

VASTASAIRASTUNEEN NIVELREUMAPOTILAAN OHJAUS

Ella Anttila
Henriikka Rajanen
Ira Vilenius

Opinnäytetyö
Marraskuu 2010

Hoitotyön koulutusohjelma
Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala





Tekijä(t) ANTTILA, Ella RAJANEN, Henriikka VILENIUS, Ira	Julkaisun laji Opinnäytetyö	Päivämäärä 15.11.2010
	Sivumäärä 41+6	Julkaisun kieli suomi
	Luottamuksellisuus () saakka	Verkojulkaisulupa myönnetty (X)
Työn nimi VASTASAIRASTUNEEN NIVELREUMAPOTILAAN OHJAUS		
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn ohjaaja(t) KÄHKÖNEN, Outi RAHUNEN, Eila		
Toimeksiantaja(t) Keski-Suomen Keskussairaala, Sisätautien päiväsairaala		
<p>Tiivistelmä</p> <p>Tutkimuksen tarkoitus oli selvittää, millaisiksi nivelreumaan sairastuneet ovat kokeneet saamansa ohjauksen sisätautien päiväsairaalassa. Opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa näyttöön perustuvaa tietoa, jonka avulla potilasohjauksen laatua voidaan kehittää. Tutkimustehtävänä oli selvittää, millaisiksi vastasairastuneet nivelreumapotilaat ovat kokeneet hoitajalta saamansa sosiaalisen tuen. Tutkimustehtävä muotoutui sosiaalisen tuen neljään eri luokkaan, jotka käsittelivät emotionaalista tukea, käytännöllistä tukea, tiedollista tukea ja tulkinnallista tukea.</p> <p>Tutkimus toteutettiin määrällisellä ja laadullisella tutkimusmenetelmällä. Aineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella, joka sisälsi yhden avoimen kysymyksen. Kyselylomake lähetettiin kaikille 3-8 kuukautta sitten sairastuneille nivelreumapotilaille.</p> <p>Tutkimustulosten mukaan potilaat olivat tyytyväisiä hoitajilta saamaansa emotionaaliseen tukeen. Omaisten ja perheen huomiointi ohjauksessa koettiin kehitettävänä asiana. Ohjaustiloihin oltiin tyytymättömiä. Osa oli sitä mieltä, että ohjausympäristö ei ollut rauhallinen eikä ohjaustilanne ollut kiireeton. Käytännöllinen tuki toteutui hyvin. Tiedollisen tuen alueella potilaiden vastaukset vaihtelivat. Tulkinnallinen tuki ohjauksessa toteutui hyvin. Ohjaus oli loogista ja ymmärrettävää. Avoimessa kysymyksessä vastaajat toivat esille käytännön asioita, joissa oli havaittu kehitettävää. Hoitajia sanottiin sydämellisiksi ja avuliaksi. Ohjausta pidettiin hyvänä ja yksilöllisenä.</p> <p>Tutkimustuloksien avulla voidaan kehittää nivelreumapotilaiden ohjausta heidän tarpeitaan vastaavaksi. Jatkotutkimuskohteita oli perhehoitotyön toteutumisen arviointi nivelreumapotilaan hoidossa.</p>		
Avainsanat (asiasanat) potilasohjaus, sosiaalinen tuki, emotionaalinen tuki, sopeutuminen pitkäaikaissairauteen		
Muut tiedot		



Author(s) ANTTILA, Ella RAJANEN, Henriikka VILENIUS, Ira	Type of publication Bachelor's Thesis	Date 15.11.2010
	Pages 41+6	Language Finnish
	Confidential () Until	Permission for web publication (X)
Title PATIENT EDUCATION AS PERCEIVED BY PATIENTS WITH A RECENTLY DEVELOPED RHEUMATOID ARTHRITIS		
Degree Programme Degree programme in nursing		
Tutor(s) KÄHKÖNEN, Outi RAHUNEN, Eila		
Assigned by Central Finland Central Hospital, Day-Hospital of Internal Medicine		
Abstract <p>The study was conducted in the Day Hospital of Internal Medicine in the Central Finland Central Hospital. The objective of this study was to determine the quality of patient education for patients suffering from rheumatoid arthritis. The research task was to determine how the patients perceived the educational support given by nurses. In the study patient education was viewed through the perspective of four categories of social support: emotional support, practical support, informational support and interpretative support.</p> <p>The study was conducted with quantitative and qualitative research methods. The data was collected with a structured questionnaire which also contained one open question. The questionnaire was sent to the patients who had developed rheumatoid arthritis from three to eight months ago.</p> <p>The results showed that the patients were content with the emotional support they had received. However, taking the patient's family into account in the education was deemed as needing further attention. The respondents also thought that the educational facilities needed improvements. The environment could be more peaceful and the education situation should be less hasty. The nurses were seen as kind and helpful. The overall quality of the education was perceived good and being focused on the individual.</p> <p>The results of the study can help to improve the patient education to further focus on the patients' needs. Further study is needed to evaluate if family nursing needs more attention in the rheumatic patients' education process.</p>		
Keywords patient education, social support, emotional support, adaptation to chronic illness		
Miscellaneous		

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO.....	3
2 OPINNÄYTETYÖN LÄHTÖKOHDAT	4
2.1 Nivelreuma	4
2.2 Nivelreumapotilaan hoito Keski-Suomen Keskussairaalassa	5
3 VASTASAIRASTUNEEN NIVELREUMAPOTILAAN SAAMA SOSIAALINEN TUKI	6
3.1 Potilasohjaus.....	6
3.2 Sopeutuminen pitkäaikaissairauteen	12
3.3 Potilaan kohtaaminen.....	15
4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	19
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS.....	19
5.1 Tutkimusmenetelmät	19
5.2 Kohderyhmä ja aineiston keruu	21
5.3 Aineiston analyysi	21
6 TUTKIMUSTULOKSET	22
6.1 Vastaajien taustatiedot	22
6.2 Emotionaalinen tuki.....	22
6.3 Käytännöllinen ja tiedollinen tuki.....	25
6.4 Tulkinnallinen tuki	26
6.5 Potilaiden toiveet ohjauksen kehittämiseen.....	27

	2
7 POHDINTA.....	29
7.1 Tutkimusetiikka.....	29
7.2 Tulosten tarkastelu.....	30
7.3 Tutkimuksen luotettavuus.....	33
7.4 Tutkimuksen toteutuksen pohdinta.....	36
7.5 Jatkotutkimusaiheet.....	37
LÄHTEET.....	38
LIITTEET.....	42
Liite 1. Tutkimuslupa.....	42
Liite 2. Saatekirje ja kyselylomake.....	43
Liite 3. Nivelreumapotilaan hoitopolku.....	47

KUVIOT

KUVIO 1. Vuorovaikutteinen ohjaussuhde.....	7
KUVIO 2. Ohjauksen sosiaalisen tuen muodot.....	10
KUVIO 3. Emotionaalinen tuki ohjauksessa.....	23
KUVIO 4. Omaisten huomiointi ohjauksessa.....	24
KUVIO 5. Ohjauksen toteutuminen.....	25
KUVIO 6. Tiedollinen ja tulkinnallinen tuki ohjauksessa.....	27

1 JOHDANTO

Nivelreuma on tulehduksellinen nivelsairaus ja se luokitellaan tuki- ja liikuntaelinsairauksiin. Suomessa on arviolta 32 000 nivelreumapotilasta. Uusia nivelreumatapauksia ilmaantuu noin 2 000 vuodessa. Viimeaikaisten tutkimusten mukaan nivelreuma alkaa noin 60 vuoden iässä. Nykyhoidon tavoitteena on täysi oireettomuus eli remissio. Sairaus alkaa yleensä hitaasti. Nivelreuma vaikuttaa paljon toimintakykyyn. (Hakala 2007, 321–324.)

Potilasohjauksen avulla voidaan auttaa potilaita parempaan itsehoitoon. Hyvä itsehoito ja sitoutuminen hoitoon pitävät yllä toimintakykyä ja potilaan elämänlaatua. Potilasohjauksen tavoitteena on auttaa potilasta oman asiantuntijuuden kehittämisessä. Ohjauksella voidaan vähentää potilaan kokemaa sairaudesta johtuvaa epävarmuutta ja alakuloa. Oman sairauden asiantuntijuus on vahva voimavara pitkäaikaissairaalle. (Stenbäck 2009; Kangas 2003, 77- 78; Kukkurainen & Kyngäs 2007, 31–32.)

Hoidon ohjauksen tavoitteena on edistää potilaan kykyä ja aloitteellisuutta parantaa elämäänsä itse haluamallaan tavalla. Ohjauksen tulee lähteä potilaan sen hetkisistä tarpeista. Ohjauksen ajoittamiseen ja etenemiseen on kiinnitettävä huomiota. Hoitoaikojen lyhentyessä ohjaukselle jää vähemmän aikaa, jolloin tiedot ja taidot tulee omaksua lyhyemmässä ajassa. Ohjaus on rakenteeltaan muuta keskustelua suunnitelmallisempaa. Tuloksellinen ohjaus saattaa vaatia useita ohjauksetoimia. Ohjaus antaa potilaalle sellaista tietoa, joka tukee potilasta emotionaalisessa sopeutumisessa ja tukee potilaan psyykkistä ja fyysistä toimintakykyä. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson & Hirvonen 2007, 25; Kukkurainen & Kyngäs 2007, 31–32.)

Potilasohjauksen tutkiminen on ajankohtaista potilasmäärien kasvaessa, hoitoaikojen lyhentyessä ja resurssien pysyessä samoina. Ohjaukseen panostaminen helpottaa potilaan itsenäisyyttä omahoidossa. Laadukkaan ohjauksen tulokset näkyvät myös suoraan parempina hoitotuloksina. (Kääriäinen 2008, 14.)

Tämän tutkimuksen tarkoitus on tutkia vastasairastuneen nivelreumapotilaan saamaa ohjausta potilaiden arvioimana. Tutkimustehtävä muotoutui sosiaalisen tuen neljään eri luokkaan, jotka käsittelevät emotionaalista tukea, käytännöllistä tukea, tiedollista tukea ja tulkinnallista tukea. Tutkimuksen tavoite on tuottaa näyttöön perustuvaa tietoa, jonka avulla potilasohjauksen laatua voidaan kehittää.

2 OPINNÄYTETYÖN LÄHTÖKOHDAT

2.1 Nivelreuma

Nivelreumaa on pidetty pitkään yhtenä aikuisväestöä invalidisoivista sairauksista, mutta viimeisimpien tutkimusten mukaan taudinkuva on lievittynyt ja sen ilmaantuvuus laantunut. Sairaus alkaa yleensä hitaasti. Yleensä esiintyy heikkoutta ja kuumeilua. Nivelreuman hoito on kehittynyt viime vuosina nopeasti. Mikäli tauti todetaan ajoissa, nivelreuman etenemistä pystytään hidastamaan. (Hakala 2007, 321–322.)

Nivelessä elimistölle vieras tekijä laukaisee tulehduksen. Niveleen muodostuu ylimääräistä nestettä, kun nivelen immunologiset solut reagoivat. Nivelreumassa nivelen nivelneste muuttaa ominaisuuksiaan ja se aiheuttaa nivelrustossa muutoksia. Nivelreuma alkaa nivelten arkuutena, aamujäykkyytenä ja turvotuksena. (Mts. 323–324.)

Nivelreuma todetaan yleisimmin 60 - 70 -vuotiailla naisilla. Harvinaisinta se on nuorilla miehillä. Nykyisin suurin osa sairastuneista elää normaalia elämää ja säilyttää työkykynsä. Nykyajan nivelreuman hoito on tehokasta. Nivelreuman eteneminen on aina yksilöllistä. (Mts. 323.)

Nivelreuman hoidossa on keskeistä nopea hoidon aloitus ja tehokas lääkitys. Hoidon tavoitteena on remissio. Hyvä hoitosuhde on tärkeä edellytys hoidon onnistumiselle. Potilasohjaus on suunnitelmallista ja siinä tulee hyödyntää moniammatillista tiimiä. Potilasohjaus on hoidon kulmakivi. Ohjauksen onnistumiselle on tärkeää, että potilas on perillä hoidon tavoitteista. Potilaan tulee itse arvioida omaa tilaansa, jotta hoito olisi mahdollisimman tehokasta. Tehostettu potilasohjaus ja seuranta sekä yhteisistä hoitotavoitteista sopiminen johtavat parempiin hoitotuloksiin. (Nivelreuma käypä hoito – suositus 2009; Sokka 2010.)

2.2 Nivelreumapotilaan hoito Keski-Suomen Keskussairaалassa

Keski-Suomen keskussairaalan sisätautien päiväsairaala kävi 2000-luvun alussa läpi muutoksen vuodeosastosta päiväsairaalaksi. Viikon mittaisista ohjaukseen käytetyistä sairaalaoljaksoista siirryttiin yhteen ensiohjauspäivään. Muutos vaikutti paljon ohjauksen laatuun: potilaat kokivat, että he eivät olleet tulleet kuulluiksi ja päiväsairaalakäynnin jälkeen olo oli sekava ja ahdistunut, koska tietoa tuli liikaa yhdellä kerralla. (Stenbäck & Helenius 2005, 73- 74.)

