

Minttu Karioja, Satu Käyhkö-Lehmüksela

KIVUNHOIDON OHJAUKSEN OPAS

Opinnäytetyö
Hoitotyön koulutusohjelma


Toukokuu 2010




MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU

Mikkeli University of Applied Sciences

KUVAILULEHTI

 <p>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences</p>		Opinnäytetyön päivämäärä 12.5.2010
Tekijät Minttu Karioja Satu Käyhkö-Lehmüksela		Koulutusohjelma ja suuntautuminen Hoitotyö koulutusohjelma Sairaanhoitaja AMK
Nimeke Kivunhoidon ohjauksen opas		
Tiivistelmä Opinnäytetyömme tarkoituksena on tehdä kivunhoidon ohjauksen opas Savonlinnan keskussairaalan kirurgiselle vuodeosastolle 3A. Opinnäytetyömme on jatkotyö aikaisemmalle opinnäytetyölle. Sekä opinnäytetyön teoriaosuudessa että oppaassa haluamme nostaa esille ohjauksen tärkeyden hoitotyössä, koska esimerkiksi hoitoajat ovat lyhentyneet. Tarkoituksenamme on kuvata hyvän ohjauksen lähtökohtia. Pääpaino opinnäytetyössämme on edesauttaa osastolla työskentelevien hoitajien potilaan ohjausta. Oppimisen ja ohjauksen teoriaosuudessa olemme käsitelleet niihin vaikuttavia taustatekijöitä ja ihmisen kykyä omaksua asioita. Olemme opinnäytetyössämme käsitelleet myös kipua ja sen kokonaisvaltaisuutta. Opas sisältää ohjauksen päämäärän, oppisen ohjaustilanteessa sekä ohjaukseen vaikuttavat taustatekijät ja ohjausmenetelmät. Tuotos sisältää myös ohjauksen arviointia sekä kirjaamista. Oppaassa on lisäksi osio kivunhoidosta sekä muistilista ohjaustilanteesta ohjaajalle. Opinnäytetyömme teoriaosuudessa olemme käsitelleet hyvän oppaan kriteereitä ja olemme laatineet oppaan niiden pohjalta.		
Asiasanat (avainsanat) kivunhoito, potilaan ohjaus, ohjausmenetelmät, oppiminen, opas, potilasopas		
Sivumäärä 28 s. + 15 s. liitteet	Kieli Suomi	URN http://www.urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2010052410280
Huomautus (huomautukset liitteistä)		
Ohjaavan opettajan nimi Erja Ruotsalainen		Opinnäytetyön toimeksiantaja Savonlinnan keskussairaalan kirurginen vuodeosasto 3A

DESCRIPTION

 <p>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences</p>		Date of the bachelor's thesis 12.5.2010
Authors Minttu Karioja Satu Käyhkö-Lehmüksela		Degree programme and option Degree Program in Nursing Nurse
Name of the bachelor's thesis A guide for counselling pain management		
Abstract <p>The purpose of this bachelor's thesis was to create a guide for counselling pain management. Our thesis was made for the surgical ward 3A at Savonlinna Central Hospital as a follow-up work to a previous bachelor's thesis.</p> <p>Both the theoretical framework and the guide focus on the importance of patient counselling in nursing, because for example the duration of a hospital stay has shortened. Our purpose is to describe the basis for good patient counselling as well as to help the nurses working at the ward to cultivate their skills in patient counselling. In the theory part of learning and counselling we discuss the background factors contributing to both learning and a person's ability to learn. Furthermore, we also discuss pain and its comprehensive nature.</p> <p>The guide includes the objective of counselling, learning in a counselling situation, the background factors which contribute to counselling and the methods of counselling. Evaluation and recording of counselling are also included in the guide. The guide also includes pain management, and a section comprising a checklist of a counselling situation. In the theory part we analyse the criteria of a good guide which were then used as the basis of the guide produced.</p>		
Subject headings, (keywords) pain management, patient counselling, counselling methods, learning, guide, patient guide		
Pages 28p . + appendices 15 p.	Language Finnish	URN http://www.urn.fi/URN:NBN:fi:amk-2010052410280
Remarks, notes on appendices		
Tutor Erja Ruotsalainen		Bachelor's thesis assigned by Savonlinna central hospital surgical ward 3A

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	1
2	KIPU	1
2.1	Kivun jaottelu	3
2.2	Kivun arviointi ja kivunhoidon menetelmät	5
3	OPPIMINEN JA OHJAAMINEN	6
3.1	Oppiminen käsitteenä	7
3.2	Oppimismuodot ja -tyylit.....	7
3.3	Potilaan ohjaus käsitteenä.....	9
3.4	Ohjaukseen vaikuttavat taustatekijät	10
3.4.1	Fyysiset taustatekijät.....	11
3.4.2	Psyykkiset taustatekijät.....	11
3.4.3	Sosiaaliset taustatekijät	12
3.4.4	Ympäristötekijät.....	12
3.5	Ohjauksessa käytettävät menetelmät	13
3.5.1	Ohjauskeskustelu	13
3.5.2	Ryhmäkeskustelu	14
3.5.3	Puhelinohjaus, Internet	14
3.5.4	Ohjausmateriaalit	15
3.6	Ohjauksen arviointi.....	16
3.7	Ohjauksen kirjaaminen	17
4	POTILASOPAS	18
4.1	Hyvän oppaan kriteerit	18
4.1.1	Ulkoasu	18
4.1.2	Sisältö.....	19
4.1.3	Kieliasu	20
4.2	Kivunhoidon ohjauksen oppaan laatiminen.....	20
4.2.1	Tarpeen kartoitus	20
4.2.2	Oppaan suunnittelu ja valmistuminen.....	22
5	POHDINTA	22
	LÄHTEET	25
	LIITTEET	

1 JOHDANTO

Opinnäytetyömme aihe on kivunhoidon ohjaamisen opas. Työmme tarkoituksena on tehdä osaston hoitajille kivunhoidon ohjauksen opas. Opinnäyte on osa Savonlinnan keskussairaalan kirurgisen vuodeosasto 3A:n kivunhoidon kehittämistä. Opinnäytetyömme on jatkotyö vuonna 2008 valmistuneelle opinnäytetyölle, jonka nimi on Lonkka- ja polviproteesileikattujen potilaiden kivunhoidonohjaus kotona selviytymiseksi potilaiden arvioimana.

Osasto 3 A on kirurginen vuodeosasto, joten kivunhoito on huomattava osa päivittäistä hoitotyötä. Kipua voi hoitaa lääkkeellisin ja ei-lääkkeellisin keinoin. Potilaat tarvitsevat ohjausta kivunhoidon menetelmistä ja kivunsyntysyystä. Kirurgisella osastolla ohjauksen tärkeys korostuu myös potilaan kuntoutumisvaiheessa, jolloin alkavat mm. sängystä ylösnouseminen sekä kävelyharjoitukset. Ohjaus on tärkeä keino saada potilas ottamaan enemmän vastuuta omasta toipumisestaan sekä itsehoidosta, jolloin hyvin ohjattu potilas ei turvaudu niin herkästi terveydenhuollon toimipisteiden apuun.

Sairaanhoitajan työnkuvaan kuuluu oleellisena osana potilaanohjaus. Tässä opinnäytetyössä on käsitelty potilaan ohjaamista laajalti. Vaikka varsinainen aiheemme on kivunhoidon ohjaus, teoriaosuutemme ohjauksessa ei ole keskittynyt vain kivunhoidon ohjaukseen vaan siihen, millainen potilaanohjaus yleisesti on. Ohjauksen osio palvelee myös muiden osastojen hoitohenkilökuntaa tukena ja perehdytysoppaana ohjaamisen tärkeimmistä lähtökohdista.

Valitsimme opinnäytetyömme aiheen, koska olemme kiinnostuneita potilaan ohjaamisesta. Ohjaaminen on muutakin kuin neuvojen antamista potilaalle. Hoitajan on osattava ottaa huomioon potilaan omat lähtökohdat sekä kyky vastaanottaa tietoa. Opinnäytetyömme antaa erinomaisen pohjan työelämällemme kehittämällä omaa potilaanohjaus taitoamme.

2 KIPU

Kansainvälinen kivuntutkimusyhdistys IASP (International Association for the Study of Pain) määrittelee kivun epämiellyttäväksi sensoriseksi eli tuntoaistiin perustuvaksi tai emotionaaliseksi eli tunneperäiseksi kokemukseksi, johon liittyy mahdollinen tai

selvä kudosvaurio tai jota kuvataan samalla tavoin (Sailo ym. 2000, 30). Kipu on epämiellyttävä kokemus, jonka jokainen kokee erilailla; se on täysin subjektiivinen kokemus. Sanalla kipu on erilaisia merkityksiä; kipua patologisena tilana, kivun tunnetta, kokemusta, elämystä ja aistimusta sekä kipu emotiona eli tunteena. Käsitys toisen ihmisen kokemasta kivusta syntyy henkilön kertoman pohjalta. Hoitajan tehtävänä on yrittää selvittää, mistä kipu johtuu ja kuinka potilasta voisi auttaa. (Estlander 2003, 9–12.)

Kipua voivat aiheuttaa monenlaiset ärsykkeet, mm. mekaaniset, termiset ja kemialliset (Niensted ym. 2004, 483). Kipuaistimus voidaan jakaa neljään eri vaiheeseen. Transduktiovaiheessa kudosvauriota aiheuttavan ärsykkeen energia aktivoi hermopäätteet. Transmissiovaiheessa kipuviesti välittyy ääreishervoja pitkin selkäyttimeen, jota pitkin se nousee aivorunkoon ja talamukseen ja edelleen aivokuorelle. Modulaatiovaiheessa kipu muuntautuu hermostossa. Perseptiovaihe tarkoittaa kivun subjektiivista vastetta. (Kalso ym. 2002, 50; Bjälje ym. 2005, 106.)

Estlanderin (2003, 9) mukaan ”ihmisen odotukset, käsitykset, uskomukset, suhtautumis- ja toimintatavat, tunnereaktiot ja pyrkimykset vaikuttavat kipukäyttäytymiseen yhtä lailla kuin muuhunkin käyttäytymiseen”. Myös Sailon ym. (2002, 30) mukaan kivun tuntemuksen muodostumiseen vaikuttavat monet tekijät: psyykkinen, fyysinen, sosiaalinen, hengellinen, kulttuurillinen ja yhteisöllinen kipu, jotka yhdessä muodostavat kokonaiskipun. Psyykkinen kipu tarkoittaa kaikkea, mikä pelottaa, ahdistaa ja aiheuttaa henkistä tuskaa, kuten esimerkiksi suru tai oman elämänhallinnan menettämisen pelko. Fyysinen kipu on kudosvaurion aiheuttama fysiologinen reaktio. Sosiaalinen kipu tarkoittaa yhteisömme luomaa kipua, kuten huolia taloudellisesta selviytymisestä, mutta myös eri sairauksien sosiaalisia merkityksiä; flunssa on hyväksytty sairaus, mutta esimerkiksi sukupuolitautiin sairastunut saa usein yhteisön paheksuntaa osakseen. Hengellinen kipu (tai olemassaolon kipu) on kuolemanpelkoa ja jumalasuhteeseen tai johonkin itseä korkeampaan liittyvää huolta ja ahdistusta. Kulttuurillinen kipu tarkoittaa sitä, että kipu on kulttuurisidonnaista. Kivun merkitykset opitaan varhaislapsuudessa, ja kulttuuri vaikuttaa kivun kuvaamiseen sekä kipukokemuksen ilmaisemiseen ja muodostumiseen. Yhteisöllinen kipu tarkoittaa kansakunnan kokemaa yhteistä kipua, kuten sotaa ja muita tilanteita, joissa yksilön henkilökohtaiset kipukokemukset jäävät sivuun. Sarlion (2000, 24) mukaan kivun voi jakaa myös yksityiseen ja julkiseen kipuun. Yksityistä kipu on silloin, kun kivun olemassaolosta ei viestitä

sanoin, elein tai ääntein. Julkista siitä tulee silloin, kun kivun olemassolo tuodaan julkiseksi. (Estlander 2003, 9; Sailo ym. 2000, 30–31, 37–38; Vainio 2002d, 22–23; Sarlio 2000, 24–25.)

Kipua voi tarkastella myös kansanterveyden näkökulmasta. Kipu on kansantaloudellinen ongelma; Suomen työkykyinen väestö vähentyy ja vanhusten määrä lisääntyy. Sairauslomien, eläkkeiden, lääkkeiden ja sairaanhoitopalveluiden kustannukset nousevat huomasti. Lääketiede ei ole vielä ottanut riittävästi huomioon elämänmuotomme fyysisiä ja henkisiä rasiustekijöitä kipuongelmien ennaltaehkäisyssä. Terveystuotojärjestelmän kaavamaisuuden vuoksi etenkin kroonista kipua kokevat potilaat joutuvat kulkemaan monissa eri tutkimus- / hoitopaikoissa saamatta riittävää hoitoa ja lopulta joutuvat työkyvyttömyyseläkkeelle. Kalson (2002, 31) mukaan kipupotilaat ovat ”terveysjärjestelmän suurkäyttäjiä: yli kymmenen kertaa vuodessa lääkärissä käyviä on tuki- ja liikuntaelinten sairauksia sairastavissa kolminkertainen määrä muita sairauksia sairastaviin verrattuna”. Kipua ehkäisevällä hoitotyöllä tarkoitetaan tapaturmien ja sairauksien ehkäisyä. Ennaltaehkäisy on kivunhoidon yksi kulmakivi, koska se vähentää terveystuotojärjestelmän rasiustusta. Ennaltaehkäisy on edullisempaa. Kuitenkin kivun jo ilmetyä aikainen kivun tunnistaminen ehkäisee kroonistumista ja kipukierteen syntyä. (Sailo ym. 2000, 47–48; Kalso 2002, 31.)

2.1 Kivun jaottelu

Kivulle on luotu erilaisia jaotteluja, kuten akuutti ja krooninen kipu, nosiseptinen ja neuropaattinen kipu. Aina kivulle ei löydetä selvää syytä. (Vainio 2002a, 94.)

