään potilaspuheluita, hoitokäyntejä ja potilaan kokemia sairauden oireita. Ohjauksella pystytään vähentämään lisäksi lääkekuluja ja sairauspoissaoloja. Potilasohjaukseen käytetyt resurssit näkyvät säästöinä vasta myöhemmin. (Kääriäinen 2007, 34–37.)

Ryhmäohjauksen haasteena on luoda positiivinen, avoin ja luottavainen ilmapiiri (Vänskä ym. 2011, 92). Ryhmäohjauksen ongelmana on potilaslähtöisyyden ja yksilöllisyyden puute. Potilaiden yksilöllisten tarpeiden huomiointi jää vähäiseksi ryhmäohjauksessa. Ryhmäohjauksessa tavoitteet asetetaan yleiselle tasolle, joka on haaste hoitoon sitoutumiselle. (Kyngäs & Hentinen 2009, 112.)



Ryhmässä oleminen voi potilaalle olla myös voimaannuttava kokemus joka auttaa jaksamaan ja tukee oman kuntoutuksen tai terveyden edistämisen käynnistämisessä (Kyngäs ym. 2007, 104). Ryhmämuotoinen elämäntapa-muutosvalmennusprosessi on monelle osallistujalle myönteinen kokemus. (Kurki ym. 2008, 40).

Ryhmäohjauksessa saatu vertaistuki on tärkeää ja keskusteluille tuleekin jättää riittävästi aikaa. Ryhmäohjaajan tehtävänä on huolehtia teoreettisen tiedon tarjoamisesta, tukea ja kuunnella osallistujien pohdintoja ja ohjata keskustelua. Lyhyelläkin ohjausinterventiolla voidaan vahvistaa potilaiden voimavaroja arkielämässä. (Holma 2008, 61–62.)

Potilaat kokevat vertaistuen tärkeäksi avuksi sairauteen sopeutumiseen ja omahoidon tukemisessa. Potilaat kokevat, että videovälitteisessä luennoissa ei tarvitse jännittää luennon pitäjää yhtä paljon. (Kaikkonen 2012, 45–469.) Viestintä teknologiaa hyödyntämällä ohjausta saadaan tarjottua myös niille, joita ei muuten tavoitettaisi. Kynnys osallistua ohjaukseen voi olla vähäisempi sähköisten välineiden välityksellä kuin kasvokkain. Näin ohjaus ei ole myöskään sidottu paikkaan. (Marttila 2010, 31.)

Hoitotyöntekijät pitävät toivottuna ja tarpeellisena, että ryhmäohjaukset toteutetaan parityöskentelynä vertaistuen ja vertaisarviointin onnistumisen vuoksi. Ryhmäohjauksen onnistumista edistää ohjaajan kiinnostus, koulutus ja tietotaito koulutettavaa asiaa kohtaan. Ohjaajan persoonallisuutta, aitoutta ja rohkeutta pidetään myös onnistumista edistävinä tekijöinä. Ohjattavien vapaaehtoisuus ja motivaatio koetaan välttämättömäksi lähtökohdaksi ohjaukselle. Ryhmäohjauksen toteutumista estävinä tekijöinä pidetään ohjaajan oman epävarmuuden ja kokemuksen puutetta. Ryhmäohjaukseen pakotettu ohjaaja tai osallistuja koetaan myös estäväksi tekijäksi. (Anttila 2008, 37–40.) Ryhmäohjausta pidetään tehokkaana ja taloudellisena ohjaustapana (Winel 2008, 135).

Kuten kirjallisuudessa on todettu, potilasohjaus on tärkeä osa potilaan hoitoa. Ohjauksen laatuun kannattaa panostaa, jotta ohjaukseen panostetut resurssit saadaan maksimaalisena hyötynä takaisin. Resurssien vähetessä yksilöohjaukseen ei ole aina mahdollisuuksia, yksilöohjaus ei myöskään tarjoa potilaalle tärkeää vertaistukea. Ryhmäluennot tulee suunnitella tarkoin, jotta ohjauksesta saataisiin mahdollisimman paljon hyötyä.

## 5.2 Ryhmäohjauksen näkökulmia

Ryhmäohjausta voidaan tarkastella tiedonsiirron-, toiminnallisen-, kehityksellisen-, huolenpidon-, sosiaalistumisen-, prosessin- ja tehokkuuden näkökulmista. Tiedonsiirron näkökulmassa ryhmän ohjaaja asettaa tavoitteet ja kerää laajan aineiston käsiteltävästä asiasta. Ohjaaja on asiantuntija, joka käyttää tiedon siirtämisessä tarkasti laadittuja sisältörunkoja. Tieto on sellaisessa muodossa, että ohjattavan on helppo myöhemmin soveltaa sitä

eri tilanteisiin. Ohjattavilla on vastuu kysymysten esittämisestä, ja keskusteluun osallistumisesta. Näkökulman heikkoutena pidetään ohjaajapainotteisuutta, autoritaarisuutta ja liiallista keskittymistä asiasisältöihin. Tiedonsiirron näkökulmassa tieto tuodaan valmiina ohjattaville eikä tieto rakennu keskustelun aikana. (Kauronen 2016, 35–36.)

Toiminnallinen näkökulma liittyy usein uusien käytännöntaitojen oppimiseen. Ohjausprosessissa käytetään demonstraatiota, havainnointia ja mallina olemista. Prosessissa ohjattavat siirtyvät vähitellen itsenäiseen työskentelyyn. Ryhmänohjaajalta vaaditaan oikean suoritustavan hallintaa ja taitoa selittää suoritus niin, että ohjattavat pystyvät sen perusteella jäljittelemään suorituksen. Näkökulman heikkoutena pidetään harjoitus olosuhteiden ja tilojen järjestämistä. (Kauronen 2016, 37.)

Kehityksellisessä näkökulmassa ohjaaja uudistaa ohjattavan ajattelutapaa ja tietorakenteita. Tietorakenteiden uudistaminen on haastavaa, koska yksilö käyttää aiempaa tietoaan uuden tiedon suodattamiseen ja tulkitsemiseen. Haasteelliset kysymykset, kyseenalaistaminen, esimerkit, vastakainasettelut ja esille nostetut ongelmat muodostavat yhteyden uuden ja vanhan tiedon välille. Kehitykselliseen näkökulmaan liittyy asenteiden ja käyttäytymisen muutokseen, johon sisältyy asiakaskeskeisyys ja ohjattavien voimaannuttaminen. (Kauronen 2016, 38.)

Huolenpidollisessa näkökulmassa keskeistä on ohjattavan minäkuvan eheyden säilyttäminen ja itseluottamuksen tukeminen. Ohjauksessa pyritään löytämään tasapaino haasteiden asettamisen, tuloksiin kannustamisen ja psykososiaalisen tuen välillä. Ohjauksen tavoitteena on ohjattavien itseluottamuksen lisääntyminen. Ohjauksessa on tärkeää luottamuksellinen ilmapiiri, vuorovaikutteisuus, yhteisöllisyys, tunteiden ilmaisu ryhmässä ja vertaistuki. Ohjauksessa on tärkeää vastata sekä tiedollisiin että emotionaalisiin tiedon tarpeisiin. Ryhmän hallinta voi muodostua haasteelliseksi, mikäli ryhmässä on hyvin erilaisia tai paljon tukea tarvitsevia osallistujia. (Kauronen 2016, 39.)

Sosiaalisenuudistumisen näkökulmasta ohjauksella pyritään saamaan muutosta enemmän yhteisöön kuin yksilöön. Tavoitteena on, että yhteisön jäsen omaksuu uuden ideologian, joka ohjaa tämän elämänmuutosta. Ohjauksen tavoitteena on kannustaa kriittiseen ajatteluun ja uuden tiedon etsimiseen. (Kauronen 2016, 40.)

Prosessinäkökulmasta ryhmä tarjoaa mahdollisuuden tunteiden, kokemusten, ajatusten ja tietojen vaihtamiseen, jakamiseen ja pohtimiseen. Omahoidon ja elämäntapamuutosten omaksuminen ei perustu ulkoapäin saatuun tietoon vaan omien ajatusten ja asenteiden muokkautumiseen ryhmän ja ohjaajan tuella. (Marttila 2010, 28–29.)

Tehokkuusnäkökulmasta tarkasteltuna ryhmäohjaus on kustannustehokas tapa järjestää ohjausta. Tällöin korostuu tiedonsiirron näkökulma ammatilliselta tietoa tarvitseville. Tehokkuusnäkökulmaan liittyy riski ryhmäkoon kasvattamiseen. Isossa ryhmässä kärsii vuorovaikutus, joka on haitallista prosessinnäkökulmasta. (Marttala 2010, 30.) Alkuun ryhmäohjauksen toteuttaminen ei ole merkittävästi halvempaa kuin yksilötapaamiset poliklinikalla, kun huomioidaan henkilökunnan käyttämä työ aika ryhmäohjauksen valmisteluun. Kokemuksen karttuessa valmisteluun tarvittava työaika vähenee ja kustannukset vähenevät. Tällöin ryhmäohjaus on edullisempi kuin yksilötapaamiset poliklinikalla. Ryhmäohjauksia suunniteltaessa tulee huomioida, että ryhmäohjaus ei sovellu yleensä moniongelmaisille potilaille. (Alanko ym. 2011, 1684–1685.)