Keski-Suomen Keskussairaалassa konservatiivisella toimialueella kehitettiin potilasohjausosaamista ja ohjauskäytäntöjä vuosina 2002 - 2004. POPPI-projektissa (potilasohjauksesta oppimiseen) keskeistä oli voimavarakeskeisyys ja terveyden edistäminen kiinteänä osana potilasohjausta. Yhteistyötä haluttiin vahvistaa ja samalla parantaa kirjaamista ja hoidon jatkuvuutta. (Liimatainen 2004, 7.) Sisätautien päiväsairaala muutti ohjauskulttuuriaan POPPI-projektin tulosten myötä. Ensiohjausta hajautettiin kahdelle päivälle, ohjausten sisältöjä muutettiin, omaisille ja potilaille kehitettiin ryhmäohjausiltoja ja otettiin käyttöön ensitietopäivä. Ryhmäohjausilta on potilaan itsehoitoon painottuva ohjaustapahtuma. Ryhmään kutsutaan myös potilaan omaiset. Yksi ryhmäohjauksen tärkeä tavoite on vertaistuki. (Stenbäck 2009; Kurunmäki 2010.)

Nivelreumapotilaan hoitopolku on kaksivuotinen (ks. liite 3) . Hoitopolku sisältää ensikäynnin, joka on jaettu kahteen käyntiin. Seuraava käynti on sairastumisesta kolme kuukautta, jolloin arvioidaan lääkehoidon tehoa. Mikäli lääkehoidolla on päästy remissioon, seuraava käynti on vasta vuosi sairastumisesta. (Kurunmäki 2010.)

Sisätautien päiväsairaalan reumahoitajan Ritva Kurunmäen mukaan ohjauksen tavoitteena on tukea potilasta ja auttaa häntä olemaan oman terveytensä asiantuntija. Potilaan on tärkeä tuntea oma sairautensa ja sitoutua sen hoitoon. Kun ohjaukset on hajautettu pidemmälle aikavälille, potilaalla on paremmin aikaa sopeutua ja omaksua tietoa sekä pohtia omia tunteitaan. (Kurunmäki 2010.)

3 VASTASAIRASTUNEEN NIVELREUMAPOTILAAN SAAMA SOSIAALINEN TUKEA

3.1 Potilasohjaus

Ohjaus määritellään asiakkaan ja hoitajan aktiiviseksi ja tavoitteelliseksi toiminnaksi. Ohjauksen käsite on ymmärretty eri aikoina ja eri yhteyksissä hyvin erilaisena. Nykyään ohjauksella painotetaan potilaan omien kokemusten huomiointia, potilaan ja hoitajan yhteistä asiantuntijuutta. Ohjauksessa korostetaan potilaan omaa vastuuta oppimisesta ja tehdyistä valinnoista. Hoitajan tehtävä on auttaa potilasta ymmärtämään ja käsittelemään omia kokemuksiaan, löytämään voimavarojaan ja erilaisia toimintatapoja. Tavoitteena on löytää luottamus ja potilaan sitoutuminen hoitoon. (Kääriäinen & Kyngäs 2006, 6-9.)

Ohjauksessa potilasta kuunnellaan, häneltä kysellään, häntä rohkaistaan kertomaan omista taustatekijöistään ja hänelle annetaan palautetta. Näiden varaan rakentuu luottamuksellinen ohjaussuhde. Edellytyksenä on, että potilas ja hoitaja kunnioittavat toistensa asiantuntijuutta. Ohjauksessa potilasta tuetaan aktiivisuuteen ja tavoitteellisuuteen. Arviointiin ja kirjaamiseen tulee kiinnittää huomiota, jotta hoidon jatkuvuus säilyy. (Kääriäinen & Kyngäs 2006, 6-9.)



KUVIO 1. Vuorovaikutteinen ohjaussuhde (Kyngäs ym. 2007, 39-40.)

Ohjaussuhde rakentuu potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksesta, johon vaikuttavat molempien taustatekijät (ks. kuvio 1). Onnistunut potilasohjaus vaatii sekä potilaalta että hoitajalta aktiivisuutta ja tavoitteellisuutta. (Kyngäs ym. 2007, 39-40.)

Onnistuneen potilasohjauksen tavoite on potilaan sitoutuminen itsehoitoon. Hoitaja auttaa potilaita ymmärtämään sairauden hoidon periaatteet ja itsehoidon merkityksen. Potilaan tulee tuntea sairautensa ja häntä ohjataan sairautensa asiantuntijaksi.

Itsehoitoon sitoutuminen lisääntyy, kun potilas vaikuttaa päätöksentekoon ja saa palautetta hoidossa onnistumisesta. Myös sairastumisen aiheuttamat tunteet vaikuttavat hoitoon sitoutumiseen, jolloin hoitajan rooli potilaan tukemisessa kasvaa. Sairastuminen aiheuttaa pelkoa ja ahdistusta. Hoitajan tulisi huomata potilaan ahdistus ja keskustella hänen kanssaan asiasta suoraan. (Kyngäs 2007c, 33–35.)

Vastuu hoitoon sitoutumisesta on potilaalla itsellään, mutta hoitajalla on vastuu ja velvollisuus tukea ja motivoida potilasta itsehoidossa. Hoitoon sitoutumisessa on kysymys hoito-ohjeiden noudattamisen lisäksi terveyttä tukevista ja sairauden pahenemista ehkäisevistä elämäntavoista. Hoitoon sitoutumiseen vaikuttaa hoitajan ja potilaan vuorovaikutus, terveydenhuoltojärjestelmän toiminta ja yksilön omat ominaisuudet. Pitkäaikaissairaiden hoito on haaste terveydenhuoltoalalle, sillä hoitoon sitoutumisella on kansantaloudellinen merkitys. Yleensä vastasairastuneet potilaat noudattavat hyvin hoitoaan, mutta keskimäärin kolmen vuoden kuluttua sairastumisesta repsahduksia itsehoidossa tapahtuu yhä useammin. (Mts. 33–35.)

Hyvä vuorovaikutussuhde potilaan ja hoitajan välillä toteutuu, kun hoitaja on aito ja vilpitön tunteissaan, hyväksyy potilaan ja kohtelee yksilönä, sekä omaa herkkyyttä nähdä maailmaa toisen silmin. Avoimuus on realistista suhtautumista eteen tuleviin tilanteisiin. Vastavuoroisuus hoitosuhteessa on tärkeää ja se perustuu molemminpuoliseen tunteiden jakamiseen ja kokemiseen. (Mäkelä, Ruokonen & Tuomikoski 2001, 15–16.)

Puutteellinen ohjaus ja tuki ilmenevät turvattomuuden tunteena, ohjausta vaille jäämisenä ja liian suurena tietomääränä. Turvattomuuden tunne liittyy yleensä kiireeseen tai omahoitajan puuttumiseen. Kun potilas on juuri saanut tietää diagnoosin, tietoa annetaan potilaalle liikaa. Potilaan on vaikea keskittyä ohjaukseen. Ohjauksen suunnittelussa on arvioitava potilaan pelkoja ja ahdistusta. Tiedon määrän ja ohjauksen ajoituksen suunnittelu potilaalle yksilöllisesti on tarpeellista. (Vihijärvi, Koivula & Åstedt-Kurki 2008, 16–22; Kankaala, Kaukua, Määttä, Simula, Suomela, Virranniemi & Vänttilä 2006, 6-8.)

Omaisien ottaminen ohjaukseen mukaan on potilaille tärkeää. Siitä tulisi tiedottaa esimerkiksi kutsukirjeessä. On koettu, että yhdessä potilas ja läheinen omaksuvat hoitajan antamaa tietoa paremmin. Hoitajan on tärkeää tunnistaa ohjauksen lähtökohdat tukeakseen asiakkaan yksilöllisyyttä. Perheen tai suvun tuki saattaa olla potilaalle tärkeä asia. Hoitajalla pitää olla kyky arvioida potilaan tilannetta. Hän selvittää, onko läheisillä mahdollisuuksia tukea potilasta tai onko potilaalla tarvetta läheisten tuelle. Potilaan tukiverkoston kartoittaminen on tärkeää. Joskus läheisten ja potilaan ohjaustarpeet poikkeavat toisistaan, jolloin hoitajan on kunnioitettava potilaan tahtoa. (Vihijärvi ym. 2008, 16–22; Kyngäs ym. 2007, 35–36.)

Omaa asiantuntemustaan kasvattamalla potilas pyrkii ottamaan sairauden haltuun ja jäsentämään sairauden kokemusta. Näin potilas hallitsee paremmin omaa hoitoaan ja hyvinvointiaan. Asiantuntemus on tärkeä voimavara ja merkittävä tekijä myös terveydenhuollon kannalta. Potilaan asiantuntijuuden kehittäminen tekee potilasohjauksesta asiakaslähtoisempää ja yhteistyöstä hoitajan ja potilaan välillä sujuvampaa. Läheisten asiantuntijuutta ei tulisi vähätellä. Sairaana vanhuksen läheisillä voi olla paljon tietoa sairaudesta, hoitamisesta ja läheisensä voinnista. (Kangas 2003, 77–78, 84.)

Hoitoaikojen lyhentyessä ohjaamiseen jää entistä vähemmän aikaa ja ohjauksen merkitys korostuu. Ohjaukseen käytetään liian vähän aikaa ja hoitajat ovat kiireisiä. Hoitajat toistavat ohjauksessa samoja asioita eivätkä ota riittävästi omaisia huomioon. Yksilöllinen ohjaus on puutteellista. Potilaat eivät saa elämäntilanteeseensa sopivaa ohjausta ja mahdollisuutta puhua ja kysellä ongelmistaan. Myös ohjaustilat ovat puutteellisia. (Kääriäinen, Kyngäs, Ukkola & Torppa 2005, 12–13; Töyry 2001, 77.; Stenbäck 2005, 40–45.)

Potilas ei saa kokea olevansa liian riippuvainen hoitajasta, koska silloin potilas ei uskalla ottaa vastuuta terveydestään. Ohjauksessa potilaalle annetaan tarpeellista tietoa ja

autetaan ymmärtämään tilannettaan paremmin. (Kyngäs ym. 2007, 41–42.) Potilaiden mielestä ohjauksessa tulisi kehittää arkielämässä selviytymistä tukevaa tiedonantoa, rohkaisevaa ohjausta ja yksilöllistä ohjausta. On tärkeää keskustella muustakin kuin sairaudesta. Hoitaja kannustaa potilasta avoimuuteen ja sairaudesta suoraan puhumiseen. Potilaat korostavat, että elämässä on muitakin asioita kuin sairaus. Toivon luominen ja mahdollisuus jatkaa elämää sairauden kanssa on tärkeää. Ohjaus on kahdenkeskistä aikaa, jolloin on mahdollisuus kysyä asioita. Potilaat arvostavat hoitajien taitoa eläytyä potilaan tilanteeseen ja tunnistaa potilaan voimavaroja. (Sonninen, Kinnunen & Pietilä 2006, 18–20.)

Voimavaralähtöisessä ohjauksessa otetaan käyttöön potilaan omat voimavarat hyvinvoinnin edistämiseksi. Hoitaja tuo yhteistyösuhteessa potilaan käyttöön oman ammattitaitonsa. (Mäkelä ym. 2001, 17–18.)

Ohjaus ei tarkoita ainoastaan tiedon antamista, vaan potilaan tarpeiden mukaan kaikki sosiaalisen tuen muodot. Sosiaalinen tuki rakentuu neljästä eri muodosta: emotionaalinen, käytännöllinen, tiedollinen ja tulkinnallinen tuki (ks. kuvio 2).

Emotionaalinen	Käytännöllinen	Tiedollinen	Tulkinnallinen
<ul style="list-style-type: none"> • välittäminen, arvostus • myönteisten tunteiden osoittaminen 	<ul style="list-style-type: none"> • taloudellinen apu • tarvikkeet, palvelut 	<ul style="list-style-type: none"> • tarpeellisen tiedon antaminen sairaudesta ja hoidosta 	<ul style="list-style-type: none"> • asiakkaan auttaminen ymmärtämään, arvioimaan itseään ja tilannettaan

KUVIO 2. Ohjauksen sosiaalisen tuen muodot (Kyngäs ym. 2007, 42.)

Joskus potilas voi olla passiivinen, jolloin hän ei pysty toimimaan aktiivisesti ohjaustilanteessa. Syynä voivat olla aiemmat kielteiset kokemukset tai uskomukset sairauden hoidosta. Tällöin hoitajan on otettava vastuu ja annettava potilaalla välttämätön perustieto. Hoitajalla on ammatillinen vastuu ohjata ja kertoa sairaudesta ja sen hoidosta. (Kyngäs ym. 2007, 41–42.)

Mäkeläisen mukaan (2009, 63–64) 50 % hoitajista antoi emotionaalista tukea, kun taas potilaista vain 15 % koki saavansa sitä. Yli puolet nivelreumapotilaista oli tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen. Hoitajat kertoivat kaiken tiedon mitä potilaat tarvitsivat ja käyttivät ymmärrettävää kieltä. Potilaista tuntui, että hoitajien antama ohjaus oli rutiininomaista, eikä avoimelle keskustelulle ollut aikaa. Potilaat kokivat, että hoitajat eivät keskittyneet potilaan yksilöllisyyteen. (Mäkeläinen 2009, 63–64.)