Nosiseptiivinen kipu eli kudosaivuriokipu syntyy, kun nosiseptorit eli kipureseptorit reagoivat kudosaivurioita aiheuttavan ärsykkeeseen. Nosiseptiivinen kipu on tavallisin tyyppi kokea äkillistä kipua esimerkiksi tulehduksen ja iskemian yhteydessä. Lisäksi kudostuhoon mahdollisuus aiheuttaa nosiseptista kipua esimerkiksi syöpäkasvaimen aiheuttaessa mekaanisesti kipua ympäröiviin kudoksiin. Nosiseptiivinen kipu jaetaan viskeraalisen eli sisäelinkipuun ja somaattiseen kipuun. (Vainio 2002a, 96–97; Sailo 2000, 32–33; Niensted ym. 2004, 485.)

Viskeraalinen kipu syntyy sisäelimiä hermottavien autonomiseen hermostoon kuuluvien tuovien hermosäikeiden aktivoitumisesta (Vainio 2002a, 97). Viskeraalinen kipu on usein vaikeasti paikannettavissa, koska kipu voi säteillä ja tuntua laajemmalla alu-

eella kuin elimessä, josta se on lähtöisin. Esimerkiksi sydäninfarktissa kipu tuntuu usein laajalla alueella rintalastan takana ja säteilee myös kaulan alueelle ja vasempaan käsivarteen. Viskeraaliseen kipuun liittyy usein myös autonomisia heijasteita, esimerkiksi hikoilua, kalpeutta, pahoinvointia, oksentelua sekä verenpaineen ja pulssin muutoksia. (Sailo 2000, 32–33; Niensted ym. 2004, 485; Vainio 2002a, 96–97; Salanterä ym. 2006, 80–81.)

Somaattinen kipu jaetaan pinta- ja syväkipuun. Pintakipu saa alkunsa ihosta (ihokipu) tai pinnallisista limakalvoista (Niensted ym. 2004, 485). Pintakipu on usein terävää, pistävää tai leikkaavaa, ja pintakipukohta on tarkka eikä heijastuva. Syväkipu on lähtöisin luustolihaksista, sidekudoksista, luista tai nivelistä, esimerkiksi päänsärky ja hammassärkyt. Syväkipu on usein jomottavaa särkyä. Syväkipu voi aiheuttaa myös usein heijastuskipua. (Niensted ym. 2004, 485–486; Bjälle ym. 2005, 105–106.)

Neuropaattinen kipu on hermostoperäistä; vika on kipua välittävässä hermossa. Vian voi aiheuttaa ulkoinen tekijä, kuten esimerkiksi komplikaatio hammashoidosta tai sisäinen vamma, esimerkiksi kasvain, joka painaa hermoa. Neuropaattiseen kipuun liittyy usein äkillisiä kipukohtauksia, ja kipu tunnetaan usein pistelynä, viiltävänä ja polttavana. Hermovaurio korjaantuu hitaasti tai ei ollenkaan. Jos hermo vaurioituu pysyvästi, kipu kroonistuu. Tyypillistä puhtaalle neuropaattiselle kivulle on sen huono vaste tavallisiin kipulääkkeisiin. (Vainio 2002a, 98; Sailo 2000, 33; Salanterä ym. 2006, 36; Niensted ym. 2004, 485.)

Idiopaattiselle kivulle ei löydetä tutkimuksissa kipua selittävää kudoksen- tai hermovauriota ja sitä kutsutaankin usein myös psykogeeniseksi kivuksi tai somatoformiseksi kipuoireyhtymäksi (Niensted ym. 2004, 485; Sailo, 2000, 33–34).

Akuutti eli lyhytaikainen ja äkillinen kipu on yllätyksellistä ja varoittaa elimistöä uhkaavasta kudoksen vauriosta. Akuutille kivulle löytyy selvä syy. Akuutti kipu voi pitkään jatkuessaan aiheuttaa muutoksia keskushermostossa, jolloin se kroonistuu. Kipua ja sen aiheuttamaa ahdistusta ja pelkoa täytyy hoitaa tehokkaasti ja asianmukaisesti, jottei kipu kroonistu. (Sailo 2000, 34–35; Estlander 2003, 16–18.)

Kipu on kroonista, kun se on kestänyt yli normaalin kudoksen paranemisen ajan. Kivun kroonistuminen on patologinen eli sairaalloinen tila, sairaus; kipu jatkuu, vaikka sen aiheuttanut kudoksen vaurio olisi parantunut. Krooninen kipu on toistuvaa mutta voi

myös ilmetä vain ajoittain, esimerkkinä migreeni. Krooninen kipu on ongelmallista sekä potilaalle että yhteiskunnalle. Potilaalla kipu saattaa hallita elämää ja aiheuttaa mm. masennusta sekä yleensäkin heikentää elämänlaatua. Yhteiskunnalle krooninen kipu tuo taloudellisia menetyksiä pitkien työstä poissaolojen takia. (Niensted ym. 2004, 485; Sailo 2000, 34–35.)

2.2 Kivun arviointi ja kivunhoidon menetelmät

Jokainen kokee kivun eri tavalla eikä toisen kokemaa kipua voida mittaamalla täysin kuvata, mutta kivun voimakkuutta pyritään arvioimaan kipua mittaamalla. Kivun voimakkuuden määrittely on tärkeää, jotta kivunhoito osataan suunnitella ja seurata. Kivun voimakkuuden mittaamiseksi on erilaisia keinoja, kuten esimerkiksi VAS-jana ja sanallinen kipumittari. VAS-jana, eli visuaalinen analogi asteikko, on yleensä 10 cm pitkä viivain, jossa on kuvattuna kasvava kiila ja kiilan leikkaava pystyviiva. Kiilan vasen pää kuvaa tilannetta, jossa potilas ei koe kipua lainkaan ja oikea pää puolestaan pahinta mahdollista kipua. Potilas liikuttaa kiilan leikkaavan pystyviivan kohtaan, jonka arvioi kuvaavan kipunsa voimakkuutta. Sanallisessa kipumittaristossa jokaiselle kipua kuvaavalle sanalle on määritelty numeerinen arvo kuvaamaan kivun voimakkuutta. Potilaan valitsemien kipusanojen numeerinen keskiarvo on potilaan kokeman kivun voimakkuus. (Sailo 2000, 102–104; Kalso 2002, 41–43.)

Lääkkeellinen kivunhoito toteutetaan pääasiassa anti-inflammatorisilla analgeeteilla eli tulehduskipulääkkeillä, parasetamolilla ja keskushermoston kautta vaikuttavilla euforisoivilla analgeeteilla eli opioideilla. Tulehduskipulääkkeisiin lukeutuvat muun muassa ibuprofeeni ja asetyylisalisyylihappo. Opioideja ovat esimerkiksi morfiini, oksikodoni ja tramadoli. (Nurminen 2006, 234–246.)

Koska kivun tuntemuksen kokonaisuuteen kuuluu myös psykologinen aspekti, hoidetaan kipua myös psykologisesti mm. psykoterapian, hypnoosin ja rentoutumisen sekä mielikuvaharjoitusten avulla. Kipua hoidetaan myös erilaisin fysikaalisin keinoin, mm. lämpö-, kylmä-, sähköärsytyshoidoin ja mekaanisin (kuten hieronta) hoidoin. Myös ääntä ja valoa käytetään kivunhoidossa. (Vainio 2002b, 190–202; Vainio 2002c, 203–206.)

3 OPPIMINEN JA OHJAAMINEN

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (17.8.1992/785) määrittää muun muuassa seuraavia potilaan oikeuksia: Potilaalla on oikeus hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun. Potilaalla on tiedonsaantioikeus omasta terveydentilastaan ja hoidon merkityksestä sekä eri hoitovaihtoehtoista, joilla on vaikutusta hänen hoitoonsa. Terveydenhuollon ammattihenkilön on osattava antaa selvitys potilaan hoidosta niin, että hän ymmärtää sen sisällön. Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas kieltäytyy tietystä hoidosta tai hoitotoimenpiteestä, häntä on mahdollisuuksien mukaan hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan muulla lääketieteellisesti hyväksyttävällä tavalla. (Laki potilaan asemasta 1992/785.)

Potilaan ohjaus on osa sairaanhoitajan ammatillista toimintaa, ja sitä tapahtuu, kun potilaan tilanteeseen liittyvistä asioista keskustellaan tavoitteellisesti (Kääriäinen ym. 2006b, 5). Jotta ohjauksen laatu olisi taattu ja kaikki potilaat saisivat tasa-arvoista ohjausta, tulisi ohjauksen perustua näyttöön. Tämä vaatii terveydenhuoltohenkilöstöltä tutkimuksen luku- ja arviointitaitoja. Lisäksi henkilöstöltä vaaditaan ammatillista vastuuta ohjausvalmiuteen, potilaan valintojen edistämiseen, ohjauksen riittävän saannin turvaamiseen sekä työn eettiseen ja filosofiseen pohdintaan. Vuorovaikutus- ja johtamistaitoja tarvitaan ohjausilmapiirin luomiseen, ohjausprosessin ylläpitämiseen sekä ohjauksen arviointiin. Jotta ohjauskäytänteet olisivat yhdenmukaisia, ohjausvastuut sovittuja ja terveydenhuollon ammattiryhmien välinen yhteistyö jatkuvaa, täytyy ohjauksen organisointiin kiinnittää huomiota, joka puolestaan edellyttää organisaation johdolta arvostusta edistää ohjauksen onnistumista. Ohjaus vaatii selkeitä resursseja, joita ovat mm. oikea henkilökuntamitoitus ja sopivat tilat. (Ketola ym. 2006, 41; Kääriäinen ym. 2006b, 5, 11–12.)

Ohjaus on noussut entistä tärkeämpään asemaan, koska hoitoajat ovat lyhentyneet. Hyvä ohjaus myös vähentää potilaiden turvautumista terveydenhuollon toimipisteiden apuun sekä vähentää sairauspäiviä ja lääkkeiden käyttöä, ja näin ollen sillä on kansantaloudellisia vaikutuksia. Ihmisten koulutustaso on noussut ja korkea informaatioteknologian taso on helpottanut tiedonsaantia, minkä johdosta potilaan oma vastuu hoidostaan ja siihen liittyvistä valinnoista on kasvanut. (Kynge ym. 2007, 12; Kääriäinen 2007, 19; Lipponen 2006, 22; Kääriäinen ym. 2005b, 209.)

3.1 Oppiminen käsitteenä

Oppimista on määritelty monin eri tavoin, ja oppimiseen vaikuttavat monet eri tekijät. Oppimisprosessiin kuuluu jonkin kokemuksen merkityksen uudelleen tulkinta tai tarkistus. Peltosen (2004, 46) mukaan ”uusi tulkinta ohjailee myöhempää ymmärtämistä, arvottamista ja toimintaa”. Oppimiseen kuuluu myös erilaisten maailmankuvien rakentaminen ja ilmiöitä selittävien mallien muodostaminen; oppiessaan henkilö muuttaa todellisuuden käsitystapaansa. Peltosen (2004, 46–47) mukaan ”oppiessa informaatiota valitaan, tulkitaan ja suhteutetaan aikaisempien kokemusten ja rakenteiden kautta”. Yksilö suhteuttaa ja sulattaa uuden opittavan tiedon jo olemassa olevaan tietoonsa. Tämä muutos tietorakenteessa ei saisi olla liian pysyvä, sillä oppimisprosessiin kuuluu jatkuva muuntuminen ja kehittyminen. (Peltonen 2004, 46 – 47)

Halkoahon ym. (2009, 24) mukaan oppiminen on ”prosessi, jossa tietyn kokemuksen merkitys tulkitaan uudelleen tai sen tulkintaa tarkistetaan siten, että syntynyt uusi tulkinta ohjaa myöhempää ymmärtämistä, arvottamista ja toimintaa”. Oppimisprosessiin kuuluu erilaisia vaiheita: motivaatio, orientoituminen, sisäistäminen, ulkoistaminen, arviointi/kritiikki ja kontrolli. Motivaatiolla tarkoitetaan henkilön kiinnostusta oppittavaa asiaa kohtaan, joka vaikuttaa myös ohjauksen tehokkuuteen. Orientoitumisella tarkoitetaan suuntautumista opittavaan asiaan, jolloin myös tavoitteet selvitetään. Sisäistäminen oppimisprosessissa tarkoittaa varsinaista oppimista eli uuden tiedon liittämistä aikaisemmin opittuun tietoon tai tiedon muokkaamista ja mieleenpainamista. Ulkoistamiseen kuuluu opitun asian soveltaminen ja teoreettisen tiedon toiminta käytännössä. Arviointiin kuuluu oman suorituksen ja tietotason arviointi ja kriittinen tarkastelu. Kontrolli tapahtuu jonkin ajan kuluttua, kun omaa oppimistaan tarkastellaan etäämmältä, jolloin omassa oppimisessa tapahtuneet muutokset on helpompi havaita. (Peltonen 2004, 70–71; Halkoaho ym. 2009, 24.)

3.2 Oppimismuodot ja -tyylit

Oppimistapoja on monenlaisia, ja oppimista voi lähestyä monella eri tavalla. Erilaisia oppimismuotoja ovat ehdollistuminen eli assosiaatio-oppiminen, joka tarkoittaa sitä että jokin ehdollinen ärsyke aiheuttaa ehdollisen reaktion sekä operantti ehdollistuminen eli seuraamusoppiminen, jossa sopivaa reaktiota palkitaan esim. positiivisella pa-

lautteella ja sopimaton reaktio sammutetaan tai jätetään huomiotta. Sosiaalinen oppiminen tai mallioppiminen tarkoittaa sitä, kun yksilö havainnoimalla tai jäljittelemällä oppii käyttäytymisen muotoja, esim. lapsuudessa puhuminen opitaan vanhempien puheen mallin avulla. Kognitiivisesta oppimismuodosta puhutaan silloin, kun tarkoitetaan ymmärtämällä oppimista, eli aikaisemmat tiedot, taidot ja asenteet korostuvat uuden oppimisen yhteydessä. (Peltonen 2004, 59–62.)

