

Perifeeristä valtimotautia sairastavan potilaan ohjaus

Anu Lahti

Opinnäytetyö

**Ylempi Ammattikorkeakoulututkinto
Sosiaali- ja terveysalan johtamisen ja kehittämisen koulutusohjelma**

6.1.2012

Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma Sosiaali- ja terveysalan johtamisen ja kehittämisen koulutusohjelma	
Työn tekijä(t) Anu Lahti	
Työn nimi Perifeeristä valtimotautia sairastavan potilaan ohjaus	
Päiväys	6.1.2012
Sivumäärä/Liitteet	84+22
Ohjaaja(t) Sinikka Tuomikorpi	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t)	
<p>Tiivistelmä</p> <p>Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata perifeeristä valtimotautia sairastavan potilaan ohjaus terveydenhuollon ammattihenkilön näkökulmasta. Tavoitteena on ollut tuottaa tietoa siitä, millaista on perifeeristä valtimotautia sairastavan potilaan ohjaus sekä rakentaa moniammatillinen ohjausmalli perifeeristä valtimotautia sairastavan potilaan ohjaukseen.</p> <p>Tässä tutkimuksessa ohjausta käsitellään kognitiivisen oppimisteorian näkökulmasta. Ohjauksen kokonaisvaltaisen näkemyksen muodostamiseksi tutkimuksessa haastateltiin terveydenhuollon ammattihenkilöitä kuudesta eri ammattiryhmästä. Haastattelut tehtiin yksilöhaastatteluina ja vastaukset yhdistettiin kokonaisuudeksi.</p> <p>Tutkimuksen tuloksena syntyi yläkäsite terveydenhuollon ammattihenkilön rooli perifeeristä valtimotautia sairastavan potilaan ohjauksessa. Rooli jakautuu tiedon antamiseen, taitojen opettamiseen ja sopeutumisen tukemiseen. Tiedon antaminen ja taitojen opettaminen ovat konkreettisia toimia potilaan omahoidon edistämiseksi. Sopeutumisen tukeminen puolestaan koetaan monissa ammattiryhmissä vieraana toimintona eikä siihen tietoisesti kiinnitetä huomiota. Tutkimustulosten perusteella rakennettiin lopuksi ohjausmalli, mitä on mahdollisuus soveltaa eri terveydenhuollon yksiköissä.</p> <p>Tutkimuksen perusteella perifeeristä valtimotautia sairastavan potilaan ohjauksen tulisi olla moniammatillista kun perinteisesti potilaan saama ohjaus on lääkärin ja hoitajan antamaa. Uudistuksessa toimintamallissa jokaisella potilaalla tulisi olla lääkärin ja hoitajan antaman ohjauksen lisäksi ainakin yksi tapaaminen ravitsemusterapeutin ja fysioterapeutin kanssa. Potilaan tilanteen vaatiessa hoitoon tulisi olla mahdollisuus liittää myös sosiaalityöntekijä ja psykologi/psykiatrinen sairaanhoitaja.</p>	
Avainsanat ääreisvaltimosairaus, terveydenhuollon henkilökunta, hoidon ohjaus	

Field of Study Social Services, Health and Sport			
Degree Programme Management and Development Education programme for Healthcare professionals			
Author(s) Anu Lahti			
Title of Thesis Patient education for patient with peripheral arterial disease			
Date	6.1.2012	Pages/Appendices	84+22
Supervisor(s) Sinikka Tuomikorpi			
Client Organisation/Partners			
<p>Abstract</p> <p>The purpose of this final degree project is to describe the patient education for patient with peripheral arterial disease. The patient education has been studied from the health care professionals point of view. The intention of this study was to determine information about peripheral arterial patients' education and construct a model for patient education.</p> <p>Patient education leans to cognitive learning theory. To get the needing information to construct the education model, there were interviewed six health care professionals. Each health care professional was interviewed alone. As a result of interviews, all the interviews were combined as one.</p> <p>As a result of this study become a blanket term health care professionals role in patient education for patient with peripheral arterial disease. The role is divided to information giving, skill education and cope supporting. Information giving and skill education are concrete action to support patients self-care. Cope supporting is stranger function to many health care professionals and it is not noticed as a part of patient education. Finally education model was built which is useable in different health care units.</p> <p>Conclusion of this study is that patient education should be polyprofessional. Traditionally patient education includes education from doctor and nurse. In this new education model all the patients are entitled to at least one meeting with dietician and physical therapist. Individually with patients need he/she would be entitled to get services also from social worker and psychologist/ psychiatric nurse.</p>			
<p>Keywords peripheral arterial disease, health personnel, patient education</p>			

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	9
2	KOGNITIIVINEN OPPIMISTEORIA.....	13
2.1	Oppimisteoriat	13
2.2	Kognitiivisen oppimisteorian tausta.....	15
2.3	Kognitiivinen oppiminen.....	16
2.3.1	Oppimisen strategiat ja opittavan tiedon jäsentäminen	17
2.4	Skeema.....	18
2.5	Orientaatioperusta	20
2.6	Oppimisen eteneminen	20
2.7	Oppimisen sosiaalisuus.....	21
2.8	Oppimisen tilannesidonnaisuus.....	22
3	TERVEYDENHUOLLON AMMATTIHENKILÖN ROOLI POTILAAN OHJAAJANA	24
3.1	Opetuksen ja ohjauksen erityispiirteet.....	24
3.1.1	Kulttuuri ja demografia	26
3.2	Ohjauksen ominaisuudet Euroopassa ja Yhdysvalloissa.....	27
3.3	Vaihtoehtoisia menetelmiä ohjauksen toteuttamiseksi	29
3.4	Ammattitaito kognitiivisesta näkökulmasta	30
3.5	Didaktikka	32
4	OHJAUSMALLIT	34
4.1	Sepelvaltimotautipotilaan ohjaus	34
4.2	Potilasohjauksen kehittäminen Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä	35
5	PERIFEERINEN VALTIMOTAUTI JA SEN RISKITEKIJÄT	37
5.1	Sairauteen sopeutuminen	40
6	TUTKIMUSTEHTÄVÄT	42
7	TUTKIMUSASETELMA, KÄYTETTY TUTKIMUSMENETELMÄ JA AINEISTON HANKINTA	43
7.1	Ohjauksen nykytilan kuvaus.....	43
7.2	Tutkimusmenetelmä.....	43
7.3	Tutkimukseen osallistujat ja aineiston hankinta.....	44
7.4	Aineiston analyysi	46
8	TUTKIMUSTULOKSET	49
8.1	Ohjaus terveydenhuollon ammattihenkilön näkökulmasta	49
8.2	Ohjaukseen osallistuvat ammattihenkilöt.....	57
8.3	Potilaan vaikutus annettavaan ohjaukseen	58

9	POHDINTA	61
9.1	Tulosten tarkastelu ja ohjauksen kehittäminen tulosten perusteella.....	61
9.2	Tutkimuksen luotettavuus	66
9.3	Tutkimuksen luotettavuus Mäkelän mukaan	68
9.4	Tutkimuksen eettisyys.....	71
9.5	Oman oppimisen arviointi	73
	LÄHTEET	77

LIITTEET

Liite 1 Perifeeristä valtimotautia sairastavan potilaan asiakaspolku

Liite 2 Teemahaastattelurunko

Liite 3 Analyysirunko

Liite 4 Uudistettu asiakaspolku

Liite 5 Ohjausmalli

1 JOHDANTO

Tämän vuosituhannen suuntauksena on ollut paluu kulttuuriseen ja holistiseen terveyskäsitteeseen. Vaikka muutos on ollut havaittava, on silti terveyskäsitteen yhteiskunnallinen luonne sekä käsitteeseen liittyvät alueelliset ja kulttuuriin viittaavat erot säilyneet tapahtuneista muutoksista huolimatta ongelmallisina. (Hyyppä & Liikanen 2005, 34.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata perifeeristä valtimotautia sairastavan potilaan ohjausta terveydenhuollon ammattihenkilön näkökulmasta. Tavoitteena on ollut tuottaa potilasohjausmalli terveydenhuollon ammattihenkilöiden haastatteluiden antaman tiedon perusteella. Teoreettisen taustan muodostaa kognitiivinen oppimisteoria, ohjausta antavan ammattihenkilön pedagogiset edellytykset sekä perifeerisen valtimotaudin määritelmä. Tuotettua ohjausmallia on mahdollisuus hyödyntää ohjauksen toteuttamisessa perusterveydenhuollossa ja erikoissairaanhoidossa. Potilasohjausta tukevia malleja on olemassa erilaisia, joista tässä työssä esitellään kaksi erilaista mallia.

Olemassa olevat ohjausta käsittelevät tutkimukset keskittyvät tutkimaan aihetta pääosin potilaan tai omaisen näkökulmasta (katso esimerkiksi Isola, Backman, Saarnio, Kääriäinen & Kyngäs 2007). Tämän tutkimuksen näkökulmaksi on valittu terveydenhuollon ammattihenkilön näkökulma. Näkökulman valintaa tukivat opinnäytetyön tekijän mielenkiinto aiheeseen ja näkökulmaa painottavien tutkimusten vähäisyys.

Opinnäytetyö tehtiin pääosin syksyn 2011 aikana. Työ rakentuu teoreettisesta taustasta, laadullisen tutkimuksen mukaisesti kerätyn haastatteluaineiston tulosten tarkastelusta ja tuotetusta ohjausmallista (liite 5). Tutkimusaineisto kerättiin teemahaastattelulla ja analysoitiin induktiivista ja deduktiivista sisällön analyysia hyödyntäen. Haastattelu valittiin aineiston keräysmenetelmäksi sen soveltuvuuden vuoksi laadulliseen tutkimukseen. Teemahaastattelu mahdollistaa tutkimuksen kohteena olevan aiheen monipuolisen tarkastelun ja vastaajan vapaan kerronnan.

Kaiken annettavan ohjauksen taustalla vaikuttaa teoria ja käsitys oppimisesta. Tässä työssä keskeiseksi teoriaksi valittiin kognitiivinen oppimisteoria, jonka mukaan ihminen nähdään aktiivisena havaintojen ja tietojen tulkitsijana. Kognitiivisessa oppimisessä ihminen käyttää oppimisen tukena skeemoja, joiden hyödyntämisellä katsotaan

olevan merkityksellinen rooli potilasohjauksessa ja ohjauksen ymmärtämisessä. Kognitiivinen oppimisteoria toimii perustana monille myöhemmin syntyneille oppimisteorioille. Erilaisia oppimisteorioita ei voida pitää toisiaan poissulkevinä vaan niissä on havaittavissa yhteneväisyyttä ja päällekkäisyyksiä. Jokainen teorioista keskittyy korostamaan omaa näkökulmaansa ja ero teorioiden välillä tulee niiden sisältämistä painotuksista ja käsityksistä esimerkiksi tiedosta ja oppimisesta. (Tynjälä 1999,21.)

Ohjausta ei ole mahdollista erottaa erilliseksi tapahtumaksi terveydenhuollon ammattihenkilön tai potilaan taustatekijöistä. Terveydenhuollon ammattihenkilön tulee tiedostaa omat tunteensa, arvonsa, toiminta- ja ajattelutapansa sekä ihmiskäsityksensä, jotka vaikuttavat ohjaustilanteen taustalla. Ohjaukselle olevan tarpeen taustalla on aina potilas, joka tulisi nähdä erilaisten tutkimusten ja toimenpiteiden takana. Ohjauksen taustalla vaikuttava puhtaasti kognitiivinen ajattelu ei riitä kokonaisvaltaisen potilasohjauksena tavoittelussa. Kognitiivinen oppimiskäsitys tarvitsee toimiakseen osatekijöitä muista oppimisteorioista ja näkemyksistä. (Kynngäs ym. 2007, 26 – 28.) Okkosen (2000, 100) mukaan potilaan selviytymiskeinoin ja psykososiaalisen tuen tarpeeseen tulisi kiinnittää nykyistä enemmän huomiota. Selviytymiskeinojen arvioiminen ja tunnistaminen tulisi olla osa jokapäiväistä työtä niin vastaanotolla kuin sairaalassakin, jotta potilaalle rakentuisi moniammatillinen ja sosiaalisesti vahva tukiverkko.

Potilaille annettavan systemaattisen ohjauksen tulisi olla moniammatillista toimintaa. Annettavan ohjauksen tulee perustua tutkittuun tietoon ja erilaisten ohjausmenetelmien antamaa hyötyä tulee tarkastella kriittisesti potilashoidon näkökulmasta. Terveiden edistämiseen tähtäävä toiminta edellyttää ohjaukseen vaadittavien resurssien ja riskitekijöiden tunnistamista. Nämä toimivat edellytyksenä uuden käyttöön otettavan ohjelman asiallisessa jalkauttamisessa, toteutuksessa, valvonnassa sekä arvioinnissa. Ohjauksen kehittäminen vaatiikin luovien uusien menetelmien käytön mahdollistamista ja niiden vaikutusten tutkimista. Euroopassa merkittävänä keinona sydän- ja verisuonisairauksien ehkäisyssä pidetään olemassa olevien terveysohjelmien yhdistämistä yhteiseen monialaiseen tietokantaan. Yhtenäisen tietokannan tavoitteena on Euroopan kansalaisten ja kansallisuuksien välisten terveyserojen vähentäminen. (Council conclusions on promoting heart health 2004, 6 – 8; Blakely, Skirton, Cooper, Allum & Nemes 2009.)

Ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyön oletuksena on sen linkittyminen kansainväliseen toimintaympäristöön. Tässä opinnäytetyössä kansainvälisyys näkökul-

maa on lähestytty kahdella tavalla. Ohjauksen avulla tavoiteltavaa oppimista ja sairauden esiintymiseen liittyvää näkökulmaa on laajennettu huomioimaan potilaan taustalla vaikuttavat kulttuuriset ja demograafiset tekijät. Lisäksi työssä on katsaus ohjauksen nykytilaan Euroopassa ja Yhdysvalloissa.

Ohjauksen kehittämisen näkökulmasta kulttuurinen ja verbaalinen osaaminen rikastuttavat mahdollisuuksia kommunikoida ja lisätä ymmärrystä siihen, miksi ohjauksella ei kaikissa tilanteissa saavuteta asetettuja tavoitteita. Valtaosa olemassa olevasta ohjausmateriaalista on suunniteltu ja testattu valkoisen väestön tarpeisiin. Tämän hetkessä yhteiskunnassa suullisen ohjauksen ymmärtämistä ei voida pitää itseltään selvyytenä, jolloin ohjauksen toteuttamiseen tarvitaan vaihtoehtoisia menetelmiä. Demograafisista muutoksista johtuen potilasaineisto tulee muuttumaan aikaisempaa monipuolisemmaksi ja vaihtelevammaksi. Nykyaikaisessa tietoyhteiskunnassa oletus on ohjauksen kehittämisen painottumisesta aikaisempaa enemmän erilaisien ikäryhmien ja etnisten tekijöiden tiedostamiseen ja huomioimiseen. Tämä on haaste myös terveydenhuollon palveluiden ja ohjauksen suunnittelulle. Tällaisilla toimenpiteillä on mahdollisuus saavuttaa aikaisempaa parempia tuloksia terveydenhuollon palveluiden tuottavuudessa ja tehokkuudessa lisääntyneenä asiakastytyvyytenä. (Fredericks, Guruge, Sidan & Wan 2009, 308 – 319; Lunnela 2011, 83; Spector 2010, 5.)

Valtimosairauksien ehkäisyyn tarvitaan uusia keinoja, koska valtimosairautta tai jotain sen riskitekijää sairastavien ihmisten määrän oletetaan kasvavan tulevaisuudessa. Haasteen vaikuttavien ennalta ehkäisevien keinojen ja ohjausmenetelmien kehittämiseksi asettaa Sol ym. (2008) tutkimus, minkä mukaan annetulla interventiolla ei ole vaikutusta potilaiden itsehoitoon kokonaisuutena. Samansuuntaisia tuloksia on saatu myös Isolan ym. (2007, 60) tutkimuksessa, jossa potilaiden oman arvion mukaan ohjauksella ei ole vaikutusta potilaan hoitoon sitoutumiseen. Annettu ohjaus vaikuttaa kuitenkin positiivisesti osaan riskitekijöistä, jolloin niihin vaikuttamalla voidaan toivotuja kokonaisvaikutuksia saavuttaa yhdessä asianmukaisen lääkehoidon kanssa.

Ohjauksen näkökulmasta perifeerinen valtimotauti on haaste sen laaja-alaisen taustan vuoksi. Perifeerisen valtimotaudin taustalla vaikuttaa koko verenkiertoelimistöä koskettava sairaus, mikä sepelvaltimoiden tai aivovaltimoiden sijaan kohdistuu alaraajoihin ja niiden verenkiertoon. Tiettyjen riskitekijöiden tiedetään olevan muita merkittävämmässä asemassa taudin kehittymisen kannalta, jolloin oletuksena voisi olla ohjauksen keskittyminen juuri niiden riskitekijöiden ennaltaehkäisyyn. Tämä ei kui-

tenkaan riittä ateroskleroosin koko verenkiertoelimistöä koskettavan vaikutuksen vuoksi vaan ohjauksen tulee keskittyä kokonaisvaltaiseen, monipuolisesti riskitekijät huomioivaan ohjaukseen ja pyrkimykseen kohti elämäntapa muutosta.

2 KOGNITIIVINEN OPPIMISTEORIA

Kognitio tulee latinan sanasta *cognoscere*. Kognitiolla tarkoitetaan tietoa ja taitoa, tietämistä, ajattelemista ja havainnointia. Kognitiivinen johdetaan kognitiosta tarkoittamaan tietoa koskevaa ja tiedollista. Psykologiassa kognitiivisilla toiminnoilla tarkoitetaan kaikkia ymmärtämiseen ja tietämiseen liittyviä sielullisia toimintoja, jotka toimivat vastakohtana tunteisiin ja tahtoon liittyviin tapahtumiin. (Suomen kielen sanakirjat 1, 1981.)

2.1 Oppimisteoriat

Olemassa olevat tietoteoriat eivät yksinään ole oppimisteorioita. Tietoteoriat ovat filosofisia näkemyksiä, jotka vaikuttavat oppimisteorioiden ja oppimiskäsitysten taustalla joko suorina ilmaisuina tai epäsuorina oletuksina. Oppimiskäsitys on oppimisteoriaa laajempi kokonaisuus. Oppimiskäsitys sisältää tietoteoreettisten näkemysten lisäksi pedagogisia näkemyksiä oppimisesta tapahtumana ja tavoista oppimisen edistämiseksi. (Tynjälä 1999, 28.)

Oppimisteorioita voidaan jaotella usein eri perustein. Keskeistä kaikille oppimisteorioihin tutkimuksille ja suuntauksille on ajatus siitä, että oppimiseen tapahtumana myötävaikuttavat ihmiselle luontaiset biologiset ominaisuudet kuten tapa hahmotta informaatiota sekä aistien kautta tuleva informaatio. Suurimmat erimielisyydet ja poikkeavuudet eri teorioiden välillä ovat syntyneet siitä, kuinka nämä tekijät vaikuttavat oppimistapahtuman säätelyssä ja millainen on oppijan osuus aktiivisena toimijana. (Rauste – von Wright, von Wright & Soini 2003, 141.)

Esimerkki teorioiden jaottelusta on jako niiden taustalla vaikuttavan tietokäsityksen perusteella empirismiin ja konstruktivismiin. Empirismissä käsitys oppimisesta perustuu behaviorismiin ja perinteiseen käsitykseen didaktiikasta. Empirismin pedagogisena seurauksena voidaan pitää näkemystä tiedon pysyvyydestä. Mallin taustalla olevat pitkät perinteet tekevät siitä selkeän ja muovautuneen. Konstruktivismissa oppiminen on aktiivista tiedon rakentamista ja on näin empirismin vastakohta. (Rauste – von Wright ym. 2003, 53, 141 - 153.) Lisäksi oppimisteorioita on jaoteltu tiedon prosessin näkökulman, oppijan ja opettajan välisen vuorovaikutuksen sekä sen mukaan

nähdäänkö oppiminen yksilöllisenä vai yhteisöllisenä prosessina (Negvi & Lindblom – Yläne 2003, 84).

Behaviorismi atomistinen oppi, millä on vahvat yhteydet perinteiseen didaktiseen opettamiseen. Kaikkea oppimista koskevat samanlaiset lainalaisuudet. Behavioristisen oppimisen tutkimus perustuu luonnontieteelliseen malliin, jossa ihminen ja eläimet ovat oppimiseltaan rinnastettuja. Behaviorismin taustalla on 1600-luvulta peräisin oleva Locken näkemys ihmisestä tyhjänä tauluna, mihin kokemukset piirtävät omat jälkensä. Behaviorismin vahvuutena pidetään sen selkeyttä ja yksinkertaisuutta. Oppimisen katsotaan tapahtuvan ärsyke-reaktio ketjun kautta, mihin on mahdollista vaikuttaa vahvistamisen tai rangaistuksen avulla. Käsitys oppimisesta keskittyy yksilön oppimiseen ja oppimisprosesseihin. Ihmisen mielen ja ulkopuolisen maailman välinen suhde nähdään kaksijakoisena. Tämän näkemyksen mukaan psyyke ja maailma ovat toisistaan erillisiä. Tieto ympäröivästä maailmasta saadaan kokemusten ja aistihavaintojen kautta. Behaviorismin mukaan monimutkainen käyttäytyminen on mahdollista jakaa pienempiin palasiin ja näin ymmärtää pienistä osiksi rakentuvaksi. (Miettinen 1984, 47; Rauste – von Wright ym. 2003, 148; Tynjälä 1999, 29.)

Humanistisen oppimisteorian yhtenä tekijänä on toiminut Maslowin motivaatioteoria. Humanismi keskittyy kokemukselliseen oppimisen paradigmaan, missä korostuu oppimisen ja kokemusten reflektointi ja kasvu kohti itseohjautuvuutta. Oppiminen tapahtuu vuorovaikutuksessa muiden ihmisten kanssa. Perusrakenteena pidetään ihmisen karsimatonta minuutta. Jokaisella ihmisellä minään katsotaan liittyvän luonteenomaisia potentiaaleja ja mahdollisuuksia, joilla on oikeiden olosuhteiden vallitessa mahdollisuus toteutua. Humanistisessa oppimisessa opettajan ja oppijan rooli on käänteinen. Oppijan omalla toiminnalla on aktiivinen rooli ja opettajan tehtävänä on toimia suunnan näyttäjänä oppijalle. Humanistiseen oppimiskäsitykseen liittyy läheisesti myös kokemuksellinen oppiminen malli, missä oppimisen orientaatiot muodostavat syklin: 1) kokemukset 2) reflektointi 3) käsitteellistäminen 4) aktiivinen kokeilu. (Rauste – von Wright ym. 2003, 198 - 200.)

Konstruktivismi ei ole yhtenäinen teoria vaan siinä yhdistyvät eri lähteistä tulevat vaikutukset ja suuntaukset. Se on rakentunut kognitiivisen psykologian avulla. Konstruktivismi ei ole myöskään varsinainen oppimisteoria vaan se keskittyy käsittelemään tiedon olemusta. Se on paradigma, mikä on laajasti levinnyt niin yhteiskunta kuin ihmistieteisiin. Konstruktivismilla on useita eri suuntauksia. Kaikille suuntauksille on yhtenäistä näkemys tiedosta: tieto on aina yksilön tai yhteisön rakentamaa eikä tieto

voi olla irrallista, tietäjästään riippumatonta objektiivista tietoa. Oppiminen on aktiivista kognitiivista toimintaa passiivisen tiedon vastaanottamisen sijaan. Painotus on subjektiivisessa luovassa älykkyydessä tiedon tuottamisen yhteisöllisen perustan lisäksi. Havaintojen ja uuden tiedon käsittely edellyttää tulkintaa ja rakentamista olemassa olevien tietojen ja kokemusten perusteella. Keskeistä on, että ihminen on oman todellisuutensa luoja. Opettajan rooli on yhteneväinen humanistisen käsityksen kanssa. (Puolimatka 2002, 21, 41 – 44; Tynjälä 1999, 37 – 38.)

2.2 Kognitiivisen oppimisteorian tausta

Kognitiivinen suuntaus ei muodosta yhtenäistä teoriaa ja sitä pidetään tyypillisenä rationaalisen ajattelun edustajana. Siinä yhdistyvät monitieteisesti erilaiset suuntaukset ja näkemykset, joita yhdistävänä tekijänä on näkemys ympäröivästä maailmasta. Kognitiivisen oppimisteorian juuret ovat 1950-luvulla, jolloin se alkoi voimakkaasti nousta aikaisemmin vallitsevana olleen behavioristisen oppimisteorian haastajaksi. Kun behavioristinen suuntaus keskittyy ulkoisesti havaittavaan käyttäytymiseen ja sen muutokseen, korostaa kognitiivinen suuntaus oppijan kognitiivisten prosessien tutkimista ja niiden merkitystä. Kehon ja älyn välinen jako on selkeä. Kognitivismi perustuu ajatukseen puhtaasta ajattelusta. Sosiokulttuurista näkökulmaa tiedon luomisessa, käsittelyssä ja niiden käytöstä luonnollisissa tilanteissa kognitiivinen suuntaus ei ota huomioon. (Rauste – von Wright ym., 2003, 160; Säljö 2001, 53 – 55; Tynjälä 1999, 31.)

Kognitiivisen oppimisen tutkimukseen ovat vaikuttaneet aikansa informaatio- ja kommunikaatioteoriat sekä 1960-luvulla aloitettu tietojenkäsittelyoppi. Tietojenkäsittelyopin avulla haluttiin muodostaa erilaisia ihmisen ajattelua ja prosessointijärjestelmää kuvaavia malleja. Ennen tietojenkäsittelyopin tuloa oli jo 1950-luvulla esitetty ajatus, että ihmisellä on kyky yhdistää olemassa olevien kokemusten avulla useampia havaintoyksiköitä ja muodostaa niistä kokonaisuuksia (chunk = mieltämisyksikkö). Ihmisen toiminta ja oppiminen eivät olleet enää vain aivojen ja fysiologisten toimintojen varassa. Havaittiin, että olemassa olevia ihmisen valmiuksia voidaan kehittää opetuksen ja kokemuksen kautta. Oppimisen ymmärrettiin rakentuvan mieltymisyksiköiden rakentumisesta ja olevan näin osa laajempaa kokonaisuuksien hallintaa (Nevgi & Lindblom-Yläne 2003, 103 – 104; Säljö 2001, 53 - 55.)

2.3 Kognitiivinen oppiminen

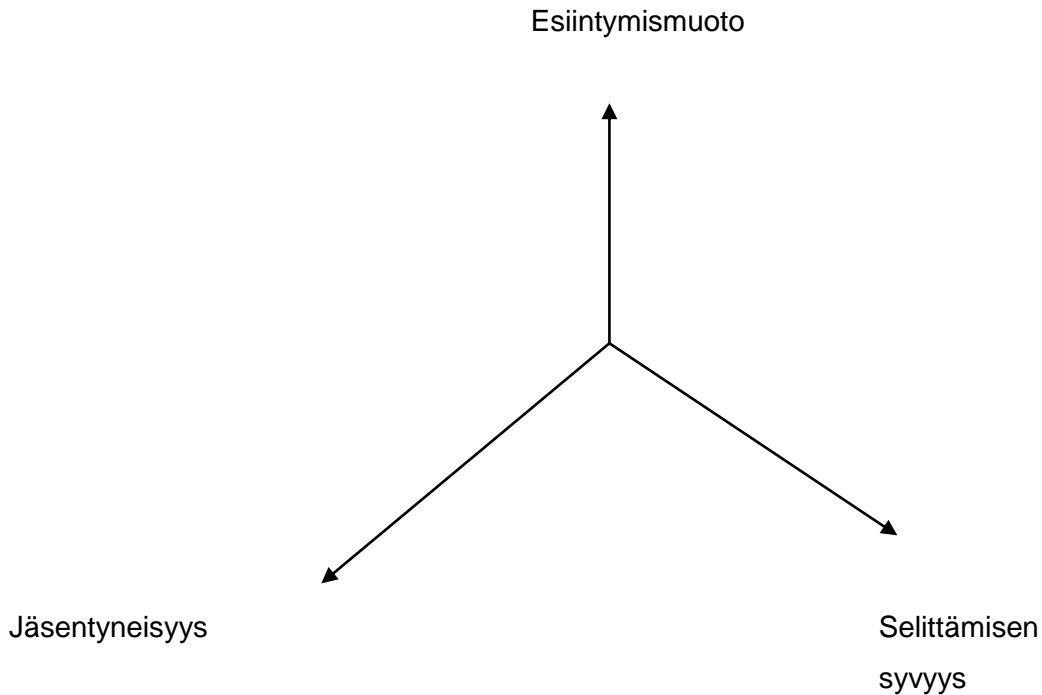
Kognitiivinen psykologia sijoittuu behaviorismin tavoin perinteeseen materialistisuudessa ja mekaanisuudessa, mutta katsoo behaviorismin vievän yksinkertaistuksen liian pitkälle. Suuntauksen mukaan on olemassa ajattelun ytimen muodostava tekijä tai yksikkö, mitä itsessään voidaan tutkia. Tavoitteena kognitiivisessa psykologiassa on teoreettisesti rakentaa ne tiedolliset prosessit, jotka vaikuttavat ihmisen monimutkaisten toimintojen taustalla. Psykologiassa oppiminen ja opitun muistaminen on tiedon käsittelyssä kuvattu viisi vaihetta sisältävänä jatkumona 1) havaitseminen 2) huomion kiinnittäminen 3) oppiminen 4) muistaminen sekä 5) tiedon hyödyntäminen. Tiedon käsittelyyn voidaan lisätä edellisten lisäksi vielä kaksi vaihetta 6) ajattelu ja 7) päätöksenteko. Havaitseminen ja huomion kiinnittäminen ovat aktiivisia tapahtumia. Aistien tuoma tieto tulee valikoida, luokitella, tulkita sekä muokata tarvittavaan muotoon. Kognitiivisen psykologian näkökulmasta tieto tallentuu tietorakenteina pitkäkestoiseen muistiin, missä se on alttiina kokemusten mukanaan tuomille muutoksille. (Nummenmaa 1982, 89; Puolimatka 2002, 85 - 86.)

Kognitiivisen oppimisnäkemysten mukaan oppimisena pidetään ihmisen tietojenkäsittelyjärjestelmässä tapahtuvaa muutosta. Kognitivismi edustaa konstruktivistista näkemystä oppimisesta ja ajattelusta. Tavoitteellisen toiminnan edellytyksenä on ihmisen aktiivinen tiedon hankkiminen ympäristöstä, jolloin oppiminen tapahtuu aktiivisessa vuorovaikutuksessa oppijan ja ympäristön välillä. Ihminen on tietoisesti ja tavoitteellisesti toimiva. Ihminen nähdään ajattelevana ja ympäristöään jäsentelevänä yksilönä, joka pystyy noudattamaan sääntöjä, tekemään päätelmiä ja luomaan hypoteeseja. Havaintokokemus ilmiöstä on tiedon prosessointia tietorakenteiden avulla ja tavoitteena on havaitun ilmiön aktiivinen omaksuminen. Tietojen avulla ihminen rakentaa sisäisiä malleja eli skeemoja, ympäristöjä ja ympäristön ilmiöiden selittämiseen pyrkiviä tiedollisia rakenteita. Olemassa olevien tietorakenteiden avulla tietoa prosessoidaan ja luodaan uusia strategioita osana aktiivista ongelmanratkaisua. Tiedon kehittyminen on syklinen prosessi, jossa uusi tieto perustuu aina aiemmalle. Ominaista kognitiiviselle suuntaukselle on, että skeemat tai tiedollisen toiminnan sisäistäminen toimivat edellytyksenä kognitiiviselle toiminnalle. (Lehtinen & Kuusinen 2001, 85; Miettinen 1984, 13 – 14; Puolimatka 2002, 85 – 86; Säljö 2001, 57;)

2.3.1 Oppimisen strategiat ja opittavan tiedon jäsentäminen

Osana aktiivista oppimista, oppija muokkaa erilaisten strategioiden avulla opittavaa aineistoa paremmin käsiteltävään muotoon. Käytettävät oppimisstrategiat ovat monimutkaisia ja laaja-alaisia tiedon muokkausprosesseja, joiden vaikutus näkyy oppimisen niin laadullisissa kuin määrällisissä piirteissä. Oppimisstrategialla on merkitystä oppimisen lisäksi myöhemmässä vaiheessa opitun asian uudelleen mieleen palauttamisessa (muistamisen strategia). Oppimisen strategiat toimivat oppimisessa yhdistävänä tekijänä olemassa olevien skeemojen ja uuden tiedon välillä. (Nummenmaa 1982, 89 - 90.)

