VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
VASA YRKESHÖGSKOLA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Elina Järvi & Jenna Vainio-Kaila

OHJAUKSEN MERKITYS JA TOTEUTUMINEN POLIKLINIKALLA

Sosiaali- ja terveysala
2013

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma

TIIVISTELMÄ

Tekijä	Elina Järvi ja Jenna Vainio-Kaila
Opinnäytetyön nimi	Ohjauksen merkitys ja toteutuminen hoitotyössä
Vuosi	2013
Kieli	suomi
Sivumäärä	64 + 4 liitettä
Ohjaaja	Suvi Kallio

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Seinäjoen keskussairaalan korva-, nenä-, ja kurkkutautien poliklinikan ohjauksen toteutumista käytännössä. Työllä pyrittiin tuottamaan käyttökelpoista tutkimustietoa, jota pystytään hyödyntämään ohjauksessa sekä selvittämään hoitohenkilökunnan koulutuksen ja ohjauksen tarve aiheesta.

Tutkimukseen osallistui 13 hoitajaa korva-, nenä-, ja kurkkutautien poliklinikan yksiköstä. Tutkimus oli sekä kvantitatiivinen että kvalitatiivinen. Aineisto kerättiin kyselylomakkeella, joka sisälsi strukturoituja, avoimia sekä monivalintakysymyksiä.

Kaikki vastaajat olivat sitä mieltä, että ohjaus on tärkeä osa hoitotyötä. Tutkimustulosten mukaan kaikilla vastanneilla oli riittävät valmiudet toteuttaa ohjausta ja suurin osa oli sitä mieltä, että ohjausta annetaan riittävästi potilaille. Lisäkoulutukseen ei koettu olevan tarvetta, mikä puolestaan kertoo korkeasta ammattitaidosta.

Ohjaukseen käytettävästä ajasta oli eriäviä mielipiteitä. Omaisten läsnäolo ohjauksessa koettiin sekä tarpeellisena että häiritsevänä tekijänä. Vastaajat kokivat haasteellisimmiksi tilanteet, joissa ohjattavalla on muistisairaus tai ohjattavan keskittymiskyky on huono. Myös ohjattavan motivoiminen osallistumaan omaan hoitoonsa tuotti toisinaan hankaluuksia. Ohjauksessa korostettiin asiakaslähtöisyyttä ja yksilöllisyyttä. Vastaajat pitivät ohjauksen antamisessa tärkeimpänä potilaan arjessa selviämistä, jota tuetaan antamalla potilaalle hyvät jatkohoito-ohjeet sekä suullisesti että kirjallisesti.

Avainsanat: ohjaus, vuorovaikutus, vastavuoroisuus, motivointi, dialoginen työskentely

VAASAN AMMATTIKORKEAKOULU
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES
Hoitotyön koulutusohjelma

ABSTRACT

Authors	Elina Järvi and Jenna Vainio-Kaila
Title	The Meaning and Implementation of Guidance in Nursing
Year	2013
Language	Finnish
Pages	64 + 4 appendices
Name of Supervisor	Suvi Kallio

The purpose of this bachelor's thesis was to find out how guidance is implemented in practice in the ENT-outpatient clinic in Seinäjoki Central Hospital. A further purpose was to find information that could be used in guidance. A focus was also to find out the need for further education and guidance among the staff.

The study was participated by 13 nurses in the ENT unit. The study was both qualitative and quantitative. The research material was collected with a questionnaire that included structured and semi-structured and also open-ended questions.

All of the respondents thought that guidance is an important part of nursing. The results of the study show that all the respondents have the needed preparedness for carrying out guidance and the majority of respondents thought that the patients are receiving enough guidance. Further education was not needed which indicates that there is a high expertise among the nurses.

There were dissenting views on the time that was used to guide patients. The presence of a close relative was felt to be both useful and disturbing. The most challenging thing was the situations where the patient had memory disorders or a low concentration ability. There were also some problems with motivating the patients to self-care. The focus was on client-orientedness and individuality. The most important thing in guidance was felt to be the patients managing at home. That is supported by giving the patient good instructions orally and in written form for maintaining good care at home.

Keywords Guidance, interaction, reciprocity, motivation, dialogue

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ
ABSTRACT
1 JOHDANTO ... 9
2 KÄSITTEIDEN MÄÄRITTELY ... 10
2.1 Vuorovaikutus ... 10
2.2 Motivaatio ... 10
2.3 Dialogi ... 10
2.4 Vastavuoroisuus ... 10
2.5 Ohjaus ... 11
2.6 Arviointi ... 11
3 VUOROVAIKUTUS OHJAUKSESSA ... 12
3.1 Puhekäytännöt ohjauksessa ... 13
3.2 Vuorovaikutustaidot ... 13
3.3 Haasteellisuus vuorovaikutuksessa ... 14
4 MOTIIVIT JA MOTIVAATIO ... 16
4.1 Sisäinen ja ulkoinen motivaatio ... 17
4.2 Motiiviristiriidat ... 17
5 OMAHOITOON MOTIVOIMINEN ... 19
5.1 Tavoitteiden asettaminen ja potilaan lähtökohtien selvittäminen ... 19
5.2 Ulkoisten motivaatiotekijöiden hyödyntäminen ... 20
5.3 Terveydenhuollon ammattilaisten asennoituminen ... 20
6 DIALOGINEN TYÖSKENTELY ... 21
6.1 Avoimen dialogin hoitomalli ... 22
6.2 Tasavertaisen yhteistyösuhteen merkitys hoitotyössä ... 22
7 VASTAVUOROISUUS HOITOSUHTEESSA ... 24
7.1 Vastarinta, vastatunteensiirto ja täydentävät tunnereaktiot ... 24
7.2 Ensivaikutelma ja kuuleminen ... 25
8 OHJAUKSEN MERKITYS HOITOTYÖSSÄ ... 26
8.1 Ohjaus määräytyy laissa ... 26
8.2 Ohjauksen toteutuminen ... 27
8.3 Ohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät ... 28

8.4 Kasvu osaavaksi ohjaajaksi ... 30
9 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITEET JA TUTKIMUSONGELMAT ... 32
10 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS ... 33
10.1 Kohderyhmä ... 33
10.2 Tiedonkeruumenetelmät ... 33
10.3 Tiedonhaku ... 34
10.4 Aineistokeruumenetelmät ... 34
10.5 Analysointitapa ... 34
11 TUTKIMUKSEN EETTISYYS ... 35
11.1 Eettiset ohjeet ja lainsäädäntö ... 35
11.2 Hoitotieteellisen tutkimuksen eettiset ohjeet ... 37
11.2.1 Hyödyllisyys ... 37
11.2.2 Haittojen minimointi ... 37
11.2.3 Itsemääräämisoikeus ... 38
11.2.4 Oikeudenmukaisuus ... 38
11.2.5 Anonymiteetti ... 39
11.2.6 Plagiointi ... 39
11.2.7 Tulosten sepittäminen ja toisten tutkijoiden vähättely ... 40
11.3 Tutkimustulosten merkitys ... 40
12 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS ... 41
12.1 Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuus ... 42
12.2 Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arviointi ... 43
13 TUTKIMUKSEN TULOKSET ... 44
13.1 Tutkimusjoukon kuvaus ... 44
13.2 Ohjauksen riittävyys hoitajien näkökulmasta ... 46
13.3 Omaisten läsnäolo ohjauksessa ... 47
13.4 Riittävät valmiudet ohjauksen toteuttamiseen ... 48
13.5 Haasteelliset ohjaustilanteet ... 49
13.6 Tärkeiden asioiden korostaminen potilasohjauksessa ... 49
13.7 Ohjauksen suhteuttaminen potilaan tarpeiden mukaan ... 50
13.8 Monivalintakysymykset ... 51

14 JOHTOPÄÄTÖKSET 55
14.1 Tutkimustulosten tarkastelua 55
14.2 Tutkimusongelmien tarkastelua 57
15 POHDINTA 59
LÄHTEET 62
LIITTEET

KUVIO- JA TAULUKKOLUETTELO

Kuvio 1.	Vastaajien ikä	s. 31
Kuvio 2.	Vastaajien koulutustausta	s. 32
Kuvio 3.	Omaisten läsnäolo potilaan ohjauksessa	s. 39
Kuvio 4.	Potilaan motivointi osallistumaan omaan hoitoonsa	s. 44
Kuvio 5.	Ajan riittävyys ohjauksessa	s. 45
Kuvio 6.	Kirjallisten ohjeiden tarve	s. 46
Kuvio 7.	Eleiden ja ilmeiden tulkinta hoitotyössä	s. 47

LIITELUETTELO

LIITE 1. Saatekirje

LIITE 2. Kyselylomake

1 JOHDANTO

Ohjaus on tärkeä osa hoitotyötä. Perusteellinen ja riittävä ohjaus edistää potilaan terveyttä, vähentävää virheitä ja antaa potilaalle hyvät valmiudet toteuttaa omaa hoitoaan.

Etsimme opinnäytetyöhön aihetta, joka on kiinnostava ja jonka koemme tarpeelliseksi. Valitsimme aiheeksi ohjauksen merkityksen ja toteutumisen poliklinikalla, sillä saimme sen toimeksiantona Seinäjoen keskussairaalan korva-, nenä-, ja kurkkutautien poliklinikan osastonhoitajalta. Innostuimme aiheesta, koska se on ajankohtainen, puhutteleva ja potilaan hoidon jatkuvuuden kannalta ehdoton asia.

Ohjauksen paras mahdollinen laatu saavutetaan, kun ohjausta arvostetaan ja siihen asennoidutaan myönteisesti. Ohjauksen tarkoituksena on saavuttaa mahdollisimman suuri hyöty potilaalle sekä syventää hoitosuhdetta. Ohjaus onnistuu, kun hoitohenkilökunta on motivoitunut ja sitoutunut ohjaukseen. Ohjaaminen on hoitajan velvollisuus ja ammatillinen vastuu, johon kuuluu tarkoituksenmukaisen sisällön ja ohjausmenetelmien valitseminen. Ohjauksen sisällön on perustuttava potilaan tarpeisiin sekä ammatilliseen osaamiseen.

Ohjaus ei välttämättä toteudu kunnolla nykyajan hoitotyössä ja ohjaus voi jäädä puutteelliseksi. Parhaimmillaan ohjaus voi kuitenkin olla erittäin tasokasta, jolloin ohjaaja hallitsee sisällön ja hänellä on käytössään hyvät ohjaustaidot. Yksi suurimmista ongelmista on, että hoitohenkilökunnan tietämys potilaan omasta tietotasosta ja näkemyksestä hoitoaan kohtaan saattaa olla puutteellista. Voidaan joko olettaa, että potilas itse huomaa kysyä, jos jokin asia jää epäselväksi tai potilas ei ymmärrä ohjauksessa annettua informaatiota. Tässä tutkimuksessa keskitytään ohjauksessa käytettäviin tärkeimpiin keinoihin, joita ovat motivointi, vuorovaikutus, dialogi, vastavuoroisuus, ohjaaminen ja arviointi.

2 KÄSITTEIDEN MÄÄRITTELY

Tässä luvussa määritellään tärkeimmät ohjauksessa käytettävät keinot. Näihin keinoihin kuuluvat vuorovaikutus, motivaatio, dialogi, vastavuoroisuus, ohjaus ja arviointi. Käsitteiden määrittelyllä pyritään selkeyttämään näitä ohjauksessa käytettävien keinojen merkityksiä.

2.1 Vuorovaikutus

Ohjaus on tärkeä osa vuorovaikutusta, joka etenee sanattoman ja sanallisen viestinnän avulla. Vuorovaikutus on toimintaa, joka tapahtuu vuoronperään. Se on toisen käyttäytymiseen, ajatuksiin, asenteisiin tai tunteisiin kohdistuvaa käyttäytymistä sekä jatkuvaa vastavuoroisuutta, jossa osapuolet ovat samanaikaisesti aktiivisia toimijoita. (Silvennoinen 2004, 15–18.)

2.2 Motivaatio

Motivaatio syntyy, kun ohjattava tunnistaa omat taitonsa ja tietonsa riittämättömiksi uudessa tilanteessa, jolloin syntyy ristiriita olemassa olevan tietämyksen ja tarvittavan tietämyksen välillä (Eloranta & Virkki 2011, 26, 28). Motivaatio on siis kokonaistila, useamman motiivin summa, jossa on kyse nimenomaan päämäärään suuntautumisessa (Vilkko-Riihelä 2008, 156).

2.3 Dialogi

Dialogisessa työskentelyssä ei pyritä tulkitsemaan potilaan tai perheen käyttäytymistä. Sen sijaan, että jonkin havaitun ilmiön perusteella sanottaisiin, mistä on kysymys, keskitytään perheen kielen kuuntelemiseen ja seuraamiseen sellaisenaan. Dialoginen keskustelu edellyttää erilaisuutta, etenkin eri näkökulmia. (Seikkula & Alakare 2004.)

2.4 Vastavuoroisuus

Vastavuoroisuus koostuu molemminpuolisesta jakamisen kokemuksesta vuorovaikutussuhteessa. Vastavuoroisessa suhteessa hoitaja ja potilas tekevät havaintoja, ajattelevat ja tuntevat. He oppivat tiedostamaan ja tuntemaan toistensa erityis-

laadun. He kohtaavat toisensa sekä kaikki ne tunteet, jotka he tuovat mukanaan hoitosuhteeseen. (Mäkelä, Ruokonen & Tuomikoski 2000, 16 & 22.)

2.5 Ohjaus

Ohjauksella tarkoitetaan tiedon, taidon ja selviytymisen yhteistä rakentamista, jossa ohjaaja ja ohjattava kohtaavat tasavertaisina vuoropuhelussa (Eloranta & Virkki 2011, 19).

2.6 Arviointi

Kokonaisvaltainen ja jatkuva arviointi on olennaista kaikessa hoitamiseen ja opetukseen liittyvässä toiminnassa. Potilaan hoidonohjauksen kulmakiviä arvioinnin kannalta ovat tavoitteiden saavuttamisen monitahoinen arviointi, ongelmallisten tapausten huolellinen analysointi, potilaan osallistuminen omahoitonsa arviointiin sekä kaikkien potilaan hoitoon osallistuvien terveydenhuollon ammattilaisten yhteistyö. (Diabetesliitto 2012.)