Verkossa tapahtuvaa ryhmäohjausta on tutkittu vielä vähän. Verkossa tapahtuvaan ryhmäohjaukseen osallistuneet kokivat, että verkossa oleva ryhmäohjaukseen osallistuminen ei ollut sosiaalisesti ahdistavaa ja osallistuminen oli helpompi järjestää esim. lastenhoidon vuoksi. Verkossa tai kasvotusten tapahtuvan ryhmäohjauksen on todettu olevan yhtä tehokasta. Verkossa tapahtuvan ryhmäohjauksen haasteena on osallistujien ja ohjaajan tietotekniset taidot. Luottamuksellisen suhteen luominen verkko-ohjausryhmässä on haastavaa. (Kozlowski & Holmes 2014, 276–279.)

### 5.3 Ohjaajana ryhmäohjauksessa

Ryhmäohjauksessa ohjaajan keskeisinä tehtävinä on antaa ryhmäläisille aikaa tutustumiseen ja tavoitteiden muodostamiseen. Ohjaaja ei kuitenkaan saa luvata ryhmälle tai itselleen sellaista joka ei ole mahdollista. Ryhmänohjaajan tehtävänä on luoda luottamus ja turvallisuuden tunne ryhmäläisten välille. Ohjaaja voi kannustaa ryhmäläisiä kertomaan tunteistaan ja hänen tulee hyväksyä erilaiset tunteet. Ryhmän tunteiden ja dynamiikan muodostuminen vie aikaa, tälle ohjaajan täytyy antaa tilaa. Alkuun ryhmän viestintä kulkee ohjaajan kautta, mutta ryhmän alkaessa toimia aktiivisesti ohjaajan rooli muuttuu passiiviseksi. Tällöin ohjaajan tehtävänä on ohjata ryhmän toimintaa ja keskustelua siten, että ryhmä noudattaa perustehtäväänsä ja etenee asettamia tavoitteita kohti. (Kaukila & Lehtonen 2007, 63–69.)

Istumajärjestyksellä on mahdollista vaikuttaa ryhmäohjaukseen osallistuvien väliseen vuorovaikutukseen. Piirimuotoisessa istumajärjestyksessä vuorovaikutus mahdollistuu ohjaajan ja ryhmäläisten välillä tasapuolisesti. Ryhmänohjaajan tärkein tehtävä on luoda kaikille ryhmänjäsenille turvallinen ja tervetullut olo. Ohjaaja voi vaikuttaa positiivisen tunneilmaston syntymiseen. Positiivisella puhutavalla, leikkisyydellä ja nonverbaalisella viesteillä on merkitystä ryhmään osallistuville. (Vänskä ym. 2011. 97–98, 100.)

Ohjaajan tehtävänä on huolehtia siitä, että ryhmäläiset pystyvät siirtämään ryhmästä saamansa tiedon heidän omaan arkeensa. Ryhmänohjaa-

jalla tulee olla hyvät vuorovaikutustaidot ja tarvittaessa hänen tulee poistaa kommunikaation esteitä. Hänen tulee siis huolehtia, että jokainen saa puheenvuoron ja että heitä kuunnellaan. Kertaluonteisessa luentomuotoisessa ryhmäohjauksessa ryhmänohjaaja on alansa asiantuntija. Hänen tulee puhua selkeästi ja jäsentyneesti ryhmään osallistuvien kielellä. (Kyngäs ym. 2007, 108–109, 110.)

Kirjallisella ohjausmateriaalilla tarkoitetaan eripituisia ohjeita ja oppaita, joiden avulla voidaan välittää hoidon kannalta tärkeitä asioita. Kirjalliset ohjeet ovat usein kirjoitettu liian vaikeasti. Ohjeiden sisältö on usein esitetty liian laajasti ja yleisesti eikä näin tavoita asiakasta. Huonosti ymmärrettävä kirjallinen ohje saattaa lisätä potilaan huolestuneisuutta ja pelkoja. Hyvin suunniteltu kirjallinen ohje on tehokas, oikein suunnattu ja potilaan oppimiskyvyn huomioon ottava. Hyvää kirjallista ohjetta potilas voi käyttää asian opiskeluun myöhemmin. (Kyngäs ym. 2007, 124–125.)

Kertaluonteisessa luentomuotoisessa ryhmäohjauksessa kaikki eivät välttämättä uskaltaudu kysymään heitä askarruttavia kysymyksiä. Ohjaajan tulee huolehtia kirjallisesta ohjausmateriaalista, jotta potilas saa mahdollisuuden palata käsiteltyihin asioihin myöhemmin kotona. Tässä työssä ryhmäohjauksella tarkoitetaan kertaluonteista luentomuotoista ohjaustilannetta. Kaikilla ryhmään ohjatuilla on sama diagnoosi ja heidät on ryhmään ohjannut joko lääkäri, hoitaja tai fysioterapeutti.

#### 5.4 Nivelrikko--ryhmäohjausluento Janakkalan terveyskeskuksessa

Nivelrikkopotilaan hoitopolkua on kehitetty Janakkalan terveyskeskuksessa, koska yhteydenottojen määrän ja luonteen perusteella kiinnitettiin huomiota potilaiden heikkoihin omahoitovalmiuksiin ja tietoon nivelrikosta sairautena sekä sen hoidosta. Kehittämistyön lopputuloksena nivelrikkopotilaat ohjattiin systemaattisesti hoitajan vastaanotolle hoidon ohjaukseen. Hoitajan vastaanotolla ohjauksessa käyneet potilaat ottivat saman vaivan vuoksi harvemmin yhteyttä ohjauksen jälkeen kuin ne jotka eivät ohjauksessa olleet käyneet. Hoidon ohjauksen laatu ja sisältö vaihtelivat runsaasti riippuen siitä, kuka ammattilainen potilaan kohdalle osui. Potilaat saivat siis erilaatuista ja tasoista ohjausta. Nivelrikko potilaita on paljon, joten hoitajien vastaanottoajat eivät riittäneet kaikkien nivelrikkopotilaiden yksilöohjaukseen. Syksyllä 2015 aloitettiin kokeilemaan ryhmäohjausluentoa nivelrikkopotilaille. Ryhmäohjausluennon avulla kaikki potilaat saavat tasalaatuista ja sisältöistä ohjausta.

Ryhmäohjausluennolle ohjautuvat potilaat, joilla todetaan tai on aiemmin todettu nivelrikko. Potilas voidaan ohjata toistuvasti ryhmäohjausluennolle, mikäli ammattilainen kiinnittää huomiota potilaan heikkoihin omahoitovalmiuksiin tai tarpeeseen saada lisätietoa nivelrikosta. Potilaat ohjautuvat luennolle hoitajan, lääkärin tai fysioterapeutin ohjaamina. Diagnoosista on saattanut kulua aikaa jopa vuosia ennen kuin ohjaustarpeen

seen on kiinnitetty huomiota. Luennoille otetaan enintään 12 potilasta kerrallaan. Luennon pidetään sairaanhoitajan ja fysioterapeutin yhteistyönä. Luento kestää noin puolitoista tuntia riippuen luennolle osallistuneiden keskustelu aktiivisuudesta.

Luennon alussa potilaita kannustetaan kysymään heitä askarruttavia asioita. Luennon tavoitteena on lisätä potilaiden ymmärrystä nivelrikosta ja sen hoidosta. Luennolla on tarkoitus myös rohkaista nivelrikkopotilaita liikumaan. Ryhmäohjausluennolla käydään läpi nivelrikkoa sairautena sekä kivun hoitoa niin lääkkeettömänä kuin kipulääkkeitä käyttäen. Luennolla käydään myös läpi liikunnan vaikutuksia elimistöön sekä liikunnan merkitystä nivelrikon hoidossa. Luennolla kerrotaan myös, milloin ortopedi harjoittaa tekonivelleikkausta. Ryhmäohjausluennolla tietoa tulee runsaasti pienessä ajassa. Luennon päätteeksi potilaille jaetaan esite nivelrikosta. Esitteessä on käyty lyhyesti samoja asioita läpi kuin luennolla. Lisäksi heille jaetaan UKK instituutin liikuntasuosituksia eli liikuntapiirakat sekä monisteet reisi- ja pakaralihasharjoitteista ja venytyksistä.

## 6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TOTEUTUS

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää, miten tyytyväisiä Janakkalan terveyskeskuksen ryhmäohjausluennoille osallistuneet potilaat olivat ryhmäohjausluentoon. Lisäksi tutkimuksella on tarkoitus kartoittaa, miten potilaat kehittäisivät ryhmäohjauslentoa ja millaisista aiheista potilaat ryhmäohjauslentoja haluaisivat. Tavoitteena on saada tietoa potilaiden tyytyväisyydestä ja tuottaa tietoa ryhmäohjauslentojen kehittämistä varten.

Opinnäytetyö toteutetaan keräämällä tietoa Janakkalan terveyskeskuksen nivelrikko ryhmäohjausluennolle osallistuneilta. Tieto kerätään strukturoidulla kyselylomakkeella.