Kyngäksen, Mäkeläisen ja Kukkuraisen (2004, 225–234) mukaan ohjauksen sisältö oli riittämätöntä. Potilaat olivat joutuneet itsenäisesti etsimään tietoa sairauteen liittyvissä asioissa. Hoitajan ilmaisu ja kielellinen ymmärrettävyys olivat puutteellisia. Hoitajat eivät myöskään varmistaneet ohjauksensa ymmärrettävyyttä. (Kyngäs ym. 2004, 225–234)

Kantolan mukaan nivelreumapotilaiden ohjauksessa käytettiin ymmärrettävää kieltä ja potilaat saivat esittää halutessaan kysymyksiä. Ohjauksen tavoitteista keskusteltiin yhdessä. Potilaat eivät saaneet tietoa mahdollisuuksista vaikuttaa omaan hoitoonsa. Potilaat saivat ajan tasalla olevaa kirjallista materiaalia, mutta saivat vain vähän tietoa itse sairauden hoidosta. Hoitajat varmistivat ohjauksen ymmärrettävyyden. Potilaat saivat keskustella tunteistaan ja heitä oli kuunneltu. (Kantola 2007, 36–47.)

Hoitajien käsitys ohjauksesta vastaa melko suppeasti potilaan odotuksia. Hoitajilla on eri käsitys ohjauksensa selkeydestä ja riittävydestä. Mäkeläisen (2009, 63–64) mukaan hoitajat arvioivat ohjaustaitonsa paremmiksi kuin potilaat ne kokivat.

3.2 Sopeutuminen pitkäaikaissairauteen

Elämässä tapahtuvat muutokset voivat olla ihmisen kokemusmaailmassa kriisejä. Kaikki kriisit eivät ole kielteisiä, vaan ne mahdollistavat ihmisen kasvun ja kehityksen. Kriisissä olevan ihmisen käyttäytyminen on aina yksilöllistä ja ainutkertaista. (Mäkelä ym. 2001, 101.)

Sairastuessa ihminen joutuu ristiriitaan itsensä ja ympäristönsä kanssa. Mieli pyrkii ylläpitämään psyykkistä tasapainoa erilaisilla puolustusmekanismeilla.

Puolustusmekanismit suojaavat kuitenkin vain hetken pahalta ololta. Kieltäminen on puolustusmekanismeista alkeellisin. Vaikea asia katoaa, kun siltä suljetaan silmät.

Heijastaminen merkitsee, ettei ihminen kestä omia tuntemuksiaan vaan siirtää ne muihin ihmisiin ja asioihin. Pelko, ahdistuneisuus, vihan tunne ja avuttomuus näkyvät muissa ihmisissä, mutta ei itsessä. Selittäminen tulee esiin, kun ihminen etsii syitä tilanteeseensa itsensä ulkopuolelta. Ihminen ei uskalla kohdata itseään. (Mts. 25–27.)

Sairaus asettaa tiettyjä selviytymisvaatimuksia: pitkäaikaisen sairauden hyväksyminen, sen kanssa eläminen ja tarvittaessa elämän uudelleen järjestäminen. Sairauden vaatimukset aloittavat selviytymisprosessin, johon kuuluu sairaudesta ja sen hoidosta syntyvien vaatimusten käsittely ja hallinta. Ihminen tarvitsee erilaisia keinoja ja voimavaroja hallitakseen sairautta ja sen tuomia muutoksia. (Kyngäs 2007a, 29–30; Kyngäs 2007b, 28–29.)

Sairastuminen on aina yksilöllistä ja selviytymiseen vaikuttavat tilanteen uhkaavuus, kesto ja epävarmuus. On tärkeää pitää kiinni jokapäiväisestä elämästä ja tehdä mahdollisimman vähän muutoksia elämään – se auttaa sopeutumaan ja selviytymään. Sairaus on omakohtainen, itse koettu ja eletty. Sairastunut oppii tuntemaan elämän käytännöt, tilanteet ja olosuhteet, kun hän tasapainoilee sairauden kanssa. Sairastuneen tieto on kokemuksellista tietoa. (Kyngäs 2007a, 29–30; Kangas 2003, 76–77.)

Kriisin akuutti- eli sokkivaihe on ikääntyvillä yleensä taantumavaihe. Ihminen passivoituu ja menettää elämänhallinnan ja tukeutuu toisten autettavaksi. Aikuinen ihminen voi menettää kykynsä toimia kypsästi. Aikuinen ihminen käyttää usein suojautumiskeinonaan torjuntaa. Hän ei kiellä tapahtunutta, mutta torjuu sen hetkellisesti mielestään ja pyrkii sopeutumaan tilanteeseen. Jotkut voivat kieltää asian täysin, mikä vääristää todellisuudentajua. Jotkut ihmiset reagoivat kriiseihin tuskalla ja raivolla. Tuska kohdistuu omaan itseen eikä keskittyminen mihinkään muuhun enää onnistu. Raivo kohdistuu muihin ihmisiin, jotka ovat ehkä olleet osana tapahtunutta. Joillakin ihmisillä kriisiprosessi ei etene tätä vaihetta pidemmälle. (Mäkelä ym. 2001, 102–103.)

Kapinointi sairautta vastaan vie voimavaroja. Reumasairaudessa toiminta- ja liikuntakyky voi rajoittua, joka vaikuttaa kodinhoitoon, itsehoitoon, työhön ja harrastuksiin. Suuret muutokset toimintakyvyssä voivat ajaa ihmisen vaihtamaan ammattia tai lopettamaan työn kokonaan. Sairauden aiheuttamat muutokset omaan toimintaan ja liikkumiseen tuovat muutoksia arkeen. Sairastunut sekä hänen perheensä kaipaavat voimavaroja ja keinoja selvitä muutoksesta. Hyväksytyään sairauden ihminen pyrkii muuttamaan elämäntapaansa siten että hän selviytyy sekä sairaudesta että jokapäiväisestä elämästä, jolloin arkielämä helpottuu. Sairastumisen aiheuttamat tunteet, kuten viha ja ahdistus, vaativat käsittelemiseen oman aikansa. (Kyngäs 2007b, 28–29.)

Reaktiovaiheessa ihminen tunnistaa tosiasiat ja kohtaa ne. Tapahtumaa kerrataan useasti. Sen läpityöskentely on toivottu ja normaali ilmiö. Reaktiovaihe voi kestää kuukausista vuosiin. Tilanne ei saa juuttua paikoilleen, koska se estää ihmistä saamaan muuttuneen elämänsä tasapainoon. Ihmistä on tuettava ja autettava etsimään positiivisia asioita elämästään, jottei hän omaksu kärsimystä elämäntehtäväkseen. (Mäkelä ym. 2001, 103–104.)

Sairastuessaan ihminen näkee vanhan minäkuvansa häviävän ja saattaa epäonnistua uuden realistisen minäkuvan luomisessa. Minäkuva muuttuu ja uuden luominen on

haasteellista. Hyvä hoitosuhde tarjoaa sairastuneelle uusia näkökulmia ja taitoja luoda uusi minäkuva. Itsehoidon ja sairauden kanssa selviytymisen oppiminen on uuden minäkuvan luomisen yksi tavoite. On tärkeää saada takaisin elämän yhtenäisyys ja eheys. (Redman 2005, 360–369.)

Sairastuneella on myös muita selviytymiskeinoja. Itse asiaan aktiivisesti puuttuminen, elämänmyönteisyys, arkielämään kiinnittyminen ja läheisten tuki auttavat selviytymään sairauden tuomista haasteista. Perheen ja muiden läheisten tuki on tärkeää. Ihmisellä tulee säilyä tunne siitä, että hän on arvokas ja hänestä ollaan kiinnostuneita hänen itsensä vuoksi eikä vain hänen sairautensa vuoksi. Sairaus voi tuoda perheenjäsenten välille ristiriitoja, mutta myös samalla lähentää ihmisiä toisiinsa. (Kynäs 2007a, 29–30.)

Muilta ihmisiltä saatu tuki on suoraan yhteydessä terveyteen ja sairaudesta selviytymiseen. Se auttaa lisäämään elämönhallinnan tunnetta ja vaikuttaa henkiseen hyvinvointiin. Emotionaalinen tuki auttaa ihmistä ottamaan käyttöön psyykkiset voimavarat ja tarkastelemaan sairauden tuomaa tunnekuormaa läheisten kanssa. Ihmiselle on tärkeä vastaanottaa empatiaa sekä vastavuoroisesti antaa sitä toisille. Sosiaaliset suhteet auttavat saamaan apua käytännön ongelmiin ja epäonnistumisen ja yksinäisyyden tunteita koetaan vähemmän. (Kukkurainen 2007, 35–36; Siponen 2003, 149.)

Pitkäaikaisen sairauden hoito vaatii paljon apua ja tietoa sekä hoitajilta että läheisiltä. Tieto, että tukea on saatavilla, kun sitä tarvitsee, vähentää huolta muutoksista. Selviytymiseen vaikuttaa myös oman roolin säilyttäminen, kuten aviopuolisona, äitinä tai työntekijänä oleminen. Roolin säilyttäminen lisää oman arvon ja tärkeyden tunnetta. Pitkäaikaissairaus tekee roolin säilyttämiselle haasteellista. (Kukkurainen 2007, 35–36.)

Pitkäaikaissairaahan hoitaminen vaatii yhteistä panostusta niin potilaalta, hoitajalta kuin läheisiltäkin. Hoitaja antaa panoksensa tiedoistaan ja taidoistaan liittyen sairauteen ja sen hoitoon. Potilas on sairauden kokijana ja eläjänä. Läheinen osaa arvioida, miten

potilas selviytyy päivittäisistä toimista ja onko lisätuelle tarvetta. Potilas ja läheiset käyvät läpi sairastumisen kriisin. Tavoitteena on oppia selviämään sairauden ja sen oireiden kanssa. Sairastumisen aiheuttamien tunteiden läpikäyminen on tärkeää sekä potilaalle että läheisille. (Redman 2005, 360–369.)

3.3 Potilaan kohtaaminen

Mattilan (2001, 60–61) mukaan potilaille merkittävintä on sairaalaan tulo ja tuntemukset vastaanottotilanteessa. Hoitajan tulisi ottaa tämä huomioon, koska hyvä aloitus hoitosuhteelle vaikuttaa hoidon onnistumiseen. Potilas on motivoituneempi ja kykeneväisempi vastaanottamaan tietoa, kun hoitosuhde on alkanut myönteisesti ja potilas kokee olevansa tervetullut vastaanotolle. Hoitajan tulee huomioida potilas kokonaisuutena, eikä vain tiettyyn sairauteen sairastuneena ihmisenä. Potilaalle on tärkeää, että hoitaja ymmärtää häntä ja on kiinnostunut potilaasta yksilönä. Potilas haluaa, että hoitaja ottaa hänet tosissaan, on kiinnostunut kuuntelemaan hänen tuntemuksiaan. (Keskinen, Koskela, Lehto, Manninen & Tiainen 1997, 139.)

Potilaan tunteiden huomioon ottaminen korostuu, kun potilas on saanut tiedon sairaudestaan. Ohjauksen ajoittaminen on tässä tapauksessa tärkeää. Hoitajalla tulee olla kyky huomioida potilaan sanatonta viestintää. Työkokemuksen myötä intuitio, eli herkkyyks aistia ja havaita potilaan oloa, lisääntyy. Hoitajalle kehittyy tunne siitä, miten kannattaa toimia ja hän osaa lukea asioita rivien välistä. Huumorilla peitetty pelko on hyvä huomata ja ottaa se puheeksi. (Mattila 2001, 76.)

Potilas kokee ohjaustilanteessa sekä turvallisuuden että turvattomuuden tunteita. Sairastuessaan potilas kohtaa epävarmuutensa, avuttomuutensa ja pelkonsa. Potilas turvautuu toisten apuun ja viestittää turvattomuuttaan omalla olemuksellaan. Turvattomuus ilmenee pelokkuutena, avuttomuutena, arkuutena ja jännityksenä. Ohjaustilanteessa hoitaja voi kääntää potilaan tunteet turvallisuuden tunteeksi tai lisätä

turvattomuutta. Se riippuu siitä, mitä hoitaja olemuksellaan, toiminnallaan ja sanoillaan viestittää potilaalle. (Keskinen ym. 1997, 138–139.)

Hoitaja, joka viestittää olemuksellaan kiireettömyyttä, on helpommin lähestyttävä. Potilas aistii kiireen helposti hoitajan olemuksesta. Potilas odottaa hoitajalta läsnäoloa tässä hetkessä. Potilas tulkitsee hoitajan olemusta ja mahdollisuutta lähestyä häntä. Rauhallinen, ystävällinen ja varma hoitaja koetaan turvallisuutta lisäävänä. Hoitajan varmuus liittyy hänen ammattitaitoonsa. Hoitajien tulee kohdata potilaat yksilöllisinä persoonina ja arvostaa heitä. Tärkeitä tekijöitä hoitosuhteessa ovat kiireettömyys, keskittyminen ja suhtautuminen vakavasti potilaan asioihin. Myös kuunteleminen ja potilaiden osoittamien tunteiden hyväksyminen ovat tärkeitä tekijöitä hoitosuhteessa. Potilaan tulee tuntea, että hän on osaavissa käsissä. (Keskinen ym. 1997, 139; Heiskanen 2005, 62.)

Potilaan ja hoitajan luottamuksen pohjalla on myös hoitajan hyvä eettinen osaaminen. Hoitotyön etiikassa pohditaan, mikä hoitotyössä on tärkeää, miten toisia tulisi kohdella ja miten toisten tulisi kohdella meitä. Eettinen pohdinta auttaa tekemään valintoja sekä arvioimaan omaa ja toisten toimintaa. Potilasohjauksessa etiikan suhde ilmenee hoitajan ja potilaan kohdatessa. Jokaisella on omat eettiset periaatteensa ja taustatekijänsä. Potilaalla ja läheisillä on omat eettiset näkemyksensä. Hoitajalla on ammattietiikka, jonka taustalla vaikuttavat lait ja asetukset terveydenhuollosta. (Lahtinen 2006, 6-8.)

