

Opinnäytetyö (AMK)
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja
2010

Hanna Vehmasaho ja Laura Maria Rantovaara

POTILASOHJAUS HOITOTYÖSSÄ



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

Turun ammattikorkeakoulu

Hoitotyön koulutusohjelma | Sairaanhoidtaja AMK

Joulukuu 2010

Rantovaara, Laura & Vehmasaho, Hanna

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU OPINNÄYTETYÖ

Opinnäytetyö on osa Turun ammattikorkeakoulun Kivunhoidon potilasohjaus- hanketta. Hanke toteutettiin Turun ammattikorkeakoulun terveysala-tulosalueen ja Turun sosiaali- ja terveystoimen yhteistyönä.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa kirjallisuuden pohjalta potilasohjauksen lähtökohtia, voimavaraistavaa vuorovaikutusta, eri potilasohjausmenetelmiä ja keinoja sekä potilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta.

Hoitohenkilökunnan ja potilaiden arviot potilaslähtöisyydestä ja ohjauksen riittävydestä ovat erilaisia. Hoitohenkilöstö arvioi ohjausvalmiutensa ja tietonsa melko hyviksi, potilaat puolestaan pitivät hoitohenkilöstön ohjausvalmiuksia puutteellisina. Onnistuneen ohjauksen esteitä ovat muun muassa ristiriitaiset käsitykset ohjauksen sisällöstä, kiire, henkilöstön vähäisyys, tiedon puute, puutteellinen välineistö sekä tilojen epäasianmukaisuus. Vuorovaikutus on keskeinen osa ohjausta ja voimavaraistavan vuorovaikutuksen on todettu olevan potilaslähtöistä. Erilaisten ohjausmenetelmien käyttö voisi olla monipuolisempaa.

ASIASANAT: Ohjaus, potilasohjaus, ohjausmenetelmät, ohjauskeinot, opetus, neuvonta, voimavaraistaminen, voimaantumisen

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in Nursing

December 2010| 35

Rantovaara, Laura & Vehmasaho, Hanna

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

THESIS

This thesis is part of Patient education in pain management-project in Turku University of Applied Sciences. This project is conducted at Turku University of Applied Sciences, the Faculty of Health Care, and Department of Health Care and Social Services of The City of Turku.

The purpose of this thesis was to scan the basis of patient education, empowermental interaction and methods and means of patient education.

Nursing staff's and patients' views on patient centered care and sufficiency of patient education differ. The nursing staff evaluates their patient education competence to be rather good whereas patients perceive them as insufficient. Contradictory perceptions about the content of patient education, unsuitable facilities, lack of time, knowledge, nursing staff and equipment hinder accomplishing successful patient education. Interaction is an essential part of patient education and empowermental interaction has been found to be patient-centered. Usage of different patient education could be more versatile.

KEYWORDS:

Patient education, patient education methods, teaching, counseling, empowerment

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA OHJAAVAT KYSYMYKSET	8
3 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	8
4 POTILASOHJAUS	10
4.1 Ohjaus-käsite	10
4.2 Potilasohjausta koskeva lainsäädäntö	11
4.3 Ohjausprosessi	11
5 POTILASOHJAUKSEN LÄHTÖKOHDAT	13
6 VOIMAVARAISTAVA VUOROVAIKUTUS	14
7 OHJAUSMENETELMÄT	20
7.1 Suullinen ohjaus: sanaton ja sanallinen viestintä	20
7.2 Yksilöohjaus	21
7.3 Ryhmäohjaus potilasohjausmenetelmänä	22
7.4 Kirjallinen potilasohjaus	23
7.5 Audiovisuaalinen potilasohjaus	25
7.5.1 Video-ohjaus	25
7.5.2 Puhelinohjaus	26
7.5.3 Tietokoneavusteinen potilasohjaus	28
7.6 Demonstraatio potilasohjauksessa	29
8 POTILAIDEN KOKEMUKSIA POTILASOHJAUKSESTA	31
9 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	33
10 POHDINTA	35
LÄHTEET	39

1 JOHDANTO

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa kirjallisuuskatsauksen pohjalta potilasohjauksen lähtökohtia, voimavaraistavaa vuorovaikutusta, eri potilasohjausmenetelmiä ja keinoja sekä potilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta. Opinnäytetyö on osa Turun ammattikorkeakoulun Kivunhoidon potilasohjaus-hanketta. Hanke toteutetaan Turun ammattikorkeakoulun terveysala-tulosalueen ja Turun sosiaali- ja terveystoimen yhteistyönä.

Potilasohjaus on hoitotyön auttamismenetelmä, jonka tarkoituksena on tukea potilaan toimintakykyä, omatoimisuutta ja itsenäisyyttä. Potilasohjaus on koko hoitotapahtuman jatkuva prosessi, joka on aktiivista, tavoitteellista ja dynaamista. Se vaatii ohjaajalta tietoa ja taitoa. Ohjaus tapahtuu vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa ja siihen vaikuttavat ohjattavan ja ohjaajan kontekstit, sekä ohjaajan ihmiskäsitys. (Jaakonsaari 2009, 8-9.)

Terveydenhuollon kustannusten hallinta, hoitoaikojen lyheneminen, potilaiden tietotason lisääntyminen sekä halu ottaa vastuuta omasta toiminnastaan ovat muuttaneet potilasohjausta yhteistyöhön perustuvaksi toiminnaksi. Ohjauksessa on perinteisesti korostettu ohjattavan passiivisuutta ja ohjaajan asiantuntijuutta. Myöhemmin ohjauksessa on korostunut ohjaajan ja ohjattavan jaettu asiantuntijuus, ohjattavan vastuu omasta oppimisestaan ja sekä mahdollisuus useamman ohjattavan samanaikaiseen läsnäoloon. (Kääriäinen & Kyngäs 2004, 251.)

Laadukkaalla potilasohjauksella on mahdollista vähentää sairaudesta aiheutuvia kustannuksia, sairauteen liittyviä hoitokäyntejä sekä lääkkeiden käyttöä. Hyvä ohjaus myös edistää paranemista ja ehkäisee toipumista hidastavia tulehduksia. Ohjauksella on vaikutusta potilastyytyväisyyteen, hoidon laatuun, itsehoitoon sitoutumiseen, itsemääräämisoikeuden toteutumiseen sekä sairastumisen aiheuttaman ahdistuksen ja stressin vähenemiseen. Riittävän

tiedon ja ohjauksen on todettu lisäävän tyytyväisyyttä ja turvallisuuden tunnetta, parantavan elämänlaatua sekä vähentävän epävarmuutta, potilaiden ja omaisten yhteydenottojen tarvetta, sairaalahoidon tarvetta ja sairaalassaoloaika. Riittämätön ohjaus puolestaan voi tuhota hyvänkin hoitotuloksen. (Kemppainen ym. 2010, 5-6.)

Ohjauksen avulla voidaan myös vähentää potilaan pelokkuutta ja nopeuttaa potilaan toipumista ja varmistua hoidon jatkuvuudesta (Jaakonsaari 2009, 9). Ohjaus vaatii hoitajilta ammattitaitoa hallita ohjausprosessin eri osa-alueet sairaalan tulovaiheesta jatkohoidon järjestämiseen. Ohjauksen perustana tulee olla potilaslähtöisyys, jolloin ohjaus tapahtuu potilaan tarpeen mukaan. (Kemppainen ym. 2010, 5.) Kääriäisen (2008, 13) mukaan potilaslähtöinen ja riittävä ohjaus mahdollistaa potilaan ja hoitajan oppimisen, voimaantumisen ja itseohjautuvuuden kasvun sekä edistää potilaan terveyttä ja tuo kansantalouteen säästöjä.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA OHJAAVAT

KYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa kirjallisuuskatsauksen pohjalta potilasohjauksen lähtökohtia, voimavaraistavaa vuorovaikutusta, eri potilasohjausmenetelmiä ja keinoja sekä potilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta.

Opinnäytetyötä ohjaavat kysymykset ovat:

1. Mitä ovat potilasohjauksen lähtökohdat?
2. Mitä on voimavaraistava vuorovaikutus potilasohjauksessa?
3. Mitä eri potilasohjausmenetelmiä ja mitä eri keinoja potilasohjauksen toteuttamiseen on?
4. Minkälaisia kokemuksia potilailla on potilasohjauksesta?

3 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyön alkuperäisenä tarkoituksena oli kartoittaa sairaanhoitajien käsityksiä potilasohjauksesta heidän tietonsa ja käytännön kokemusten perusteella. Tarkoituksena oli myös laatia ja pilotoida tutkimusta varten laadittu kyselylomake.

Kyselytutkimuksen avulla pyrittiin selvittämään, millä keinoin sairaanhoitajat työssään toteuttavat ohjausta ja millaisia potilasohjausmenetelmiä he tuntevat sekä mitä apuvälineitä he hyödyntävät ohjatessaan potilasta. Tutkimuksella pyrittiin selvittämään, miten he huomioivat potilaan omat voimavarat ja miten he

tukevat niitä sekä millaisiksi he arvioivat omat ohjausvalmiutensa ja tietonsa. Kyselyn tarkoituksena oli myös selvittää, miten tärkeänä osana työtään sairaanhoitajat pitävät potilasohjausta.

Kyselylomake koostui kuudesta avoimesta kysymyksestä, joihin sairaanhoitajien oli tarkoitus vastata muutamalla lauseella. Kysely lähetettiin 23 sairaanhoitajalle. Kyselylomakkeen lisäksi sairaanhoitajille lähetettiin saatekirje, jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoitus ja myöhemmin lähetettiin vastaamisesta muistuttava kirje. Kysely ja kirjeet lähetettiin vastaajille sähköisesti. Vastaajille annettiin aikaa vastata neljä viikkoa. Vastausajan loputtua vastauksia saatiin kolme. Osa vastauksista oli puutteellisia eikä kaikkiin kysymyksiin ollut vastattu lainkaan. Vastausajan päättymisen jälkeen saimme muutaman vastauksen lisää, mutta menetelmän vaihtamisen jälkeen ei kyselytutkimukseen palaaminen ollut ajallisesti mahdollista. Vaikka vastauksia saatiin lisää, olisi aineisto jäänyt silti liian suppeaksi tutkimuksen tulosten kannalta.

Aineiston vähäisyydestä johtuen kyselytutkimus jouduttiin vaihtamaan kirjallisuuskatsaukseksi. Kirjallisuuskatsaus käsittelee samoja aiheita kuin kyselytutkimuksen tarkoitus oli, mutta laajemmin. Ohjausmenetelmiä käsitellään monipuolisesti. Käytettyjen lähteiden perusteella myös voimavaraistava vuorovaikutus korostuu. Opinnäytetyössä sairaanhoitajien ohjausvalmiudet ja tiedot potilasohjauksesta jäävät vähemmälle huomiolle.

Käytettyjä hakusanoja olivat potilasohjaus, potilasohjausmenetelmät, terveysterveystieteet, puhelinohjaus, yksilöohjaus, ryhmäohjaus, video-ohjaus, potilasohjauksen laatu ja voimavaraistaminen. Englanninkielisiä hakusanoja olivat patient education, counselling, telenursing, teaching ja empowerment. Kirjallisuuskatsaukseen valittiin mahdollisimmat tuoreet tutkimukset.

4 POTILASOHJAUS

Potilaan saatua hyvää ohjausta, voi hän saada terveempiä ja täysipainoisempia elinpäiviä. Lisäksi potilas on tyytyväinen saatuaan riittävästi tietoa ja siitä, että hänet on kohdattu yksilönä. Näin voidaan vähentää tarpeettomia yhteydenottoja ja sitä myötä resurssien hukkakäyttöä. Niin yksittäiset organisaatiot kuin koko yhteiskuntakin hyötyvät ihmisestä, joka on hyvinvoiva ja työkykyinen. Positiiviset ohjaukokemukset myös lisäävät potilaan sitoutumista ja hoitajan työmotivaatiota. (Sukula 2002, 23.)