## 7 MENETELMÄ

Tutkimusmenetelmiä koskeva osaaminen on monipuolistunut ja kehittynyt hoitotieteessä vuosikymmenien kuluessa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 53). Tämä opinnäytetyö on määrällinen eli kvantitatiivinen tutkimus. Opinnäytetyön tarkoituksena on mitata potilaiden tyytyväisyyttä ryhmäohjausluentoon sekä kartoittaa osallistujien kehittämisehdotuksia. Tutkimus toteutetaan strukturoitua kyselylomaketta käyttäen, koska tutkimukseen osallistuvia on 53.

## 7.1 Kvantitatiivin tutkimus

Kvantitatiivisessa eli määrällisessä tutkimuksessa tutkimus kohdistuu eri muuttujien mittaamiseen tilastollisia menetelmiä käyttäen. Lisäksi kvantitatiivisessa tutkimuksessa tarkastellaan eri muuttujien yhteyttä toisiinsa. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa kyselylomake on yleisin aineiston keruumenetelmä. Kyselylomakkeen voi tutkimuksesta riippuen täyttää tutkittava itse tai tutkija. Kyselylomakkeen laatiminen onkin kvantitatiivisen tutkimuksen kriittisin vaihe. Kyselylomakkeen tulee olla ilmiötä kattavasti mittaava ja riittävän täsmällinen. Kyselylomakkeen täyttämiseen ei saisi kulua 15minuttia kauempaa aikaa. Kyselylomakkeen kysymysten tulee olla lyhyitä ja yksiselitteisiä. Yksi kysymys voi mitata vain yhtä asiaa. Annettujen vastausten luotettavuutta voi varmistaa kontrollikysymyksillä. Kyselylomakkeen alkuun tulee sijoittaa helpot kysymykset ja vaikeat loppuun. Kyselylomake on myös hyvä testata. Testauksen yhteydessä varmistetaan, että kyselylomakkeella tuotettu tieto vastaa tutkimus ongelmaa. Kyselylomakkeessa voi olla sekä avoimia että suljettuja kysymyksiä. Ikä on usein hyvä kysyä avoimena kysymyksenä ja luokitella vasta aineiston perusteella. Näin ehkäistään ikäjakauman vinoutuminen. Kyselylomakkeen alkuun sijoitetaan yleensä vastaajien taustatiedot. Taustatietojen on todettu selittävän potilaiden kokemuksia. Jokaiselle kysymykselle on kuitenkin oltava perustelu. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 53–55, 114–118.)

Aineistoa kuvaillaan käyttämällä frekvenssejä ja prosenttiosuuksia. Tutkimustuloksia voidaan kuvailla taulukoiden ja kaavioiden avulla. Hoitoteellisessä tutkimuksessa on tavallista esittää taustamuuttujat omassa taulukossaan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 132, 161.)

## 7.2 Aineiston keruu

Aineisto kerättiin käyttäen strukturoitua kyselylomaketta, koska tutkimus halutaan toteuttaa kokonaisotantana. Tutkimusten mukaan ikä, sukupuoli ja sairauden kesto vaikuttavat koettuun ohjaustarpeeseen (liite 1 kysymykset 1–3). Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset voimavarat sekä läheisten tuki (liite 1 kysymykset 4–7). Kyselylomakkeella selvitetään osallistujien tyytyväisyyttä ohjauksen sisältöön, (liite 1 kysymykset 8–9). Kirjallinen materiaali on koettu tutkimuksissa tärkeäksi, jotta ohjauksessa käsiteltyihin asioihin voi palata myöhemmin kotona, (liite 1 kysymys 10). Kyselylomakkeella kysyttiin myös osallistujien tyytyväisyyttä luentoon kokonaisuutena (liite 1 kysymykset 11–12). Kyselylomakkeella haluttiin saada esiin osallistujan omat toivomukset, (liite 1 kysymykset 13–14). Kyselylomaketta testattiin terveyskeskuksen henkilökunnalla sekä muilla opiskelijoilla. Saadun palautteen perusteella muokattiin kyselylomakkeen sanamuotoja.

Potilaiden yhteystiedot saatiin Janakkalan terveyskeskuksen sairaskertomusjärjestelmästä. Tiedonantajina toimii Janakkalan terveyskeskuksen potilaat. Janakkalan terveyskeskuksessa ei kokoonnu eettistä toimikuntaa. Luvan aineiston keräämiselle antoi Janakkalan terveyskeskuksen ylilääkäri.

Kyselylomakkeet (liite 1) postitettiin 8.3.2017 Janakkalan terveyskeskuksen toimesta 53 potilaalle kotiin. Kirje sisälsi valmiiksi maksetun vastauskuoren. Kysely sisälsi saatteen, jonka oli allekirjoittanut tutkijan lisäksi myös Janakkalan terveyskeskuksen ylilääkäri. Ylilääkärin allekirjoituksella pyrittiin tuomaan esille sitä, että tutkimustulokset tulee terveyskeskuksen hyödynnettäväksi ja tutkittavia kannustettiin vastaamaan kyselyyn. Tulosten perusteella Janakkalan terveyskeskuksessa kehitetään ryhmämuotoista toimintaa sekä jo olemassa olevaa ryhmäluentoa kehitetään potilailta saadun palautteen mukaan.

## 8 TUTKIMUSTULOKSET

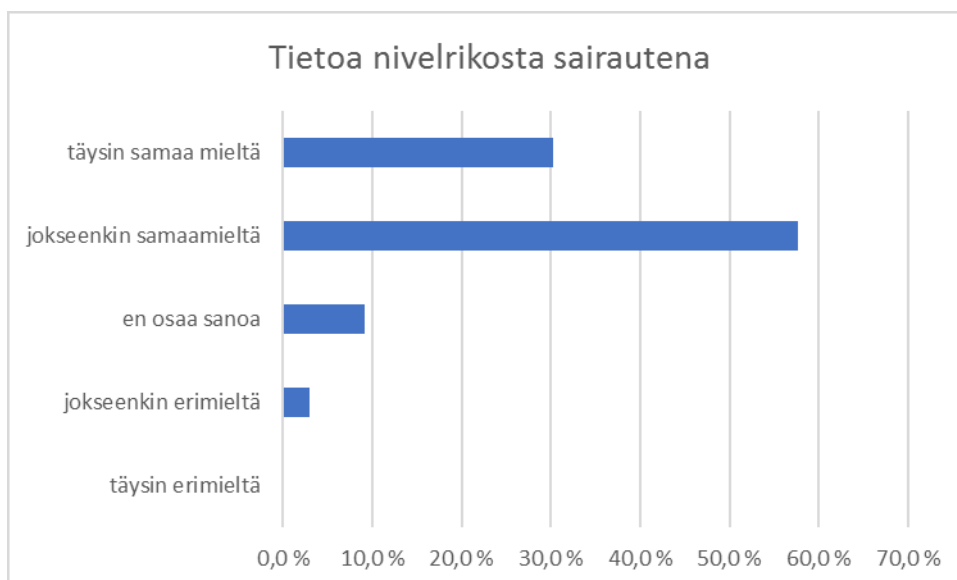
Kyselylomakkeita lähetettiin 53 kappaletta. Määräaikaan mennessä kyselylomakkeita palautettiin 33 kappaletta eli vastausprosentti on 62,3 prosenttia (N=33). Vastaajista miehiä oli 24,2 prosenttia (n=8) ja naisia 75,8 prosenttia (n=25). Kyselyyn vastaajista 24,2 prosenttia (n=8) oli 60–66 vuotiaita, 67-74 vuotiaita vastaajia oli 42,4 prosenttia (n=14), 30,3 prosenttia (n=10) vastaajista oli 75-82 vuotiaita ja 3 prosenttia (n=1) 83-90 vuotiaita. Nivelrikko oli diagnosoitu alle kuukausi ennen ryhmäohjausluennolle osallistumista 24,2:lla prosentilla (n=8), 30,3 prosenttia (n=10) oli saanut diagnoosia yhdestä kuuteen kuukauteen ennen ryhmäohjausluennolle osallistumista. 6–12 kuukautta oli kulunut diagnoosin saamisesta aikaa ennen ryhmäluennolle osallistumista 6,1:lla prosentilla (n=2). 39,4 prosenttia (n=13) oli saanut diagnoosin yli vuosi ennen ryhmäluennolle osallistumista.

Kyselyyn osallistuneista 69,7 prosenttia (n=23) koki selviytyvänsä arjesta hyvin. Osallistuneista 30,3 prosenttia (n=10) ei osannut sanoa tai oli osittain erimieltä. Mielialansa koki hyväksi 69,7 prosenttia (n=23) osallistujista. Mielialastaan ei osannut sanoa 24,2 prosenttia (n=8) osallistujista. 6,1 prosenttia (n=2) oli myös jokseenkin erimieltä. Ystäviä ja tuttavvia oli 87,9 prosentilla (n=29) osallistujista. Ystäväistä ja tuttavista ei osannut sanoa 12,1 prosenttia (n=4). Yksinäiseksi itsensä koki 9,1 prosenttia (n=3). Yksinäisyydestään ei osannut sanoa 12,1 prosenttia (n=4). 78,8 prosenttia osallistujista eivät kokeneet itseään yksinäiseksi. Osallistujat kokivat pääasiassa mielialansa hyväksi ja heillä oli ystäviä, läheisiä ja tuttavvia. Arjesta koettiin myös selviytyvän melko hyvin. Nämä ovat tärkeitä hoitoon sitoutumisen kannalta.