3 VUOROVAIKUTUS OHJAUKSESSA

Hoitajan on tärkeää tulla toimeen hoitotyössä sellaisten ihmisten kanssa, joilla on erilainen maailmankuva ja arvot, kuin hoitajalla itsellään. Potilasta tulee kohdella yksilönä, mutta samalla myös kulttuurisen ja uskonnollisen ryhmänsä edustajana. (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2012, 28.) Ohjaus on tärkeä osa vuorovaikutusta, joka etenee sanattoman ja sanallisen viestinnän avulla. Tavoite on, että osapuolet ymmärtävät toisiaan samalla tavalla, toisin sanoen saavuttavat yhteisymmärryksen ja puhuvat samaa kieltä. Vuorovaikutuksessa on kiinnitettävä huomioita yksiselitteisyyteen ja viestinnän selkeyteen, koska vain pieni osa ihmisten välisestä vuorovaikutuksesta on sanallista. Vuorovaikutuksessa tulisi ottaa huomioon, että sanojen merkitykset eivät ole samat kaikille ja ne vaihtelevat kielen ja kulttuurin mukaan. Potilaaseen liittämillään käsityksillä hoitaja usein täydentää sanallista viestintää. Sanallista viestintää pyritään tukemaan, painottamaan, täydentämään, kumoamaan tai kokonaan korvaamaan sanattomalla viestinnällä. Sanattomaan viestintään kuuluu myös tiedostamaton viestintä, jonka kontrollointi on vaikeaa. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 38–39.)

Lähtökohtana ohjaussuhteen rakentamiselle on sekä hoitajan omien, että asiakkaan taustatekijöiden tunnistaminen. Kun potilas ja hoitaja kunnioittavat toistensa asiantuntemusta, syntyy toimiva ohjaussuhde. Yhdessä potilas ja hoitaja suunnittelevat ohjauksen sisältöä ja keinoja, joilla tavoitteet saavutetaan. Näin muodostuu toimiva ohjaussuhde. Potilaalla ja hoitajalla on omat asiantuntemuksensa, hoitaja on ammattinsa asiantuntija ja potilas on oman elämänsä asiantuntija. Hoitajan vastuulla on potilaan oman asiantuntemuksen tunnistaminen, koska ohjauksen kulusta ja etenemisestä vastaa hoitaja. Kaksisuuntaista vuorovaikutusta on silloin, kun molemmat osapuolet ovat aktiivisia ohjaussuhteessaan. Hoitajan kuuluu tukea potilasta kertomaan tarpeistaan, odotuksistaan, taustatekijöistään ja pyrkimyksistään. Ohjauksen vaikutuksiin vaikuttaa merkittävästi, miten hoitaja tukee potilasta aktiivisuuteen ja tavoitteellisuuteen, sekä miten hoitaja huomioi potilaan tarpeet. Kaikki tämä vaikuttaa siihen, millaiseksi ohjaussuhde muodostuu. (Kyngäs ym. 2007, 39–40.) Hoitosuhde on hoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutussuhde,

jossa tekemisellä, olemisella ja sanomisella on vaikutusta toiseen ihmiseen. Hoitosuhteen väline on viestintä, jolla on tarkoitus aikaan saada muutoksia. Hoitosuhde on ammatillinen ja se päättyy, kun potilaan hoito loppuu. (Rautava-Nurmi ym. 2012, 28–29.)

3.1 Puhekäytännöt ohjauksessa

Potilaan osallistumista ohjaukseen tuetaan puhekäytännöillä. Osallistujaksi kutsumisessa potilaalle tehdään osallistumistarjous, kysellään tuntemuksista ja arkikeskustellaan. Itsearviointia tuetaan tunnustelevalla puheella ja itsearviointikysymyksillä. Potilaan asiantuntemusta kunnioitetaan kuuntelevalla palautteella, vaihtoehtojen neutraalilla esittämisellä ja ohjeiden yksilöllisyydellä. Kohteliaan hoitajan ominaisuuksiin kuuluvat positiivinen palaute, sopiva puhuttelumuoto ja vertaispuhe. Potilaan kannustaminen asioiden tarkasteluun uudesta näkökulmasta ja ajatuksien selventäminen kuuluvat hoitajan tehtäviin. Hoitaja muotoilee yhdessä potilaan kanssa tarpeiden mukaiset ohjeet keskustelun pohjalta. (Kyngäs ym. 2007, 82.)

3.2 Vuorovaikutustaidot

Vuorovaikutustaidot ovat perustana yhteistyölle ja niitä tarvitaan erilaisissa verkostoissa toimittaessa. Myönteisellä ja tuloksellisella tavalla on vaikeaa vaikuttaa ilman vuorovaikutustaitoja. Vuorovaikutus on toimintaa, joka tapahtuu vuoronperään, toisen ajatuksiin, asenteisiin tai tunteisiin kohdistuvaa käyttäytymistä sekä jatkuvaa vastavuoroisuutta (osapuolet samanaikaisesti aktiivisia toimijoita). Vuorovaikutuksessa viestiessä puhutaan, kuunnellaan ja katsellaan. Viestien laatu teksteissä, sanoissa ja eleissä vaihtelee tilanteista riippuen. Hoitajan oman roolin tajuaminen ja eri vuorovaikutuksen sävyjen hallinta liittyy olennaisesti vuorovaikutustaitoihin. Viestintä on vuorovaikutuksen perusta. Viestintä on merkityksien ja mielikuvien jakamista, käsitysten ja asioiden tekemistä yhdeksi. Viestintä tekee meistä sen mitä olemme. Vuorovaikutuksella rakennamme käsityksen itsestämme, arvoistamme, tavoitteistamme ja pyrkimyksistämme. Teemme muista päätelmiä viestinnän avulla. (Silvennoinen 2004, 15–18.)

Ristiriitatilanteissa yhteistoimintamme saumattomuutta ja rauhanomaista rinnakkaiseloa helpottaa monissa tapauksissa viestinnän ominaispiirteiden tunteminen. Vuorovaikutusprosessin tulkinnanvaraisuuteen vaikuttavat yksilölliset tekijät, tilannetekijät, asiayhteys ja toimintaympäristö (taustoittavat tulkintoja ja päätelmiä). Luonteeltaan viestintä on jatkuva ja dynaaminen prosessi. Viestintätilanne alkaa viestijöiden ennakoinnissa ja odotuksissa. Kohtaamisen jälkeen voidaan ajatella viestintätilanteen vielä jatkuvan, koska tulkinnat ja merkitykset muokkautuvat. Osallistujien mielikuvat, tunteet, käsitykset, aikaisemmat tapahtumat, odotukset ja kokemukset edeltävät jokaista viestintätilannetta. (Silvennoinen 2004, 18.)

Viestinnällä on tarkoituksellisten tulosten lisäksi tahattomia tuloksia, koska viestinnässä kaikki vaikuttaa kaikkeen. Viestintä on epävarmaa ja vaikeaa, koska emme voi varmasti tietää miten sanomisemme vaikuttavat. Välineitä viestinnän ymmärtämiseen tarjoaa viestintään liittyvien tekijöiden jäsentäminen ja monitahoisuuden ymmärtäminen. Epätyydyttävän tilanteen korjaamiseksi on helpompi löytää välineitä, kuin ymmärtää, miksi jokin vuorovaikutustilanne sai tietynlaisen käänteen. (Silvennoinen 2004, 18–19.)

Kuulijalle tauot puheessa antavat aikaa syventyä sanomaan ja ne korostavat aiheen tärkeyttä. Hiljaisuudella voidaan pakottaa potilas puhumaan, koska se voidaan kokea painostavana. Ilmeiden hallintaan liittyy monia vaikeasti hallittavia tekijöitä, emmekä pysty kontrolloimaan kaikkia ilmeitämme. Tällaisia ilmeitä ovat: suuttumus, onnellisuus, surullisuus, pelko ja inho. (Silvennoinen 2004, 24).

3.3 Haasteellisuus vuorovaikutuksessa

Viestinnän vastaanottaminen ja sanomien tuottaminen on vaativaa. Tilanteiden ainutlaatuisuus tekee siitä haasteellista. Tilanteisiin ei voi palata eikä sanottua saa sanomattomaksi. Pienillä väärinkäsityksillä voi olla kauaskantoisia seurauksia. Viestintätilanteissa olemme lähettäjän ja vastaanottajan roolissa, mikä lisää haasteellisuutta vuorovaikutustilanteissa. Vuorotellen vaikuttaminen ei ole vuorovaikutusta, vaan jatkuvaa vastavuoroisuutta. Vuorotellen kysellään ja kuunnellaan. Jaamme asioita ja teemme niitä yhteisiksi vuorovaikutuksessa. Viestintä on ennakoimatonta, eikä ole valmiita vuorosanoja. Vaihtoehtoisten viestintästrategioiden

löytämistä helpottaa ja toimintatapojen repertuaaria kasvattaa tieto viestinnän periaatteista, mikä on hoitotyössä tärkeää. Mitä tavoittelemme viestinnällä ja miten hyvin osaamme omaa toimintaamme mukauttaa eri tilanteissa, siitä on vuorovaikutuksessa kysymys. (Silvennoinen 2004, 28–30.)

4 MOTIIVIT JA MOTIVAATIO

Kaikki ihmisen toiminta suuntautuu tavoitteisiin. Motiivi on toiminnan psyykkinen syy eli vaikutin, yhden toiminnan taustalla voi olla lukemattomia motiiveja. Tavallisesti motiivit ryhmitellään biologisiin (jano, nälkä, lämpötilan säätely, seksuaalisuus), sosiaalisiin (läheisyyden ja turvallisuuden tarve, päteminen ja suoriutuminen, vallan halu), sekä psyykkisiin (koetut tunteet, jotka toimivat motiiveina, esimerkiksi pelko, viha, rakkaus, itsensä toteuttaminen, mielekkyyden kokeminen). Kyseinen jako on melko keinotekoinen, sillä biologisiin motiiveihin liittyy myös kulttuurin ja oppimisen vaikutus. Psyykkinen puoli on mukana kaikissa motiiveissa (subjektiivinen tunne, kokemus), myös ympäristö ohjaa ja säätelee motiivikäyttäytymistä. Motivaatio on kokonaistila, useamman motiivin summa, jossa on kyse nimenomaan päämäärään suuntautumisessa. Motiivit voivat olla tiedostettuja, jolloin ihminen tietää syyn toimintaansa tai vastaavasti tiedostamattomia, sillä ihminen ei ole aina tietoinen kaikista toimintaansa liittyvistä motiiveista. Ne ovat läheisessä yhteydessä myös tunteisiin, eikä niitä voi aina helposti erottaa toisistaan. (Vilkko-Riihelä 2008, 156.) Motivaatiohaastattelulla pyritään ehkäisemään hoitoon negatiivisesti asennoituvia potilaita. Tavoitteena on saada potilas asennoitumaan hoitoonsa myönteisesti. (Thompson 2012, 35.) Hoitajan vuorovaikutustyyli vaikuttaa osaltaan potilaan motivaatioon. Hoitajan tehtäviin kuuluu herätellä ja voimistaa potilaan motivaatiota. (Koski-Jännes 2008, 5.)

Ohjauksen tavoitteiden asettamisessa tulee huomioida ohjattavan oma näkemys tilanteesta, koska tavoitteiden pitää olla sopusoinnussa henkilön oman elämäntilanteen kanssa. Tavoitteiden realistisuus sekä saavutettavuus ylläpitävät motivaatiota. Tästä syystä tavoitteet kannattaa pilkkoa pieniin, konkreettisiin ja helpommin saavutettavissa oleviin välitavoitteisiin. Tuloksellisen oppimisen lähtökohtana ovat ohjattavan omat tarpeet sekä motivaatio oppia uutta. Motivaatio syntyy, kun ohjattava tunnistaa omat taitonsa ja tietonsa riittämättömiksi uudessa tilanteessa, jolloin syntyy siis ristiriita olemassa olevan tietämyksen ja tarvittavan tietämyksen välillä. Ohjaajan tehtävänä on nimenomaan auttaa ohjattavaa tunnistamaan oppimistarpeensa ja luoda oppimiselle ennen kaikkea myönteinen ilmapiiri. Myönteinen

nen, turvallinen ja luottamuksellinen ilmapiiri antaa otollisen lähtökohdan hyvälle ohjaussuhteelle. (Eloranta & Virkki 2011, 26, 28.)

4.1 Sisäinen ja ulkoinen motivaatio

Vilkko-Riihelän (2008, 157–158) mukaan toiminnan perustana voi olla ulkoinen palkkio, jolloin puhutaan ulkoisesta motivaatiosta eli motivaatiosta, joka johtuu ympäristön paineista. Sisäinen motivaatio tarkoittaa ihmisen omaa halua tehdä jotakin, josta ei kuitenkaan saa palkintoa. Pelkästään itse asia motivoi ja ihminen kokee tehtävän itselleen tärkeänä ja arvokkaana. Joskus myös ulkoinen motivaatio voi muuttua sisäiseksi motivaatioksi**.** Esimerkiksi painoa pudottava potilas toimii hoitajan vaatimuksesta, mutta kun hän huomaa tulosten paranevan, motivaatio muuttuu sisäiseksi.

Sisäinen motivaatio perustuu kolmeen tarpeeseen: ihminen tahtoo olla pätevä jollain elämänalueella, hän haluaa olla itsenäinen ja ohjata omaa toimintaansa sekä samalla saada tyydytystä, kun ollaan vuorovaikutuksessa muiden kanssa. Sisäinen motivaatio heikkenee, kun koemme, että toiset yrittävät ohjata toimintaamme palkkioiden avulla. Tällöin emme enää koe saavutuksia omiksemme emmekä saa niistä mitään tyydytystä. Meille on tärkeää kokea olevamme muiden arvostamia ja hyväksymiä, mutta se ei saa tapahtua itsenäisyytemme kustannuksella. Sisäinen motivaatio voi joskus perustua virtauskokemukseen. Tällöin ihminen nauttii toiminnasta sen itsensä vuoksi ja se tuntuu vievän täysin mukanaan ilmaan minkäänlaisia ponnisteluja. Virtauskokemuksen voi saada esimerkiksi urheilusuorituksessa. Sen syntymisen edellytyksenä on se, että ihminen on taitava tehtävässään. (Anttila ym. 2007, 29–31.)