Lisäksi oppimisesta puhuttaessa voidaan puhua oppimislajeista, joita ovat ulkoa oppiminen, mielekäs oppiminen, vastaanottava oppiminen ja keksivä oppiminen. Ulkoa opetellaan mm. kertotaulut tai erilaiset laulut. Vastaanottavaa oppimista on esim. opettajaluennon kuuntelu. Keksivässä oppimisessa lähdetään usein ongelmasta, jolloin oppiminen on itseohjautuvaa ja luovaa. Mielekkäässä oppimisessa oppija kokee opittavan asia itselleen tärkeäksi ja tavoiteltavaksi. Usein oppimistilanteissa nämä oppimislajit sulautuvat keskenään. (Peltonen 2004, 62–63.)

Oppimistyyliihin kuuluvat pintasuuntautunut oppiminen ja syväsuuntautunut oppiminen. Pintasuuntautuneessa oppimisessa tieto usein omaksutaan sellaisenaan eikä saadun tiedon sanomaa juurikaan mietitä vaan tietoa otetaan vastaan passiivisesti, jolloin tieto usein unohtuu nopeasti. Syväsuuntautuneessa oppimisessa on keskeistä se, että oppija pyrkii ymmärtämään opeteltavan asian ja hahmottamaan kokonaisuuden. Syväsuuntautuneessa oppimisessa tieto muovataan aktiivisesti oman tietorakenteen varassa oikeelliseen muotoon. Lisäksi oppimistyyleillä tarkoitetaan yksilön tapaa hankkia ja käsitellä tietoa, useimmilla on hallitsevana jokin eri aistiin perustuvista oppimistyyleistä. Visuaalinen ihminen oppii näkemällä kuvia ja hän muistaa kuvien avulla. Visuaalisen oppijan parhaita oppimismenetelmiä ovat lukeminen, kuvien katselu, mind map, mielikuvien piirtely, videot tai filmit sekä kaikki näköaistia tukevat menetelmät. Audiitiivinen oppija puolestaan oppii kuulohavainnon perusteella; oppimisympäristön tulisi tällöin olla rauhallinen ja kaikki muu ääni mahdollisimman vähäistä. Kinesteettinen ihminen oppii tuntemalla asiat. Liike ja osallistumismahdollisuus oppimistilanteessa ovat kinesteettiselle ihmiselle tärkeitä. Kinesteettiseen oppimistyyliin liittyy myös taktuaalinen oppimistyyli. Taktuaalisesti oppiva ihminen selventää asioita graafisin kuvin ja piirroksin. Taktuaalisesti oppivalla ihmisellä mm. kahvin juonti tai napostelu auttaa keskittymiseen. (Peltonen 2004, 63–64; Vaasan yliopisto 2009.)

3.3 Potilaan ohjaus käsitteenä

Nykyään ohjaus käsitetään pyrkimyksenä edistää asiakkaan toimintakykyä ja aloitteellisuutta parantaa elämänsä laatua. Ohjaussuhde on tasavertainen, ja tuloksellinen ohjaus voi vaatia useita ohjauskertoja. Jotta ohjaus olisi tehokasta, painopiste ei saa olla pelkällä tiedon antamisella, eli ohjauksessa potilas on aktiivinen osallistuja toisin kuin neuvonnassa, jossa annetaan suoria neuvoja auttaen potilasta tekemään valintoja. Käsitteenä ohjaus on rinnastettu tiedon antamisen, neuvonnan ja opetuksen käsitteiden kanssa, vaikka näiden käsitteiden välillä on eroavuuksia vuorovaikutuksen asteen, asiantuntijuuden jakautumisen ja toiminnan jatkuvuuden suhteen. (Kääriäinen ym. 2006a, 6–7; Kyngäs ym. 2007, 25.)

Kääriäisen ja Kyngäksen (2005, 256) mukaan ohjaus ”mahdollistaa ohjattavan ja ohjaajan oppimisen, voimaantumisen ja itseohjautuvuuden kasvun sekä edistää ohjattavan terveyttä”. Ohjausprosessissa ohjattava oppii uusia näkökulmia tehdä havaintoja, toimia, tuntea ja ajatella. Kun ohjattava oppii uusia, tehokkaampia tapoja käsitellä hyvinvointiin liittyviä asioita, ohjaus tukee voimaantumista ja itseohjautuvuuden kasvua. Ohjaus edistää ohjattavan toimintakykyä, elämänlaatua, hoitoon sitoutumista ja itsehoitoa sekä tiedon määrää ja sen tavoitteena on tiedon ja tuen avulla auttaa potilasta itsenäiseksi selviytyjäksi. Ohjausprosesseissa ohjattava on aktiivinen ja vastuullinen toimija ja ohjaajan tulee auttaa potilasta löytämään vastauksia, jotka sopivat tämän omiin arvoihin sekä tutkimaan omia ajatuksiaan ja toimintojaan. Henkilökohtaisista asioista keskusteltaessa ohjaajan pitää myös muistaa ottaa huomioon yksityisyys ja potilaan itsemääräämisoikeus; ohjattavalla on oikeus päättää esimerkiksi, kuinka aktiivisesti hän haluaa osallistua oman hoitosuunnitelmansa tekemiseen ja laatia itse omat tavoitteet hoidolleen. Potilaan tieto- ja kokemustaustaa, mielipiteitä ja arvoja täytyy kunnioittaa. (Kääriäinen ym. 2005a, 256–257; Kääriäinen ym. 2005b, 208–209; Halkoaho ym. 2009, 24.)

Usein ohjaus on sairauteen, oireisiin ja hoitoon keskittyvää, vaikka potilaat itse odottavat ohjaustilanteissa myös tukea, keskustelua, ymmärtämistä ja rohkaisua. Tutkimuksessa joka käsitteli vuosina 1990–2003 tehtyjä opinnäytetöitä potilasohjauksesta (Heikkinen ym. 2006, 126) kävi ilmi että potilaat saivat ohjauksessa eniten biologis-fysiologista tietoa, kuten esim. tietoa fyysistä oireista ja tuntemuksista, pahoinvoinnista ja kivusta. Tosin tältä alueelta tutkimuksen mukaan potilaat myös halusivatkin

myös eniten tietoa. Sonnisen ym. (2006, 18) mukaan potilasohjauksessa ”tulisi käsitellä entistä enemmän sairauteen liittyviä ja sen mukana tuomia huolia, olemassa olevia voimavaroja ja yksilöllisiä tarpeita. Kuitenkin ohjauksessa korostuu usein tiedon välittäminen sairaudesta ja sen oireista.” Myös Heikkisen ym. (2006, 128) mukaan tietoa ei välitetä aina riittävän laaja-alaisesti tai se ei kohtaa potilasta. Siltikään Halkoahon ym. (2009, 22) mukaan potilaat eivät saa ohjauksesta huolimatta riittävästi tietoa sairaudesta ja sen hoidosta. (Falvo 1994, 5, Sonninen ym. 2006, 18–20; Heikkinen ym. 2006, 126–128; Halkoaho ym. 2009, 22.)

Artikkelissaan Kääriäinen ja Kyngäs (2006a, 6) määrittelevät ohjauksen toiminnaksi, joka on sidoksissa potilaiden taustatekijöihin ja tapahtuu vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa. Heidän mukaansa ohjauksen tarkoituksena on lisätä asiakkaan luottamusta ja sitoutumista oman toimintansa hallintaan. Myös Sonnisen ym. (2006, 20) mukaan hyvän ohjauksen lähtökohtana on luottamuksellinen, avoin ja tasavertainen suhde potilaan ja hoitajan välillä. Tasavertainen ja vuorovaikutuksellinen ohjaustilanne edesauttaa potilaan uskallusta tuoda esille mieltä askarruttavia kysymyksiä ja mahdollistaa avoimen ja rehellisen mielipiteiden vaihdon. Potilasta tukeva ohjaus edistää potilaiden sitoutumista itsehoitoon ja näin myös edistää hänen toipumistaan, antaa valmiuksia ottaa vastuuta hoidostaan sekä hyödyntää henkilökohtaisia voimavarojaan. Halkoahon ym. (2009, 23–24) mukaan ”henkilökohtaisten voimavarojen merkitys terveyden ylläpitämisessä tulee huomoida ohjauksen sisältöä miettiessä”. Potilaan voimaantuminen eli empowerment edistää potilaan omaan elämään vaikuttavien tekijöiden hallitsemista ja voimavarojen käyttöönottoa. (Sonninen ym. 2006, 20; Ketola ym. 2006, 40; Halkoaho ym. 2009, 23–24.)

3.4 Ohjaukseen vaikuttavat taustatekijät

Ohjauksessa lähdetään aina jostakin tilanteesta, tunteesta tai tavoitteista ja päädytään johonkin toiseen tilanteeseen, joka on erilainen kuin lähtötilanne. Syntyvä tilanne on aina sidoksissa asiakkaan ja hoitajan taustatekijöihin, jotka ovat ohjauksen lähtökohta. Ohjaus on tehokkaampaa, kun se räätälöidään sopivaksi asiakkaalle ottaen hänet huomioon yksilönä. (Kyngäs ym. 2007, 26; Falvo 1994, 48.)

3.4.1 Fyysiset taustatekijät

Ohjauksessa tulee ottaa huomioon fyysiset taustatekijät, kuten ikä, sukupuoli, sairauden tyyppi ja terveydentila. Esimerkiksi lapsen ohjaamisessa tulee ottaa erilaisia asioita huomioon kuin vanhuksen ohjaamisessa. Lapsen ohjauksessa yleensä on aikuinen mukana, koska lapsi ei välttämättä pysty ymmärtämään ohjattavaa asiaa, mutta koskaan ei tule unohtaa lasta. Joskus on myös mietittävä, onko aiheellista pyytää mukaan ohjaustilanteeseen opettaja tai lastenhoitaja. Vanhusten ohjauksessa puolestaan saattaa tulla vastaan fyysisiä rajoitteita, esimerkiksi huono kuulo tai muistihäiriöitä. Ikä vaikuttaa myös ihmisen kykyyn oppia asioita, sillä esim. yksi oppimisen edellytyksistä on hermoston kypsyneisyys ja normaali toiminta. Ohjauksessa tulee ottaa huomioon sairauden vaihe ja tulee osata asettaa ohjattavat asiat tärkeysjärjestykseen; esimerkiksi vasta diagnosoitu sairaus voi vaikeuttaa ohjauksen keskittymistä. Kyngäksen ym. (2007, 30) mukaan fyysiset taustatekijät vaikuttavat siihen, miten asiakas kykenee ottamaan ohjausta vastaan, esimerkiksi vältteleekö hän ohjausta, unohtaako hän asioita tai kieltäkö hän niitä. (Kyngäs ym. 2007, 29–31; Kääriäinen ym. 2006b, 7–8; Peltonen 2004, 54.)

3.4.2 Psykkiset taustatekijät

Ohjauksen psyykkiset taustatekijät ovat Kyngäksen ym. (2007, 32) mukaan käsitys omasta terveydentilasta, terveystokokemukset, kokemukset, mieltymykset, odotukset, tarpeet, oppimistavat ja -valmiudet sekä motivaatio. Potilaan motivaatio vaikuttaa hänen haluunsa omaksua ja oppia ohjattavia asioita ja siihen, kokeeko hän asiat tärkeiksi. Myös sairaanhoitajan motivaatiolla on merkitystä ohjauksen onnistumisessa. Potilaan käsitykset omasta terveydentilastaan, kokemukset, mieltymykset ja uskomukset voivat hankaloittaa ohjausta, sillä potilas saattaa pitää kiinni niin sanotusti vanhoista tavoistaan eikä halua kuunnella eikä omaksu ohjausta. Tällöin sairaanhoitajan on tärkeä tuntea potilaan taustatekijät, jolloin voidaan pyrkiä kompromissiin. Ohjauksen odotuksista on syytä keskustella potilaan kanssa. Osa potilaista saattaa olla sairastanut jo pitkään tai on itse ottanut selvää sairaudestaan tai toisaalta ei tuo ohjaustarvettaan julki tai tunnista sitä. Tällöin ohjaustarpeet on tunnistettava ennen ohjauksen alkamista. Oppimistavat ja -valmiudet vaikuttavat ohjausmenetelmän valintaan; hoitajan on perehdyttävä ohjattavan taustatekijöihin ja keskusteltava tämän kanssa, jotta oikea oppimistyyli tunnistetaan. Oppimisessa on otettava samat taustat huomioon kuin ohja-

uksessa; aikaisemmat kokemukset ja tiedot, asenteet ja arvostukset. Sairaanhoidajan hyviin ohjausvalmiuksiin kuuluu vuorovaikutus- ja johtamistaidot, tiedot ohjattavista asioista, oppimisen periaatteista ja erilaisista ohjausmenetelmistä sekä kannustava ja tukeva työote ja lisäksi vaaditaan kykyä hallita erilaisia prosesseja: oppimista, tiedonhankintaa ja päätöksen tekoa. (Kyngäs ym. 2007, 32–35; Kääriäinen ym. 2006b, 8; Peltonen 2004, 53.)

3.4.3 Sosiaaliset taustatekijät

Ohjauksen lähtökohtiin vaikuttavat niin potilaan kuin sairaanhoidajan sosiaaliset taustatekijät, esimerkiksi kulttuuri, etnisyys, eettisyys ja uskonto. Kaikki vaikuttavat heidän toimintaansa, arvoihinsa, olettamuksiinsa ja ajattelutapaansa. Lisäksi nämä kaikki vaikuttavat siihen, miten yksilö oppii; millainen on henkilön oppimiskäsitys, miten hän suhtautuu oppimiseen ja kuinka paljon voimavaroja hän on valmis panostamaan oppimiseen. Arvot ja maailmakatsomus vaikuttavat siihen, miten ohjauksessa käsiteltäviä asioita lähestytään. Esimerkiksi omaiset saattavat olla potilaalle erittäin läheisiä ja tärkeitä sekä sosiaalinen verkosto laaja, jolloin omaiset voidaan ottaa mukaan ohjaukseen. Toisaalta potilas voi myös haluta suojella omaisiansa ja sulkea heidät pois ohjauksesta. Myös kulttuurilliset tabut tai kielimuuri voivat vaikeuttaa potilaan aktiivista ohjaukseen osallistumista. Sairaanhoidajan on tärkeä tunnistaa nämä sosiaaliset lähtökohdat, jotta ohjauksesta tulee yksilöllistä ja potilaan itsemääräämisoikeus toteutuu. Myös hoitajan oma käsitys ohjauksesta, sen merkityksestä ja ohjausmenetelmistä vaikuttavat ohjauksen laatuun. (Kyngäs ym. 2007, 35–36; Kääriäinen ym. 2006b, 8; Rankin ym. 1990, 89–90; Falvo 1994, 50–55; Peltonen 2004, 54.)