## 8.1 Potilaiden tyytyväisyys nivelrikko ryhmäohjausluentoon

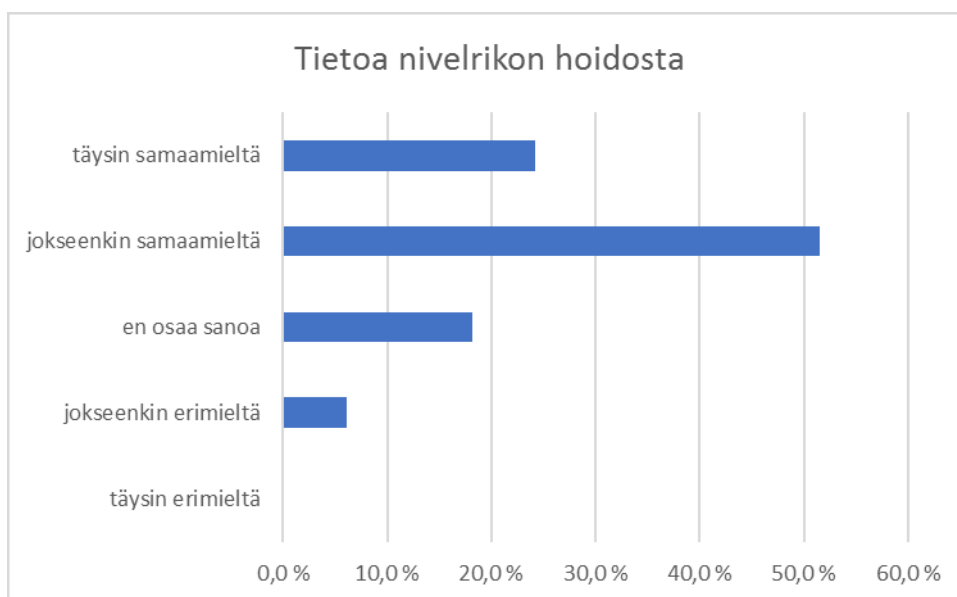
Kyselyyn osallistuneista ryhmäohjausluennolla nivelrikosta saamaansa tietoon oli tyytyväisiä 87,9 prosenttia (n=29). Mielipidettään ei osannut sanoa 9,1 prosenttia (n=3). Jokseenkin erimieltä oli 3 prosenttia (n=1).

Taulukko 1. Nivelrikko sairautena



Tietoon nivelrikon hoidosta oli tyytyväisiä 75,7 prosenttia (n=25). Mielipidettään ei osannut sanoa 18,2 prosenttia (n=6). Jokseenkin erimieltä oli 6,1 prosenttia (n=1)

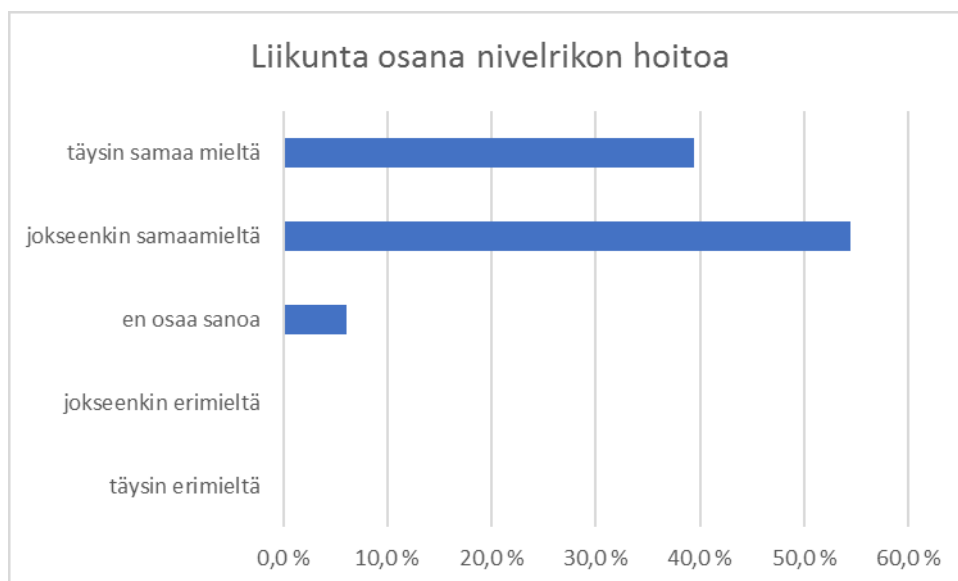
Taulukko 2. Tietoa nivelrikon hoidosta





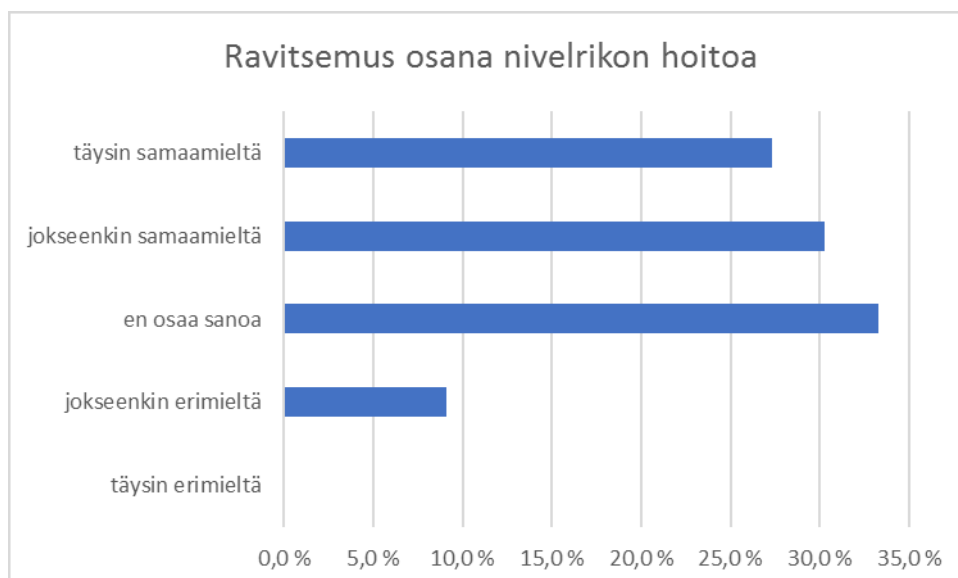
Tietoon liikunnasta oli tyytyväisiä 93,9 prosenttia (n=31). Mielipidettään ei osannut sanoa 6,1 prosenttia (n=2).

Taulukko 3. Liikunta osana nivelrikon hoitoa



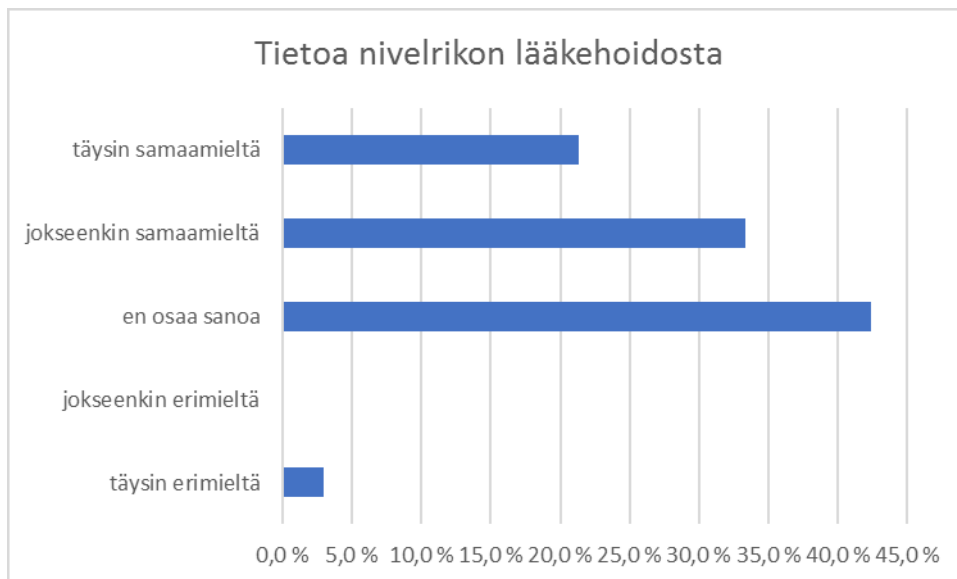
Tietoon ravinnosta oli tyytyväisiä 57,6 prosenttia (n=19). Mielipidettään ei osannut sanoa 33,3 prosenttia (n=11). Jokseenkin erimieltä oli 9,1 prosenttia.