Tiedon jäsentämisessä voidaan erottaa kolme laadullista ulottuvuutta. Opittavan tiedon ja skeemojen esiintymismuodot vaihtelevat. Tärkeimmät ihmisen hyödyntämät esiintymismuodot ovat sensomotorinen, kuvallis-visuaalinen ja kielelliskäsitteellinen. Tiedon eri olomuodot edustavat tiedon sisäistämisen esiasteita sekä aineellisten tekojen muuttumista ajatuksellisiksi. Tiedon ilmenemismuodot vaikuttavat tapaan omaksua tietoa. Jäsentyneisyyttä pidetään toisena tiedon laadullisena ulottuvuutena, missä tavoitelluimpana muotona pidetään toimivaa systeemikokonaisuutta. Tavoitteena on kyetä osoittamaan mielenkiinnon kohteena olevassa ilmiössä osatekijöiden välisiä toiminnallisia yhteyksiä ja vuorovaikutussuhteita. Tiedon kykyä selittää jokin ilmiökokonaisuus pidetään tiedon laadullisista ulottuvuuksista tärkeimpänä. Tällöin on kyse selittämisen syvyydestä. Pystyäkseen luotettavasti selvittämään ilmiön todellinen luonne ja siihen vaikuttavat tekijät, pitää pystyä selvittämään ilmiön alkuperä ja synty. Tätä kautta voidaan löytää yleiset periaatteet, mitkä vaikuttavat ilmiöihin ja prosesseihin. (Engeström 1996, 37 – 38.)



KUVIO 1. Tiedon esiintymismuoto, jäsentyneisyys ja tiedon selittämisen syvyys muodostavat kolmiulotteisen mallin Engeströmin(1996) mukaan.

Oppimisen kannalta systeemikokonaisuuden hallinnan tavoittaminen ja ilmiön taustalla olevien syiden selvittäminen ovat merkityksellisiä oppimisen tavoitteiden saavuttamisessa. Taustalla olevien periaatteiden ja alkusyiden selvittämisen ja hallitsemisen avulla katsotaan olevan mahdollisuus ymmärtää ja hallita periaatteessa rajaton määrä erillisiä uusia ongelmia. (Engeström 1996, 38 - 39.)

2.4 Skeema

Skeema käsitteenä esiintyy mm. Frederick Bartlettin (1886 – 1969) ja Jean Piaget'n (1896 – 1980) ihmisen kognitiivisia rakenteita käsittelevissä teorioissa. Skeema sisältää samansuuntaisia ajatuksia Immanuel Kantin (1724 - 1804) teorian kanssa ymmärryksen peruskategorioista. Skeema käsitteenä viittaa sellaisiin tiedollisiin rakenteisiin, joiden katsotaan olevan määrittelyn sijaan helpommin havainnollistettavissa. Skeema on tietorakenne, mitä hyödyntäen ihminen valikoi tietoa sekä rakentaa ja tulkitsee havaintojaan. Niitä voidaan kuvata myös sisäisinä malleina, joiden avulla tietoa käsitellään, saadaan tietoa niiden toiminnasta ja tapahtumien etenemisestä. Ilman skeemojen olemassa oloa havaintojen katsotaan olevan vain yhtä suurta informaatiomassaa. (Nummenmaa 1982, 92, 97; Tynjälä 1999, 41.)

Skeemateorioiden piirissä skeeman käsitettä käytetään tarkoittamaan erilaisia tiedon muokkaamiseen ja jäsentelyyn liittyviä subjektiivisia tekijöitä. Kulttuurilla on vaikutus skeemojen rakentumiseen. Skeemoja on eritasoisia ja niiden katsotaan muodostavan hierarkian. Skeemaan sisältyy aina olettaus sen uskottavuudesta ja käyttökelpoisuudesta. Kuva ympäröivästä maailmasta muodostetaan olemassa olevien skeemojen avulla. Tällä tarkoitetaan sitä, että uuden tiedon vaikutus yhteen skeemaan on pieni ja vaikutus on lyhytkestoinen. Skeemojen avulla pystytään osittain selittämään se, miksi opetetusta asiasta muistetaan eri asioita. Näin mahdollistuu tiedon häviäminen mielestä, koska tieto ei sovi aikaisempien skeemojen muodostamaan kokonaisuuteen. (Miettinen 1984, 104, 180; Nummenmaa 1982, 93; Rajala 1982, 106 – 107.)

Skeemoja ei voida pitää erillisenä tapahtumana käsitteiden muodostuksessa. Niiden muodostumisen tulee olla osa sitä tiedostamisprosessia, minkä avulla pyritään ymmärtämään ja tutkimaan ajattelua ja kognitiivisia toimintoja sekä soveltamaan tästä saatua tietoa käytännössä. Ne ohjaavat konstruktivistista ymmärtämistä ja tiedon uudelleen rakentamista osana tiedon mieleen palauttamista. Skeemat vaativat jatkuvaa tiedon täydentämistä tilannekohtaisilla erityispiirteillä, koska itsessään skeema on hyvin abstrakti. Abstraktisuus tekee skeemasta myös tässä suhteessa hierarkisen. Skeeman luoma viitekehys on implisiittinen, minkä avulla muistista pystytään etsimään kuhunkin tilanteeseen liittyviä kokemuksia. Yleisten skeemojen lisäksi ihminen tarvitsee oppimisen tueksi erillisiä spesifioidummin erikoistuneita alaskemoja. (Miettinen 1984, 104, 180; Nummenmaa 1982, 93; Rajala 1982, 106 – 107.)

Läheisesti skeema- käsitteeseen liittyy assimilaatio ja akkommodaatio, joiden lisäksi osassa lähteistä mainitaan abduktio. Assimilaatio on kognitiivinen mekanismi, jonka avulla olemassa olevaan skeemaan liitetään uusi tieto, havainto tai kokemus. Akkommodaatio puolestaan tapahtuu kun liitettävä tieto ei sovi aikaisempiin olemassa oleviin skeemoihin. Tällaisessa tilanteessa skeemoja mukautetaan ja muovataan uudelle tiedolle sopivaksi, minkä seurauksena on laadullisesti uudenlaisen tietorakenteen syntyminen. Akkommodaatiolla on tärkeä osa oppimisessa, koska se muuttaa ratkaisevasti tapaa tarkastella maailmaa. Sen avulla pystytään muuttamaan olemassa olevaa ajattelumallia ja kuvaa maailmasta. Abduktiossa tiedon vaikutus nähdään vastavuoroisena ja sen avulla pystytään kehittämään uusia skeemoja. Vaatimuksena uusien skeemojen kehittymiselle on tarkoituksenmukaisella tavalla aktivoitu yleinen tieto sekä kokemus tilanteen erityisyydestä. (Rajala 1982, 108; Säljö 2001, 58; Tynjälä 1999, 41 – 42.)

2.5 Orientaatioperusta

Orientaatioperusta käsitteen luojana pidetään P.J. Galperinia. Orientaatioperusta tarkoittaa tietoista ajattelun- ja toiminnanmallia, minkä avulla ihminen luo oman käsityksensä jostakin kohteesta, arvioi ja ratkaisee siihen liittyviä kysymyksiä. Opetuksessa käytettävänä apuvälineenä orientaatioperusta tarkoittaa sen sisäisen mallin kuvaamista minkä tehtävänä on toimia suorituksen pohjana. Kuvauksen avulla oppimisen kohteena olevalle asialle saadaan aineellinen muoto, mitä pidetään sisällöllisen tavoitteenmäärittelyn tuloksena. Orientaatioperustan on omattava käytännöllistä ja toiminnallista merkitystä. Niiden avulla orientaatioperusta on kyettävä yhdistämään oppimisen kohteena olevan asian konkreettisiin osatekijöihin ja niiden välillä vaikuttaviin toiminnan suhteisiin. Orientaatioperustan kehittäminen kuuluu opettajan tehtäviin. Sen rakentaminen tapahtuu kuitenkin opettajan itsenäisenä tai opettajan ja oppilaan välisenä toimintana. (Engeström 1996, 76 – 79.)

2.6 Oppimisen eteneminen

Oppimiselle on tyypillistä, että jokainen rakentaa kuvan opittavasta asiasta. Tavoitteena on täydellinen oppimisprosessi, mikä oppimisessa johtaa korkealaatuisen tiedon muodostumiseen. Täydellisessä oppimisessä pyritään oppimisen kohteena olevan aineiston itsenäiseen hallintaan ja kykyyn soveltaa tietoa uusissa tilanteissa. Prosessin aikana oppijan rooli on olla tutkija etsiessään yleispätevää ja toimivaa selitystä ilmiön alkuperälle ja synnylle. Prosessin aikana oppija koettelee muodosta maansa mallia korjaten sitä tarpeen mukaisesti. (Engeström 1996, 43 – 45.)

Engeströmin(1996) kehittämän täydellisen oppimisenprosessin mukaan oppimisen katsotaan muodostuvan kuudesta osatekijästä:

- Oppimista helpottaa sisällöllisen mielenkiinnon herääminen opittavaa asiaa kohtaan eli *motivoituminen*. Edellytyksenä on tietoisuus uuden ajattelu- tai toimintamallin ja olemassa olevan skeeman välisestä ristiriidasta. Motivoitumisvaiheessa on tärkeä suuntautua etsimään ongelmalle riittävän yleispätevää ratkaisumallia.
- *Orientoitumisen* kannalta on tärkeä tarkastella oppimisen kohteena olevaa asiaa toimivana järjestelmänä ja etsiä siinä vaikuttavia sisäisiä suhteita. Oppimisessa orientoitumisella on tarkoituksena luoda jäsentynyt ja tietoinen en-

nakkokuva, minkä avulla selitetään ongelman ratkaisuun tarvittavat periaatteet ja tietorakenteet.

- Oppimisen keskeinen osa on tiedon *sisäistäminen*, mikä tarkoittaa entisen ajattelu- ja toimintamallin muokkaamista uuden tiedon ja periaatteen avulla. Uusi tieto suhteutetaan aikaisempaan, tietoa tulkitaan ja sulautetaan uudeksi malliksi. Orientaatioissa muodostettua mallia hyödynnetään osien jäsentämiseen ja selittämiseen ja tarvittaessa tehtävien suorittamiseen. Onnistuessaan sisäistäminen tarkoittaa sitä, että tietyt toiminnot automatisoituvat harjoittelun myötä, mutta ne pystytään tarvittaessa palauttamaan takaisin tietoisin harjoituksen tasolle jos orientoituminen on tapahtunut oikein.
- *Ulkoistamisessa* opittua mallia sovelletaan konkreettisia ongelmia ratkaistaessa. Ulkoistamisella on merkittävä asema opitun mallin testauksessa ja arvioimisessa. Mallin sisäistämisen kannalta ulkoistaminen on tärkeä vaihe. Sisäistäminen ja ulkoistaminen ovat täydellisen oppimisprosessin onnistumisen kannalta toisiinsa sitoutuneita. Konkreettisesti ulkoistamisessa oppija purkaa oman tiedostetun selitysmallinsa erilaisten kohteiden käsittelymenetelmien avulla. Mallin oivaltaminen on pystyttävä siirtämään osaksi käytäntöä, jotta sen avulla saavutetaan todellisia muutoksia toimintaan.
- *Arviointi* kohdistuu tarkastelemaan kriittisesti opittavan toiminta- ja selitysmallin pätevyyttä ja totuudenmukaisuutta. Arvioinnin avulla mallille pyritään löytämään soveltuvuus rajat ja mahdollisia ongelmia, joiden osalta ratkaisun saaminen edellyttää mallin syventämistä.
- *Kontrollissa* oppija tarkastelee omaa oppimistaan. Suorituksesta pystytään erittelemään muutoksia. Pyrkimyksenä on tietoisesti parantaa opiskelumenetelmiä.

2.7 Oppimisen sosiaalisuus

Oppimista pidetään sarjana erilaisia sosiaalisia tapahtumia, missä oppiminen tapahtuu osallistumalla yhteisölliseen toimintaan. Lähtökohtana oppimiselle pidetään koettua tarvetta muutokseen. Useimmissa oppimisteorioissa on olemassa käsitys oppimisen sosiaalisesta näkökulmasta. Erot koulukuntien välillä liittyvät kysymykseen kognitiivisen tai sosiaalisen ensisijaisuudesta sekä kysymykseen tutkimukseen vaikuttavasta analyysiyksiköstä. Kognitiivisessa oppimisessa yhteistoiminnallisuus ja sosiaaliset piirteet oppimisessa ovat yksilön oppimisen taustatekijöitä ja välineitä. Ryhmä

edistää yksilön tiedon muodostusta ja saavutettuja oppimistuloksia tarkastellaan muutoksina kognitiivisissa rakenteissa. (Tynjälä 1999, 149.)

Oppimisprosessin etenemiseen vaikuttavat vuorovaikutukselliset suhteet kulttuurisen ja yhteiskunnallisen ympäristön kanssa. Oppimisen katsotaan olevan sidoksissa kulttuuriin perustuvaan ajattelun ja toiminnan keinoihin. Ihmisen resurssit muistin-, ajattelun – ja päättelyn osalta ovat rajalliset ilman ulkoista tukea. Tiedonkäsittelyssä esiintyviä rajoituksia on ihmiskunnan historiassa pyritty aina kiertämään kehittämällä yksilön asiantuntijuutta. Asiantuntijuuden ja siihen liittyvien automatisoituneiden toimintamallien kehittämisessä hyödynnetään sekä sosiaalisesti että fysikaalisesti hajautettua kognitiota. Yhteiskunnan rakenne, kulttuuri-ideologinen järjestelmä, talous sekä vallitseva politiikka tarjoaa puitteet oppimiselle. Ne edelleen vaikuttavat oppimisen taustalla olevaan organisaatioon ja sitä kautta muodostuvat yhteisöt vaikuttavat oppimiseen. Perinteisesti opetuksessa tiedolliset ja sosiaaliset tekijät ovat pyritty pitämään selkeästi erillään toisistaan, mihin erilaisten koulutusmallien avulla on haettu yhtenäisyyttä. (Engeström 1996, 52 – 59; Hakkarainen, Lipponen, Muukkonen & Seitamaa - Hakkarainen 2001, 156; Puolimatka 2002, 93.)

2.8 Oppimisen tilannesidonaisuus

Poikelan (2003) mukaan tilannesidonnainen oppiminen on osa kognitiivista oppimista. Teorian filosofiset ja teoreettiset juuret löytyvät marxilaisuudesta, antropologisesta kulttuurien tutkimuksesta sekä L.S. Vygotskyn (1896 – 1934) kehityspsykologisesta ja sosiokulttuurisesta näkemyksestä. Tilannesidonnaisen oppimisen teoria (situated learning theory) on oppimisen haara, mikä korostaa oppimisen olevan sidoksissa siihen paikkaan ja tilanteeseen, missä oppiminen tapahtuu. Kognitiivisesta näkökulmasta poiketen siinä painotetaan näkemystä, että ihminen ei oppiessaan ole irrallinen osa ympäröivästä maailmasta vaan kaikki ihmisen toiminta oppiminen mukaan luetuna on sidoksissa ympäristöön. Kaikki ihmisen toiminta on sidoksissa tapahtumien aikaan ja paikkaan, vallitsevaan kulttuuriin sekä tilanteeseen, minkä vuoksi oppimista tulee tarkastella sosiaalisena ja kulttuurisena ilmiönä. Oppiminen on samalla sosiaalistumista tiettyyn ympäristöön. Tähän ajatteluun perustuu perinteinen käsityöammattien oppipoika- ajattelu. (Rauste – von Wright 2003, 161; Tynjälä 1999, 128 – 129.)

Oletus tilannesidonnaisessa oppimisessa on, että sisäisen motivaation löytymisen kannalta annettujen tehtävien ja ohjeiden tulee olla realistisia ja todelliseen elämään linkittyviä. Keskeinen osa tilannesidonnaista oppimista on tapahtumien sijoittuminen

tilanteisiin, joissa niihin voidaan yhdistää miellelyhtymiä erilaisista tilanteista tiedon soveltamisessa. Tämän tarkoituksena on oppijan saattaminen ymmärtämään annettavan tiedon oikeat käyttösovellukset sekä oppia käyttämään tietoa aktiivisesti osana toimintaa. Tavoitteena on oppia samalla soveltamaan tietoa erilaisissa yhteyksissä. Tietojen ja taitojen monipuolisella käyttämisellä pyritään niiden sitomiseen useisiin konteksteihin, minkä seurauksena opitun siirtovaikutus I. transfer uusiin tilanteisiin vahvistuu. (Tynjälä 1999, 143.) Transfer voi vaikuttaa oppimiseen suoritusta parantamalla tai vastakohtaisesti heikentämällä tavoiteltua tulosta (Saariluoma 2001, 39 – 40).

3 TERVEYDENHUOLLON AMMATTIHENKILÖN ROOLI POTILAAN OHJAAJANA

Potilasohjaus sisältää kaikki potilaalle suunnatut tapahtumat opetuksesta terveyden edistämiseen. Potilasohjaus on prosessi, mikä sisältää tilanteen tunnistamisen, selittämisen, keskustelun, reflektion, tulevaisuuden suunnittelun, arvioinnin ja päätöksen teon. Prosessia on mahdollisuus hyödyntää kaikissa pitkäaikaiseen sairauteen sopeutumisen vaiheissa. (Skelton 2001, 3.) WHO:n määritelmän mukaan potilasohjaus on potilaan tarpeista lähtöisin olevaa toimintaa, minkä tavoitteena on potilaan sitouttaminen hoitoonsa. Yksilöllisyys ohjauksessa tarkoittaa ohjauksen sisällön sovittamista yhteensopivaksi potilaan havaittujen oppimistarpeiden kanssa (Fredericks, Gurge, Sidani & Wan 2009, 308).

Jokainen ohjausta antava joutuu kannanottoon teoreettisista kysymyksistä pyrkiesään tiedostamaan ohjauksensa lähtökohtia. Opettaminen ja ohjaus sisältävät aina kannanoton didaktisten kysymysten lisäksi oppimisteorioihin, epistemologiaan ja taustalla vaikuttavaan ihmiskäsitykseen. Kannanotot kätkeytyvät opetukseen ja vasta niiden tiedostaminen mahdollistaa oman toiminnan arvioimisen ja kehittämisen. Opettamisessa yhdistyy edellä mainittujen lisäksi kysymykset niin tiedon kohteena olevasta ilmiöstä, opettamisen arvoista kuin eettisyydestä. (Puolimatka 2002, 11 – 12.)

Opetuksessa taidot jaetaan ulkoisiin ja sisäisiin taitoihin. Ulkoisista tekijöistä tärkeimpinä Engeström (1996, 16) tuo esiin esiintymis- ja vuorovaikutustaidot, järjestelytaidot sekä taidon havainnollistaa opetuksen kohteena oleva asia. Kaikki edellä mainitut tekijät vaikuttavat kykyyn solmia kontakteja. Tärkein opettamisen sisäisistä tekijöistä on opetuksen kohteena olevan asian syvä tunteminen. Opettaminen ja ohjaus ovat pitkäjännitteistä toimintaa kohti asetettuja tavoitteita, jolloin siihen liittyy aina myös kysymys toiminnan oikeellisuudesta ja eettisyydestä.

3.1 Opetuksen ja ohjauksen erityispiirteet

Oppiminen on prosessi, mikä rakentuu taustatekijöiden, oppimisprosessin ja tulosten limittäisyydestä ja niistä muodostuvasta kokonaisvaltaisesta prosessista (Tynjälä 1999, 16 - 17). Oppimisaktiiviteeteiksi puolestaan kutsutaan sellaisia oppimiseen vaikuttavia tekijöitä kuten huomioinnin kiinnittäminen, harjoittelu ja tiedon syventäminen. Ihmisten välisiä eroja oppimiskapasiteetissa on selitetty huomion kiinnittymisellä opettettavaan asiaan, koska huomio nähdään valikoivana ja kooltaan rajallisena. Merkit-

tävyys, kielikuva ja asian toistuvuus vaikuttavat uuden ja yksittäisen asian oppimiseen ja muistamiseen. Kielen rakenteella (syvä- tai pintarakenne) on vaikutus siihen, kuinka sanojen syvempi merkitys pystytään muistamaan siitä huolimatta, vaikka itse sanaa ei muisteta. (Rajala 1982, 103 – 104.)

Opettamisen lähtökohtana kognitiivinen näkökulma jaetaan edelleen informaation prosessointiin ja konstruktivistiseen suuntaukseen. *Informaation prosessoinnin* aikana opettajan tehtävä on auttaa oppijaa työstämään tieto mielekkäiksi kokonaisuuksiksi. Oppimisessa pääpaino on käsitteiden välisissä suhteissa ja niiden ymmärtämisessä ja edelleen soveltamisessa olemassa olevaan tietovarantoon. Informaation prosessoinnissa korostuu oppijan kriitikkömyys hyväksyä annettu tieto oikeana ja hyödyllisenä. *Konstruktivistinen* lähtökohta korostaa oppijan roolia tiedon rakentamisessa, jolloin opettajan tehtävänä on toimia auttajana ja ohjaajana kohti ymmärtävää ajattelua. Ymmärtävällä ajattelulla tavoitellaan tiedon luokittelua, arvioimista ja analyysien ja synteessien tekemisen mahdollisuutta. Oppimiseen liittyvät tehtävät yhdistetään todellisen elämän ongelmatilanteisiin liittyviksi tiedonhalun herättämiseksi. (Uusikylä & Atjonen 2002, 100.)

Aikuisiässä tapahtuvaa oppimista Knowles (1970) on kuvannut sanalla andragogiikka, mikä perustuu neljään oletukseen aikuisen oppimisen erityispiirteistä: 1) kasvun aikana ihmisen minäkäsitys muuttuu kohti itsenäisyyttä ja itseohjautuvuutta 2) aikuisella katsotaan olevan elämän varrella kertynyt runsas elämäkokemusten varasto, mikä toimii resurssina oppimiselle 3) oppimisvalmiudet ovat yhteydessä yhteiskunnan asettamien kehitystehtävien mukaiseen rooliin ja ikään 4) opittavan tiedon sovellettavuutta pidetään mielekkäänä, jolloin oppimisessa korostuu selkeästi tarve ongelmien ratkaisemiseen. (Rauste – von Wright ym. 2003, 77 – 78.)

Andragogiikan peruskäsitteet, itseohjautuvuus ja reflektointi, ovat keskeisiä käsitteitä aikuisopetuksen piirissä. Aikuisopetuksessa korostuvat parhaiksi koettujen opetustapojen hyödyntäminen, tavoitteiden yksityiskohtaisuus ja motivaation suuntaaminen tarkasti. Aikuiskoulutuksen alueella, kognitiivisen oppimisenäkemyksen mukaisen ihmiskuvan keskeinen osa, on nähdä ihminen oman toimintansa tietoisena ja pitkäjänteisenä kehittäjänä. Aikaisempien skeemojen olemassa olo muuttaa oppimista: olemassa oleva spesifi tieto hyvin organisoituna helpottaa uuden informaation kytke- mistä. Aikuisopetuksessa skeemojen käyttökelpoisuus perustuu juuri siihen ajatukseen, että opetettava uusi asia pyritään sitomaan aikaisempaan tietovarantoon. Tieto, mikä on ristiriidassa oppijan skeemojen kanssa, vaatii syvällistä ja kokonaisvaltaista

vaikuttamista tiedollisiin skeemoihin. Karttuva tieto tuo mahdollisuuden uusien strategioiden muodostamiseen entisten käydessä tarpeettomiksi. Vaikka aikuisoppijan vahvuutena on olemassa olevien tietokehikoiden monisäikeisyys ja kokemuksellisen tiedon laajuus, voi se tarkoittaa niiden olevan syvälle juurtuneita. Syvälle juurtuneet tiedot ja asenteet voivat estää assimilaation tapahtumisen. (Nummenmaa 1982, 97; Miettinen 1984, 182; Rauste – von Wright ym. 2003, 78 – 79.)

3.1.1 Kulttuuri ja demografia

Potilaan demografisen taustan vaikutuksesta oppimiseen tiedetään vähän. Käsitys terveydestä ja sairaudesta on vahvasti kulttuuriin ja kulttuurissa oleviin perinteisiin sidonnaisia. Tämä vaikuttaa terveyteen liittyvän tiedon vastaanottamiseen ja ohjaustarpeeseen. Perinteisesti terveys nähdään kulttuuriin sisältyvänä ja määrittämänä voimavarana, mitä kunnioitetaan pyrkimyksellä elää kulttuurin määrittelemän ennako- odotuksen mukaisesti. Demograafisten ominaispiirteiden avulla on mahdollisuus saada tietoa siitä, mitkä asiat eri kulttuureissa koetaan oppimisen kannalta merkityksellisenä. Oppimista ja siihen liittyviä eroja kulttuureiden välillä on selitetty esimerkiksi korkean kulttuurin ja matalamman kulttuurin perinteen näkökulmasta. Tämän näkemys mukaan maissa, jotka kuuluvat matalamman kulttuurin maihin esimerkiksi länsimaat, oppiminen tapahtuu parhaiten kirjallisten ja suullisten menetelmien kautta kun puolestaan korkean kulttuurin maissa oppimista edistää parhaiten nonverbaalisen käyttäytymisen tai fyysisen ympäristön hyödyntäminen opetuksessa. (Fredericks, Guruge, Sidan & Wan 2009, 319; Hyyppä & Liikanen 2005, 20; Yamazaki 2005, 8, 26 – 29.)

Ihmisten käsitykset terveydestä ja sairaudesta sekä parantumisesta ovat vakiintuneita ja monella tavalla yhtenevät kaikkialla maailmassa. Käsitukseen vaikuttavat vahvasti ihmisten taustoihin sitoutuneet kulttuuriset ja sosiaaliset uskomukset. Ihmisen toimintaan ja uskomuksiin vaikuttavia tekijöitä voidaan ymmärtää tuntemalla ja huomioimalla taustalla vaikuttavien ainutlaatuisten sosiaalikulttuuristen maailmojen merkitys. (Spector 2010, X-Xi)

Fredericksin, Gurugen, Sidanin ja Wanin (2009) tutkimuksen sekä Spectorin (2010, 5) mukaan asianmukaisella ja oikein kohdistetulla ohjauksen sisällöllä on mahdollisuus vaikuttaa ja saavuttaa toivottuja muutoksia terveyskäyttäytymisessä. Kulttuuri, perintö ja kieli vaikuttavat ihmisen oppimis- ja ohjaustarpeisiin. Ne vaikuttavat myös siihen kuinka ihminen pystyy vastaanottamaan terveydenhuollossa tarjottavaa tietoa

ja kuinka siihen reagoidaan. Taustalla vaikuttava mekanismi on samanlainen potilaan ja terveydenhuollon ammattihenkilön roolissa. Sukupuolen tiedetään vaikuttavan ihmisen tiedon tarpeeseen. Yleinen oletus on miesten tiedon tarpeen olevan ohjaustilanteissa naisia suurempi. Sen sijaan ihmisen koulutustaustalla ei nähdä olevan vaikutusta havaittuun tiedon tarpeeseen. Tulos on ristiriidassa muiden aikaisempien tutkimuksien kanssa, joissa alhainen sosiaaliluokka ja alhainen koulutustaso vaikuttavat ihmisen sairastavuuteen, tiedon tarpeeseen ja oppimisprosessiin. (katso Martelin, Koskinen & Lahelma 2005, Olson, Sabogal & Perez 2008.)

3.2 Ohjauksen ominaisuudet Euroopassa ja Yhdysvalloissa

Koko Euroopan alueella potilasohjaus tapahtuu pääasiassa moniammatillisena toimintana. Yhtenäistä kaikelle toteutuvalle potilasohjaukselle on sen erilaisten variaatioiden esiintyminen Euroopan maiden välillä. Potilasohjaukseen vaikuttavat useat yhtenäiset haasteet koko Euroopan alueella, joista tärkeimpiä ovat 1) tutkitun tiedon soveltamisen vaikeus ja saavuttavuus osaksi käytäntöä 2) ohjauksen roolin vakiinnuttaminen osaksi potilaan kokonaisvaltaista hoitoa 3) erilaisten ohjaukikäytäntöjen yhtenäistäminen. (Deccache & Aujoulat 2001, 4-5; Skelton 2001, 5; Visser, Deccache, Bensing 2001, 1,4.)

Euroopassa aktiivisesti toimivilla potilasjärjestöillä on keskeinen rooli virallisen terveydenhuoltojärjestelmän rinnalla. Osana ohjaukikäytäntöjen yhtenäistämistä pyrkimyksenä on hyvien maakohtaisten toimintatapojen säilyttäminen. Maiden välillä olevat erot hyvän hoidon määritelmässä tuo esiin erot hoidon toteutuksessa, mutta myös ongelmat potilasohjauksen alueella. Ohjauksen yhtenäistämistä pidetään Euroopassa tärkeänä, koska yhtenäinen Eurooppa mahdollistaa potilaiden liikkumisen alueella (Visser, Deccache, Bensing 2001, 1,4.)

Euroopan alueella WHO on aktiivisesti ohjeistanut yhtenäisen ohjauslinjan löytymistä. ”Network of the health promoting hospitals”- ohjelma on suunniteltu tukemaan ohjauksen kehittämistä sairaaloissa. ”Therapeutic patient education”- ohjelma ohjeistaa yksityiskohtaisesti potilasohjauksen järjestämistä, sisältöä sekä ohjauksen antajaan kohdistuvia osaamisvaatimuksia.

Potilasohjaus toimintona tarvitsee tueksi selkeää poliittista ohjausta. Potilasohjaus on monimutkainen kokonaisuus, mihin vaikuttavat kognitiiviset, psykososiaaliset ja sosiaaliset tekijät yhdessä tunteiden kanssa. Ohjausta ja sen onnistumista pidetään mo-

nen tekijän tuloksena, mihin vaikuttavat poliittisten ratkaisujen lisäksi taustalla olevat rahoitusmallit ja organisaatiot. Terveydenhuollon ammattihenkilön pedagogiset taidot vaikuttavat merkittävästi potilaan saamaan ohjaukseen. Opettaminen pedagogisena toimintona on terveydenhuollon ammattihenkilölle vieras, mikä asettaa haasteen ammattihenkilön kommunikointi- ja ohjaustaidoille. Ohjaus tulisi nähdä potilasta valmentavana toimintona, ei vain perinteisenä opettamisena. Ohjaus hoitotyön toimintona on vähän arvostettu. Potilasohjauksen tulisi olla kiinteä osa potilaan kokonaisvaltaista hoitoa, jolloin sen arvotus osana kokonaisvaltaista hoitoa lisääntyisi. Suurimassa osassa Euroopan maita yhdeksi potilasohjauksen toteuttamisen keskeiseksi esteeksi nousee aika, mikä osaltaan myötävaikuttaa ohjauksen arvostuksen puuttumiseen. (Deccache & Aujoulat 2001, 7-10.)

Yhtenäistä kaikelle Euroopassa tapahtuvalle potilasohjaukselle on tavoite tukea potilasta kohti sitoutunutta omahoitoa. Tavoitteen saavuttamiseksi perinteinen suhtautuminen ohjaukseen sekä käytettävät ohjausmenetelmät eivät ole toimivia. Skeltonin (2001, 4.) mukaan terveydenhuollon ammattihenkilön sitoutuminen potilaslähtöiseen ohjaukseen ei vastaa sille asetettuja ennako- odotuksia. Ohjauksen sisältö perustuu usein olemassa olevaan sabluunaan, jolloin potilaan yksilöllisyyden huomiointi ei toteudu ohjauksessa. Ohjaus keskittyy tällöin puhtaasti tiedon antamiseen potilaalle, jolloin kommunikointi ammattihenkilön ja potilaan välillä jää pinnalliseksi ja taustalla vaikuttava oppimiskäsitys on vahvasti behavioristinen.