4.1 Ohjaus-käsite

Hoitotieteessä ohjaus-käsite määritellään ammatilliseksi toiminnaksi tai prosessiksi, jossa kaksi asiantuntijaa toimii tasavertaisessa yhteistyössä. Ohjauksen sisältöä kuvaavat ohjattavaan ja ohjaajan konteksti, vuorovaikutus, ohjaussuhde sekä toiminnan aktiivisuus ja tavoitteellisuus. (Jaakonsaari 2009, 8.) Ohjaus voidaan määritellä ammattitaitoisen ohjaajan ja omassa tilanteessaan asiantuntijana olevan potilaan väliseksi aktiiviseksi ja tavoitteelliseksi toiminnaksi (Engström & Jaakkola 2006, 13).

Ohjaus käsitteen synonyymeina käytetään usein opetusta, tiedon antamista ja neuvontaa. Usein myös terveysneuvonta, potilasohjaus, potilasopetus ja potilasneuvonta käsitteitä käytetään rinnakkain. (Jaakonsaari 2009, 10.) Potilasopetus voidaan määritellä aktiivisena ja systemaattisena opetus-oppimisprosessina, jolla pyritään lisäämään potilaan tietoja ja taitoja ja siihen sisältyy niin tietojen antamista kuin niiden soveltamistakin. Opetettavaa tietoa sovelletaan käytännössä konkreettisella toiminnalla. Neuvonta puolestaan on yksilöllistä ongelmanratkaisua ja ohjausta, jolla potilasta tuetaan löytämään omia sopeutumismekanismia. Neuvontaa käytetään vuorovaikutuksellisissa ohjaussuhteissa. (Engström & Jaakkola 2006, 13.) Englanninkielisissä lähteissä käsitteitä ovat counsel(l)ing ja patient education (Jaakonsaari 2009, 10).

4.2 Potilasohjausta koskeva lainsäädäntö

Potilaan tiedonsaantioikeutta käsittelevän lain mukaan potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista. Myös muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan, on kerrottava potilaalle. Tätä selvitystä ei kuitenkaan tule antaa vastoin potilaan tahtoa tai silloin, kun on ilmeistä, että selvityksen antamisesta aiheutuisi vakavaa vaaraa potilaan hengelle tai terveydelle. Terveystieteiden ammattihenkilön on annettava selvitys potilaalle siten, että hän riittävästi ymmärtää sen sisällön. Jos potilas ei aisti- tai puhevien vuoksi voi tulla ymmärretyksi, tai terveydenhuollon ammattilainen ei osaa potilaan käyttämää kieltä, on tulkkauksesta huolehdittava mahdollisuuksien mukaan. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 5 §.) Tätä lakia täydentävät hoitosuosituksien, joiden avulla asianmukainen hoito varmistetaan (Kääriäinen 2007, 25).

Lait luovat ohjaustilanteen toimimiselle sekä pohjan että velvoitteen. Ne antavat ohjaukselle mahdollisuuden tapahtua. Lait velvoittavat, sillä niiden voidaan katsoa asettavan sekä hoitajalle että koko tapahtumalle vähimmäisvaatimuksen. Toisin sanoen hoitajan on täytettävä ja noudatettava asetettuja laatuvaatimuksia kyetäkseen toimimaan tehtävässään. Tämä tarkoittaa myös potilasta koskevan lain huomioimista potilaan ohjauksessa. Näin ollen hoitaja sitoutuu huomioimaan ja kunnioittamaan potilaan ihmisarvoa, vakaumusta ja yksityisyyttä. (Lahtinen 2006, 6-7.)

4.3 Ohjausprosessi

Prosessina ohjaus voi olla joko aktiivista merkitysten luomista, tavoitteellista ongelman ratkaisua ja selviytymistä tai kokemusten reflektointia ja niistä oppimista. Ohjausprosessissa autetaan ja tuetaan potilasta käsittelemään tilannettaan. Ohjausprosessi voi edetä muodollisesti ja systemaattisesti tai

epämuodollisesti ja rutiininomaisesti tavoitteista tai sisällöstä riippuen. (Kääriäinen 2007, 106.)

Potilaan ohjausprosessiin kuuluu määritellä ohjauksen tarve, suunnitella ohjauksen kulku, toteuttaa ohjaus sekä lopuksi arvioida ohjaamisen onnistuminen ja vaikuttavuus. Tätä prosessia käytetään kaikissa potilaan hoidon vaiheissa. Ohjauksen lähtökohtana tulee olla potilaan tarpeet. Ohjaajan tulee huomioida potilaan jo olemassa olevat tiedot sairaudestaan sekä se, kuinka kauan potilas on sairastanut. Potilasohjauksen jatkuvuuden varmistamiseksi, tulee ohjausprosessi kirjata hoitosuunnitelmaan hoidon kulun eri vaiheissa. (Iso-Kivijärvi ym. 2006, 10-11.)

Potilaslähtöisessä ohjausprosessissa korostuu potilaan kyky suunnitella, toteuttaa ja arvioida omaa toimintaansa yhteistyössä hoitajan kanssa. Tarkoituksena on yhdessä suunnitella ja rakentaa ohjausprosessi sekä edistää potilaan tietoisuutta omasta toiminnasta. Potilaslähtöinen ohjaus on sidoksissa potilaan kontekstiin eli hänen fyysisiin ja psyykkisiin ominaisuuksiinsa sekä sosiaalisiin ja muihin ympäristötekijöihin. Jotta ohjauksen tavoitteet sopisivat potilaan elämäntilanteeseen, tulisi ne määritellä yhteistyössä potilaan kanssa. Ohjauksen suunnittelun pitäisi aina lähteä siitä, mitä potilas jo tietää, mitä hänen täytyy tietää ja mitä hän haluaa tietää sekä mikä on hänelle paras tapa omaksua asia. Kun tavoitteet sisältävät potilaan näkemyksen hoidosta, se edistää hänen tyytyväisyyttään ja hoitoon sitoutumistaan. Potilaslähtöisen ohjauksen tavoitteiden tulisi olla realistisia, konkreettisia, muuttuvia ja mitattavissa olevia. (Kääriäinen ym. 2005a, 27–28.)

Jokaisella ohjausprosessilla on omat erityispiirteensä, mikä edellyttää myös hoitajalta oppimista. Hoitajan täytyy oppia havaitsemaan, miten prosessin eri osat vaikuttavat kussakin tilanteessa toisiinsa, jotta ohjaus tukee myös voimaantumisen tai itseohjautuvuuden kasvua. (Kääriäinen 2008, 13.)

5 POTILASOHJAUKSEN LÄHTÖKOHDAT

Ohjaukselle välttämättömiä ovat asianmukaiset ohjausresurssit. Asianmukaiset resurssit ovat tärkeitä, sillä ne vaikuttavat potilaslähtöiseen, vuorovaikutteisesti rakennettuun, aktiiviseen ja tavoitteelliseen toimintaan. (Kääriäinen 2008, 10.) Laadukas ohjaus perustuu potilaslainsäädännön tuntemukseen, henkilöstön ammatilliseen vastuuseen, riittävään tietoperustaan, hyviin ohjausvalmiuksiin sekä taitoon tunnistaa ohjattavan yksilölliset tarpeet (Kempainen ym. 2010, 5-6.) Turvataksaan laadukkaan ohjauksen, jokaisen potilasta ohjaavan tulisi tunnistaa ja tiedostaa omat ohjausta koskevat lähtökohtansa, kuten mitä ohjaus on sekä miten ja miksi ohjataan. Ohjauksen täytyy pohjautua tieteellisesti tutkittuun tietoon tai vankkaan kliiniseen kokemukseen. (Kääriäinen 2008, 13.)

Kääriäinen (2008, 13) toteaa, että hoitohenkilöstön mitoitus ei aina ole ollut riittävää, ongelmana ovat olleet myös tilojen asianmukaisuus ja tarvittavan välineistön saatavuus. Myös ajan tasalla olevasta, kirjallisesta ja audiovisuaalisesta ohjausmateriaalista on ollut puutetta. Tietotekniikan ja Internetin sekä muun välineistön saatavuudessa on ollut ongelmia. Lisäksi koulutusta ja uusien työntekijöiden perehdytystä ohjaukseen liittyvistä asioista on kaivattu lisää. Ohjaus on myös ollut sattumanvaraista, sillä ohjauksen systemaattisessa organisoinnissa on ollut selkeitä puutteita.

Hoitaja tarvitsee laadukkaan ohjauksen tarjoamiseksi hyviä ohjausvalmiuksia. Ohjausvalmiuksia pidetään ammatilliseen perusosaamiseen kuuluvina ja osaamisvaatimusten ydinalueena. Ohjausprosessissa hoitajan rooli on olla asiantuntija. Asiantuntijuus edellyttää hoitajalta tietoa ja taitoa ohjattaviin asioihin, oppimisen periaatteisiin ja ohjausmenetelmiin liittyen. Asiantuntijuuden lisäksi laadukas ohjaus edellyttää toimimista vuorovaikutuksen käynnistämisen asiantuntijana, mikä vaatii vuorovaikutus- ja päätöksentekotaitoja. Vuorovaikutustaitoihin kuuluvat ohjauksen oikea-aikaisuus, suotuisan ilmapiirin luominen ja ohjausympäristön hyödyntäminen. Päätöksentekotaitoja hoitajat tarvitsevat valitakseen turvallisen ohjausympäristön, ylläpitääkseen

ohjausprosessia sekä arvioidakseen ja kirjatakseen ohjausta. (Kääriäinen 2008, 11- 12.)

Turvatakseen hyvät ohjausvalmiudet, hoitajalla on velvollisuus päivittää tietojaan ja taitojaan. Jotta potilas saisi pätevää, oikeaa, asianmukaista ja juuri hänen tilanteeseensa sopivaa ohjausta, päätöksenteon ja terveyteen liittyvien vallintojen tueksi, tulisi hoitajan seurata tutkimustietoa. Tutkimustiedon käyttö ohjauksessa edellyttää tutkimuksenluku- ja arviointitaitoja. (Kääriäinen 2008, 12.)

Hoitajan velvollisuus on myös ylläpitää ja kehittää ohjaustaitoja: taitoa rakentaa ja ylläpitää potilaan luottamusta, luoda hyvä vuorovaikutussuhde sekä käyttää oikein ja järkevästi erilaisia ohjausmenetelmiä. (Kääriäinen 2008, 13–14).

6 VOIMAVARAISTAVA VUOROVAIKUTUS

Vuorovaikutustaidot ovat tärkeä osa mitä tahansa työtä, mutta ennen kaikkea niitä tarvitaan hoitotyössä ja ilman niitä ihmisten on vaikeaa vaikuttaa toisiinsa myönteisellä ja tuloksellisella tavalla. Hoitajan tehtävänä on auttaa potilasta löytämään omat voimavaransa ja näkemään mahdollisuuksiaan uudessa valossa ja lisäämään itsetuntemustaan. Hoitajan on osattava arvioida ohjattavan kyky omaksua asioita ja sen perusteella hän valitsee tavan, jolla viestii ohjattavan kanssa. Ammatillista vuorovaikutusta voi harjoitella ja sitä voidaan oppia tiedostamalla asenteitaan ja tarvittaessa muuttamalla niitä. Ohjauksen onnistuminen edellyttää hoitajalta paitsi teoretietoa myös hyviä vuorovaikutustaitoja. (Hankonen ym. 2006, 24–30.)