Terveydenhuollon eettisiä periaatteita ovat:

1. Oikeus hyvään hoitoon
2. Ihmisarvon kunnioitus
3. Itsemääräämisoikeus
4. Oikeudenmukaisuus
5. Hyvä ammattitaito ja hyvinvointia edistävä työilmapiiri
6. Yhteistyö ja keskinäinen avunanto.

Hyvän hoidon toteutuminen edellyttää vastuullisuutta. Hyvässä hoidossa potilas ja hänen läheisensä kokevat olevansa turvallisissa ja ammattitaitoisissa käsissä. He kokevat tulevansa hyvin kohdelluiksi ja hoidetuiksi. Ihmisen kunnioittamiseen kuuluu inhimillinen kohtelu, luottamuksellisuus, hyvä vuorovaikutus ja rehellisyys, tiedonsaannin ja itsemääräämisoikeuden edistäminen. Itsemääräämisoikeus tarkoittaa potilaan oikeutta osallistua hoitoonsa koskeviin päätöksiin ja kieltäytyä hoidosta halutessaan. Hyvä hoito edellyttää hyvää ammattitaitoa. Pelkkä kliininen osaaminen ei riitä, vaan tarvitaan vuorovaikutus- ja yhteistyötaitoja. (Etene 2001.)

Toimivan hoitosuhteen yksi tärkeimmistä edellytyksistä on luottamus. Luottamuksen syntyminen hoitajaa kohtaan on yksilöllistä. Luottamus on molemminpuolista: hoitaja luottaa potilaaseen, että hänellä on kykyä kantaa vastuuta omasta terveydestään, kun taas potilas kokee luottamusta, kun hoitajan toiminta herättää luottamusta ja tuo turvallisuuden tunnetta. (Mäkelä ym. 2001, 19–20.)

Sairauden johdosta potilas tuntee itsensä riippuvaiseksi toisesta. Potilas kokee itsensä helposti passiivisena osana hoitosuhdetta. Jotta yhteistyö toimisi, potilaan tulee luottaa hoitajan ammattitaitoon ja hyvántahtoisuuteen. Toimiva hoitosuhde perustuu hoitajan tiedoille ja taidoille, mutta myös kunnioitukselle ja hyvälle työmotivaatiolle. Potilas voi luottaa, että hoitaja tekee päätöksiä hänen hyväkseen. Potilas kaipaa hoivaa, huolenpitoa ja lohduttamista. Potilas toivoo hoitajan ratkaisevan hänen ongelmansa yhdessä hänen kanssaan, ja toivoo hoitajan olevan läsnä. (Mäkelä ym. 2001, 19–20; Kitson 2003, 503–510.)

Luottamuksen herättäminen on merkittävä tekijä turvallisuuden tunteen kehittymiselle. Luottamus voi tulla esille monella eri tavalla. Omien asioiden jakaminen hoitajan kanssa lisää läheisyyttä ja yhteyden tunnetta. Luottamus hoitajaan lisääntyy, jos potilas saa itse vaikuttaa hoitoonsa ja tehdä päätöksiä. Huolehtiminen ja ammattitaitoinen toiminta lisäävät turvallisuuden tunnetta. Huolehtimisena potilas kokee hoitajan hyväksynnän,

toiveiden toteuttamisen ja saatavilla olemisen. Turvallinen työskentely tuo potilaalle tunteen, että hoitaja välittää hänestä. (Keskinen ym. 1997, 141, 143; Mattila 2001, 69.)

Helposti lähestyttävä hoitaja on kiinnostunut potilaasta ihmisenä. Ohjaustilanteessa hoitaja osaa keskustella muistakin kuin sairauteen liittyvistä asioista. Hoitajan on huomioitava kohtaamisessa tavallinen puhe, joka yhdistää potilaan tuttuun ja turvalliseen arkimaailmaan. Sairaalakieli on potilaalle vierasta ja lisää turvattomuuden tunnetta. (Keskinen ym. 1997, 138.) Hoitajan ja potilaan läheisyys ilmenee heidän välisenä sinutteluna ja huumorina. Etäinen hoitaja ei osoita kiinnostusta potilaan kuulumisiin ja välttelee katsekontaktia. Potilas ei uskalla lähestyä ja kysyä hoitajalta mitään. (Mattila 2001, 66–67.)

Ohjaustilanteessa ei olla tekemisissä pelkästään potilaan kanssa vaan hoito koskettaa myös läheisiä. Sairastuminen vaikuttaa läheisiin, minkä takia hoitajien tulee ottaa läheiset huomioon ja toimia yhteistyössä heidän kanssaan. Läheisille annetaan liian vähän tietoa, vaikka potilaat pitävät tärkeänä, että läheisille annettaisiin tietoa. Läheisten ja hoitajan yhteistyö koetaan yhtä tärkeänä kuin tiedon saanti, turvallisuus, hoidon jatkuvuus ja kokonaisvaltainen hoito. Läheisten osoittama luottamus hoitajaa kohtaan helpottaa yhteistyösuhdetta. Vuorovaikutus läheisten ja hoitajien välillä toimii parhaiten, kun potilaan hoito on hyvin suunniteltu. (Åstedt-Kurki, Paavilainen, Tammentie & Paunonen-Ilmonen 2001, 142–150; Koivula 2002, 56.)

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksen tarkoitus on selvittää millaiseksi nivelreumaan sairastuneet ovat kokeneet saamansa ohjauksen sisätautien päiväsairaalassa. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jota voidaan käyttää nivelreumapotilaiden ohjauksen kehittämisessä. Tutkimustehtävä muotoutuu sosiaalisen tuen neljään eri luokkaan.

Tutkimustehtävä:

- Millaiseksi vastasairastuneet nivelreumapotilaat ovat kokeneet hoitajalta saamansa sosiaalisen tuen:
 - emotionaalisen tuen alueella
 - käytännöllisen tuen alueella
 - tiedollisen tuen alueella ja
 - tulkinnallisen tuen alueella?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

5.1 Tutkimusmenetelmät

Tutkimus toteutettiin määrällisenä kyselynä, josta avoin kysymys oli laadullinen.

Määrällisessä tutkimuksessa pyritään mittaamaan ja kuvailemaan tiettyä ilmiötä ja siihen vaikuttavia tekijöitä mahdollisimman luotettavasti. Aineiston kerääminen, käsittely ja analyysi ovat selkeästi toisistaan erottuvia vaiheita. (Koivula, Suihko & Tyrväinen 2002, 22, 37.)

Kyselylomakkeen selkeys tuloksia purkaessa ja tulosten mitattavuus puoltivat määrällistä tutkimusta. Koska tarkoitus oli vastata melko yksityiskohtaisiin tutkimustehtäviin, olivat tutkimustehtävän osa-alueet helpommin koodattavissa kyselyn muotoon.

Tutkimusaineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella. Kyselylomake luotiin itse. Kysymykset perustuivat Stenbäckin (2005) kehittämään mittariin, jolla tutkittiin neurologisen potilaan ohjausta hoitohenkilöstön, omaisten ja potilaan arvioimana. Mittarista käytettiin potilaan arvioinnin osaa. Kysymysten luomisen apuna käytettiin myös aikaisemmissa tutkimuksissa esille nousseita kehittämistarpeita.

Kysymykset ryhmiteltiin käyttäen Kyngäksen, Kääriäisen, Poskiparran, Johanssonin, Hirvosen ja Renforsin (2007, 42) esittelemiä sosiaalisen tuen muotoja: emotionaalinen tuki, käytännön tuki, tiedollinen tuki ja tulkinnallinen tuki. Otsikoinnin avulla kysymykset pystyttiin jäsentämään järkevästi. Kysymykset painottuivat emotionaalisen tuen alueelle, mutta kokonaisuuden luomiseksi kysymyksiä oli myös käytännön, tiedollisen ja tulkinnallisen tuen alueilta (ks. liite 2).

Vastaajia pyydettiin ilmoittamaan sukupuoli ja ikä. Kyselylomake muodostui monivalinnoista. Viimeisenä oli yksi avoin kysymys. Kyselylomakkeessa käytettiin viisiportaista Likertin asteikkoa. Vastausvaihtoehdot olivat täysin eri mieltä, melko eri mieltä, en osaa sanoa, melko samaa mieltä ja täysin samaa mieltä. Vastaajia ohjattiin valitsemaan se vaihtoehto, joka vastasi heidän mielipidettään. Avoimessa kysymyksessä vastaajille esitettiin kysymys: Minkälaisia toiveita Teillä olisi ohjauksen kehittämiseksi?

Kyselylomakkeen ymmärrettävyys esitestattiin viidellä henkilöllä. Lisäksi toimeksiantaja hyväksyi lomakkeen. Tämän jälkeen yksikön ylihoitaja ja ylilääkäri antoivat tutkimusluvan (ks. liite 1).

5.2 Kohderyhmä ja aineiston keruu

Kohderyhmäksi valittiin kolmesta kahdeksaan kuukautta sitten sairastuneet nivelreumapotilaat. Aikarajaa jouduttiin muuttamaan kuudesta kuukaudesta kahdeksaan, jotta tutkimusaineistoa saatiin riittävästi. Tutkimuksen kohteena olivat kaikki ohjauskerrat, mutta viimeisin, kolmen kuukauden käynti, oletettavasti vaikutti eniten tutkittavan vastauksiin. Sairastumisväli ei voinut olla kovin suuri, jos ensikäynneistä oli kulunut kauan, tutkittava ei pystynyt enää luotettavasti palauttamaan mieleensä saamaansa ohjausta.

Saatekirjeessä esiteltiin opinnäytetyön tekijät ja vastaajia motivoitiin vastaamaan kyselyyn kertomalla opinnäytetyön tarkoituksesta. Samalla kerrottiin kyselyyn vastaamisen vapaaehtoisuudesta ja salassapitovelvollisuudesta. Saatekirjeessä oli toimeksiantajan puhelinnumero, josta oli mahdollista kysyä lisätietoja. Saatekirjeeseen oli merkitty aikaraja, jolloin kysely tulee palauttaa. Aikaa vastaamiseen oli noin kuukausi. Tutkittaville lähetettiin saatekirje ja kyselylomake kotiin postitse. Nimi- ja osoitetiedot saatiin toimeksiantajan potilasrekisteristä. Kyselyitä lähetettiin 42 kappaletta. Kyselyt palautuivat toimeksiantajalle. Kyselyitä palautui 24 kappaletta, eli vastausprosentiksi tuli 57 %. Avoimiin kysymyksiin oli vastannut kymmenen vastaajaa. Vastanneiden lukumäärä vaihteli eri kysymysten välillä, koska kaikki eivät olleet vastanneet kaikkiin kysymyksiin. Tyhjäksi jätetyt kohdat tulkittiin niin, että vastausvaihtoehto oli "en osaa sanoa".

5.3 Aineiston analyysi

Tiedonkeruun jälkeen aineisto analysoitiin strukturoitujen kysymysten osalta käyttäen SPSS-ohjelmaa (Statistical Package for the Social Sciences). Arviointiasteikko yhdistettiin viisiportaisesta kolmiportaiseksi tulosten esittämisen selkiyttämiseksi. "Täysin eri mieltä"

ja ”melko eri mieltä” – vaihtoehdot yhdistettiin ja ”melko samaa mieltä” ja ”täysin samaa mieltä” – vaihtoehdot yhdistettiin.

Avoimet kysymykset analysoitiin ryhmittelemällä vastaukset eri osa-alueisiin. Näin saatiin erilaisia luokkia vastausten sisältöjen mukaan. Tuloksia havainnoitiin käyttäen taulukoita ja kuvioita. Näin saatiin sekä strukturoiduista kysymyksistä että avoimista kysymyksistä hyvä ja selkeä kokonaisuus.

6 TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Vastaajien taustatiedot

Vastaajia oli 24. Vastaajista 33 % (n=8) oli miehiä ja 67 % (n=16) naisia. Vastaajista nuorin oli 32-vuotias ja vanhin 83-vuotias. Vastaajien keski-ikä oli 61,7 vuotta. Vastanneet olivat sairastuneet nivelreumaan kolmesta kahdeksaan kuukautta sitten. Iällä ja sukupuolella ei havaittu olevan merkitystä tulosten kannalta otoksen pienuudesta johtuen.