Yhdysvalloissa potilasohjauksen tavoitteena on asianmukaisen tiedon antamisen lisäksi potilaiden voimaantuminen, empowerment. Empowerment – teoria tarjoaa terveydenhuollon ammattihenkilön antamalle ohjaukselle teoreettisen pohjan, mitä hyödyntämällä on mahdollista rakentaa erilaisia ohjausmalleja. Osana yksilön, yhteisön ja organisaation muodostamaa monitahoista rakennetta, empowerment – teorian käyttäminen ohjauksen taustateorian vaatii ohjauskäsitteen ja sen kohteen laajentamista. Laajentamisen tavoitteena on ohjauskäsitteen muuttaminen käsittämään yksilöä laajempia kysymyksiä osana sosiaalista kokonaisuutta. (Roter, Stashefsky – Margalit & Rudd 2001, 2- 5, 8.) Yhdysvalloissa hoitajien antamaa potilasohjausta toimintana ohjeistaa ja valvoo erillinen osavaltiokohtainen laki, esimerkiksi Nursing Practice act Texasin osavaltiossa.

Ihmisten terveyteen vaikuttaa sosiaalinen kanssakäyminen, erilaiset organisaatiot ja käytännöt. Annettavan ohjauksen taustalla vaikuttaa osallistuvan oppimisen strategia, minkä mukaan ihminen nähdään aktiivisena toimijana oman oppimisensa ja elämän-

sä suhteen. Terveysthuollossa potilaan voimaantuminen näkyy potilaan aktiivisena roolina sekä osallistumisena erilaisten päätösten tekoon, vaihtoehtojen arvioimiseen, valvontaan ja vastuunottamiseen. Voimaannuttavien kokemusten kautta pyritään potilaan itsenäisyyden lisääntymiseen. Kokonaisprosessina voimaantumisen osana potilasohjausta on yhteneväisyyttä humanistisen oppimiskäsityksen kanssa. Yhdysvalloissa ohjauksessa suositellaan käyttämään erilaisia keskustelustrategioita, joiden avulla keskustelua pyritään ohjaamaan niin, että vaadittavat ratkaisut ja keinot tulevat potilaan oman ajattelun tuloksena. (Roter, Stashefsky – Margalit & Rudd 2001, 2- 5, 8.)

3.3 Vaihtoehtoisia menetelmiä ohjauksen toteuttamiseksi

Suosituksiin, kertomuksiin ja keskusteluun perustuvaa *narratiivista* ohjausta pidetään vaihtoehtona perinteiselle ohjaukselle. Suositukset ja keskustelu ovat yksinkertaisia keinoja tarjota ohjausta ihmisten itse muodostaessa lyhyitä tiivistelmiä ohjeista. Ohjauksen syntymisen taustalla on useita psykologisia lähestymistapoja. Narratiivisen ohjauksen etuna on sen vaivattomuus oppijan näkökulmasta. Opittua tietoa on helppo työstää ja muistaminen sekä mieleen palauttaminen on myöhemmin ongelmattomaa. Kuvitteellisesta ohjauksesta käytetään vaihtoehtoisesti termiä viihteellinen – opeuksellinen. Ohjauksen vaikuttavuuden edellytyksenä on sen ulottaminen vaikuttamaan ohjauksen kohteena olevan ihmisen tunteisiin. Tunteisiin vaikuttamisen avulla pyritään vaikuttamaan ihmisen terveyskäyttäytymiseen ja asenteisiin, mikä on todennettavissa käyttäytymisessä tapahtuvana muutoksena. Ohjaus pitää pystyä identifioimaan, jotta metodin avulla saavutetaan tehokkaita tuloksia. (Slater, Buller, Waters, Archibeque & LeBlanc 2003, 255.)

Metodina narratiivinen ohjausta pidetään vaikeana ja sen käyttö jokapäiväisessä ohjauksessa on vaikeaa sen syvälliseen vaikuttamiseen pyrkivän tavoitteen vuoksi. Narratiivisen ohjauksen käyttökelpoisuutta on tutkittu esimerkiksi ravitsemusohjauksessa, jolloin ohjauksen sisältöä on arvioitu uskottavuuden, selkeyden ja käytettävyyden näkökulmasta. Arviointikriteereillä katsotaan olevan sellaisia, joilla on vaikutusta terveyskäyttäytymiseen. Slaterin, Bullerin, Watersin, Archibequen & LeBlancin (2003) tutkimuksessa saavutetut tulokset eivät kuitenkaan olleet yhteneväisiä aikaisempien oletusten kanssa siitä, että narratiivisen menetelmän käytöllä olisi vaikutusta asenteisiin ja käyttäytymiseen. Suositus on hyödyntää enemmän keskusteluun ja ohjeisiin painottuvien menetelmien käyttöä monotonisten ulkoapäin suuntautuvien ohjausmenetelmien rinnalla. (Slater, Buller, Waters, Archibeque & LeBlanc 2003, 255 – 259.)

Kokemuksellisten oppimista tukevien keinojen käyttäminen ohjauksessa parantaa oppimista ja opitun myöhempää hyödyntämistä. *Pelien* käyttöä ohjauksen keinona on tutkittu. Olemassa olevien tutkimusten perusteella ei voida tehdä johtopäätöksiä oppimisen tehokkuudesta, mutta niiden käytöllä ei myöskään katsota olevan haittaa oppimisen näkökulmasta. On olemassa viitteitä, että kokemuksellisten menetelmien kautta opitulla pystytään saavuttamaan toivottuja oppimistuloksia. Lautapelejä on hyödynnetty potilasohjauksessa esimerkiksi Ruotsissa pitkäaikaissairauteen sairastuneiden ihmisten opetuksessa. Lautapelien käytön avulla ohjauksen antajana toimineen ammattihenkilön oli mahdollisuus arvioida osallistujien yksilöllistä sopeutumista ja meneillään olevaa sopeutumisen vaihetta. Olemassa olevissa tutkimuksissa peleinä on käytetty mm. erilaisia lautapelejä, tietokonepelejä sekä erilaisia kysymys – vastaus tyyppisiä ryhmässä pelattavia pelejä. (Blakely, Skirton, Cooper, Allum & Nelmes 2009, 259 – 269; Rosenqvist 2001, 4 -5.)

Lungren – Laineen & Gröndahlin (2010) mukaan potilasohjauksessa korostuu nykyaikaisen teknologian ansiosta mahdollisuus *sosiaalisen median* hyödyntämisestä potilasohjauksessa, jolloin ohjausmenetelmässä on yhteneväisyyttä Goessensin ym. (2008) ajatusten kanssa. Sosiaalinen media tarjoaa uuden vaihtoehdon ohjauksen toteuttamiselle, jolloin taustalla vaikuttaa vahvasti konstruktivistinen käsitys. Goessens ym. ovat tutkineet internetissä saatavilla olevan valmennusohjelman hyödyllisyyttä henkilöillä, joilla on korkea riski sairastua valtimosairauteen tai ovat jo sairastuneet. Ohjelma mahdollistaa yhteydenpidon terveydenhuollon ammattihenkilön kanssa, jonka tehtävänä on antaa palautetta, tukea ja elämäntapaohjausta internetin kautta. Goessensin ym. mukaan potilaat, joilla on oireita aiheuttava valtimosairaus, hyötyvät tämän tyylisestä ohjauksesta. Valmennusohjelman tavoitteena on saattaa ihmiset paremmin tietoiseksi omista mahdollisuuksistaan itsehoidon toteuttamiseksi. Tavoitteena on saada ihmiset sitoutumaan hoitoonsa ja vähentää riskitekijöiden vaikutusta elämään. Tietotekniikan hyödyntäminen ohjauksessa helpottaa ohjauksen yksilöllistä suunnittelua.

3.4 Ammattitaito kognitiivisesta näkökulmasta

Ohjausosaaminen ja ohjauksen keskiössä olevan tiedon syvyys liittyvät ammattiosaamiseen. Empiiris – käsityömäisen ammattitaidon perustana on ammattitaidon pohjautuminen liki muuttumattomiin rutiineihin, joihin osaamisen lisääntyminen vaikuttaa. Kokemuspohjaista ammattitaitoa ei voida pitää riittävänä tiedon ja toiminnan lisääntyvässä maailmassa. Selviytyminen yhteiskunnan haasteista edellyttää kykyä

tehdä tulkintoja. Itsenäisen ja johdonmukaisen tulkinnan ja soveltamisen taustalla tulee tuntea niihin vaikuttavat yleiset periaatteet. Periaatteiden tuntemisen avulla on mahdollista hyödyntää päättelyä yksittäistapausten kohdalla. Tavoitteena on teoreettis- – suunnitelmallisen ammatinhallinnan tyyppi. Hyvä ohjaus edellyttää ohjaajalta syvällistä tietoa ja näkemystä opettamisen kohteena olevasta asiasta ja sen soveltamisesta käytännössä. Ohjauksen tavoitteiden saavuttaminen edellyttää opetus - oppimisprosessin tuntemista sekä ohjausta saavan henkilön oppimistavan tuntemista. (Engeström 1996, 41 – 42, 66.)

Asiantuntijuuden osaamista voidaan arvioida tiedon, taidon ja asenteen kautta. Tieto nähdään yhteiskunnallisen ymmärryksen lisäksi yhteiskunnassa vaikuttavien erojen merkityksenä vuorovaikutukseen ja oppimistilanteisiin. Taito on kykyä vastata erilaisiin kulttuurisiin ja yhteiskunnallisiin tarpeisiin asianmukaisesti, jolloin opetus- ja vuorovaikutustaidot korostuvat. Asenne on tietoisuutta omasta kulttuurista ja kulttuuriin liittyvien erojen vaikutuksesta oppimiseen ja sopeutumiseen uuteen tilanteeseen. (Matinheikki – Kokko 1999, 293.)

Rauste – von Wright ym. (2003) ovat tuoneet julkiseen tietoisuuteen termin vuorovaikutteinen työ, millä yhteisesti tarkoitetaan ammatteja, joissa vuorovaikutus- ja ihmishuuhdetaidot ovat keskeisessä roolissa. Nykyaikaisessa työssä valmius vuorovaikutukselliseen toimintaan korostuu niin asiakaspalvelussa kuin itse ammatin myötä tulevissa kehittämisvaatimuksissa. Vuorovaikutteisen ammatin asiantuntijalta vaaditaan kykyä taitavaan oppimiseen, mikä sisältää oman osaamisen asettamisen kyseenalaiseksi ja kykyä nähdä se henkilökohtaisena oppimishaasteena. Vuorovaikutteisten ammattien asiantuntijuuden haasteena on työn osaamisen moniulotteisuus. Erityistiedon lisäksi vaatimuksena on yleisen viitekehyksen kytkeytyminen, minkä pohjalta ihmisen toimintaa jäsennetään ja ymmärretään. Keskeistä on siis vuorovaikutuksessa tapahtuva työ, minkä edellytyksenä on ymmärrys ihmisen toiminnasta ja sen säätelystä yhdessä vuorovaikutustaitojen kanssa. Kaikki pitää tapahtua ennen kuin on mahdollista toteuttaa työtä, ohjata ja tukea toista henkilöä. Terveystuhoon ammatihenkilön työn näkökulmasta työn moniulotteisuus tarkoittaa oman erityisalan sisällön, menetelmien ja ongelmanratkaisukeinojen hallinnan lisäksi kykyä käyttää työssään erilaisia pedagogisia menetelmiä.

Rinnakkain tai päällekkäin tehtävä työ on työntekijän näkökulmasta haaste, rikkaus tai rasite. Kun työn tekemistä tarkastellaan toimintajärjestelmän kautta, on asiantuntijatyö toimintaa erilaisilla toimintapintojen raja-alueilla. Työntekijä osallistuu moneen ja

siirtyy lyhyenkin ajan sisällä tehtävästä toiseen. Kyse on moninaisesta asiayhteydestä ja rajan ylityksistä työtä tehtäessä. Potilasohjaukseen kohdistetun huomioon lisääntymisen myötä ohjausta antavan henkilön ammattitaidon haasteena ovat uudenlaiset menetelmälliset yhdistelmät sekä pyrkimys työn joustavuuteen. Työ nähdään moniammatillisena, jolloin työssä korostuu mahdollisuus uudenlaisten yhteistyömuotojen hyödyntäminen asiakkaan kanssa. Asiantuntijuus nähdään horisontaalisesti ja vertikaalisesti muuttuvana ilmiönä, mikä hajauttaa perinteistä käsitystä asiantuntijuuden toiminta-alueesta. (Launis & Engeström 1999, 65 – 66, 78 – 79.)

Kokemuksen myötä kertyvän ja kumuloituvan tiedon järjestämisessä hyödynnetään mieleen järjestäytynyttä tietoperustaa, jonka avulla on mahdollista hyödyntää vahvan ammattitaidon vaatimaa informaatiota. Asiantuntijan käyttämän tiedon valikoituminen on strateginen prosessi. Osalla tällaisesta tiedosta on merkittävä vaikutus tehtävään suoritukseen äänetöntä tietoa soveltamalla eräänlaisten mielensisäisten tapausmallien avulla. Useat tiedon aloihin ja kulttuureihin liittyvät tiedot voidaan palauttaa muodollisen tai epämuodollisen rakenteen tasolle. Tiedon säilyttämisessä käytetään mieltämysyksiköitä. Kokemuksen lisääntyminen ja asiantuntijuuden rakentuminen vaatii tietojen liittämistä käytännön kokemusten kanssa toimiviksi kokonaisuuksiksi. Edellytyksenä asiantuntijuuden kehittymiselle pidetään vertaistoimintaa. Yhteisöllisen asiantuntijuuden kehittyminen on sidoksissa oppimisen tilannesidonaisuuteen, mikä edelleen vaikuttaa tiedon myöhemmän käytön sujuvuuteen. (Lehtinen & Palonen 2002, 148 – 150.)

3.5 Didaktiikka

Didaktisessa prosessissa tavoitteena on yhdistää oppiminen ja opetus. Didaktiikan tavoitteena on myös antaa perusteltuja ohjeita opetuksen järjestämisestä. Opetuksen lähtökohtana ja kohteena toimii oppija. Oppimista tapahtuu ilman opetusta, mutta syvällisen ja tiedostetun oppimisen saavuttamiseksi opetus on välttämätöntä. Opetus voi painottua oppijan persoonallisen kokonaisuuden sijaan painottamaan esimerkiksi ihmisen kognitiivisia osa-alueita. Opetuksen taustalla on pyrkimys kasvatukseen ja opetuksen painotuksilla kasvatusta voidaan ohjalla kohti tarkoituksenmukaisia olosuhteita. Oikeanlaisella ohjauksella on mahdollisuus saavuttaa tietoista ja usein mielekästä oppimista. Opetuksella pyritään nostamaan oppimisen laatua tekemällä siitä määrätietoista ja suunniteltua. (Engeström 1996, 62; Lahdes & Kari 1994, 20; Rauste – von Wright ym. 2003, 56.)

Opetuksen perinteinen tehtävä on siirtää kulttuurissa olevat keskeiset elementit seuraavalle sukupolvelle sekä auttaa vallitsevan kulttuurin kehitykselle otollisten olosuhteiden luomisessa. Didaktikalla on erilaisia opetusteoreettisia suuntauksia, joista yksi on kognitiivinen suuntaus. Opetusteoreettisen suuntauksen keskeiset sisällöt ovat vastaavat kognitiivisen oppimisteorian sisältöjä ja painotuksia. Didaktiseen suuntaukseen liittyy vahvasti oppimisen psykologisen suuntauksen vaikutus. (Lahdes & Kari 1994, 20 – 24.)

Didaktiikka rakentuu kahdesta käsiteparista, teoria ja käytäntö sekä kuvaileva ja ohjeita antava. Opetukseen kohdistuu käytännön toimintaan liittyvä ennako-odotus ja opetuksen odotetaan tuottavan asetetun tavoitteen mukaisia tuloksia. Opetus voi olla käänteistä teorian muodostusta, jolloin käytännössä esiintyvistä ilmiöistä etsitään siihen liittyviä keskeisiä tekijöitä ja niiden välillä vaikuttavia tekijöitä. Tarkoituksena on luoda opetuksen kohteena olevalle ilmiölle teoria. Teorian ja käytännön välinen suhde on ongelmallinen, mutta toisen osatekijän puuttuessa ei kumpikaan tekijä yksinään voi olla kokonaisuutena ehjä. Didaktiikka hyväksyy teorian ja käytännön yksinään esiintyvän vajavaisuuden ja niiden toisiaan korjaavan vaikutuksen. Didaktikkaan kohdistuu odotus opetukseen liittyvien ohjeiden antamisesta. Opetus on käytännön toimintaa, mihin vaikuttavat kuvailevan didaktiikan tuottaman tiedon soveltaminen, mihin liittyy opetukseen liittyvien ohjeiden antaminen. Ohjeiden antaminen yksiselitteisenä ja kattavana on vaikeaa, koska opetuksen ja oppimisen muodostama prosessi on monisyinen. (Lahdes & Kari 1994, 28 - 38.)

Opetusteorian näkökulmasta kognitiivisen didaktiikan suuntaus korostaa oppijan asemaa ja oppijan sisäisiä prosesseja. Kognitiivisessa näkemyksessä opettajan tehtävä on valita ja jäsentää opittava sisältö nostamalla esille oppimisen kannalta keskeiset periaatteet ja muovata ne toimivaksi kokonaisuudeksi. Menettelyllä ei oppimisen tilannesidonnaisuuden näkökulmasta välttämättä saavuteta oppimiselle asettuja tavoitteita. Tietyissä kontekstissa, esimerkiksi sairaalassa, opittu tieto ei automaattisesti siirry toiseen kontekstiin, mikä asettaa merkittävän haasteen ohjauksen ja opetuksen suunnittelulle. Tiedon siirtymisen turvaamiseksi tulisi sille luoda mahdollisuudet jo oppimisvaiheessa. (Engeström 1996, 62; Lahdes & Kari 1994, 24; Rauste – von Wright ym. 2003, 56.)

4 OHJAUSMALLIT

4.1 Sepelvaltimotautipotilaan ohjaus

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri on rakentanut mallin sepelvaltimotautipotilaan ohjaukseen. Tarve mallin kehittämiseksi on lähtenyt Ihannesairaalahankkeen ja HUS:in neuvontapalveluhankkeiden perusteella. Kehitettävän toiminnan taustalla on toiminut potilaille ja henkilöstölle tehdyt kyselyt. Malli sisältää paljon lääketieteellistä tietoa, minkä perusteella mallin voi olettaa olevan lääkäreiden tarpeisiin suunniteltu. Malli sisältää myös sellaista tietoa, minkä perusteella ohjausta voisi antaa yhtäläillä kokenut hoitaja. (HYKS geneerisen kotiuttamisprosessin kehittäminen 2007 - 2008.)

Malli rakentuu sairauteen liittyvistä perustekijöistä:

- sairauteen ja sen hoitoon liittyvä tieto
- riskitekijät ja terveyden edistäminen
- lääkehoito
- sairastumisen jälkeen arkielämään palaaminen
- kotihoito-ohjeet
- jatkohoidon ja kuntoutuksen järjestäminen.

Sairauteen ja sen hoitoon liittyvä tieto antaa potilaalle perustietoa sairauden luonteesta ja sen hoidosta. Mallissa käsitellään sepelvaltimotaudin vaikutusta ihmiseen kokonaisvaltaisesti. Ohjaustilannetta havainnollistetaan aiheeseen liittyvien kuvien avulla. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2010).

Riskitekijät ja terveyden edistäminen käsittelee kaikki valtimotaudin kannalta keskeiset riskitekijät. Riskitekijöiden käsittelyn laajuus vaihtelee, koska tiettyjen riskitekijöiden merkityksen tiedetään olevan toisia tärkeämpi. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri ohjaus 2010).

Lääkehoito sisältää perustiedon keskeisistä sepelvaltimotaudin hoitoon käytettävistä lääkkeistä ja niiden käyttötarkoituksesta. Lääkehoidon osalta merkittävän roolin mallissa saa sellaisten lääkehoitoon liittyvien erityispiirteiden huomioiminen, joissa lääkekorvaus on mahdollista saada sekä lääkekorvauksen saamisen turvaaminen potilaille. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2010.)

Sairastumisen jälkeen arkielämään palaaminen käsittelee monipuolisesti liikunnan merkitystä toipumisen tukena ja osana terveellistä elämää. Osiossa on myös mielenkiintoinen turva-ohjeita käsittelevä kappale, missä kerrotaan erilaisten arkielämän tilanteiden, esimerkiksi kylmän vaikutuksesta sydämen toimintaan. Liikunnan lisäksi ohjeet käsittelevät myös ravinnon merkitystä sairaudessa. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2010.)

Kotihoito-ohjeet sisältävät ainoastaan tiedon siitä kuinka potilaan tulee toimia oireiden uusiessa (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2010).

Jatkohoidon ja kuntoutuksen järjestäminen käsittelee sairaalajakson jälkeisen kuntoutuksen järjestämistä. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä on käytössä ohjauslomake ohjauksen toteutumisen seurantaan. Lomake siirtyy erikoissairaanhoidosta potilaan jatkohoidosta huolehtivaan yksikköön. Jatkohoidon ja kuntoutuksen järjestämisosion tavoitteena on, että potilas tietää kuinka jatkohoidon järjestäminen tapahtuu. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2010.)

Samassa yhteydessä on rakennettu myös lista potilaan tiedon tarpeista ja ohjauksen antamisen ajoituksesta sairauden ja sairastumisen eri vaiheissa. Potilaille olevat tiedon tarpeet ovat samanlaiset niin sairauden akuuttivaiheessa kuin jälkikontrollien yhteydessä. Tiedon tarpeiden painotuksen vaihtelevat akuuttivaiheen ja kontrollin välillä sisällön pysyessä samanlaisena. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2009.)

4.2 Potilasohjauksen kehittäminen Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä potilasohjausta on kehitetty laajassa kolmi-vaiheisessa hankkeessa. Hanke oli monialaisesti toteutettu tutkittuun tietoon perustuva, jossa yhteistyötä tehtiin eri toimijoiden kesken. Tulosten perusteella kehittäminen kohdistui

- ohjauksen organisointiin
- erilaisten ohjausmenetelmien käyttöön
- sosiaaliseen tukemiseen
- omaisille annettavaan ohjaukseen

- ohjausprosessiin
- ohjaussuhteen vuorovaikutukseen. (Lipponen, Kyngäs, Kääriäinen 2006, 1).

Sairaalassa tapahtuva potilasohjaus nähdään prosessina. Potilasohjauksen kehittämisen tuloksena ohjausprosessi kuvattiin syklinä, mikä toistuu samanlaisena ohjauksen eri vaiheissa. Malli on yleisellä tasolla oleva, ohjauksen ydinprosessia kuvaava. Se on ohjauksen kohteesta riippumaton, jolloin sen monikäyttöisyys mahdollistuu huolimatta siitä, minkä sairauden ohjaukseen sitä käytetään.



KUVIO 2. Ohjausprosessi (Iso-Kivijärvi ym. 2006, 10.)

Ohjaus on jaettu sairaalaan tulovaiheen, sairaalassa ollessa tapahtuvaan ja kotiuttamisvaiheen ohjaukseen. Mallissa ohjaus on kuvattu sairaanhoitajan näkökulmasta sen kaikissa vaiheissa. Ohjauksessa korostuu potilaalla olevien tarpeiden arviointi hoitosuhteen erivaiheissa. Jokaisessa vaiheessa tarve ja ohjauksessa korostettavat tekijät on kuvattu sekä annettuun ohjaukseen liittyvä dokumentointi. (Iso-Kivijärvi ym. 2006, 12 – 16.)

Syklimäisen ohjausprosessin kuvauksen lisäksi ohjausta tarkastellaan kokonaisvaltaisesti. Sairaalaan tulovaiheen ohjauksessa ohjaus keskittyy potilaan lisäksi omaisen huomiointiin ja rooliin tiedonantajana. Ohjaukseen ja sen onnistumiseen vaikuttaa tilanteessa vallitseva vuorovaikutus. Vuorovaikutusta pidetään keskeisimpänä onnistumisen kriteerinä, mihin vaikuttaa muun muassa ohjaukseen käytössä olevat fyysiset tilat, sanallinen ja sanaton viestintä sekä potilaan ja hoitajan välinen suhde. (Hankonen ym. 2006, 23.)

5 PERIFEERINEN VALTIMOTAUTI JA SEN RISKITEKIJÄT

Perifeerisen valtimotaudin esiintyvyydeksi arvioidaan 500 - 1000/ 1 000 000/vuosi ja sen esiintyvyys on vahvasti suhteessa ikään. Tulevaisuuden ennustaminen taudin suhteen on vaikeaa, vaikka riskitekijöiden vaikutus taudin esiintymiseen tiedossa. Syynä pidetään riskitekijöiden hallinnan ennustamisen mahdottomuutta. Perifeerisen valtimotaudin taustalla vaikuttava ateroskleroosi on systeeminen sairaus. Nykyaikaisien hoitojen ansioista muualla elimistössä olevia ateroskleroosin aiheuttamia ongelmia voidaan hoitaa ja edelleen lisätä elämänlaatua, jolloin alaraajojen verenkierto ongelmista tulee hallitsevia. (European Society of Cardiology 2011, 6.)

Council conclusions on promoting heart health- ohjelma (2004) on yksi Euroopan Unionin sydän- ja verisuonitautien ehkäisyyn suunnatuista ohjelmista. Sen mukaan sydän- ja verisuonisairaudet ovat Euroopan tasolla johtava kuolin syy: vuosittaisista kuolemista noin 40 % johtuu sydän- ja verisuonisairauksista. Riskitekijöiden ennaltaehkäisyllä tiedetään olevan suoria vaikutuksia myös muihin johtaviin terveysongelmiin. Terveysneuvonnalla ja ennaltaehkäisyllä saavutetaan suoria kansantaloudellisia vaikutuksia tavoiteltujen terveystyökalujen käyttämisen muutosten lisäksi. Terveystieteiden riskien lisäksi sairaus vaikuttaa merkittävästi koettuun elämänlaatuun. Sydän – ja verisuonitautien esiintyvyys väestön keskuudessa ei jakaudu tasaisesti vaan kaikkein eniten sairaus vaikuttaa alimmissa sosiaaliluokissa.

Council conclusions on promoting heart health- ohjelman (2004) tarkoituksena on ulottaa sydän- ja verisuonisairauksien ehkäisyssä huomio lapsiin ja nuoriin etenkin obesiteetin osalta. Ateroskleroosin ehkäisyssä ja sitä käsittelevissä tutkimuksissa huomio on yhä enenevässä määrin kiinnittynyt lapsiin ja nuoriin. Tutkimuksilla pyritään selvittämään mm. varhaisen preventiivisen ohjauksen vaikutusta aikuisiällä ilmenevään ateroskleroosin esiintyvyyteen. Magnussenin ym. (2011) tutkimuksen mukaan lapsuuden aikaisella riskitekijöille altistumisella on merkittävä yhteys myöhemmin aikuisiällä todettaviin muutoksiin verisuonissa. Eri tutkimukset eivät ole selkeästi ja yksimielisesti pystyneet osoittamaan otollista ikää, milloin preventiiviset toimenpiteet olisi suotuisinta aloittaa. Yhtenevä näkemys on kuitenkin ennalta ehkäisevän toiminnan aloittamisesta mahdollisimman varhaisessa vaiheessa.

Perifeerisen valtimotaudin esiintyvyydetutkimukset sekä riskitekijöiden vaikutuksia sairauden etenemiseen käsittelevät tutkimukset on toteutettu pääasiassa valkoisen vä-

estön keskuudessa. Väestöpohjaisten tutkimusten perusteella perifeerisen valtimotaudin esiintymisessä tiedetään olevan eroja eri väestöryhmien välillä. Etnisten ryhmien keskuudessa sairauden ominaispiirteistä tiedetään vähemmän. Ryhmien välisten erojen selvitys perustuu patofysiologisten erojen huomioimiseen sekä mahdollisten geneettisten tekijöiden vaikutukseen. Ikä ja sukupuoli pysyvät muuttumattomia riskitekijöinä kaikissa väestöryhmissä. Väestön liikkumisen ja maahanmuuton vuoksi etnisten ryhmien määrä lisääntyy kaikissa maissa, mikä lisää etnisiin ryhmiin liittyvien sairauden ominaispiirteiden tuntemisen tärkeyttä. (Bennett, Silverman, Gill & Lip 2009, 3- 4.)

Perifeerisen valtimotaudin riskitekijät ovat yhtenevät ateroskleroosin yleisten riskitekijöiden kanssa. Tieto tiettyjen valtimotaudin esiintymismuotojen ja riskitekijöiden vaikutusten välisestä yhteydestä on rajallinen. Tietyillä riskitekijöillä saattaa olla toisia suurempi vaikutus tietyn alueen valtimotaudin esiintymiseen. Riskitekijöiden vaikutuksesta on olemassa vertailevia tutkimuksia, mutta riskitekijöiden ja valtimotaudin tietyn alueen esiintyvyyden välistä yhteyttä ei voida varmasti todeta. (European Society of Cardiology 2011, 7.)

Tupakointi on todettu merkittäväksi riskitekijäksi perifeerisen valtimotaudin osalta. Tupakoinnin aiheuttama riski on suhteessa kulutukseen. Perifeerisen valtimotaudin kohdalla tupakoinnin katsotaan olevan merkittävämpi riskitekijä kuin sepelvaltimotautissa. Toinen merkittävä riski on diabetes, mikä on vaikuttaa etenkin valtimotaudin kehittymiseen. Kaikkien valtimotaudin oireiden kanssa diabetes ei kuitenkaan ole suorassa yhteydessä. (European Society of Cardiology 2011, 7.) Olemassa olevan tiedon välillä on ristiriita, mikä liittyy oireiden ja diabeteksen väliseen yhteyteen. Duodecimin (2010) mukaan diabetes lisää kriittisen alaraaja iskemian riskiä 4-kertaisesti. Diabeetikon haavaongelmien taustalla on oletettua useammin krooninen iskemia, mikä on yhteneväinen Euroopan kardiologisen seuran julkaisun kanssa. Klaudivautila, mitä taas pidetään merkinä yleistyneestä valtimotaudista, ei kuitenkaan katsota olevan merkittävää yhteyttä diabeteksen kanssa.

Hypertensio on yhteydessä kaikkiin sydän- ja verisuonisairauksiin. Hypertension syyseuraus suhteiden osoittaminen perifeerisen valtimotaudin kehittymisessä on epäselvä. Sen merkityksen tiedetään olevan taudin kehittymisessä pienempi kuin esimerkiksi tupakoinnin ja diabeteksen vaikutus. Epidemiologisten tutkimusten mukaan korkea kokonaiskolesteroli ja alhainen HDL ovat itsenäisiä riskitekijöitä perifeerisen valtimotaudin kehittymisessä. Yhteys muihin riskitekijöihin, jotka vaikuttavat merkittävästi

sepelvaltimotaudin taustalla, ovat perifeerisen valtimotaudin riskitekijöinä ristiriitaisessa asemassa. Yleisten tunnettujen riskitekijöiden lisäksi uutena yksittäisenä ja itsenäisenä riskitekijänä munuaisten vajaatoiminnalla on todettu olevan yhteys perifeerisen valtimotaudin syntyyn. Viime vuosina perifeerisen valtimotaudin tutkimus on edelleen suuntautunut tutkimaan hyytymishäiriöiden osuutta riskitekijänä. Tutkimus tällä alueella on edelleen alkutekijöissä, mutta viitteitä on niiden oletettua suuremmasta merkityksestä valtimotaudin synnyssä. (Duodecim 2010, 5; European Society of Cardiology 2011, 7; Norgren ym. 2007, 4-5.)