Hyvälle ohjaukselle ominaisia piirteitä ovat potilaan kohtaaminen, läsnä oleminen, asiantuntijuus ja potilaan tukeminen. Ohjaajan tärkeimpiä

ominaisuuksia ovat kyky ymmärtää potilasta, kokemus potilaiden ohjauksesta, kiinnostus asiaan ja vuorovaikutustaidot. Hyvä ohjaaja kykenee auttamaan potilasta käyttämään omia voimavarojaan ja luomaan edellytyksiä potilaan pyrkimyksille vaikuttaa omaan terveyteensä. (Kyngäs ym. 2005, 16.)

Voimavaraistaminen on ajattelun ja toiminnan kokonaisuus, jonka avulla yksilöt ja yhteisöt hallitsevat elämäänsä ja toimintaansa. Voimavaraistuminen tarkoittaa potilaan kykyä hallita terveyteen liittyviä ongelmatilanteita ja niiden aiheuttamia seurauksia elämässään. Voimavaraistumista tukeva tieto muodostuu potilaan aikaisemmasta terveyteen ja sen ongelmatilanteisiin liittyvästä tiedosta, potilaan odottamasta tiedosta ja välitetystä tiedosta sairauteen ja hoidon eri vaiheissa. (Rankinen 2008, 42.)

Voimaantuminen on yksilöllinen ja yhteisöllinen prosessi, jossa tunnistetaan ihmisen kyky tyydyttää omia tarpeitaan, ratkaista ongelmiaan sekä saada käyttöönsä tarvittavia voimavaroja. Voimavaraistamisen tavoitteena on yksilön elämänhallinnan lisääntyminen. Voimaantumisteoriassa hoitajalla on enemmänkin mahdollistajan ja kannattelijan rooli kuin asiantuntijan tai toisen puolesta tekijän rooli. Voimavaraistamisen edellytyksenä on kuitenkin, että potilas jaksaa ja haluaa voimaantua. Hoitaja toimii tarvittaessa tukena ja kannattelijana. Hoitaja tukee potilaan ja tilanteen myönteisiä puolia. Positiivisia asioita korostamalla, potilasta voidaan auttaa jaksamaan vaikeissakin tilanteissa. Toiveikas ihminen ei luovuta helposti vaikeissakaan elämäntilanteissa ja toiveikkuus vapauttaa voimavaroja. Nostamalla esille potilaan onnistumisen kokemuksia, voidaan potilasta auttaa löytämään omat vahvuutensa ja tuetaan niiden kehittymistä. Potilaan tyytyväisyys itseensä paranee ja hän uskaltaa kokeilla muunlaisia toimintamalleja. (Sukula 2002, 16–17.)

Voimavaraistuminen eli sisäinen hallinta

Suomenkielessä englanninkieliselle empowerment-käsitteelle ei ole yksiselitteistä vastinetta. Yksilön näkökulmasta katsottuna kirjallisuudessa käytetään termejä valtaistuminen, voimaantuminen, sisäinen voimantunne tai

voimavaraistuminen. Voimistamisesta tai voimien vahvistamisesta puhutaan silloin, kun aihetta katsotaan toiminnan näkökulmasta. Voimavaraistumiskäsitteestä voidaan käyttää myös termiä sisäinen hallinta. Sisäisellä hallinnalla tarkoitetaan ajattelu- ja toimintaprosessia, jonka avulla potilas saavuttaa hallinnan ja kontrollin terveysongelmaansa sekä siihen liittyviin asioihin. Sisäisellä hallinnan avulla potilas voi myös kokea terveyselämänsä tasapainoiseksi sekä itsensä kyvykkääksi ja voimakkaaksi ongelmatilanteissa. Sisäinen hallinta on voimavaraa itsessään, eikä sitä voi siirtää toiselle ihmiselle. Peruslähtökohtana voimavarojen saavuttamiselle pidetään ihmisen omaa aktiivisuutta. Hoitaja voi tukea ja edistää potilaassa syntyvää hallinnan kokemusta ja siihen perustuvaa toimintaa. Hoitaja ei kuitenkaan voi tuottaa potilaalle terveyteen liittyvää hallintaa hänen puolestaan. (Rasmus 2008, 11–12.)

Voimavaraistava ohjausprosessi

Voimavaraistavassa potilasohjausprosessissa korostuvat potilas, molemminpuolinen osallistuminen ja dialogi. Siinä potilas tulee tietoiseksi muuttuneista tiedoistaan, parantuneista päätöksenteko-kyvyistään, itsetunnostaan, omasta hallinnantunteestaan sekä erilaisten sosiaalisten, terveydellisten ja elämäntaitojen kehittymisestä. (Poskiparta ym. 2001, 69.) Voimavarakeskeinen potilasohjaus on prosessi, jossa potilaat itsemääräämisoikeutensa turvin määrittävät ohjauksen tarpeensa. Siinä keskeistä on potilaan oma vastuu ja aikaisemmat tiedot hoidostaan. Voimavaraistavassa ohjauksessa tavoitteena on lisätä potilaan omia valmiuksia sekä uusien, vaihtoehtoisten toimintatapojen löytämistä toteutettaessa itsehoitoa. Voimavaraistumisessa tärkeintä on yhteistyö, sillä siinä asetetaan yhteisiä tavoitteita potilaan kanssa neuvotellen. Tärkeää on tietoisuuden lisääminen ja valinnan vapauden kunnioittaminen. (Rasmus 2008, 12–13.)

Potilaan voimavaraistumisen tukeminen

Potilaan voimavaraistumista tuetaan häntä kuuntelemalla sekä tarjoamalla tukea ja merkityksellistä tietoa. Voimavaraistavassa potilasohjausprosessissa

potilas on tasavertainen kumppani, joka on aktiivisesti tekemässä päätöksiä omaa terveyttään koskien. Potilaan aktiivinen kuuntelu, ohjaustilanteen myönteinen ilmapiiri sekä ohjauksen lähteminen potilaan omista tarpeista ja näkökulmista, ovat keskeistä voimavaraistavassa ohjauksessa. Ohjaustilanteessa potilas on osallistuja ja hän tuo esiin omat näkemyksensä, esittää kysymyksiä ja mahdollisia toimintavaihtoehtoja. Hoitaja lähestyy potilasta hänen esittämistään kysymyksistään ja elämäntilanteesta käsin. Hoitaja kannustaa potilasta ratkaisemaan itse omat ongelmansa, ja toimii täten niin sanotussa mahdollistajan roolissa. Ohjauksen tarkoituksena ei ole vain näyttää potilaalle kuinka hänen tulee toimia, vaan antaa potilaan itse yrittää. Tietoa tulee antaa ymmärrettävällä tavalla, potilaalle tulee tarjota valinnanmahdollisuuksia sekä potilaan tekemiä päätöksiä tulee tukea. (Rasmus 2008, 13.)

Vuorovaikutus voimavaraistavassa potilasohjauksessa

Potilaan taustatekijöiden huomioiminen vaatii kaksisuuntaista vuorovaikutusta. Tyypillisesti kaksisuuntaisessa vuorovaikutuksessa vastuu on hoitajalla, mutta tavoitteista tulee neuvotella yhdessä potilaan kanssa. Kaksisuuntaisella vuorovaikutuksella on rakenne, mutta se etenee joustavasti. Vuorovaikutuksen tulee olla tavoitteellista, mutta ei kaavamaista. Kaksisuuntainen vuorovaikutus antaa potilaalle mahdollisuuden väärinkäsitysten oikaisemiseen, kysymysten esittämiseen ja tuen saamiseen hoitajalta. (Kyngäs ym. 2007, 38–40, 74.)

Potilas huomaa, milloin häntä kuunnellaan. Kuuntelija osoittaa ilmeillään ja puheillaan olevansa läsnä, tekee tarkentavia kysymyksiä ja kokoaa lopuksi yhteen potilaan esille tuomat näkemykset. Kun hoitaja tekee keskustelusta yhteenvedon, hän varmistaa ymmärtäneensä potilaan sanoman. (Sukula 2002, 19.)

Voimavarakeskeisessä ohjauksessa terveydenhuoltoammattilaisen kuuntelutaidot nousevat keskeisiksi tekijöiksi. Hoitajan kuuntelutaidot tulevat ilmi siinä, miten hyvin hän kykenee ottamaan kuulemansa huomioon. Valitettavan usein hoitaja kontrolloi ja hallitsee vuorovaikutuksen etenemistä, mikä osoittaa

viestinnän olevan yksisuuntaista. Tällainen hoitajan ehdoilla etenevä ohjaustilanne ei välttämättä tarjoa potilaalle hänen tarvitsemaansa tietoa tai emotionaalista tukea. Tällöin potilas ei saa tilaisuutta kertoa, miltä terveysongelma näyttää hänen jokapäiväisessä elämässään eli miten tarjotut ohjeet voisivat toimia osana arkielämää, miten potilas selviytyy kotona tai harrastusten parissa tai millaista tukea hän saa omaisiltaan. (Poskiparta 2002, 25, 29.)

Vuorovaikutustilanteessa ohjattavalla ja ohjaajalla on mahdollisuus oppia paljon toisistaan ja myös omasta itsestään. Ohjaussuhteen tulee perustua välittämiseen, empatiaan ja luottamukseen. Luottamuksen syntyyn vaikuttavat muun muassa hoitajan luotettavuus, johdonmukaisuus ja rehellisyys. (Hankonen ym. 2006, 24–29.) Kynkään ym. (2005, 14) mukaan vuorovaikutustaitoisella ohjaajalla on ihmistuntemusta; hän kykenee luomaan kontakteja, ilmaisemaan itseään ja olemaan huumorintajuinen. Vuorovaikutustaitoinen ohjaaja on myös empaattinen, ystävällinen, luottamusta herättävä, uskottava, sensitiivinen ja kärsivällinen.

Tutkimuksessa Potilasohjauksen haasteet – Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit (Hankonen ym. 2006, 27–28), pyrittiin luomaan kriteerit ja malli hyvästä vuorovaikutuksesta ohjaussuhteessa. Tutkimuksessa todetaan, että hoitajan omalla persoonallisuudella on merkittävä vaikutus ohjattava-hoitaja suhteen onnistumisen kannalta. Hoitaja voi omalla persoonallaan tukea tai heikentää vuorovaikutuksen onnistumista resursseista riippumatta. Tutkimuksessa keskinäinen kunnioitus ohjaustapahtumissa ilmeni hoitajan asiallisuutena ja ystävällisenä käyttäytymisenä. Kunnioitus näkyi myös hoitajan valmistautumisena ohjaukseen muun muassa siten, että hän oli hankkinut kirjallista ohjausmateriaalia. Puheen rytmittäminen ja tauottaminen toivat ohjaustapahtumaan vastavuoroisuutta. Näin ohjattavalle annettiin myös mahdollisuus tuoda esiin omia mielipiteitään ja mahdollisia lisäkysymyksiä aiheesta. Hoitaja myös huomioi ohjattavan iän ja vastaanottokyvyn puhuttelutavassaan sekä ohjauksen sisällössä. Luottamuksellista ohjaussuhdetta lisäsivät myös hoitajan rehellisyys ja ammatillisuus.

Nykyään ohjaukselle luovat haasteita lyhentyneet hoitoajat ja kiire. Kiireessä vuorovaikutustaitojen tärkeys korostuu, koska lyhyessä ajassa pitäisi pystyä rakentamaan luottamuksellinen ohjaussuhde. Potilas tulee nähdä ihmisenä, joka on jatkuvassa vuorovaikutuksessa oman elämäntilanteensa ja historiansa, itsensä ja ympäristönsä kanssa. Potilaskeskeisen auttamisen tuloksena potilas voi oppia hahmottamaan omaa elämäänsä uudella tavalla ja katsomaan sitä ikään kuin uudesta näkökulmasta. Vuorovaikutuksen tavoitteena on muodostaa ohjaussuhde ja sillä pyritään edistämään ohjattavan hoitoon sitoutumista. Ohjaussuhteessa potilaan näkemykset itsestään ja elämästään sekä siitä, minkä haluaisi muuttuvan, ovat aina avainasemassa. Vuorovaikutuksessa ovat aina läsnä sekä hoitajan että ohjattavan asenteet, persoonallisuus ja koko ihmisyyden. (Hankonen ym. 2006, 24,30.)