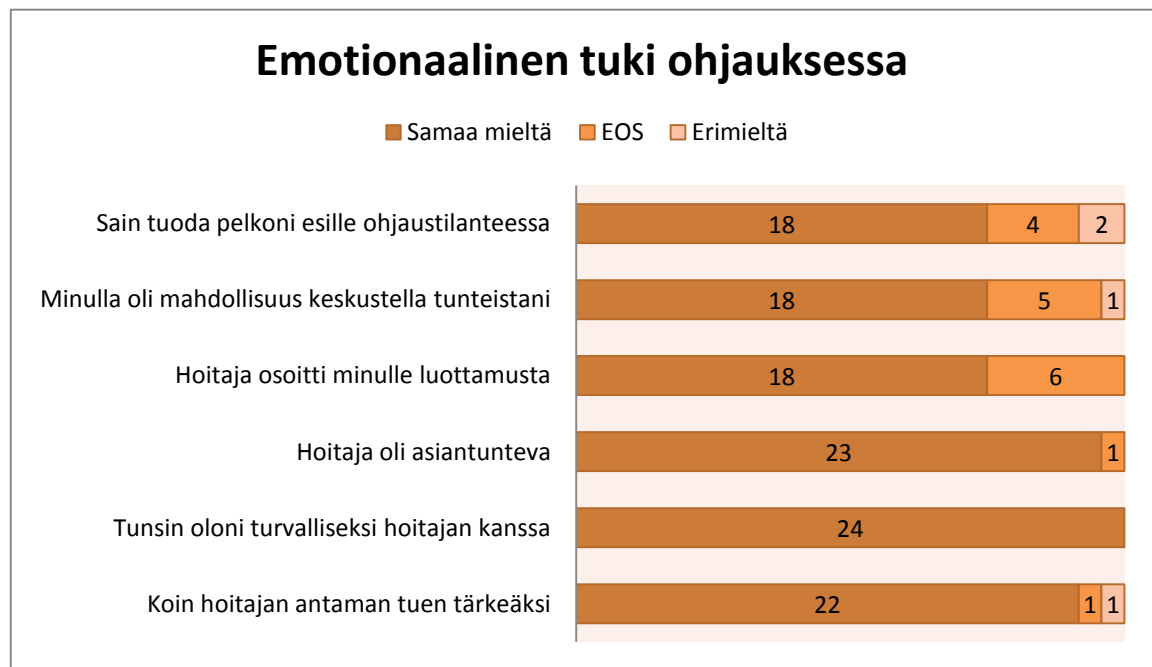
6.2 Emotionaalinen tuki

Suurin osa (n=23) vastaajista koki hoitajan antaman tuen tärkeänä. Yksi vastaaja koki, että hoitajan tuki ei ollut tärkeää. Hoitajan oli koettu antavan tukea sairauden kanssa selviytymiseen. Kaikki vastanneet olivat tunteneet olonsa turvalliseksi hoitajan kanssa. Kaikki vastaajat olivat samaa mieltä siitä, että hoitaja oli asiantunteva (ks. kuvio 3).

Hoitajan osoittama luottamus potilasta kohtaan oli koettu osin eriävästi, kuusi vastannutta oli valinnut "en osaa sanoa". Suurin osa (n=18) oli silti samaa mieltä siitä, että hoitaja oli osoittanut luottamusta (ks. kuvio 3.) Hoitaja koettiin helposti

läheystyttävänä ohjaustilanteissa. Hoitaja oli onnistunut myös huomioimaan potilaan aiemmat tiedot sairaudesta.

Suurin osa vastanneista (n=18) oli saanut mahdollisuuden keskustella tunteistaan, viisi ei osannut sanoa oliko saanut keskustella tunteistaan. Yksi vastaaja oli vastannut, että ei ollut saanut keskustella tunteistaan. 18 vastaajaa oli saanut tuoda pelkonsa esille ohjaustilanteessa, mutta tässäkin osa ei ollut osannut sanoa (n=4) tai oli kokenut ettei ollut saanut tuoda pelkojaan ohjaustilanteeseen (n=2) (ks. kuvio 3).



KUVIO 3. Emotionaalinen tuki ohjauksessa

Vastanneet kokivat, että olivat saaneet esittää kysymyksiä hoitajalle halutessaan.

Ohjaustilanteissa oli keskusteltu myös muista kuin hoitoon liittyvistä asioista (n=15).

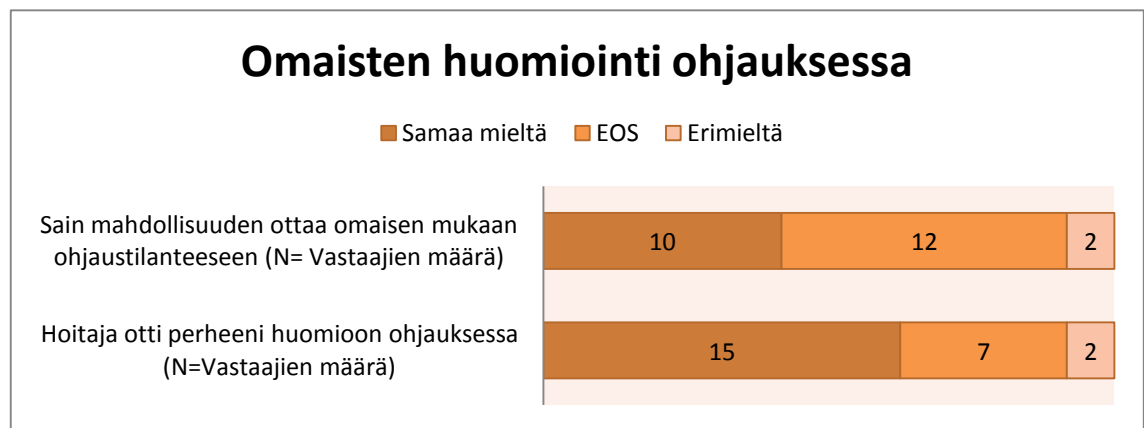
Kolme oli tässä kysymyksessä eri mieltä. Kuusi vastaajaa ei osannut sanoa.

Suurin osa (n=23) vastanneista oli kokenut tulleen kuulluksi ohjauksen aikana. Potilaan tarpeet ja elämäntilanne oli osattu ottaa huomioon, vain viisi vastaajaa ei osannut sanoa oliko tarpeita huomioitu.

Vastaajista 20 piti sekä ohjausympäristöä rauhallisena että ohjaustilannetta kiireettömänä, mutta pieni osa oli eri mieltä (n=2) ja osa ei osannut sanoa (n=2). Viisi vastaajaa oli sitä mieltä, että ohjaustila ei ollut miellyttävä. Seitsemäntoista vastaajaa piti ohjaustilaa miellyttävänä.

Omaisten mukaan otto ohjaustilanteeseen ja perheen huomioiminen ohjauksessa oli koettu vaihtelevasti. Puolet vastanneista ei osannut sanoa, oliko saanut mahdollisuuden ottaa omaisensa mukaan ohjaukseen. Kymmenen vastannutta koki saaneensa mahdollisuuden, kaksi oli tästä eri mieltä (ks. kuvio 4).

Sama vastausten erilaisuus nähdään kun kysyttiin ottiko hoitaja perheen huomioon ohjauksessa. Viisitoista vastannutta oli kokenut, että perhe oli otettu huomioon. Silti kaksi vastaajaa koki että perhettä ei ollut huomioitu ja osa (n=7) ei osannut vastata kysymykseen (ks. kuvio 4).

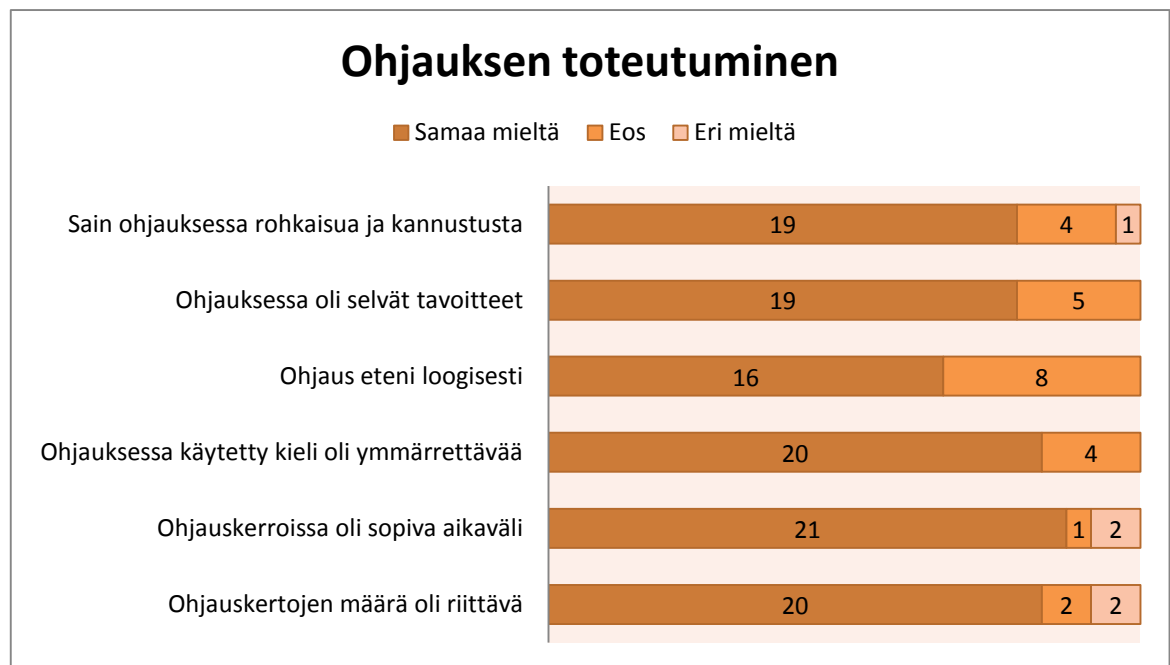


KUVIO 4. Omaisten huomiointi ohjauksessa

6.3 Käytännöllinen ja tiedollinen tuki

Tutkimustulosten mukaan suurin osa (n= 23) potilaista sai ohjauksen kirjallista materiaalia. Hoitaja oli myös läpikäynyt materiaalin lähes kaikkien vastanneiden (n=23) kanssa. Molemmissa kysymyksissä oli valittu yksi ”En osaa sanoa” – vastausvaihtoehto.

Enemmistö (n=19) vastaajista koki, että saadun tiedon määrä kahdella ensimmäisellä ohjauksella oli riittävää. Kolme vastaajaa oli sitä mieltä, että tietoa ei ollut riittävästi. Yksi vastaaja ei osannut sanoa, oliko tietoa riittävästi. Suurin osa (n=20) piti ohjauksien määrää riittävänä. Kaksi vastaajaa ei osannut sanoa, oliko ohjauksien määrä riittävä. Kaksi vastaajaa piti ohjauksien määrää riittämättömänä. 21 vastaajan mielestä ohjauksien välissä oleva aika oli sopiva. Kaksi vastaajaa vastasi, ettei aika ohjauksien välillä ollut sopiva. Yksi vastaaja ei osannut sanoa oliko aikaväli riittävä ohjauksien välillä (ks. kuvio 5).



KUVIO 5. Ohjauksen toteutuminen

Yli puolet vastaajista (n=17) oli sitä mieltä, että tiedon jakamisessa eri ohjauskerroille oli onnistuttu hyvin. Seitsemän vastaajaa ei osannut sanoa oliko tieto jaettu hyvin ohjauskertojen välillä. 20 vastaajaa koki, että hoitaja antoi ohjauksessa heille heidän kaipaamaansa tietoa eri aiheista. Kolme vastanneista valitsi ”En osaa sanoa”-vastausvaihtoehdon. Yksi vastaaja oli sitä mieltä, että ei saanut kaipaamaansa tietoa. 6 vastaajaa ei osannut sanoa, oliko hoitajan antama tieto sovellettavissa omaan elämään ja itsehoitoon. 18 vastaajaa oli samaa mieltä tiedon sovellettavuudesta (ks. kuvio 6).

6.4 Tulkinnallinen tuki

19 vastaajan mukaan ohjauksessa oli selvät tavoitteet. Viisi vastaajaa ei osannut sanoa (ks. kuvio 5). Suuri osa vastaajista (n=18) oli sitä mieltä, että hoitaja varmisti sen että potilas ymmärtää saamansa tiedon, vain yksi vastaajista oli eri mieltä. Viisi ei osannut sanoa, varmistiko hoitaja heidän ymmärtäneen saamansa tiedon (ks. kuvio 6).

19 vastaajaa oli sitä mieltä, että ohjauskertojen jälkeen he saivat hyvät valmiuden itsehoitoon. Viisi vastaajaa ei osannut sanoa. Enemmistön (n=19) mielipide oli, että hoitaja rohkaisi ja kannusti heitä. Yksi vastaaja oli väitteestä eri mieltä. Neljä vastaajaa ei osannut sanoa kantaansa kysymykseen.

Kielellisesti ohjaus oli ymmärrettävää, sillä selvä enemmistö (n=20) oli väitteestä samaa mieltä. Neljä vastanneista ei ollut osannut sanoa oliko kieli ollut ymmärrettävää. 16 vastaajan mielestä ohjaus eteni melko loogisesti. Kahdeksan vastaajaa jätti vastaamatta kysymykseen. Tiedon käytännönläheisyys oli hyvää, sillä suuri osa (n=19) vastaajista oli samaa mieltä, loput eivät osanneet vastata kysymykseen (ks. kuvio 6).



KUVIO 6. Tiedollinen ja tulkinnallinen tuki ohjauksessa

6.5 Potilaiden toiveet ohjauksen kehittämiseen

Vastaajat kehuivat poliklinikalta saatuja ohjeita ja ohjausta. Erilaisia tukitoimia pidettiin hyvinä, kuten fysio- ja toimintaterapiaa. Hoitajia pidettiin empaattisina. Tiedon määrä oli hyvää ja se oli asiallista. Yhden vastaajan mukaan ensivaikutelma on vaikuttanut paljon hoitosuhteeseen.

Itse olin positiivisesti yllättynyt tiedon määrästä, ohjauksesta ja erilaisista tukitoimista. Kovasti rohkaistiin kysymään aina kun vain löytyy kysyttävää.