Perifeerisen valtimotaudin esiintyvyys on tiettyyn vaiheeseen asti miehillä naisia yleisempää, mutta ikääntyminen pienentää sukupuolten välistä eroa. Valtimosairauksien esiintyvyyden tiedetään olevan yleisempää kuin mitä sairautta on diagnosoitu. Naisilla sairaus on epätyypillisempi ja oireiden perusteella naisille ei aseteta oikeaa diagnoosia varhaisessa vaiheessa. Tämä mahdollistaa sairauden etenemisen miehiä pidemmälle ennen asianmukaisia kajoavia toimenpiteitä. Esimerkiksi Yhdysvalloissa erilaiset valtimotaudit ovat naisten johtava kuolinsyy. Tietoa voidaan pitää muistutuksena naisiin kohdistuvan ohjauksen tärkeydestä. (Cheanvechai, Harthun, Graham, Freischlag & Gathan 2004, 314 – 316.)

Yleisten riskitekijöiden välttämisen ja käytössä olevien nykyisten hoitomuotojen lisäksi liikunnan merkitys sairauden hoitomuotona on oletettua suurempi. Watsonin, Ellisin & Lengin (2008, 8) tutkimuksen mukaan liikunnalla on merkittävä positiivinen vaikutus perifeeristä valtimotautia sairastavan kävelyyn etenkin sellaisten henkilöiden osalta, joilla klaudikaatio on rajoittavin oire. Säännöllisesti tapahtuvalla, ohjatulla liikunnalla on positiivinen vaikutus niin yhtämittaiseen kävelyaikaan kuin kävelymatkaankin. Liikuntaa suositellaan tutkimuksessa liitettäväksi osaksi kokonaishoitoa. Liikunnan ja kajoavan hoidon tulosten välisen vertailun ja saavutettuja hyötyjä koskeva tieto on rajallista, jolloin luotettavia johtopäätöksiä asiasta ei nykytiedon voida valossa tehdä. Watson, Ellis & Leng (2008) sekä Bendermacher, Willigendael, Tejjink & Prins (2009) ovat yksimielisiä siitä, että ohjatun toiminnan avulla saavutetaan parempia tuloksia verrattuna sellaiseen liikuntaan, mikä perustuu omaehtoiseen toimintaan. Saavutettuja tuloksia ohjatun liikunnan hyväksi on selitetty esimerkiksi ohjatussa liikunnassa käytetyillä menetelmillä sekä liikunnan avulla saavutettavilla yleisillä hyvinvointivaikutuksilla.

5.1 Sairauteen sopeutuminen

Sairastuminen pitkäaikaissairauteen aiheuttaa psyykkisen kriisitilanteen ja vaikuttaa ihmisen hyvinvointiin. Perifeerinen valtimotauti on pitkäaikaissairaus, mihin sopeutuminen vaihtelee yksilöiden välillä. Sairauteen sopeutumiseen vaikuttaa suorasti ja epäsuorasti sosiaalinen tuki sekä ihmisellä olevien erilaisten selviytymiskeinojen olemassa olo ja hyödyntäminen. Sosiaalinen tuki vähentää etenkin sairauteen sopeutumisvaiheessa sen aiheuttamaa psyykkistä kuormitusta. (Curtis, Groarke, Coughlan & Gsel 2004, 456 – 457; Lazarus 1993, 234 – 236; Okkonen 2000 III - IV; Penttilä 2011.)

Sairastumisvaiheessa tarvitaan sekä selviytymistä että sopeutumista ja niitä on määritelty eri tavoin. Kirjallisuudessa selviytymistä ja sopeutumista käytetään usein synonyymeina. Psykoanalyttisen määritelmän mukaan selviytymisellä tarkoitetaan realistista ja joustavaa ajattelua sekä tekoja ongelmien ratkaisemiseksi ja epätietoisuudesta aiheutuvan stressin helpottamiseksi (Lazarus & Folkman 1984, 118). Lazarus & Folkman (1984, 141) puolestaan määrittelevät sopeutumisen jatkuviksi kognitiivisiin ominaisuuksiin ja käyttäytymiseen liittyviksi pyrkimyksiksi selvitä sellaisista sisäisistä ja ulkoisista vaatimuksista, jotka kuluttavat voimavaroja tai ylittävät henkilöllä olevat voimavarat.

Sopeutumisen edellytyksenä olevat ponnistelut ovat itsenäisiä, lopputuloksesta riippumattomia tapahtumia. Selviytymistä ja sopeutumista tilanteeseen voidaan kuvata joko toimintatapana tai prosessina. Selviytyminen on kuitenkin ennen kaikkea prosessi, mitä voidaan edelleen kuvata siihen käytettävien keinojen tai käytettäviin keinoihin liittyvinä ja kuvaavina luonteenpiirteinä. Keskeinen ero sopeutumisissa toimintatavan ja luonteenpiirteen välillä on tilanteen tulkitsemisen syvyys. Luonteenpiirteen ja toimintatavan kautta sopeutumista tarkasteltaessa sopeutuminen tapahtuu puutteellisesti, jolloin niiden avulla ei voida ennustaa sopeutumisprosessin onnistumista. Toimintatapa selviytyä painottaa sellaisia henkilökohtaisia ja tilannekohtaisesti käytettäviä taitoja ja kykyjä, jotka toiseen asiayhteyteen tai ajankohtaan siirrettynä vaikuttavat käytettävän sopeutumisstrategian valintaan. Uudessa tilanteessa sopeutuminen nähdään prosessina, mikä voi olla lähestymistavaltaan joko ongelma- tai tunnekeskeinen. Länsimainen arvomaailma kunnioittaa ongelmakeskeistä lähestymistapaa. (Lazarus & Folkman 1984, 120, 140; Lazarus 1993, 237 – 241.)

Ongelmakeskeinen lähestymistapa sopeutumiseen on samanlainen prosessi kuin kaikki ongelmien selvittämiseen tarvittavat prosessit. Lähestymiseltään ongelmakes-

keinen sopeutumisprosessi on laaja-alaisempi kuin yksinkertaisemman ongelman ratkaisuun vaadittava prosessi. Ongelmakeskeiselle sopeutumiselle on ominaista ongelmatilanteen tarkka määrittäminen, erilaisten ratkaisuvaihtoehtojen kartoittaminen ja arviointi ennen lopullisen ratkaisun tekoa. Tunnekeskeisessä sopeutumisessa pyrkimyksenä on emotionaalisen ahdistuneisuuden vähentyminen ja tilanteen selkiytyminen erilaisten kognitiivisten prosessien kuten vähättelyn, välttelyn tai etäisyyden ottamisen avulla. Erilaisten puolustuskeinojen käyttäminen eivät auta ongelman ratkaisussa vaan siirtävät ratkaisun tekemistä. Selviytymiseen ja sopeutumiseen vaadittavaan toimintaan liittyy aina tietoisia yrittämistä, jolloin se tulee erottaa muusta automaattisesti tapahtuvasta sopeutumiseen pyrkivästä toiminnasta. (Lazarus & Folkman 1984, 140, 150 – 153.)

Sopeutumisprosessille on keskeistä ihmisen sen hetkisen todellisuuden huomioiminen tietyssä ympäristössä. Sopeutumisen kokonaisvaltaiseksi ymmärtämiseksi on oltava olemassa käsitys sopeutumisen kohteesta ja pyrkimyksistä. Onnistuakseen se vaatii muutosta ajattelussa ja käyttäytymisessä. Sopeutuminen on jatkuvasti muuttuva prosessi, mikä vaatii luottamusta eri vaiheiden ja sopeutumiskeinojen käyttämiseen ja vaihtuvuuteen osana prosessia. Sopeutumista kuvaavat ominaispiirteet, muutos ja kehittyminen, eivät ole sattumanvaraisia. Ne ovat jatkuvan arvioinnin kohteena ihmisen ja ympäristön välisen suhteen kuvaajana. Kaikenlainen muutos ihmisen ja ympäristön välisessä suhteessa aktivoi arvioinnin uudelleen alkamisen. (Lazarus & Folkman 1984, 142 – 143.)

6 TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kuvata perifeeristä valtimotautia sairastavan potilaan ohjausta terveydenhuollon ammattihenkilön näkökulmasta. Opinnäytetyö on kaksivaiheinen, missä ensimmäisessä vaiheessa kerätyn aineiston ja tulosten perusteella rakennetaan malli perifeeristä valtimotautia sairastavan potilaan ohjaukseen. Keskeistä tutkimuksessa on kognitiivisen oppimisteorian näkökulma. Potilasohjauksessa suuntaus on pois behavioristisesta oppimiskäsityksestä ja toiminnasta kohti kognitiivisesti suuntautunutta käsitystä ihmisestä.

Tämän opinnäytetyön tutkimustehtävät ovat:

1. Millaista on perifeeristä valtimotautia sairastavan potilaan ohjaus verisuonikirurgin, sairaanhoitajan, fysioterapeutin, sosiaalityöntekijän, ravitsemusterapeutin ja psykiatrisen sairaanhoitajan näkökulmasta?
2. Minkä ammattiryhmien tulisi osallistua perifeeristä valtimotautia sairastavan potilaan ohjaukseen?
3. Miten perifeeristä valtimotautia sairastavan potilaan yksilölliset ominaisuudet huomioidaan ohjauksessa?

7 TUTKIMUSASETELMA, KÄYTETTY TUTKIMUSMENETELMÄ JA AINEISTON HANKINTA

7.1 Ohjauksen nykytilan kuvaus

Ohjauksen nykytilan kuvaus perustuu empiiriseen oletukseen siitä, millaista perifeeristä valtimotautia sairastavan potilaan ohjaus tällä hetkellä on. Tämä tarkoittaa tilannetta, jossa potilaiden hoidosta puuttuu systemaattinen ja moniammatillinen ohjaus sairauteen ja sen hoitamiseen liittyen. Potilaiden saama ohjaus keskittyy ainoastaan lääkärin ja hoitajan antamaan ohjaukseen ilman moniammatillisen toiminnan tarjoamia mahdollisuuksia.

Potilaan kulkema asiakaspolku erikoissairaanhoidossa on kuvattu pääpiirteissään liitteessä 2. Perifeeristä valtimotautia sairastavan potilaan hoitoprosessi on kuvattu Kuopion Yliopistollisessa sairaalassa QPR- prosessin mukaisesti. Prosessia ei ollut mahdollista julkisesti hyödyntää tätä työtä tehtäessä, minkä vuoksi liitteenä 2 oleva kuvaus potilaan tämä hetkisestä asiakaspolusta erikoissairaanhoidossa on opinnäytetyöntekijän laatima kuvaus.

7.2 Tutkimusmenetelmä

Kyseessä on laadullinen tutkimus. Laadulliselle tutkimukselle on ominaista elämän todellisuuden kuvaaminen muodostamalla mahdollisimman kokonaisvaltainen kuva tutkittavasta asiasta. Sen avulla on pyrkimys luoda uusia käsitteitä ja laadullinen tutkimus soveltuu hyvin alueille, joista on vähän aikaisempaa tietoa. Laadullisessa tutkimuksessa pyritään ilmiöön liittyvien tosiasioiden löytämiseen ja paljastamiseen, ei niinkään olemassa olevien totuuksien ja väittämien todentamiseen. Laadullisessa tutkimuksessa pyrkimyksenä ei ole myöskään tilastollinen yleistettävyyys. Kuitenkin laadullisessa tutkimuksessa esiintyvät ilmiöt ovat yleisiä, jotka esiintyvät uudelleen aina uusissa yhteyksissä. Haasteena teorian muodostuksessa on sen saattaminen sellaiseen muotoon, että huomio kiinnittyy niin tiedon ainutlaatuisuuteen kuin sen käsitteelliseen yleisyyteen. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 161; Nieminen 1997, 220; Varto 1992, 101.)

Haastattelu on laadullisen tutkimuksessa yleisesti käytetty aineistonkeruumenetelmä. Tapahtumana haastattelu on vuorovaikutuksellinen, jossa kumpikin osapuoli vaikuttaa toisiinsa. Haastattelutilanteeseen vaikuttavat normaaliin kommunikaatioon liittyvät fyysiset ja sosiaaliset tekijät. Menetelmän avulla pyritään keräämään mahdollisimman paljon tietoa tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä. Tätä oletusta tukee haastattelun tarjoama mahdollisuus tarkentavien kysymysten esittämiseen haastattelun aikana. (Eskola & Suoranta 2001, 85; Tuomi & Sarajärvi 2003, 73 - 75.)

Tässä tutkimuksessa tiedonkeruumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua. Teemahaastattelun taustalla on fokusoitu haastattelu. Teemahaastattelu poikkeaa esikuvastaan siinä, että teemahaastattelun oletuksena on kaikkien yksilön kokemien tapahtumien ja uskomusten tutkimisen mahdollisuus. Teemahaastattelu määritellään menetelmänä puolistrukturoiduksi. Puolistrukturoidulle haastattelulle on tyypillistä, että jokin osa haastattelusta on ennalta määritelty. Keskeistä on haastattelun eteneminen yksityiskohtaisten kysymysten sijaan tiettyjen keskeisten teemojen mukaisesti, jolloin haastattelutilanne vapautuu tutkijan näkökulmasta ja haastateltavien näkökulma saadaan paremmin esille. Käytettäessä teemahaastattelua aineistonkeruumenetelmänä ollaan usein kiinnostuneita tutkimuksen kohteena olevan ilmiön perustana olevasta luonteesta ja ominaisuuksista. Tutkijan tehtävä on varmistaa kaikkien teemojen käsittelyminen haastattelun aikana. Ominaista teemahaastattelulle on, että teemojen järjestys ja käsittelyn laajuus vaihtelevat tilannekohtaisesti. Teemahaastattelun vahvuutena pidetään sen vastavuoroisuutta, jolloin tutkijan lisäksi myös tutkittavalla on mahdollisuus esittää haastattelun aikana tarkentavia kysymyksiä. Teemahaastattelun teema-alueiden tulee olla riittävän väljiä, jotta ilmiöön liittyvä moninainen rikkaus saadaan mahdollisimman hyvin esille. (Eskola & Suoranta 2001, 86; Hirsjärvi & Hurme 2009, 47 – 48, 66 – 67.)

7.3 Tutkimukseen osallistujat ja aineiston hankinta

Tutkimuksen kohteena olevasta ilmiöstä, perifeerisen valtimotautipotilaan ohjauksesta tapahtumana saadaan parhaiten tietoa haastatteleamalla terveydenhuollossa toimivia henkilöitä, jotka osallistuvat potilaan hoitoon ja ohjaukseen ja joilla on vahva ammatillinen osaaminen. Kaikki tutkimukseen osallistuneet edustavat oman ammattiryhmänsä syvällistä ja pitkällistä osaamista. Terveystieteiden ammattihenkilö käsitteitä käytetään kattamaan lääkärin, sairaanhoitajan, fysioterapeutin, sosiaalityöntekijän, ravitsemusterapeutin ja psykiatrisen sairaanhoitajan ammatit. Aineiston analyysissä tutkimukseen osallistuneet ammattiryhmät yhdistettiin ja yhtenäistä nimitystä

käytetään, koska ohjauksesta haluttiin muodostaa moniammatillinen kuva. Tutkimusotos on pieni, jolloin haastateltavien käsitteleminen yhteisen nimikkeen alla lisää luotettavuutta ja turvaa haastateltavien anonymiteetin.

Jokaiseen haastateltavaan oltiin henkilökohtaisesti yhteydessä. Haastatteluajat sovittiin henkilökohtaisesti tai puhelimitse. Ajallisesti haastattelut tapahtuivat yhden viikon aikana. Kaikkia alkuperäisesti tutkimukseen osallistuviksi suunniteltuja ei saatu mukaan tutkimukseen aikatauluun liittyvien tekijöiden vuoksi. Näissä tilanteissa ensisijaisesti suunnitellulta haastateltavalta kysyttiin suositusta sijaiseksi, joiden joukosta loput tutkimukseen osallistujat valittiin. Käytetyt menetelmät ovat yhteneväisiä Hirsjärven & Hurmeen (2009, 84) esittämien menetelmien kanssa. Teemahaastattelurunko toimitettiin haastateltaville noin viikko ennen haastattelun ajankohtaa. Tuomen ja Sarajärven (2003, 75) mukaan haastattelun tavoitteena on tuottaa mahdollisimman paljon tietoa tutkimuksen kohteena olevasta asiasta. Tämä tukee menettelyä, jossa tutkittaville toimitettiin teemahaastattelurunko etukäteen. Haastattelun onnistumisen näkökulmasta etukäteen toimitettu haastattelurunko lisää haastattelun onnistumisen mahdollisuutta. Tutkimuksen eettisestä näkökulmasta haastateltavilla on oikeus tietää jo ennen itse haastattelua, mitä aihetta haastattelu koskee.

Paikka vaikuttaa haastattelun onnistumiseen. Tässä tutkimuksessa jokaista tutkimukseen osallistuvaa haastateltavaa haastateltiin yksin. Haastateltavan oikeutena voidaan pitää hänen mahdollisuuttaan valita itselleen sopiva paikka haastattelun toteuttamiseen. (Eskola & Suoranta 2001, 91.) Tässä tutkimuksessa haastattelut tehtiin jokaisen haastateltavan työpaikalla. Jos kyseessä oli henkilö, jolla on oma työhuone, oli luonnollista pitää haastattelu siellä. Muissa tapauksissa haastattelut toteutettiin muussa rauhallisessa tilassa haastateltavan työyksikössä.

Ryhmähaastattelua pidetään monessa suhteessa yksilöhaastattelua taloudellisempana vaihtoehtona. Tässä tutkimuksessa haastateltavien yhdistämistä ryhmäksi ei koettu mielekkäänä tutkimuksen tarkoituksen näkökulmasta, koska jokainen haastateltava edustaa toisistaan hyvin erilaista osaamista ohjauksen alueella. Yksilöhaastattelun etuna pidetään ihmisten osallistumisaktiivisuutta haastattelutapahtumaan. Yksilöhaastattelulle ominaista on haastateltavan pyrkimys muodostaa tilanteen alussa käsitys tutkimuksen kohteena olevasta asiasta. Erilaiset henkilön käyttämät tilanteen tulkintamallit ja määrittelyt toimivat yksilön orientaationa. Näiden mallien perusteella haastateltava päättää kuinka vastata. Ihmisten tapa tulkita tilannetta sekä tilannekohtaisesti käytettävien erilaisten vuorovaikutuskeinojen avulla yksilö- ja ryhmähaastatte-

lut tuottavat erilaista tietoa. Teemahaastattelutilanteessa tarkan teemojen asettelun mukaisen järjestyksen noudattaminen ei ole tarpeen vaan teemat voidaan käydä läpi siinä järjestyksessä, mikä tuntuu tilanteessa luontevimmalta. Tässä tutkimuksessa luontevaksi järjestykseksi kaikissa haastatteluissa muodostui teemojen kaksi ja kolme käsittely käänteisessä järjestyksessä. Yhteen teemaan käytetty aika vaihteli jokaisen haastattelun kesken yksilöllisesti. Haastattelut nauhoitettiin luotettavuuden ja tiedon oikeellisuuden varmistamiseksi. Jokainen haastattelu on tapahtumana ainutlaatuinen ja haastatteluiden kokonaiskesto vaihteli. Tässä tutkimuksessa yhden haastattelun kesto oli noin tunti. Tutkimuksen tekijä haastatteli kaikki haastattelut, jolloin haastattelun vaikutus haastattelun kestoon on suurempi kuin haastattelijan vaikutus. Haastattelutilanteen tallentamisella tehdään haastattelusta sujuvasti etenevä tapahtuma. Tallennetulla aineistolla saadaan vuorovaikutuksesta säilytyksi sellaisia seikkoja, joita kirjoitetulla materiaalilla ei saada esille. Nauhoittamalla kyetään kuitenkin säilyttämään vain haastattelutilanteen verbaalinen sisältö. (Alasuutari 1999, 85, 149 – 153; Hirsjärvi & Hurme 2009, 63,74, 92.)

7.4 Aineiston analyysi

Haastatteluaineisto on analysoitu laadullisen sisällönanalyysin mukaisesti. Sisällönanalyysin avulla tutkimusaineistosta pyritään tuomaan esille sanallinen kuvaus ilmiöstä tiivistetysti ja yleisessä muodossa. Loogisen päättelyn ja tulkinnan avulla osiin jaoteltu aineisto käsitellään ja nimetään uudelleen tavoitteena ehjä kokonaisuus. Tarkoituksena on tuottaa hajanaisesta aineistosta sisällöltään selkeää ja yhtenäistä tietoa. Laadullisen aineiston analyysin toteuttamiseksi on olemassa vaihtoehtoja, joista tässä tutkimuksessa käytetään pääsääntöisesti aineistolähtöistä eli induktiivista analyysia. Tutkimuskirjallisuuden mukaan aineistolähtöisessä analyysissa tiedetään olevan tiettyjä ennalta tiedostettavissa olevia ongelmia, joita puolestaan teorialähtöisellä analyysilla pyritään ratkaisemaan. Käytännössä sisällönanalyysin haasteena on analyysista tehtävien johtopäätösten onnistuneisuus. Teoriaan sidotun analyysin logiikka sitoutuu usein niin sanottuun abduktiiviseen päättelyyn, jossa ajatteluprosessin aikana vaihtelee aineistolähtöisyys yhdessä valmiiden mallien kanssa. (Tuomi & Sarajärvi 2003, 98 – 99, 105, 110.)

Laadullinen sisällönanalyysi on prosessi, mikä rakentuu aineiston pelkistämisestä, ryhmittelystä ja teoreettisten käsitteiden muodostamisesta. Laadullisen ja määrällisen tutkimuksen analyysiprosessit ovat perusteiltaan samanlaisia. Laadullisessa tutki-

muksessa aineiston keruu – ja analyysivaiheiden välisiä vaiheita ei ole tarkkarajaisesti mahdollista erottaa toisistaan. Aineiston kerääminen ja analysointi lomittuvat usein, jolloin analysointivaiheessa tutkijan tekemä reflektointi omassa esiyymmärryksessään saa aineiston analyysin ja teoreettiset lähtökohdat lomittumaan. Yleensä analyysin aloittaminen vaatii analyysiyksikön määrittämistä, mihin vaikuttaa aineiston laatu ja tutkimustehtävät. Tässä tutkimuksessa litteroidusta aineistosta etsittiin teemoihin liittyviä ilmaisuja, mitkä ryhmiteltiin teemahaastattelurungon mukaisesti. Käytetty menetelmä on noudattaa Eskolan & Suorannan (2001, 87, 152) ohjetta, jossa analysoitaessa teemahaastattelun avulla kerättyä aineistoa, käytetyt teemahaastattelu teemat muodostavat valmiin rungon. Kognitiivisen oppimisteorian mukaisesti aineistosta etsittiin vastauksia terveydenhuollon ammattihenkilön antamasta tiedosta, opetettavista taidoista ja sopeutumisen tukemisesta. Analyysiyksiköksi muodostui lause tai ajatuskokonaisuus. Teorialähtöisessä sisällönanalyysissa aineiston lajitteluun käytettävä runko voi vaihdella laajuudeltaan. Teemahaastattelu teemojen mukainen aineiston lajittelu tuo käsittelyyn tiettyä strukturoitua rakennetta. (Nieminen 1997, 220; Mäkelä 1998, 45; Tuomi & Sarajärvi 2003, 111 – 116.)

Pelkistämävaiheessa aineisto joko tiivistetään tai pilkotaan osiin. Valittavaan menetelmään vaikuttaa taustalla oleva tutkimustehtävä. Tässä tutkimuksessa teemahaastattelurungon mukaisesti järjestetty aineisto oli alkuperäisilmaisuista koostuva, mikä seuraavaksi pelkistettiin nimeämällä alkuperäisilmaisut uudelleen, sisältöä kuvaavalla ilmaisulla. Ryhmittelyssä aineistosta etsitään samankaltaisuutta tai eroavaisuutta kuvaavia käsitteitä. Samaa tarkoittavat käsitteet yhdistetään omaksi luokaksi ja nimitään sisältöä kuvaavalla nimellä. Luokiteltaessa aineisto tiivistyy yksittäisten asioiden sisältyessä yleisempiin käsitteisiin. Tässä tutkimuksessa aineistossa olevat uudelleen nimetyt ilmaisut järjestettiin niin, että samaa tarkoittavat ilmaisut koottiin yhteen. Uudelleen järjestämisessä säilytettiin teemahaastattelurungon mukaiset teema-alueet. (Nieminen 1997, 220; Mäkelä 1998, 45; Tuomi & Sarajärvi 2003, 111 – 116.)

Teorialähtöisessä lähestymisessä analyysille valitaan joku teoreettisesti perusteltu näkökulma. Teemahaastattelurungossa esiin nousee kognitiivisen oppimisteorian mukaisesti tieto, taito ja asenne, mitkä tässä tutkimuksessa on laajennettu ohjausta käsiteltäessä muotoon tiedon antaminen, taitojen opettaminen ja sopeutumisen tukeminen. Nämä käsitteet toimivat aineiston jaottelun ydinluokkina. Aineiston pelkistämisen ja ryhmittelyn perustella aineistosta pystyttiin nostamaan esille ne keskeiset tekijät, jotka olivat mallin rakentamisessa olennaisia. Näiden tekijöiden alle kerättiin pelkistetyn aineiston ne tekijät, mitkä olivat tutkimustehtävien ja mallin muodostami-

sen kannalta keskeisimmät. Viimeistään tässä vaiheessa pelkistetyt ilmaisut yhdistettiin niin, että ne esiintyvät valmiissa mallissa vain kerran. Teoreettisten käsitteiden muodostamisessa tutkimuksen keskeinen tieto erotetaan muusta aineistosta ja edetään kohti teoreettista käsitteiden muodostumista. Käytännössä teoreettisten käsitteiden muodostaminen on etenemistä alkuperäisilmaisusta kohti teoreettisia käsitteitä ja johtopäätöksiä. (Nieminen 1997, 220; Mäkelä 1998, 45; Tuomi & Sarajarvi 2003, 111 – 116.)

8 TUTKIMUSTULOKSET

Tutkimuksen tuloksia käsitellään tutkimustehtävien mukaisessa järjestyksessä. Aineiston analyysin tuloksena muodostui yläkäsite terveydenhuollon ammattihenkilön rooli perifeeristä valtimotautia sairastavan potilaan ohjauksessa. Rooli jakautuu tiedon antamiseen ja erilaisten taitojen opettamiseen potilaalle ja hänen omaiselleen sekä sopeutumisen tukemiseen. Teemahaastattelu menetelmänä mahdollisti laajan keskustelun tutkimuksen kohteena olevasta aiheesta. Haastattelut tuottivat tietoa tutkimuksen kohteena olevasta aiheesta terveydenhuollon ammattihenkilön näkökulmasta. Tässä tutkimuksessa vastauksissa peilautuu vahvasti myös potilaan rooli ja odotukset, vaikka potilaita ei tässä tutkimuksessa haastateltu. Haastatteluiden aikana vastauksia havainnollistettiin potilaiden näkökulmasta lähtevien esimerkkien kautta. Myös pitkä työkokemus mahdollistaa asian tarkastelun monialaisesti ja inhimillisen ajattelun kautta on mahdollista samaistua potilaan rooliin ja peilata sieltä ohjaukselle asetettavia odotuksia. Nämä selittävät potilaiden näkökulman vahvan esiintymisen vastauksissa. Potilas näkökulmaa selittää myös käytetty tiedonhankintamenetelmä tarjoten mahdollisuuden aiheen laajaan käsittelyyn. Haastatteluaineistoa lukiessa ja analysoitaessa kävi ilmi, että ammattiryhmien välillä on olemassa selkeä jako siinä, painottuuko työ ohjaukseen ja tiedon antamiseen vai keskittykö työnkuva potilaan selviytymisen ja sopeutumisen tukemiseen. Tasapuolisesti kumpaakin osa-aluetta hyödyntävää ammattiryhmää ei haastattelutulosten perusteella ollut. Kuitenkin sairaanhoitajan työnkuva on lähimpänä tiedon antamisen ja sopeutumisen tukemisen yhtäaikaista hyödyntämistä.

8.1 Ohjaus terveydenhuollon ammattihenkilön näkökulmasta

Tiedon saamista pidetään eettisestä näkökulmasta potilaalle kuuluvana oikeutena. Perifeeristä valtimotautia sairastava on usein ohjauksen saamisen suhteen heikommassa asemassa kuin muut ateroskleroosia sairastavat. Tutkittuun tietoon perustuvaan informaation antaminen nähdään ammatillisena velvollisuutena. Tämä korostaa edelleen potilaan asemaa ja oikeutta saada sairauteensa liittyvä asianmukainen ohjaus.

”se on ihan sattumanvaraista että kenelle ylipäättään annetaan, eihän sekään oo missään sanottu että kaikki sais minkään näköistä ohjausta.

”oikeus saada se tietty tieto ja ne tarvii aivan samanlaista ohjausta ruokavalion ja liikunnan ja lääkehoidon suhteen”

"laillistettuna terveydenhuollon ammattilaisena minun on velvollisuus kertoa teille esimerkiksi tästä asiasta"

Kaiken potilaalle annettavan ohjauksen katsotaan perustuvan *tiedon antamiseen*. Tietoon sairaudesta ja sen erityispiirteistä, sairauden hoitamisesta ja vaihtoehdoista, mahdollisuudesta vaikuttaa sairauteen sekä ennusteesta. Annettava tieto on vahvasti faktoihin painottuvaa.

"Kyllä se on aika olennaista kertoa mistä on kysymys, ja minkä kanssa ollaan tekemisissä."

"iso osa näistä potilaista hoidetaan konservatiivisesti että se pitää perustella ne hoitolinjat ja päätös potilaalle"

Annettava tieto pitää pystyä perustelemaan ja ohjauksessa viitataan tutkittuun tietoon. Perustelemisen ja tutkitun tiedon kertomisen lisäksi tärkeänä ominaisuutena pidetään sairauteen liittyvän tiedon selittämistä sellaisin sanoin ja termein, että potilaan voidaan olettaa sen ymmärtävän.

"sitä mitä tämä käytännössä tarkoittaa ja koitetaan kääntää se maalaisjärjelle"

"kertoo että mitä tutkimukset on näyttäneet ja mitä tämä käytännössä tarkoittaa"

Sairauteen liittyvät riskitekijät ovat hyvin tiedossa ja kaikkien ammattiryhmien toiminnassa niitä käydään potilaiden kanssa läpi. Se kuinka aktiivisesti riskitekijät tunnustetaan, niihin puututaan ja sen avulla lähdetään rakentamaan ohjauksen sisältöä ja tavoitteita elämäntapojen muutokseen vaihtelee. Koska ammattiryhmien välillä vaikuttaa selkeä jako tiedon antamiseen ja sairauden sopeutumisen tukemiseen keskittyen, on myös riskitekijöiden käsittelyyn käytettävä aika vaihteleva.

"enemmän pitäis vielä käyttää siihen aikaa ja tavallaan ne kaikki riskitekijät tulisi tunnistaa ja olla jonkinlaisessa hoidossa"

"tuntuu melkein moraalittomalta vaan ruveta jotenkin niin kuin meidän roolissa vaan sitä asiaa, koska sitähan tulee sitä neuvontaa ja ohjausta, kuitenkin voidaan pysähtyä ja miettiä että tuokaan ei ole niin välttämättä terveellistä"

Kokonaisuudessa riskitekijöitä käsitellään monipuolisesti. Ohjauksessa keskitytään riskitekijöiden lisäksi niihin tekijöihin, joilla riskin olemassa oloon voidaan vaikuttaa ja saada muutosta aikaan. Riskitekijöiden vaikutusta sairauteen ja terveellisten elämäntapojen vaikutusta riskitekijöihin peilataan läpi ohjauksen. Terveellisten elämäntapojen vaikutusta perustellaan käytännöllisten esimerkkien kautta.