3.4.4 Ympäristötekijät

Ohjauksessa on otettava huomioon myös ympäristötekijät, jotka voivat vaikuttaa ohjauksen ja oppimisen tehokkuuteen. Ympäristötekijöihin otetaan huomioon esim. koti- ja työympäristö. Fyysinen ympäristö on myös esimerkiksi huone tai tila, jossa ohjaus toteutetaan; sen tulisi olla häiriötön eikä se saisi herättää negatiivisia tunteita tai pelkoa ja lisäksi ohjausmateriaalin tulisi olla lähettyvillä. Lisäksi pitää ottaa huomioon potilaan fyysinen kunto, se, onko hän kykenevä esim. istumaan ryhmäohjauksessa. Psykkinen ympäristö tarkoittaa esimerkiksi sairaanhoitajien kiirettä, tämä saattaa vähentää vuorovaikutusta. Lisäksi psykkinen ympäristöön kuuluu ottaa huomioon

se, että istutaan samalla tasolla ohjattavan kanssa ja keskusteluvälimatka muodostuu potilaan mieltymysten mukaan. (Kyngäs ym. 2007, 36–38; Kääriäinen ym. 2006b, 8; Rankin ym. 1990, 195; Falvo 1994, 55–56; Peltonen 2004, 58.)

3.5 Ohjauksessa käytettävät menetelmät

Potilaita voi ohjata monin eri tavoin, kuten suullisesti sekä kirjallisen ja audiovisuaalisen ohjausmateriaalin avulla. Kääriäisen ja Kyngäksen tutkimuskatsauksessa (2005b, 211–212) selvisi, että useimmiten ohjaus toteutetaan suullisesti, joko yksilöllisesti tai ryhmissä. Edelleen tutkimuksista selvisi, että kirjallisia ohjausmateriaaleja käytetään runsaasti ja niitä pidetään hyödyllisenä tiedonlähteenä, kun taas audiovisuaalisia ohjausmateriaaleja käyttäen tai tietokoneavusteisesti ohjataan vähän. Ohjausmenetelmän valintaan voi vaikuttaa se, kuinka hyvin ohjaaja kunkin ohjaustavan hallitsee. (Kääriäinen ym. 2005b, 211–212; Kääriäinen ym. 2006b, 9.)

3.5.1 Ohjauskeskustelu

Yksilöohjauksen yksi käytetyistä menetelmistä on ohjauskeskustelu. Keskustelussa sekä ohjaajalla että ohjattavalla on oma roolinsa. Ohjauskeskustelua varten ohjaajan tulisi kiinnittää huomioita seuraaviin asioihin: tavoitteiden miettiminen ja asettaminen, ohjattavaan materiaaliin perehtyminen, sovitusta toimenpiteistä kiinnipitäminen sekä keskustelurauhan ja -tilan järjestäminen. Tavoitteita asettaessa ohjaajan on hyvä ottaa huomioon ja erottaa toisistaan ajankohtaiset ja pidemmän aikavälin tavoitteet sekä miettiä, mihin seuraavaksi kannattaa keskittyä. Yksilöohjaus on ihanteellinen vaihtoehto erityisesti silloin, kun halutaan esim. seurata potilaan taitojen kehitystä. Yksilöohjauksessa potilaan on helpompi jakaa luottamuksellista tietoa ja olla itse aktiivisessa roolissa sekä antaa suoraa palautetta ohjaajalle. Yksilöohjauksen haittapuolia on vertaistuen puute sekä sen vaatimat resurssit. (Pekkarinen 2009, 110–116; Rankin ym. 1990, 201; Kääriäinen ym. 2005b, 211.)

Ohjauskeskustelu on vaiheittaista: ohjauskeskusteluun valmistautuminen, ohjauskeskustelun käyminen, ohjauskeskustelun päättäminen ja ohjauskeskustelun arvioiminen. Ohjausprosessin ensimmäisessä vaiheessa ohjattava kertoo omia arvojaan ja tunteuksiaan, näin ollen syventäen omaa itsetuntemustaan. Seuraavassa rakentumisen prosessissa ohjattava ymmärtää entistä paremmin omaa toimintaansa. Koko keskuste-

lun ajan ohjattava reflektoi eli peilaa omaa asennettaan ja oletuksiaan. Keskustelu etenee usein polveilevasti, joten ohjaajan tehtävä on huolehtia, että pysytään tavoitteissa ja pyritään saavuttamaan niitä. Kääriäisen ja Kyngäksen tutkimuskatsauksessa (2005b, 211) ilmeni, että potilaat pitivät yksilöohjausta oppimisen kannalta ryhmäohjausta tehokkaampana ja potilaat arvostivat yksilöohjausta, koska ohjaus lähti potilaan henkilökohtaisista tarpeista. (Pekkarinen 2009, 110–116; Kääriäinen ym. 2005b, 211.)

3.5.2 Ryhmäkeskustelu

Ryhmäkeskustelun etuja ovat sen taloudellisuus, positiivisen asenteen kehittyminen ja se, että potilaat voivat opettaa ja oppia toisiltaan sekä muodostaa tukiverkostoa ryhmän jäsenistä. Ryhmäohjaus toimii hyvin, kun monella potilaalla on samaan aiheeseen liittyviä ohjaustarpeita. Kääriäisen ja Kyngäksen (2005b, 211) mukaan kuitenkin ”ryhmäluentoja pidettiin passiivisena menetelmänä ja potilaiden siitä saama hyöty riippui luennoitsijan esitystavasta ja kielellisestä ilmaisusta”. (Rankin ym. 1990, 201; Kääriäinen ym. 2005b, 211.)

3.5.3 Puhelinohjaus, Internet

Puhelinneuvonta on osa terveydenhuollon ammattihenkilön työtä, joten puhelinneuvonnassa on kyse ihmisen terveyden- ja sairaanhoidosta, tähän toimintaan sovelletaan terveydenhuollon lainsäädäntöä (Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön tiedote 2004). Ohjeiden antaminen puhelimesta voi olla haastavaa, koska keskustelu on lyhyt eivätkä soittajan antamat tiedot välttämättä ole riittävät, joten tämän vuoksi puhelinneuvonnassa hoitajilla tulisi olla yhtäläiset ohjeet esimerkiksi kivunhoidossa. (Leskinen & Tyyskä 2005, 19–21.)

Leskisen ja Tyyskän (2005, 21) mukaan Suomessa tutkimuksia puhelinneuvonnasta on tehty Kainuussa, jossa puhelinohjaus ja -neuvonta toimii Kajaanin keskussairaalan päivystyspoliklinikan yhteydessä, johon on palkattu viisi kokenutta sairaanhoitajaa. Tutkimus osoitti, että se on vähentänyt potilaiden päivystyskäyntejä 74 %. Leskisen ja Tyyskän mukaan (2005, 23) samaan tulokseen on päästy Mikkelissä, jossa puhelinohjaus ja -neuvonta on ulkoistettu MediNeuvo Oy:lle. MediNeuvo Oy:n tekemän kyselyn mukaan asiakkaat olivat tyytyväisiä Ensineuvon saatavuuteen ympäri vuorokauden, helppoon tai erittäin helppoon yhteydensaantiin, 60 % vastaajista koki, että yhte-

ys terveysasemaan on helpottunut EnsiNeuvon myötä. Neuvontaan koulutetun ammattilaisen antama ohjeistus luo turvallisuutta puhelinneuvonnan käyttäjälle sekä takaa palvelun laadun. Puhelimitse annettu neuvonta luo myös toimivan seurantajärjestelmän sekä tukee väestön itsehoidon kehittämistä. (Hyrynkagas-Järvenpää 2007, 427–430; Leskinen & Tyyskä 2005, 21–24.)

Tänä päivänä potilaat ovat entistä tietoisempia ja halukkaampia etsimään terveystietoa Internetistä, etenkin jos he ovat korkeasti koulutettuja ja motivoituneita Internetin käyttäjiä. Välimäki ym. (2007) tutkivat Hyvinkään sairaalassa hoitohenkilökunnan valmiuksia hyödyntää informaatioteknologiaa potilasohjauksessa. Tutkimuksessa ilmeni henkilökunnan pitävän tietokoneen käyttötaitoja tärkeänä omassa työssään. Tulosten mukaan lääkärit hallitsevat informaatioteknologian sovellukset, multimediaohjelmiston sekä tiedonhaun erilaisista lähteistä erittäin hyvin. Muu henkilökunta hallitsi sekä koki taitonsa huonommiksi. Jatkossa tulisikin keskittyä tarpeenmukaiseen terveydenhuollon spesifisiä sovellutuksia sekä tiedonhakuun tukevaan koulutukseen. Vaikka informaatioteknologian käyttöä hoitotyössä korostetaan, silti moni potilas haluaa hoito-ohjeet kirjallisena. (Välimäki ym. 2007, 115–127.)

Erityisesti nuorille on Internet ohjauksessa sopiva, koska he käyttävät monenlaisia verkkopalveluja sekä osallistuvat useisiin verkkoyhteisöihin. On kuitenkin muistettava, ettei kaikilla ole samanlaisia valmiuksia hyödyntää tietoa ja prosessoida sitä, joten Internetissä olevat ohjausmateriaalit on hyvä lisä ohjaukseen. Ohjaajien tieto-taitotaso verkkotaidoissa on vaihtelevaa, joten määrällistä ja laadullista täydennyskoulutusta tarvitaan yhä enemmän. (Pekkarinen 2009, 197–198.)

3.5.4 Ohjausmateriaalit

Kirjallisia ohjausmateriaaleja ovat mm. esitteet ja kirjaset, jotka yleensä sisältävät ohjattavat asiat pääpiirteittäin. Kirjalliset ohjausmateriaalit ovat hyvä keino vahvistaa ohjattavan tiedon muistamista. Jos ohjausmateriaali annetaan ilman ohjausta potilaalle, riskinä on, että potilas tulkitsee tiedon väärin, mikä voi myös vaikeuttaa mahdollisesti tulevaa ohjausta. Riskinä on myös, että potilas olettaa, että hänen tulisi jo tietää asia. Tällöin potilas ei uskalla esittää kysymyksiä, mikä puolestaan vähentää tasaverstaista keskustelua ja kanssakäymistä. Kirjalliset ohjausmateriaalit ovat vaikuttavia ja

taloudellisissa silloin, kun ne tukevat suullista ohjausta eivätkä korvaa sitä. (Falvo 1994, 278–279; Kääriäinen ym. 2005b, 211–212.)

Audiovisuaalisia ohjausmateriaaleja ovat mm. videot, valokuvat, diaesitykset ja äänikasetit. Kuten kirjallisissa ohjausmateriaaleissa, myös audiovisuaalisissa täytyy huomioida niiden sisältämän tiedon tarkkuus ja se, miten niitä käytetään. Visuaaliset ohjausmateriaalit voivat olla hyviä apuvälineitä, kun potilasta ohjataan asiaan, johon sanallinen kommunikaatio ei riitä tai kun halutaan demonstroida jokin tilanne potilaalle, kuten esim. synnytys. Audiovisuaalisista ohjausmateriaaleista hyödytään, kun potilaan on vaikea lukea kirjallisia materiaaleja. Omaisille on mahdollisesti helpompi tarjota ohjausta audiovisuaalisien materiaalien avulla. Audiovisuaaliset ohjausmateriaalit ovat kuitenkin kalliita ja vaativat omat esittelylaitteensa, mikä voi muodostua ongelmaksi, sillä niiden sisältämä tieto voi vanhentua nopeasti. Audiovisuaalisia ohjausmateriaaleja käytettäessä riskinä on, että ohjaaja uskoo sen korvaavan henkilökohtaisen ohjauksen. Materiaalit voivat myös aiheuttaa väärinkäsityksiä, joten potilaalla pitäisi olla mahdollisuus keskustella sisällöstä ohjaajan kanssa. (Falvo 1994, 285–287; Kääriäinen ym. 2005b, 212.)

Ohjausmateriaalien käyttö voi olla tehokasta ja edesauttaa ohjausta. Ohjaajan on kuitenkin pidettävä mielessä, että materiaali ei korvaa itse ohjausta vaan on tarkoitettu apuvälineeksi. Jos ohjausmateriaalia käytetään, tulisi sen tiedon olla yhtenäistä ohjaajan antaman tiedon kanssa. Ristiriitainen tieto sekoittaa potilaan. Ohjaajan täytyy olla tarkkana valitessaan ohjausmateriaaleja; hyödyttävätkö ne potilasta ja onko niiden sisältö hyvä ja tieto oikeaa. (Falvo 1994, 272–276.)

3.6 Ohjauksen arviointi

Ohjaajan tulee käydä ohjauksen menetelmistä ohjauksen jälkeen reflektointia, joka kuuluu ammatillisen kasvun prosessiin, jotta tiedetään onko ohjaus ollut tehokasta. Ohjauksen arvioinnissa arvioidaan asetettujen tavoitteiden toteutumista ja potilaan tilassa tapahtunutta muutosta. Ohjaus on ollut tehokasta, jos aiemmin määritetyt tavoitteet on saavutettu. Ohjausta tulee arvioida lyhyellä aikavälillä eli heti ohjauksen jälkeen: saavutettiin juuri tällä kyseisellä ohjauksella haluttu tavoite, esimerkiksi subcutaanisen injektion pistämisen taito. Lyhyellä aikavälillä tapahtunut arviointi voi edesauttaa parempien tulosten saantiin pitemmällä aikavälillä, sillä potilas saa tietoa

omasta toiminnastaan ja mahdollistaa sen muuttamisen tarvittaessa. Arviointiin kuuluu myös luonnollisesti ohjauksen arviointi pidemmällä aikavälillä, sillä ohjauksen tavoitteena on mahdollistaa potilaan itsehoito omassa ympäristössä, esim. kotona ilman terveydenhuoltohenkilöstön apua. Pidemmän aikavälin arvioinnilla pyritään arvioimaan, kuinka hyvin potilas on sisäistänyt ohjauksen ja pystyy toteuttamaan esim. annettuja hoitosuosituksia. Arvioinnissa sekä potilaan että sairaanhoitajan tulisi tuoda esille oman näkemyksensä ohjauksesta ja sen vaikutuksesta. Sairaanhoitajan antama palaute ja keskusteluun rohkaisu voi tukea potilasta arvioimaan ohjauksen vaikuttavuuteen tai vaikuttamattomuuteen johtaneita syitä. (Falvo 1994, 72–73; Kääriäinen ym. 2008, 15.)