Usea vastaaja oli tyytymätön ohjaustiloihin ja ympäristöön. Vastaajat toivat esille, että ohjaustilannetta leimaa kiireen tuntu.

Ohjaustiloista on ilmiselvää puutetta. Minäkin olisin halutessani kuullut kaiken, mitä viereisessä tilassa puhuttiin toisen potilaan kanssa. Hoitajaparoilla oli myös kiire; potilaita oli odottamassa. Oma hoitajani ei kuitenkaan millään tavoin osoittanut sitä.

Avoimissa kysymyksissä tuotiin esille käytännön asioita. Eri kuntien toimintatavat olivat erilaisia kuin hoitajien antamien ohjeiden mukaiset, ja se koettiin hämmentävänä. Myös laboratoriovastausten saaminen koettiin hankalana. Yksi vastaaja toi esille poliklinikkakutsun, jossa ei ollut mainintaa hoitajan vastaanotosta eikä ruokailumahdollisuudesta osastolla. Aikaa oli kulunut yli kaksi kertaa sen, mitä potilas oli suunnitellut.

Toisella kerralla asiat sujuivat jo helpommin, kun tiesi, mitä odottaa. Ensivaikutelman ja -kokemuksen merkitys oli minulle yllättävän suuri. Kokonaisuudessaan henkilökunta on ollut sydämellistä ja avuliasta ja koen positiivisena tarjotun hoitomallin.

Vastaajat kehuivat kohtelua hyväksi ja yksilölliseksi. Yksi vastaaja oli sitä mieltä, että ohjaus ei ollut yksilöllistä. Henkilökuntaa sanottiin sydämelliseksi ja ystävälliseksi.

Hoitajat olivat aivan ihania, tunsin että olen sittenkin ainutkertainen yksilö. Kiitos.

Yksi vastaaja toi esille, että selvää suomenkieltä pitäisi käyttää niin että potilas ymmärtää. Potilailta pitäisi kysellä enemmän ja rohkaista potilaita kysymään. Yhden vastaajan mukaan ohjaustilanteen tulisi olla enemmän keskusteleva ja rento. Yksi vastaaja toivoi ryhmänohjausta mahdollisimman pian sairastumisen jälkeen, koska сувussa ei ole kenelläkään reumaa.

7 POHDINTA

7.1 Tutkimusetiikka

Vastuu hyvän tutkimusetiikan noudattamisesta kuuluu jokaiselle tutkijalle. Yksi tieteellisen hyväksyttävyyden sekä sen luotettavuuden ja tulosten uskottavuuden edellytys on, että tutkimus on suoritettu käytännön edellyttämällä tavalla. Tutkijat toimivat rehellisesti, huolellisesti ja tarkasti niin tutkimuksen tekemisessä, tulosten tallentamisessa kuin myös tulosten esittämisessä ja tulosten arvioinnissa.

Tiedonhankinta, -tutkimus, -ja arviointimenetelmien tulee olla eettisesti kestäviä. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2010.)

Tutkimukseen osallistumisen tulee olla vapaaehtoista ja perustua riittävään tietoon.

Tutkimuksesta tulee kertoa tutkittaville ainakin seuraavat tiedot:

- tutkijan yhteystiedot
- tutkimuksen aihe
- aineistonkeruun toteutustapa ja arvioitu ajankulu
- aineiston käyttötarkoitus ja jatkokäyttö
- osallistumisen vapaaehtoisuus.

(Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009.)

Tutkimuksen eettisiin periaatteisiin kuuluu myös henkisten haittojen välttäminen.

Tutkittavia tulee kohdella arvostavasti ja tutkittavista tulee kirjoittaa kunnioittavasti tutkimusjulkaisussa. Myös taloudellisten ja sosiaalisten haittojen välttäminen kuuluu tutkimusetiikkaan. Sosiaalisia haittoja voi syntyä, mikäli yksityisyyttä ja tietosuojaa koskevia periaatteita ei noudateta. Yksityisyyden suoja kuuluu Suomen perustuslailla suojattuihin oikeuksiin ja on myös tutkimuseettisesti tärkeä periaate. Tietosuoja koskee tutkimusaineiston keruuta, käsittelyä ja tulosten julkistamista. Määrällisen tutkimusten

tulokset esitetään tilastollisina, joten julkaistut tulokset eivät siten sisällä tutkittavien tunnistamisen mahdollisuutta. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2009.)

Tutkimuksella oli selvä tarkoitus ja tavoite. Tutkimus selvitti potilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta. Tutkimukseen osallistuminen oli vastaajille täysin vapaaehtoista. Saatekirjeessä oli asianmukaisesti ja rehellisesti ilmoitettu, mihin tarkoitukseen vastaajan antamia tietoja käytettiin. Kirjeessä ilmoitettiin, että vastaaminen tai vastaamatta jättäminen ei vaikuta vastaajan hoitoon. Kyselylomakkeen alussa oli myös esitetty opinnäytetyön tekijöiden nimet sekä tittelit, mikä osoitti luottamuksellisuutta vastaajia kohtaan. Tutkimusta ohjaaviin eettisiin periaatteisiin kuuluu tutkittavien tietosuojan säilyminen lain edellyttämällä tavalla (L 17.8.1992/785). Osoite- ja nimitietoja ei ollut kyselylomakkeissa. Näin tutkittavien anonymiteetti säilyi.

7.2 Tulosten tarkastelu

Vastauksista kävi ilmi, että hoitajan antama tuki koettiin tärkeänä osana hoitoa. Potilaat kokivat myös, että hoitaja oli tukenut heitä sairauden kanssa selviämisessä. Tulos on yhteneväinen Mattilan (2001, 60–61) tutkimuksen kanssa, jossa potilaille merkittävintä oli sairaalaan tulo ja tuntemukset vastaanottotilanteessa. Tutkimuksesta kävi myös ilmi, että hoitaja oli tukenut potilaan selviytymistä, potilaat olivat kokeneet olonsa turvalliseksi ja hoitaja oli ollut asiantunteva. Hoitajan oli koettu myös osoittaneen luottamusta potilasta kohtaan. Myös Kääriäisen (2007, 81) tutkimuksessa potilaat arvioivat hoitajien tiedot, taidot ja asenteet hyväksi.

Keskeisenä kehittämiskohteena tutkimuksessa nousi esille potilaan tukiverkoston hyödyntäminen. Tutkimuksesta kävi ilmi, että läheisten huomioimisessa kaivataan vielä yhteneväisiä toimintamalleja, jotka edistäisivät potilaiden tasa-arvoa ja toisaalta kokonaisvaltaisen ohjauksen toteutumista. Potilaita tulisi tiedottaa mahdollisuudesta ottaa läheinen mukaan ohjaukseen. Perhetilanteen huomioiminen on tärkeää hoitajan

antamassa ohjauksessa. Tulosten mukaan potilaiden elämäntilanne oli osattu ottaa hyvin huomioon. Aiemmissa tutkimuksissa on todettu, että mahdollisuus ottaa läheinen mukaan ohjaukseen on potilaille tärkeää ja siitä tulisi tiedottaa enemmän. (ks. Vihijärvi ym. 2008, 16–22; Åstedt-Kurki ym. 2001.)

Tutkimuksessa nousi esille ohjausympäristön puutteellisuus. Vastajat olivat tyytymättömiä ohjaustiloihin ja olivat sitä mieltä, että ohjaustilannetta leimaa kiireen tuntu. Tutkimustulos on yhteneväinen aiempien tutkimusten kanssa. Stenbäckin (2005, 40–45) tutkimuksessa potilaat kuvasivat ohjaustiloja ankeiksi ja ahtaiksi. Töyryn (2001, 77) mukaan myös ilmapiiri oli usein kiireinen. Turvattomuuden tunne liittyy kiireeseen, jolloin ohjaus jää puutteelliseksi ja potilas ei saa tarpeeksi tukea (Vihijärvi ym. 2008, 16–22). Kääriäisen (2007, 90–91) tutkimuksessa puutteellisina koettiin ohjaustilat ja resurssit. Hoitajia oli liian vähän ja heillä oli kiire. Myös hoitajien ohjausvalmiutta pidettiin osin puutteellisena, koska hoitajat eivät aina käyttäneet ymmärrettävää kieltä (Kääriäinen 2007, 90–91).

Tutkimustulosten mukaan suurin osa hoitajista varmisti antamansa tiedon ymmärrettävyyden. Suurin osa vastaajista vastasi, että ohjaus oli kielellisesti ymmärrettävää. Avoimessa kysymyksessä yksi vastaaja toi esille, että ohjauksessa pitäisi käyttää selvää suomen kieltä. Aikaisempiin tutkimuksiin verrattuna ohjauksen ymmärrettävyyden tarkistaminen toteutui hyvin. Kyngäksen ja muiden (2005, 225–234) mukaan hoitajien ilmaisu ja kielellinen ymmärrettävyys koettiin puutteellisina. Ohjauksen ymmärrettävyyttä ei tarkistettu. Kantolan mukaan taas potilaat kokivat, että ohjauksessa käytetty kieli oli ymmärrettävää (Kantola 2007, 37.) Stenbäckin (2005, 40–45) tutkimuksessa potilaat toivat esille, että heiltä pitäisi varmistaa, onko ohjaus ollut ymmärrettävää.

Kuten Mattilan (2001, 60–61) tutkimuksessa kävi ilmi, potilaalle on merkittävintä sairaalaan tulo ja ensituntemukset. Ensivaikutelman merkitys on todella suuri ja se vaikuttaa pitkälle hoitosuhteeseen. Ohjauksen suunnittelussa on tärkeää arvioida

potilaan ahdistusta ja pelkoja. Ohjauksen oikea ajoitus ja tiedon määrä on tärkeää. (ks. Kankaala ym. 2006, 6-8.)

Tutkimustuloksista kävi ilmi, että vastaajista kaksi ei ollut saanut tuoda esille pelkojaan ja muutama vastaaja ei osannut vastata kysymykseen. Sama ilmiö näkyi väitteessä ”sain mahdollisuuden keskustella tunteistani”, jossa viisi vastaaja ei osannut vastata ja yksi oli eri mieltä asiasta. Potilaat saattavat olla ujoja eivätkä uskalla tuoda tunteitaan ja pelkojaan esille. Jotkut potilaat eivät välttämättä koe tarpeelliseksi tuoda tunteitaan esille hoitajalle. Kolmen vastaajan mukaan ohjaustilanteessa ei ollut keskusteltu muusta kuin sairaudesta.

Tuloksia voidaan verrata Keskinen ja muiden (1997, 138) toteamukseen, jonka mukaan helposti lähestyttävä hoitaja viestittää olemuksellaan kiireettömyyttä. Potilaat ovat herkkiä tulkitsemaan hoitajan olemusta. Helposti lähestyttävä hoitaja osaa vuorovaikutustilanteessa keskustella muistakin kuin sairauteen liittyvistä asioista. Kankaalan (2007, 37) mukaan potilaat saivat keskustella omista tunteistaan ja heille jäi tunne, että heitä oli kuunneltu. Potilaat toivat esille pelkojaan ja suruaan.

Tutkimustulosten mukaan suurin osa potilaista oli selvillä ohjauksen tavoitteista. Potilaat saivat esittää halutessaan kysymyksiä. Kantolan mukaan hoitajat keskustelivat ohjauksen tavoitteista potilaiden kanssa. Potilaat olivat pitäneet ohjauksen suunnittelussa parhaimpana sitä, että olivat saaneet esittää halutessaan kysymyksiä (Kankaala 2007, 36).

Tutkimuksessa usea vastaaja ei osannut sanoa, oliko tiedon jakamisessa eri ohjauskerroille onnistuttu. Muutama vastaaja koki, että tietoa olisi voinut saada enemmän ja ohjauskertoja useammin. Tuloksia voidaan tulkita niin, että tiedon vastaanottamiseen on vaikuttanut jokaisen yksilöllinen kriisi sairastumisesta. (ks. Kukkurainen & Kyngäs 2007.)

Tutkimustulosten mukaan pieni osa ei osannut sanoa, oliko hoitaja osoittanut

luottamusta. Potilaan voi olla vaikea ensikäyntien aikana arvioida hoitajan antamaan luottamusta. Molemminpuolinen luottamus syntyy vasta pitkän ajan päästä. Heiskanen ja Mäkelän mukaan luottamus on molemminpuolinen ilmiö. Hoitaja luottaa potilaaseen ja siihen, että hänellä on kykyä kantaa vastuuta omasta terveydestään. Potilas kokee luottamusta, kun hoitajan toiminta herättää luottamusta ja tuo turvallisuuden tunnetta (ks. Heiskanen 2005, 62; Mäkelä ym. 2001, 19–20).

Vastasairastuneet nivelreumapotilaat kokivat sosiaalisen tuen hyvänä. Emotionaalinen tuki koettiin kokonaisuudessaan hyvänä. Avoimessa kysymyksessä vastaajat kuvailivat hoitajia sydämellisiksi, avuliaksi ja ystävällisiksi. Hoitajia keuhuttiin ja kiiteltiin, annettua tietoa ja tukitoimia pidettiin hyvänä. Käytännöllinen tuki toteutui hyvin. Tiedollisen tuen alueella potilaiden vastaukset vaihtelivat. Tutkimustuloksista voidaan päätellä, että jokaisella potilaalla on omat tarpeensa ohjaukselliselle tuelle ja sen ajoittamiselle. Tiedon määrän sopivuus ja sen ajoittaminen vaatii hoitajalta kykyä arvioida potilaan yksilöllistä tilannetta. Tulkinallinen tuki ohjauksessa toteutui hyvin. Ohjaus oli loogista ja ymmärrettävää ja potilaat saivat valmiudet itsehoitoon sekä kannustusta hoitajilta.