4.2 Motiiviristiriidat

Motiivien välinen ristiriita tunnetaan toiselta nimeltään motiivikonfliktina. Pitkäaikaiset ihmissuhderistiriidat ovat useimmiten hyvin kuluttavia. Lyhytaikainen konflikti aiheuttaa yleensä vain hetkellisen turhautumisen. Motiiviristiriitoja ilmenee esimerkiksi seuraavista syistä: ulkoinen paine, jolloin sosiaaliset syyt vaativat tietynlaista käytöstä. Tällöin sosiaaliset syyt ja oma halu ovat ristiriidassa. Ihmi-

nen voi haluta yhtä aikaa kahta eri asiaa, mutta voi saada vain toisen. Yksi syistä on, että yhteisön tavoitteet ja yksilön toiveet ovat keskenään ristiriidassa. Ristiriitojen kohteet voivat olla moninaisia kuten tunnepitoisia, sosiaalisia ja materiaalisia. Lähestymiskielto-konflikti: Kaksi positiivista motiivia vaikuttavat täysin samanaikaisesti. Lähestymis-välttämiskonflikti on kyseessä silloin, kun kohteella on positiivista sekä negatiivista arvoa samanaikaisesti. Välttämis-välttämiskonflikti on ristiriita kahden erilaisen negatiivisen asian välillä. (Vilkko-Riihelä 2008, 157.)

Ihmisen sisällä uinuvaa motivaatiota on mahdollista herätellä käyttämällä taitavaa kommunikaatiota. Toisaalta taitamaton toiminta saattaa estää motivoitumista. Näiden kahden ääripään ymmärtämiseksi voidaan ajatella, että ihmisten sisimmässä asuu sekä ”kapinallinen” että motivaatio. Mikäli hoitajan tai lääkärin toiminta herättää potilaassa ”kapinallisen”, motivaatio ei pääse esiin. Ihmiset eivät yleensä halua, että joku toinen sanoo, miten heidän tulisi elää. Sen vuoksi suora kehotus (”Teidän pitäisi lopettaa tupakanpoltto”) herättää ”kapinallisen” ja taivuttelu pahentaa entisestään tilannetta. Tämä ilmenee muutosvastarintana, jolloin potilas ei suostu muuttamaan mitään. Kommunikaatiota kutsutaan autotaariseksi tai paternalistiseksi. Asiantuntija tietää paremmin mikä on hyväksi potilaalle ja kertoo sen hänelle. ”Kapinallinen” pysyy rauhallisena, mikäli potilas kokee, että hän itse voi päättää asioista. Tämä pystytään toteuttamaan, kun hoitaja tai lääkäri antaa potilaalle neutraalia informaatiota ja ottaa potilaan mukaan keskusteluun. Näin saadaan tilaa potilaan oman motivaation kehittymiseen. Silloin potilas voi itse päätyä ratkaisuun, joka edistää hänen terveyttään. (Mustajoki & Kunnamo 2009.)

5 OMAHOITOON MOTIVOIMINEN

Motivaatio on keskeinen oppimisen ja käytännön omahoitovalmiuksien kehittymisen mahdollistava tekijä. Yksilön persoonallisuuteen liittyvän sisäisen motivaation ohjaamia tarpeita ovat esimerkiksi ”normaalin” elämäntyylin saavuttaminen, työuralla eteneminen, vertaisryhmässä hyväksytyksi tuleminen, tyydyttävä sukupuolielämä, onnellinen avioliitto ja vanhemmuus. Ulkoinen motivaatio taas rakentuu ulkoisten tekijöiden, kuten uhkien, paineiden tai palkkioiden vaikutuksesta. (Diabetesliitto 2012.)

Omahoitoon motivoimisessa on olennaista pyrkiä tunnistamaan, herättämään sekä lisäämään henkilön sisäistä motivaatiota, mutta myös hyödyntämään tarkoituksenmukaisesti ulkoisia motivaatiotekijöitä. Hoidonohjauksessa on elementtejä, joiden avulla motivoitumista omahoitoon voidaan edistää. Näitä elementtejä ovat tavoitteiden asettaminen, potilaan lähtökohtien selvittäminen, ulkoisten motivaatiotekijöiden hyödyntäminen, terveydenhuollon ammattilaisten asennoituminen sekä arviointi. (Diabetesliitto 2012.) Potilaan voimavaroja voidaan vahvistaa potilasta sairauteen sopeutumisessa ja uuden opettelussa sekä motivoimalla omaehtoiseen harjoitteluun ja antamalla palautetta oppimisesta (Kaila 2009, 9). Potilaan motivaatio näkyy haluna sitoutua omahoitoon päämäärien saavuttamiseksi (Kalliola, Kurki, Salmi & Tamminen-Vesterbacka 2010, 55).

5.1 Tavoitteiden asettaminen ja potilaan lähtökohtien selvittäminen

Tavoitteiden tulee olla yksilöllisiä ja selkeästi määriteltyjä. Ne tulee asettaa yhteistyössä. Tavoitteiden on ehdottomasti oltava realistisia ja lyhyellä aikavälillä saavutettavissa olevia. Niiden on hyvä olla yksinkertaisia ja ennen kaikkea arvioitavissa olevia. Tavoitteiden pitää olla kaikkien henkilön hoitoon osallistuvien terveydenhuollon ammattilaisten tiedostamia. (Diabetesliitto 2012.) Kalliola ym. yhtyvät edelliseen. Heidän mukaansa tavoite tulee määritellä selkeästi. Tavoite on sitä helpompi saavuttaa, mitä konkreettisempi se on. Potilas, jolla on erityisen tuen tarvetta, tarvitsee riittävän pieniin osiin pilkotut sekä yksinkertaisesti määritellyt tavoitteet. Jos ongelmana on esimerkiksi ruokatilanteissa häiriköiminen, tällöin

tavoitteeksi ei voida asettaa, että ruokailutilanteet sujuvat kunnolla. Tavoitteen tulee olla napakasti määritelty. (Kalliola ym. 2010, 57.)

Pyrittäessä tukemaan potilaan omahoitoa on olennaista selvittää hänen omia lähtökohtiaan ja valmiuksiaan sekä hänen arkipäivän toimintaa ohjaavia tekijöitä, kuten perhesuhteita, työtä ja vapaa-aikaa, suhtautumista sairauteen, sosiaalisia suhteita, uskomuksia sekä pelkotiloja. Sujuvaa kommunikointia voi edistää käyttämällä potilaan tuntemuksiin keskittyviä avoimia kysymyksiä sekä kuuntelemalla häntä aktiivisesti. (Diabetesliitto 2012.)

5.2 Ulkoisten motivaatiotekijöiden hyödyntäminen

Potilaan oman voinnin koheneminen saattaa sairauden alkuvaiheessa olla ensimmäisiä hänen omaan hoitoonsa liittämiä mielleyhtymiä, joita hoidonohjauksessa tulisi vahvistaa. Potilaan vaivannäköä oman hoitonsa hyväksi voi palkita välittömästi, esimerkiksi ilmaisemalla aitoa kiinnostusta ja hyväksyntää hänen omahoitoaan kohtaan sekä rohkaisemalla eteenpäin antamalla positiivista palautetta pienistäkin edistysaskelista. Muita palkitsemisen keinoja on mm. mahdollistamalla vertaistuen saamisen. (Diabetesliitto 2012.) Ohjattavaa saattaa motivoida myös toive hyvistä arvioinneista tai ohjaajan hyväksynnän saavuttamisesta (Kalliola ym. 2010, 55).

5.3 Terveydenhuollon ammattilaisten asennoituminen

Terveydenhuollon ammattilaisten tulisi olla motivoituneita paitsi itse potilaan hoitoon myös kohtaamaan potilas ihmisenä ja sitoutumaan hänen kokonaisvaltaiseen tukemiseensa asetettujen tavoitteiden saavuttamiseksi. Hoitosuhteen kaikkein olennaisin tekijä on molemminpuolisen luottamuksen saavuttaminen, jota voi edistää esimerkiksi hyväksymällä myös epäonnistumisen mahdollisuus, välttämällä kritisointia, tuomitsemista, moralisointia ja uhkailua, sekä pyrkimällä tasavertaisuuteen ja potilaan kunnioitukseen. (Diabetesliitto 2012.) Kannustava ja rohkaiseva ympäristö motivoivat paremmin ohjattavaa. Ohjattavan ja ohjaajan välisen ilmapiirin pitää myös olla rohkaiseva, jotta tuloksia voidaan saavuttaa. (Kalliola ym. 2010, 56.)

6 DIALOGINEN TYÖSKENTELY

Ensimmäinen tavoite hoidossa on dialogin synnyttäminen sekä eri ihmisten välille, että potilaan erilaisten sisäisten äänten välille. Ongelman ymmärtäminen uudella tavalla edellyttää aina dialogista pohdintaa. Hoitotyössä olevilla ammattiihmisillä tulisi olla taitoa dialogisen keskustelun synnyttämiseen. Asiantuntemus saa parhaan merkityksen dialogisessa prosessissa. Muutos potilaan oireissa sekä käyttäytymisessä samoin kuin perheessä tapahtuu väistämättä tämän prosessin aikana. (Seikkula & Alakare 2004.)

Dialogisessa työskentelyssä ei pyritä tulkitsemaan potilaan tai perheen käyttäytymistä. Sen sijaan, että jonkin havaitseman ilmiön perusteella sanottaisiin, mistä on kysymys, keskitytään perheen kielen kuuntelemiseen ja seuraamiseen sellaisenaan. Dialoginen keskustelu edellyttää erilaisuutta, etenkin eri näkökulmia. Potilaan hoito tulee sitä moniäänisemmäksi ja rikkaammaksi, mitä enemmän näkökulmia esitetään. Moniäänisyydessä asuvan voimavaran käyttö edellyttää sitä, että hoitava työryhmä pystyy ja osaa kuulla nämä erilaiset äänet osana samaa kertomusta ja rakentamaan siltaa eri näkökulmien ylitse. Potilas ja hänen läheisensä saavat enemmän näkökulmia ja vaihtoehtoja sekä voimaa omaan elämäänsä keskustelemalla ongelmista. Jokaisen mielipide on yhtä arvokas ja yhtä tärkeä, oikeudellisuudesta puhumattakaan. (Seikkula & Alakare 2004.)

Ohjauksellisia dialogisia kohtaamisia uutta luovina tiloina voidaan lähestyä kolmannen tilan (engl. third space) avulla. Bhabha (1994; ks. myös Benson 2010) käyttää kyseistä termiä viitatessaan ”tilaan”, jossa tutkitaan avoimesti minuuden ja identiteetin mahdollisuuksia. Tällainen tila luo vastaavasti perustaa uusille identiteettiorientaatioille, luovalle yhteistoiminnalla sekä kriittisille huomioille. Kolmatta tilaa voidaan käyttää kuvattaessa kahden erilaisen näkökulman kohtaamisessa mahdollistuvaa oman tai yhteisen ymmärryksen muuntumista. (Korhonen & Puukari 2013, 106.)

6.1 Avoimen dialogin hoitomalli

Avoimen dialogin hoitomallissa keskeisintä on välitön reagointi avunpyyntöön, ryhmätyöskentely ja verkoston mukaan ottaminen hoidon voimavaraksi (Seikkula & Alakare 2004). Onnismaa on samaa mieltä Seikkulan & Alakareen kanssa siitä, että ryhmätyöskentely on kaikkein keskeisin osa dialogisessa työskentelyssä, sillä dialogin osapuolet ovat jatkuvasti avoimia toistensa vaikutuksille. Liettualaissyntyinen filosofi Emmanuel Lévinas (1906–1995) on esittänyt, ettei yhteyttä toiseen ihmiseen tarvitse ajatella tietona vaan läheisyytenä, kasvokkain olona sekä siirtymisenä osaksi yhteisöä. Kasvojen kohtaaminen ja kurottuminen toista kohtaan ovat sosiaalisuutta. (Onnismaa 2011, 43–44.) Avoimen dialogin yksi perusajatus on, että keskustelu alkaa kaikkien läsnä ollessa ilman ennakkoon tehtyä suunnitelmaa mahdollisesta keskustelun kulusta (Seikkula & Arnkil 2005, 117). Muita tärkeitä periaatteita ovat liikkuvuus ja joustavuus, vastuullisuus, psykologinen jatkuvuus, epävarmuuden sietäminen ja dialogi kaikkien hoitoon osallistuvien kesken. Hoitokokous on hoidon perustapahtuma, johon kutsutaan potilaan lisäksi hänen läheisensä, asiaan osallistuneet viranomaiset sekä hoitava työryhmä. Hoitokokouksien tavoitteena on avoin keskustelu, jossa tarkoituksena on luoda uutta ymmärrystä. Hoitokokouksissa pyritään integroimaan yhteen kaikki käytettävissä olevat hoitomuodot, lääkitys mukaan luettuna. Yhteisenä tavoitteena on ottaa käyttöön niin potilaan kuin hänen läheistensäkin voimavarat akuutista kriisistä selviämisen tueksi. (Seikkula & Alakare 2004.)

Tekninen osaaminen ei ole keskeisintä dialogisuudessa vaan suhtautumistapa, perusasenne ja ajattelutapa. Dialogeja ei oikein pysty edistämään monologisilla keinoilla koettamalla määritellä toisille, kuinka asioiden pitäisi näyttäytyä heille. (Seikkula & Arnkil 2005, 15.)

6.2 Tasavertaisen yhteistyösuhteen merkitys hoitotyössä

Hoitaminen on vuorovaikutusta. Se perustuu yhteistoimintaan. Kaiken lähtökohtana on humanistinen ihmiskäsitys, jonka mukaan yhteistyösuhteen osapuolet ovat ainutlaatuisia ihmisiä ja subjekteja. Yhteistyö on siis kahden subjektin välistä vuorovaikutusta, johon sekä potilas että hoitaja osallistuvat aktiivisesti. Tasavertainen

ja aito yhteistyösuhde perustuu ihmisen vapauden ja itsemääräämisoikeuden kunnioittamiseen sekä vastavuoroisuuteen. Itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ei kuitenkaan tarkoita sitä, että hoitaja olisi välinpitämätön eikä vastaisi potilaan avuntarpeeseen. (Kassara, Paloposki, Holmia, Murtonen, Lipponen, Ketola & Hietala 2006, 49.)