Taulukko 4. Ravitsemus osana nivelrikon hoitoa



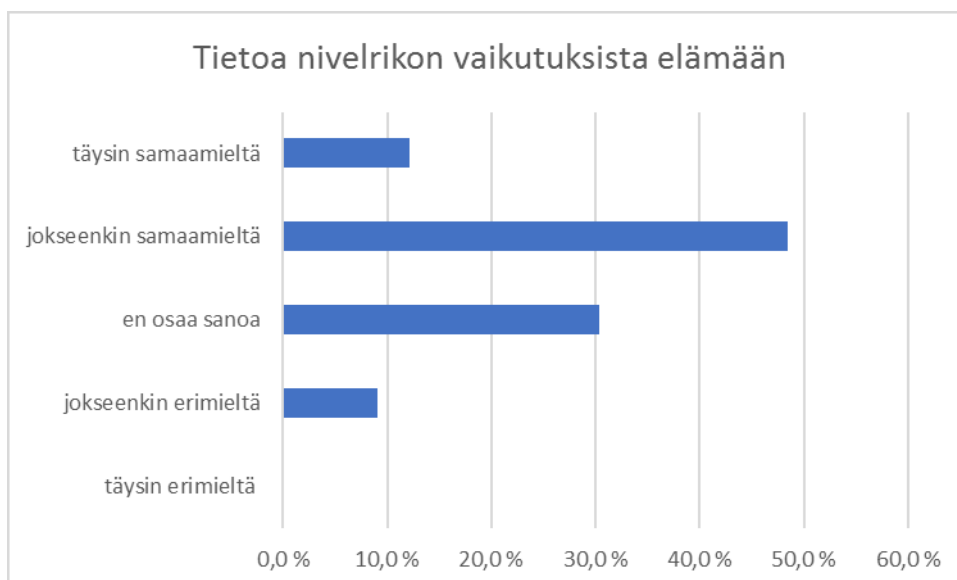
Tietoon lääkehoidosta oli tyytyväisiä 54,5 prosenttia (n=18). Mielipidettään ei osannut sanoa 42,4 prosenttia (n=14). Täysin erimieltä oli 3 prosenttia (n=1).

Taulukko 5. Tietoa nivelrikon lääkehoidosta



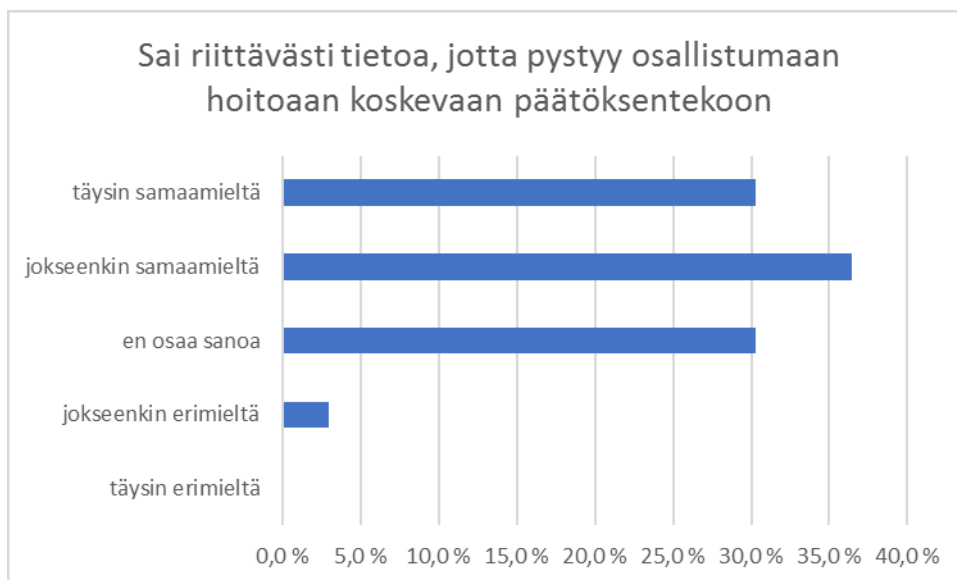
Kyselyyn osallistujista 60,6 prosenttia (n=20) koki saaneensa tietoa nivelrikon vaikutuksista elämään. 30,3 prosenttia (n=10) ei osannut sanoa ja 9,1 prosenttia (n=3) oli jokseenkin eri mieltä.

Taulukko 6. Tietoa nivelrikon vaikutuksista elämään



66,7 prosenttia (n=22) vastanneista koki saaneensa riittävästi tietoa, jotta pystyy ryhmäluennon jälkeen osallistumaan hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. 30,3 prosenttia (n=10) ei osannut sanoa mielipidettään ja 3 prosenttia (n=1) oli jokseenkin erimieltä.

Taulukko 7. Pystyy osallistumaan hoitoaan koskevaan päätöksentekoon



Osallistujien voi olla vaikea arvioida ja mitata riittävän tiedon määrää. Pääsääntöisesti luennolla koettiin saatavan riittävästi tietoa. Epävarmuutta tiedon riittävydessä vastaajien mielipiteissä oli runsaasti ravinnon ja lääkehoidon suhteen. Vastaajien oli varmasti vaikea arvioida mitä pitäisi tietää ja odottaa. Samoin epävarmuutta koettiin tiedon riittävydessä nivelrikon vaikutuksista päivittäiseen elämään ja osallistuminen omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Tiedon riittävyyden potilas voi arvioida vasta kun hoidostaan lähtee keskustelemaan lääkärin kanssa.

Kyselyyn osallistujien mielestä luennolla käytettiin ymmärrettävää kieltä. Osallistujista jokseenkin samaa mieltä oli 30,3 prosenttia (n=10) ja täysin samaa mieltä 69,7 prosenttia (n=23). Osallistujista 72,8 prosenttia (n=24) koki ryhmäohjausluennolla olevan riittävästi aikaa keskusteluun. Mielipidettään ei osannut sanoa 12,1 prosenttia (n=4) ja jokseenkin erimieltä tai täysin erimieltä oli 15,2 prosenttia (n=5). 57,6 prosentin (n=19) mielestä. Mielipidettään ei osannut sanoa 18,2 prosenttia (n=6) ja osittain erimieltä tai täysin erimieltä oli 24,3 prosenttia (n=8). Ryhmäluennolla oli mahdollisuus keskustella nivelrikon herättämistä tunteista. 60,6 prosentin (n=20) mielestä ryhmäluennolla oli mahdollisuus keskustella nivelrikon vaikutuksista päivittäiseen elämään. Mielipidettään ei osannut sanoa 15,2 prosenttia (n=5). Jokseenkin erimieltä tai täysin erimieltä oli 24,3 prosenttia (n=8).

Ryhmäohjausluennon jälkeen jaettavaan materiaali oli kirjoitettu ymmärrettäväsi 87,8 prosenttin (n=29) mielestä. Mielipidettään ei osannut sanoa

9 prosenttia (n=3) ja jokseenkin erimieltä 3 prosenttia (n=1). Kirjallisen materiaalin koki tarpeelliseksi 84,8 prosenttia (n=18) vastaajista. Mieli pidetään ei osannut sanoa 15,2 prosenttia.

Ryhmäohjausluennon toteutukseen vastaajat olivat tyytyväisiä. Käytetty kieli koettiin ymmärrettäväksi ja aikaa keskusteluun oli varattu riittävästi. Mahdollisuudesta keskustella nivelrikon herättämistä tunteista ja vaikutuksista päivittäiseen elämään jakoi mielipiteitä. Ryhmäohjausluennolla jaettu materiaali koettiin ymmärrettäväksi ja tarpeelliseksi. Ryhmäohjausluento antoi keinoja hoitaa nivelrikon oireita 75,7 prosentin (n=25) mielestä. Mieli pidetään ei osannut sanoa 21,2 prosenttia (n=7). Jokseenkin eri mieltä oli 3 prosenttia (n=1). Nivelrikko ryhmäohjausluntaa suosittelisi muille 91 prosenttia (n=30) vastaajista. Mieli pidetään ei osannut sanoa 6,1 (n=2) ja jokseenkin erimieltä oli 3 prosenttia (n=1). Ryhmäohjauslunnolle osallistuneista valtaosa koki saaneensa keinoja hoitaa oireitaan ja suosittelisi luntaa myös muille

## 8.2 Nivelrikko ryhmäohjausluennon kehittämisehdotukset

Tutkimus tuotti selkeitä kehittämisideoita. Kehittämisideat kohdistuivat osin ravitsemukseen ja lääkehoitoon, joiden kohdalla oli aiemmin runsaasti myös epävarmuutta vastauksissa. Konkreettisia ryhmäohjauslunta aiheita tuli esille. Ryhmäohjauksen kehittämiseksi toivottiin saman ryhmän kokoontuvan useamman kerran. Lisää tietoa toivottiin eri liikuntavaihtoehtoista ja apuvälineistä. Toivottiin yksityiskohtaisempia liikuntaohjeita ja liikkeiden läpikäyntiä yhdessä. Osallistujat olisivat toivoneet myös psykologin ja lääkärin osuutta ryhmäohjausluntaan. Lääke-esittelyjä ja tarkempaa tietoa kipulääkkeistä sekä vitamiineista toivottiin myös. Ryhmäohjausluntojen tarpeellisuus kyseenalaistettiin yhden vastaajan toimesta.