”mitenkä ravinto tai ravintoaineet kuten jotkut rasvahapot niin miten ne vaikuttaa tässä hänen sairautensa ja minkälaista merkitystä niillä on, jos jollakin on vaikka sairautta tietyllä tavalla edistävä kuten tiedetään että kovat rasvat edistää sitä verisuonten ahtautumista niin sanon yleensä että pehmeät rasvat suojaa”

”liikunnasta on hyötyä näissä valtimosairauksissa ja sillä kestävyysliikunnalla ja tavallaan sellaisella iskemiaan asti liikkumisella niin sillähän saadaan rakennettua niitä kollateraaleja ja pidennettyä sitä kävelymatkaa että sillä ihan oikeasti saa sitä suorituskkyä parannettua”

Sairauteen liittyvien perusasioiden hallinnalla katsotaan olevan olennainen osa potilaiden omahoidon merkityksen korostamisessa, koska suurin osa potilaista on joko oireettomia tai lievöoireisia. Ohjauksen haasteena on saada potilas sitoutumaan ja motivoitumaan omahoitoonsa ja ymmärtämään omahoidon merkitys. Suurin hyöty, mitä yksittäinen ihminen voi tehdä oman sairautensa etenemisen hidastamiseksi, on terveellisten elämäntapojen omaksuminen. Omahoidolla ja sitoutumisella saadaan aikaan merkittäviä tuloksia potilaiden hoidossa lääkehoidon tukena.

”siinä vaiheessa on hyvä korostaa että kun teette näin ja näin ja se tarkoittaa että tähän taudin kulkuun voidaan vaikuttaa”

”elämäntavoilla voi vaikuttaa paljon siihen omaan sairauteen niin kun mahdolliseen pysähtymiseen tai että se ei ainakaan pahenis”

Terveystieteiden ammattihenkilön tulee tuntee keskeiset ja luotettavat tiedon lähteet. Sairauteen ja riskitekijöihin liittyvän tiedon lisäksi potilaille neuvotaan luotettavia väyliä tiedon etsimiseen. Ammattihenkilöiden välillä on eroa siinä, kuinka avoimesti erilaisiin vaihtoehtoihin tiedonanto- ja hakumenetelmiin suhtaudutaan. Toisten mielestä henkilökohtaisesti annettava ohjaus on paras tapa ohjauksen toteuttamiseksi kun toiset suhtautuvat avoimesti erilaisiin vaihtoehtoihin. Annettavan tiedon avulla voidaan helpottaa sairautensa sopeutumista, minkä vuoksi luotettavien tietolähteiden tuntemista ja niiden käytön ohjaamista pidetään tärkeänä. Tiettyjen ohjauksen osalueiden, esimerkiksi ravitsemuksen ohjauksessa ja seurannassa verkon hyödyntäminen on nykypäivää ja sen käyttöä ohjataan asiakkaille.

”jos potilas on halukas saamaan lisätietoa niin kertoa mistä sitä voi saada”

”en potilaita hirveästi kehoita netistä etsimään omista noista sairauksista ja sen hoidosta vaan mieluummin ohjaan lääkärin kanssa keskustelemaan”

”voisko meillä olla esimerkiksi virtuaaliryhmiä”

”esittelen että mitä löytyy esimerkiksi verkostakin mistä voi saada tietoa ja mitä hyvää tietoa voi saada”

Ihminen pystyy omaksumaankin annettua ohjauksesta vain pienen osan kerrallaan, jolloin kirjallisen ohjausmateriaalin käyttöä pidetään tärkeänä. Ohjaustilanteita kannattelee tietty runko, minkä avulla pyritään turvaamaan kaikille potilaille ohjaus keskeisistä asioista. Ammattitaidon kehittyessä tiukoista ohjausrungoista pyritään pääsemään eroon ja ohjauksen sisällössä korostuu potilas ja hänen lähtökohdistaan nousevat tarpeet. Yksilöllisyys näkyy ohjauksen painotuksissa ja potilaat voivat saada samasta asiasta sisällöltään erilaista ohjausta.

”määrätyt asiat käydä läpi kaikkien potilaitten kanssa”

”mitä tämä potilas tarvitsee ja mistä hän hyötyisi ja sitten kirjoitan paperille”

”käytännössä samasta asiastakin saattavat saada erilaista ohjausta.”

Sairauteen liittyvän ajatusmaailman muuttuminen sekä sitoutuminen hoitoon ja elämäntapamuutokseen tapahtuu hitaasti. Muutoksen aikaansaamiseksi tiedon lisäksi tarvitaan konkreettisia keinoja ja ohjeiden linkittämistä käytännön elämään. Muutosten tekeminen vaatii halua niiden toteuttamiseen. Muutoksen mahdollistavien vaihtoehtojen ja ratkaisujen tekemiseen yhdessä potilaan kanssa.

”siihen käytännön toteutukseen liittyviä ohjeita niin että hän tietää mitä hän konkreettisesti ja oikeesti voisi tehdä tän asian eteen”

”annetaan oikein ohjeet ja henkilökohtaiset ohjeet”

”yhdessä niiden ratkaisujen miettiminen”

Tiedon antaminen voi tapahtua yksilö- tai ryhmäohjauksena. Pääasiassa sairauteen liittyvän tiedon antaminen tapahtuu lääkärin vastaanotolla yksilöohjauksena. Sairaalassa ollessa ohjaus on usein tiedostamattakin ryhmäohjausta ohjauksen ja riskitekijöistä keskustelun tapahtuessa potilashuoneessa. Tällöin kaikki huoneessa olevat saavat saman ohjauksen ja on olemassa mahdollisuus keskusteluun ja vertaistukeen.

”ne käy ensin polin vastaanotolla lähetteen perusteella...”

”Huoneissa keskustelua tulee yhteisesti kaikkien huoneessa olevien kanssa”

Tiedon lisäksi potilaalle ohjataan ja opetetaan *taitoja* sairauden kanssa elämisen tukemiseksi. Raja opetettavan tiedon ja taidon välillä on epätarkka ja saman asian voidaan ymmärtää olevan sekä tieto että taito. Taitojen ohjauksessa korostuu toisen ammattiryhmän osaamisen arvostaminen ja hyödyntäminen osana ohjausta.

”tuetaan sinne sen sairautta hoitavan yksikön niin kun palveluja käyttämään ja sieltä kysymään ja ottamaan selvää ja mitä ohjeita siellä on”

Ohjattavat taidot voivat vaihdella hyvin konkreettisista, itse sairauden hoitoon ja ongelmien ennaltaehkäisyyn liittyvistä aina taitoihin hoitaa asioita ja huolehtia itsestä. Taitona korostuu potilaan itsehoidon sekä jalkojen toimintakyvyn ja kunnon tarkkailu.

”pitää varoa saamasta kolhuja jalkoihin ja tarkistaa jalkojen kunnon”

”jokapäiväiseen selviytymiseen ja ihan tietysti näihin ihan elämän arkitaitoihin mitä terveellisessä elämässä on tai tämmösistä että ne on ihan nää perustarpeet”

Elämäntavoilla on keskeinen merkitys sairauden hoidossa. Elämäntapamuutos lähtee muutoksen kohteena olevan tarpeen tunnistamisesta. Muutoksen kohteena olevat asiat kuten ravitsemus, liikunta ja tupakoimattomuus, tavoitteiden asettaminen ja vaihtoehtojen etsiminen tapahtuu yhteistyössä potilaan kanssa.

”siitä voi sitten potilaan kanssa keskustella että mitä he vois parantaa”

”millä he vois vaikuttaa siihen omaan terveyteen”

Elämäntapamuutokseen pyrkivässä ohjauksessa opetettavat taidot ovat konkreettisia asioita ja käytännön esimerkkeihin sidottuja. Hoitoon ja elämäntapamuutoksiin motivoituminen ja sitoutuminen vaativat erilaisten taitojen hallintaa. Motivaation ja sitoutumisen syntymiseksi tavoitteiden ja tehtävien muutosten tulee olla riittävän pieniä. Motivaation syntymistä helpottaa käytännön läheiseen toteutukseen liittyvien keinojen ja vaihtoehtoisten menetelmien tarjoaminen. Terveystieteiden ammattihenkilöltä se vaatii erilaisten motivaatiota ylläpitävien keinojen tuntemista ja hallintaa. Sitoutuminen elämäntapamuutokseen vaatii potilaalta sairauden erityispiirteiden ja elämäntapojen vaikutuksen ymmärtämistä.

”ne on sitten jo siihen käytännön toteutukseen liittyviä ohjeita niin että hän tietää mitä hän konkreettisesti ja oikeesti voisi tehdä tän asian eteen”

”pitäis olla joku konkreettinen, vaikka joku metrimäärä mitä toivoo”

”miehet erityisesti motivoituu siitä seurannasta ja mittareista”

Liikuntaharjoittelulla on olemassa selkeä tavoite, kävelykyvyn parantaminen. Liikunnan tulisi olla ohjattua ja säännöllisesti seurattua. Liikuntaan liittyvien taitojen opettamisessa monipuolisuutta tuo erilaisten liikkumisvaihtoehtojen kokeileminen, joista esimerkiksi kuntosaliharjoittelu sopii hyvin perifeeristä valtimotautia sairastavien poti-

laiden liikuntamuodoksi. Sairauden rajoittaessa liikkumista on sen arkielämään kohdistuva vaikutus huomattava. Liikkumiseen liittyessä kipua, ihminen mieltää sen helposti kielteiseksi asiaksi ja alkaa rajoittaa liikkumistaan. Kävelykyvyn säilyttämiseksi ja parantamiseksi tarvitaan pitkäjännitteistä ohjattua harjoittelua sekä konkreettisia tavoitteita, koska jalkoihin tuleva kipu ei ole vaarallista.

”liikunnan tulis olla just ohjattua ja kaikki ne tutkimukset joissa on saatu jotain tuloksia niin niissä se on liikunta ollut ohjattua”

”ihmisten käsitys on tosi vahva siitä, että kun jalkoihin alkaa koskemaan niin se kävely loppuu siihen paikkaan. Että sitä pitäis tehdä sinnikkäästi aina vaan uuestaan ja uuestaan ja siihen tarvii ohjausta”

Ravitsemukseen liittyvien taitojen opetuksessa opetettavat taidot ovat käytännön elämään liittyviä. Jos terveelliset ruokailutottumukset eivät ole tuttuja, alkaa muutoksen opettaminen pienistä asioista, esimerkiksi hedelmien liittämisestä ruokavalioon tai ruoan valmistamisesta. Ohjattavat taidot voivat liittyä myös esimerkiksi elintarvikkeiden valintaan.

”totuttautuu siihen että vaikka jollain aterialla syö sen hedelmän”

”miten niistä sitten onnistuu tarvittaessa se ruuan valmistaminen”

”vaihtaa vaikka kevyempiin juustoihin”

Merkittävä riskitekijä perifeerisen valtimotaudin osalta on tupakointi. Tupakoinnin lopettamiseen potilas tarvitsee ohjausta. Lopettaminen vaatii tiedon lisäksi taitoa. Tupakoinnin lopettamisen yhteydessä erilaisten korvaushoitojen rooli on suuri ja sitoutumista tupakoinnin lopettamiseen seurataan. Tupakoinnin lopettaminen on ehto sairauden hoitamiselle.

”joku tämmönen tupakasta vieroituslääke kokeiltavaksi josta toivotaan olevan potilaalle apua”

”edellytetään että tupakointi loppuu ennen kuin kajoaviin hoitoihin lähdetään”

”joko puhelin kontakti tai tulette käymään ja jos tupakointi on loppunut niin...”

Riippumatta siitä missä elämäntapaohjaus annetaan, sen vaikutuksen seuranta tapahtuu pääasiallisesti perusterveydenhuollossa. Elämäntapamuutoksen vaikutuksen seurannan tavoitteena on hoitosuhteen jatkuvuus. Sairauteen liittyvänä taitona ja esimerkkinä tiedon ja taidon yhdistymisestä on kyky hakea lisäapua. Tavoitteena on,

että potilas tietää mitä hänen tulee tarkkailla ja millaisessa tilanteessa tulee hakeutua hoitavan lääkärin vastaanotolle.

”ei tule toimeen sen kanssa tai hankaloituu kotona pärjääminen niin silloin on syytä ottaa yhteyttä”

Ihmisen kokonaisvaltaisen hoitamisen yhteydessä tulee kiinnittää huomioita myös potilaan toimeentulon turvaamiseen sairastumisen yhteydessä. Kuuluvien etuuksien ja palveluiden hakeminen vaatii ihmiseltä valveutumista ja tietämystä sekä taitoa lähteä asioimaan eri viranomaistahojen kanssa.

”ainakin pyrkiä siihen että ihmisillä olis tiettyjä taitoja ja välineitä toimia myös jatkossa esimerkiksi näitä sosiaaliturva etuuksia ja palvelujen suhteen”

Ohjauksen tavoitteena on annettavan tiedon ja opetettavien taitojen lisäksi potilaan sairauteen *sopeutumisen tukeminen*. Perifeeristä valtimotautia ei usein mielletä pitkäaikaissairaudeksi. Äkillisen sairastumisen yhteydessä tehdyt toimenpiteet ja saavutettu hyvä hoitotulos ja kivuttomuus lisäävät osaltaan käsitystä siitä, että sairauden harvoin ajatellaan olevan pitkäaikaissairaus. Perifeerinen valtimotauti on pääasiassa iäkkäiden ihmisten sairaus. Sen aiheuttamat elämää rajoittavat tekijät ja oireet ajatellaan kuuluvan osaksi luonnollista ikääntymistä. Sopeutumisen tukemiseen tähtäävän ja siihen painottuvan ohjauksen määrä on pieni.

”se tulee sen normaaliohjauksen mukana mikä tulee... ehkä ne potilaat ei myöskään ajattele siltä kannalta”

”sitten jos on joku äkillinen tapahtuma ja se hoidetaan niin että jää kivuttomaksi niin herkästi tulee sellainen että se on sillä selvä ... minä sitten jos tulee uusia oireita niin hoitaa sitten”

Usein potilailla on tietoa sairaudesta ja sen hoidosta. Nykyaikana tietoa on myös saatavilla helposti. Tieto ei automaattisesti siirry käytännön tekoihin. Sen vuoksi on tärkeä nähdä ihminen kokonaisuutena: mitkä ovat ihmisen taustalla olevat tekijät ja mitkä asiat vaikuttavat ihmisen käyttäytymiseen. Tiedon liittämiseksi käytäntöön tarvitaan konkreettisia keinoja.

”suurimmalla osalla on tietoo, ei oo kysymys tiedon puutteesta vaan siitä miten voi niin kun hyväksyä ja ite jotenkin löytää jotenkin se semmoinen...”

Sairastumisella on vaikutus ihmisen elämään, vaikka tilanteeseen sopeutuminen sujui ongelmitta. Terveystieteiden ammattihenkilöiden rooli sairastuneen tukena

vaihtelee ammatin toimenkuvan mukaisesti. Kaikkien tekemällä työllä on oma vaikutuksensa potilaan sairauteen sopeutumisen tukemisessa. Sopeutumista tukee luotamuksellinen suhde terveydenhuollon ammattihenkilön ja potilaan välillä. Potilaalle tulee välittää tunne siitä, että ammattihenkilö on tilanteessa aidosti läsnä ja kiinnostunut kyseisen potilaan asioista.

”että pystys sopeutumaan ja että uudessa tilanteessa pystys elämään rikasta elämää ja että sais asiat järjestettyä sellaiseen malliin että se onnistuis se hyvä elämä”

”antaa sitten vähän sitä aikaa ja pysähtyä tämän ihmisen kohdalla”

Sairauteen sopeutumisen tukemisessa yksilöllisyys tulee huomioida kaikessa ohjauksessa ja kanssakäymisessä. Sopeutumisen edistämiseksi positiivisen asenteen ylläpitäminen pienten ja realististen tavoitteiden kanssa edistää myös elämäntapamuutosten toteuttamista. Muutoksen tavoittelemisessa keskeistä on henkilökohtaisten tavoitteiden asettaminen. Tavoitteiden saavuttamisen mahdollisuudet paranevat tavoitteiden ollessa henkilökohtaisia. Tavoitteiden tehokasta saavuttamista ei voida odottaa jos potilaalle annetaan ainoastaan asiaa koskevia tietolehtisiä.

”henkilökohtaiset ohjeet että mitenkä juuri sinä lähdet”

”Tavoite aina on se että kun potilas laittaa tuossa sen oven kiinni niin sen ei tarvitse miettiä mitä tuli luvattua vaan se että ne olis sellaisia realistisia ja riittävän pieniä ja järkevän kokoisia se tavoitteet enemmänkin että potilaalle tulee sellanen olo että kyl-lähän minä ihan oikeasti pystyn nuo asiat tekemään.”

”liikuntapiirakat...en usko että kukaan sieltä poimii yhtään mitään”

Sairauteen liittyvän tiedon antamisessa ajoitus on ensiarvoisen tärkeää ja mikä on ihmisen elämäntilanne ja kyky vastaanottaa tietoa juuri sillä hetkellä. Ohjauksen ajoituksen merkitystä sairastumisen yhteydessä lisää se, että tiedon sisäistämiseksi ja käsittelemiseksi pitää antaa aikaa. Parhaita tuloksia saavutettaisiin jos ohjaus olisi mahdollista aloittaa heti sairauden toteamisvaiheessa. Ohjauksen antamisessa tärkeänä kehittämisen kohteena nähdään potilaiden iän mukaisten oppimistarpeiden huomioimista ohjauksen suunnittelussa ja toteutuksessa. Ajoituksen lisäksi ohjauksen kanssa yhteistyössä toimii ennakointi. Potilaan ollessa vastaanottokykyinen hänelle voidaan antaa tietoa sellaisista asioista, jotka eivät vielä ole ajankohtaisia.

”nekin kun hyötyy siitä juuri siellä kun todetaan se sairaus”

”mikä on se oikea ajoituskin, että osuis jotenkin sellaiseen vaiheeseen että se olis just siihen kohti ja näin että kyllä siinä pitää olla perusasiat kunnossa.”

”eri ikäisille olis sitten erilaista ohjausta myös sitten koska tarpeet ja muut voi olla erilaisia jo iän takiaakin”

Koska sairautta ei mielletä pitkäaikaissairaudeksi, ei sillä ajatella myöskään olevan arkielämään ulottuvia vaikutuksia. Perifeerinen valtimotauti rajoittaa voimakkaasti arkielämää tilanteissa, joissa klaudikaatio on merkittävin sairauden aiheuttaman oire. Tällaisissa tilanteissa toimintakyvyn rajoitteiden huomioiminen on keskeinen osa potilaan kokonaisvaltaista hoitoa.

”kun mietitään toimintakyvyn rajoitteita mitä siitä sairaudesta lähtee niin pitäähän se ollakin se käsitys siitä että mikä se on se terveydentilanne ja miten se sitten vuorostaan näkyy näissä arkipäivän tilanteissa”

Sairaudesta huolimatta tavoitteena on potilaan normaalin elämän ja harrastusten jatkaminen huomioiden mahdolliset sairaudesta johtuvat toimintakyvyn rajoitukset. Normaalin elämän jatkamisessa sosiaalisella ympäristöllä ja olemassa olevilla ihmisuhteilla on tärkeä rooli. Lähiympäristö nähdäänkin merkittävimpänä sairautteen sopeutumisen tukena ihmisen elämässä.

”perhehän on niin kun ja lähiomaiset ovat siinä avainasemassa aina tukemisessa siihen sairauteen ja ystävät”

8.2 Ohjaukseen osallistuvat ammattihenkilöt

Kannanotot siitä, minkä ammattiryhmien tulisi osallistua perifeeristä valtimotautia sairastavan potilaan ohjaukseen, olivat pääsääntöisesti yksimielisiä. Haastatteluita tehtiin kuusi, joissa mainittiin

- verisuonikirurgi/ lääkäri/ hoitava lääkäri viisi kertaa
- sairaanhoitaja/hoitaja/hoitohenkilökunta viisi kertaa
- fysioterapeutti neljä kertaa
- ravitsemusterapeutti kolme kertaa
- sosiaalityöntekijä kaksi kertaa
- psykologi/ psykiatrian ammattihenkilö kaksi kertaa.

Haastatteluissa mainittiin myös muita ammattiryhmiä, joilla tilannekohtaisesti voisi olla mahdollisuus osallistua perifeeristä valtimotautia sairastavien potilaiden ohjaukseen. Tällaisia ammattiryhmiä olivat esimerkiksi hoitotoimenpiteitä vaativien potilaiden kohdalla heräämön tai röntgenin henkilökunta. Lisäksi mainittiin seksuaalisuuteen erikoistuneen henkilön konsultointi mahdollisuus, koska valtimotaudin tiedetään

vaikuttavan myös potilaan seksuaalisuuteen. Yksi haastateltavista ei ottanut kysymykseen kantaa ollenkaan.

8.3 Potilaan vaikutus annettavaan ohjaukseen

Potilaan katsotaan vaikuttavan ohjaustilanteeseen monella tapaa. Ihanteellinen tapa ohjaukselle on tilanne, jossa tarve annettavan tiedon sisällölle nousee potilaalta. Kiinnostuneelle henkilölle ohjauksen antaminen on vaivatonta ja koetaan mielekkäänä tapahtumana. Potilailta toivotaan enemmän aktiivisuutta ja oma-aloitteisuutta, aloitetta tiedon saamiseksi ja olemassa olevien tiedon tarpeiden ilmaisua.

”kyllä sillä ihan olennainen merkitys on potilaan kannalta, mitä enemmän potilas siihen ottautuu ja kykenee ottamaan vastaan niin sitä herkemmin tulee annettua”

”he kertoo minkälaista ohjausta he haluais saada ja että tulis niitä kysymyksiä sitten siltäkin puolelta”

Ohjaustilanteen lähtökohtana toimii potilas ja hänen tarpeensa. Ohjauksen sisältöön vaikuttaa yhtälailla potilaalla jo olemassa oleva tieto asiasta. Tiedon ajankohtaisuus ja tiedon määrän lisääntyminen potilaiden keskuudessa on nykyaikainen ilmiö. Potilaat eivät tule ohjaustilanteisiin ilman minkäänlaista ennakkotietoa vaan potilailla saattaa olla paljon tietoa asiasta. Tieto voi olla, jota terveydenhuollon ammattihenkilöllä ei ole.

”siitähän se lähtee että mikä se on se potilaan elämäntilanne yleensä, siitähän sitä lähetään, että ei ole sellasta että tietty käsikassara on ja kaikille sama paletti eteen”

”tiedon tarve on ja potilaillakin hirmu suuret koko ajan ja he ovat entistä valistuneempia ja tietoisempia asioistaan että se varmasti korostuu se tiedon määrä”

Ohjaustilanteessa ihminen tulisi nähdä kokonaisuutena. Ohjaus keskittyy nykytilaansa tiedon antamiseen potilaalle, jolloin ihmistä ja hänen elämäntilannettaan ei nähdä ohjauksen ja tutkimuksien keskellä. Potilaan aikaisemmat kokemukset ohjauksen saamisesta vaikuttavat uudessa ohjaustilanteessa. Sen vuoksi pidetäänkin tärkeänä alkuun kartoittaa potilaan aikaisemmat kokemukset ohjauksesta. Ihmisen yksilölliset ominaisuudet ja mahdollisuudet vaikuttavat kykyyn vastaanottaa annettua ohjausta. Oppimista ja ohjauksen saavuttavuutta edistää potilaan kokemus kuulluksi tulemisesta.

”potilas kokis että hän tulee kuitenkin kuulluks. niin silloin asiat on yleensä kunnossa”

"mikä lähtökohta ihmisellä on"

Ohjausta pyritään antamaan myös sellaisille potilaille, jotka eivät ole kiinnostuneita tai torjuvat yrityksen ohjauksen antamiseen. Tällaisista tilanteista pitää potilaalle pystyä perustelemaan annettavan ohjauksen tarpeellisuus. Ohjauksen antaminen nähdään myös tällaisessa yhteydessä vahvasti terveydenhuollon ammattihenkilön velvollisuutena, mutta taustalla vaikuttaa myös potilaan oikeus saada sairauttaan ja sen hoitamista koskeva asianmukainen ohjaus. Tieto pyritään antamaan potilaalle, mutta potilaan katsotaan olevan lopulta vastuussa siitä, mitä hän tiedolla tekee. Ihanteellisissa tilanteissa, joissa potilaalla on säännöllinen seuranta, voidaan hoidon kannalta keskeisiin tekijöihin palata toistetuksi. Toistuvalla ohjauksella pystytään saavuttamaan odotettuja tuloksia sellaisissakin tilanteissa, joissa potilas on aluksi torjunut annetun ohjauksen.

"ja osalla voi olla sitten semmoinen ei missään nimessä et silloin sitä ainakin itse kokeilee kuitenkin"

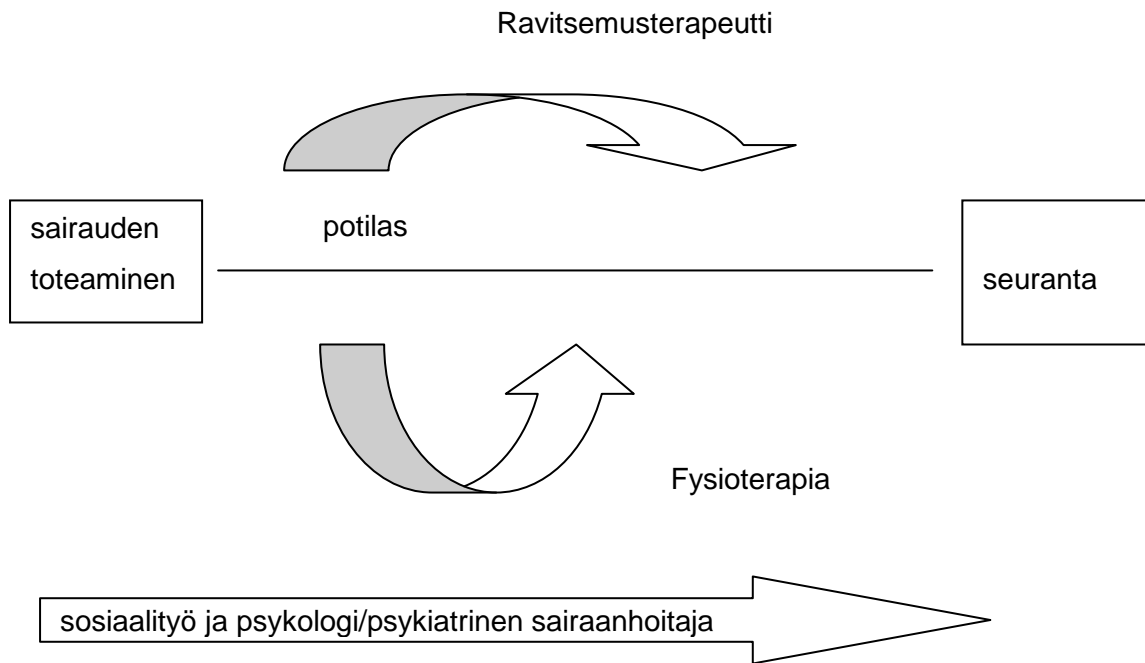
"sen oman mielipiteen ja tätä mieltä minä olen mutta annan valinnan vapauden toisille ja hän saa olla omaa mieltään"

"minä oon linjani valinnut ja minä en tule tätä tupakointia lopettamaan ja silloin ei ainakaan yhen käynnin puitteissa paljoa voi, katotaan sitten seuraavan käynnin aikana pystytäänkö asialle tekemään jotain ajan kanssa"

Vaikka potilas vaikuttaa ohjauksen sisältöön ja tapahtumaan, pidetään tärkeänä oman ammattitaidon ja ammatillisen roolin säilyttämistä kaikissa ohjaustilanteissa. Ammattitaitona pidetään herkkyyttä vaistota asioita ja toimia sen mukaisesti. Toimivan hoitosuhteen ylläpitämiseksi tarvitaan molemmin puoleisia yhteistyö- ja vuorovaikutustaitoja. Terveydenhuollon ammattihenkilöltä voidaan odottaa tietynlaisia, ammatillisen osaamiseen liittyviä vuorovaikutustaitoja. Potilaan kohdalla kokonaisuus ja ihmisen tausta vaikuttavat siihen, minkälaisia edellytyksiä vuorovaikutukselle on olemassa.

"kyllä sen näkee suurin piirtein nenänpäästä ja kun kattoo potilasta ja keskustelussa tulee kyllä ilmi että pystyykö potilas ottamaan vastaan sitä infoa missä määrin"

"mitkä ne on ne hänen vuorovaikutustaidot ja mahdollisuudet"



KUVIO 3. Perifeeristä valtimotautia sairastavan potilaan hoitopolku uudistetun mallin mukaisesti.

9 POHDINTA

9.1 Tulosten tarkastelu ja ohjauksen kehittäminen tulosten perusteella

Tässä tutkimuksessa perifeeristä valtimotautia sairastavan potilaan ohjausta on tutkittu terveydenhuollon ammattihenkilön näkökulmasta. Terveydenhuollon ammattihenkilöillä oleva tiedon määrä on suuri. Osa tiedosta on tutkimusten tuottamaa tietoa, osa puhtaasti kokemukseen perustuvaa tietoa. Tutkimuksessa haastateltiin kuutta terveydenhuollon ammattihenkilöä, joiden tulisi osallistua perifeeristä valtimotautia sairastavan potilaan ohjaukseen. Vastausten perusteella tulokseksi saatiin millaista tietoa potilaille annetaan, minkälaisia taitoja heille opetetaan ja kuinka sairauteen sopeutumisesta tuetaan. Näiden perusteella on rakennettu ohjauksen tukena toimiva malli.

Kognitiivinen oppimisteoria sopii ohjauksen tarkastelun taustateoriaksi tämän tyyli-
sessä tutkimuksessa. Annettavan ohjauksen taustalla vaikuttava oppimiskäsitys pyrkii voimakkaasti pois behavioristisesta näkemyksestä ja ohjauksessa hyödynnetään kognitiiviseen näkemykseen liittyviä elementtejä, jolloin ihminen nähdään ajattelevana ja aktiivisena toimijana. Osa ohjausta antavista ammattihenkilöistä yhdistää kognitiiviseen ohjaukseen myös konstruktivistista näkemystä oppimisesta.

Annettava tieto on tutkittuun tietoon perustuvaa tietoa sairaudesta, sen riskitekijöistä ja niihin vaikuttavista tekijöistä. Potilaille annetaan tietoa myös sairauden hoitamisesta ja mahdollisuudesta omilla valinnoilla vaikuttaa sairauden etenemiseen. Tiedon antamisen tulisi tapahtua moniammatillisesti. Tässä yhteydessä moniammatillisesti tapahtuvalla ohjauksella tarkoitetaan potilaan mahdollisuutta saada ohjausta, osittain samoista asioista, eri ammattiryhmiltä. Tällaisessa tilanteessa tietoa käsitellään kunkin ammattiryhmän oman osaamisen näkökulmasta. Käytännössä kuitenkin moniammatillisesti annettava ohjaus on harvinaista Isolan ym.(2007, 59) mukaan.

Opetuksen yhteydessä opettavat taidot ovat monipuolisia. Itse sairauteen ja jalkojen hoitamiseen liittyvät taidot opetuksessa ovat lukumääränä vähäiset. Suuren osan opettavista taidoista vie ravitsemukseen ja liikkumiseen liittyvien taitojen opettaminen, mitkä ovat keskeisessä roolissa hoitamisen ja preventiivisen toiminnan näkökulmasta. Ravitsemuksen ja liikunnan monivaikutteisuuksia tulisi korostaa enemmän. Mielenkiintoisen lisän opettaviin taitoihin tuo mahdollinen tarve opettaa potilaalle elämän perusasioihin liittyviä taitoja tai taitoja hakea sosiaali- ja palveluita.

Riskitekijöiden hoitamisessa ja etenkin riskitekijöihin vaikuttavien keinojen kuten liikunnan ja ravitsemuksen merkitys tulisi olla nykyistä suurempi ja eri ammattiryhmien tietotaitoa tulisi hyödyntää aikaisempaa laajemmin. Tutkimusten (katso Watson, Ellis & Leng 2008, Bendermacher, Willigendael, Tejjink, Prins 2009) perusteella tiedetään, että ohjatulla ja sitoutuneella kävelyharjoittelulla saavutetaan merkittäviä tuloksia potilailla, joilla klaudikaatio on merkittävin sairauden oire. Annettavalla tiedolla ja ohjauksella voidaan poistaa potilaalla olevia pelkoja ja ennakkoluuloja kävelyharjoittelua kohtaan. Terveystieteiden ammattihenkilöillä olevan näkemyksen mukaan potilailla olevat käsitykset ja ennakkoluulot ovat syvälle juurtuneita, mikä voi toimia uuden oppimisen esteenä. Tällaisessa tilanteessa assimilaatiota ei pääse tapahtumaan. Kun kävelyyn liittyy kipu, on vaikea lähteä muuttamaan ajattelu- ja toimintatapaa ja rasittaa jalkoja kivusta huolimatta jos kunnollista ja tavoitteellista ohjausta ei ole annettu.