3.7 Ohjauksen kirjaaminen

Ohjauksen kirjaaminen edellyttää suunnitelmallisuutta eli ohjaustarpeen määrittämistä, tavoitteiden asettamista ja hoitotyön toimintojen valintaa tavoitteiden saavuttamiseksi. Hyvä kirjaaminen estää sairaanhoitajien päällekkäistä ohjaustoimintaa ja puutteellinen kirjaaminen heikentää sairaanhoitajien välistä viestintää. Puutteellinen kirjaaminen myös heikentää potilasturvallisuutta, kun puolestaan hyvä kirjaaminen ehkäisisi laiminlyöntejä. (Kääriäinen ym. 2008, 13–14.)

Ohjauksen tarve määritetään hoitohenkilökunnan taholta. Tarve kuvaa potilaan terveydentilan olemassa olevia sekä tulevia ongelmia, joita voidaan hoitaa tai lievittää. Kirjaamista varten tietojen keräyslähteenä voidaan käyttää omaisia, aikaisempia tietoja tai sairaankuljettajia. Ongelmat ovat aktuaalisia, potentiaalisia, subjektiivisia tai objektiivisia. Aktuaalisia ovat olemassa olevat ja mitattavissa/havaittavissa olevat ongelmat. Potentiaaliset ongelmat ovat mahdollisia tulevia ja ennaltaehkäisevissä olevia ongelmia. Subjektiiviset ongelmat ovat potilaan henkilökohtaisesti tuntemia, ja objektiiviset ovat hoitajien havaintoon perustuvia ongelmia. Fyysinen ongelma on esimerkiksi hengitysvaikeus, psyykinen ongelma nukahtamisvaikeus ja sosiaalinen ongelma yksinäisyys. (Iivanainen ym. 2008, 651–652.)

Potilaalle kirjataan hoitotyön yhteenveto hoitajakson päättyessä. Yhteenvedossa verrataan potilaan tulotilannetta hoitajakson päättymiseen. Huolellisesti kirjattua yhteenvetoa voidaan hyödyntää jatkohoitopaikoissa sekä seuraavalla mahdollisella hoitajaksoilla. (Iivanainen ym. 2008, 654.)

4 POTILASOPAS

Hoitoaikojen lyhentyessä potilaat joutuvat yhä enenemässä määrin ottamaan itse vastuuta omasta hoidostaan sekä valmistautumisessaan sairaalahoitoon että kotiutuessaan sairaalahoidosta (Salanterä ym. 2005, 218). Hoitoaikojen lyhentyessä myös aika henkilökohtaiseen ohjaukseen on vähentynyt. Lisäksi potilaat haluavat itse tietää enemmän sairauksista ja niiden hoidoista sekä osallistua omaan hoitoonsa. Näistä syistä ohjauksen merkitys korostuu entisestään ja tarve kirjallisiin ohjeisiin on kasvanut. Potilaalle annettavat kirjalliset ohjeet eivät korvaa henkilökohtaista ohjausta, mutta ovat ohjauksen tukena. Niiden avulla potilaat pystyvät lisäämään ja säilyttämään tietoaan sekä palauttamaan sen mieleen. Potilasoppaan kirjoituksessa on jokaisen hoitolaitoksen löydettävä/sovittava oma tyyliinsä; oppaan kirjoittamista helpottaa, jos oppaasta on selkeä ohjepohja, joten jokaisen oppaan kirjoittajan ei tarvitse miettiä, kirjoitetaanko oppaaseen tekijän nimi tai kuinka yhteystiedot merkitään. (Torkkola 2002, 7–8; Poskiparta 34–35; Kääriäinen ym. 2005, 211–212; Salanterä ym. 2005, 218.)

4.1 Hyvän oppaan kriteerit

Usein potilasohjeita pidetään vain ohjeiden jakamisen apuvälineenä. Tämä taas vähentää potilaan omaa osallistumista ohjaustilanteeseen, vaikka ohjauksen tavoitteena on lisätä potilaan omia voimavaroja ja mahdollisuuksia esim. sairauden hoidoista selviytymiseen. Salanterän ym. (2005, 217) mukaan hyvin valmistetulla kirjallisella ohjausmateriaalilla pystytään tiedon välittämisen lisäksi vaikuttamaan myös potilaan kokemuksiin ja motivaatioon. Hyvässä oppaassa otetaan huomioon se, kenelle opas on tarkoitettu, miten siinä olevat asiat on esitetty ja miltä opas näyttää. (Salanterä ym. 2005, 217–218; Hyvärinen 2005, 1769.)

4.1.1 Ulkoasu

Ulkoasu on yksi kirjallisen ohjausmateriaalin arviointikriteereistä. Kirjallisen ohjausmateriaalin tulisi olla siisti painoasultaan ja sisällön tulisi olla selkeästi esillä. Tekstityypin pitäisi olla selkeä ja yksinkertainen. Tekstikoon tulisi olla vähintään 12,

mielellään 14, ja pääasiallisesti huononäköisille tarkoitettussa kirjallisessa ohjausmateriaalissa 16; toisaalta suurten kirjaisinten käyttö saattaa luoda epäuskottavan vaikutelman. Parkkusen ym. (2001, 16) mukaan vanhuksia tai muita erityisryhmiä ei ole otettu kylliksi huomioon kirjallisten potilasohjeiden laatimisessa. Otsikointi, kappalejako ja tehosteet voivat selkeyttää aineiston sisältöä ja helpottaa sen hahmottamista. Jotta tekstiä olisi helppo lukea, tulisi tekstin ja taustan kontrastin olla hyvä. Taustaväriin olisi hyvä olla yksivärinen ja valkoinen ja tekstin musta, tummanvihreä tai -sininen. Oppaan kuvitus voi vaikuttaa kiinnostavuuteen, mutta sen merkitys on usein vähäisempää kuin luettavuuden. Kuvien tulisi liittyä tekstin sisältöön, ja onnistuessaan kuvat tukevat viestin sanomaa. (Salanterä ym. 2005, 219; Hyvärinen 2005, 1770–1771; Parkkunen ym. 2001, 15–18.)

4.1.2 Sisältö

Oppaan laatimisessa on otettava huomioon sekä hoitolaitoksen että potilaan tarve: Potilas tarvitsee olennaista tietoa esim. toimenpiteestä, jolloin myös hoitolaitoksen tarve saada potilas toimimaan oikein itsensä ja toimenpiteen kulun vuoksi toteutuu. Oppaasta tulisi helposti hahmottaa, mihin siinä oleva aineisto liittyy ja mihin sillä pyritään. Kunnolla perusteltu ohje antaa potilaalle mahdollisuuden toteuttaa itsemääräämisoikeuttaan; pelkkä neuvojen antaminen ei riitä, ja ainoastaan käskyjen kirjoittaminen herättää negatiivisia tunteita. Oppaan tulisi olla myös opetuksellinen vastaten kysymyksiin: Mitä? Miten? Miksi? ja Milloin? Terveysaineiston sisältämän tiedon tulisi olla virheetöntä, objektiivista ja ajan tasalla olevaa. Sen sisältämän aineiston tulisi olla tutkittuun tietoon perustuvaa, ja oppaasta tulisi ilmetä sen valmistumisajankohta, päivitystiedot ja lähteet. Oppaan tavoite vaikuttaa sen sisältämän tiedon määrään, mutta sitä kirjoitettaessa on otettava huomioon myös lukijan tiedon omaksumiskykyisyys. (Hyvärinen 2005, 1770; Salanterä ym. 2005, 219; Parkkunen ym. 2001, 11–13.)

Opasta tehtäessä on ajateltava, kenelle sitä kirjoitetaan, ja kohderymän on tultava ilmi oppaasta. Yleensä potilasoppaiden lukija on maallikko, joka ei ymmärrä sairaalasingia. Vierasperäisiä sanoja ei välttämättä ymmärretä, tai ne voidaan helposti sekoittaa toisiinsa, joten ne pitäisi kääntää. Salanterän ym. (2005, 220) mukaan useista tutkimuksista on käynyt ilmi, että kirjallinen ohjausmateriaali on liian vaikeaa potilaille. (Salanterä ym. 2005, 220; Parkkunen ym. 2001, 18–19; Hyvärinen 2005, 1771–1772.)

4.1.3 Kieliasu

Asioiden esittämisjärjestys on tärkeässä osassa potilaan mielenkiinnon ylläpitämisessä, asian voi kertoa aikajärjestyksessä; ensiksi potilaalle tärkeä asia esimerkiksi toimepideajan ilmoittaminen. Parkkunen ym. (2001, 14) mukaan lyhyet informatiiviset lauseet kiinnittävät huomion paremmin kuin pitkät ja monimutkaiset. Luettavuus onkin yksi tärkeimmistä hyvän oppaan ominaisuuksista; opas on hyödytön, mikäli vastaanottaja on kyvytön lukemaan sitä. Monimutkaisia lauserakenteita ja vaikeita käsitteitä tulisi välttää. Myös esitystapa on tärkeä; positiivisesti, asiallisesti ja avoimesti esitetyt asiat on helpompi ymmärtää. Pitkät ja vierasperäiset sanat tekevät tekstistä vaikeasti ymmärrettävän, toisaalta liian lyhyet sanat ja lauseet voivat muodostaa epäselvän ja merkitykseltään sekavan sanoman. Selkokieliisyys, eli mm. lyhyet ja yleiset sanat, helpot lauserakenteet, selkeä rakenne ja konkreettinen sisältö, helpottavat asian ymmärtämistä ja pitävät yllä mielenkiintoa opittavaan asiaan. (Parkkunen ym. 2001, 13–15; Salanterä ym. 2005, 220.)

4.2 Kivunhoidon ohjauksen oppaan laatiminen

Opinnäytetyömme aiheena on tehdä kivunhoidon ohjauksen opas Savonlinnan keskussairaalan osaston 3A henkilökunnalle. Opas on tarkoitettu apuvälineeksi ohjaukseen ja ohjaukseen valmistautumista varten.

4.2.1 Tarpeen kartoitus

Opinnäytetyötä aloittaessamme halusimme ensin kartoittaa osastolla jo olevan kivunhoidon ohjausmateriaalin, jotta pystyisimme paremmin suunnittelemaan kivunhoidon oppaamme. Osastolta ei löytynyt minkäänlaista kivunhoidon ohjausmateriaalia.

Lisäksi halusimme hahmottaa, miten osaston työntekijät kokevat ohjauksen osastolla ja sitouttaa henkilökunnan oppaan sisällön vaikuttamiseen. Tätä varten veimme osastolle Ishikawa-diagrammin eli ns. kalanruotokansion, johon laitoimme ruodoille seuraavat otsikot:

- Kivunhoidon ohjauksen toteutus osastolla
- Työntekijöiden perehdytys kivunhoitoon
- Ohjauksen toimivuuteen vaikuttavat asiat

- Oma tietämys kivunhoidon menetelmistä
- Lääketieteelliset kivunhoidon menetelmät
- Vaihtoehtoiset kivunhoidon menetelmät
- Vapaa sana

Aluksi suunnittelimme kalanruotokansion ainoaksi otsikoksi *Kivunhoidon ohjauksen toteutus osastolla 3 A*. Osaston toiveesta tarkensimme ja määrittelimme otsikot uudelleen. Otsikot valitsimme Hurskaisen ja Partasen (2008) opinnäytetyön tutkimustulosten sekä mielestämme tärkeiden asioiden pohjalta.

Ishikawa-diagrammi on syy-seurauskaavio, jota voi käyttää työkaluna todentamaan ongelmaan vaikuttavat syyt ja tekijät. Kaavio on hyvä työväline, kun halutaan saada nopeasti yleiskuva ongelmista ja niihin vaikuttavista tekijöistä. (Laatuakatemia 2003.) Kalanruotokansio oli osastolla kesäkuusta syyskuun puoleenväliin saakka. Ohjeeksi annoimme, että jokaisesta aiheesta tulisi kirjoittaa sekä positiivisia että negatiivisia puolia muutamalla sanalla. Lisäksi annoimme ohjeeksi, että kaikki osastolla työskentelevät, sekä vakinaiset että sijaiset, voivat vastata.

Analysoidessamme kalanruotoa havaitsimme, että kohdat *Vapaa sana* ja *Oma tietämys kivunhoidon menetelmistä* olivat jääneet täysin vaille vastauksia. Esille nousseita asioita negatiivisessa mielessä olivat osastolta puuttuva yhtenäinen ohje kivun hoitoon sekä ristiriidat kirurgien ja anestesia lääkärien lääkemääräyksissä. Myös henkilökunnan tieto kipulääkkeistä ja niiden vaikutuksista oli ilmaistu negatiivisena. Lisäksi ongelmaksiksi näyttivät nousevan päivystyspotilaat; näiden epämääräiset tai riittämättömät kipulääkemääräykset sekä ohjauksen vähyys. Negatiivisena asiana nousi esille se, ettei hoitaja huomioi potilaiden kykyä ottaa tietoa vastaan ja sisäistää se.

Puskaradio oli merkitty sekä positiiviselle että negatiiviselle puolelle kalanruodossa. Koulutukset oli merkitty positiivisiin asioihin, mutta toisaalta negatiiviselle puolelle se, ettei koulutuksia järjestetä kaikille. Vaihtoehtoisia kivunhoidon menetelmiä on käytettävissä osastolla, mutta toisaalta nousi esiin, onko henkilökunnalla riittävästi tietoa niistä.