Voimavaraistumisen seitsemän osa-alueita

Voimavaraistuminen tai sisäinen hallinta voidaan jakaa seitsemään osa-alueeseen. Kun potilas tuntee terveysongelmasta aiheutuvat fyysiset oireet ja hänellä on niistä mielestään riittävästi tietoa sekä hän kokee voivansa hallita niitä, voidaan puhua biologis-fysiologisesta osa-alueesta. Toiminnallisella osa-alueella voimavaraistuminen muodostuu potilaan toimimisesta aktiivisesti edistääkseen omaa sisäistä hallintaansa. Tiedollisella osa-alueella potilas kokee omaavansa riittävästi tietoa ongelmastaan, ymmärtää sen ja kykenee hankkimaan uutta tietoa. Potilaan kokiessa pysyvänsä yhteisönsä jäsenenä terveysongelmasta huolimatta, puhutaan sosiaalis-yhteisöllisestä alueesta. Potilas kokee myös, että sosiaaliset kontaktit ovat ongelman hallintaa tukevia. Kokemuksellisella alueella potilaan voimavaraistuminen muodostuu hänen kyvyistään hyödyntää omia aikaisempia kokemuksiaan terveysongelmistaan. Sisäinen hallinta muodostuu eettisellä alueella siitä, että yksilö kokee arvostusta ainutlaatuisena ihmisenä, jolla on oma arvoperustansa. Ekonomista sisäistä hallintaa on, että potilas pystyy selviämään terveysongelmistaan taloudellisesti. (Rasmus 2008, 11–12.)

7 OHJAUSMENETELMÄT

On arvioitu, että potilaat muistavat vain 10 % siitä, mitä he kuulevat, 75 % siitä, mitä he näkevät ja 90 % siitä, mitä heidän kanssaan käydään läpi sekä kuulo- että näköaistia hyödyntämällä. Tämä osoittaa, että ohjauksessa tulisi käyttää useita ohjausmenetelmiä. Hoitajan tehtävä on tunnistaa, mikä omaksumistapa on potilaalle ominaisin. Omaksumistavasta huolimatta keskeisten asioiden kertaaminen ohjauksen loputtua on tärkeää, sillä potilas pystyy vastaanottamaan vain rajallisen määrän informaatiota. (Kyngäs ym. 2007, 73.)

7.1 Suullinen ohjaus: sanaton ja sanallinen viestintä

Ohjaus on sanatonta ja sanallista viestintää. Ohjauksen tavoitteena on, että hoitaja ja potilas ymmärtävät keskustelun samalla tavalla, puhuvat samaa kieltä ja saavuttavat yhteisymmärryksen. Aina tämän tavoitteen saavuttaminen ei kuitenkaan ole mahdollista. Viestinnän selkeyteen ja yksiselitteisyyteen on kiinnitettävä huomiota, koska sanallinen viestintä on vain pieni osa ihmisten välistä vuorovaikutusta. Sanojen merkitykset voivat vaihdella jopa saman kielen ja kulttuurin sisällä. Sanatonta viestintää on nykäsityksen mukaan yli puolet vuorovaikutuksesta. Sanaton viesti pyrkii painottamaan, täydentämään, tukemaan, kumoamaan tai jopa korvaamaan kokonaan sanallista viestintää. Sanatonta viestintää ovat ilmeet, kehonkieli, eleet ja teot. Sanattomasti voi viestiä myös tiedostamattomasti, joten sen kontrollointi on vaikeaa. (Kyngäs ym. 2007, 38–39.)

Suullista ohjausta voidaan toteuttaa joko yksilö – tai ryhmäohjauksissa ja sen tukena voidaan käyttää erilaisia oheismateriaaleja. (Kyngäs ym. 2007, 74). Hoitohenkilökunta hallitsee hyvin erityisesti suullisen yksilöohjauksen. (Kääriäinen ym. 2005b, 13).

7.2 Yksilöohjaus

Yksilöohjaus on yleisin sairaalassa toteutettu potilasohjauksen muoto. Yksilöohjaus on erityisen tehokas opetusmenetelmä kun potilaalla on tiedollisia eli kognitiivisia vajauksia. (Jaakonsaari 2009, 20.)

Hoitajan sitoutuessa ohjaus- ja vuorovaikutussuhteeseen aidosti, hän voi myös kysymyksillä tukea potilaan osallistumista keskusteluun. Ohjauksen alussa esitetään kysymyksiä liittyen meneillään olevaan ongelmaan tai tilanteeseen. Tämän jälkeen ohjauskeskustelua jatketaan esittämällä tuntemuksiin liittyviä kysymyksiä, jotka käsittelevät nykyisyyttä, menneisyyttä ja mahdollisesti myös tulevaisuuteen liittyviä asioita. Asioiden käsittely jatkuu hoitajan ja potilaan vuoropuheluna. Kysymyksillä pyritään houkuttelemaan potilaan asiantuntemusta esiin ja potilas saa kertoa omista ohjauksen aiheeseen liittyvistä kokemuksistaan. Tarvittaessa niin hoitaja kuin potilaskin voivat esittää tilanteeseen liittyviä tarkistuskysymyksiä. Vaihtoehtoja tarjoavilla kysymyksillä voidaan tehdä hienovaraisesti ehdotuksia esimerkiksi itsehoidon tai elintapojen muutoksen aikaansaamiseksi. Puolin ja toisin esitetyillä tuntemuksia käsittelevillä kysymyksillä tarkistetaan ehdotusten hyväksyntää. (Kyngäs ym. 2007, 88.)

Ohjauksen ensisijainen tavoite on auttaa potilasta saavuttamaan parempi tuntemus omasta hyvinvoinnistaan ja riippumattomuus muista, mutta ohjaussuhde vaihtelee potilaan yksilöllisten tarpeiden mukaan. (Majasaari ym. 2007, 12).

Onnistunut ohjauskeskustelu rakentuu potilaan tarpeiden pohjalle ja potilas pyritään saamaan aktiivisesti mukaan ongelmien erittelemiseen ja ratkaisuvaihtoehtojen kehittelyyn. Hoitaja ottaa huomioon potilaan itse esille tuomat vihjeet ongelmistaan. Ohjauksessa annetaan ehdotuksia ja tietoa ikään kuin ongelmat ja ohjaus eivät kohdentuisi juuri kyseisen potilaan tilanteeseen. Onnistuneessa ohjaustilanteessa käsiteltäviä asioita pidetään normaaleina ja arkaluontoisia asioita käsitellään mahdollisimman hienovaraisesti. Ohjaustilanteessa tulisi välttää sellaisia keskusteluja, jotka uhkaavat potilaan

omaa asiantuntemusta ja identiteettiä. Ohjauksen onnistuminen ja asetettujen tavoitteiden saavuttaminen perustuvat hoitajan ja potilaan yhteistyöhön. (Kyngäs ym. 2007, 87–88.)

Potilaat arvostavat yksilöohjausta, koska se mahdollistaa potilaan tarpeista lähtevän ohjauksen, motivaation ja aktiivisuuden tukemisen, vapaamuotoisen ilmapiirin sekä jatkuvan palautteen antamisen. Yksilöohjaus on usein oppimisen kannalta tehokkain menetelmä, mutta toisaalta se vaatii hoitajalta aikaa. (Kyngäs ym. 2007, 74.)

7.3 Ryhmäohjaus potilasohjausmenetelmänä

Yksilöohjauksen ohella ryhmäohjaus on yksi eniten käytetyistä ohjausmenetelmistä terveydenhuollossa. Ryhmäohjausta voidaan antaa erikokoisissa ja eri tarkoitusta varten kootuissa ryhmissä. Ryhmän jäsenenä oleminen voi olla sen jäsenelle voimaannuttava kokemus, joka auttaa jaksamaan ja tukee tavoitteiden saavuttamisessa. Yksilön näkökulmasta katsottuna ryhmäohjaus voi olla jopa tehokkaampaa kuntoutuksen ja terveyden edistämisen kannalta kuin yksilöohjaus. Ryhmäohjauksen avulla voidaan saavuttaa parempia tuloksia kuin yksilöohjauksella. Ryhmäohjauksessa tietoa voidaan jakaa suuremmalle ryhmälle, jolloin ohjaus on taloudellisempaa kuin yksilöohjaus. Ryhmän tärkeä tunnuspiirre on sen jäsenten välinen merkityksellinen vuorovaikutus. Jotta ryhmää voidaan tietoisesti käyttää voimavarana, tulee ryhmällä olla yhteinen tavoite. Ryhmän yhteinen tavoite lisää osallistujien yhteenkuuluvaisuuden tunnetta ja halua toimia ryhmän osana. (Kyngäs ym. 2007, 104.)

Tavallisesti ryhmäohjaus käsitetään pitkäaikaisena ohjauksena, joka on suunnattu tietyille kohderyhmälle ja jolla on tietyt, yhteiset tavoitteet. Kohderyhmä on yleensä pienehkö, tavallisesti 7-12 jäsentä. Ryhmällä on yhteiset tavoitteet ja pyrkimykset, ryhmän jäsenet tuntevat kuuluvansa ryhmään

ja kokevat ryhmän palkitsevana. Ryhmällä on yhteiset normit ja ryhmän toimintaa kuvaa vuorovaikutteisuus. (Ruponen ym. 2000, 163.)

Ryhmäohjaus säästää resursseja. Kun paikalla on useampi ohjattava samalla kertaa, erityisasiantuntijan käyttö mahdollistuu. Ryhmäohjauksen etuja ovat muun muassa erilaisten näkökantojen ja kysymysten esiintulo, sekä jäsenten toisilleen antama vertaistuki. Vertaistuen avulla potilaiden on helpompi hyväksyä sairautensa. Ryhmäohjaustilanteessa potilaat saavat yleistä tietoa ja he voivat toimia roolimalleina toisille ryhmäläisille. Etenkin nuoret potilaat pitävät ryhmäohjauksesta. On kuitenkin huomattu, että paras ryhmäkoonpano ohjaustilanteessa potilaiden mielestä oli ryhmä, jossa oli kaikenikäisiä potilaita. (Engström & Jaakkola 2006, 20.)

7.4 Kirjallinen potilasohjaus

Kirjallisten ohjausmateriaalien käyttö on erityisen tarpeellista sellaisissa tilanteissa, joissa aika suulliselle ohjaukselle on vähäinen. Merkitys on korostunut entisestään lyhentyneiden sairaalassaoloaikojen takia. Kirjallinen ohjausmateriaali tarkoittaa erilaisia kirjallisia ohjeita ja -oppaita. Ohjeet voivat olla lyhyitä yhdestä sivusta useampi sivusiin pieniin kirjasiin tai oppaisiin. Kirjallisen ohjausmateriaalin avulla voidaan potilaalle jo etukäteen välittää tietoa tulevista hoitoon liittyvistä asioista, kuten hoidon onnistumiseen vaikuttavista seikoista. Myös kotiutusohjeet ovat tärkeä kirjallisten ohjausmateriaalien käyttöalue. Potilaiden mielestä on hyvä, että suullisen opetuksen lisäksi myös kirjalliset ohjeet ovat saatavilla. Ohjeiden ollessa kirjallisina, voi potilas tukeutua niihin ja tarkastaa tietojaan niistä myös itsekseen. (Kyngäs ym. 2007, 124.)