*"Ei se polvi luennolla parane..."*

*"Miten pääsee erikoislääkärille..."*

*"Useampia kokoontumisia. Tuntemattomia ihmisiä koolla, ei saada kunnolla tutustua ja vaihtaa kokemuksia."*

*"Kiireetön tilaisuus, ei tiukkoja aika rajoja."*

Ryhmäohjauslunta toivottiin unettomuudesta ja unilääkkeiden haitallisista vaikutuksista. Tyypin 2 diabeteksesta ja etenkin ruokavaliosta sekä astmasta ja sen hoidosta toivottiin myös ryhmäohjauslunta. Lisäksi ikäihmisten liikunnasta toivottiin ryhmäohjauslunta. Ikäihmisten liikunta luennolla toivottiin käsiteltävän ikäihmisen liikunnan tärkeyttä ja eriliikunta muotoja etenkin venyttelyä haluttiin käsiteltävän. Painon pudotuksen epäiltiin onnistuvan paremmin ryhmässä, joten painonhallintaryhmä koettiin tarpeelliseksi. Tärkeiksi aiheiksi koettiin myös hiljentyminen ja itsensä hyväksyminen.

### 8.3 Tulosten vertailu aiempiin tutkimuksiin

Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat monet tekijät. Iällä, sukupuolella ja koulutuksella ei tutkimuksen mukaan ole yksittäistä yhteyttä hoitoon sitoutumiseen vaan tilanteeseen vaikuttavat enemmän muut tekijät. Fyysisillä, psyykkisillä ja sosiaalisilla voimavaroilla on todettu olevan yhteys siihen, miten potilas itseään hoitaa. Sairaudet ja niiden seuraamukset sekä muuttuvat elämäntilanteet kuluttavat voimavaroja. Psykkisiin ongelmiin liittyy usein puutteelliset selviytymiskeinot jotka heikentävät hoitoon sitoutumista. Perheen ja läheisten tuki voi olla ratkaisevaa hoitoon sitoutumisessa. Jaksamisen kannalta läheisen antama tuki on monille välttämätön. Vertaistuki myös edistää usein hoitoon sitoutumista. Emotionaalisen tuen lisäksi käytännönläheinen tieto ja toisten kokemukset auttavat hoitoon ja arkielämään liittyvissä käytännön kysymyksissä. (Kyngäs ym. 2009, 26–27, 32–34.)

Tässä tutkimuksessa osallistujat kokivat pääasiassa mielialansa hyväksi ja heillä oli ystäviä, läheisiä ja tuttavuuksia. Arjesta koettiin myös selviytyvän melko hyvin. Tästä voi päätellä kyselyyn osallistuneiden sitoutuvan hyvin hoitoon.

Pitkäaikaissairaat potilaat tarvitsivat ohjausta sairaudesta ja sen hoidosta, lääkityksestä ja mahdollisista haittavaikutuksista, ravitsemuksesta sekä liikunnasta (Kaakinen, P. 2013, 44). Potilaslähtöisessä toiminnassa potilas nähdään oman elämänsä asiantuntijana. Potilas tekee itseään koskevat päätökset itse sen hetkiseen tietoon ja kokemukseensa perustuen. (Routasalo & Pitkälä 2009, 7.) Tässä tutkimuksessa kyselyyn osallistujat kokivat saaneensa nivelrikko ryhmäohjausluennolla riittävästi tietoa sairaudesta ja sen hoidosta sekä liikunnasta. Ravinnon ja lääkehoidon osalta vastauksissa oli enemmän hajontaa. Näiden osalta yli puolet olivat kuitenkin tyytyväisiä saamansa tiedon määrään. Noin 40 prosenttia ei kuitenkaan osannut sanoa mielipidettään.

Ryhmänohjaajan tehtävänä on tukea ja kuunnella osallistujien pohdintoja ja ohjata keskustelua. Lyhyelläkin ohjausinterventiolla voidaan vahvistaa potilaiden voimavaroja arkielämässä. (Holma 2008, 61–62.) Tämän tutkimuksen mukaan osallistujat kokivat nivelrikko ryhmäohjausluennolla olevan riittävästi aikaa keskusteluun. Tunteista puhumista estävänä tekijänä pidettiin sitä, että ryhmäläiset eivät tunne toisiaan.

Ryhmäluentoa pidetään passiivisena ohjausmuotona, jonka onnistumisessa on avainasemassa hoitohenkilöstön käyttämä kieli. Vierasperäiset sanat heikentävät asian ymmärtämistä ja potilaiden motivaatiota ohjausta kohtaan. (Kääriäinen 2007, 36.) Kirjalliset ohjeet ovat usein kirjoitettu liian vaikeasti. Hyvin suunniteltu kirjallinen ohje on tehokas, oikein suunnattu ja potilaan oppimiskyvyn huomioon ottava. Hyvää kirjallista ohjetta potilas voi käyttää asian opiskeluun myöhemmin. (Kyngäs ym. 2007, 124–125.) Kyselyyn osallistujien mielestä nivelrikko ryhmäohjausluennolla käytettiin

ymmärrettävää kieltä. Ryhmäohjausluennon päätteeksi jaettu materiaali koettiin pääsääntöisesti tarpeelliseksi ja ymmärrettäväksi.

#### 8.4 Tutkimuksen luotettavuus

Luotettavuutta kvantitatiivisessa tutkimuksessa tarkastellaan validiteetin ja reliabiliteetin kautta. Validiteetti mittaa sitä kuinka hyvin tutkimuksessa on mitattu sitä mitä oli tarkoituskin mitata ja sitä kuinka hyvin saadut tulokset voidaan yleistään tutkimusjoukkoon. Reliabiliteetti mittaa mittarin kykyä tuottaa ei-sattuman varaisia tuloksia. Luotettavuutta arvioitaessa tulee arvioida, olivatko tutkittavat valittu oikein ja miten heidät tavoitettiin. Lisäksi tulee arvioida tulosten merkitystä käytännön hoitotyölle ja voidaan tuloksia soveltaa hoitotyön käytäntöön. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2015, 189–190, 196.)

Vastausprosentti oli 62,3 prosenttia ( $n=33$ ,  $N=53$ ), joka on hyvä. Osalla kyselylomakkeen saaneista oli kulunut aikaa ryhmäohjausluennosta kyselylomakkeen saamiseen aikaa 16 kuukautta. Pitkä aika on osaltaan voinut vähentää vastausmotivaatiota. Osittain ryhmäohjausluennolla käsiteltävät asiat eivät välttämättä ole olleet enää vastaajien muistissa kyselylomaketta täyttäessä. Näin ollen tulokset saattoivat vääristyä. Vastauksissa käytetty myös melko paljon vaihtoehtoa en osaa sanoa. Tämä vaihtoehto oli valittu erityisen runsaasti ravinnon ja lääkehoidon kohdalla. Näistä aiheista myös toivottiin lisää tietoa kehittämisehdotuksissa. On varmasti myös vaikea arvioida milloin tietää riittävästi, kun ei tiedä mitä aiheesta tulisi tietää. Vaihtoehdon valinta olisi voinut vähentyä, jos kyselylomake olisi lähetetty nopeammin ryhmäluennon jälkeen.

Kyselylomakkeen laatimisessa oli tapahtunut virhe. Diagnoosista kulunut aika oli laadittu siten, että yksi vastaus voi kuulua kahteen eri vastausvaihtoehtoon. 54,5 prosenttia vastaajista on sijoittanut kuitenkin alle kuuden kuukauden luokkiin. 39,4 prosenttia oli sijoittanut vastauksensa yli vuoden luokkaan. Vaihtoehtojen siirtymäkohtiin on todennäköisesti osunut vähän vastaajia.

Toiveet ryhmäohjausluento aiheista painottuivat esimerkkeinä käytettyihin diabetekseen, astmaa ja unettomuuteen. Vastaukseksi tuli muitakin aiheita. Esimerkin aihepiirit saattoivat kuitenkin rajata joidenkin vastaajien ajattelua vain kyseisiin aiheisiin. Esimerkkien käytössä tulee olla varovainen ja harkita tarkasti esimerkit kyselylomakkeita laadittaessa.

Kyselylomake tuottaa vastauksen tutkimuskysymyksiin. Kyselylomakkeen avoimia kysymyksiä tulee edelleen kehittää, jotta saataisiin useammalta myös muita aiheita kuin ne mitä lomakkeessa oli esimerkkeinä. Tällaisena tekijänä voidaan pitää sitä, että osalla kyselyyn osallistuneista oli kulunut pitkä aika ryhmäohjausluennosta kyselyn saapumiseen. Kun taas osalla oli kulunut aikaa luennosta kyselyn saapumiseen kuukausi. Kyselyn tuloksia ei voi yleistää, koska vastausprosentti on vain 62,3. Lisäksi vastauksissa oli

paljon valittu en osaa sanoa vaihtoehtoa. Todennäköisyys vastausten vääristymiseen on melko suuri. Tuloksia voidaan pitää kuitenkin pohjana ryhmäohjausluentojen kehittämiseksi.

## 8.5 Kehittämisehdotukset

Tutkimus tuloksena tuli toive, että lääkkeitä käytäisiin yksityiskohtaisemmin läpi. Lääkehoito harkitaan aina yksilöllisesti, lääkkeiden valintaa vaikuttavat monet seikat, joita ei potilaat aina ehkä edes ymmärrä. Lääkkeisiin ja lääkehoitoon liittyviin kysymyksiin osaisi varmasti parhaiten vastata lääkäri. Ryhmäohjaus luennolla ei lääkärinkään voi ottaa kantaa osallistujien henkilökohtaisiin lääkityksiin kantaa ilman sairaskertomustietoja.