Sopeutumisen tukeminen on opettavien tietojen ja taitojen rinnalla vähiten huomioitu osa-alue. Käsitys sopeutumisen tukemisen vähäisyydestä saa tukea Isolan ym.(2007, 56) tutkimuksesta, jonka mukaan tunteiden ja mahdollisten pelkojen käsittelyyn kiinnitetään liian vähän huomioita. Toiminta painottuu länsimaisen arvostuksen mukaisesti enemmän ongelmakeskeiseen ajatteluun ja toimintaan. Ammattihenkilön työnkuva vaikuttaa vahvasti siihen kuinka sopeutumisen tukeminen kulkee mukana ohjaustilanteessa. Osa annettavasta ohjauksesta ei pyri suoraan tukemaan sopeutumista, mutta sitä voidaan pitää tuki hoitona ja ennaltaehkäisyyn pyrkivänä keinona. Ihmisen kokonaisvaltaisella huomioimisella ohjaustilanteessa voidaan saada vastauksia kysymyksiin ihmisen toiminnasta ja miksi ohjauksella ei saavuteta toivottuja tuloksia. Suurin osa pitkäaikaissairauteen sairastuvista ihmisistä sopeutuu sairauteensa ilman ongelmia. Näin on myös perifeerisen valtimotaudin kohdalla ja sopeutumiseen liittyvät keskustelut ohjaustilanteissa ovat harvinaisia. Tämän perusteella voidaan olettaa, että potilaiden keskuudessa perifeeristä valtimotautia ja siihen liittyviä oireita pidetään normaaleina ikääntymiseen kuuluvina muutoksina (katso Cheanvechai, Harthum, Graham, Freischlag & Gatham 2004).

Ihmisten tarve vertaistuen saamiselle on yksilöllinen. Sairastumisikä vaikuttaa tuen tarpeeseen, koska iän mukainen tiedontarve ja käytettävissä olevat sopeutumiskeinot ovat erilaisia. Se kuinka ihminen selviytyy sairastumisvaiheessa ja kykenee sopeutumaan sairauteensa on yksilöllinen tapahtuma, mihin vaikuttavat ihmisellä olevat voimavarat ja lähipiirin tuki.

Sairauden mieltämistä pitkäaikaissairaudeksi voi heikentää käytössä olevat termit, joita ihmiset eivät miellä itseään koskeviksi. Sydän ja siihen liittyvät terveellisen elämän ohjeet ovat yhteiskunnassa laajasti tiedossa, mutta ihmisten ymmärtämys sydänystävällisen ruokavalion merkityksestä juuri hänen kohdallaan voi puuttua konkreettisesti, kun potilas sairastaa perifeeristä valtimotautia. Yksinkertaistetusti ajatus voi olla se, että vaivan ollessa jalassa ei sydänystävällinen ruokavalio koske minua. Tämä lisää ohjauksen sisällön merkityksen korostamista potilaille, jotta he ymmärtäisivät perifeerisen valtimotaudin koko elimistöön vaikuttavan roolin. Tutkimuksessa tulikin esille tarve olemassa olevan termistön muuttamiselle.

Tämän tutkimuksen perusteella voidaan kaikkien tutkimukseen osallistuneiden ammattiryhmien kantana todeta, että ohjauksen tulisi tähdätä moniammatillisesti annettavaan elämäntapamuutokseen pyrkivään ohjaukseen. Ohjauksen tarkoituksena on riskitekijät minimoivaan elämään tukeminen sairauden etenemisen hidastamiseksi. Keskeinen ajatus on yhtenevä Chown, Jollyn, Rao-Melacinin, Foxin, Anandin ja Yusufin (2010) tutkimuksen kanssa, jossa oli tutkittu terveellisten elämäntapojen ennaltaehkäisevää vaikutusta sydäninfarktin sairastaneiden keskuudessa. Tutkimuksessa viitataan aikaisemmin tehtyyn kirjallisuus katsaukseen, jonka mukaan kaikesta ohjauksesta ja tiedon määrästä huolimatta ihmiset eivät osaa siirtää saamaansa tietoa omaa elämäänsä koskettavaksi. Valtimotaudin taustalla vaikuttavat riskitekijät tulevat akuutin sairastumisen yhteydessä ihmisille yllätyksenä. Elämäntapojen vaikutus sairauteen tiedetään olevan merkittävä. Oikeanlaisella ohjauksella ja noudatetulla ohjelmalla tupakoimattomuuden, ravitsemuksen ja liikunnan suhteen voidaan saavuttaa merkittäviä tuloksia potilaiden hoidossa tilanteissa, joissa potilailla on käytössä tilanteen vaatima paras mahdollinen lääkitys.

Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välinen tiivis yhteistyö varmistaa sujuvan hoidon jatkuvuuden, koska valtaosa perifeeristä valtimotautia sairastavien potilaiden diagnosoinnista ja hoidosta tapahtuu perusterveydenhuollossa. Tämän tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että systemaattisen ohjauksen antaminen potilaille tulisi olla perusterveydenhuollon tehtävä. Perusterveydenhuollon roolin tärkeyttä ohjauksen antajana perustellaan sillä, että siellä ohjaus on mahdollisuus aloittaa heti sairauden diagnosoinnin jälkeen. Potilaan tarvitessa erikoissairaanhoidon palveluja, oletuksena on, että potilaat ovat saaneet sairautensa liittyvää ohjausta perusterveydenhuollossa. Varhaisessa vaiheessa aloitetuilla terveellisillä elämäntavoilla voidaan vaikuttaa sairauden etenemiseen ja ennusteeseen.

Säännöllisen seurannan avulla potilasta motivoidaan sitoutumaan omahoitoonsa. Seurannassa on mahdollisuus kerrata potilaan kanssa hoidon kannalta keskeisiä asioita. Lunnelan (2011, 82) mukaan motivaation syntymiseen ja sitoutumiseen vaaditaan ohjausta sekä tietoa ja taitoa siitä, kuinka hoitaa itseään. Potilailta ei voida vaatia vastuullisuutta omahoidossa, jos heillä ei ole asianmukaista tietoa. Uudistetulla työskentelymallilla pyritään lisäämään potilaiden valmiutta hoitaa itseään kun sairautteen liittyvän toimintamallin mukaisesti potilaalle kuuluu automaattisesti tietyt palvelut.

Ohjauksen antamisessa keskeisiä ammattiryhmiä tämän tutkimuksen perusteella on lääkärin ja hoitajan muodostama toimintapari. Perifeerinen valtimotauti poikkeaa sairautena glaukoomasta, mutta ohjauksen antamisessa tärkeimmät ammattiryhmät samanlaiset myös Lunnelan (2011, 83) tutkimuksessa. Lääkärin ja hoitajan muodostama työpari on myös Isolan ym. (2007, 56) mukaan yleisin tapa toteuttaa potilasohjausta.

Tutkimus vahvisti käsitystä perifeeristä valtimotautia sairastavien potilaiden systemaattisen ohjauksen puuttumisesta. Oletuksena on, että potilas saa ainoastaan sen ohjauksen, minkä lääkäri ja hoitaja hänelle antavat. Muiden ammattiryhmien osaamisen järjestelmällinen hyödyntäminen puuttuu kokonaan. Lääkärin ja hoitajan lisäksi perifeeristä valtimotautia sairastavan potilaan ohjaukseen tulisi kuulua muitakin ammattiryhmiä. Vaikka ohjauksen pääpaino säilyisi edelleen lääkärin ja hoitajan tehtävänä, tulisi ohjausprotokollaan liittää jokaiselle potilaalle vähintään yksi tapaaminen ravitsemusterapeutin ja fysioterapeutin kanssa. Tämän lisäksi tulisi olla mahdollisuus liittää kokonaisvaltaiseen ohjaukseen sosiaalityöntekijä tai psykologian/psykiatrian ammattihenkilö potilaan tilanteen mukaan. Mallin käyttöönotto vaatii toimintatavan muutosta ja olemassa olevien resurssien tarkastelua.

Ohjauksen saavuttavuus ja tuloksellisuus on yhteydessä potilaalla oleviin skeemoihin ja niiden yhteensopivuuteen. Esimerkkien kautta ohjauksen sisältöä yritetään muuttaa potilaille käytännölliseen muotoon. Tilannesidonnaisen oppimisen mukaan motivaation löytämiseksi asetettujen tavoitteiden ja ohjeiden tulee olla realistisia ja käytännön elämään liittyviä. Käytännön esimerkkien kautta oppija saatetaan ymmärtämään ohjauksen sisältöä ja tiedon soveltamisen kohteet. Skeemojen kehittymisen kannalta ohjauksen tulee aktivoida potilaalla oleva tieto tarkoituksenmukaisella tavalla ja potilaalle tulee syntyä kokemus ohjauksen sisällön erityisyydestä ja juuri hänen elämäänsä kuulumisesta. Perifeeristä valtimotautia sairastavan ohjauksessa korostuu aikuisopetuksen keskeiset ominaisuudet, jolloin skeemojen käyttö mahdollistuu ohja-

uksen sisältämän tiedon sopiessa jo olemassa olevaan tietoon. Sairauteen liittyvällä ohjauksella pyritään potilaalla olevan ajatusmaailman muuttamiseen sairautensa suhteen. Akkommodaatio on se tavoiteltava potilaan ajattelussa tapahtuva tila, jossa annettu ohjaus ei sovi potilaalla oleviin aikaisempiin skeemoihin vaan pakottaa potilaan rakentamaan uusia tietorakenteita ja muuttamaan ajattelumalliaan sairaudesta. Hoidon monipuolisessa kehittämisessä tulee ottaa käyttöön uusia työskentelymenetelmiä ja tapoja. Terveystieteiden ammattihenkilön näkökulmasta vertaistuen saamista ja sen saamisen mahdollistavien ohjauskeinojen kehittämistä pidetään tärkeänä. Asianmukaisella tiedolla voidaan tukea potilaan sopeutumista sairauteensa. Annettavan tiedon vastaanottamisessa ja ohjauksen tavoitteiden saavuttamisessa ihmisen elämän perusasioiden tulee olla kunnossa. Tiettyjen elämän perusteiden tulee olla kunnossa, jotta ihmisellä voidaan olettaa olevan mahdollisuuksia lähteä rakentamaan ja tavoittelemaan muutosta elämässään. Näkemys siitä, että perifeeristä valtiomotautia ei mielletä pitkäaikaissairaudeksi, on herättävä tekijä ohjauksen kehittämiselle ja ohjauksen arvostuksen lisäämiselle.

Ohjauksen kehittämisessä ryhmämuotoisen toiminnan lisääminen on tulevaisuuden kannalta merkittävä potilaiden saaman vertaistuen ja ohjauksen taloudellisen tehokkuuden näkökulmasta. Isolan ym. (2007, 60) tutkimuksessa vertaistuen saamisen mahdollistaminen esimerkiksi ryhmäohjauksen kautta koetaan potilaiden keskuudessa tärkeänä ja tavoiteltavana menetelmänä. Tiettyjä ohjaukseen kuuluvia osa-alueita kuten ravitsemus voidaan toteuttaa ryhmämuotoisena ohjauksena. Tunnistamalla ryhmästä yksilöohjausta tarvitsevat, voidaan heille tarjota mahdollisuutta yksilöllisen ohjauksen saamiseen. Tällainen menettely lisää ohjauksen henkilökohtaisuutta. Sama pätee käänteisesti liikuntaan. Jokaiselle tulisi rakentaa henkilökohtainen harjoitteluhjelma, mitä voidaan ryhmämuotoisena, esimerkiksi kuntosaliharjoitteluna toteuttaa.

Ryhmämenetelmien ja henkilökohtaisesti tarjottavan ohjauksen lisäksi verkon hyödyntäminen ohjauksen keinona on alikäytetty. Verkon käyttöön liittyy haaste luotettavien ja asianmukaisten lähteiden löytämiseen, mutta oikeanlaisten verkkopalveluiden käyttäminen ohjauksessa ja tiedon hankkimisessa on vaihtoehto. Verkkoa tulisikin hyödyntää nykyistä laajemmin etenkin ohjauksen antamiseen, ei ainoastaan tiedon hankkimisen välineenä. Verkon käyttäminen on yleistä monissa ikäryhmissä ja on tulevaisuudessa nykyistä yleisempää. Toisaalta verkossa tapahtuvan ohjauksen ja tiedon saaminen voi lisätä kasvokkain tarjottavan ohjauksen arvoa ja merkitystä ihmisille.

9.2 Tutkimuksen luotettavuus

Laadullista tutkimusta ei voida pitää yhtenä yhtenäisenä tutkimusperinteenä. Tästä johtuen käsitykset laadullisen tutkimuksen luotettavuudesta vaihtelevat eri lähteiden välillä. Keskeisinä kysymyksinä laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa ovat kysymykset tiedon objektivisuudesta ja totuudesta. Epistemologiassa erotettavat totuusteoriat sijoittuvat kukin omalle alueelleen. Totuusteoriat arvioivat asioiden oikeellisuutta aistihavaintojen kautta saatavan tiedon avulla, ihmisten välisten sopimusten ja kielikuvien kautta, toiminnan mahdollisuuksien tai kuinka rationaalisesti yhteneväinen asia on muiden esitettyjen väitteiden kanssa. Totuusteorioihin liittyy läheisesti kysymys objektiivisen tiedon olemassaolosta. Kuitenkin ainoastaan totuusteorioista korrespondenssiteoria luottaa objektiivisen tiedon olemassaoloon ehdottomasti. Objektiivisuuteen liittyvät kysymykset ovat monitahoisia, joiden lisäksi tulee toisistaan erottaa luotettavuus ja puolueettomuus havaintojen teossa. (Tuomi & Sarajärvi 2003, 131 – 132.)

Tutkimuksen luotettavuutta käsitellään usein reliabiliteetin ja validiteetin kautta. Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa niiden käyttöä on kritisoitu, koska käsitteiden synty on vahvasti sidoksissa kvantitatiiviseen tutkimusperinteeseen. (Tuomi & Sarajärvi 2003, 133.) Jos laadullisessa tutkimuksessa haluaa käyttää käsitteitä reliabiliteetti ja validiteetti, voidaan validiutta arvioida tutkimuksen kuvauksen ja siihen yhdistettyjen selitysten ja tulkintojen kautta. Tutkimuksen luotettavuutta lisää tarkka kuvaus tutkimuksen toteutumisesta sen kaikissa vaiheissa. (Hirsjärvi, Hurme & Sajavaara 2009, 232.)

Reliabiliteetin ja validiteetin sijaan laadullisessa tutkimuksessa puhutaan esimerkiksi pätevydestä ja luotettavuudesta. Tutkimuksen pätevyydellä tarkoitetaan sellaista kokonaisuuteen liittyvää eheyttä, jossa tutkimustulos on yhteneväinen asetettujen päämäärien ja tutkimuskohteen kanssa. Pätevyyttä pidetään laadullisen tutkimuksen keskeisenä piirteenä, jolloin tutkimuksen kulku ja saadut tulokset nousevat ainoastaan aikaisemmin tematisoidusta kokonaisuudesta. Luotettavuutta arvioidaan ja se tulee pystyä näyttämään tutkimuksen kaikissa vaiheissa. (Varto 1992, 103 - 104.)

Haastattelun luotettavuutta arvioitaessa haastatteluun liittyy useita niin haastattelijas- ta kuin haastateltavasta johtuvia virheen mahdollisuuksia. Luotettavuutta saattaa heikentää haastateltavan taipumus vastata niin kuin hänen olettamuksensa on siitä, millaisia sosiaalisesti oikeita vastauksia hänen tulisi antaa. Tähän puututtiin tämän tut-

kimuksen aikana korostamalla jokaisen haastattelun alussa haastateltavan ainutlaatuista näkökulmaa tiedon antajana. Sosiaalisesti oikeiden vastausten antamista pyrittiin myös vähentämään muistuttamalla teemahaastattelun tarkoituksesta tiedon hankinta menetelmänä. Tutkimuksen luotettavuuden kannalta pidetään tärkeänä, että haastateltaviksi valitut henkilöt tuntevat tutkimuksen kohteena olevan ilmiön mahdollisimman hyvin. Tämä tukee haastateltavien tarkoituksellista valintaa satunnaistamisen sijaan, jolloin puhutaan harkinnanvaraisesta näytteestä. Tämän menettelyn mukaan toimitettiin tässä opinnäytetyössä. Haastateltavien tarkoituksenmukaisella valinnalla otetussa näytteessä tulee huomioida mahdollisuus näytteen harhaanjohtavuudesta ja kysymys näytteen edustavuudesta. (Hirsjärvi & Hurme 2009, 35,58 - 60; Tuomi & Sarajärvi 2003, 87 - 88.)

Tutkimukseen valittujen henkilöiden muodostaman näytteen voidaan arvioida olevan edustava, koska tutkimukseen osallistui kuusi eri ammattiryhmän kokenutta ammattilaista. Edustavuuden heikentymiselle oli mahdollisuus, koska kaikki alkuperäisen suunnitelman mukaiset henkilöt eivät voineet osallistua tutkimukseen. Edustavuuden kriteerin voidaan kuitenkin olettaa täyttyvän, koska alkuperäisiksi osallistujiksi suunnitellut henkilöt suosittelivat tilalleen toista vahvan osaamisen omaavaa henkilöä ja näin kaikista ammattiryhmistä saatiin edustaja tutkimukseen.

Tutkimukseen osallistujille toimitettiin teemahaastattelurunko noin viikko ennen haastattelun ajankohtaa. Osa kertoi haastattelun alussa avoimesti, jos he eivät olleet ehtineet tutustua teemoihin etukäteen. Se ei kuitenkaan muodostunut ongelmaksi haastattelun aikana, koska haastateltavat tunsivat tutkimuksen aihepiirin ja oman näkökulmansa aiheeseen syvällisesti. Haastattelutilanteet olivat avoimia ja luontevia tilanteita, joissa kumpikin osapuoli tiesi tutkimuksen kohteena olevan aiheen luonteen ja haastateltavien oli mahdollista tuoda esille oman ammattiryhmänsä näkökulma asiasta. Haastatteluiden aikana yksi haastateltava ei antanut selkeää vastausta kysymykseen siitä minkä ammattihenkilöiden tulisi osallistua ko. potilaiden ohjaukseen, vaan vastausta lähdettiin rakentamaan täysin potilaasta lähtevien tarpeiden mukaisesti. Tämän näkemyksen mukaisesti potilaan tilanne ratkaisee sen mitä ammattihenkilöitä ohjaukseen tarvitaan. Tämä selkeästi poikkeava vastaus huomattiin aineiston analyysin yhteydessä. Toisaalta tämä näkökulma mahdollisti hyvin vastaajan ammattiryhmän näkökulman tutkittavaan asiaan.

Osa tutkimukseen osallistuneista henkilöistä oli tutkijalle tuttuja ihmisiä. Vaikka haastateltiin tuttuja ihmisiä, missään vaiheessa haastattelujen tai aineiston analyysin aika-

na ei tullut tunnetta, että se olisi vaikuttanut vastauksiin. Tutun henkilön haastattelussa on mahdollisuus ymmärtää toisen sanoma tavallista lyhyemmästä ilmaisusta. Tätä haastatteluissa pyrittiin vähentämään tarkentavien kysymysten avulla. Luottamus haastateltavan ja haastattelijan välillä on merkittävä tekijä siinä, millaiseksi haastattelutilanne rakentuu ja minkälaista tietoa haastattelulla pystyy saamaan. Tutkimuskirjallisuus ei ota kantaa tuttujen ihmisten haastattelemiseen. Haastattelujen esitetauksen yhteydessä mainitaan, että tuttujen henkilöiden käyttäminen esitetaustilanteessa ei anna todellista kuvaa haastattelutilanteesta silloin kun tarkoituksena on haastatella tutkijalle tuntemattomia henkilöitä. (Eskola & Suoranta 2001, 88, 93; Nieminen 1997, 217.)

Teemahaastattelun käyttöä tiedonkeruumenetelmänä pidetään avoimena, jolloin haastateltavan on mahdollisuus kertoa tutkimuksen kohteena olevasta asiasta vapaasti, jolloin aineiston edustavuuden voidaan katsoa toteutuvan. Haastatteluiden aikana vapaa kertominen toteutui, mikä osaltaan on nähtävissä tutkimuksen tuloksissa. Tällä tarkoitetaan etenkin sitä, että tutkimuksen tuloksissa on havaittavissa myös potilaan näkökulmaa painottava näkemys, vaikka haastateltavat olivat kaikki terveydenhuollon ammattihenkilöitä. Luotettavuuteen vaikuttaa käytettyjen teemojen ääriolaisuus. Liian suppeat teemat estävät haastateltavan näkemyksen esiin tulemisen, jolloin saattaa korostua tutkijan näkökulma tutkittavan sijaan ja mahdollinen tutkittavan johdatteleminen. Teemahaastattelun etukäteen sovittujen teemojen käyttäminen varmistaa sen, että kaikkien tutkimukseen osallistuvien henkilöiden kanssa on keskustelu samoista aiheista. (Eskola & Suoranta 2001,87; Nieminen 1997,217.)

9.3 Tutkimuksen luotettavuus Mäkelän mukaan

Tässä tutkimuksessa tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan Klaus Mäkelän (1998) mukaan. *Aineiston merkittävyys ja kulttuurinen tai yhteiskunnallinen asema* ovat tutkimuksessa tekijöitä, joiden puolesta tutkija puhuu esittäessään tutkimusaineistonsa olevan analysoinnin arvoinen. Aineiston merkittävyyden arvioinnille ei ole olemassa ennakkokriteereitä. Aineiston merkittävyys tulee kuitenkin esille tutkimuksen tekijän ja tutkimusaiheen välisessä yhteydessä ja näkökulmassa. Aineiston merkittävyyden ennakkokriteereiden puuttuessa voidaan esittää vaatimus aineiston yhteiskunnallisen ja kulttuurisen paikan määrittämisestä. Kulttuurisesti merkittävä ei väistämättä täytä niitä kriteereitä, joita yhteiskunnallisesti merkittävällä aineistolla on. Kyky tämän eron esiin tuomiseen aineistossa on osa luotettavuuden arviointia. Aineiston keräämisen kohteena olevan kohderyhmän valinnassa kriteerinä toimii kulttuurinen edustavuus

väestöllisen edustavuuden sijaan. Kriteerit edustavuudelle vaihtelevat eri tutkimusten välillä ja ne on pystyttävä nimeämään jokaisen tutkimuksen kohdalla. (Mäkelä 1998, 48 – 52.)

Tässä tutkimuksessa aineiston keräämisessä edustavuudessa pyrittiin kulttuuriseen edustavuuteen väestöllisen edustavuuden sijaan. Edustavuuden lähtökohtana on tutkimuksen tavoitteen mukaisen otoksen valinta. Kriteereinä toimi kaikkien suunniteltujen ammattiryhmien saaminen mukaan tutkimukseen, kohderyhmän ammattitaito, kokemus perifeeristä tai muuta valtimotautia sairastavien potilaiden ohjauksesta sekä avoimuus ja kyky tiedon antamiseen haastattelutilanteessa.

Jokainen tutkimusaineisto on merkittävä omassa ympäristössään. Merkittävä siinä kulttuurissa mikä on tutkimuksen kohteena. Tässä tutkimuksessa aineiston ja tutkimuksen kulttuurinen asema näkyy sen merkityksenä hoitotyölle ja sen kehittämislle. Aineistolla voidaan katsoa olevan myös yhteiskunnallista merkitystä hoitotyön ja sairauteen liittyvän ohjauksen kehittämisessä, koska yksittäisellä tutkimuksella on paikka sen yhteiskunnallisen aseman perustella. Perifeerinen valtimotauti on pääasiassa iäkkään väestön sairaus ja yhteiskunnan väestörakenne huomioiden sairauden esiintyvyyden oletetaan lisääntyvän tulevaisuudessa, jolloin aineiston yhteiskunnallinen merkitys on olemassa. Sairauden esiintyvyyden kasvaessa lisääntyy myös sairauteen liittyvän ohjauksen ja preventiivisen toiminnan tarve ja merkitys, jolloin tehokkaita ja toimivia uusia malleja tarvitaan ohjauksen toteuttamiseen.

Aineiston riittävyys ja analyysin kattavuus. Tilastollisesta tutkimuksesta poiketen, laadullisessa tutkimuksessa ei etukäteen pystytä määrittämään aineiston riittävyttä yhtä tarkasti. Aineiston riittävyyden yhteydessä puhutaan usein kylläntymisestä, jolloin aineiston kerääminen voidaan lopettaa kun uutta tietoa ei enää saada. Vaihtoehtoisesti puhutaan aineiston saturaatiosta. Kylläntymisen yhteydessä vaikeus liittyy siihen tekniseen epävarmuuteen, jossa etukäteen ei voida arvioida missä vaiheessa kylläntyminen saavutetaan. Niinpä laadullisen aineiston keräämisessä suositaan pienen aineiston keräämistä ja analysoimista, minkä jälkeen kerätään tarvittava lisäaineisto. Aineiston riittävyyden arvioimisessa voidaan käyttää esimerkiksi sen jakamista kahtia. Tässä menetelmässä puolet aineistosta analysoidaan, minkä jälkeen saatuja tuloksia koetellaan toisessa puolessa. Tässä tutkimuksessa haastatteluiden määrä oli pieni ja kaikki haastattelut toteutettiin suunnitelman mukaisesti. Viimeisten haastatteluiden aikana aineiston kylläntyminen alkoi näkyä ja tietyistä haastatteluteemoista ei enää saatu uutta tietoa. (Mäkelä 1998, 52 – 53.)

Laadullista analyysia pidetään resursseja vaativana vaiheena. Analyysin kattavuudella tarkoitetaan kaikkien aineistossa esiintyvien aihepiirien käsittelyä niin analyysissä kuin raportoinnissa. Lisäksi aineiston kattavuudella tarkoitetaan aineiston kokoon, analyysiin ja tulkintaan liittyvää onnistuneisuutta ja tutkimuksen kirjoittamisen muodostamaa kokonaisuutta (Eskola & Suoranta 2001, 60.) Tutkimuksen tulosten raportoinnin rakenne mukailee analysoidun aineiston järjestystä. Aineiston kattavuudella tarkoitetaan myös tilannetta, missä tulkintoja aineistosta ei perusteta ainoastaan sattunaisiin poimintoihin. (Mäkelä 1998, 52 – 53.) Aineiston kattavuuden varmistamiseksi ja sattumanvaraisuuden vähentämiseksi tulosten luotettavuutta on pyritty täydentämään useammalla alkuperäisilmaisulla.

Aineiston arvioitavuus ja toistettavuus. Analyysin arvioitavuudella tarkoitetaan tuloksien esittämistä niin, että lukijan on mahdollista seurata tutkijan tekemää päättelyä, jolloin lukijalla on mahdollisuus yhtyä tutkijan tekemään päättelyyn. Tätä on pyritty lisäämään kuvaamalla analyysin etenemistä aineiston analyysia käsittelevän teorian yhteydessä. Analyysin toistettavuus puolestaan tarkoittaa luokittelu – ja tulkintasääntöjen esittämistä niin yksinkertaisesti, että niitä soveltamalla toisen tutkijan on mahdollista tulla samoihin tuloksiin. Laadulliselle tutkimukselle on ominaista analyysiyksiköiden lajittelu tiettyihin luokkiin. Tässä tutkimuksessa aineisto lajiteltiin teemahaastattelurungon mukaisesti. Luokittelu on yksinkertaisempaa kuin analyysiyksikön merkityksen tulkitseminen, jolloin laadullisen analyysin ominaisuuksiin päästään helpommin sisään lajittelemalla juuri luokitteluprosesseja. Analyysin arvioitavuus ei automaattisesti tarkoita, että analyysi olisi myös toistettavissa. (Mäkelä 1998, 53 – 55.)

Aineiston arvioitavuutta ja toistettavuutta on mahdollisuus lisätä aineiston luetteloinnin, tulkinnan vaiheiden pilkkomisella ja erittelemällä ratkaisu- ja tulkintasäännöt. Laadullisen tutkimuksen tulosten raportoinnissa haasteena pidetään mielivaltaisuu- den vaikutelman välttämistä. Tutkimuksen toistettavuuden lisäämiseksi ja mielivaltaisuu- den vaikutelman vähentämiseksi kaikki ne analyysiyksiköt, joihin tulkinta perus- tuu, tulee luetella (katso liite 4). Analyysiyksiköiden nimeämisessä pyrkimys on mah- dollisimman yksinkertaiseen. Analyysiyksikön tunnistaminen yksinään on tulkintaa edellyttävä tapahtuma. Helpointa analyysiyksikön määrittelyssä on sen valinta niin, että se on mahdollista tunnistaa asiayhteydestä irrotettuna. Tässä tutkimuksessa analyysiyksikkönä toimi lause tai ajatus, jonka sisältämä ajatus on mahdollista ym- märtää asiayhteydestä erillään. Tulkintaprosessin kuvaaminen tapahtuu pakottamalla heräävä intuitio kulkemaan ennalta määrättyjen vaiheiden kautta, jolloin tulkintaa

edellyttänyt prosessi saadaan niin tutkijan kuin lukijan havaittavaan muotoon. (Mäkelä 1998, 57- 59.)

9.4 Tutkimuksen eettisyys

Niin tutkimuksen kuin kaikkeen elämän eettisiin valintoihin liittyy kysymykset oikeasta ja väärästä sekä hyvästä ja pahasta. Valintoihin liittyvissä kysymyksissä asioita tarkastellaan myös moraalisisesta näkökulmasta. Eettiselle toiminnalle edellytyksenä on asioiden tarkastelu moraalisesti oikeasta näkökulmasta. Käsitteitä käytetään synonyymeina, mutta käsitteiden välillä on ero, mikä tarkoittaa moraalisiin olevan empiirisesti havaittava ja tutkittava ilmiö. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 23; Pietarinen & Launis 2002, 42.)

Eskolan & Suorannan (2001, 52) mukaan tutkija, joka tunnistaa eettisiin kysymyksiin liittyvän monimuotoisuuden tutkimuksessaan, voidaan olettaa tekevän myös eettisesti kestävästä tutkimuksesta. Eettisesti oikein ja rehellisesti tehty tutkimus on ollut tämän tutkimuksen tekemisessä esillä työn kaikissa vaiheissa. Konkreettinen eettisesti oikein toimimiseen liittyvä tekijä on lähdeviitteiden ja merkintöjen oikeellisuus sekä alkuperäisten lähteiden käyttäminen. Vilkan (2007, 32) mukaan eettisesti kestävässä tutkimuksessa lähdeviitteet ja merkinnät ovat virheettömästi tehtyjä.

Eettisesti onnistunut tutkimus edellyttää hyvää tieteellistä käytäntöä tutkimuksen kaikissa vaiheissa. Eri oppiaineiden välinen oletus hyvästä tieteellisestä käytännöstä perustuu samoihin lähtökohtiin. Edellytyksenä eettisesti hyvälle toiminnalle on asianmukaisten tietojen, taitojen ja toimintatapojen noudattaminen niin sosiaalisesti kuin osana tutkimuksen tekoa suhteessa yhteisöön ja ympäristöön. (Kuula 2006, 34 – 35.)