Potilaat tarvitsevat tietoa erityisesti omasta sairaudestaan ja sen hoidosta, komplikaatioista, sairauteen liittyvästä epävarmuudesta, sairauden etenemisestä tai uusiutumisen riskeistä tai lääkityksestä. Kirjallisen ohjeen tulisi olla kullekin potilaalle sopiva ja hänen tietojansa ja tarpeitansa tukeva. Kirjallisten ohjeiden ymmärrettävyys on tärkeää, sillä huonosti ymmärrettävät

kirjalliset ohjeet saattavat heikentää muuten hyvää ohjausta. Huonosti ymmärrettävä kirjallinen ohje voi aiheuttaa väärinymmärryksiä sekä lisätä asiakkaan pelkoja ja huolestuneisuutta. Ohjausmateriaalin tulisi olla sekä sisällöltään että kieliasultaan sopivaa ja ymmärrettävää ja se tulisi tarjota potilaalle sopivaan aikaan ja sopivassa paikassa. Mikäli kirjallinen ohje on hyvin suunniteltu, tehokas, oikein suunnattu ja potilaan oppimiskyvyn huomioiva, voi potilas käyttää sitä itseopiskeluun. (Kynkäs ym. 2007, 124–125.)

Kirjallinen potilasohje ei ole vain tiedonsiirtoa potilaalle. Se välittää viestin potilaan asemasta terveydenhuoltojärjestelmässä ja se määrittelee käsitystä terveydestä ja sairaudesta. Yleensä kirjallinen ohje annetaan suullisen potilasohjauksen yhteydessä, jolloin on mahdollista läpikäydä ja täydentää sitä. (Alaperä ym. 2006, 66.) Kirjallista materiaalia ei kuitenkaan tulisi antaa vain sen takia, että sitä on ohjattavasta aiheesta olemassa, ohjausmateriaalin tulee tukea ohjauskeskustelussa käsiteltyjä asioita eikä se saa olla liian yleisluonteista. (Kääriäinen ym. 2005a, 29).

Kynkään ym. (2007, 126) mukaan selkeässä ja ymmärrettävässä ohjeessa ilmoitetaan, kenelle ohje on tarkoitettu ja mikä on ohjeen tarkoitus. Käsiteltävää asiaa voidaan selkeyttää konkreettisilla esimerkeillä ja kuvauksilla. Ohjeet, joissa kuvataan konkreettisesti, miten potilaan tulee toimia tavoitteiden saavuttamiseksi, helpottavat ymmärtämistä. Myös hoidon onnistumisen seurannasta, yhteydenotosta ja lisätietojen hankkimisesta on hyvä olla tietoa. Jotta tietoa ei olisi liikaa, tulisi opetettavan asian sisältö esittää vain pääkohdittain. Kirjallisessa ohjeessa tulisi huomioida potilas kokonaisuutena. Esimerkiksi jos sisällössä on käsitelty vain potilaan fyysistä vaivaa ja sen hoitoa, ohje ei ole riittävä. Ohjeissa tulisi huomioida myös se, miten sairaus, tutkimus tai hoito vaikuttaa asiakkaan mielialaan tai sosiaalisiin suhteisiin.

7.5 Audiovisuaalinen potilasohjaus

Audiovisuaalista ohjausta käytetään ohjausmenetelmistä vähiten. Videoiden käyttö potilasohjauksessa tukee potilaan itsehoitoa ja vähentää pelkoja. (Kääriäinen 2007, 35.) Audiovisuaalisen ohjauksen avulla voidaan selvittää väärinkäsityksiä, palauttaa asioita muistiin sekä tarjota ohjausta helpommin myös omaisille. Materiaalin kehittäminen ja niiden tuotto ja käyttö vaativat henkilöstö-, aika- ja laiteresursseja sekä asianmukaisia valmiuksia. Audiovisuaalisen ohjauksen tarkoituksena on virkistää muistia tiedosta keskustelemisen yhteydessä. Tämän lisäksi ohjausmenetelmä helpottaa tiedon välittämistä omaisille. (Kyngäs ym. 2007, 117.)

Tietoa ja tukea voidaan tarjota erilaisten teknisten laitteiden, kuten videoiden, äänikasettien, tietokoneohjelmien ja puhelimen välityksellä. Ohjausmateriaalin kehittämis- ja tuottamiskustannukset sekä potilaiden rajalliset mahdollisuudet käyttää tekniikkaa kotona rajoittavat audiovisuaalisen ohjauksen käyttöä. Vaikka potilaat ja omaiset ovat toivoneet sen käyttöä suullisen ja ryhmäkeskustelujen lisänä, audiovisuaalista ohjausta pidetään vähemmän vaikuttavana menetelmänä kuin muita menetelmiä. (Kyngäs ym. 2007, 116–117.)

7.5.1 Video-ohjaus

Video-ohjauksen käyttöä ja vaikuttavuutta on tutkittu vähän. Tutkimukset kuitenkin kannustavat menetelmän käyttöön. Video-ohjauksen on todettu sopivan hoitotyöhön erittäin hyvin vuorovaikutteisen luonteensa vuoksi ja se tukee ohjaajaa ohjausprosessissa. Video-ohjauksen on todettu myös auttavan voimavarojen tunnistamista. (Häggman-Laitila 2007, 10, 12, 15.) Videoiden käytöstä hyötyvät etenkin ne potilaat, joiden on vaikea lukea kirjallista materiaalia. Ohjausmenetelmänä videoiden käyttö mahdollistaa ohjauksen toteutumisen oikeaan aikaan. Videoiden käyttö on myös taloudellista. Toisaalta potilaalla tulisi olla mahdollisuus keskustella videon sisällöstä hoitajan kanssa,

sillä videon sisältö saattaa herättää potilaassa vahvoja tunteita tai aiheuttaa jopa väärinkäsityksiä. (Kyngäs ym. 2007, 116–117.)

7.5.2 Puhelinohjaus

Puhelin on hoitotyön yleisimmin käytetty kommunikointiväline, jonka avulla hoitoa toteutetaan (Nuutila ym. 2004, 1). Puhelinohjauksella tarkoitetaan terveydenhuollon ammattilaisen puhelimen välityksellä antamaa ohjausta. Puhelinohjauksen ansiosta osa potilaan ongelmista voidaan hoitaa ilman lääkärissä käyntiä. Toisaalta voidaan ohjata lääkärinhoitoa tarvitsevat potilaat jatkohoitoon. Puhelinohjauksen ansiosta potilaat saavat nopeasti kontaktin terveydenhuollon yksikköön, vaikkei lääkäriaikaa heti järjestyisikään. Tällä tavalla voidaan vähentää myös tarpeettomia kontakteja terveydenhuoltoon. (Kontio ym. 2006, 77–78.)

Puhelinneuvonta on tänä päivänä yksi nopeasti yleistyviä terveydenhuollon toimintamuotoja. Yleistymisen syitä ovat lisääntynyt tarve kehittää taloudellisia tapoja terveystalouden tarjoamiseen, lyhentyneitä osastohoitojaksoja, kroonisten sairauksien lisääntymistä, terveydenhuollon asiakkaiden lisääntyntä valvutuneisuutta ja tiedon halua sekä lisääntyneet vaatimukset turvata terveystalouden käyttäjille tasapuolinen ja nopea hoitoon pääsy. (Nuutila ym. 2004, 1.)

Erityisesti 2005 voimaan tulleen hoitotakuun sekä kansanterveys- ja erikoissairaanhoidon muutosten johdosta puhelinohjaus on yleistynyt. Lähtökohtana puhelinohjaukselle voi olla esimerkiksi hoitoon hakeutuminen tai ohjeiden hakeminen. Myös hoitajan kontakti leikkauskutsun tai hoidon seurannan muodossa voi olla puhelinohjauksen lähtökohta. Puhelinohjaus jaotellaan palveluohjaukseen sekä terveyden- ja sairaanhoidon ohjaukseen. Palveluohjauksessa tiedotetaan palveluista kuten aukioloajoista, jolla potilas ohjataan esimerkiksi tulemaan päivystykseen. Terveyden- ja sairaanhoidon

ohjauksella sen sijaan tarkoitetaan potilaan terveydentilaan liittyvää ohjausta. (Kyngäs ym. 2007, 117-118.)

Puhelinohjaus vaatii yhtä huolellista suunnittelua ja arviointia kuin mikä tahansa muu ohjaustapa. Puhelinohjauksen toteuttamisen liittyy myös tietosuoja- ja vastuukysymyksiä, joten ohjauksen antajalta vaaditaan terveydenhuollon lainsäädännön tuntemista. Puhelinohjaus voidaan järjestää joko osana terveydenhuollon organisaatioiden omaa toimintaa tai ulkoistettuna palveluna. Puhelinohjauksen toteuttamista varten vaaditaan jatkuvaa koulutusta ja työnjaon päivittämistä. (Kyngäs ym. 2007, 117–118.)

Terveyspalvelujärjestelmän moneen osaan kuuluvat puhelinneuvonta ja – ohjaus ja siitä vastaavat eri ammattiryhmät. Sairaaloissa osaksi sairaanhoitajien toimenkuvaa on liitetty puhelinneuvonta ja – ohjaus etenkin päivystyspoliklinikoilla työskenneltäessä. Sairaanhoitajilta edellytetään systemaattisuutta hoitotyön suunnittelussa, toteuttamisessa ja arvioinnissa puhelinhaastattelun teossa. Hoitajan arvio potilaan hoidontarpeesta ja voinnista pohjautuu soittajan kykyyn kuvata objektiivisesti potilaan vointia ja siinä tapahtuvia muutoksia. Arvio perustuu myös hoitajan ammattitaitoon esittää tarkentavia lisäkysymyksiä ja täsmennyksiä ja hoitotyön diagnoosien tekotaitoon. (Homan-Helenius 2000, 4-5.)

Tutkimusten mukaan sairaanhoitajien toteuttama puhelinneuvonta on turvallinen toimintamuoto. Tehokkaan ja turvallisen puhelinneuvonnan kannalta on tärkeää löytää tasapaino sen suhteen, että reagoidaan viipymättä välitöntä hoitoa edellyttäviin terveysongelmiin ja vähemmän akuutit terveysongelmat hoidetaan niin, että ne eivät rasita akuuttihoitoon varattuja resursseja tarpeettomasti. Tutkimuksissa, joiden mukaan puhelinneuvonta toteutettiin turvallisesti, neuvontaa toteuttivat kokeneet, puhelinneuvontaan koulutuksen saaneet sairaanhoitajat. Neuvontaa toteutettiin ohjeistoon perustuen ja systemaattisesti. (Nuutila ym. 2004, 10–12.)

Puhelinneuvontaa käytetään myös postoperatiivisesti. Puhelinneuvonnan avulla hoitaja voi antaa terveysneuvontaa ja potilas voi oppia hoitamaan itse itseään

postoperatiivisesti mahdollisesti ilmaantuvissa ongelmatilanteissa. (Hartford 2005 , 466.)

Puhelinneuvonnan hyödyt terveystietopalvelujärjestelmälle liittyvät kotihoidon mahdollistamiseen, hoitopaikkaan ohjaamiseen sekä varhaisessa vaiheessa ongelman puuttumiseen ja näiden kautta terveydenhuollon kustannuksissa säästämiseen. Käyttäjät ovat palveluun tyytyväisiä ja keskeinen hyöty on neuvonnan rauhoittava ja omaa toimintakykyä parantava vaikutus sekä tiedon ja avun saanti nopeasti ja joustavasti erilaisten terveyteen liittyvien ongelmien hoidossa. (Nuutila ym. 2004, 10–12.)