Hoitajan ja potilaan kohtaaminen on aina eettinen ja kulttuurisidonnainen tapahtuma. Kulttuurieroja syntyy, kun hoitaja ja potilas ovat eri sukupuolta, eri-ikäisiä tai kuuluvat eri kulttuuriryhmään. Yhteinen kieli on ehdoton hoitosuhteen onnistumiseksi, sillä kieleen vaikuttavat esteet vaikeuttavat hoitosuhdetta. Hoitajilla tulee olla valmiuksia monikulttuurisuuden kohtaamiseen sekä ymmärtämiseen, jotta hän onnistuu ottamaan huomioon paremmin potilaan yksilöllisyyden. Tämän katsotaan kuuluvan kaikkien hoitotyötä tekevien velvollisuudeksi, hyvän ammatillisen hoitamisen yhdeksi kriteeriksi ja eettisesti tasokkaan hoitotyön osoitukseksi. (Kassara, Paloposki, Holmia, Murtonen, Lipponen, Ketola & Hietala 2006, 49.)

7 VASTAVUOROISUUS HOITOSUHTEESSA

Vastavuoroisuus koostuu molemmanpuoleisesta jakamisen kokemuksesta vuorovaikutussuhteessa. Vastavuoroisessa suhteessa hoitaja ja potilas tekevät havaintoja, ajattelevat ja tuntevat. He oppivat tiedostamaan ja tuntemaan toistensa erityislaadun. He kohtaavat toisensa sekä kaikki ne tunteet, jotka he tuovat mukanaan hoitosuhteeseen. Yhteistyö on hoitosuhteessa kiinnostuksen osoittamista, asiaan paneutumista yhdessä sekä jatkuvuudesta huolehtimista. (Mäkelä, Ruokonen & Tuomikoski 2000, 16, 22.)

7.1 Vastarinta, vastatunteensiirto ja täydentävät tunnereaktiot

Hoitosuhdetyöskentelyä syvimmin vaikeuttava tekijä on potilaan asettama vastarinta. Kaikki potilaat eivät itse välttämättä halua hoitoa. He vastustavat hoitosuhteen muodostumista kaikin keinoin, esimerkiksi vaikenemalla tai poistumalla paikalta. Vastarinnan tunnistaminen ja ymmärtäminen helpottavat ammatillisen asenteen säilyttämistä hoitosuhteessa. (Mäkelä ym. 2001, 24.)

Vastatunteensiirto estää hoitosuhdetyöskentelyä, jossa on kyse hoitajan tunteista potilasta kohtaan. Hoitaja pyrkii toistamaan aikaisempia ihmissuhteitaan hoitosuhteessa tiedostamattaan. Tällaisesta hoitosuhteesta voi olla potilaalle enemmän haittaa kuin hyötyä, jos vastatunteensiirtoa ei käsitellä työnohjauksessa. Hoitajan tulee olla herkkä omille tunteilleen ja hänen on kyettävä erottamaan itsessään omat tunteensa sekä potilaan aktivoimat tunnetilat. Hoitajan omien tunteiden tarkastelu ja potilaan hoitajassa herättämät vastatunteet eli täydentävät tunnereaktiot paljastavat potilaan salattua maailmaa hoitajalle. Näiden tunteiden käsittely työnohjaussuhteessa antaa hoitajalle syvemmän ymmärryksen potilaan kokemasta. Täydentävät tunnereaktiot ja vastavuoroisuus tulee erottaa toisistaan. Täydentävät tunnereaktiot ovat asiallinen reaktio potilaan tunteisiin. Tällöin hoitaja on saman tunteen vallassa kuin potilas ja saa tätä kautta uutta ymmärrystä potilaan tilanteeseen. Potilaan tunteensiirto on samanlainen ilmiö kuin hoitajan vastatunteensiirto. Mutta hoitajan vastatunteensiirto pyrkii päinvastoin kuin tunteensiirto, häiritsemään hoitosuhdetyöskentelyä. (Mäkelä ym. 2001, 25.)

7.2 Ensivaikutelma ja kuuleminen

Ensivaikutelmalla on erittäin suuri merkitys luotaessa hyvää vastavuoroisuutta. Ensivaikutelma ohjaa meitä näkemään ja toimimaan sekä olemaan tarvittaessa varuillaan tai rohkeana, ikävänä tai ystävällisenä. Ensivaikutelma johtaa siihen, että emme muuta käsityksiä mielellämme ja suuntaamme suurimman osan huomiostamme kohtiin, jotka vahvistavat jo entuudestaan syntyneitä käsityksiämme. Ensivaikutelman voi luoda ainoastaan yhden kerran. Ensi kohtaaminen kannattaa pyrkiä aina tekemään myönteiseksi. (Keskinen, Kääriäinen, Oravisto, Pitkänen & Tukiala 2011, 4-5.)

Hoitajan pitää auttaa potilasta näkemään kokonaisuudesta tärkeimmät ja ensimmäiseksi hoidettavat asiat. Potilaan asioiden, jotka eivät ole murehtimisen arvoisia juuri tällä hetkellä, kannattaa jättää odottamaan. Asiat on hyvä käsitellä vasta sitten, kun potilas itse on siihen valmis. (Keskinen, Kääriäinen, Oravisto, Pitkänen & Tukiala 2011, 6.)

Inhimillisen kanssakäymisen ensimmäinen ja tärkein elementti on kuulluksi tuleminen. Kun ihminen oikeasti tulee kuulluksi, oman elämänsä tilanteessa, se luo pohjan myös vastaanottamiselle. Kuuleminen luo mahdollisuuden muutokselle. (Keskinen, Kääriäinen, Oravisto, Pitkänen & Tukiala 2011, 8.)

8 OHJAUKSEN MERKITYS HOITOTYÖSSÄ

Ohjauksella tarkoitetaan tiedon, taidon ja selviytymisen yhteistä rakentamista, jossa ohjaaja ja ohjattava kohtaavat tasavertaisina vuoropuhelussa (Eloranta & Virkki 2011, 19). Hoitotyön auttamismenetelmiin lukeutuu ohjaus, jossa hoitaja tukee potilaan oma-toimisuutta, itsenäisyyttä ja toimintakykyä vuorovaikutuksen avulla. Sairaanhoitaja Florence Nightingale on korostanut ohjauksen merkitystä potilaiden perustarpeiden hoidossa jo vuodesta 1800 (Kääriäinen 2007, 21). Menetelmänä ohjaus on haasteellinen, koska ohjaus ja keskeinen tietotaito täytyy hallita. Ohjauksessa tarvitaan monenlaista osaamista, koska se on suunnitelmallista ja muutokseen tähtäävää työtä. Ohjauksen tarpeellisuus tulee kyetä perustelemaan. Keinoja perusteluun ovat tavoitteiden asettaminen ohjattavan kanssa, ohjattavan motivointi sekä tavoitteiden saavuttaminen. Ohjaajan on pyrittävä näkemään kokonaisuus, tulevaisuus sekä tämä hetki samanaikaisesti. Potilaiden vastuu omasta hoidostaan lisääntyy hoitoaikojen lyhentymisen ja hoitajaresurssien niukkuuden johdosta. Ohjaajan pitäisi pyrkiä tukemaan potilasta ottamaan omasta hoidosta vastuuta. (Eloranta & Virkki 2011, 7-8.) Koivusen, Lukkarisen ja Isolan (2003, 63) tekemän tutkimuksen mukaan ohjauksen suunnittelussa tulisi ottaa huomioon yksilölliset tarpeet, sukupuolten erilaisuus sekä perheen tuen yhteys.

Potilailla on yhtäläiset oikeudet eettiseen näkemykseensä kuin hoitajillakin. Eettinen näkemys ilmenee erityisesti ohjauksen vuorovaikutustilanteessa. Tämän potilaan eettisen näkökulman huomioimatta jättäminen ohjauksessa koko terveydenhuollon toiminnan tehtävän sivuuttamista: terveydenhuollon tehtävänä on nimenomaan potilaan hyvinvoinnin turvaaminen sekä siitä huolehtiminen. (Lahtinen 2008, 8.)

8.1 Ohjaus määräytyy laissa

Sosiaali- ja terveydenhuollon lainsäädäntö, erilaista toimintaa ohjaavat hoito- ja laatusuositukset, sekä hyvinvointi- ja terveysohjelmissa ovat perusta ohjaukselle. Laeissa ja asetuksissa ei suoranaisesti mainita ohjausta, mutta silti on potilaalle annettava ymmärrettävällä tavalla riittävästi tietoa omista oikeuksistaan. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista, pykälässä 5 käsittelee potilaan tiedon-

saantioikeutta. Ohjaus tulee toteuttaa potilaan suostumuksella ja yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Potilaan itsemääräämisoikeutta, ihmisarvoa, yksityisyyttä ja vakaumusta tulee kunnioittaa ohjauksessa. Etiikka on tärkeä osa ohjausta, koska se tutkii perimmäisiä kysymyksiä ihmisenä olemisessa (mikä on hyvää, oikeaa, hyväksyttävää, huonoa, väärää ja moitittavaa?). Ohjauksen perustan luo etiikka, lainsäädäntö ja toimintaa ohjaavat suositukset yhdessä. Terveydenhuollon eettiset periaatteet ohjaavat terveydenhuollon ammattilaisia. Näitä periaatteita ovat yhteistyö ja keskinäinen arvonanto, hyvä ammattitaito ja hyvinvointia edistävä ilmapiiri, oikeudenmukaisuus, oikeus hyvään hoitoon, ihmisarvon kunnioitus ja itsemääräämisoikeus. Hyvän hoidon eettisiin periaatteisiin kuuluu myös ohjaus. Valintojensa ja päätöstensä tueksi potilaan saadessa riittävästi tukea toteutuu itsemääräämisoikeus ja oikeudenmukaisuus. Hyviä ohjaustaitoja edellyttää hyvä ammattitaito. Keskinäinen arvonanto ja yhteistyö täyttyvät, koska ohjaussuhde on yhteistyötä ja se perustuu keskinäiseen arvonantoon. (Eloranta & Virkki 2011, 11–13; L17.8.1992/785.)

Ohjattavan kokemuksiin ja valmiuksiin voidaan vaikuttaa laajasti myönteisellä ohjauksella. Se mahdollistaa ja rohkaisee potilasta osallistumaan päätöksentekoon, joka liittyy hänen hoitoonsa. Ohjattava tarvitsee riittävän määrän tietoa, joka mahdollistaa päätöksenteon. Riittävän tiedon lisäksi saatu tieto tulee ohjattavan ymmärtää ja siten elämässään hyödyntää sitä. Itsenäinen selviytyminen kotona mahdollistuu, kun ohjattavan valmiuksia itsensä hoitamiseen edistetään ohjauksen avulla. Ohjauksella voivat parantua potilaan elämänlaatua ja hyvinvointi sekä potilaan tyytyväisyyttä hoitoon voidaan edistää. (Eloranta & Virkki 2011, 15.)

8.2 Ohjauksen toteutuminen

”Hoitoisuuden yhteys potilaiden arvioihin ohjauksesta erikoissairaanhoidon aikuis-poliklinikalla” -tutkimuksessa on todettu, että ohjauksella on positiivisia vaikutuksia hoitoon ja sairauteen liittyvän tiedon ymmärtämiseen, kivun hallintaan, hoitoon sitoutumiseen ja itsehoitoon, sekä arkipäivästä selviytymiseen (Palonen, Aho, Koivisto & Kaunonen 2012, 116). Rautavan-Nurmen ym. (2012, 29) mukaan ohjaajan toimintaa säätelevät ihmiskäsitys, minäkuva ja ohjaajan persoonallisuus. Potilasohjaus ei aina toteudu kaikista mahdollisuuksista huolimatta. Hyöty

jää usein vähäiseksi, sen sisältö vaihtelee, saattaa olla ristiriitaista ja riittämätöntä. Se ei ole oikean mittaista eikä hetki sen annolle ole oikea (esim. kotiinlähtö). Ohjauksen saantiin potilaiden mukaan vaikuttavat henkilökunnan vähyys ja kiire. Ohjauksen onnistumisen mahdollisuutta heikentää kaavamaisuus. Potilaiden odotukset liittyvät informaation saamiseen sairauksista, erilaisista hoitomuodoista, tutkimuksista, toimenpiteisiin liittyvistä asioista, toipumismahdollisuuksista, sairauden kanssa elämisestä (elämäntavat, rajoitukset). Ohjauksen antajalta odotetaan koulutusta, työssään pätevyyttä, vastuullisuutta, herkkyyttä (potilaan yksilölliset tarpeet), läheistä ja myönteistä suhtautumista vuorovaikutustilanteeseen. Mahdollisuutta osallistua oman hoitonsa päätöksentekoon pidetään tärkeänä. Potilaat toivovat vuorovaikutusmahdollisuutta hoitajan kanssa heti hoidon alussa ja tiedonsaannin parantamiseksi sekä lääkärin että omahoitajan nimeämistä. Epäselviksi jääneistä asioista koetaan tärkeäksi saada keskustella hoitajana kanssa. (Eloranta & Virkki 2011, 16.)