Avoimesta kysymyksestä nousee esiin asiakkaan turhautuminen ja tyytymättömyys lääkärin tekemiin hoitopäätöksiin. Asiakas ei ole kokenut saavansa oikeaa hoitoa ”*Ei se polvi luennolla parane...*”, ”*miten pääsisi erikoislääkärille...*”. Toisaalta useaan kertaan nousi esiin, että ryhmän pitäisi koontua useamman kerran. Sairaanhoidajan ja fysioterapeutin lisäksi toivottiin psykologia ja lääkäriä. Toivottiin myös konkreettista liikkeen harjoittelua. Lisäksi aiheina toivottiin painonhallintaa ja hiljentymistä. Keskustelua haittaavaksi tekijäksi myös kuvattiin sitä, ettei tunne muita ryhmäluennolle osallistuneita. Jatkossa ryhmäohjausluentoa voisi kehittää siten, että kokoontumiskertoja olisi kolme. Kerrat koostuisivat Nivelrikosta sairautena ja sen hoidosta lääketieteen näkökulmasta. Ryhmänohjaajina toimisivat lääkäri fysioterapeutin parina. Toinen kerta voisi olla ruokavaliosta ja painonhallinnasta. Tämän kokoontumiskerran voisi toteuttaa terveydenhoitaja yhdessä fysioterapeutin kanssa. Kolmannella kerralla voisi käydä läpi rentoutusta kivunhallinta keinona ja sairauden aiheuttamista tunteista. Tapaamisessa voisi olla mukana psykologi tai psykiatrinen sairanhoidaja fysioterapeutin parina. Sama fysioterapeutti voisi jokaisella kokoontumiskerralla ohjata lyhyen harjoittelun ja puhua liikunnan merkityksestä. Fysioterapeutti olisi näin kaikilla kerroilla mukana ja hän olisi osallistujille tuttu ja loisi turvallisuutta ryhmään.

Jatkossa voisi toteuttaa uuden kyselytutkimus siten, että kysely täytetään heti luennon päätteeksi. Näin kaikilla kyselyyn osallistujilla olisi luennosta kulunut yhtä pitkäaika ja unohtamisen tuoma tulosten vääristyminen saataisiin minimoitua. Tällöin on kuitenkin huolehdittava siitä, että luennon pitäjät eivät pysty yhdistämään vastauksia osallistujiin.

## 9 POHDINTA

Tätä opinnäytetyötä tehdessäni olen kehittynyt tiedonhaussa. Tietoni potilasohjauksesta ja potilastyytyväisyydestä ovat syventyneet. Nivelrikon hoitoon olin perehtynyt jo ennen opinnäytetyön tekoa. Kyselylomakkeen laadinta ja analysointi, oli minulle uutta. Kyselylomaketta laadittaessa sitä kommentoivat terveydenhuollon ammattilaiset, opettaja ja kaksi maallikkoa, jotka eivät ole ryhmäohjausluennolle osallistuneet. Tästä kokemuksesta opin, että kyselylomake tulisi pystyä testaamaan mahdollisimman samanlaisilla testaaajilla kuin tutkimuksen kohderyhmä. Tässä prosessissa kyselylomake olisi ollut hyvä testata muutamalla ryhmäohjausluennolle osallistuneella. Tällä kertaa prosessin aikataulu ei sitä mahdollistanut.

Jatkossa olisi kiinnostavaa tietää miten tausta tekijät kuten yksinäisyys ja mieliala ovat vaikuttaneet muihin vastauksiin. Tähän analyysiin tarvitaan määrällisen tutkimuksen aineiston analysointia varten oleva ATK-ohjelma. SPSS ja JMP PRO ovat muun muassa tällaisia ohjelmia. Hämeen ammattikorkeakoululla on käytössä näistä JMP PRO. Ohjelman käyttö vaatii perehtymistä johon tässä prosessissa ei ollut mahdollisuutta. Tämän opinnäytetyön aineiston analysointi ja graafinen toteutus on tehty käyttäen laskukonetta ja Excel-ohjelmaa.

Tilaaajalta saadun palautteen mukaan Janakkalan terveyskeskus pystyy kehittämään Nivelrikko- ryhmäohjausluentoa ja muuta ryhmäohjaus toimintaa tämän opinnäytetyön tuloksia ja viitekehystä hyödyntäen. Opinnäytetyön teoreettista viitekehystä tilaaja tulee hyödyntämään myös sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien koulutusmateriaalina. Tilaajan palautteen mukaan opinnäytetyö tulee vastaamaan tilaajan tarvetta.



## LÄHTEET

Alanko, J., Alanne, S., Salonen, K. & Taurianinen, H. (2011). Ensietoryhmä on hyvä aloitus tyyppin 1 diabeetikoiden omahoitoon. *Suomen lääkirilehti* 66(20), 1684–1685.

Anttila, U. (2008). *Ryhmäohjaus tyyppin 2 diabeetikoiden neuvontamenetelmänä perusterveydenhuollossa*. Pro gradu -tutkielma. Hoitotiede. Kuopion yliopisto.

Eloranta, S., Katajisto, J. & Leino-Kilpi, H. (2014). Toteutuuko potilaslähtöinen ohjaus hoitotyöntekijöiden näkökulmasta? *Hoitotiede* 26(1), 63–73.

Eloranta, T. & Virkki, S. (2011). *Ohjaus hoitotyössä*. Helsinki: Kustannusyrhtiö Tammi.

Erkkilä, T. & Sarajärvi, A. (2012). Asiakaslähtöisyys näyttöön perustuvan hoitotyön kehittämisessä. *Pro terveys* 40(4), 38–40.

Heikkinen, K. (2011). Vaikuttavaa potilasohjausta internetin avulla. *Spirium* 46(4), 28–29.

Holma, S. (2008). *Ryhmäohjauksella lisää voimavaroja kroonisesta kivusta kärsivän potilaan arkeen – Interventiotutkimus*. Pro gradu -tutkielma. Hoitotiede. Tampereen yliopisto. Haettu 1.2.2017 osoitteesta <https://tam-pub.uta.fi/bitstream/handle/10024/78919/gradu02462.pdf?sequence=1>

Hämäläinen, S., Jauhiainen, A. & Jantuinen, A. (2010). Potilasohjauskoulutuksen tarve ja koulutuksen toteuttaminen. Teoksessa A. Jauhiainen (toim.) *Osaamista ja vaikuttavuutta potilasohjaukseen*. Kuopio: Savonia-ammattikorkeakoulu, 10–15.

Jauhiainen, A. (2010). Teknologia asiakaslähtöisyyden tukena potilasohjauksessa. Teoksessa A. Jauhiainen (toim.) *Osaamista ja vaikuttavuutta potilasohjaukseen*. Kuopio: Savonia-ammattikorkeakoulu, 41–48.

Kaakinen, P. (2013). *Pitkäaikaissairaiden potilaiden ohjauksen laatu sairaalassa*, Väitöskirja. Acta medica Universitatis Ouluensis D 1214. Haettu 3.1.2017 osoitteesta <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526202495.pdf>

Kaikkonen, R. (2012). *Tietoa, taitoa, tukea ryhmässä-projekti – Moniammatillisen ryhmäohjausmallin tuottaminen tyyppin 2 diabeetikoille ja sen kehittäminen asiakaslähtöisesti Kainuun maakunta-kuntayhtymässä seutu*

*III:n kansanterveystyössä. Opinnäytetyö. Kliininen asiantuntija. Oulun seudun ammattikorkeakoulu. Haettu 31.1.2017 osoitteesta [https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/46731/Kaikko-nen\\_Raija.pdf?sequence=1](https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/46731/Kaikko-nen_Raija.pdf?sequence=1)*

Kangaspunta, V. Koskela, T. Soini, E. & Ryyänen O. (2014). Potilaiden arvioon terveyskeskuskäynnin hyödyistä vaikuttavat tekijät. *Suomen lääkäri-lehti* 69(22), 1654–1659.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. (2015). *Tutkimus hoitotieteessä*. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Kaukila, V. & Lehtonen, E. (2007) *Ryhmästä enemmän- Käsikirja ryhmän-ohjaajan taitoja tarvitsevalle*. Helsinki: SMS-Tuotanto Oy.

Kauppila, R. (2011). *Vuorovaikutus- ja sosiaaliset taidot- Vuorovaikutusopas opettajille ja opiskelijoille*. Jyväskylä: PS-kustannus.

Kauronen, M.-L. (2016). *Ohjaajien toiminta elämäntapamuutoksen tukemisessa tyypin 2 diabeteksen ehkäisyn ryhmäohjauksessa*, Väitöskirja. Studies in sport, physical education and health 236. Haettu 15.12.2016 osoitteesta [https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/49111/978-951-39-6572-3\\_vaitos13042016.pdf?sequence=1](https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/49111/978-951-39-6572-3_vaitos13042016.pdf?sequence=1)

Kemi, S., Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. (2008). Ohjausinterventioihin osallistumisen vaikutus hoitoon sitoutumiseen ja tietoon osteoporoosista. *Hoitotiede* 21(3), 174-184.