Positiiviseksi asiaksi nousi ohjauksen aloitus jo tulokeskusteluvaiheessa. Ohjauksen positiivisiin asioihin kuuluvaksi ilmeni myös, että osastolla ollessa potilaita ohjataan

hyvissä ajoin ilmaisemaan kipua ja kotiutusvaiheessa heitä ohjataan kotilääkityksen ja sen vaikutusten suhteen. Positiivisena asiana nousi esille myös se, että leikkauspotilaille kipulääkkeitä määrätään ja annetaan yleensä tarpeellinen määrä. Positiivisena pidettiin lisäksi hoitajan omaa aktiivisuutta.

4.2.2 Oppaan suunnittelu ja valmistuminen

Opasta suunnitellessamme otimme huomioon kohderyhmän. Oppaan sisältö määrittyi opinnäytetyömme teoriaosuuden pohjalta sekä osaston tarpeista. Oppaassa toimme esille ohjauksen pääpiirteitä; asioita, jotka vaikuttavat ohjauksen toimivuuteen. Näitä olivat ohjauksen päämäärä, oppiminen ohjaustilanteessa, taustatekijät ja ohjausmenetelmät sekä ohjauksen arviointi ja kirjaaminen. Otsikot käsittelevät opinnäytetyömme teoriaosuuden tiivistetysti ja rajatusti siten, että lukijan on helppo oppia ja omaksua asiat. Lisäksi oppaaseen laitoimme hieman tietoa kivunhoidosta ja muistilistan ohjaajalle.

Valitsimme fontin ja tekstikoon hyvän oppaan kriteerien mukaan eli käytimme selkeää fonttia (Calibri) ja tekstikooksi valitsimme 11. Suunnittelimme oppaan siten, että tausta on valkoinen ja teksti on musta, jolloin kontrasti on hyvä. Väliotsikoin ja kappalejaoin pyrimme saaman oppaasta luettavuudeltaan selkeän. Kieli on ammatillista, sillä kohderyhmänä ovat osaston työntekijät. Laadimme oppaasta sekä tulostettavan version että koneelta luettavan version. Kuvia emme käyttäneet oppaassa, koska niiden merkitys on vähäisempää kuin luettavuuden. Opas etenee mielestämme loogisessa järjestyksessä, jotta lukijan mielenkiinto säilyy.

Oppaan arviointi suunniteltiin tapahtuvan osaston henkilökunnan taholta. Lähestyimme työelämänohjaajaamme pyytäen häntä sekä muuta henkilökuntaa, resurssien mukaan, arvioimaan oppaan sisällön. Tiukan aikataulun vuoksi henkilökunnan arviointi jää tästä raportista puuttumaan.

5 POHDINTA

Saimme opinnäytetyömme aiheen jatkotyöehdotuksena Savonlinnan keskussairaalan kirurgiselta vuodeosastolta 3A. Opinnäytteemme alussa halusimme kartoittaa osastolla käytössä olevan ohjausmateriaalin. Tuloksemme olivat heikot, koska materiaalia ei

ollut lainkaan. Koska osastolla ei ole yhtenäistä ohjauksen materiaalia eikä mitään sopimusta potilaalle ohjattavista asioista, on ohjaus selvästi kirjavaa. Osa potilaista saattaa jäädä ilman riittävää ohjausta. Opinnäytetyössä (Hurskainen & Partanen 2008, 40) kävi ilmi, että osaston hoitajien tulisi kiinnittää enemmän huomiota antamaansa ohjaukseen. Tästä syystä koimme oman opinnäytetyömme aiheen erittäin tärkeäksi. Halusimme myös sitouttaa osaston mukaan työhömmme ja samalla kartoittaa heidän tietämystä kivunhoidon ohjauksesta kalanruotokansion avulla. Koimme vastauksen jääneen hyvin vähäisiksi, mikä vaikeutti osaston tarkempien tarpeiden hahmottamista oppaan suhteen.

Halusimme painottaa työssämme ohjausta sekä siihen liittyvien tekijöiden tärkeyttä. Aineistoa ohjaukseen löytyi runsaasti, joten teoriaosuuden luominen ohjauksesta sujui vaivatta. Sairaanhoitaja ohjaa potilaitaan lähes päivittäin. Ohjaustilanne voi olla lyhyt kestoltaan mutta tärkeä potilaalle, esimerkiksi kotilääkityksen ohjauksessa. Oppiminen liittyy olennaisena osana ohjauksen vaikuttavuuteen. Oppiminen aiheena on hyvin laaja käsitteinen, joten sen rajaaminen oppimistyyliin eli siihen, kuinka ihminen oppii, helpotti asian työstämistä. Opinnäytetyössämme käsittelemme myös kipua lähinnä korostaen sen kokonaisvaltaisuutta. Päädyimme myös rajaamaan teoriaosuutta kivusta ja kivunhoidosta, sillä opinnäytetyössä, jolle omamme on jatkoa, on käsitelty aihetta laajemmin. Opinnäytetyötämme kirjoittaessamme olemme käyttäneet asianmukaisia lähdeviitteitä sekä tehneet asianmukaisen lähdeluettelo, jotta lukija voisi varmistaa tekstimme luotettavuuden.

Opinnäytetyöprosessi eteni hyvin. Aineiston etsimisen jälkeen itse teoriaosuuden kirjoittaminen sujui jouhevasti. Työskentelymme oli kausiluontoista ja olimmekin laatineet itsellemme suhteellisen kiireettömän aikataulun, jossa pyrimme pysymään. Lopputahti kiristyi, mikä ehkä oli odotettavissa. Olemme yrittäneet ottaa työssämme osaston toiveet ja tarpeet mahdollisimman hyvin huomioon. Opasta laatiesamme olisi kenties kuitenkin pitänyt olla enemmän yhteydessä työelämänohjaajien kanssa. Oppaan laatiminen sujui hyvin, sillä sisältö löytyi kirjoittamastamme teoriaosuudesta. Aikaa kuitenkin oppaan laatimiseen jäi vähän. Mietimme myös, toteutuivatko osaston ajatukset asiasta, sillä tiedämme, että se olisi halunnut tietoa esim. lääkehoidon ohjauksesta. Päädyimme rajaamaan tämän aiheen syvällisen käsittelyn kuitenkin pois, sillä se tieto, joka meillä koulutuksemme puolesta lääkehoitoon on, tulisi olla myös osaston hoitajilla. Mielestämme olemme kuitenkin laatineet hyvät

ohjeet potilaan ohjauksesta. Uskomme, että opinnäytetyömme hyödyttää osastoa kehittämällä potilaan ohjausta.

Opinnäyte oli erittäin opettavainen ja mielenkiintoinen prosessi. Saimme paljon tietoa potilaan ohjauksesta, jota tulevaisuudessa voimme hyödyntää sairaanhoitajina. Työtä tehdessämme mietimme mahdollisia jatkotutkimus ja kehittämisehdotuksia. Koska ohjaus oli osastolla kehittämistä vaativa alue, olisi tulevaisuudessa mielestämme hyvä selvittää hyödyttiinkö osastolla tekemästämme opinnäytteestä. Lisäksi tulevaisuudessa osastolle voisi kehittää ohjausrungon, jonka avulla sairaanhoitajat voivat ohjata potilaita. Laatimamme opas on vapaasti Sosterin henkilökunnan käytössä. Opasta voi muokata tarpeiden mukaan, esimerkiksi laatimalla edellä mainitun potilaan ohjausrungon tai potilasoppaan. Lisäksi uskomme että opinnäytetyömme hyödyttää osastoa, jos se kokee tarpeelliseksi tehdä potilasoppaan lääkehoidosta.

LÄHTEET

- Bjälje, Jan G., Haug, Egil, Sand, Olav, Sjaastad, Öystein V. & Toverud, Kari C. 2005. Ihmisen fysiologia ja anatomia. Porvoo: WSOY.
- Estlander, Ann-Mari 2003. Kivun psykologia. Juva: WSOY.
- Falvo, Donna R. 1994. Effective Patient Education, a guide to increased compliance. USA: Aspen Publishers, Inc.
- Halkoaho, Arja, Kavilo, Marja & Pietilä, Anna-Maija 2009. Voimavaroja tukeva hoidonohjus. Sairaanhoitaja vol. 82, 22–25.
- Heikkinen, Katja, Johansson, Kirsi, Leino-Kilpi, Helena, Rankinen, Sirkku, Virtanen, Heli & Salanterä, Sanna 2006. Potilasohjaus tutkimuskohteena suomalaisissa hoitotieteellisissä opinnäytetöissä vuosina 1990–2003. Hoitotiede vol. 18, 120–130.
- Hurskainen, Juha, Partanen, Marjukka 2008. Lonkka- ja polviproteesileikattujen potilaiden kivunhoidon ohjaus kotona selviytymiseksi kotona potilaiden arvioimana. Opinnäytetyö. Mikkelin ammattikorkeakoulu.
- Hyrynkangas-Järvenpää, Pirkko 2007. Terveysthuollon ammattihenkilöiden antama puhelinneuvonta. Lääkärilehti 5/2007 vsk 62, 427 - 430.
- Hyvärinen, Riitta 2005. Millainen on toimiva potilasohje? Duodecim 121, 1769–1773.
- Iivanainen, Ansa & Syväoja, Pirjo 2008. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Kalso, Eija 2002. Kivun mekanismit. Teoksessa Kalso, Eija & Vainio, Anneli (toim.) Kipu. Jyväskylä: Gummerus. 50–84.
- Ketola, Maire, Kyllönen, Jaana & Kyllönen, Minna 2006. Ohjauksella tuetaan postoperatiivisen tehohoitopotilaan toipumista. Sairaanhoitaja 10, 40–42.

Kyngäs, Helvi, Kääriäinen, Maria, Poskiparta, Marita, Johansson, Kirsi, Hirvonen, Eila & Renfors, Timo 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Porvoo: WSOY.

Kääriäinen, Maria 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulu: Oulun yliopiston julkaisu. Terveysalan väitöskirja.

Kääriäinen, Maria & Kyngäs, Helvi 2006a. Ohjaus – tuttu, mutta epäselvä käsite. Sairaanhoidaja 10, 6–9.

Kääriäinen, Maria, Kyngäs, Helvi, Ukkola, Liisa & Torppa, Kaarina 2006b. Terveystenhoito henkilöstön käsitykset ohjauksesta sairaalassa. Hoitotiede Vol. 18, 4–12.

Kääriäinen, Maria & Kaakinen, Pirjo 2008. Potilasohjauksen rakenteellinen kirjaaminen. Sairaanhoidaja vol. 81, 13–15.

Kääriäinen, Maria & Kyngäs, Helvi 2005a. Käsiteanalyysi ohjaus-käsitteestä hoitotieteessä. Hoitotiede vol. 17, 250–257.

Kääriäinen, Maria & Kyngäs, Helvi 2005b. Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995 – 2002. Hoitotiede vol 17, 208–214.

Laatuakatemia 2003. Laatutyökaluja. www-dokumentti.
www.kotiposti.net/tuurala/index.htm. Päivitetty 11.4.2009. Luettu 19.4.2010.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785. WWW-dokumentti.
<http://www.finlex.fi>. Ei päivitystietoa. Luettu 23.10.2009.

Leskinen, Kaija & Tyyskä, Eija 2005. Puhelinneuvonnan toteuttaminen Iisalmen seudun kansanterveystyön kuntayhtymässä ja Ylä-Savon terveydenhuollon kuntayhtymän yhteispäivystyksessä. Savonia ammattikorkeakoulu. Kehittämistehtävä. PDF-dokumentti <http://www.savonia.fi> Julkaistu 16.5.2005. Päivitystietoja ei saatavilla. Luettu 11.12.2009.

Lipponen, Kaija 2006. Kirurgisen sairaanhoidajan valmiudet potilaan ohjaamisessa. Sairaanhoidaja 10, 22–24.

Mikkelin MediNeuvo Oy:n asiakastytyväisyyskysely 2006. PDF-dokumentti.
<https://webdom.mikkeli.fi> Julkaistu 18.12.2006. Luettu 11.12.2009.

Nienstedt, Walter, Hänninen, Osmo, Arstila, Antti & Björkqvist, Stig-Eyrik 2004.
Ihmisen fysiologia ja anatomia. Porvoo: WSOY.

Nurminen, Marja-Leena 2006. Lääkehoito. Porvoo: WSOY.

Parkkunen, Niina, Vertio, Harri & Koskinen-Ollonqvist, Pirjo 2001. Terveysaineiston suunnittelun ja arvioinnin opas. Helsinki: Trio-offset.

Pekkarinen, Mervi 2009. Tavoitteellinen ohjauskeskustelu. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Peltonen, Hannu 2004. Kasvattajana sosiaali- ja terveysalan ammattiteissa. Tampere: Tammi.

Poskiparta, Marita 2002. Neuvonnan keinoin kohti terveystyötytymisen muutosta. Teoksessa Torkkola, Sinikka (toim.) Terveystyötytintä. Helsinki: Tammi, 24–35.

Rankin, Sally H., Stallings, Karen Duffy 1990. Patient education – issues, principles, practices. USA: Philadelphia: Lippincott-Raven.

Sailo, Eerikka 2000. Kivun kirjaaminen. Teoksessa Sailo, Eerikka & Varti, Anne-Mari (toim.) Kivunhoito. Tampere: Tammi. 97–110.

Sailo, Eerikka 2000. Mitä kipu on? Teoksessa Sailo, Eerikka & Varti, Anne-Mari (toim.) Kivunhoito. Tampere: Tammi. 30–38.

Salanterä, Sanna, Virtanen, Heli, Johansson, Kirsi, Elomaa, Leena, Salmela, Marjo, Ahonen, Pia, Lehtikunnas, Tuija, Moisander, Marja-Liisa, Pulkkinen, Marja-Leena & Leino-Kilpi, Helena 2005. Yliopistosairaalan kirjallisen potilasohjausmateriaalin arviointi. Hoitotiede 4, 217–228.