8.3 Ohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät

Laadukkaan hoidon ytimenä ovat potilaan kokemukset, joiden avulla muodostetaan hoitosuhde. Laadun ja jatkuvuuden avulla parannetaan potilaan mahdollisuutta saada parasta mahdollista hoitoa. (Staniszewska & Bullock 2012, 99.) Onnistuuko ohjaus-kirjan mukaan ohjaajan minäkuva saattaa rakentua vain omien hyvien puolien tunnistamiselle, jolloin ohjaajan muistijäljissä tiedostamattomina vaikuttavat pahat, haavoitetut ja avuttomat puolet heijastuvat ohjaustoimintaan. Kun ohjaaja tunnistaa itsessään myös omia varjopuoliaan, niin sekä ohjaaja että ohjattava voivat ohjaustilanteessa virittyä yhteiseen työskentelyyn, että ohjattavan realistinen kohtaaminen sekä tutkiminen ovat mahdollista. (Vänskä, Laitinen-Väänänen, Kettunen & Mäkelä 2011, 13.) Osa potilaan hyvää ja asianmukaista hoitoa on laadukas ohjaus. Potilaiden moniongelmaisuus ja heterogeenisuus ovat lisääntyneet, joten potilaan autonomisen elämän edellytysten tukemiseksi ohjaukseen panostaminen on tärkeää. Ohjauksen laadun toteuttamiseen luo haasteensa ostopalvelut, sekä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välinen hoitoketju. Näiden lisäksi potilaan ohjaamisen resurssit ovat joiltain osin puutteelliset. Potilaiden ja heidän omaistensa terveyteen olisi onnistuneella ohjauksella vaiku-

tusta, joten olisi kansantaloudellisesti tärkeää panostaa ohjaukseen. Potilaan valintojen edistäminen on laadukasta ohjausta, joka perustuu hoitajan ammatilliseen vastuuseen. Eettisten ja filosofisten lähtökohtien pohdinta edellyttää hoitajalta hyviä ohjausvalmiuksia sekä ammatillista vastuuta. Filosofisia lähtökohtia ovat potilaan yksilöllisyyden kunnioittaminen, yksityisyys ja itsemääräämisoikeus. (Kääriäinen 2008, 10–11.)

Vastuu omista valinnoista ja toiminnasta annetaan lähtökohtaisesti potilaalle. Ensisijaisena pidetään potilaan toimintaa ja päätöksentekoa. Oikeus päättää hoidosta, ohjauksen haluamisesta ja ohjauksen pohjalta toimiminen on potilaalla. Potilaalle tulee antaa riittävät taustatiedot, jotta hän voi tehdä itsenäisiä päätöksiä ja toimia itsenäisesti. Eettiset lähtökohdat ohjaukseen ovat mahdollisten ennakkoluulojen, ammatillisen, henkilökohtaisten kokemusten ja uskomusten tarkastelu. Näiden ilmeneminen tapahtuu hoitajan ohjaamiseen asennoitumisessa. Hoitajan ammatilliseen perusosaamiseen ja osaamisvaatimusten ydinalueena pidetään ohjausvalmiuksia. (Kääriäinen 2008, 10–11.)

Salminen-Tuomaalan, Kurikan, Korkiamäen & Paavilaisen (2008, 261–262) tekemä tutkimus potilaiden saattajien ohjauksen tarpeesta päivystyspoliklinikalla kertoo, että riittävästi tietoa potilaan sairaudesta hoitohenkilökunnalta sai 71 % saattajista. Saman verran saattajista piti ohjausta riittävänä, koska sai tarpeeksi tietoa potilaalle tehtävistä tutkimuksista ja toimenpiteistä Saattajat toivoivat kirjallisia jatkohoito-ohjeita optimaalisen kotona selviytymisen tueksi. Potilaan jatkohoidosta saattajat halusivat kirjallista ja suullista ohjausta. (Salminen-Tuomaala 2008, 261–262.) Torkkola, Heikkinen & Tiainen (2002, 7) ovat yhtä mieltä siitä, että kirjallinen ohje tukee hyvin suullista ohjausta. Kirjalliset ohjeet ovat tarpeen suullisen ohjauksen lisäksi silloinkin, kun hoitohenkilökunnalla on riittävästi aikaa ohjauksen antamiseen.

Kotona selviytymisen edistämiseksi pidettiin välttämättömänä kirjallisia ohjeita. Kirjalliset ohjeet haluttiin mm. lääkehoidosta, kivun hoidosta ja jatkohoidosta. Kyseisessä tutkimuksessa odotettiin enemmän konkreettista tietoa hoitajilta, esim. saako potilas syödä, juoda tai käydä wc:ssä odotusaikana. Akuutissa tilanteessa on

keskeistä potilaan ja saattajan tilanteen hallinnan tukeminen. (Salminen-Tuomaala, Kurikka, Korkiamäki & Paavilainen. 2007, 258–264.)

8.4 Kasvu osaavaksi ohjaajaksi

Miten ihmisestä tulee osaava ohjaaja? Millaiset vaiheet pitää läpikäydä, jotta voi kasvaa ohjauksen asiantuntijaksi? Ehkä tunnetuin ammatillisen osaamisen kehittymisenmalli, jota on käytetty esimerkiksi hoitotyössä toimiville, on alun perin Dreyfusin (1986) esittämä ja myöhemmin Bennerin (1989) hoitajan työhön soveltama noviisi-ekspertti-malli. Kyseisessä mallilla ammatillisen osaamisen nähdään kehittyvän jatkumona viiden eri vaiheen kautta. (Vänskä ym. 2011, 140.) Hoitajan persoonalliset taidot ja luovuus korostuvat ohjauksessa. Kaiken kiireen keskellä, voi potilasohjauksesta tulla pelkkä välttämätön rutiini. Hoidon laatuun ja potilastyytyväisyyteen on kiistatta vaikutusta potilasohjauksella. Sairauksien mukanaan tuomaa epävarmuuden tunnetta, ahdistusta ja pelkoa voidaan vähentää hyvässä vuorovaikutuksessa tapahtuvalla ohjauksella. (Ohtonen 2006.)

Ensimmäinen vaihe kohti osaavaan ammattilaista on noviisivaihe, jolloin ammattilainen on esimerkiksi juuri valmistunut, eikä hänellä ole vielä käytännön kokemusta, kaikki uudet tehtävät ovat pääasiassa ongelmien ratkaisua ja hän tarvitsee työssään paljon ohjasta. Vaiheista toinen on edistyneen aloittelijavaihe. Tässä vaiheessa työntekijä osaa soveltaa tietojaan ja taitojaan tavallisessa arjessa, mutta hän tarvitsee edelleen tukea ja ohjausta. Kolmatta vaihetta kutsutaan osaavan suosittajan vaiheeksi, jolloin työntekijä suoriutuu tehtäväkokonaisuuksista ja pystyy suunnittelemaan omaa työtään. Kuitenkin hän tarvitsee edelleen ohjausta omassa työssään. Neljättä vaihetta kutsutaan taitavan suorittajan vaiheeksi. Taitava suorittaja hahmottaa työtilanteet kokonaisvaltaisesti, pystyy analysoimaan asioita ja muuttamaan toimintaansa tilanteen mukaan. Neljännen vaiheen suorittaja luottaa myös oman kokemuksensa tuomaan tietoon. Viides ja viimeinen vaihe on nimeltään eksperttivaihe. Ekspertillä on laajasti ongelmanratkaisutaitoja sekä herkkyyttä ymmärtää ja analysoida tilanteita. Ekspertti pystyy työskentelemään joustavasti sekä ohjaamaan muita. (Vänskä ym. 2011, 140–141.)

Tutkimuksen mukaan potilasohjauksen avulla voidaan vähentää potilaan tuntemaa kipua (Gammon & Mullholl), auttaa potilasta sitoutumaan hoitoonsa (Näntö-Salonen & Ruusu 2007), välittää potilaalle tietoa (Lin, Lin & Lin 1997), mahdollistaa potilaan itsehoito (Peltoniemi 2007), vähentää potilaan pelokkuutta tai ahdistuneisuutta ja nopeuttaa potilaan toipumista (Gammon & Mullholland 1996a) sekä varmistua hoidon jatkuvuudesta (Pelttari 1997; Heino 2005). (Jaakonsaari 2009, 9).

9 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITEET JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää ohjauksen toteutumista käytännössä sekä tuoda esiin mahdollisia kehittämistarpeita. Tutkimuksella pyrittiin myös selvittämään millaiset valmiudet hoitohenkilökunnalla on toteuttaa ohjausta sekä kartoittaa samalla hoitohenkilökunnan koulutuksen ja ohjauksen tarve aiheesta.

Tutkimuksen tavoitteena oli tuoda esiin ohjauksen tärkeys ja merkitys nykyajan hoitotyössä. Tällä tutkimuksella halutaan herättää keskustelua aiheesta niin hoitohenkilökunnan kuin muidenkin työhömme tutustuvien ihmisten kesken. Tutkimuksen tärkein tavoite oli tuottaa käyttökelpoista tutkimustietoa, jota hoitohenkilökunta pystyy hyödyntämään tehdessään hoitotyötä ja etenkin ohjatessaan potilaita.

Tutkimuksen tutkimusongelmat ovat seuraavat:

1. Saavutetaanko yksikössä potilasohjaukselle asetetut tavoitteet?

2. Riittävätkö nykyiset henkilökunta-, aika- ja tilaresurssit laadukkaan ohjaamisen toteuttamiseen?

3. Onko hoitohenkilökunta motivoitunut ja tarvitaanko lisää tietotaitoa ohjaamisen toteuttamiseen?

10 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Tässä luvussa kerrotaan kuinka Seinäjoen keskussairaalan korva-, nenä-, ja kurkkutautien poliklinikalle tehty tutkimus toteutettiin. Ensimmäiseksi valittiin sopiva kohderyhmä. Sen jälkeen pohdittiin kuinka tutkimuksen aineisto kerätään ja mistä tarvittava teoriatieto etsitään. Aineistokeruumenetelmänä toimi poliklinikalle viety kyselylomake, joka analysoitiin niin tilastollisella menetelmällä kuin aineistolähtöiselläkin mallilla.

10.1 Kohderyhmä

Tutkimuksen kohderyhmänä olivat Seinäjoen korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikan hoitohenkilökunta. Hoitohenkilökunnalla tarkoitetaan sairaanhoitajia (8 hlöä), sijaisia (3 hlöä), perushoitajia (2 hlöä), kuulontutkijoita (4 hlöä) sekä kuntoutusohjaajia (2 hlöä).

10.2 Tiedonkeruumenetelmät

Aineisto kerättiin kyselytutkimuksella. Tutkimus suoritettiin kvalitatiivisena eli laadullisena sekä kvantitatiivisena eli määrällisenä kyselytutkimuksena. Kyselylomake koostui strukturoiduista ja avoimista kysymyksistä. Kyselylomakkeessa oleva strukturoitu aineisto analysoitiin Microsoft Office Excel-ohjelmalla. Avoimet kysymykset puolestaan analysoitiin sisällönanalyysin mallilla, Kyselylomakkeiden palauttaminen ensimmäisen aineistonkeruun yhteydessä katsottiin tietoisen suostumuksen antamiseksi. Tutkimukseen osallistujille kerrottiin tutkimuksesta ja sen tarkoituksesta saatekirjeessä. Tutkittavalta organisaatioilta toivottiin aikaa kyselyyn vastaamiseen.

Kyselylomake koostui 17 kysymyksestä, joista 8 oli strukturoituja kysymyksiä. Strukturoiduista kysymyksistä viisi oli monivalintakysymyksiä. Avoimia kysymyksiä oli 9. Vastaajien taustatietoja kartoitettiin neljässä ensimmäisessä kysymyksessä. Niissä selvitettiin vastaajan ikä, sukupuoli, ammatti ja työvuosien määrä hoitotyössä. Kysymykset, joissa mitattiin vastaajan omaa mielipidettä ja osaamista sekä kokemusta ohjauksen toteuttamisesta sisälsivät sekä valmiita vastausvaihtoehtoja että avointa tilaa, johon vastaaja sai tuoda esille omat mielipiteensä.

Kyselylomakkeen viimeinen kohta sisälsi monivalintakysymyksiä, joissa oli annettu valmiit vastausvaihtoehdot 1-5. Avoimissa kysymyksissä ei ollut valmiita vastausvaihtoehtoja, vaan vastaaja sai vapaasti tuoda esiin omat ajatuksensa.

10.3 Tiedonhaku

Sähköinen tutkimustiedon haku tapahtui eri hakukoneiden avulla käyttäen hakusanoja: ohjaus hoitotyössä, ohjaus, potilaan motivointi, dialoginen työskentely, vastavuoroisuus sekä vuorovaikutus. Apuna käytettiin Nelli-portaalia, hoitotieteellisiä tutkimuksia sekä terveysportin kautta löytyvää materiaalia ja viitteitä. Haulla keskityttiin käsitteisiin ohjauksen merkitys ja ohjauksen toteuttaminen hoitotyössä. Kirjallisuus-haku tapahtui käyttäen eri kirjastojen tietokantoja.

10.4 Aineistokeruumenetelmät

Kyselylomakkeet vietiin Seinäjoen keskussairaalan korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikalle. Tutkimuksesta pidettiin esitelmä osastotunnin yhteydessä. Osastotunnilla oli läsnä suurin osa poliklinikan henkilökunnasta. Kyselylomakkeita vietiin vastattavaksi 22. Henkilökunnalla oli aikaa vastata kyselyyn 2 viikkoa. Tutkimukseen osallistujat tekivät tutkimuksen nimettömästi ja täysin vapaaehtoisesti. Kyselylomakkeet palautettiin poliklinikalla suljettuun palautuslaatikkoon. Tällöin vastaaja saattoi olla varma tietosuojastaan. Kyselylomakkeesta pyrittiin tekemään mahdollisimman yksinkertainen ja selkeä, johon on sekä nopeaa että vaivatonta vastata työpäivän aikana. Kyselylomakkeesta haluttiin kuitenkin tehdä niin laaja, että saataisiin mahdollisimman todenperäinen kuva ja paljon tietoa tutkittavasta asiasta.

10.5 Analysointitapa

Strukturoidut kysymykset analysoitiin tilastollisella menetelmällä. Tutkimus on induktiivinen ja se analysoitiin aineistolähtöisellä mallilla. Tilastollisella analyysimenetelmällä tulokset kuvattiin prosenttien avulla. Tilastolliset analyysit tutkimusaineistosta tehtiin Microsoft Excel-ohjelman avulla ja samalla luotiin tuloksista taulukot Wordiin.