7.3 Tutkimuksen luotettavuus

Lähetetyistä 42 kyselystä palautui 24 kappaletta eli 57 %. Tätä voidaan pitää hyvänä vastausprosenttina postikyselylle ja tavoite vastausten määrän suhteen täyttyi hyvin. Yli puolet niistä tavoitettiin, jotka olivat ajoittaneet ensiohjauksikäyntinsä marraskuun 2009 ja kesäkuun 2010 välille. Aineiston voidaan katsoa edustavan hyvin kyseisellä aikavälillä ensiohjauksensa saaneiden näkemyksiä ohjauksen laadusta. Kerättyjen vastausten määrästä johtuen aineisto ei anna kattavaa kuvaa sukupuolijakaumasta vastausten suhteen. Iän suhdetta ohjauksen kokemiseen ei myöskään tarkastelu.

Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttavat valideetti ja reliabiliteetti. Valideetilla eli pätevyydellä tarkoitetaan mittaako mittari sitä, mitä oli tarkoitus mitata. Luotettavuutta

tarkasteltaessa mietittiin, onnistuiko kysely tuottamaan mitattavia tuloksia sosiaalisen tuen laadusta. (LoBiondo-Wood & Haber 2006, 338.)

Kyselyn pohjana toimi neurologisen potilaan ohjauksen mittaamiseen tarkoitettu kysely (Stenbäck 2005), jota muokattiin soveltuvaksi sosiaalisen tuen mittaamiseen. Kyselyssä saadut arvot olivat hajonnaltaan pieniä ja ihmiset olivat valinneet samanlaisia vastausvaihtoehtoja toisistaan riippumatta. Myös keskenään samankaltaisiin kysymyksiin oli vastattu samalla tavalla. Tulosten johdonmukaisuus viittaa niiden luotettavuuteen.

Myös esitutkimuksella on huomattava rooli mittarin validiteetin parantamisessa. Esitutkimuksella varmistetaan mittarin toimivuus, loogisuus ja käytettävyys (Vehviläinen-Julkunen & Paunonen 1997, 207.) Kysely täytyy esitellä, jotta vältetään virheitä. Kysymysasetteluja tulee pohtia tarkkaan tutkimuksen luotettavuuden vuoksi. Tutkija sokeutuu helposti kyselylomakkeeseensa. Kyselylomakkeen kriittinen tarkastelu saattaa auttaa näkemään kyselyn epäkohdat. Osattiinko kyselyssä ottaa huomioon nimenomaan nivelreumapotilaan ohjaukselliset tarpeet? (Mäkinen 2006, 92-93.)

Kyselyn toimivuutta testattiin ennen postittamista ja kyselyn ymmärrettävyyttä korjattiin. Vastauksia analysoitaessa esille nousi kysymys käytetyn mitta-asteikon käytännöllisyydestä, koska analysoitaessa tiivistettiin alkuperäiset viisi vastausvaihtoehtoa kolmeksi vaihtoehdoksi. Vastausten määrän ollessa pieni tiivistetyt ilmaisut toivat selkeämmin aineistosta esiin ihmisten mielipiteet.

Tutkimuksen reliabiliteetti eli pysyvyys osoittaa kuinka hyvin mittarilla on onnistuttu mittaamaan tutkittavaa ominaisuutta. Tässä tapauksessa reliabiliteetti tarkoitti kuinka tutkimuksemme onnistui mittamaan sosiaalisen tuen muotoja. Hyvästä pysyvyydestä ovat merkinä tutkimustulosten johdonmukaisuus ja jatkuvuus läpi useiden testauskertojen. (LoBiondo-Wood & Haber 2006, 345.) Koska käytössä ei ole aiempaa samankaltaista tutkimusta yksikössä toteutuneesta ohjauksesta sosiaalisen tuen näkökulmasta, tuloksia verrataan aiempaan yleisesti aihealueelta tehtyyn tutkimukseen.

Postikyselyiden haittapuolena voidaan nähdä se, että vastaustilanteessa lomakkeen täyttäjää ei voi selventää epäselviksi jääneitä kysymyksiä. Tämä korostaa hyvän saatekirjeen ja täyttö-ohjeen merkitystä. Saatekirjeen merkitys on suuri. Sillä voidaan saada motivoitua vastaaja vastaamaan kyselyyn. Myös kyselyn loogisuus on mietittävä tarkkaan täyttämisen helpottamiseksi. (Alkula, Pöntinen & Ylöstalo 1994, 137; Vehkalahti 2008, 47–48.)

Sisätautien päiväsairaalan nivelreumapotilaat täyttivät ennen vastaanottoa laajan toimintakykykyselyn, joten potilaat osallistuvat erilaisiin tutkimuksiin hoitonsa aikana. Tämä voi osaltaan vaikuttaa vastausaktiivisuuteen, koska potilaat saattavat kokea tutkimukset työläinä. Tästä huolimatta vastausprosentti oli suhteellisen korkea.

Parhaassa tapauksessa kaikista havainnoista saadaan mittaustulos kaikille muuttujille, eli kaikki vastaajat valitsevat asianmukaisesti mitta-asteikolta haluamansa vaihtoehdon. Tavallisesti aineistosta löytyy puuttuvia tietoja. Puuttuvat tiedot voivat merkitä montaa eri asiaa: vastaaja on epähuomiossa jättänyt vastaamatta, kieltäytynyt vastaamasta tai ei ole ymmärtänyt kysymystä. ”En osaa sanoa”- vastausvaihtoehto on eräänlainen puuttuva tieto. Puuttuvan vastauksen ja ”en osaa sanoa”-vastauksen erottamisesta toisistaan ei ole yhtenäistä linjaa, vaan asia täytyy harkita tapauskohtaisesti. (Alkula ym. 1994, 87-88.) Aineistossa koodattiin puuttuvat arvot ”en osaa sanoa”- vastauksina.

7.4 Tutkimuksen toteutuksen pohdinta

Opinnäytetyöprosessi kesti kokonaisuudessaan vuoden. Valitsimme opinnäytetyön aiheen 2009 marraskuussa, joka varmistui helmikuussa 2010. Tutkimussuunnitelma valmistui vuoden 2010 huhtikuussa. Tutkimusluvan saatuamme toukokuun 2010 alussa lähetimme kyselyt tutkittaville. Tutkimuksen analysointi ja valmiiksi kirjoitus tapahtui syksyn 2010 aikana. Pysyimme suunnittelemassamme aikataulussa hyvin. Luultua enemmän aikaa veivät tutkimussuunnitelman tekeminen ja tulosten analysointi.

Rajasimme aiheen heti alussa tarkasti ja teimme käsiteanalyysia. Aiheen rajaus oli onnistunut, mikä tuki työskentelyn sujuvuutta koko prosessin ajan. Lähdetietoa löytyi hyvin. Saimme pohjatietoa oman tutkimuksen tekemiselle. Kyselylomakkeiden luominen oli haasteellista, sillä se piti luoda päiväsairaalan toiveita ja tarpeita vastaaviksi. Sopivaa valmista kyselylomaketta ei löytynyt, joten se piti rakentaa itse.

Syksyllä 2010 aloitimme tutkimustulosten analysoinnin ja lopullisen tutkimusraportin kirjoittamisen. Aineiston analyysivaiheessa huomasimme, että kyselyä olisi voinut rakentaa vielä loogisempaan ja yhdenmukaisempaan suuntaan. Kyselylomakkeesta löytyi paljon kehitettävää. Kokemus ja tieto olisivat helpottaneet mittarin luomista käytäntöä vastaavaksi. Tulosten hahmottuessa huomasimme, että esimerkiksi perhehoitotyön kysymykset oli laitettu toisistaan erilleen, joten niihin olisi voinut keskittyä enemmän ja kenties laittaa aiheesta avoimen kysymyksen. Toisaalta löysimme tästä hyvän jatkotutkimuksen aiheen.

Vastausvaihtoehdot tuntuivat osin suppeilta kuvaamaan vastanneiden tunteja, osa oli kirjoittanut kyselyn reunaan kommentteja, osa oli jättänyt vastaamatta. Informaatio olisi saattanut olla kattavampaa, jos kysely olisi ollut esimerkiksi osin avoin tai teemahaastattelu. Toisaalta tutkimus antoi hyvän pohjan osaston ohjauksen laadusta, josta on hyvä jatkaa.

Opinnäytetyön tekeminen potilasohjauksesta antoi meille työvälineitä potilaiden kohtaamiseen kokonaisvaltaisesti. Työtä tehdessä tutustuimme tarkemmin siihen, mitä potilaat ohjaukselta kaipaavat. Tutkimustulosten soveltaminen käytäntöön kuuluu näyttöön perustuvan hoitotyön periaatteisiin. Olemme saneet olla mukana hoitotyön kehittämässä. Henkilökohtaisella tasolla tunnemme vastuuta antaa hyvää ohjausta potilaille. Näiden asioiden tiedostaminen ja kriittinen ja eettinen pohtiminen ovat tukeneet ammatillista kehittymistämme.

7.5 Jatkotutkimusaiheet

Osin jo tutkimuksen tarkastelussa pohdittu perhehoitotyön osa-alueen jatkotutkimus toisi uuden aluevaltauksen osaston ohjaukseen.

Aiheesta heräsi monia kysymyksiä:

- Omaksuvatko potilaat ja omaiset paremmin tietoa yhteisessä ohjauksessa ja auttaako perheen mukaan ottaminen oman sairauden haltuunotossa?
- Miten yksikkö vastaa aikuisten potilaiden erilaisiin perhetilanteisiin?
- Millaiset valmiudet yksiköllä on perhehoitotyöhön?
- Kokevatko hoitajat tarvitsevansa lisäkoulutusta perhehoitotyöstä?

Myös vertaistuen toteutuminen on kiinnostava tutkimuskohde, koska yksi vastaaja toi esille vertaistuen tarpeen heti sairauden alkuvaiheessa.

LÄHTEET

Alkula, T., Pöntinen, S. & Ylöstalo, P. 1994. Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. Helsinki. WSOY.

Etene 2001. Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Etene-julkaisuja I.

Hakala, M. 2007. Nivelreuma. Teoksessa Reuma. Toim. Martio, J., Karjalainen, A., Kauppi, M., Kukkurainen, M-L., Kyngäs, H. 321-324. Suomen reumaliitto ry. Hämeenlinna: Duodecim.

Heiskanen, S. 2005. MS- potilaiden tarvitsema ja saama emotionaalinen tuki sairastumisen alkuvaiheessa. *Hoitotiede* 17, 2, 59-68.

Kangas, I. 2003. Sairaalan asiantuntijuus – tieto ja kokemus sairastamisen arjessa. Teoksessa *Sairas, potilas, omainen, näkökulmia sairauden kokemiseen*. Toim. Honkasalo M-L., Kangas, I. & Seppälä, U. 73-95. Tietolipas. Suomen kirjallisuuden seura. Tampere: Tampere Paino Oy.

Kankaala J., Kaukua I., Määttä M., Simula M., Suomela A., Virranniemi S. & Vänttilä P-L. 2006. Sosiaalinen tuki potilasohjauksessa. Teoksessa *Potilasohjauksen haasteet: Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit*. Toim. Lipponen, K., Kyngäs, H., Kääriäinen, M. 6-8. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006. Oulu.

Kantola, S. 2007. Nivelreumapotilaan ohjaus. Pro gradu. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.

Keskinen, T., Koskela, P., Lehto, R., Manninen, H. & Tiainen, E. 1997. Hoitava kohtaaminen. Toim. Heikkinen, R-L. & Laine, T. Helsinki: Kirjayhtymä oy. 136-145.

Kitson, A. 2003. A comparative analysis of lay-caring and professional caring relationships. *International journal of nursing studies* 40. Lontoo. 503-510.

Koivula, M. 2002. Ohitusleikkauspotilaiden pelot, ahdistuneisuus ja sosiaalinen tuki. Väitöskirja. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos.

Koivula, U-M., Suihko, K. & Tyrväinen, J. 2002. *Mission Possible*. Opas opinnäytteen tekijälle. Pirkanmaan ammattikorkeakoulun julkaisusarja C. Oppimateriaalit. Nro 1. 2. uudistettu painos. Tampere.

Kukkurainen, M. 2007. Sosiaaliset suhteet ja niiden merkitys reumasairauksien hoidossa. Teoksessa Reuma. toim. Martio, J., Karjalainen, A., Kauppi, M., Kukkurainen, M. & Kyngäs H. 35-36. Duodecim. Suomen reumaliitto ry.

Kukkurainen, M. & Kyngäs, H. 2007. Hoidonohjaus. Teoksessa Reuma. toim. Martio, J., Karjalainen, A., Kauppi, M., Kukkurainen, M. & Kyngäs H. 31-32. Duodecim. Suomen reumaliitto ry.

Kurunmäki, R. 2010. Sisätautien päiväsairaalan sairaanhoitaja. Haastattelu 11.10.2010.

Kyngäs, M., Kukkurainen, M. & Mäkeläinen, P. 2004. Potilasohjaus nivelreumaa sairastavien potilaiden arvioimana. Hoitotiede 16, 5, 225- 234.

Kyngäs, H. 2007. Reumasairauksia sairastavan selviytymiskeinot. Teoksessa Reuma. toim. Martio, J., Karjalainen, A., Kauppi, M., Kukkurainen, M. & Kyngäs H. 29-30. Duodecim. Suomen reumaliitto ry.