Julkisella sektorilla tehtävään tutkimukseen liittyy aina eettisesti oikein toimittaessa asianmukaisten lupien hakeminen. Tätä tutkimusta varten asianmukaiset tutkimusluvat haettiin Kuopion Yliopistollisen sairaalan hallinnollisen ohjeen 3/2010 mukaisesti. Tutkimukseen liittyviä lupia katsotaan tulevan useita, koska virallisen organisaatiolta haettavan tutkimusluvan lisäksi tarvitaan lupa tutkimukseen osallistujilta. Käytännössä tutkittavien suostumusta tutkimukseen voidaan pyytää vasta kun virallinen, organisaation myöntämä lupa on annettu. Poikkeuksena tästä ohjeesta opinnäytetyön tekijällä oli lupa sopia haastatteluaikat ennen virallisen organisaatiolta tulevan tutkimusluvan saamista. Lupakäsittelyn järjestys voi korostaa työntekijöiden tarvetta saada itse tehdä päätös mahdollisesta osallistumisesta. Kuitenkin on olemassa mahdollisuus,

että osallistuminen koetaan velvollisuudeksi kun lupa tutkimuksen tekemiselle tulee ensin organisaatiolta. Tällaisessa tilanteessa tutkimuksen osallistumisen vapaaehtoisuus on kyseenalaista. Tässä tutkimuksessa haastatteluun osallistumispyyntöjen yhteydessä haastateltaville kerrottiin meneillään olevasta lupahakumenettelystä, mikä osaltaan vaikutti haastatteluiden toteutusaikatauluun. (Kuula 2006, 145.)

Tutkimukseen osallistuminen oli haastateltaville vapaaehtoista. Tutkimuseettisen ohjeistuksen mukaan vapaaehtoisuus ei ole tämän päivän tutkimuseettisenä normina riittävä. Tutkimukseen liittyvien tarpeiden sekä yksilön tarpeiden ja oikeuksien välisessä vertailussa yksilön tarpeet ja oikeudet ovat tutkimuksen tarpeita tärkeämpiä. Käytännössä tällä tarkoitetaan osallistujien tietoisuutta siitä, että vapaaehtoisen osallistumisen lisäksi on olemassa mahdollisuus keskeyttää osallistuminen tarvittaessa. Tutkimukseen osallistuminen vaatii myös osallistujalta aikaa. Tutkimukseen osallistumispäätöksen tekoa helpottaa etukäteistieto tarvittavasta ajankäytöstä. Tällä katsotaan olevan myös tutkimukseen liittyvä kiinnostusta lisäävä vaikutus. Tässä tutkimuksessa haastateltavat olivat varanneet haastattelua varten aikaa enemmän kuin haastattelun sopimisen yhteydessä oli sovittu. Tämä menettely haastateltavien puolelta turvasi haastattelun loppuun saattamisen mahdollisuuden ilman kiirettä. (Kuula 2006, 107.)

Tutkimuksen eettisiin kysymyksiin kuuluu haastateltaville kuuluva luottamuksellisuus ja anonymiteetti ja sen turvaaminen tutkimuksen ja raportoinnin kaikissa vaiheissa (Eskola & Suoranta 2001, 56 – 57).

Tutkimuksen eettisen luotettavuuden kannalta on merkityksellistä kertoa tutkimukseen osallistuville kuinka aineiston anonymiteetti on tarkoitus varmistaa. Luottamuksellisuudella viitataan niihin lupauksiin, joita tutkimukseen osallistujille annetaan. Tässä tutkimuksessa jokaista osallistujaa haastateltiin yksin. Ennen haastattelun aloitusta heille kerrottiin, millaisella menettelyllä anonymiteetti pyritään turvaamaan. Henkilotietolain 1999/523 mukaan anonymisointi on silloin tehty asiallisesti kun osallistujia ei voida helposti ja ilman kohtuuttomia kustannuksia tunnistaa aineistosta. Keskeistä on myös sen turvaaminen, että aineistosta ei ole mahdollista päätellä keitä tutkimukseen osallistuneet ovat. Tämän tutkimuksen kohdalla se on erittäin tärkeää, koska tutkimukseen osallistuneiden määrä on pieni. Haastatteluiden aikana haastateltavien anonymiteetti suhteessa muihin haastateltaviin säilytettiin varmistamalla, että keskusteluissa ei missään vaiheessa tullut esille muut tutkimukseen osallistuvat ammattiryhmät. Liian pitkälle vietyä anonymiteetin suojaaminen voi kuitenkin hävittää aineistosta sen tutkimusarvon kannalta olennaisia tekijöitä. Verrattuna kvantitatiiviseen tutkimukseen, kvalitatiivisessa tutkimuksessa voi olla hankala määrittää rajaa sille, mil-

loin tutkimuksen raportoinnissa käytettävät suorat aineistosta nousevat sitaatit on täysin tunnistamattomia. (Kuula 2006, 64, 112.)

Pienessä tutkimusaineistossa aineistositaattien käyttäminen voi johtaa tutkimukseen osallistuneiden henkilöiden tunnistamisen, minkä vuoksi kirjoittamiseen tulee kiinnittää huomiota tutkimuksen aikana. Tutkimukseen osallistuvan tunnistaminen aineistosta on tutkimuseettisen toiminnan ja osallistujan tietosuojan näkökulmasta kriittinen tekijä. (Kuula 2006, 206- 207.) Tunnistamisen vähentämiseksi tässäkin tutkimuksessa joitakin alkuperäissitaatteja oli muutettava, koska niissä esiintyi vastaajille tyypillisiä sanontoja, mitkä olisivat voineet johtaa vastaajan tunnistamiseen. Anonymiteetin turvaamista ei tule viedä kuitenkaan liian pitkälle, koska silloin aineiston alkuperäinen sisältö voi muuttua (Kuula 2006, 219).

Kuulan (2006, 119) mukaan tutkittaville tulee antaa tutkimukseen liittyvä informaatio kirjallisessa muodossa vapaaehtoisen suostumuksen lisäksi. Kirjallisuudessa tästä puhutaan yleisesti nimellä informointi. Tällaista menettelyä tulee käyttää esimerkiksi haastattelutilanteissa, joissa aineisto kerätään suoraan tutkimukseen osallistujilta ja aineisto tallennetaan. Tutkimukseen osallistujia informoitiin keskeisistä tutkimukseen ja aineiston analysointiin liittyvistä tekijöistä kaksi kertaa. Ensimmäisen kerran siinä vaiheessa, kun heitä pyydettiin osallistumaan tutkimukseen ja toisen kerran ennen haastattelutilanteen aloitusta, jolloin eettiset kysymykset palautettiin heidän mieleensä ja he saivat vielä siinä tilanteessa mahdollisuuden arvioida osallistumisestaan tutkimukseen.

9.5 Oman oppimisen arviointi

Ylempään ammattikorkeakoulututkintoon liittyvien opinnäytetöiden vaatimuksena on työelämälähtöisyys ja siihen liittyvä työelämän kehittäminen. Tavoitteena on tuottaa uutta tietoa ja taitoa työelämän ja sen ongelmien ratkaisemiseen. (Voutilainen ym. 2007, 3.) Tämän opinnäytetyön tekemisessä mielenkiinto kohdistui perifeeristä valtiomotautia sairastavien potilaiden ohjaukseen terveydenhuollon ammattihenkilön näkökulmasta. Tämä näkökulma valittiin, koska ohjausta käsitteleviä tutkimuksia terveydenhuollon ammattihenkilön näkökulmasta on vähän. Lisäksi työn tekijää kiinnostavat ne taustalla vaikuttavat tekijät, mitkä vaikuttavat ohjauksen antamiseen. Haastatteluiden aineiston perusteella on mahdollisuus kehittää erilaisia tapoja kehittää ja toteuttaa ohjausta. Tässä opinnäytetyössä rakennettu malli on yksi vaihtoehto. Tutkimuk-

sen tulokset antavat mielenkiintoista tietoa siitä, millaista monipuolista tietoa on olemassa ja saatavilla, jos toimintatavat olisivat vain toisella tavalla organisoituja.

Opinnäytetyö tehtiin kokonaan syksyn 2011 aikana lopullista hienosäätöä lukuun ottamatta. Sitä ennen aihe ja sen käsittely olivat jäsentymättömiä ajatuksia ja yrityksiä tiedon keräämiseen. Näinkin laajan työn tekeminen syksyn aikana on vaatinut järjestyttä työn ja vapaa-ajan suhteen. Se on vaatinut asioiden laittamista väliaikaisesti uuteen tärkeysjärjestykseen. Ennen kaikkea tämän kokoisen työn tekeminen yhden syksyn aikana tarkoittaa voimakasta sitoutumista työhön ja halua tehdä se määräajassa. Tämä tapa on kuitenkin ollut sopiva tapa opinnäytetyöntekijälle.

Työn tekeminen on vaatinut kasvua ihmisenä. Työn tekemisen kannalta tärkeimpiä taitekohtia on ollut alkusyksystä työn aloittaminen tyhjistä sekä tutkimuslupien saamisen varmistuminen. Vaadittavien tutkimuslupien selvittäminen oli henkisesti raskas prosessi, mutta niiden selvittyä kasvoi luottamus siihen, että tämä työ on mahdollisuus tehdä. Tutkimusluvan vaatima työ oli suurin voimavaroja vaativista ennakoimattomista tekijöistä. Tutkimusluvan hakemista ja sen vaatimaa työtä pidetään ennakoimattomana tekijänä sen vuoksi, että etukäteen ei ollut tietoa sen vaatiman työn määrästä ja moninaisista vaiheista.

Työ on opettanut sitkeyttä ja periksi antamattomuutta. Sitkeys ja periksi antamattomuus on vaatinut myös paljon hiljaista keskustelua itsensä kanssa ja tunteiden vaihtelua ääri laidasta toiseen. Matkaan on liittynyt epätoivon tuntemuksia ja lankojen soteutumista, mutta aina jokainen epätoivon tuntemus on väistynyt ja solmut ovat auenneet. Tämä on vaatinut ja kehittänyt ongelmanratkaisutaitoja. Matkaa on voinut jälleen jatkaa entistä vahvempana. Omalla tavallaan työn tekeminen on vaatinut myös luopumista. Se on ollut luopumista tai joustamista tietyistä itselle tärkeistä asioista ja periaatteista. Sitä voi pitää yhtäläillä merkittävänä kasvun paikkana tämän työn tekemisen aikana.

Kulunutta syksyä voi pitää raskaana opinnäytetyön tekemisen ja uusien työtehtävien yhdistämisen suhteen. Se ei ollut yllätys ja siihen osasi jo etukäteen varautua tietäen kyseessä olevan väliaikainen tilanne. Tämän viimeisen rutistuksen avulla mahdollistetaan se tilanne, mitä koulutukseen hakeutumisella tavoiteltiin. Koulutukseen hakeutumisen taustalla vaikuttaa usein halu kehittää omaa osaamistaan ja pyrkimys uusiin haasteisiin. Myös tässä tilanteessa koulutukseen hakeutumisen taustalla oli halu muutokseen. Kaiken kaikkiaan koulutus on tuonut juuri sellaista uutta ajattelua ja

tiettyä kriittisyyttä yhteiskunnan toimintarakenteita kohtaan kuin tavoitteena on ollutkin. Koulutus avaa silmät ja herättää ajattelemaan asioita laajemmasta näkökulmasta.

Opinnäytetyö on antanut paljon uutta tietoa. Työn tekeminen vaati paljon erilaisten kotimaisten ja ulkomaisten artikkeleiden lukemista, mikä oli yhtä aikaa mielenkiintoista ja haastavaa. Luettu tieto on tuonut lisätietoa itse sairaudesta ja siihen liittyvistä etnisistä eroista, mutta tietoa myös ennestään tuntemattomilta alueilta, esimerkiksi kasvatustieteestä. Kasvatustieteen opiskelu tähän työhön liittyen on herättänyt monia ohjauksen toteuttamiseen liittyviä ajatuksia, joista on mahdollisuus saada keinoja päivittäisen työn toteuttamiseen. Tässä työssä oppimisen käsitettä laajennettiin käsittelemään oppimista myös kulttuurin näkökulmasta ja kuinka kulttuuri vaikuttaa oppimiseen tai sairauden kokemiseen.

Tämän opinnäytetyön tekemisen yhteydessä on esitetty monenlaisia ajatuksia toteutuksen vaihtoehtoina ja alkuvaiheissa keskustelua käytiin esimerkiksi ohjauslomakkeen kehittämistä perifeeristä valtimotautia sairastavien potilaiden ohjauksen toteutumisen seurantaan. Ajatus ei kuitenkaan ollut sellainen, mitä tässä työssä haluttiin tehdä. Potilaalla mukana kulkeva paperinen ohjauslomake on idealtaan konkreettinen dokumentointi keino, mutta toteutuksena vanhahtava yhteiskunnassa, jossa pyrkimys on sähköisen potilaskertomuksen käyttöön. Tästä näkökulmasta tarkasteltuna olisi ohjauslomakkeen kehittämisessä luonnollista, että valmis lomake olisi sähköisessä muodossa. Tätä ei tämän hetkisellä tekniikalla ole vielä mahdollista toteuttaa, koska erilaiset sähköiset potilastietojärjestelmät eivät ole yhteydessä toisiinsa. Mahdollisuus sähköisen ohjauslomakkeen käytölle voi tulevaisuudessa tulla sähköisen kantarkiston kautta.

Osana tätä työtä kehitetty malli perifeeristä valtimotautia sairastavien potilaiden ohjaukseen on sisällöltään sellainen, mikä mahdollistaa sen käytön niin perusterveydenhuollossa kuin erikoissairaanhoidossa. Ajatus on, että jokainen perifeeristä valtimotautia sairastava potilas saa moniammatillista ohjausta sairauteensa ja siihen liittyvien riskitekijöiden hoitoon. Malli on monikäyttöinen ja sitä voi hyödyntää kaikkien valtimotautipotilaiden ohjauksessa.

Tutkimuksen aikana kerätty haastatteluaineisto tuotti tietoa ja ajatuksia, joita voi soveltaa jokapäiväiseen käytännön työhön. Ne ovat asioita, jotka tulivat haastatteluiden aikana puheeksi, mutta eivät liittyneet varsinaisesti haastatteluihin. Osa esille tulleista

tiedoista on sellaisia, mitkä ovat kaikkien työtä tekevien tiedossa, mutta ne vain erilaisten painotuksien ja arvostusten muuttuessa väistyvät taka-alalle. Tämän opinnäytetyön tuottaman tiedon avulla näitä asioita voidaan nostaa jälleen osaksi jokapäiväistä työtä omassa työyksikössä. Tästä esimerkkinä on pitkään Marevan- lääkkeeseen ja vanhoihin ravitsemussuosituksiin perustuvan ohjauksen saaneiden potilaiden kartoittaminen. Käytännössä tämä tarkoittaa sairaalaan tulevan potilaan saaman Marevan – lääkkeeseen liittyvän ravitsemusohjauksen selvittämistä ja tarvittaessa asianmukaisen ohjauksen antamista potilaille, koska ravitsemussuositukset ovat uudistuneet.

Kokemuksen perusteella sairaalahoidon aikainen potilasohjaus keskittyy tapahtuvaksi kaiken muun toiminnan ohella. Toiminnassa painotus on hyvin toimenpitekeskeistä ja ohjaus keskittyy juuri toimenpiteeseen liittyvään ohjaukseen ja toipumiseen, minkä arvoa ei voi väheksyä. Ohjauksesta jää puuttumaan alkuperäisen vaivan taustalla oleviin riskitekijöihin puuttuminen ja niihin liittyvän ohjauksen antaminen. Ohjauksen puuttumista pyritään selittämään tiedon ja resurssien vähydellä. Herää kuitenkin kysymys, voiko kaikkiin epäkohtiin selityksenä olla resurssien vähyys. Onko kysymys enemmänkin ohjauksen arvostuksesta? Ohjaus ja sen arvostus muuttuvat yleisesti vallitsevien arvojen mukana. Jos ohjauksella saavutetut tulokset olisivat yhtä nopeasti nähtävissä ja todennettavissa kuin erilaisilla kirurgisilla toimenpiteillä saatavat tulokset, voisi ohjauksen arvostus olla erilaista. Mutta, koska ohjaus ja sillä saavutettavat tulokset eivät ole näkyviä ja tulosten syntyminen vie aikaa, jää ohjaus muita vähäisempään asemaan.

Ohjaus tapahtumana tulisi olla vuorovaikutuksellista toimintaa, jossa potilaan kanssa yhteisymmärryksessä etsitään sopivia vaihtoehtoja. Parhaiten tuloksia saadaan aikaan ymmärtämällä, että potilailla on paljon tietoa ja ihmisen oppiminen on tuloksekainta kun hän itse saa olla tuottamassa ja työstämässä tietoa.

Tieto annetun intervention vähäisestä vaikutuksesta herättää kysymyksen mikä on annetun ohjauksen merkitys? Koska ohjauksella tiedetään kuitenkin olevan vaikutusta, herää kysymys siitä millainen on käytettyjen ohjausmenetelmien vaikutus? Voisiko toisenlaisilla menetelmillä saada aikaan parempia tuloksia? Kyse ei voi olla pelkästään käytetyistä menetelmistä vaan ohjaajan pedagogisilla taidoilla on oltava vaikutusta. Oppimisen tuloksia arvioitaessa tulee oppimista tarkastella prosessina ja arvioida kuinka siinä on onnistuttu.

LÄHTEET

Alasuutari, P. 1999. *Laadullinen tutkimus*. 3. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Bennett, P.C., Silverman, S., Gill, P.S. & Lip, G.Y.H. 2009. *Ethnicity and peripheral artery disease*. Oxford Journals Medicine, QJM: An International Journal of Medicine. Volume 102, issue 1.

Bendermacher, B.L.W., Willigendael, E.M., Teijink, J.A.W. & Prins, M.H. 2009. *Supervised exercise therapy versus non-supervised exercise therapy for intermittent claudication*. Cochrane review. The Cochrane Library 2009, issue 1. [Viitattu 26.9.2011.] Saatavissa: <http://www.thecochranelibrary.com>.

Blakely, G., Skirton, H., Cooper, S., Allum, P. & Nelmes, P. 2009. *Educational gaming in the health sciences: systematic review*. Journal of Advanced Nursing. Volume 65, issue 2.

Cheanvechai, V., Harthun, N.L., Graham, L.M., Freischlag, J.A. & Gathan, V. 2004. *Incidence of peripheral vascular disease in women: Is it different from that in men?* The Journal of Thoracic and Cardiovascular Surgery. Volume 127, issue 2.

Chow, C.K., Jolly, S., Rao-Melacini, P., Fox, K.A.A., Anand, S.S., Yusuf, S. 2010. *Association of Diet, Exercise, and Smoking Modification with Risk of Early Cardiovascular Events After Acute Coronary Syndromes*. Circulation. Volume 121. [Viitattu 18.11.2011]. Saatavissa: <http://circ.ahajournals.org>.

Council conclusion on promoting heart health. 2004. Council of the European Union. 7062/04.[Viitattu 12.9.2011]. Saatavissa: <http://register.consilium.eu.int/pdf/en/04/st07/st07062.en04.pdf>.

Curtis, R., Groarke, A.M., Coughlan, R. & Gsel, A. 2004. *The influence of disease severity, perceived stress, social support and coping in patients with chronic illness: a 1 year follow up*. Psychology, Health & Medicine. Volume 9, issue 4.

Deccade, A. & Aujoulat, I. 2001. *A European perspective: common developments, differences and challenges in patient education*. Patient Education and Counseling. Volume 44, issue 1.

Duodecim 2010. *Alaraajojen tukkiva valtimotauti*. Käypä hoito – suositus. [Viitattu 21.9.2011.] Saatavissa: www.kaypahoito.fi.

Engeström, Y. 1996. *Perustietoa opetuksesta*. 10.painos. Helsinki: Oy Edita Ab.

Eskola, J. & Suoranta, J. 2001. *Johdatus laadulliseen tutkimukseen*. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

European Society of Cardiology. 2011. ESC Guidelines on the diagnosis and treatment of peripheral artery diseases.[Viitattu 21.9.2011.] Saatavissa: <http://www.escardio.org/guidelines-surveys/esc-guidelines/Pages/peripheral-artery-diseases.aspx>.

Fredericks, S., Guruge, S., Sidani, S. & Wan, T. 2009. *Patient demographics and learning needs: Examination of relationship*. Clinical Nursing Research. Volume 18, issue 4.

Goessens, B.M., Visseren, F.L., de Nooijer, J., van den Borne, H.W., Algra, A., Wierdsma, J. & van der Graaf, Y. 2008. *A Pilot Study to identify the feasibility of an Internet – based coaching programme for changing the vascular risk profile of high risk patients*. Patient Education & Counseling. Volume 73, issue 1.

Hakkarainen, K., Lipponen, L., Muukkonen, H. & Seitamaa – Hakkarainen, P. 2001. Oppimisympäristöjen kognitiivinen tutkimus. Teoksessa Saariluoma, P., Kamppinen, M. & Hautamäki, A. (toim.) *Moderni kognitiotiede*. Helsinki: Yliopistopaino.

Hankonen, A., Kaarlela, E., Palosaari, T., Pinola, K., Säkkinen, M., Tolonen, A. & Virola, M. 2006. Vuorovaikutus ohjauksuhteessa. Teoksessa Lipponen, K., Kyngäs, H., Kääriäinen, M. (toim.). *Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit*. Pohjois- Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisu 4/2006. Oulu: Oulun Yliopistopaino.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2009. Potilaan tiedon tarpeet. HYKS- sairaanhoitoalue. [Viitattu 25.11.2011]. Saatavissa: www.hus.fi.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2010. Sepelvaltimotautipotilaan hyvä ohjaus. HYKS- sairaanhoitoalue. [Viitattu 25.11.2011]. Saatavissa: www.hus.fi.

Henkilötietolaki 1999/523. [Viitattu 14.11.2011.] Saatavissa: www.finlex.fi.

Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 2009. *Tutkimushaastattelu*. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara P. 2009. *Tutki ja kirjoita*. 15. uudistettu painos. Hämeenlinna: Kariston kirjapaino Oy.

HYKS generisen kotiuttamisprosessin kehittäminen 2007–2008. Sepelvaltimotautipotilaan kotiuttamisprosessi, ohjauslomakkeen ja yhtenäisen toimintamallin pilotti. [Viitattu 25.11.2011.] Saatavissa: www.hus.fi.

Hyypä, MT. & Liikanen, H-L. 2005. *Kulttuuri ja terveys*. Helsinki: Edita Prima Oy.

Iso-Kivijärvi, M., Keskitalo, O., Kukkola, K., Ojala, P., Olsbo A. & Pohjola, M. 2006. Hyvä potilasohjaus prosessina. Teoksessa Lipponen, K., Kyngäs, H., Kääriäinen, M. (toim.). *Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit*. Pohjois- Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006. Oulu: Oulun Yliopistopaino.

Isola, A., Backman, K., Saarnio, R., Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. *lääkäiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta erikoissairaanhoidossa*. Hoitotiede, Vol.19, no 2.

Kuopion Yliopistollinen sairaala. 2010. *Ammattikorkeakoulun opiskelijoiden opinnäytetyöt Kysissä*. Hallinnollinen ohje 3/2010. Pohjois- Savon sairaanhoitopiiri.

Kuula, A. 2006. *Tutkimusetiikka*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

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

Lahdes, E. & Kari, J. 1994. Didaktiikka kasvatustieteen osa-alueena ja sen keskeiset käsitteet ja teoriamallit. Teoksessa Kari, J. (toim.) *Didaktiikka ja opetussuunnittelu*. Juva: WSOY:n graafiset laitokset.

Launis, K. & Engeström, Y. 1999. Asiantuntijuus muuttuvassa työtoiminnassa. Teoksessa Eteläpelto, A. & Tynjälä, P. (toim.) *Oppiminen ja asiantuntijuus. Työelämän ja koulutuksen näkökulma*. Juva: WSOY – kirjapainoyksikkö.

Lazarus, R.S. 1993. *Coping Theory and Research: Past, Present and Future*. Psychosomatic Medicine (55).

Lazarus, R.S. & Folkman, S. 1984. *Stress, appraisal and coping*. New York: Springer Publishing Company.

Lehtinen, E. & Kuusinen, J. 2001. *Kasvatuspsykologia*. Juva: WS Bookwell Oy.

Lehtinen, E. & Palonen, T. 2002. Kognitio, käytäntö ja kulttuuri: lintubongarin pidempi oppimäärä. Teoksessa Eteläpelto, A. & Tynjälä, P. (toim.) *Oppiminen ja asiantuntijuus. Työelämän ja koulutuksen näkökulma*. Juva: WSOY – kirjapainoyksikkö.

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

Lundgren – Laine, H. & Gröndahl W. 2010. *Oppimisen monimuotoiset menetelmät. Potilasohjaus – Symposium 17.3.2010*. [Viitattu 12.9.2011.] Saatavissa: www.vsshp.fi/fi/4661/46282/.

Lunnela, J. 2011. *Internet- perusteisen potilasohjauksen ja sosiaalisen tuen vaikutus glaukoomapotilaan hoitoon sitoutumisessa* [verkojulkaisu]. Oulun Yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta, Terveystieteiden laitos. Hoitotiede ja terveyshallinto. Akateeminen väitöskirja [Viitattu 23.11.2011]. Saatavissa: <http://herkules.oulu.fi/isbn9789514294136/isbn9789514294136.pdf>.

Magnussen, C.G., Niinikoski, H., Juonala, M., Kivimäki, M., Rönnemaa, T., Viikari, J.A.S., Simell, O. & Raitakari O.T. 2011. *When and how to start prevention of atherosclerosis? Lesson from the cardiovascular risk in the young Finns study and the spe-*

cial Turku coronary risk factor intervention project. Pediatric Nephrology. PMID: 21877168.[Viitattu 22.9.2011.] Saatavissa: <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/21877168>.

Martelin, T., Koskinen, S. & Lahelma, E. 2005. *Väestöryhmien väliset terveysterot* [verkkojulkaisu]. Duodecim terveyskirjasto. [Viitattu 14.11.2011]. Saatavissa: <http://www.terveyskirjasto.fi>.

Matinheikki – Kokko, K. 1999. Kulttuurikompetenssin oppiminen toisesta kulttuurista tulevien ohjaustyössä. Teoksessa Eteläpelto, A. & Tynjälä, P. (toim.) *Oppiminen ja asiantuntijuus. Työelämän ja koulutuksen näkökulma*. Juva: WSOY – kirjapainoyksikkö.

Miettinen, R. 1984. *Kognitiivisen oppimiskäsityksen tausta*. Julkaisusarja B nro 24. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Mäkelä, K. 1998. Kvalitatiivisen analyysin arviointiperusteet. Teoksessa Mäkelä, K. (toim.). *Kvalitatiivisen aineiston analyysi ja tulkinta*. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino Oy.

Nevgi, A. & Lindblom – Yläne, S. 2003. Oppimiskäsitykset antavat perustan opetukselle. Teoksessa Lindblom – Yläne, S. & Nevgi, A. (toim.) *Yliopisto- ja korkeakouluopettajan käsikirja*. 1.-2. painos. Vantaa: Dark Oy.

Nieminen, H. 1997. Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen- Julkunen, K. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. Juva: WSOY.

Norgren, L., Hiatt, W.R., Dormandy, J.A., Nehler, M.R., Harris, K.A. and Fowkes, F.G.R. 2007. *Inter-Society Consensus for the Management of Peripheral Arterial Disease (TASC II)*. [Viitattu 19.9.2011.] Saatavissa: <http://www.sciencedirect.com>.

Nummenmaa, R. 1982. Nykyaikainen länsimainen kognitiivinen oppimisteoria: skeeman ja oppimisstrategian käsitteet. Teoksessa *Kognitiiviset ja kulttuurihistorialliset oppimisteoriat: Didaktiikka I – seminaarin esitelmää vuosilta 1982 - 83*. Julkaisusarja B no 33, 1984. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Nursing Practice Act. 2009. Nursing Practice Act, Nursing Peer Review Act, Nurse Licensure compact & Advanced Practice Registered Nurse Compact. Texas Board of Nursing.[Viitattu28.9.2011.]Saatavissa:<http://www.bon.texas.gov/nursinglaw/npa.html>.

Okkonen, E. 2000. *Potilaan psykososiaaliset vaaratekijät, selviytymiskeinot ja koettu terveys sepelvaltimoiden ohitusleikkauksen yhteydessä* [verkkójulkaisu]. Helsingin Yliopisto. Yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon osasto. Akateeminen väitöskirja[Viitattu11.11.2011].

Saatavissa:<http://ethesis.helsinki.fi/julkaisut/laa/kliin/vk/okkonen/>.

Olson, R., Sabogal, F. & Peres, A. 2008. *Viva La Vida: Helping Latino Medicare Beneficiaries with Diabetes Live Their Lives to the Fullest* [verkkójulkaisu]. American Journal of Public Health. Vol. 98, no 2.

Penttilä, U-R. 2011. *Sydänsairauden sokista selviytyminen*. [Viitattu 18.10.2011.] Saatavissa: www.duodecim.fi.

Pietarinen J. & Launis, V. 2002. Etiikan luonne ja alueet. Teoksessa Karjalainen, S., Launis, V., Pelkonen, R. & Pietarinen, J. (toim.). *Tutkijan eettiset valinnat*. Tampere: Tammer- Paino.

Poikela, S. 2003. *Ongelmaperustainen pedagogiikka ja tutorin osaaminen* [verkkójulkaisu]. Tampereen Yliopisto. Kasvatustieteiden tiedekunta. Akateeminen väitöskirja [Viitattu 20.9.2011]. Saatavissa: <http://acta.uta.fi/pdf/951-44-5661-0.pdf>.

Puolimatka, T. 2002. *Opetuksen teoria. Konstruktivismista realismiin*. Vammala: Vammalan Kirjapaino Oy.

Rajala, P. 1982. Nykyaikaisen länsimäinen kognitiivinen oppimisteoria, John D. Brandsford. Teoksessa *Kognitiiviset ja kulttuurihistorialliset oppimisteoriat*. Didaktiikka I – seminaarin esitelmiä vuosilta 1982 - 83. Julkaisusarja B nro 33, 1984. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

Rauste- von Wright, M., von Wright, J. & Soini, T. 2003. *Oppiminen ja koulutus*. Juva: WS Bookwell Oy.

Rosenqvist, U. 2001. *Patient education – new trends in Sweden*. Patient Education and Counseling. Volume 44, issue 1.

Roter, D. L., Stashefsky – Margalit, R. & Rudd, R. 2001. *Current perspective on patient education in the US*. Patient Education and Counseling. Volume 44, issue 1.

Saariluoma, P. 2001. Moderni kognitiotiede. Teoksessa Saariluoma, P., Kamppinen, M. & Hautamäki, A. (toim.) *Moderni kognitiotiede*. Helsinki: Yliopistopaino.

Skelton, A. 2001. *Evolution not Revolution? The struggle for the recognition and development of patient education in the UK*. Patient Education and Counseling. Volume 44, issue 1.

Slater, M., Buller, D., Waters, E., Archibeque, M. & LeBlanc, M. 2003. *A Test of Conversational and Testimonial Messages versus Didactic Presentations of Nutrition Information*. Journal of Nutrition Education and Behavior 35(5).

Sol, B.G., van der Graaf, Y., van der Bijl, J.J., Goessens, B.M. & Visseren, F.L. 2008. *The role of self-efficacy in vascular risk factor management: a randomized controlled trial*. Patient Education and Counseling. Volume 71, issue 2.

Spector, R. E. 2010. *Cultural Diversity in Health and Illness*. 7. painos. New Jersey: Pearson Education.

Suomen kielen sanakirjat 1. 1981. Aikio, A. (toim.) Vornanen, R. (uusinut) *Uusi sivistyssanakirja*. Keuruu: Kustannusyhtiö Otavan painolaitokset.

Suomen Sydänliitto. www.sydanliitto.fi.

Säljö, R. 2001. *Oppimiskäytännöt. Sosiokulttuurinen näkökulma*. Kääntänyt. B. Grönholm. Juva: WS Bookwell Oy

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2003. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Tynjälä, P. 1999. *Oppiminen tiedon rakentamisena. Konstruktivistisen oppimiskäsitteiden perusteita*. Tampere: Tammer- Paino Oy.

Uusikylä, K. & Atjonen, P. 2002 *Didaktiikan perusteet*. 1. – 2. painos. Juva: WS Bookwell Oy.

Varto, J. 1992. *Laadullisen tutkimuksen metodologia*. Tampere: Tammer-paino Oy.