11 TUTKIMUKSEN EETTISYYS

Eettisyys on kaiken tieteellisen toiminnan ydin tutkimuksessa. Tutkimusetiikka on kehittynyt alun perin erityisesti lääketieteen kysymysten parissa, mikä on ymmärrettävää, sillä lääketieteen tutkimuksen osallistujat ovat pääasiassa ihmisiä. Tutkimusetiikka luokitellaan yleensä normatiiviseksi etiikaksi, joka pyrkii vastaamaan kysymykseen oikeista säännöistä, joita pitää noudattaa tutkimuksessa. Erinomaisen pohdintaperustan tutkija saa Pietarisen (2002) esittämän kahdeksan eettisen vaatimuksen listan avulla. Listan ensimmäinen vaatimus on älyllisen kiinnostuksen vaatimus, jolloin tutkijan on oltava aidosti kiinnostunut uuden tiedon hankkimisesta. Toisena eettisen vaatimuksen listalla on tunnollisuuden vaatimus, jonka mukaan tutkijan on paneuduttava tunnollisesti alaansa, jotta hänen hankkimansa tieto olisi niin luotettavaa kuin mahdollista. Kolmantena rehellisyyden vaatimus eli tutkija ei saa syyllistyä vilpin harjoittamiseen sekä vaaran eliminoiminen, tutkijan pitää kieltäytyä sellaisesta tutkimuksesta, joka voi tuottaa kohtuutonta vahinkoa. Listan viidentenä vaatimuksena on ihmisarvon kunnioittaminen. Tutkimuksen tekeminen ei saa loukata ihmisarvoa yleisesti eikä ihmisryhmän moraalista arvoa. Sosiaalinen vastuu vaatii tutkijan osaltaan vaikuttamaan siihen, että tieteellistä informaatiota käytetään eettisten vaatimusten mukaisesti. Seitsemäntenä on ammatinharjoituksen edistäminen eli tutkijan tulee toimia tavalla, joka edistää tutkimuksen tekemisen mahdollisuuksia. Viimeinen listan eettinen vaatimus on kollegiaalinen arvostus, jonka mukaan tutkijoiden tulee suhtautua toisiinsa arvostavasti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172.)

11.1 Eettiset ohjeet ja lainsäädäntö

Tutkimuksen eettisyys on sitouduttu turvaamaan Helsingin julistuksen (1964) mukaisesti Suomessa. Helsingin julistus on tutkimusetiikan ohjeistus, joka on hyväksytty kansainvälisestikin. Sen uusi suomennos hyväksyttiin Suomen Lääkäriliiton hallituksessa 10.5.2001. Kyseinen julistus on laadittu lääketieteellisen tutkimuksen tarpeisiin, mutta se sopi hyvin myös hoitotieteellisen tutkimuksen etiikan ohjeeksi. Julistuksessa todetaan muun muassa perusteluja tutkimustyöhön: Jotta lääketiede voisi edistyä, on tehtävä myös ihmiseen kohdistuvia tutkimuksia.

Tutkittavan hyvinvointia on pidettävä tärkeämpänä kuin tieteen ja yhteiskunnan etua. Julistuksessa otetaan kantaa myös haavoittuviin ryhmiin sekä määritellään millä tavalla tutkimussuunnitelma tulee arvioittaa eettisessä toimikunnassa. Helsingin julistus antaa ohjeita sekä potilaan turvallisuudesta, että oikeuksien turvaamisesta tutkimustyössä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 173–174.)

Kansallinen lainsäädäntö ja erilaiset ohjeet ohjaavat hoitotieteellistä tutkimusta. Keskeisimpiä lakeja ovat:

– Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta (488/1999)

– Asetus lääketieteellisestä tutkimuksesta (986/1999)

– Henkilötietolaki (523/1999)

– Laki (556/1989) ja asetus (774/1989) terveydenhuollon valtakunnallisista henkilörekistereistä

– Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992)

– Potilasvahinkolaki (585/1992)

– Asetus valtakunnallisesta terveydenhuollon eettisestä neuvottelukunnasta (494/1998)

– Asetus valtakunnallisesta terveydenhuollon eettisestä neuvottelukunnasta annetun asetuksen muuttamisesta (309/2000) ja

– Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 175.)

Tutkimuseettinen lautakunta perustettiin vuonna 1991 käsittelemään tieteelliseen tutkimukseen liittyviä eettisiä kysymyksiä. Lautakunnan tehtävänä on muun muassa tehdä esityksiä ja antaa lausuntoja viranomaisille tutkimuseettisistä lainsäädäntö- ja muista kysymyksistä, toimia asiantuntijana tutkimusongelmien selvittämisessä ja edistää tutkimuseettistä keskustelua. Myös aloitteiden tekeminen tutkimusetiikan edistämiseksi kuuluu tutkimuseettisen lautakunnan toimenkuvaan.

Tutkimuseettinen lautakunta on hyväksynyt korkeakoulujen yleisesti käyttämät käytännön menettelyohjeet. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 175.)

11.2 Hoitotieteellisen tutkimuksen eettiset ohjeet

Helsingin julistus ohjaa myös hoitotieteellistä tutkimusta, tämän lisäksi American Nurses Association (ANA) julkaisi vuonna 1995 hoitotieteellisen tutkimuksen eettiset ohjeet. Ohjeissa kuvataan periaatteita, joita tutkijan tulisi noudattaa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 176.) Ohjeet ovat sisällöltään melko samanlaisia kuin Pietarisen (2002) esittämän kahdeksan eettisen vaatimuksen lista.

Viime aikoina on korostettu tutkimusaiheen valintaa, sillä jo se on tutkijan tekemä eettinen ratkaisu. Tutkijan tulee pohtia, mikä on aiheen merkitys yhteiskunnallisesti ja myös erityisesti tutkimuksen vaikuttavuutta siihen osallistuviin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 176.)

11.2.1 Hyödyllisyys

Tutkimusetiikan periaatteena ja tutkimuksen lähtökohtana on sen hyödyllisyys. Hyöty ei kohdistu aina tutkittavaan henkilöön, vaan tutkimustuloksia voidaan toisinaan hyödyntää vasta tulevaisuudessa uusiin potilaisiin tai asiakkaisiin. Tutkimussuunnitelmassa tutkijan tulee arvioida millä tavalla tutkimuksessa tuotettava tieto voitaisiin hyödyntää laadun kehittämisessä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 176–177.) Tällä opinnäytetyöllä pyrittiin tuottamaan käyttökelpoista tietoa hoitohenkilökunnan käyttöön.

11.2.2 Haittojen minimointi

Tutkimusetiikan mukaan tutkijan on pyrittävä epämukavuuksien riskien minimointiin. Haitat voivat olla emotionaalisia, fyysisiä, sosiaalisia tai taloudellisia. Hoitotieteellisessä tutkimuksessa ollaan yleensä kiinnostuneita sensitiivisistä aiheista, joiden käsittely voi aiheuttaa tutkijassa hyvin negatiivisiakin tunteita. Tällöin tutkijan on jo tutkimussuunnitelmaa laatiessaan arvioitava mahdollisia haittoja ja ongelmia sekä kuvata millä tavalla esimerkiksi voimakkaasti reagoivien tut-

kimuksen osallistujien tasapaino voidaan turvata. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 177.)

11.2.3 Itsemääräämisoikeus

Yksi tutkimukseen osallistumisen lähtökohdista on potilaiden itsemääräämisoikeus. Osallistumisen vapaaehtoisuus ja mahdollisuus kieltäytyä tutkimuksesta on pidettävä mielessä koko tutkimustoiminnan ajan. Hoitotieteellisen tutkimuksen kohteena ovat yleensä asiakkaat tai potilaat, jotka saattavat kokea tutkimuksen osallistumisen ”pakollisena” meneillä olevan hoitosuhteensa vuoksi. On siis erittäin tärkeää korostaa tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuutta kaikessa tutkimustoiminnassa. Tutkittaville on myös annettava mahdollisuus esittää kysymyksiä, kieltäytyä antamasta tietojaan sekä keskeyttää tutkimus. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 177.) Kyselylomakkeiden viennin yhteydessä pidetyllä osastotunnilla informoitiin henkilökohtaisesti tutkimukseen osallistujia tulevasta tutkimuksesta. Kyselylomakkeeseen liitettiin myös saatekirje, jossa tuotiin esille tutkimuksen kulku, tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus, tutkimuksen eettisyyden ja vastaamisen kannalta oleelliset asiat, tutkimuksen tekijöiden sekä ohjaavan opettajan nimet.

11.2.4 Oikeudenmukaisuus

Oikeudenmukaisuus tutkimustyössä tarkoittaa, että tutkittavat ovat keskenään tasa-arvoisia. Otos ei siis saa perustua tutkittavan korkeaan virka-asemaan tai esimerkiksi haavoittuvuuteen. Tämä on erittäin tärkeää muistaa hoitotieteellistä tutkimusta tehdessä. Tutkijan pitää muistaa myös, ettei ei-toivottuja mahdollisia tutkittavia suljeta otoksen ulkopuolelle. Erityisesti tämä on syytä muistaa silloin kun otos ei ole satunnainen vaan päätökseen tutkimukseen osallistumisen kutsumisesta tekee joku henkilö. Esimerkiksi potilastyytyväisyyttä tutkittaessa voi olla vaarana, että tutkimukseen kutsutaan vain ne potilaat, jotka ovat helppoja hoidettavia ja vaikuttavat muutoinkin tyytyväisiltä saamaansa hoitoon. Tällöin aineiston ulkopuolelle jäävät ne, jotka saattavat olla tyytymättömiä ja joilla saattaisi olla arvokasta tietoa hoitotyön kehittämisen kannalta. Oikeudenmukaisuuteen kuuluu myös

tutkittavien kulttuuristen uskomusten ja elämäntavan kunnioittaminen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 179.)

11.2.5 Anonymiteetti

Anonymiteetti tarkoittaa sitä, ettei tutkimustietoja luovuteta kenellekään tutkimusprosessin ulkopuoliselle. Aineisto tulisi säilyttää lukitussa paikassa ja tietokoneessa salasanalla suojattuna. Mikäli aineisto on pieni, anonymiteetti voidaan turvata kuvaamalla heidän taustatietonsa keskiarvoina, ei vaihteluväleinä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 179.)

Taulukon tekemistä pelkästään kuulotutkijoiden vastauksista pohdittiin, mutta ajatus hylättiin, koska kuulotutkijoita oli määrällisesti niin vähän. Tällöin anonymiteetti olisi ollut vaarassa paljastua, jolloin tutkimus ei olisi noudattanut eettisiä ohjeita ja sen luotettavuus olisi heikentynyt. Anonymiteetti olisi kärsinyt myös vastaajien jaottelussa ammattiryhmiin.

11.2.6 Plagiointi

Plagiointi voi tarkoittaa sekä toisen henkilön kirjoittaman suoraa lainaamista ilman lähdeviitteitä sekä omien tulosten toistamista. Tutkijan tulee muistaa, että asiasisältöihin viitatessa käytetään lähdeviitemerkintöjä. Suoria lainauksia otettaessa lainaus sijoitetaan sitaattimerkkien sisään. Omien tulosten plagiointi tarkoittaa Hirsjärven ja kollegojen (2007) mukaan sitä, että tutkija muuttaa tutkimuksestaan vain osan ja raportoi tulokset aina uutena tutkimuksena. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 182.) Tutkimuksesta saadut tulokset on kerrottu totuuden mukaisesti, eikä asioita ole vääristelty. Tutkimuksen eettisyyden kannalta on olennaisen tärkeää, että tutkimuksen heikkoudet tuodaan julki. Tutkimuksessa ei ole kaunisteltu mitään tuloksia, eikä siihen ole lisätty olemattomia tuloksia. Lähdemerkinnät on pyritty tekemään oikein ja mahdollisimman tarkasti, jotta voidaan erottaa oman ja lainatun tekstin ero. Lisäksi pyrittiin käyttämään sellaisia sähköisiä lähteitä, joiden arvioitiin pysyvän saatavilla pitkään Internetissä.

11.2.7 Tulosten sepittäminen ja toisten tutkijoiden vähättely

Sepittäminen (fabrication) viittaa siihen, että saadut tulokset ovat tekaistuja. Tällöin voidaan päätellä, että tutkijalla ei ole esimerkiksi lainkaan aineistoa tulostensa perusteeksi tai hän saattaa kaunistella tai muuttaa saamiaan tuloksia. Toisten tutkijoiden vähättely tarkoittaa esimerkiksi, että tutkimusryhmän yksi jäsen ikään kuin omii tulokset itselleen ja julkaisee tuloksia vain omissa nimissään. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 183.)

11.3 Tutkimustulosten merkitys

Tässä tutkimuksessa esitellyt tulokset tarjoavat tietoa Seinäjoen keskussairaalalle korva-, nenä-, ja kurkkutautien poliklinikan hoitohenkilökunnalle ohjauksen tämän hetkisestä tilanteesta sekä kehittämistarpeista. Tuloksista voidaan huomata, että vastaajat ovat todella perehtyneet aiheeseen ja pohtineet kysymyksiä. Vastausten hajonnan perusteella voidaan ajatella vastaajien olleen rehellisiä, koska he eivät ole vastanneet samalla tavalla, vaan tuoneet rohkeasti esille omia mielipiteitään. Ohjauksen laadukas toteuttaminen lyhyessä ajassa ja joidenkin potilaiden motivoiminen osallistumaan omaan hoitoonsa koettiin vaikeimmiksi asioiksi. Kaikki vastanneet kokivat saaneensa riittävät valmiudet ohjauksen toteuttamiseen.

12 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS

Tutkimuksen vastausprosentti oli 68,4, jota voidaan pitää varsin hyvänä ja tutkimuksen luotettavuuden kannalta riittävänä, koska tutkimuksen vastausjoukko on melko pieni. Tulosten kattavuutta kasvattaa osaltaan myös vastaajien eri ikäluokat ja työvuosien määrä. Seinäjoen keskussairaalan korva-, nenä-, kurkkutautien poliklinikka oli pelkästään kohderyhmänä, jonka vuoksi tuloksia ei voida yleistää valtakunnallisesti. Tutkimuksesta saatiin vastaukset tutkimusongelmiin, mikä lisää tutkimuksen luotettavuutta.

Aineistonkeruumenetelmänä tutkimuksessa käytettiin kyselylomaketta. Kyselylomakkeeseen sisällytettiin strukturoituja, avoimia kysymyksiä sekä monivalintakysymyksiä. Avoimissa kysymyksissä vastaaja sai omin sanoin täydentää vastausta. Tällä tavoin taattiin vastaajan ymmärrys kysymyksiä kohtaan. Näin pois suljettiin tyhjät vastaukset. Tällä tavoin parannettiin tutkimuksen luotettavuutta.