- Salanterä, Sanna, Hagelberg, Nora, Kauppila, Marjo & Närhi, Matti 2006. Kivunhoitotyö. Porvoo: WSOY.
- Sarlio, Johanna 2000. Kipu ja kulttuuri. Teoksessa Sailo, Eriikka & Varti, Anne-Marie (toim.) Kivunhoito. Tampere: Tammi, 23–29.
- Sonninen, Eija, Kinnunen, Pirjo & Pietilä, Anna-Maija 2006. Elämäntilannetta tukevan ohjauksen kehittäminen. *Sairaanhoitaja* 10, 18–21.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2004. Perusterveydenhuollon puhelinneuvonta puntarissa. *Tiedote* 242. [www-dokumentti. www.stm.fi](http://www-dokumentti.www.stm.fi). Päivitetty 25.8.2004. Luettu 11.12.2009.
- Torkkola, Sinikka 2002. Johdanto: Näkökulmia terveysviestintään. Teoksessa Torkkola, Sinikka (toim.) *Terveysviestintä*. Helsinki: Tammi, 5–12.
- Vaasan yliopisto 2009. Oppimistyyli. [www-dokumentti. www.uwasa.fi](http://www-dokumentti.www.uwasa.fi). Päivitetty 7.10.2009. Luettu 23.10.2009.
- Vainio, Anneli 2002a. Kiputilojen jaottelu. Teoksessa Kalso, Eija & Vainio, Anneli (toim.) *Kipu*. Jyväskylä: Gummerrus, 94–100.
- Vainio, Anneli 2002b. Mielen hoito – psykoterapia ja käyttäytymisterapia. Teoksessa Kalso, Eija & Vainio, Anneli (toim.) *Kipu*. Jyväskylä: Gummerrus, 190–202.
- Vainio, Anneli 2002c. Ruumiin hoito – fysioterapia. Teoksessa Kalso, Eija & Vainio, Anneli (toim.) *Kipu*. Jyväskylä: Gummerrus, 203–206.
- Vainio, Anneli 2002d. Kipukulttuuri. Teoksessa Kalso, Eija & Vainio, Anneli (toim.) *Kipu*. Jyväskylä: Gummerrus, 15–30.
- Välimäki, Maritta, Suhonen, Riitta, Koivunen, Marita, Alanen, Seija & Nenonen, Heljä 2007. Hoitohenkilökunnan valmiudet hyödyntää informaatioteknologiaa potilasopeutuksessa. *Hoitotiede* vol. 19, 115–12

LIITE 1. Opinnäytetyösopimus**SOPIMUS OPINNÄYTETYÖN TEKEMISESTÄ****Sopijaosapuolet:**

Opinnäytetyön tilaaja: **SOSTER, Savonlinnan keskussairaala, osasto 3A**

ja Mikkelin ammattikorkeakoulun **Savonniemen kampuksen**

hoitotyön koulutusohjelman opiskelijat: **Satu Käyhkö ja Minttu Karioja (H257KNS)**

Opinnäytetyön aihe: Leikkauspotilaan kivunhoidon ohjaus hoitohenkilökunnalle ja potilaalle

Opinnäytetyön ohjaajat:

Ohjaava opettaja: **Erja Ruotsalainen**

Työelämäohjaaja: **Sairaanhoitajat Paula Käyhkö ja Mia Kosonen**

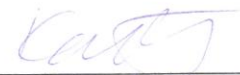
Opinnäytetyön arvioitu valmistumisaika: **Kevät 2010**

Muut sopimusehdot:

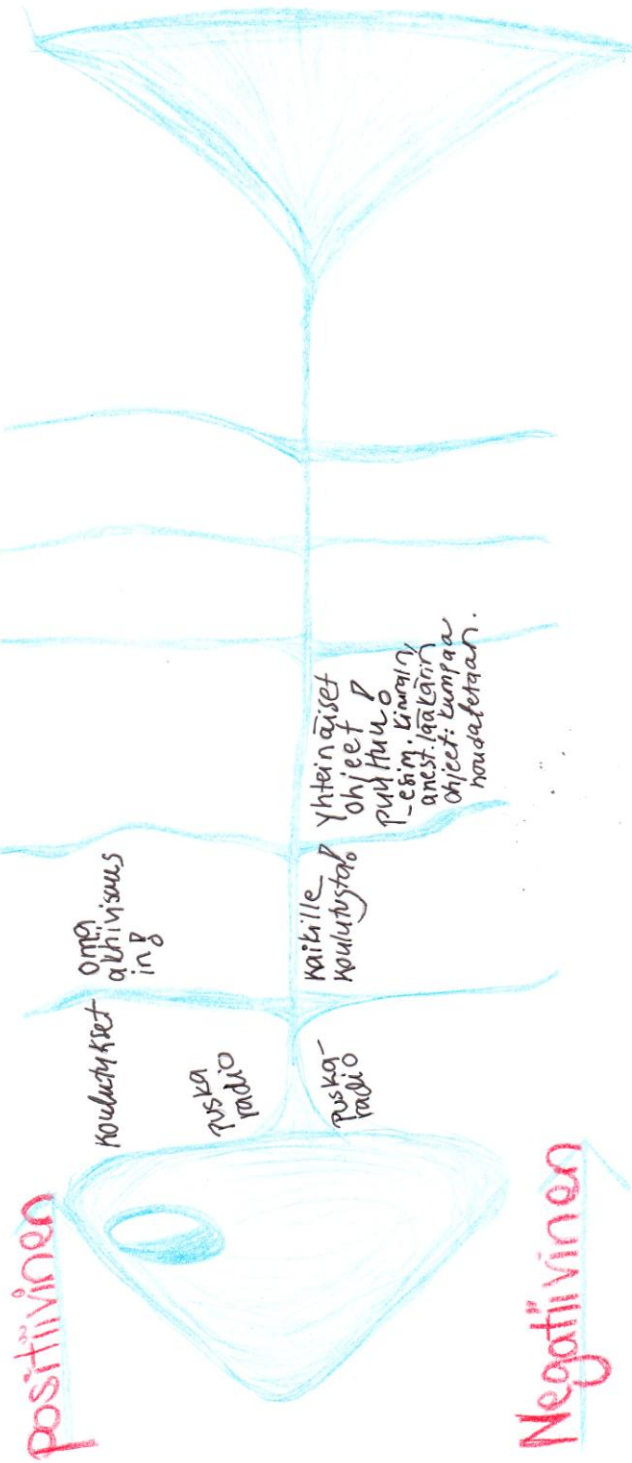
Kivunhoidon opas toimitetaan sähköisessä muodossa

Savonlinnassa 14. toukokuuta 2009

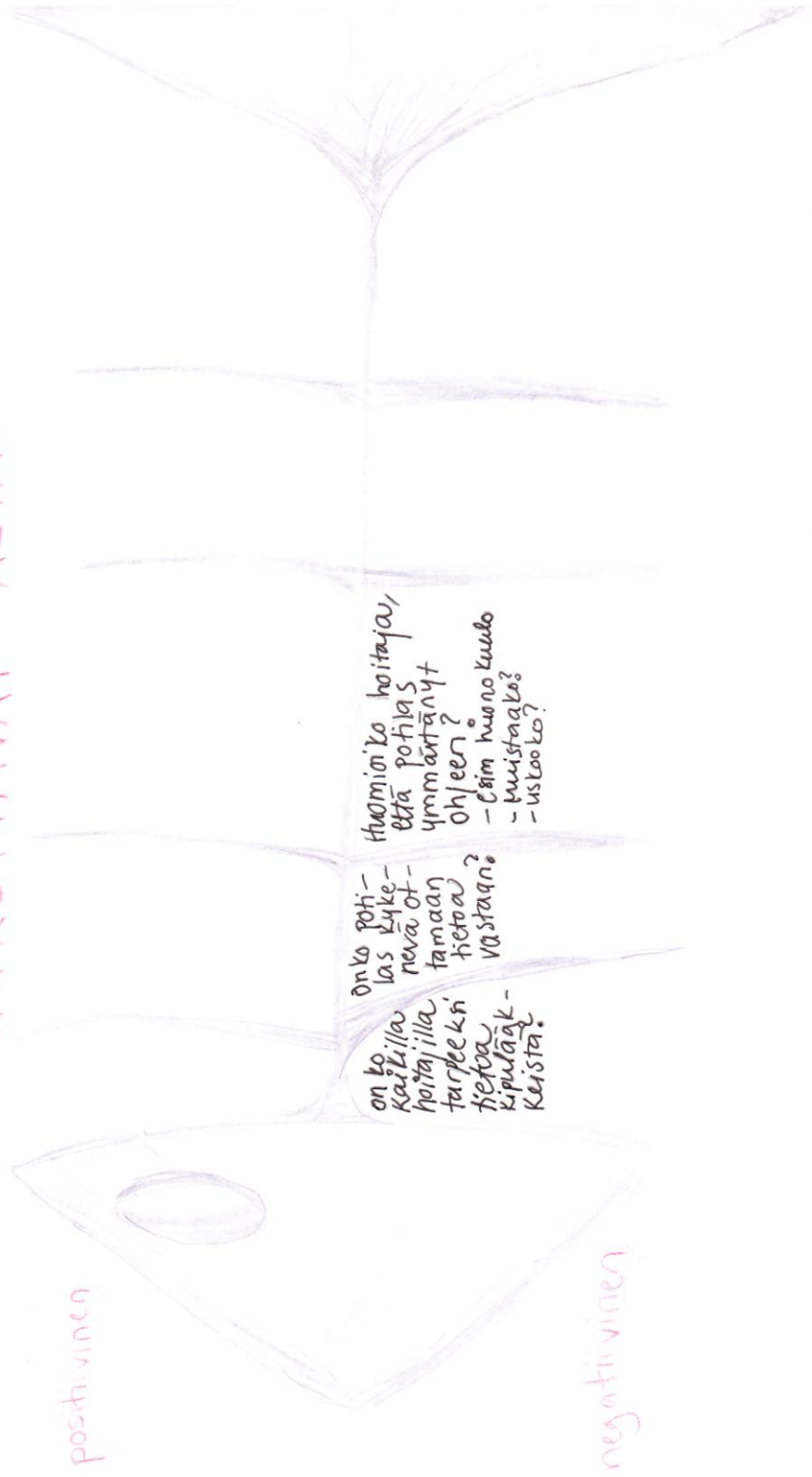
 
Opiskelijan/opiskelijoiden allekirjoitus


KATRI PARTANEN OH
Toimeksiantajan allekirjoitus

Työntekijöiden Perehdytyksen Käsikirja



OHJAJIKSEN TOIMIVUUTEEN
VAIKUTTAVAT ASIAT



OMA TETÄMYS KIVUNHÄIDÖN
MENETELMISTÄ

positiivinen



negatiivinen

LÄÄKKEELLISEI KIVUN HOIDON MENETELMÄT

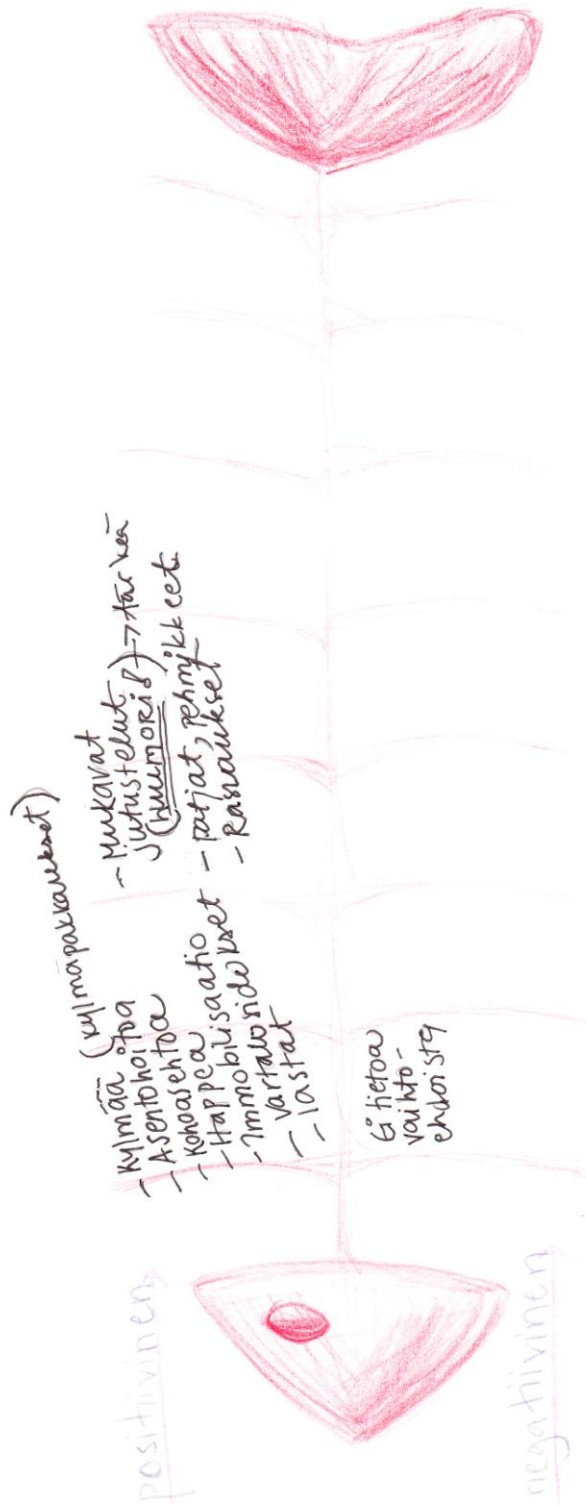
- Kivulääkettä määrätään ja annetaan yleensä tarpeellinen määrä, ainakin leikkaukspohdaille.

Positiivinen

- Kivunreilla-tanestenaolätkäerila eri näkemysset lääkkeistä/menestelmä
- Sivot myöskään huomioidi allergiata (ainia) tai mitä pohlas käyttöä + dikaisemmin.
- Päivystyspohdaille usein erä määrätiset Kivulääkemääräykset tai määrätty lään vähän kivulääkettä

Negatiivinen

VAIHTOEHTOISET KIVIJÄN- HOIDON MENETELMÄT



VAPSI SAMA {



KIVUNHOIDON

OHJAUKSEN OPAS

Tämän oppaan tarkoitus on perehdyttää ja selkeyttää hoitohenkilökunnalle ohjauksen merkitystä hoitotyössä ja auttaa sitä kehittämään omaa ohjaustapaansa. Oppaassa on pyritty tuomaan esille ohjauksen tärkeimmät painopisteet.