7.5.3 Tietokoneavusteinen potilasohjaus

Tietokoneavusteisesti potilaita ohjataan vielä vähän ja yleensä tietokoneohjelmia käytetäänkin kirjallisen ohjausmateriaalin ohessa. Potilaat hyötyvät tietokone-ohjauksesta iästä riippumatta eivätkä tietokoneen käyttötottumusten puute tai rajoitukset näkökyvyssä tai koordinaatiossa estä heitä osallistumasta tietokoneavusteiseen ohjaukseen. On osoitettu, että tietokoneavusteinen ohjaus lisää potilaiden tietoa ja edistävän toivottua hoitokäyttäytymistä. (Kääriäinen 2007, 36.) Interaktiivisilla tietokone-ohjelmilla voidaan tarjota yksinkertaista ja havainnollistavaa tietoa sairaudestaan ja eri hoitomuodoista. Interaktiivisetkaan tietokone-ohjelmat eivät kuitenkaan yleensä käsittele potilaan tunteita. (Kessler ym. 2005, 138-139.) Potilaat ovat nykyisin halukkaampia etsimään terveystietoa myös Internetistä, etenkin jos he ovat korkeasti koulutettuja ja motivoituneita Internetin käyttäjiä ja jos heillä on Internet-yhteys kotonaan (Välimäki ym. 2007, 116).

Internetin käytön etuina ovat potilaiden mielestä terveystiedon etsinnän yksityisyys, ympärivuorokautinen saatavuus, sopivuus myös ujoille ja estyneille potilaille, jotka jännittävät kasvokkain tai puhelimitse tapahtuvaa kontaktia sekä vapaus hakea eritasoista ja tyyppistä tietoa. Potilaat käyttävät Internetiä tyydyttääkseen tiedonsaanti- ja tukitarpeitaan sairauden kulun aikana

sopeutuakseen potilaan rooliin ja osallistuakseen hoitoonsa. (Ojutkangas & Tiitinen 2005, 11.)

Tietoteknologia on varteen otettava menetelmä potilaan tiedonsaannin kehittämisessä, se tarjoaa innovatiivisia ratkaisuja myös potilasohjauksen tehostamiseksi. Potilasohjauksessa tietotekniikan on todettu olevan tehokas terveyskäyttäytymisen muuttumisessa, tiedontason nostamisessa sairaalassaoloajan vähentämisessä. Tietotekniikan käyttöä potilasohjauksessa pidetään tarpeellisena, vaikka käytön kustannusten ja vaikutusten arvioiminen on vasta aluillaan. On kuitenkin jo todettu, että potilaat, jotka ovat saaneet tietoa tietokoneen avulla, ovat tyytyväisempiä tiedonsaantinsa kuin perinteisillä menetelmillä ohjausta saaneet potilaat. (Ojutkangas & Tiitinen 2005, 9.)

Informaatioteknologian hyödyntämien osana ohjausta asettaa henkilökunnalle uudenlaisia vaatimuksia. Näitä voivat olla esimerkiksi informaatioteknologian käyttötaito ja konkreettinen mahdollisuus siihen sekä myönteinen asennoituminen teknologian käyttöön. Parhaiten hallitut ja käytetyimmät sovellukset hoitohenkilökunnan keskuudessa ovat potilastietojärjestelmät ja Internet. Hoitohenkilökunnalla on mahdollisuus vaikuttaa siihen, onko potilaiden saama tieto asiallista ja mitä tietokantoja potilaat käyttävät. Osa tarjolla olevasta informaatiosta saattaa olla harhaanjohtavaa, epätarkkaa tai virheellistä ja tiedonhaku Internetistä edellyttää taitoa ja kykyä arvioida löydettyä tietoa. (Välimäki ym. 2007, 116–117.) Potilas ei välttämättä tiedä, onko Internetistä saatu tieto luotettavaa. Suurin ero Internetin ja perinteisin menetelmin, kuten kirjallisesti tai suullisesti annetun tiedon välillä onkin se, että perinteisellä tavalla annettu tieto on jo valmiiksi arvioitua tietoa. (Rankinen 2008, 48.)

7.6 Demonstraatio potilasohjauksessa

Yksi potilasohjauksen osa-alue on demonstraatio, eli kädentaitojen opettaminen. Demonstraatio tarkoittaa sitä, että henkilö, joka jo osaa, demonstroi toimintamallin henkilölle, joka ei vielä osaa. Demonstraatio on

havainnollistamista apuna käytettyä ohjaamista, jonka tarkoituksena on tarjota potilaalle selkeä kuva siitä, miten jokin toimenpide suoritetaan. Demonstraatio tarjoaa potilaalle omakohtaisen kokemuksen harjoiteltavasta toiminnosta. Demonstraation tarkoituksena on myös tukea potilaan sitoutumista hoitoonsa ja tukea potilaan selviytymistä kotona. Tarkoituksen mukaista on myös suoda potilaalle tilaisuus keskustella käsitteistä ja tunteistaan sekä antaa hänelle lisätietoa. Demonstroinnin ja suullisen ohjauksen on todettu olevan taitojen opettamisessa kirjallista materiaalia tehokkaampaa. (Heinola ym. 2006, 57–58.)

Motorisen taidon oppimiseksi tärkeää on luonnollisesti harjoitteleminen, joka tulisikin sisällyttää potilaan ohjauksen suunnitelmaan. Ennen demonstraatiota tulisi kaikkien tarvittavien välineiden olla kerättynä yhteen ja kirjallisten ja suullisten ohjeiden tulisi olla jo annettu. Mikäli mahdollista, tulisi harjoittelun myös tapahtua olosuhteissa, jotka muistuttavat sitä ympäristöä, missä opittua taitoa tullaan käyttämään. Potilaat kokevat hyvänä ympäristön, joka on häiriötön ja rauhallinen ja joka mahdollistaa kahdenkeskisen keskustelun. Tällainen ympäristö mahdollistaa myös avoimen keskustelun aroista ja luottamuksellisista asioista. Harjoittelutilanteessa on tärkeää antaa tietoa siitä, mitä ohjattava tekee väärin, jotta virheellisten tapojen syntyminen voidaan välttää. Väsymys heikentää toimintakykyä ja lisää turhautumista ja tämän välttämiseksi suositellaankin lyhyitä, riittävin väliajoin tapahtuvia harjoittelujaksoja. Kun motorinen taito on kunnolla opittu, sen voi palauttaa mieleensä vuosienkin kuluttua. Ohjauksessa on myös suositeltavaa huomioida potilaan sosiaalinen tukiverkosto; antamalla tietoa myös potilaan omaisille, voidaan vähentää heidän ahdistuneisuutta ja parantaa heidän kykyään tukea potilasta. (Heinola ym. 2006, 58–59.)

Demonstraatiota käytetään ohjausmenetelmänä silloin, kun potilaalle tai hänen omaiselleen täytyy opettaa joitakin motorisia tai käytännön taitoja vaativa hoitotoimenpide. Demonstraatiotapahtuman suunnittelu ja toteutus ovat ensisijaisesti ohjaajan vastuulla, mutta onnistuneeseen lopputulokseen pääseminen edellyttää kumpaankin suuntaan tapahtuvaa vuorovaikutusta. (Heinola ym. 2006, 57–58.)

8 POTILAIEN KOKEMUKSIA

POTILASOHJAUksesta

Hoitohenkilökunnan ja potilaiden arviot potilaslähtöisyydestä ja ohjauksen riittävydestä ovat keskenään ristiriitaisia. Hoitohenkilöstö arvioi ohjausvalmiutensa ja tietonsa melko hyväksi, mutta potilaat puolestaan kokivat hoitohenkilökunnan ohjausvalmiuksien olevan puutteellisia. Ohjauksen onnistumisen esteitä ovat muun muassa ristiriitaiset käsitykset ohjauksen sisällöstä, kiire, henkilöstön vähäisyys, tiedon puute, puutteellinen välineistö sekä tilojen epäasianmukaisuus. (Kempainen ym. 2010, 5-6.)

Potilaat ovat kuitenkin olleet osin tyytymättömiä saamaansa ohjaukseen. Erityisesti ennen hoitoon tuloa annettavaan ohjaukseen tulisi kiinnittää enemmän huomioita, jotta potilaalle jäisi aikaa harkita hoitovaihtoehtojaan ja selvittää omaa tilannettaan. Ennen sairaalaan tuloa annettu riittävä ohjaus vaikuttaa potilaan tyytyväisyyteen ja mielialaan. Potilaat tarvitsisivat myös sairaalahoidon aikana enemmän tietoa sairaudestaan ja sen hoidosta. Kotiutusvaiheessa annettu ohjaus liittyen hoidon jälkeisiin ongelmiin, joiden tunnistaminen ja ehkäisy ovat tärkeitä, on ollut riittämätöntä. (Kääriäinen 2008, 13.) Potilaiden on todettu olevan tyytymättömiä ohjauksen riittämättömyyteen ja rutiininomaisuuteen. Potilaat toivovat emotionaalista tukea ja apua konkreettisten asioiden järjestämisessä sekä ohjauksesta sairauden ehkäisyyn, hoitoon ja kuntoutukseen. (Kempainen ym. 2010, 6.)

Myös sosiaalisen tuen osalta ohjaus on ollut puutteellista. Koska hoidon jatkuminen jää kuitenkin potilaan omalle ja hänen omaistensa vastuulle, on potilaan riittävän ohjauksen varmistaminen tärkeää. (Kääriäinen 2008, 13.)

Omaisten huomioimisen taito osana hoitoprosessia voi olla heikko ja tunteista puhuminen vaikeaa (Kemppainen ym. 2010, 6).

Kääriäisen ym. (2005b, 12-13) tutkimuksessa tutkittiin potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta. Ennen sairaalaan tuloa potilaista 66 % sai riittävästi ohjausta, 22 % riittämättömästi ja 12 % ei tarvinnut ohjausta. Sairaalassa saadun ohjauksen koki riittäväksi 71 %, 13 % riittämättömäksi ja 16 % ei tarvinnut ohjausta. Riittäväksi koettiin tutkimuksia, toimenpiteitä ja hoitoon valmistautumista koskeva ohjaus. Sairauden ennusteen, hoidon riskien ja toipumisajan pituuden osalta ohjaus koettiin riittämättömäksi.

Kääriäisen ym. (2005b, 12-13) tutkimuksessa tutkittiin myös ohjauksen tärkeyttä potilaiden näkökulmasta ja ohjaustoiminnan toteutumista sekä ohjauksen resursseja ja vaikutuksia. Potilaat arvioivat myös ohjauksen kehittämistä.

Ohjauksen tärkeyttä arvioitaessa, potilaista 87 % oli sitä mieltä, että ennen sairaalaan tuloaan ja sairaalassa saatu ohjaus on tärkeää. Potilaista 6 % ei pitänyt ohjausta tärkeänä. Ohjauksen toteutumista selvitettiin ohjauksen antajan, potilaslähtöisen ohjauksen ja ilmapiirin osalta. Vastaaajista 74 % sai potilaslähtöistä ohjausta ja 9 %:lla se ei toteutunut. Puutteita ilmeni siinä, että omaisia ei otettu mukaan ohjaukseen, ohjeita ei perusteltu, ongelmista ei voinut keskustella tai ohjausta ei sovellettu potilaan elämäntilanteeseen. 83 % potilasta arvioi ohjaustilat asianmukaisiksi. Terveystieteiden henkilökunnan valmiudet käyttää välineistöä, jota ohjauksessa tarvitaan, oli puutteellista. Puutteellista oli myös ohjausajan riittävyys. (Kääriäinen ym. 2005b, 12-13.)