Kyselykaavakkeet esitestattiin kuuden henkilön kohderyhmällä, johon kuului hoitoalalla työskenteleviä. Kohderyhmän valinta edesauttoi kyselylomakkeen ymmärrettävyyden varmistamisessa. Tutkimuksen reliabiliteettia lisättiin osaltaan esitestauksella.

Saatekirje liitettiin mukaan kyselykaavakkeeseen, jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet sekä tutkimuksen tekijöiden nimet. Valmiita kyselylomakkeita varten tehtiin suljettu laatikko, jolloin lomakkeet pysyivät salassa sivullisilta eivätkä vastaajat pystyneet lukemaan toistensa vastauksia. Tämän johdosta vastaajat pystyivät luottamaan anonymiteettinsä säilymiseen ja antamaan mahdollisimman rehellisen vastauksen. Koko tiedonkeruun ajan laatikko pysyi sinetöitynä aina hakemiseen asti. Saatuja vastauksia käsiteltiin luottamuksellisesti, tietoja vääristelemättä.

Aikaa kyselyn vastaamiseen oli 2 viikkoa. Kohtuullisen pitkällä vastausajalla pyrittiin varmistamaan, että kaikki halukkaat ehtivät vastaamaan kyselyyn. Osastotunnin yhteydessä pidettiin lyhyt, mutta kattava esittely tutkimuksesta ja annettiin tuleville vastaajille mahdollisuus esittää myös kysymyksiä koskien tutkimusta ja

ehdotuksia tulevaan työhön. Samalla kertaa kyselylomakkeet jätettiin poliklinikalle. Tutkimuksen tarkoitusta pyrittiin selventämään hoitohenkilökunnalle ja mahdolliset häiriötekijät minimoimaan tiedonkulussa ja tutkimusaineiston keräämisessä.

Kyselylomakkeen ulkoasusta pyrittiin tekemään asiallinen, selkeä ja helposti ymmärrettävä. Kyselylomakkeessa oli kolme sivua, joista ensimmäinen sivu sisälsi saatekirjeen ja yksi sivuista oli kaksipuolinen. Kokonaisuudessaan kyselylomake sisälsi kolme sivua.

Kyselytutkimukseen osallistujat vastasivat työaikana kyselyyn, mikä saattoi heikentää luotettavuutta. Tällöin vastaajan ollessa kiireinen tai väsynyt tai rauhattomuus vastausympäristössä saattoivat vaikuttaa negatiivisesti vastausmotivaatioon sekä huolellisuuteen. Voidaan ajatella, että luotettavuutta lisäsi se, että tutkittavat kokivat aiheen erittäin tärkeäksi.

Voidaan pitää mahdollisena, että kaikki tutkimukseen vastanneet eivät kertoneet rehellistä mielipidettänsä. Mahdollisesti myös vastaajista joku on voinut käsittää kysymykset väärin. Tulosten luotettavuutta saattaa heikentää sisällönanalyysi, joka on tutkijan oma tulkinta vastauksista.

12.1 Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta kvantitatiivisessa tutkimuksessa voidaan arvioida tarkastelemalla tutkimuksen validiteettia ja reliabiliteettia. Validiteetilla viitataan siihen onko tutkimuksessa mitattu juuri sitä, mitä oli tarkoituskin mitata. Käytännössä tämä tarkoittaa siis sitä, että onko teoreettiset käsitteet pystytty luotettavasti operationalisoimaan muuttujiksi. Ulkoinen validiteetti (external validity) viittaa siihen, kuinka hyvin saadut tulokset voidaan yleistää tutkimuksen ulkopuoliseen perusjoukkoon. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 152.) Tutkimusongelmien avulla pystyimme varmistamaan työmme validiteetin.

Reliabiliteetti (reliability) viittaa puolestaan tulosten pysyvyyteen. Reliabiliteetti mittaamisen näkökulmasta katsottuna tarkoittaa mittarin kykyä tuottaa eisattumanvaraisia tuloksia. Tätä voidaan arvioida esimerkiksi mittaamalla samalla

mittarilla tutkimusilmiöitä eri aineistoissa. Mikäli tulokset ovat samansuuntaisia, mittaria voidaan pitää reliaabelina. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 152.)

Tutkimuksen luotettavuutta tulee arvioida mittaamisen lisäksi tulosten luotettavuuden kannaltakin, jolloin tarkastelun kohteina ovat sekä sisäinen, että ulkoinen validiteetti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 157–158.)

12.2 Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arviointi

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden systemaattiseen arviointiin on esitetty tutkijoiden tueksi omia lähtökohtia sekä erillisiä suosituksia, vaikka myös joissakin menetelmäkirjoissa luotettavuuden yhteydessä puhutaan validiteetista ja reliabiliteetista. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 159–160.)

Uskottavuus (credibility) edellyttää tulosten kuvaamista niin selkeästi, että lukija ymmärtää, miten analyysi on tehty ja mitkä ovat tutkimuksen rajoitukset ja vahvuudet. Näin toisaalta tarkastellaan analyysiprosessia ja toisaalta tulosten validiteettia. Yleensä käsitteiden sisältöjä kuvataan alakategorioilla, joiden muodostaminen vaatii tutkijalta kahdenlaista kiinnittymistä: kiinnittymistä empiiriseen aineistoon sekä käsitteelliseen ajatteluun. Uskottavuus kuvaa myös sitä, että miten hyvin tutkijan muodostamat luokitukset tai kategoriat kattavat aineiston. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160.) Tutkimuksen tulokset ja tuloksista muodostetut diagrammit ja kuviot on pyritty kuvaamaan mahdollisimman selkeästi, jotta asiaan perehtymätön henkilö pystyy ymmärtämään tulosten merkityksen, mikä lisää tutkimuksen uskottavuutta.

Siirrettävyyden (transferability) varmistamiseksi edellytetään aina huolellisesti tutkimuskontekstin kuvausta, osallistujien taustojen ja valinnan selvittämistä sekä aineistojen keruun ja analyysin seikkaperäistä kuvausta. Tämä siltä varalta, että toinen tutkija haluaa seurata prosessia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160.)

13 TUTKIMUKSEN TULOKSET

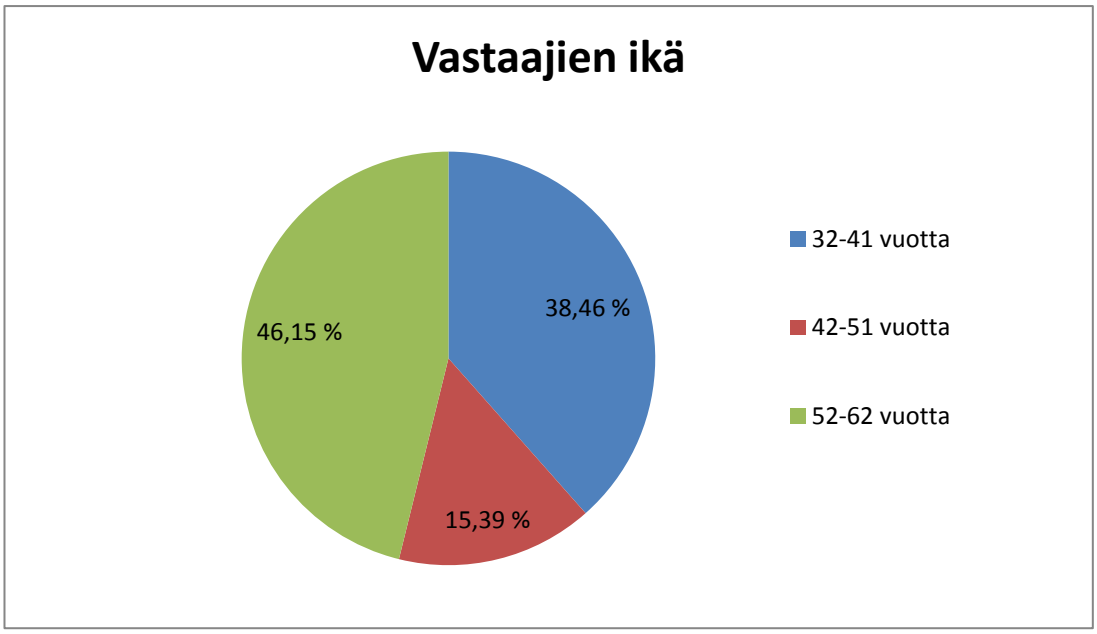
Tässä luvussa tuodaan esiin tutkimuksen tulokset kuvaamalla kyselyyn osallistunutta tutkimusjoukkoa sekä käymällä läpi kysymysten vastauksia sekä vastausten hajontaa. Tutkimustulokset jaoteltiin prosentuaalisesti sekä kappalemäärien mukaan.

13.1 Tutkimusjoukon kuvaus

Kyselyn vastausprosentiksi muodostui noin 68, sillä 19 viedystä kyselylomakkeesta 13:een vastattiin. Vastausprosenttia voidaan pitää melko hyvänä, otettaessa huomioon, että otos on varsin pieni, koska kysely tehtiin vain yhden poliklinikan hoitohenkilökunnalle. Tutkimukseen osallistui 13 hoitajaa, joista kaksi oli perushoitajaa, kahdeksan sairaanhoitajaa ja kolme kuulotutkijaa.

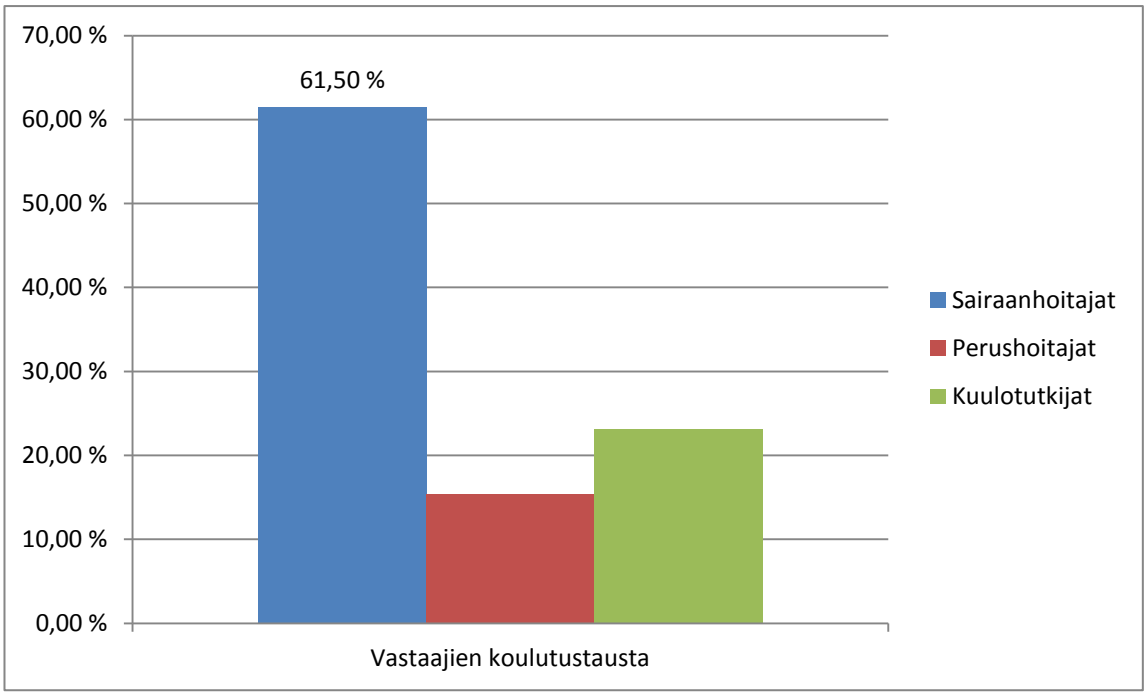
Kyselyyn vastanneet hoitajat olivat iältään 32-62-vuotiaita. Ikävuodet olivat avoimena kysymyksenä kyselylomakkeessa. Iät jaoteltiin kolmeen ikäluokkaan raportointi-vaiheessa seuraavanlaisesti: 32-41 vuotta, 42-51 vuotta ja 52-62 vuotta.

Kyselylomakkeeseen vastaajista kuusi oli 52-62-vuotiaita ja heitä oli eniten, n. 46 %. Seuraavaksi eniten oli 32-41-vuotiaita. Heitä oli vastaajista viisi kappaletta eli prosentuaalisesti noin 39 %. 42-51-vuotiaita vastaajia oli vähiten, kaksi kappaletta eli 15 % . (Kuvio 1.)



Kuvio 1. Vastaajien ikä

Vastaajan ikää käsittelevän kysymyksen jälkeen kyselylomakkeessa selvitettiin vastaajan sukupuoli. Kaikki vastaajista olivat sukupuoleltaan naisia. Sen jälkeen haluttiin tietää vastaajan koulutustausta. Koulutustaustakysymys oli avoin ja vastaaja sai siis itse kirjoittaa ammattinimikkeensä sille varattuun tilaan. Vastaajista 61,5 % eli kahdeksan kappaletta oli sairaanhoitajia. Perushoitajia oli kaksi kappaletta eli 15,4 %. Kuulo-tutkijoita vastaajista oli kolme eli prosentuaalisesti 23,1 %. (Kuvio 2.)



Kuvio 2. Vastaajien koulutustausta

Hoitotyövuosille ei annettu mitään vastausvaihtoehtoa vaan vastaaja sai itse täyttää tyhjälle viivalle työvuosien määrän. Vastaajien työvuodet sijoittuivat välille 1-yli 40 vuotta. Vastaajista kolmella hoitajalla oli työkokemusta alalta alle 16 vuotta. Kaksi vastaajaa oli työskennellyt hoitotyössä alle 30 vuotta. Yli 30 vuotta työskennelleitä oli neljä kappaletta.

13.2 Ohjauksen riittävyys hoitajien näkökulmasta

Kysymyksessä viisi selvitettiin hoitajan omaa näkemystä siitä, annetaanko työpaikalla riittävästi ohjausta potilaalle. Vastaajista 12 eli suurin osa oli sitä mieltä, että ohjausta annetaan riittävästi potilaalle. Yhden vastaajan mielestä asiaa pitäisi kysyä potilailta itseltään. Kyseinen vastaaja oli myös sitä mieltä, että ajanvarauksessa ei oteta huomioon ohjaukseen tarvittavaa aikaa. Ajanvarauksessa varataan vain lääkärin vastaanottoaika ja ohjauksen pitäisi siis sisältyä tähän samaan aikaan. Kysymyksessä kuusi haettiin syitä ohjauksen riittämättömyydelle. Vastaajat sivuuttivat tämän kysymyksen, koska se oli tarpeeton. Jos vastaaja vastasi edelliseen kysymykseen kielteisesti, edellytettiin vastaamaan kysymykseen kuusi.