Kyngäs, H. 2007b. Sairastuminen ja sairauden kanssa eläminen. Teoksessa Reuma. Toim. Martio, J., Karjalainen, A., Kauppi, M., Kukkurainen, M. & Kyngäs H. 28-29. Duodecim. Suomen reumaliitto ry.

Kyngäs, H. 2007c. Hoitoon sitoutuminen ja siihen vaikuttavat tekijät reumasairauksissa. Teoksessa Reuma. Toim. Martio, J., Karjalainen, A., Kauppi, M., Kukkurainen, M. & Kyngäs H. 33-35. Duodecim. Suomen reumaliitto ry.

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson K. & Hirvonen, E. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. WSOY.

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulu. Väitöskirja. Oulun yliopisto, hoitotieteen ja terveystieteiden laitos.

Kääriäinen, M. 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. Tutkiva hoitotyö 4, 6, 10-15.

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2006. Ohjaus - tuttu, mutta epäselvä käsite. Sairaanhoitaja 10, 79, 6-9.

Kääriäinen, M., Kyngäs, H., Ukkola, L. & Torppa, K. 2005. Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta. Tutkiva hoitotyö 3,1, 10-15.

L 17.8.1992/785 Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Valtion säädöstietopankki Finlex. Viitattu 3.4.2010. <http://www.finlex.fi>, ajantasainen lainsäädäntö.

- Lahtinen, M. 2006. Potilasohjauksen eettiset lähtökohdat. Teoksessa Potilasohjauksen haasteet: Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit Toim. Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 6-8. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006. Oulu.
- Liimatainen, L.. 2004. POPPI-projekti. Teoksessa Potilasohjausta kehittämässä. Toim. Liimatainen, L., Hautala, P. & Perko, U. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja. 7-8.
- LoBiondo-Wood, G. & Haber, J. 2006. Nursing Research - Methods and Critical Appraisal for Evidence-Based Practise. Mosby Elsevier.
- Mattila, L-R. 2001. Vahvistumista ja tunnekokemusten jakamista, potilaan ja hoitajan vuorovaikutusta kuvaavan käsitejärjestelmän kehittäminen. Väitöskirja. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos. Tampere. Tampereen Yliopistopaino Oy Juvenes Print.
- Mäkelä, A., Ruokonen, T. & Tuomikoski, M. 2001. Hoitosuhdetyöskentely. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Mäkeläinen, P. 2009. Rheumatoid Arthritis Patient Education and Self-Efficacy. Kuopio. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Hoitotiede.
- Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki. Tammi.
- Nivelreuma. Käypä hoito-suositus. 2009. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Reumatologisen yhdistyksen asettama työryhmä. Viitattu 16.2.2010. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukses/naytaartikkeli/tunnus/hoi21010>
- Redman, B. 2005. The ethics of self-management preparation for chronic illness. Nursing ethics 12, 4, 360–369.
- Siponen, A. 2003. Astmaa sairastavat arjen selviytyjinä. Teoksessa Sairas, potilas, omainen, näkökulmia sairauden kokemiseen. Toim. Honkasalo M-L., Kangas, I. & Seppälä, U. 142-166. Tietolipas. Suomen kirjallisuuden seura. Tammer-paino Oy.
- Sokka, T. 2010. Nivelreuma ja sen hoito - katsaus kansainvälisiin tutkimuksiin. Toim. Lehtomäki, S. & Suominen, S. Sairaanhoitajapäivät 11.-12.3.2010 tiivistelmäkirja. Helsinki.
- Sonninen, E., Kinnunen, P. & Pietilä, A-M. 2006. Elämänhallintaa tukevan ohjauksen kehittäminen. Sairaanhoitaja 10, 79, 18-20.
- Stenbäck, J. 2005. Neurologisen potilaan ohjaus hoitohenkilöstön, potilaan ja omaisen arvioimana. Pro gradu- tutkielma. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.

Stenbäck, S. & Helenius, S. 2005. Nivelreumapotilaiden ryhmäohjausmalli. Teoksessa Potilasohjausta kehittämässä. Toim. Liimatainen, L., Hautala, P. & Perko, U. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja. 73-78.

Stenbäck, S. 2009. Nivelreumapotilaan ohjauskäytännöt sisätautien päiväsairaalassa. Luentomateriaali 21.8.2009.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2010. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. Power Point-esitys. Viitattu 28.10.2010.

<http://www.tenk.fi/JulkaisutjaOhjeet/index.htm>, [Tutkimuseetiikka](#) (2010).

Tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2009. Humanistisen, yhteiskuntatieteellisen ja käyttäytymistieteellisen tutkimuksen eettiset periaatteet ja ehdotus eettisen ennakoarvioinnin järjestämiseksi. Helsinki. Viitattu 28.10.2010.

<http://www.tenk.fi/JulkaisutjaOhjeet/index.htm>.

Töyry, E. 2001. Hoidon ihmissläheisyys erikoissairaanhoidossa, mittarin kehittäminen ja käyttö. Väitöskirja. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Vehkalahti, K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Tammi. Vammala.

Vehviläinen-Julkunen, K. & Paunonen, M. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Porvoo. WSOY.

Vihijärvi, S., Koivula, M. & Åstedt-Kurki P. 2008. Perheiden kokemuksia ja toiveita nivelreuman hoidon ohjauksesta. Tutkiva hoitotyö 6,4, 16-22.

Åstedt-Kurki, P., Paavilainen, E., Tammentie, T. & Paunonen-Ilmonen, M. 2001. Interaction between adult patient's family members and nursing staff on a hospital ward. Scandinavian Journal of Caring Sciences, 15, 2. 142-150.

LIITTEET

Liite 1. Tutkimuslupa



JYVÄSKYLÄN AMMATTIKORKEAKOULU
JAMK UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Hyvinvointiyksikkö

TUTKIMUSLUPAHAKEMUS 1 (2)

Opiskelija/ tutkimuksen tekijä	Nimi ja opiskelijanumero Henriikka Rajanen E1460	Ryhmätunnus SH07SR1	
	Katuosoite [REDACTED]	Postinumero [REDACTED]	Postitoimipaikka Jyväskylä
	Puhelin [REDACTED]	Sähköpostiosoite henriikka.rajanen.sho@jamk.fi	
	Yksikkö ja koulutusohjelma SOTE hoitotyö		
Muut tekijät	Nimi ja ryhmätunnus Jra Vilenius SH07SR1 & Ella Anttila SH07SR1		
Tutkimuksen ohjaaja	Nimi Outi Kähkönen	Oppiarvo ja ammatti päätoim. tuntiopettaja, lehtori MA	
	Toimipaikka ja osoite Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Keskussairaalan tie 21 E, Jyväskylä		
	Puhelin [REDACTED]	Sähköpostiosoite outi.kahkonen@jamk.fi	
Tutkimuksen toimeksiantaja	Toimeksiantaja K-S KS Sisätautien päiväsairaala		
	Yhteystiedot Helena Laine OH [REDACTED]		
Toimeksiantajan edustajan täyttää	Tutkimusluvan myöntäminen <input checked="" type="checkbox"/> Tutkimuslupa myönnetään <input type="checkbox"/> Tutkimuslupaa ei myönnetä		
	Myöntämisen ehdot <input checked="" type="checkbox"/> Hakijan tulee toimittaa valmis raportti tutkimuksen valmistuttua ja esitellä tutkimuksen tulokset suullisesti <input type="checkbox"/> Muut ehdot		
	Perustelut myöntämättä jättämiselle		
	Päätäjän nimi YL PEKKA HANNONEN / YL JATANA PELTOKOSKI		
Päiväys ja allekirjoitus	Paikka ja päivämäärä [REDACTED] 5/5/18	Allekirjoitus [REDACTED]	

PEKKA HANNONEN YL

JATANA PELTOKOSKI

YL

Liite 2. Saatekirje ja kyselylomake

Arvoisa vastaaja!

Olemme kolme hoitotyön opiskelijaa Jyväskylän ammattikorkeakoulusta. Tutkimme opinnäytetyönä nivelreumaan sairastuneiden kokemuksia reumapoliklinikalla saadun ohjauksen laadusta. Kysely on täysin vapaaehtoinen, eikä vastaaminen tai vastaamatta jättäminen vaikuta hoitoon.

Olette käyneet Sisätautien päiväsairaalassa reumapoliklinikalla nivelreumakontrollissa viimeisen 6kk aikana. Oheisen kyselylomakkeen täyttämiseen kuluu n. 10- 15 minuuttia. Voitte vastata itsenäisesti tai yhdessä omaisenne kanssa.

Vastauksenne on meille ja hoitoyksikölle merkittävä, jotta hoidon laatua voidaan kehittää ja ohjaus saadaan asiakkaan tarpeita vastaavaksi. Vastaukset käsitellään nimettöminä, eikä henkilöllisyytenne paljastu missään tutkimuksen vaiheessa.

Toivomme vastausta 31.5.2010 mennessä. Lisätietoja voitte tiedustella numerosta 014 – 269 1434 (Osastonhoitaja Helena Laine).

Keväisin terveisin ja vastauksista Teitä kiittäen:

Ella Anttila, Henriikka Rajanen ja Ira Vilenius
sh-opiskelija sh-opiskelija sh-opiskelija

Kysely reumapoliklinikan ohjauksen laadusta

Vastaajan sukupuoli:

- Mies
 Nainen

Ikä: _____

Alla on joukko väittämiä, jotka liittyvät hoitajalta saatuun ohjaukseen. Ympyröikää oikeaa vaihtoehtoa vastaava numero tai kirjoittakaa vastauksenne sille varattuun tilaan.

	Täysin eri mieltä	Melko eri mieltä	En osaa sanoa	Melko samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
A. EMOTIONAALINEN TUKI					
OHJAUKSESSA:					
1. Koin hoitajan tuen tärkeäksi	1	2	3	4	5
2. Hoitaja tuki minua selviytymään sairauden kanssa	1	2	3	4	5
3. Tunsin oloni turvalliseksi hoitajan kanssa	1	2	3	4	5
4. Hoitaja oli asiantunteva	1	2	3	4	5
5. Hoitaja osoitti minulle luottamusta	1	2	3	4	5
6. Hoitaja oli helposti lähestyttävä ohjauksessa	1	2	3	4	5
7. Hoitaja huomioi omat tietoni sairaudesta	1	2	3	4	5
8. Hoitaja otti perheeni huomioon ohjauksessa	1	2	3	4	5
9. Hoitaja kuunteli minua ohjauksen aikana	1	2	3	4	5
10. Hoitaja otti huomioon tarpeeni ja elämäntilanteeni	1	2	3	4	5
11. Ohjausympäristö oli rauhallinen	1	2	3	4	5
12. Ohjaustilanne oli kiireetön	1	2	3	4	5

	Täysin eri mieltä	Melko eri mieltä	En osaa sanoa	Melko samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
13. Ohjaustila oli miellyttävä	1	2	3	4	5
14. Minulla oli mahdollisuus keskustella tunteistani	1	2	3	4	5
15. Sain mahdollisuuden ottaa omaisen mukaan ohjaustilaisuuteen	1	2	3	4	5
16. Sain tuoda pelkoni esille ohjaustilanteessa	1	2	3	4	5
17. Sain esittää kysymyksiä halutessani	1	2	3	4	5
18. Keskustelimme hoitajan kanssa muistakin asioista kuin sairaudesta	1	2	3	4	5
B. KÄYTÄNNÖLLINEN TUKI OHJAUKSESSA:					
19. Hoitaja antoi minulle kirjallista materiaalia	1	2	3	4	5
20. Kävimme hoitajan kanssa yhdessä läpi kirjallisen materiaalin	1	2	3	4	5
C. TIEDOLLINEN TUKI OHJAUKSESSA:					
21. Sain kahdella ensimmäisellä ohjauskerralla tarpeeksi tietoa	1	2	3	4	5
22. Ohjauskertojen määrä oli riittävä	1	2	3	4	5
23. Ohjauskerroissa oli sopiva aikaväli	1	2	3	4	5
24. Tieto on jaettu hyvin eri ohjauskerroille	1	2	3	4	5
25. Sain hoitajalta kaipaamaani tietoa eri aiheista	1	2	3	4	5
26. Tieto oli hyvin sovellettavissa omaan elämäni ja itsehoitoon.	1	2	3	4	5

Täysin eri mieltä	Melko eri mieltä	En osaa sanoa	Melko samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
-------------------	------------------	---------------	--------------------	---------------------

D. TULKINNALLINEN TUKI OHJAUKSESSA:

27. Ohjauksessa oli selvät tavoitteet	1	2	3	4	5
28. Hoitaja varmisti että ymmärsin saamani tiedon.	1	2	3	4	5
29. Koen että sain hyvät valmiudet itsehoitoon	1	2	3	4	5
30. Sain rohkaisua ja kannustusta	1	2	3	4	5
31. Ohjauksessa käytetty kieli oli ymmärrettävää.	1	2	3	4	5
32. Ohjaus eteni loogisesti	1	2	3	4	5
33. Saamani tieto oli käytännönläheistä	1	2	3	4	5

E. Halutessanne voitte vielä vastata avoimeen kysymykseen:

34. Minkälaisia toiveita Teillä olisi ohjauksen kehittämiseksi?

(Voitte halutessanne jatkaa vastausta paperin kääntöpuolelle)

KIITOS AJASTASI!