Ohjauksen päämäärä

Potilaan ohjaus sairaanhoitajan työssä on korostunut entisestään viime vuosina. Hoitoajat ovat lyhentyneet ja ihmisten koulutustaso on noussut, minkä johdosta potilaan oma vastuu hoidostaan ja siihen liittyvistä valinnoista on kasvanut. Nykyään ohjaus käsitetään pyrkimyksenä edistää asiakkaan toimintakykyä ja aloitteellisuutta parantaa elämänsä laatua.

Jotta ohjaus olisi tehokasta, painopiste ei saa olla pelkällä tiedon antamisella eli ohjauksessa potilas on aktiivinen osallistuja. Tasavertainen ja vuorovaikutuksellinen ohjaustilanne edesauttaa potilaan uskallusta tuoda esille mieltä askarruttavat kysymykset ja mahdollistaa avoimen ja rehellisen mielipiteiden vaihdon. Potilaan tieto- ja kokemustustaa, mielipiteitä ja arvoja täytyy kunnioittaa.

Henkilökohtaisista asioista keskusteltaessa ohjaajan pitää muistaa ottaa huomioon yksityisyys ja potilaan itsemääräämisoikeus; ohjattavalla on oikeus päättää esim. se, kuinka aktiivisesti hän haluaa osallistua oman hoitosuunnitelmansa tekemiseen ja laatia itse omat tavoitteet hoidolleen.

Ohjauksen pyrkimyksenä on siis edistää ohjattavan toimintakykyä, elämänlaatua, hoitoon sitoutumista ja itsehoitoa sekä tiedon määrää ja sen tavoitteena on tiedon ja tuen avulla auttaa potilasta itsenäiseksi selviytyjäksi.

LIITE 2. Kivunhoidon ohjauksen opas (2)

Oppiminen ohjaustilanteessa

Ohjaustilanteessa tulee aina ottaa huomioon potilaan tapa hankkia ja käsitellä tietoa. Oppimisprosessissa tietyn kokemuksen merkitys tulkitaan uudelleen ja ohjaa myöhempiä ymmärtämistä, arvottamista ja toimintaa.

Useimmilla on hallitsevana jokin eri aistiin perustuvista oppimistyyleistä;

- visuaalinen = oppii lukemalla ja kuvien avulla; näköaistin avulla. Apuna ohjaustilanteessa voisi käyttää esim. kuvallisia ohjausmateriaaleja.
- audittiivinen = oppii parhaiten kuuntelemalla; kuuloaistin avulla. Ohjauksessa on kiinnitettävä huomiota mm. selkeään puhetapaan.
- kinesteettinen = oppii tuntemalla asiat. Ohjaustilanteessa esim. itse kokeilemalla.
- taktuaalinen = oppii piirtämällä kuvia ja oheistoiminnalla. Ohjauksessa on esim. annettava mahdollisuus tehdä muistiinpanoja.

Hallitseva oppimistyyli on tärkeä kartoittaa, jotta oikea ohjausmenetelmä osataan valita. Esimerkiksi visuaalisesti oppivalle ihmiselle pelkkä asian suullinen ilmaisu ei riitä, vaan lisäksi tarvitaan kirjallista tai audiovisuaalisia ohjausmateriaaleja.

Erilaisia oppimislajeja ovat ulkoa oppiminen (esim. kertotaulut), mielekäs oppiminen (oppija kokee opittavan asia itselleen tärkeäksi ja tavoiteltavaksi), vastaanottava oppiminen (esim. luennot) ja keksivä oppiminen (ongelmalähtöinen oppimislaji).

Oppimistyyliin kuuluvat pintasuuntautunut oppiminen ja syväsuuntautunut oppiminen, joista pintasuuntautunut opettelee asian vain ulkoa ja mahdollisesti unohtaa asia hyvin pian. Sen sijaan syväsuuntautunut oppija pyrkii ymmärtämään opeteltavan asian ja hahmottamaan kokonaisuuden.

Potilaan oppimistavat ja – valmiudet vaikuttavat ohjausmenetelmän valintaan; hoitajan on perehdyttävä ohjattavan taustatekijöihin ja keskusteltava tämän kanssa, jotta tunnistaisi oikean oppimistyylin.

LIITE 3. Kivunhoidon ohjauksen opas (3)

Ohjaukseen vaikuttavat taustatekijät

Ohjaus on tehokkaampaa silloin kun se räätälöidään potilaalle sopivaksi ottaen hänet huomioon yksilönä. Lähtökohtaisesti ohjauksessa tulisi ottaa huomioon sekä potilaan että ohjaajan taustatekijät.

Ohjauksessa tulee huomioida *fyysiset taustatekijät* kuten ikä, sukupuoli, sairaudet ja terveydentila, jotka kaikki vaikuttavat siihen, miten potilas kykenee ottamaan ohjausta vastaan.

Ohjauksen *psykkiset taustatekijät* eli käsitys omasta terveydentilasta, terveystoimintamukset, mieltymykset, odotukset, tarpeet, oppimistavat ja – valmiudet sekä motivaatio vaikuttavat potilaan haluun omaksua ja oppia ohjattavia asioita ja siihen kuinka tärkeiksi hän kokee asiat. Myös ohjaajan motivaatiolla on merkitystä ohjauksen onnistumisessa.

Ohjaukseen vaikuttavat myös niin potilaan kuin ohjaajan *sosiaaliset taustatekijät*, esim. kulttuuri, eettisyys ja uskonto, jotka vaikuttavat heidän toimintaansa, arvoihinsa, olettamuksiinsa, ajattelutapaansa ja ohjaamiseen sekä oppimiseen.

Ohjauksessa on otettava huomioon lisäksi *ympäristötekijät*, jotka voivat vaikuttaa ohjauksen ja oppimisen tehokkuuteen. *Fyysinen ympäristö* on esim. huone tai tila, jossa ohjaus toteutetaan. *Psyykinen ympäristö* tarkoittaa esim. sairaanhoitajien kiirettä joka saattaa vähentää potilaan ja sairaanhoitajan tasavertaista vuorovaikutusta.

LIITE 3. Kivunhoidon ohjauksen opas (4)

Ohjaukseen käytettävät menetelmät

Ohjauskeskustelu

- *valmistautuminen*; perehtyminen materiaaliin ja sopivan tilan järjestäminen sekä tavoitteiden asettaminen yhdessä potilaan kanssa.
- *käyminen*; mietitään potilaan kanssa yhdessä hänen voimavarojaan toteuttaa asetetut tavoitteet, ohjaajan on huolehdittava että mahdollisesti polveileva keskustelu pysyy aiheessa/tavoitteessa.
- *päättäminen ja arvioiminen*; sekä ajankohtaisen että pitkän aikavälin tavoitteet arvioidaan potilaan kanssa ja mietitään mihin seuraavaksi keskitytään.
- Ohjauskeskustelu voidaan toteuttaa joko yksilöohjauksena tai ryhmäohjauksena; yksilöohjauksen etuina ovat luottamussuhteen luonnollisempi syntyminen, mikä edesauttaa potilaan omaa aktiivisuutta ja suoran palautteen antamista ohjaajalle.

Ryhmäohjaus

- Toimii hyvin, kun monella potilaalla on samaan aiheeseen liittyviä ohjaustarpeita.
- Etuina potilaiden vertaistuki sekä toisilta oppiminen.

Puhelinohjaus, internet

- Voi olla haastavaa ohjaajalle, koska keskustelu on usein lyhyt ja soittajan antamat tiedot saattavat jäädä riittämättömiksi, ellei hoitaja saa niitä oikeilla kysymyksillä kartoitettua. Siksi hoitajilla tulisi olla yhtäläiset ohjeet esim. kivunhoidossa.
- Potilaat ovat entistä tietoisempia ja halukkaampia etsimään terveystietoa internetistä, minkä vuoksi potilaan olemassa olevien tietojen kartoittaminen nousee entistä tärkeämmäksi asiaksi.

LIITE 3. Kivunhoidon ohjauksen opas (5)

Ohjausmateriaalit

- Ohjausmateriaalit ovat hyvä keino vahvistaa ohjattavan tiedon muistamista ja hahmottamista.
- Kirjallisia ohjausmateriaaleja ovat mm. esitteet ja kirjaset.
- Audiovisuaalisia ohjausmateriaaleja ovat mm. videot, valokuvat, diaesitykset ja äänikasetit sekä konkreettiset mallit.
- Ohjausmateriaalien käyttö voi olla tehokasta ja edesauttaa ohjausta. Ohjaajan on pidettävä mielessä, että materiaali ei kuitenkaan korvaa itse ohjausta, vaan on tarkoitettu apuvälineeksi.
- Ohjausmateriaalia käytettäessä tulisi sen tiedon olla yhtenäistä ohjaajan antaman suullisen tiedon kanssa, sillä ristiriitainen tieto sekoittaa potilaan.

Ohjauksen arviointi ja kirjaaminen

Ohjaukseen kuuluu oleellisena osana ohjauksen arviointi, jossa arvioidaan asetettujen tavoitteiden toteutumista ja potilaan tilassa tapahtunutta muutosta. Ohjaus on ollut tehokasta, jos aiemmin määritetyt tavoitteet on saavutettu.

Ohjausta tulee arvioida lyhyellä aikavälillä eli heti ohjauksen jälkeen; saavutettiin juuri tällä kyseisellä ohjauksella haluttu tavoite, esim. subcutaanisen injektion pistämisen opettelu.

Arviointiin kuuluu myös ohjauksen arviointi pidemmällä aikavälillä, sillä ohjauksen tavoitteena on mahdollistaa potilaan itsehoito omassa ympäristössä, esim. kotona ilman terveydenhuoltohenkilöstön apua. Tarkoituksena on arvioida yhdessä potilaan kanssa, kuinka hyvin potilas on sisäistänyt ohjauksen ja pystyy toteuttamaan esim. annettuja hoitosuosituksia.

Hyvä kirjaaminen estää sairaanhoitajien päällekkäistä ohjaustoimintaa ja ehkäisee laiminlyöntejä. Puutteellinen kirjaaminen puolestaan heikentää sairaanhoitajien välistä viestintää ja potilasturvallisuutta.

LIITE 3. Kivunhoidon ohjauksen opas (6)

Ohjauksen kirjaaminen edellyttää suunnitelmallisuutta eli ohjaustarpeen määrittämistä, tavoitteiden asettamista ja hoitotyön toimintojen valintaa tavoitteiden saavuttamiseksi:

- Tarve kuvaa potilaan ohjauksen tarvetta ja siinä olevia tai mahdollisesti tulevia ongelmia.
- Tavoitteet ovat potilaskeskeisiä, realistisia ja tekemistä tai kognitiivista toimintaa kuvaavia.
- Ohjausmenetelmät valitaan tarkoituksenmukaisesti, jolloin on otettava huomioon henkilökunnan määrä, välineiden saatavuus sekä potilaan itseohjautuvuus.
- Potilaan hoitjakson päätyttyä tehdään hoitotyön yhteenveto, jossa huomioitu myös ohjaukseen liittyvät kohdat.

Kivunhoito

Kipu on epämiellyttävä sensorinen eli tuntoaistiin perustuva tai emotionaalinen eli tunneperäinen kokemus, johon liittyy mahdollinen tai selvä kudosaivaurio tai jota kuvataan samalla tavoin (International Association for the Study of Pain).

Kipu on epämiellyttävä kokemus, jonka jokainen kokee erilailla; se on täysin subjektiivinen kokemus. Sanalla kipu on erilaisia merkityksiä; kivun tunne, kokemus, elämys ja aistimus sekä kipu patologisena tilana tai emotiona eli tunteena. Käsitys toisen ihmisen kokemasta kivusta syntyy henkilön kertoman pohjalta. Kivun merkitykset opitaan varhaislapsuudessa ja kulttuuri vaikuttaa kivun kuvaamiseen sekä kipukokemuksen ilmaisemiseen ja muodostumiseen.

Kivun tuntemuksen muodostumiseen vaikuttavat monet tekijät; Psykkinen, fyysinen, sosiaalinen, hengellinen, kulttuurillinen ja yhteisöllinen kipu yhdessä muodostavat kokonaiskivun.

= *KIPU ON KOKONAISSVALTAINEN TUNTEMUS!*

Lääkkeellinen kivunhoito toteutetaan pääasiassa anti-inflammatorisilla analgeeteilla, parasetamolilla ja euforisoivilla analgeeteilla eli opioideilla.

LIITE 3. Kivunhoidon ohjauksen opas (7)

Koska kivun tuntemuksen kokonaisuuteen kuuluu myös psykologinen aspekti, hoidaan kipua myös psykologisesti mm. psykoterapian, hypnoosin ja rentoutumisen sekä mielikuvaharjoitusten avulla.

Kipua voidaan hoitaa myös erilaisin fysikaalisin keinoin, mm. lämpö-, kylmä-, sähkö-ärsytyshoidoin ja mekaanisin (kuten hieronta) hoidoin. Myös ääntä ja valoa käytetään kivunhoidossa.

Muistilista ohjaustilanteeseen:

- Ole tietoinen *omien* taustatekijöidesi vaikutuksesta ohjaukseen.
- Valitse mahdollinen ohjausmateriaali ja tutustu siihen, hanki sopiva tila ohjaukselle.
- Kartoita *potilaan* tausta; mm. aiemmat tiedot ohjattavasta asiasta, oppimistapa/-tyyli, motivaatio, fyysiset taustatekijät.
- Muista, että ohjaussuhde on tasavertainen ja potilas on aktiivinen osallistuja.
- Auta potilasta löytämään vastauksia jotka sopivat tämän omiin arvoihin sekä tutkimaan omia ajatuksiaan ja toimintojaan – ei anneta ainoastaan neuvoja!

Tekijät:

Sairaanhoitaja opiskelijat Minttu Karioja ja Satu Käyhkö-Lehmüksela

Lähde:

Minttu Karioja, Satu Käyhkö-Lehmüksela; Kivunhoidon ohjauksen opas. Opinnäytetyö, Mikkelin Ammattikorkeakoulu. Kevät 2010.