Ohjauksen vaikuttavuutta arvioitaessa potilaista 68 % arvioi ohjauksella olleen paljon vaikutusta. Ohjaus lisäsi tietoa ja potilaan vastuunottoa sairauden hoidosta sekä positiivista asennoitumista hoitoon. 56 % piti ohjausta kokonaisuudessa hyvänä ja 40 % kiitettävänä. Vain 4 % piti saamaansa ohjausta huonona. Ohjauksen kehittämiskohteiksi tutkimuksen mukaan esitettiin ohjauksen ulkoiset tekijät, kuten ohjaustilat, ohjaukseen käytetty aika, henkilökuntaresurssit, puutteelliset ohjausvalmiudet ja sattumanvarainen organisointi. Itse ohjaustoimintaa koskien kehittämiskohteiksi osoittautuivat

potilaan asemaan liittyvät tekijät; ohjauksen saatavuus jäi potilaan vastuulle, eikä hänen kontekstiaan huomioitu. Vuorovaikutusta pidettiin autoritaarisena. Potilaat kaipasivat myös ohjaus-käsitteen selventämistä. (Kääriäinen ym. 2005b, 13.)

Potilaat pitivät ohjaajien tietoja ja taitoja kiitettävänä tai hyvinä, mutta ohjaukseen asennoitumista 11 % potilaista piti huonona. Tutkimuksen mukaan ohjausmenetelmistä terveydenhuoltohenkilöstö hallitsi hyvin vain suullisen yksilöohjauksen. (Kääriäinen ym. 2005b, 13.)

9 OPINNÄYTETYÖN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Luotettavuus ja eettisyys liittyvät toisiinsa monin tavoin. Eettisissä kysymyksissä on aina kyse oikeasta ja väärästä. Tieteellisen toiminnan uskottavuus ja luotettavuus perustuvat hyvään tieteelliseen käytäntöön. Mikäli hyvää tieteellistä käytäntöä loukataan, se vaikuttaa haitallisesti paitsi tieteellisten tutkimusten ja kirjoitusten laatuun, myös koko tiedeyhteisön toimintaan ja uskottavuuteen. Suomessa 1991 perustettu Tutkimuseettinen neuvottelukunta pitää hyvän tieteellisen käytännön vastaisina tekoina muun muassa puutteellista viittausta aikaisempiin tutkimuksiin tai lähteisiin. Neuvottelukunnan mukaan vilpillä tarkoitetaan sepittämistä, vääristelyä ja plagiointia. Eettiset ohjeet tai teoriat voivat kuitenkin harvoin antaa aukottomia vastauksia kirjoittajan eettisiin ongelmiin ja lopullinen ratkaisu onkin kirjoittajalla. (Viskari 2002, 106–108.)

Tämä kirjallisuuskatsaus on pyritty tekemään noudattaen hyvää tieteellistä käytäntöä. Aineiston valinnassa on käytetty lähdekritiikkiä ja valittua aineistoa on pyritty analysoimaan niin, että tutkimusten tulokset ovat pysyneet analyysin jälkeen muuttumattomina. Kirjallisuuskatsaus on pyritty laatimaan mahdollisimman huolellisesti ja rehellisesti. Kaksi kirjoittajaa mahdollistaa

yhteiset pohdinnat ja keskustelut, jotka tukevat sekä luotettavuutta että eettisyyttä. Kun kirjoittajia on kaksi, on myös vaikeampi tulla sokeaksi kirjoittamalleen tekstille.

Lähdekritiikki on tärkeää arvioitaessa tiedon luotettavuutta. Lähteiden luotettavuutta arvioitaessa tulee kiinnittää huomiota erityisesti lähteen aitouteen, riippumattomuuteen, alkuperäisyyteen ja puolueettomuuteen. Myös ajankohtaisuus kertoo lähteiden tasosta. Useilla tieteenaloilla tutkimuksen kehitys on nopeaa, joten julkaisut vanhenevat hyvinkin nopeasti. Myös lähdetyyppi liittyy luotettavuuteen; luotettavimpina lähteinä voidaan pitää tieteellisiä tutkimuksia. Aineistoa tulee arvioida kriittisesti ja kaikesta saatavilla olevasta informaatiosta on karsittava epäoleellinen ja epäluotettava tieto pois. (Mäkinen 2006, 128, 130–131.)

Kirjallisuuskatsauksen aineiston haussa käytettiin tietokantoja. Aineistoksi valitut lähteet olivat mahdollisimman tuoreita, kaikki 2000-luvulta. Lähteiden luotettavuutta arvioitiin myös niiden kirjoittajien ja julkaisupaikkojen perusteella. Aineiston keruussa pyrittiin käyttämään alkuperäistä lähdetä, mikä ei aina ollut mahdollista.

10 POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa kirjallisuuskatsauksen pohjalta potilasohjauksen lähtökohtia, voimavaraistavaa vuorovaikutusta, eri potilasohjausmenetelmiä ja keinoja sekä potilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta.

Vuorovaikutustaidot ovat tärkeä osa hoitotyötä ja ilman vuorovaikutusta ihmisten on vaikeaa vaikuttaa toisiinsa myönteisellä ja tuloksellisella tavalla (Hankonen ym. 2006, 24). Voimavarakeskeisessä ohjauksessa terveydenhuoltoammattilaisen kuuntelutaidot nousevat keskeisiksi tekijöiksi. Hoitajan kuuntelutaidot tulevat ilmi siinä, miten hyvin hän kykenee ottamaan kuulemansa huomioon. (Poskiparta ym. 2001, 69.) Ohjaussuhteen tulee perustua välittämiseen, empatiaan ja luottamukseen. Hoitaja voi myös omalla persoonallaan tukea tai heikentää vuorovaikutuksen onnistumista resursseista riippumatta. (Hankonen ym. 2006, 25,27.) Vaikka kirjallisuuden mukaan vuorovaikutus on tärkeä osa sairaanhoitajan työtä, voidaan pohtia, toteutuuko kaksisuuntainen vuorovaikutus todella. Kirjallisuuden mukaan potilaat ovat tyytymättömiä ohjauksen rutiininomaisuuteen ja kaipaavat enemmän emotionaalista tukea. (Kempainen ym. 2010, 6). Laadukas potilasohjaus edellyttää tiettyjä ohjausresursseja. Näitä ovat henkilökunnan ohjausvalmiudet ja mitoitus sekä asianmukaiset tilat, välineet, ja ajan tasalla oleva ohjausmateriaali. Potilasohjauksen resursseista on kuitenkin pulaa. Ohjaukselle ei ole riittävästi aikaa, tilat saattavat olla epäasianmukaisia ja ohjausmateriaalista on puutetta.

Ohjauksessa tulisi käyttää useita ohjausmenetelmiä ja hoitajan tehtävä on tunnistaa, mikä omaksumistapa on potilaalle ominaisin. Suullista ohjausta voidaan toteuttaa joko yksilö- tai ryhmäohjauksessa ja sen tukena voidaan käyttää erilaisia oheismateriaaleja. (Kyngäs ym. 2007, 38-39, 73-74.) Sairaanhoitajien tiedot potilasohjauksen menetelmistä ovat osittain puutteellisia ja käytetyt menetelmät ovat yksipuolisia.

Yleisin sairaalassa toteutettu potilasohjauksen muoto on yksilöohjaus ja se on erityisen tehokas opetusmenetelmä, kun potilaalla on tiedollisia vajauksia. (Jaakonsaari ym. 2009, 20). Potilaat arvostavat yksilöohjausta ja se on usein oppimisen kannalta tehokkain menetelmä, vaikka se vaatiikin hoitajalta aikaa.

Yksilöohjauksen ohella ryhmäohjaus on yksi eniten käytetyistä ohjausmenetelmistä. Ryhmäohjausta voidaan antaa erikokoisissa ja eri tarkoitusta varten kootuissa ryhmissä. Ryhmäohjauksen avulla voidaan saavuttaa parempia tuloksia kuin yksilöohjauksella ja ryhmän tärkeä tunnuspiirre on sen jäsenten välinen vuorovaikutus. Ryhmäohjaus voidaan jakaa suuremmalle ryhmälle, jolloin ohjaus on taloudellisempaa kuin yksilöohjaus. (Kyngäs ym. 2007, 74, 104-105.) Kuntoutuksen ja terveyden edistämisen kannalta ryhmäohjaus voi olla jopa yksilöohjausta tehokkaampaa. Ryhmäohjaus tarjoaa potilaille vertaistukea ja ryhmässä saattaa tulla esille kysymyksiä, joita yksilöohjauksessa ei nouse esiin.

Kirjallisten ohjausmateriaalien käyttö on erityisen tarpeellista sellaisissa tilanteissa, joissa aika suulliselle ohjaukselle on vähäistä. Kirjallinen ohjausmateriaali tarkoittaa erilaisia kirjallisia ohjeita ja – oppaita. Myös kotiutusohjeet ovat tärkeä kirjallisten ohjausmateriaalien käyttöalue. (Kyngäs ym. 2007, 124.) Koska sairaalassaoloajat ovat lyhentyneet entisestään, kirjallisen ohjauksen ja ohjeiden merkitys on korostunut yhä enemmän. Potilaat kokevat, että on hyvä saada suullisen ohjauksen lisäksi myös kirjalliset ohjeet koskien heidän hoitoaan, lääkitystään, mahdollisia komplikaatioita, sairauden etenemistä ja uusiutumisen riskejä.

Ohjausmenetelmistä vähiten käytetään audiovisuaalista ohjausta. (Kääriäinen 2007, 35). Audiovisuaalista ohjausta voidaan antaa erilaisten teknisten laitteiden avulla ja vaikka potilaat ja heidän omaisensa ovat toivoneet sen käyttöä, pidetään audiovisuaalista ohjausta muita menetelmiä vähemmän vaikuttavana. Erityisesti video-ohjauksen on todettu sopivan hoitotyöhön erinomaisesti.

Puhelin on hoitotyön yleisimmin käytetty kommunikointiväline, jonka avulla hoitoa toteutetaan ja se on tänä päivänä yksi nopeasti yleistyvä terveydenhuollon toimintamuotoja (Nuutila ym. 2004, 1). Kirjallisuuden mukaan puhelinohjauksen yleistymisen syitä ovat lisääntynyt tarve kehittää taloudellisia tapoja terveystalouden tarjoamiseen ja sen hyödyt liittyvät kotihoidon mahdollistamiseen, hoitopaikkaan ohjaamiseen sekä varhaisessa vaiheessa ongelman puuttumiseen, jolloin terveydenhuollon kustannuksista voidaan säästää.

Tietoteknologia on varteenotettava menetelmä potilaan tiedonsaannin kehittämisessä. Se tarjoaa innovatiivisia ratkaisuja myös potilasohjauksen tehostamiseksi. Internetin käytön etuina ovat potilaiden mielestä terveystiedon etsinnän yksityisyys, ympärivuorokautinen saatavuus, sopivuus myös ujoille ja estyneille potilaille, jotka jännittävät kasvokkain tai puhelimitse tapahtuvaa kontaktia sekä vapaus hakea eritasoisia ja – tyyppistä tietoa. (Ojutkangas & Tiitinen 2005, 9, 11.) Tietotekniikan etuina ovat, että sen käyttö sopii kaiken ikäisille käyttökokemuksen puutteesta huolimatta.

Yksi potilasohjauksen osa-alue on demonstraatio, eli kädentaitojen opettaminen. Demonstraatio on havainnollistamista apuna käytettyä ohjaamista, jonka tarkoituksena on tarjota potilaalle selkeä kuva siitä, miten jokin toimenpide suoritetaan. Tarkoituksena on myös tukea potilaan sitoutumista hoitoonsa ja tukea potilaan selviytymistä kotona. (Heinola ym. 2006, 57.) Kirjallisuuden mukaan taitojen opettamisessa demonstraation on todettu olevan kirjallista materiaalia tehokkaampaa.

Kemppaisen ym. (2010, 5) mukaan hoitohenkilökunnan ja potilaiden arviot potilaslähtöisyydestä ja ohjauksen riittävydestä ovat keskenään ristiriitaisia. Hoitohenkilöstö arvioi ohjausvalmiutensa ja tietonsa melko hyväksi, mutta potilaat puolestaan kokivat hoitohenkilökunnan ohjausvalmiuksien olevan puutteellisia. Kirjallisuuden mukaan ohjauksen onnistumisen esteitä ovat muun muassa ristiriitaiset käsitykset ohjauksen sisällöstä, kiire, henkilöstön vähäisyys, tiedon puute, puutteellinen välineistö sekä tilojen epäasianmukaisuus.