Kipinä, U. (2007). Näkökulmia hoidonohjaukseen. *Poliklinikka* (2), 19-20.

Kozlowski, K. & Holmes, C. (2014). *Experiences in Online Process Groups: A Qualitative Study*. Haettu 12.3.2017 osoitteesta <http://web.b.ebscohost.com.ezproxy.hamk.fi/ehost/pdfviewer/pdfviewer?sid=ceb6e78a-ead7-46a0-ae26-1193345e2c5b%40session-mgr101&vid=4&hid=125>

Kurki, M., Helmiö, K., Lindström, J & Jaakkola, L. (2008). Ryhmämuotoinen elintapaohjaus metabolisen oireyhtymän hoidossa. Miina Sillanpään julkaisusarja A:7. Helsinki: Miina Sillanpään säätiö. Haettu 1.2.2017 osoitteesta [http://www.miinasillanpaa.fi/wp-content/uploads/2014/12/ryh-mamuotoinen\\_elintapaohjaus\\_metabolisen\\_oireyhtyman\\_hoidossa.pdf](http://www.miinasillanpaa.fi/wp-content/uploads/2014/12/ryh-mamuotoinen_elintapaohjaus_metabolisen_oireyhtyman_hoidossa.pdf)

Kyngäs, H. & Hentinen, M. (2009). *Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö*. Helsinki: WSOY.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. (2007). *Ohjaaminen hoitotyössä*. Helsinki: WSOY.

Kääriäinen, M. (2007). *Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen*, Väitöskirja. Acta medica Universitatis Ouluensis D Medica 937. Haettu 21.10.2016 osoitteesta <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789514284984.pdf>

Laki potilaan oikeuksista ja asemasta 1992/785. Haettu 1.9.2016 osoitteesta <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785?search%5Btype%5D=pika&sea#L2P4a>

Lipponen, K. (2014). *Potilasohjauksen toimintaedellytykset*, Väitöskirja. Acta medica Univertatis Ouluensis D 1236. Haettu 3.1.2017 osoitteesta <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526203720.pdf>

Lunnela, J. (2011). *Internet-perusteisen ja sosiaalisen tuen vaikutus glaukoomapotilaan hoitoon sitoutumisessa*, Väitöskirja. Acta medic Univertatis Ouluensis D 1096. Haettu 12.3.2017 osoitteesta <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789514294136.pdf>

Marttila, J. (2010). Matkalla - Näkökulmia ryhmäohjaukseen. *Diabetes ja lääkäri* 39(4), 28–32.

Männikkö, P. (2014). Parempaa potilasohjausta. *Tesso Sosiaali- ja terveyspoliittinen aikakauslehti*. Haettu 29.1.2017 <https://tesso.fi/artikkeli/parempaa-potilasohjausta>

Nurmi, R., Korhonen, T. & Mahlamäki-Kultanen, S (2016) Sairaanhoidajan koulutuksen opetussuunnitelmien ohjaus- ja opetusosaamisen tavoitteet. *Tutkiva hoitotyö* 14(3), 24–33.

Oksanen, K. Sauni, R. Koskinen, A. Aalto, A & Räsänen, K. (2015). Työikäisten arviot avohoidon lääkärisäkäynneistä. *Suomen lääkäri* 70(42), 2777–2784.

Pitkälä, K. & Savikko, N (2007). *Potilaan sitoutuminen hoitoon*. Duodecim. Haettu 26.1.2017 osoitteesta <http://www.terveyskirjasto.fi/xmedia/duo/duo96322.pdf>

Polvi- ja lonkkanivelrikko (online). Käypä hoito- suositus, Suomalaisen lääkäriseura Duodecimin ja Suomen ortopediyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2014. Haettu 7.4.2017 osoitteesta [www.käypähoito.fi](http://www.käypähoito.fi)

Pursiainen, R. (2008). *Asiakaslähtöinen palvelun laatu avohoitoyksikössä*. Pro gradu -tutkielma. Terveyshallintotiede. Kuopion yliopisto.

Routasalo, P., Airaksinen, M., Mäntyranta, T. & Pitkälä, K. (2009). *Omahoidon tukeminen- Opas terveydenhuollon ammattihenkilöille*. Forssa: Suomalainen lääkäriseura Duodecim.

Saarela, K. (2013). *Kirurgisen potilaan ohjaus asiantuntijasairaanhoitajan kokemana*. Pro gradu -tutkielma. Hoitotiede. Tampereen yliopisto. Haettu 9.1.2017 osoitteesta <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/84528/gradu06701.pdf?sequence=1>

Sarajärvi, A., Mattila, L.-R. & Rekola, L. (2011) *Näyttöön perustuva toiminta avain hoitotyön kehittämiseen*. Helsinki: WSOY.

Terveydenhuoltolaki 2010/1326. Haettu 1.9.2016 osoitteesta <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326?search%5Btype%5D=pika&search%5Bpika%5D=terveydenhuoltolaki#L3>

Winel, K. (2008). Diabeetikon hoidon ohjaus. Teoksessa T. Rintala., S. Kotisaari., S. Olli & R. Simonen (toim.) *Hoidonohjauksen arviointi*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi, 155–166.

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



Arvoisa asiakas

Olet osallistuneet Janakkalan terveyskeskuksen järjestämälle nivelrikkoluennolle. Tämän kyselyn avulla haluamme selvittää tyytyväisyyttäsi luentoon ja ideoitasi ryhmäluentojen kehittämiseen. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista. Kyselylomakkeen tiedot ovat luottamuksellisia eikä niitä luovuteta ulkopuolisten tietoon. Henkilöllisyytenne ei tule missään vaiheessa tietoomme. Kyselylomakkeet hävitetään välittömästi tulosten analysoinnin jälkeen. Kyselyn tulokset esitellään terveyskeskuksen johtoryhmälle. Tuloksia hyödynnetään terveyskeskuksen toiminnan kehittämässä. Lisäksi kyselyn tulokset julkaistaan Hämeen ammattikorkeakoulun opinnäytetyössä, jossa yksittäistä vastausta ei voi tunnistaa. Palauta kyselylomake oheisessa palautuskuoressa 23.3.2017. mennessä. Postimaksu on maksettu puolestasi.

Mielipiteesi on meille arvokas.

Kati Luostarinen                      Virpi Kröger  
Sairaanhoidtaja,                      Ylilääkäri  
AMK-opiskelija

Lisätietoja: [kati.luostarinen@janakkala.fi](mailto:kati.luostarinen@janakkala.fi) tai 03-6801 495 klo 8.00-9.00 ja 12.00-12.30

*Kirjoita vastaus numeroin viivalle*

1. Minkä ikäinen olet? \_\_\_\_\_ vuotta

*Ympyröi sopiva vaihtoehto*

2. Sukupuoli mies / nainen

3. Kuinka kauan aikaa kului diagnoosin saamisesta ryhmäluennolle osallistumiseen:

- a. alle kuukausi
- b. 1-6 kuukautta
- c. 6-12 kuukautta
- d. yli 12 kuukautta

*Ympyröi jokaisesta väittämästä yksi numero, joka parhaiten kuvaa mielipidettäsi (1= täysin erimielistä, 2=jokseenkin erimielistä, 3=en osaa sanoa, 4= jokseenkin samaa mieltä, 5= samaa mieltä)*

4. Koen selviytyväni arjesta hyvin	1	2	3	4	5
5. Mielialani on hyvä	1	2	3	4	5
6. Minulla on ystäviä ja tuttavuuksia	1	2	3	4	5
7. Olen yksinäinen	1	2	3	4	5



*Ympyröi jokaisesta väittämästä yksi numero, joka parhaiten kuvaa mielipidettäsi (1= täysin erimielä, 2=jokseenkin erimielä, 3=en osaa sanoa, 4= jokseenkin samaa mieltä, 5= samaa mieltä)*

- |   |   |   |   |   |   |
|---|---|---|---|---|---|
| 8. Olen tyytyväinen luennolla samaani tietoon   |   |   |   |   |   |
| a. Nivelrikosta sairautena  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b. Nivelrikon hoidosta  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| e. liikunnasta  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| f. ravinnosta   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| g. lääkehoidosta  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| h. Nivelrikon vaikutuksista elämään   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Luennolla  |   |   |   |   |   |
| a. käytettiin ymmärrettävää kieltä  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b. sain riittävästi tietoa, jotta pystyn osallistumaan hoitoani koskevaan päätöksentekoon | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c. oli riittävästi aikaa keskusteluun   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d. oli mahdollisuus keskustella sairauden herättämistä tunteista                          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| e. oli mahdollisuus keskustella sairauden vaikutuksesta päivittäiseen selviytymiseeni     | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Luennolla jaettu kirjallinen materiaali   |   |   |   |   |   |
| a. kirjoitettu ymmärrettävästi  | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b. tarpeellinen   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Luento antoi minulle keinoja hoitaa oireitani   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Suosittelisin luentoja muille   | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

*Kirjoita vastauksesi viivalle*

13. Miten kehittäisit Nivelrikko-ryhmäluentoja

---



---



---

14. Millaisista eri aiheista toivoisit ryhmäluentoja (esim. unettomuus, diabetes, astma)

---



---

**Kiitos vaivannäöstäsi**