Vilkka, H. 2007. *Tutki ja kehitä*. 1 - 2. painos. Helsinki: Tammi.

Visser, A., Deccache, A. & Bensing, J. 2001. *Patient education in Europe: united differences*. Patient education and Counseling. Volume 44, issue 1.

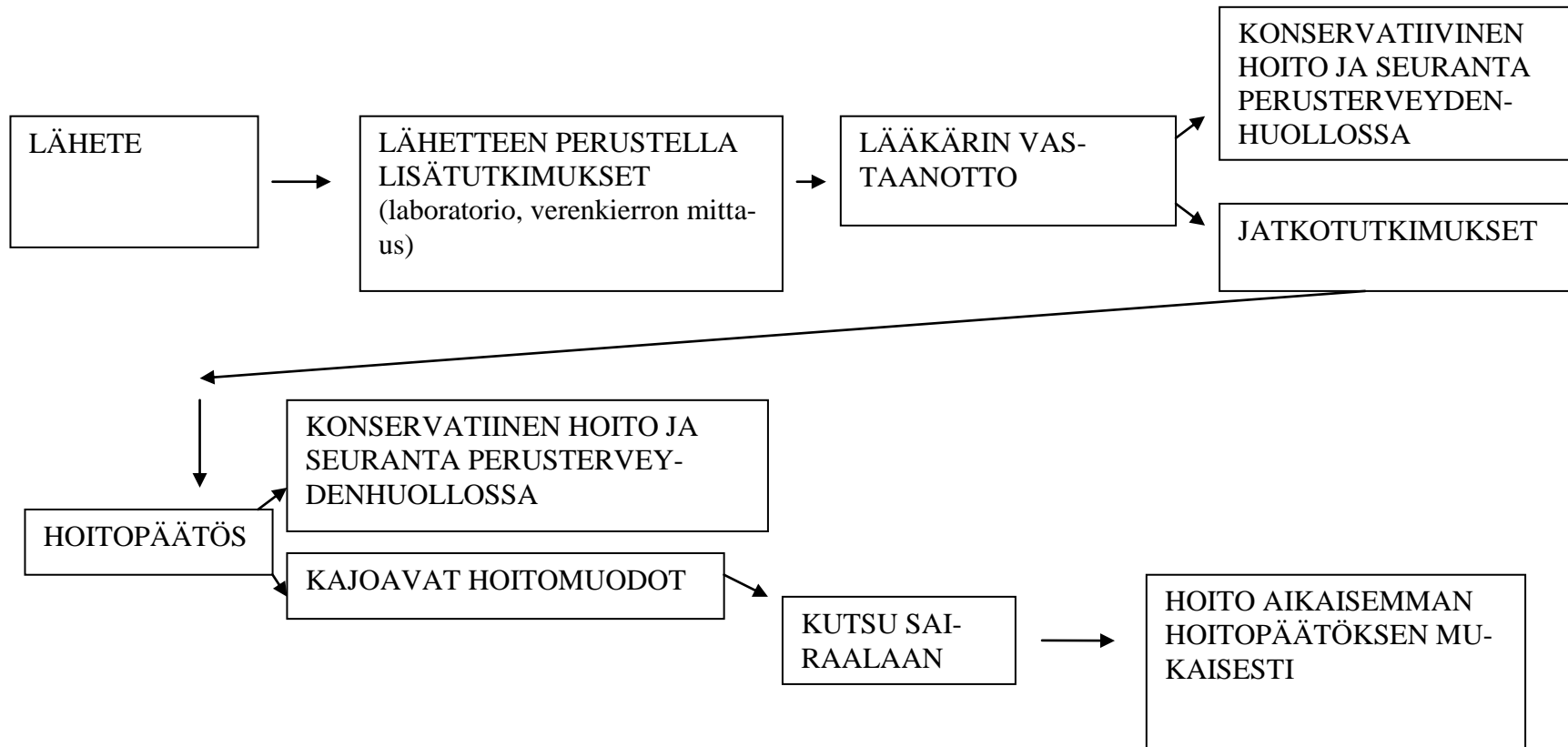
Voutilainen, U., Jokinen, P., Kopeli, M., Pöllänen, E., Rissanen, R. & Tenkama, P. 2007. *Opinnäytetyöopas. Ylemmät ammattikorkeakoulututkinnot*. Savonia Ammattikorkeakoulu.

Watson, L., Ellis, B., & Leng G.C. 2008. *Exercise for intermittent claudication*. Cochrane review. The Cochrane Library 2008, issue 4. [Viitattu 26.9. 2011.] Saatavissa: <http://www.thecochranelibrary.com>.

WHO 2011. *Network of the health promoting hospitals*. [Viitattu 26.9.2011.] Saatavissa: <http://www.euro.who.int>.

WHO. Regional office for Europe. 1998. *Therapeutic Patient Education -Continuing education programmes for health care providers in the field of prevention of chronic diseases*. Report of a WHO working group. Copenhagen. [Viitattu 29.9.2011.]. Saatavissa: http://www.euro.who.int/_data/assets/pdf_file/0007/145294/E63674.pdf.

Yamazaki, Y. 2005. *Learning Styles and Typologies of Cultural Differences: A Theoretical and Empirical Comparison*. International Journal of Intercultural Relations. Volume 29, issue 5.



Perifeeristä valtimotautia sairastan hoitopolku erikoissairaanhoidossa.

LIITE 1.

TEEMAHAASTATTELURUNKO

AIHE: Perifeeristä valtimotautia sairastavan potilaan ohjaus terveydenhuollon ammattihenkilön näkökulmasta

1. Perifeeristä valtimotautia sairastavan ohjaus edustamasi ammattiryhmän näkökulmasta
 - millaista tietoa annetaan?
 - minkälaisia taitoja potilas ohjataan oppimaan?
 - miten potilasta autetaan sopeutumaan sairauteensa?

2. Minkä ammattiryhmien tulisi osallistua ja tehdä yhteistyötä perifeeristä valtimotautia sairastavan potilaan ohjauksessa?

3. Miten potilas vaikuttaa antamaasi ohjaukseen?

sairauteen liittyvä tieto
tiedon antamisen keinot
elämätapojen vaikutus sairauteen
tiedon ymmärrettävyys

*tiedon
antaminen*

taidot sairauden kanssa elämiseen
elämäntapamuutokset
avun hakeminen
motivoituminen ja sitoutuminen
elämäntapamuutokseen

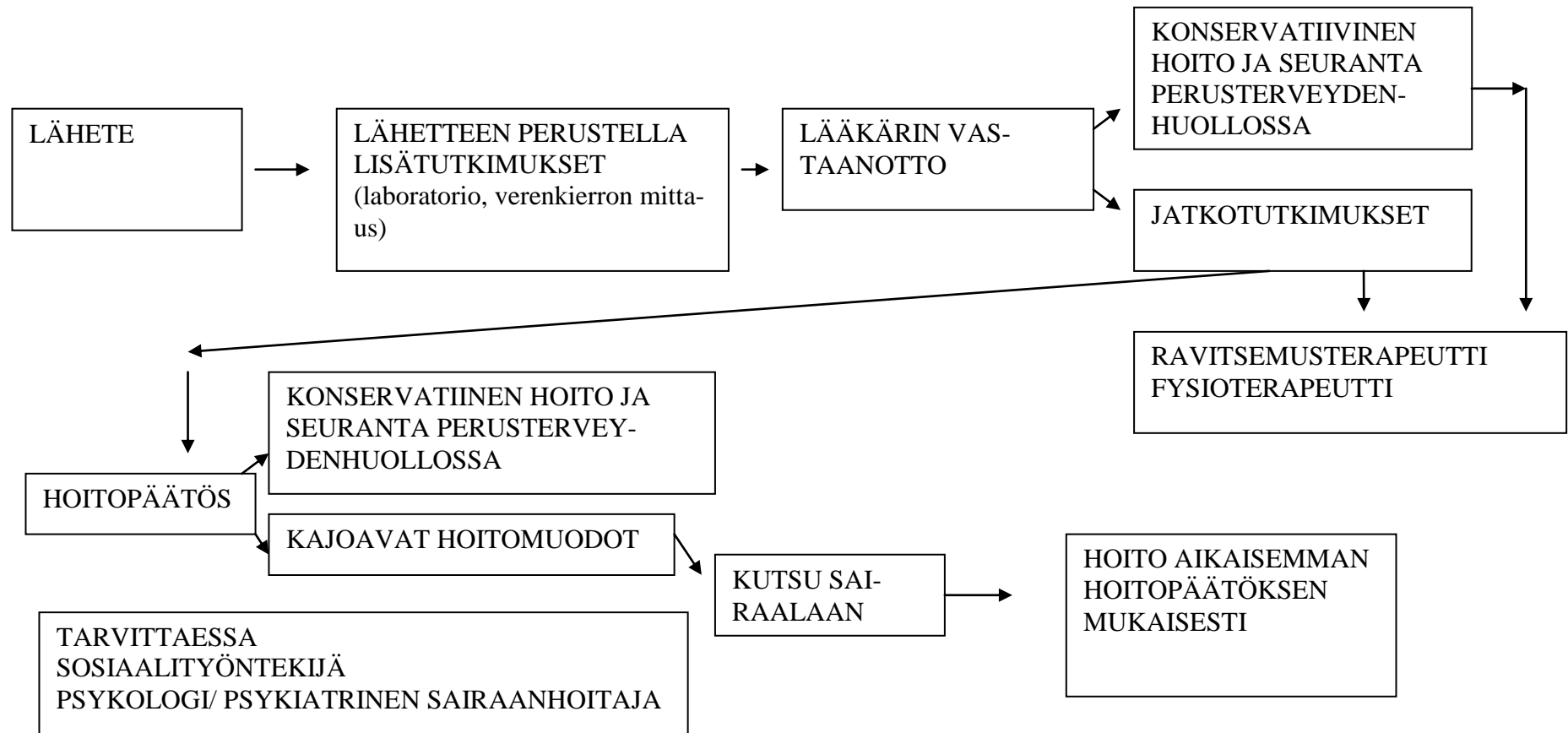
*taitojen
opettaminen*

Terveystieteiden ammattihenkilön rooli perifeeristä
valtimotautia sairastavan potilaan ohjauksessa

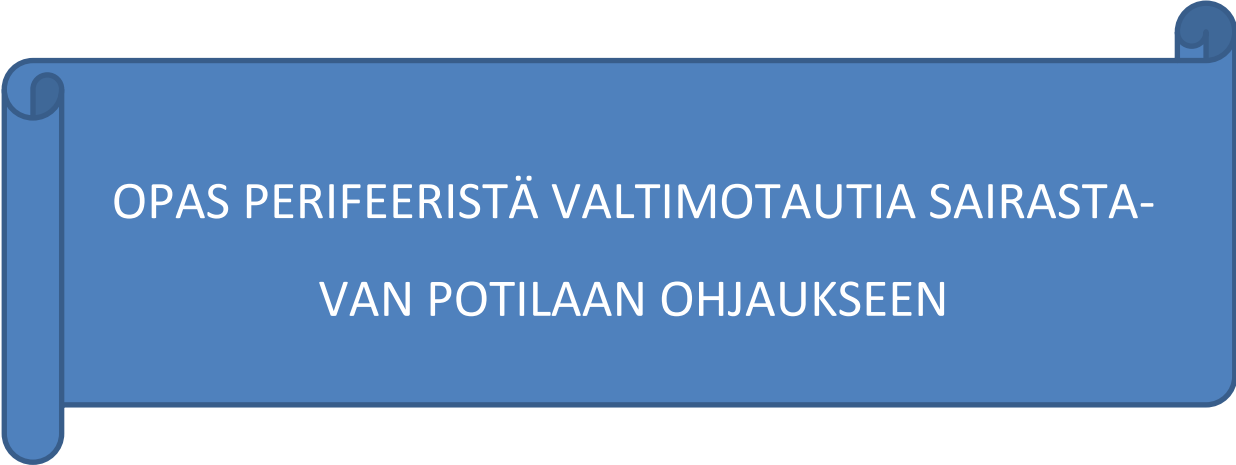
sairauden pitkäaikaisuuden mieltäminen
tiedon merkitys sopeutumisen edistämiseksi
toivon ylläpitäminen
yksilöllisyys
tiedon antamisen oikea aikaisuus
sairauteen vaikutus arkielämään

*sopeutumisen
tukeminen*

LIITE 3 Aineiston analyysin pääluokat



Perifeeristä valtimotautia sairastavan potilaan moniammatillinen asiakaspolku. LIITE 4.

A blue graphic element resembling a scroll, with a vertical strip on the left side and a horizontal strip on the right side, both with rounded ends. The text is centered within the horizontal strip.

OPAS PERIFEERISTÄ VALTIMOTAUTIA SAIRASTA-
VAN POTILAAN OHJAUKSEEN

Tämä on opas perifeeristä valtimotautia sairastavan potilaan ohjaukseen. Ohjauksella pyritään lisäämään potilailla olevaa tietoa ja sitoutumista omahoitoonsa. Jokaisen ohjauksen osa-alueen yhteisenä tavoitteena on, että potilas saa suullisen ohjauksen lisäksi kaiken ohjauksessa käsitellyn tiedon myös kirjallisesti. Ohjauksen sisältö rakentuu aina potilaan lähtökohdista ja ihminen nähdään kokonaisuutena. Huomioi jokaisessa ohjaustilanteessa potilaan kyky tiedon vastaanottamiseen ja oppimiseen.

Tätä opasta on mahdollisuus käyttää ohjauksen runkona ja tukena ohjauksen sisällön suunnittelussa. Sairausten hoitaminen ja muutokset elämässä tapahtuvat pienten tavoitteiden ja muutosten avulla. Suunta realistisille tavoitteille laaditaan yhdessä potilaan kanssa. Ohjaus kohdistuu aina potilaan lisäksi omaiseen ja hänelle annettavaan ohjaukseen. Jokaisella osa-alueella on tavoitteet, mitkä ovat huomioin arvoisia tekijöitä kaikilla osa-alueilla.



SISÄLLYS

PERIFEERINEN VALTIMOTAUTI JA SEN HOITO

RAVITSEMUS

LIIKUNTA

SAIRAUTEEN SOPEUTUMISEN TUKEMINEN

TAVOITTEET:

Potilas ja omaiset tietävät millainen sairaus perifeerinen valtimotauti on ja mitkä ovat sairauden tärkeimmät hoitomuodot

Potilas ja omaiset saavat riittävästi ensitietoa sairaudesta

Huomioi potilaan ja omaisen sairauteen sopeutumisen tila ja kyky vastaanottaa tietoa

Käytä arkielämään linkittyviä esimerkkejä ja havainnollista ohjausta potilaan elämästä nousevien asioiden kautta

❖ Sairauden aiheuttamat oireet ja keinot oireiden helpottamiseksi

➤ Kludikaatio

- tarkoittaa riittämättömästä valtimoverenkierrosta johtuvaa lihasten hapenpuutteen tilaa, mikä pakottaa pysähtymään
- Kludikaatiota voidaan helpottaa toistuvan kävelyharjoittelun avulla, mikä vaatii sitoutumista: varaa potilaalle aika fysioterapeutille
- kludikaation aiheuttaman kivun vuoksi on hyväksyttävää pysähtyä ja odottaa kivun loppumista

➤ Jalkojen lepokivut

- kipua helpottaa jalan riiputtaminen sängyn laidan yli tai
- sängyn päädyn korottaminen niin, että jalat ovat alaspäin

➤ Haavat

- usein syynä on jalan huono verenkierto
- haavojen syntyä voidaan ennaltaehkäistä käyttämällä esimerkiksi luonnossa liikkuesssa pitkävartisia jalkineita
- jalkojen ihon kunto tulee tarkastaa päivittäin
- sukkiensa ja kenkien tarkastaminen ennen jalkaan laittamista
- hiertymien syntymisen ehkäisy esimerkiksi sopivien kenkien valinnalla

Huomioi ohjauksessa olevan henkilön ikä ja siihen liittyvät erilaiset tiedon tarpeet

Ole valmis muuttamaan ohjausmenetelmiä potilaan tarpeiden mukaisesti

Mieti voisiko henkilön ohjauksessa hyödyntää erilaisia ohjausmenetelmiä esimerkiksi internetin kautta annettavaa ohjausta

❖ Sairauden esiintyminen

➤ Iän vaikutus sairauteen

- perifeerinen valtimotauti on pääasiassa iäkkäiden ihmisten sairaus, mutta sitä voi olla myös nuoremmilla ihmisillä
- ateroskleroosin esiintymisen mahdollisuus jalkojen lisäksi myös sepelvaltimoissa ja aivovaltimoissa
- sairauden ennuste - kerro potilaalle millaiset mahdollisuudet hänellä on vaikuttaa sairauden ennusteeseen

❖ Hoitovaihtoehdot

➤ Konservatiivinen hoitolinja on yleisin vaihtoehto

- säännöllinen seuranta
- omahoidon merkitys korostuu sairauden etenemiseen vaikuttamisessa: terveellisillä elämäntavoilla on mahdollisuus vaikuttaa sairauden sen etenemistä hidastavasti
- lääkehoito: asetyyliisalisyylihappo (ASA), statiinihoito.

➤ Invasiivinen hoito

- jalan suonten pallolaajennus
- leikkaushoito, esimerkiksi ohitusleikkaus jalkaan
- hoitomuotojen yhdistelmän mahdollisuus

Keskustele potilaan kanssa hoitovaihtoehtoista ja perustele oma kantasi viittaamalla tutkimustietoon. Anna potilaalle mahdollisuus vaikuttaa ratkaisun tekemiseen.

Huomioi potilaalla olevat riskitekijät ja rakenna riskitekijöitä käsittelevä ohjaus potilaan tilanteesta lähtöisin

Kerro myös niistä riskitekijöistä, jotka eivät ole potilaan elämässä ajankohtaisia

❖ Perifeerisen valtimotaudin riskitekijät ja niiden vaikutus sairauteen

➤ Tupakka

- tupakka on tärkein perifeerisen valtimotaudin riskitekijä
- supistaa verisuonia ja heikentää verenkiertoa raajoissa
- tupakoinnin lopettaminen on suositusten mukaan edellytys leikkaus tai pallolaajennushoitoon pääsemiselle
- erilaisten vaihtoehtojen tarjoaminen potilaalle tupakoinnin lopettamisen tueksi (lääkehoito, tukiryhmät)
- tupakoinnin lopettamisen hyödyt. Näytä potilaalle hyödyistä kertova taulukko sydänliiton internet-sivuilta (<http://www.sydanliitto.fi/tupakka2>) tai tämän oppaan lopusta

Jos potilas jää miettimään tupakoinnin lopettamista tai on halukas lopettamaan tarjoa tukea lopettamiseen ja varaa kontrolliaika 3 kk päähän

➤ Diabetes

- diabeteksen huono hoitotasapaino lisää perifeerisen valtimotaudin riskiä
- korkea verensokeri vaurioittaa osaltaan verisuonia
- diabetes heikentää jalkojen tuntoa ja mahdollistaa haavauman syntymisen huomaamatta
- jalassa olevan haavan taustalla voi olla perifeerinen valtimotauti
- verensokerin ajoittainen seuranta, vaikka diabetesta ei olisi todettukaan

➤ Verenpaine

- koholla oleva verenpaine ja perifeerinen valtimotauti esiintyvät usein yhdessä
- verenpaineen ajoittainen seuranta, koska kohonnut verenpaine ei aina aiheuta oireita

➤ Kolesterolin

- kohonneen kolesterolin ja perifeerisen valtimotaudin välinen yhteys on kiistanalainen, mutta sepelvaltimotaudin taustalla kolesterolin on selkeä riskitekijä

Sairauteen liittyvän tiedon antamisessa huomioi yhteistyön mahdollisuus potilasjärjestöjen kanssa.

- ohjaa potilas verikokeisiin kolesteroliarvojen selvittämiseksi

Varaa potilaalle soittoaika kolesteroliarvoista

- Ikä ja sukupuoli
 - sairauden esiintyminen lisääntyy iän myötä
 - nuoremmassa ikäryhmissä perifeerinen valtimotauti on pääasiassa miehillä esiintyvä sairaus
 - sukupuolten välinen ero sairauden esiintymisessä kaventuu vanhemmissa ikäryhmissä
- Munuaisten vaajatoiminta
 - tutkimusten mukaan itsenäinen riskitekijä perifeerisen valtimotaudin taustalla
- ❖ Sairauteen liittyvä seuranta ja hoidon jatkuvuus
 - Seuranta ja hoito tapahtuvat pääasiassa terveyskeskuksessa
 - Kerro potilaalle seurantojen aikataulu ja ajanvarausmenettely
 - Syyt, milloin pitää hakeutua lääkärin vastaanotolle
 - kotona selviytyminen heikkenee
 - yhtäjaksoinen kävelymatka lyhenee
 - kävelyyli liittyvä kipu lisääntyy
 - lepokivut lisääntyvät
 - jalkaan tulee haava
 - jalassa on tuntomuutoksia tai jalka menee kylmäksi

Korosta, että kyseessä on systeeminen sairaus, jonka hoidossa yleisten valtimotaudin riskien huomioiminen on tärkeää!

Tiedon antamisessa ennakoiti kannattaa. Jos potilas on halukas saamaan tietoa, anna hänelle sitä ja ohjaa luotettavien tietolähteiden käyttämiseen esimerkiksi internetissä.

TAVOITTEET:

Potilas tietää mitä ruokavalio muutokset tarkoittavat käytännössä hänen elämässään

Motivoituminen ja sitoutuminen elämäntapamuutokseen

Elämäntapojen vaikutuksen ymmärtäminen

Varaa potilaalle aika ravitsemusterapeutille

Selvitä potilaalla jo olemassa oleva tieto terveellisestä ravitsemuksesta

Käytä ohjauksessa esimerkkejä tuotteista ja käytännön toteutuksesta

Tuo ohjauksessa esille terveellisen ravitsemuksen monipuoliset vaikutukset

Hyödynnä ohjauksessa Sydänliiton Ravinto sydänterveyden edistämässä - ohjetta (<http://www.sydanliitto.fi/omat-suositukset>)

❖ Ruokavalio-ohjaus

➤ Sydänystävällinen ruokavalio

- pehmeiden rasvojen käyttäminen
- suolan vähentäminen
- kuituja sisältävien elintarvikkeiden lisääminen ruokavalioon
- marjojen, hedelmien ja kasvien kuulumisen osaksi ruokavaliota

Varmista, että potilas tietää millaisia elintarvikkeita kaupasta tulee valita ja kuinka niistä valmistetaan terveellistä ja monipuolista ruokaa

Ohjaus perustuu potilaan
ruokavalioon ja tarpeen
tunnistamiseen.

- ❖ Ravinnon vaikutus sairauteen ja riskitekijöihin
 - Terveellisellä ravitsemuksella ei voida vaikuttaa suoraan sairauden oirekuvaan, mutta sen avulla voidaan vaikuttaa sairauden ennusteeseen
 - Rasvat
 - kovat rasvat edistävät verisuonten ahtautumista
 - pehmeät rasvat suojaavat verisuonia
 - pehmeillä rasvoilla on positiivinen vaikutus sokeriaineenvaihduntaan
 - rasvojen vaihtaminen pehmeisiin rasvoihin tapahtuu esimerkiksi
 - juuston vaihtaminen kevytjuustoon
 - leikkeleissä suositaan kokolihaleikkeitä ja leivälle laitettavien leikkeleiden määrään kiinnitetään huomioita
 - maitopohjaisten levitteiden vaihtaminen kasvirasvapohjaiseen levitteeseen
 - Suola
 - vaikutus verenpaineeseen
 - ravitsemuksen yleiset vaikutusmahdollisuudet verenpaineeseen
- ❖ Jos potilaan ruokavaliossa on runsaasti muutostarpeita, tapahtuu muutos pienissä erissä
 - Huomioi potilaan mielipide muutostarpeiden suunnittelussa
 - Valitkaa potilaan kanssa yhdessä tärkeimmät muutoksen kohteet
 - Varmista, että potilas tietää kuinka muutosta lähdetään tekemään ja mitä se häneltä vaatii
 - Varaa potilaalle seuraava käynti

Onko ohjausta mahdollista toteuttaa ryhmäohjauksena?
Ryhmäohjaus mahdollistaa vertaistuen saamisen.

TAVOITEET:

Potilas tietää mitä liikunnan harrastaminen tarkoittaa juuri hänen elämässään

Motivoituminen ja sitoutuminen elämäntapamuutokseen

Varaa aika fysioterapeutille

Aseta potilaan kanssa selkeät (metrimääräiset) tavoitteet liikkumiselle

Liikuntaohjaus kannattaa aloittaa mahdollisimman pian sairauden toteamisen jälkeen

- ❖ Liikunnan vaikutus sairauteen ja riskitekijöihin
 - Vähentää valtimotaudin riskiä
 - Liikunta parantaa verisuonten auki pysymistä veren virtauksen lisääntyessä
 - Laajentaa verisuonia
 - Liikunta kuuluu päivittäiseen omahoitoon yhdessä lääkehoidon ja ruokavalion kanssa
 - Liikunnalla on olemassa positiivisia vaikutuksia verenpaineeseen, ylipainoon, kolesteroliin ja diabetekseen

- ❖ Liikunnan vaikutusmekanismit ja hyödyt
 - Liikunta on ennalta ehkäisykeino sairauden etenemisessä
 - Kestävyyssiikunnalla pyritään parantamaan suorituskykyä ja rakentamaan kollateraalikiertoa
 - kävelykykyä voidaan parantaa sitoutuneen harjoittelun avulla. Tiedetään, että esimerkiksi 200-300m kertakävelymatkaa voidaan harjoittelun avulla kasvattaa 500-1000m
 - kävelyharjoittelu tarkoittaa toistuvaa kävelyä kipurajalle asti
 - harjoittelu on tehokkaampaa kipua aiheuttavien kävelyjaksojen lisääntyessä
 - harjoittelu vaatii kävelyä kivusta huolimatta, koska kipu ei ole vaarallista

Anna potilaalle kirjallisesti yksilölliset liikuntaohjeet, koska yksilölliset ohjeet motivoivat valmiita ohjeita paremmin.

- Kävelytestien hyödyntäminen kävelykyvyn seurannassa
 - 6 minuutin kävelytesti
- Liikunnan tulee olla ohjattua
 - jokainen potilas tarvitsee yksilöllisen liikuntaohjelman
 - liikuntaan liittyvä seuranta

Tutustu Duodecimin liikunnan käypähoito suositukseen perifeerisen valtimotaudin osalta
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50075#s22>

❖ Liikuntamuotojen vaihtoehdot

- Etsi potilaan kanssa hänelle sopiva ja motivoiva liikuntamuoto
- Perifeeristä valtimotautia sairastavalle potilaalle liikuntamuodoksi sopii esimerkiksi
 - kävely/sauvakävely
 - kuntopiiri
 - kuntosali
 - voimistelu
- Anna potilaalle sydänliiton internet-sivuilta ja tämän oppaan lopusta löytyvä liikuntapäiväkirja <http://www.sydanliitto.fi/liikunta8>

Motivaation löytymiseen tarvitaan keinoja, joilla tuloksia saadaan näkyviin jo lyhyellä aikavälillä.

TAVOITE:

Potilaan sopeutuminen sairauteen

Potilaalla on tarvittaessa mahdollisuus keskustella ulkopuolisen henkilön kanssa sairauteen liittyvistä asioista

Potilas ja omaiset tietävät millaisia sosiaalietuuksia ja palveluita sairauden vuoksi on mahdollisuus saada ja heillä on tarvittaessa taitoa

hakea etuuksia

Tasapainoisen ja rikkaan elämän eläminen sairaudesta huolimatta

Varaa potilaalle aika sosiaalityöntekijälle

Osoita potilaalle olevasi tukena ja aidosti kiinnostunut hänen asioistaan

❖ Taloudelliset etuudet ja palvelut

- Kelan etuudet
- Vammaispalvelulain puitteissa saatavat mahdolliset etuudet ja palvelut
- Kunnan sosiaalitoimi
- Kodinmuutostyöt

❖ Elämänhallinnan säilyttäminen

Tarvittaessa moniammatillinen yhteistyö sosiaalityöntekijän, fysioterapeutin, psykologin/psykiatrisen sairaanhoitajan ja potilasjärjestöjen kanssa

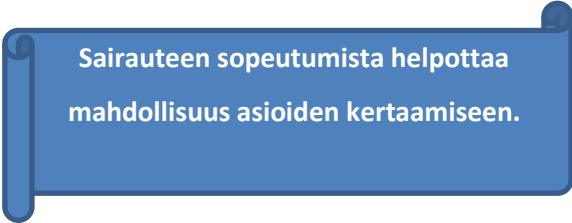
Huomioi sosiaalityön monipuolinen toimenkuva.

Ohjauksen antamisessa ja sopeutumisen tukemisessa ajoitus ja ohjauksen oikea aikaisuus ovat tärkeitä.

- ❖ Tue potilasta normaalin elämän jatkamiseen sairaudesta huolimatta
 - Harrastusten jatkaminen
 - miettikää yhdessä ratkaisuja harrastusten jatkamisen mahdollistamiseksi
 - (Työssä käyminen)
 - Sosiaalisten suhteiden ylläpitäminen

- ❖ Keskustele potilaan kanssa sairauden vaikutuksista arkielämään
 - Sairauden vaikutus kotona selviytymiseen ja tarvittavat aputoimet
 - kotipalvelu
 - kodinmuutostyöt
 - Liikkuminen
 - apuvälineet ja niiden hankkiminen
 - Perifeerinen valtimotauti on pitkäaikaissairaus
 - sairauden luonteen mieltäminen
 - tarjoa potilaalle mahdollisuus keskustella ulkopuolisen henkilön kanssa
 - varaa tarvittaessa aika sosiaalityöntekijän luokse tai psykiatriselle sairaanhoitajalle
 - Taloudellisen tilanteen varmistaminen ja riittävien palveluiden saaminen
 - riittävä toimeentulo sairaudesta huolimatta
 - kotona selviytyminen

- ❖ Asianmukaisen tiedon antaminen sairaudesta helpottaa sairauteen sopeutumista
 - Kerro järjestettävistä ensitietopäivistä






Sairauteen sopeutumista helpottaa
mahdollisuus asioiden kertaamiseen.

- anna aikataulu ja ohjelma
- Sopeutumisvalmennuskurssit
 - kerro kuinka kursseille voi hakeutua
- Vertaistuki
 - paikallisen sydämpiirin toiminta
 - Tulppa- avokuntoutus

20 min.	8 tuntia	24 tuntia	48 tuntia	72 tuntia	2 viikkoa – 3 kk.	3-9 kk.	1-2 vuotta	5 vuotta	10 vuotta
Verenpaine laskee	Veren happipitoisuus paranee	Sepelvaltimotautikohtauksen riski alkaa laskea	Nikotiini on poistunut elimistöstä	Keuhkojen toiminta paranee, hengittäminen tulee helpommaksi	Elimistön verenkierto paranee	Yskä ja hengitysvaikeudet vähentyvät	Todennäköisyys saada sepelvaltimotautikohtaus vähenee	Sepelvaltimotautikohtauksen riski vähenee puoleen	Sepelvaltimotautikohtauksen riski vähenee tupakoimattoman tasolle
Syke rauhoittuu	Elimistössä oleva nikotiinin määrä puolittuu	Häkä on poistunut elimistöstä	Haju- ja makuaisti alkavat parantua	Keuhko-putkien supistustila lakkaa	Käveleminen ja juokseminen helpottuvat	Keuhkojen toiminta paranee edelleen			Vuosien tupakoimattomuus parantaa verenkiertoa kokonaisuudessaan
			Käveleminen muuttuu helpommaksi						

Tupakoinnin lopettaminen antaa terveyshyötyjä sydämellesi

Lähde: Health Education Authority, Steer Clear, For friendly help and advice on stopping smoking, 1996.

Pvm	Liikuntamuoto esim. sauvakävely	Kesto esim. 20 min.	Rasittavuus * esim. reipas	Tuntemukset		
						

* kevyt = ei juurikaan hengästyä, reipas= jonkin verran hengästymistä, rasittava= voimakasta hengästymistä