Kirjallisuuden mukaan potilaat ovat kuitenkin olleet osin tyytymättömiä saamaansa ohjaukseen. Erityisesti ennen hoitoon tuloa annettavaan ohjaukseen tulisi kiinnittää enemmän huomioita, jotta potilaalle jäisi aikaa harkita hoitovaihtoehtojaan ja selvittää omaa tilannettaan. Ennen sairaalaan tuloa annettu riittävä ohjaus vaikuttaa potilaan tyytyväisyyteen ja mielialaan. Potilaat tarvitsisivat myös sairaalahoidon aikana enemmän tietoa sairaudestaan ja sen hoidosta. Kotiutusvaiheessa annettu ohjaus liittyen hoidon jälkeisiin ongelmiin, joiden tunnistaminen ja ehkäisy ovat tärkeitä, on ollut riittämätöntä. Kirjallisuuden mukaan potilaat ovat pääsääntöisesti tyytyväisiä saamaansa potilasohjaukseen. Kuitenkin potilaat kaipaavat lisää aikaa potilasohjauksen käyttöön. Myös erilaisia ohjausmenetelmiä saisi potilaiden mukaan käyttää enemmän.

Opinnäytetyön piti perustua sairaanhoitajien käsityksiin potilasohjauksesta, mutta aineiston jäätyä hyvin suppeaksi päädyttiin tekemään kirjallisuuskatsaus. Sairaanhoitajille lähetetty kyselylomaketta ei pidetty liian pitkänä ja sen kysymykset pyrittiin tekemään yksiselitteisiksi ja helpoiksi vastata. Kuitenkin yhden vastaajista mielestä kysymyksiä ei ollut rajattu riittävästi ja kyselyyn oli vaikea vastata. Muut vastaajista vastasivat kysymyksiin, eikä vastaavanlaisia kommentteja saatu useammalta vastaajalta. Sairaanhoitajia pyydettiin vastaamaan muutamalla lauseella ja arvioitu vastausaika koko kyselyyn oli noin 20 minuuttia. Hoitajilla oli kuitenkin samanaikaisesti useita kyselyitä vastattavinaan, joten pääasiallisena syynä vastausten vähyydelle arvioitiin sairaanhoitajien ajanpuute. Osaltaan vastauksia saattoi vähentää kyselylomake, joka saattoi olla joidenkin hoitajien mielestä vaikeasti ymmärrettävä. Yhtenä opinnäytetyön alkuperäisistä tavoitteista oli pilotoida tutkimuksessa käytettyä kyselylomaketta. Kyselylomaketta kannattaisikin mahdollisesti testata uudestaan lähettämällä se suuremmalle otokselle.

11 LÄHTEET

Alaperä, P.; Antila, E.; Blomster, K.; Hiltunen, H.; Honkanen, A.; Honkanen, R.; Holtinkoski, T.; Konola, A.; Leiviskä, H.; Meriläinen, S.; Ojala, H.; Pelkonen, E. & Suominen, A. 2006. Kirjallinen potilasohjaus. Teoksessa Lipponen, Kaija; Kyngäs, Helvi & Kääriäinen, Maria (toim.) Potilasohjauksen haasteet- käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulu: Oulun yliopistollinen sairaala. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Viitattu 17.11.2010

http://www.ppshep.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf

Blek, T.; Kiema, M.; Karinen, A.; Liimatainen, L. & Heikkilä, J. 2007. Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan ja hänen läheisensä tiedon saanti ja riskitekijöihin asennoitumisen yhteys terveyskäyttäytymiseen. Tutkiva hoitotyö Vol.5 4/2007, 13.

Engström, T. & Jaakkola, P. 2006. Potilasohjauksen toteutuminen potilaiden arvioimana Raision sairaalassa. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Hankonen, A.; Kaarlela, E.; Palosaari, T.; Pinola, K.; Säkkinen, M.; Tolonen, A. & Virola, M. 2006. Vuorovaikutus ohjaussuhteessa. Teoksessa Lipponen, Kaija; Kyngäs, Helvi & Kääriäinen, Maria (toim.) Potilasohjauksen haasteet käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulu: Oulun yliopistollinen sairaala. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Viitattu 17.11.2010

http://www.ppshep.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf

Hartford, K. 2005. Telenursing and patients' recovery from bypass surgery. Journal of Advanced Nursing Vol 50 No. 5/2005, 466.

Heinola, K.; Koivurova, T.; Niskasaari, M.; Rantala, A.; Sulasalmi, S.; Tokola, S. & Tähtinen, T. 2006. Taitojen oppiminen/ demonstrointi. Teoksessa Lipponen, Kaija; Kyngäs, Helvi & Kääriäinen, Maria (toim.) Potilasohjauksen haasteet käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulu: Oulun yliopistollinen sairaala. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Viitattu 17.11.2010

http://www.ppshep.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf

Homan-Helenius, P.; Henriksson, T.; Knaapi, K.; Ruusu, P.; Laine, A-M. & Leino-Kilpi, H. 2000. Puhelinneuvonta ja – ohjaus hoitotyössä lastentautien poliklinikan päivystysvastaanotolla. Turku: Turun yliopistollinen keskussairaala.

Häggman-Laitila, A.; Pietilä, A-M.; Seppänen, R. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2007. Video-ohjauksen edellytyksiä ja hyötyjä ehkäisevässä perhehoitotyössä. Tutkiva hoitotyö Vol.5 2/2007, 12, 15.

Iso-Kivijärvi, M.; Keskitalo, O.; Kukkola, K.; Ojala, P.; Olsbo, A.; Pohjola, M. & Väänänen, H. 2006. Hyvä potilasohjaus prosessina. Teoksessa Lipponen, Kaija; Kyngäs, Helvi & Kääriäinen, Maria (toim.) Potilasohjauksen haasteet käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulu: Oulun yliopistollinen sairaala. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Viitattu 17.11.2010

http://www.ppsHP.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf

Jaakonsaari, M. 2009. Potilasohjauksen opetus hoitotyön koulutusohjelmassa – hoitotyön opettajien käsityksiä. Turku: Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu – tutkielma.

Kempainen, V.; Haatainen, K.; Taam-Ukkonen, M.; Penttinen, J.; Turunen, H. & Miettinen, M. 2010. Potilasohjausprojektin (2008-2009) väliraportti. Pohjois-Savon sairaanhoitopiiriin julkaisuja.

Kessler, T.; Nachbur, B. & Kessler, W. 2005. Patients' perception of preoperative information by interactive computer program-exemplified by cholecystectomy. Patient Education and Counseling Vol 59 No. 2/2005, 138-139.

Kontio, T.; Kukkonen, J.; Leiviskä, R.; Leskinen, I.; Murto, J.; Mustonen, T.; Nenonen, E.; Orpana, H-M.; Pekkinen, N. & Törmä, A. 2006. Puhelinohjaus. Teoksessa Lipponen, Kaija; Kyngäs, Helvi & Kääriäinen, Maria (toim.) Potilasohjauksen haasteet käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulu: Oulun yliopistollinen sairaala. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Viitattu 17.11.2010
http://www.ppsHP.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf

Kääriäinen, M. 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. Tutkiva hoitotyö 4/2008, 10-14.

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulu: Oulun yliopistollinen sairaala. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveydenhallinnon laitos. Lääketieteellinen tiedekunta. Viitattu 16.11.2010
<http://herkules.oulu.fi/isbn9789514284984/isbn9789514284984.pdf>

Kääriäinen, M.; Lahdenperä, T. & Kyngäs, H. 2005a. Kirjallisuuskatsaus: Asiakslähtöinen Ohjausprosessi. Tutkiva hoitotyö Vol. 3 3/2005, 27-29.

Kääriäinen, M.; Kyngäs, H.; Ukkola, L. & Torppa, K. 2005b. Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta. Tutkiva hoitotyö Vol. 3 1/2005, 12-13.

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2004. Käsiteanalyysi ohjaus- käsitteestä hoitotieteessä. *Hoitotiede* No. 5/2004, 251.

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

Kyngäs, H.; Kukkurainen, M. L. & Mäkeläinen, P. Nivelreumaa sairastavien potilaiden ohjaus hoitohenkilökunnan arvioimana. 2005. *Tutkiva hoitotyö* Vol. 3 2/2005, 13-16.

Lahtinen, M. 2006. Potilasohjauksen eettiset lähtökohdat. Teoksessa Lipponen, Kaija; Kyngäs, Helvi & Kääriäinen, Maria (toim.) Potilasohjauksen haasteet käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulu: Oulun yliopistollinen sairaala. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Viitattu 17.11.2010 http://www.ppshep.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785

Majasaari, H.; Paavilainen, E. & Åstedt-Kurki, P. 2007. The visible and invisible family: nurses' perceptions of counselling in day surgical nursing. *Journal of Advanced Perioperative Care* Vol 3 No. 1/2007, 12.

Mäkinen, O. 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Nuutila, L.; Hoppendorff-Koskinen, E.; Kauppila, W.; Mertsola, J.; Rusi, R.; Ruusu, P. & Leino-Kilpi, H. 2004. Puhelinneuvonta osana lasten poliklinista hoitotyötä- puhelinneuvonnan arviointi palvelunkäyttäjän näkökulmasta. Turku: Turun yliopistollinen keskussairaala.

Ojutkangas, P. & Tiitinen, P. 2005. Potilasoppimiskeskus osaksi laadukasta potilasohjausta. Hoitotyön koulutusohjelma. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.

Onnismaa, J. 2007. Ohjaus ja neuvontatyö. Helsinki: Gaudeamus Kirja. Oy Yliopiston kustannus University Press Finland Ltd. HYY Yhtymä.

Poskiparta, M.; Liimatainen, L.; Kettunen, T. & Karhila, P. 2001. From nurse-centered health counseling to empowermental health counseling. *Patient Education and Counseling* No. 45, 2001, 69-79.

Rankinen, S. 2008. Eturauhassyöpää sairastavan potilaan voimavaraistumista tukeva tieto ohjauksessa. Teoksessa Muntin, Liisa (toim.) Potilasohjauksen lähtökohdat. Turku: Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

- Rasmus, M. 2008. Avannepotilaan polikliinisen ohjauksen kehittäminen. Opinnäytetyö. Terveyden edistämisen koulutusohjelma. Turku: Turun ammattikorkeakoulu.
- Ruponen, R.; Nummenmaa, A.R & Koivuluhta, M. 2000. Ryhmäohjaus muutoksen mahdollisuuden maisemana. Teoksessa Onnismaa, Jussi; Pasanen, Heikki & Spangar, Timo (toim.). Ohjaus ammattina ja tieteenalana 1. Jyväskylä: PS kustannus.
- Sukula, S. 2002. Osallistuva asiakas. Teoksessa Torkkola, Sinikka (toim.) Terveystietä. Helsinki: Tammi.
- Vehviläinen S. 2001. Ohjaus vuorovaikutuksena. Helsinki: Gaudeamus Kirja. Oy Yliopiston kustannus University Pres Finland Ltd. HYY Yhtymä.
- Viskari, S. 2002. Tieteellisen kirjoittamisen perusteet: Opas kirjoittamiseen ja seminaarityöskentelyyn. Tampere: Tampereen yliopisto. Kasvatustieteen laitos.
- Välimäki, M.; Suhonen, R.; Koivunen, M.; Alanen, S. & Nenonen, H. 2007. Hoitohenkilökunnan valmiudet hyödyntää informaatioteknologiaa potilasopetuksessa. Hoitotiede No. 3/2007, 116-117.