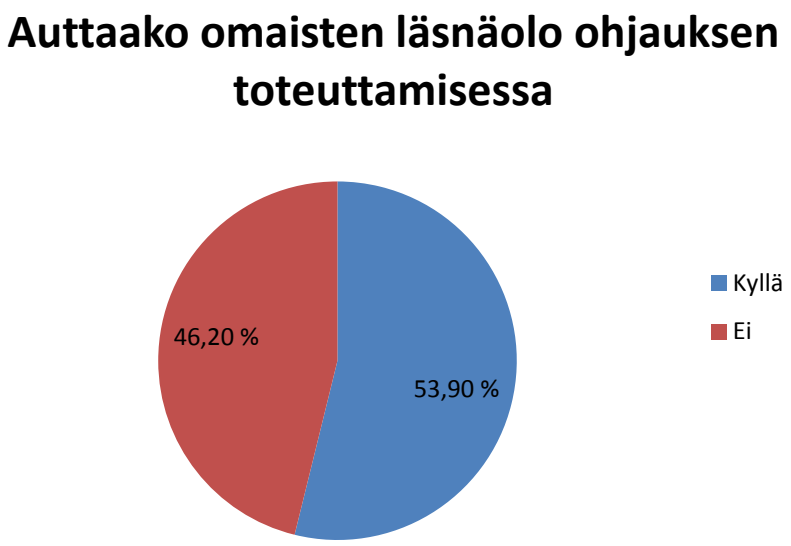
13.3 Omaisten läsnäolo ohjauksessa

Kysyttäessä auttaako omaisten läsnäolo ohjauksen toteuttamisessa, seitsemän vastasi myöntävästi. Vastaajien mielestä potilaat saattavat jännittää niin paljon vastaanotolla, että eivät huomaa tai muista itse kysyä epäselvistä asioista tutkimustilanteisiin liittyen. Jännitystila saattaa vaikuttaa siinä mielessä negatiivisesti, etteivät asiat pysy kunnolla mielessä eikä potilas pysty vastaanottamaan uutta tietoa. Seikkulan ja Alakareen (2004) mukaan keskeisintä avoimen dialogin hoitomallissa on avunpyyntö, ryhmätyöskentely ja verkoston mukaan ottaminen hoidon voimavaraksi. Useamman vastaajan mielestä jokaisen potilaan on saatava yksilöllistä ohjausta, omaisten kanssa keskusteleminen koettiinkin auttavan potilaiden yksilöllisten tarpeiden huomioimisessa. Omaisten osuus on merkittävä. He auttavat viemään tiedon perille varsinkin vanhojen ja huonokuntoisten potilaiden kohdalla. Näiden seitsemän vastaajan mielestä ”lisäkorvat” ovat aina tarpeen ohjaustilanteessa. Tässä tapauksessa ”lisäkorvilla” tarkoitetaan potilaiden omaisia/saattajia. Lapsipotilaiden kohdalla todettiin, että omaisten tai vanhempien läsnäolo on välttämätöntä. Työskentely dementiapotilaiden kanssa on erittäin haastavaa ja sen vuoksi omaisten läsnäolo on tärkeää, jotta ohjauksessa annetun informaation hyöty olisi mahdollisimman suuri.

Hoitokokous on hoidon perustapahtuma, johon kutsutaan potilaan lisäksi hänen läheisensä, asiaan osallistuneet viranomaiset sekä hoitava työryhmä. Hoitokokouksien tavoitteena on avoin keskustelu, jossa tarkoituksena on luoda uutta ymmärrystä. Hoitokokouksissa pyritään integroimaan yhteen kaikki käytettävissä olevat hoitomuodot, lääkitys mukaan luettuna. Yhteisenä tavoitteena on ottaa käyttöön niin potilaan kuin hänen läheistensäkin voimavarat akuutista kriisistä selviämisen tueksi. (Seikkula & Alakare 2004.) Potilaan lähtökohtia ja valmiuksia sekä arkipäivän toimintaa ohjaavia tekijöitä tulee tarkastella pyrittäessä tukemaan potilaan omahoitoa (Diabetesliitto 2012). Esimerkiksi dementoituneen potilaan omaiset ovat usein ymmällään läheisensä sairastamisen myötäeläjinä. Hoitohenkilökunta saattaa joutua vaikeisiin tilanteisiin omaisten hädän ja tiedonpuutteen vuoksi. Omaisten kanssa tulisi järjestää hoito-neuvotteluja. Arkipäivän kuuleminen ja omaisten aito hyväksyminen osaksi hoitosuhdetta ovat laadukkaan hoitotyön ele-

menttejä. Jokaisen hoitajan olisi pyrittävä tähän hyvän hoitosuhteen luomiseksi. (Palomäki 2004.)

Vastaajista kuusi oli sitä mieltä kysymyksessä seitsemän, että omaisten läsnäolo ei auta ohjauksen toteuttamisessa. Vastaajat totesivat, että omaisista on joskus jopa harmia tilanteissa, joissa he sekoittavat omia kokemuksiaan tai sairauksiaan potilaan ohjaustilanteeseen, jolloin potilas saattaa mennä hyvinkin ymmälleen. Omaiset puuttuvat liikaa ohjaukseen, jolloin lopputuloksena on vain asioiden sekoittaminen ja potilaan asia unohtuu. Omaisista koettiin olevan harmia, koska he eivät malta aina kuunnella. Potilaan keskittymiskyky on vastaajien mielestä usein parempi, kun potilas on ohjaustilanteessa yksin ja häiriötekijöitä ei ole. (Kuvio 3.)



Kuvio 3. Omaisten läsnäolo potilaan ohjauksessa

13.4 Riittävät valmiudet ohjauksen toteuttamiseen

Kahdeksannessa kysymyksessä selvitettiin ovatko hoitajat saaneet omasta mielestään riittävät valmiudet ohjauksen toteuttamiseen. Vastaajat olivat yhtä mieltä siitä, että he olivatt saaneet riittävät valmiudet toteuttaakseen ohjausta. Kysymyksessä yhdeksän piti miettiä parannuskeinoja ohjauksen toteuttamiseen. Tämä kysymys kuitenkin sivutettiin, koska vastaajat vastasivat edelliseen kysymykseen kyllä. Kysymystä yhdeksän voidaan pitää turhana tässä tilanteessa.

13.5 Haasteelliset ohjaustilanteet

Kysymyksessä 10 haluttiin tietää millaiset ohjaukseen liittyvät tilanteet koetaan haasteelliseksi. Kysymys oli avoin eli valmiita vastausvaihtoehtoja ei ollut. Vastaajat kokivat, että haasteelliseksi ohjaustilanteen tekee potilaiden kuuntelemattomuus. He antavat ymmärtää, että tietävät jo kaiken eivätkä sen vuoksi halua kuunnella ohjeita. Haasteellisuutta ohjaustilanteisiin toivat myös potilaiden jännittyneisyys, aggressiivisuus, muistamattomuus (dementoituneet potilaat) sekä erittäin huono-kuntoiset ja yksin asuvat, vanhat potilaat. Kaikki potilaat eivät ole valmiita vastaanottamaan ohjausta. Kaikista haasteellisimmaksi asiaksi ohjauksessa nousi kiire eli ohjausajan riittämättömyys.

Vastaajat kuvailevat erilaisia tilanteita, joissa ohjaaminen koettiin haasteelliseksi.

”…Vakavan diagnoosi saaneet potilaat; tulisi pystyä antamaan enemmän aikaa.”

”Liian vähän aikaa, potilas joko ei ole kiinnostunut, eikä keskity.”

”Tilanteet, jossa asiakas ja omaiset tarvitsevat keskustelua/kriisiapua diagnoosin saadessaan. Joten muiden asioiden ohjaus kriisitilanteissa on haasteellista. Potilas ja omaiset tarvitsevat ensin aikaa sulatella ja keskusteluapua ennen varsinaista ohjausta.”

13.6 Tärkeiden asioiden korostaminen potilasohjauksessa

Kysyttäessä potilasohjauksen korostamisen aiheita, vastaajat nostivat esille potilaslähtöisyyden, yksilöllisyyden sekä kivunhoidon ohjaustilanteissa.

Ohjauksessa on edettävä potilaan ymmärryksen mukaan eli hoitajan on taattava, että potilas on varmasti ymmärtänyt saamansa tiedon.

”’Mennä’ potilaan ’tasolle’ – ’nähdä’ potilas ja havaita ymmärtääkö hän annetut ohjeet, muistaa, että mikä on meille rutiinia onkin potilaalle eka kerta ja tuntematon asia.”

Vastaajat pitivät tärkeänä potilaan arjessa pärjäämistä, jota tuetaan antamalla potilaalle hyvät kotihoito- ja jatkohoito-ohjeet sekä suullisesti että kirjallisesti. Potilaalle tulisi antaa mukaan myös hoitopaikan yhteystiedot ongelmatilanteiden ja kysymysten varalta. Ohjauksessa korostuu itsehoidon tärkeys, jolla turvataan potilaan selviytyminen kotona arjessa. Vastaajien mielestä ohjauksessa tulisi kertoa pääasiat eli ohjauksen kannalta oleellisimmat asiat. Vastaajat painottivat myös, että ohjaustilanteessa ei tulisi kertoa liikaa eikä hoidon kannalta epäoleellisia asioita.

13.7 Ohjauksen suhteuttaminen potilaan tarpeiden mukaan

Kysymyksessä 12 selvitettiin kuinka vastaajat suhteuttavat ohjauksensa potilaiden tarpeiden mukaan. Heitä pyydettiin myös havainnollistamaan ohjaustilanteita esimerkkien avulla.

Vastaajista neljä painotti ohjauksessa rauhallista etenemistä. Jos potilas ei tiedä entuudestaan kyseisestä asiasta mitään, ohjataan perusteellisemmin. Mikäli potilas ei siltikään ymmärrä, toistetaan sama asia niin monta kertaa, että varmistutaan siitä, että potilas on todella ymmärtänyt ohjauksen merkityksen. Asioita kerrataan ohjauksessa riittävän monta kertaa. Yksi vastaajista suhteuttaa ohjauksensa potilaan tarpeiden mukaan, siten että potilaalle, joka pystyy vastaanottamaan tietoa, annetaan ohjausta laajemmin.

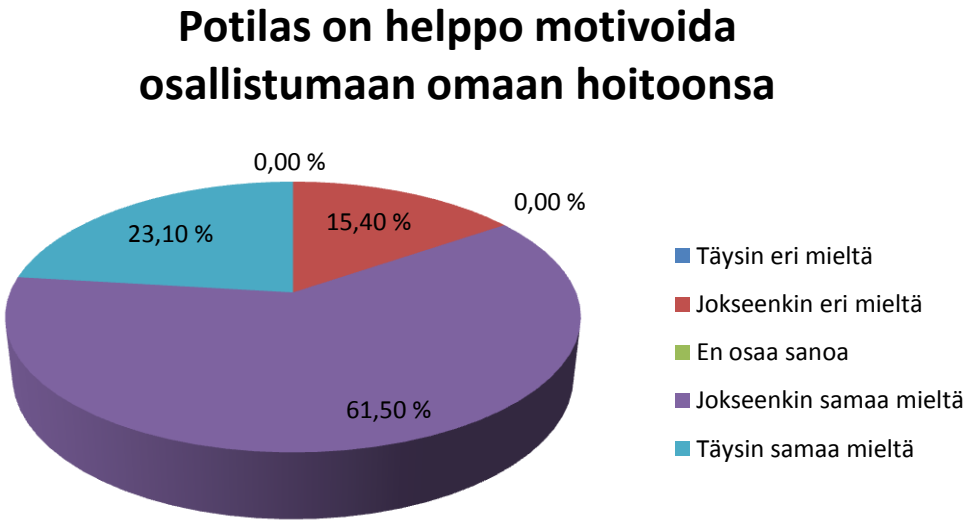
Seitsemän vastaajaa kertoi etenevänsä ohjauksessa potilaan iän ja kehitystason mukaisesti. Lapsen ohjauksessa korostuu leikinomaisuus ja vanhempien läsnäolo. Muistiongelmallisten ohjauksessa tulee käyttää yksinkertaista ilmaisua sekä selkeitä kirjallisia perusohjeita. Muistiongelmallisten kohdalla ei voida myöskään kertoa kaikkea tietoa yhdellä kertaa. Vastaajat korostivat niin lapsien, iäkkäiden kuin muistiongelmaisten kohdalla saattajan/ tukihenkilön tärkeyttä. Kotihoito-ohjeet voidaan tällöin antaa myös saattajalle. Jos potilas saa erittäin raskaan diagnoosin, ohjauksessa pyritään antamaan enemmän aikaa, jolloin ei-kiireelliset tapaukset voivat odottaa. Aina tämä ei kuitenkaan kovan kiireen vuoksi onnistu.

13.8 Monivalintakysymykset

Viimeisenä kyselylomakkeessa olivat monivalintakysymykset, joita oli viisi kappaletta. Vastaajille oli annettu valmiit vaihtoehdot 1-5, joista heidän piti ympyröidä lähinnä omaa mielipidettä oleva väittämä. Vastaajille annettiin valittavaksi numeeriset vaihtoehdot väliltä 1-5 (1= täysin eri mieltä, 5= täysin samaa mieltä).

Ensimmäisessä monivalintakysymyksessä selvitimme potilasohjauksen tärkeyttä osana hoitotyötä. Kaikki vastaajat ympyröivät väittämän viisi ja pitivät potilasohjausta tärkeänä osana hoitotyötä.

Vastaajista kahdeksan eli 65,1 % oli jokseenkin samaa mieltä siitä, että potilas on helppo motivoida osallistumaan omaan hoitoonsa. Prosentuaalisesti 23,1 % eli kolme vastaajaa oli täysin samaa mieltä ja kaksi vastaajista eli 15,4 % olivat jokseenkin eri mieltä väittämästä. (Kuvio 4.)

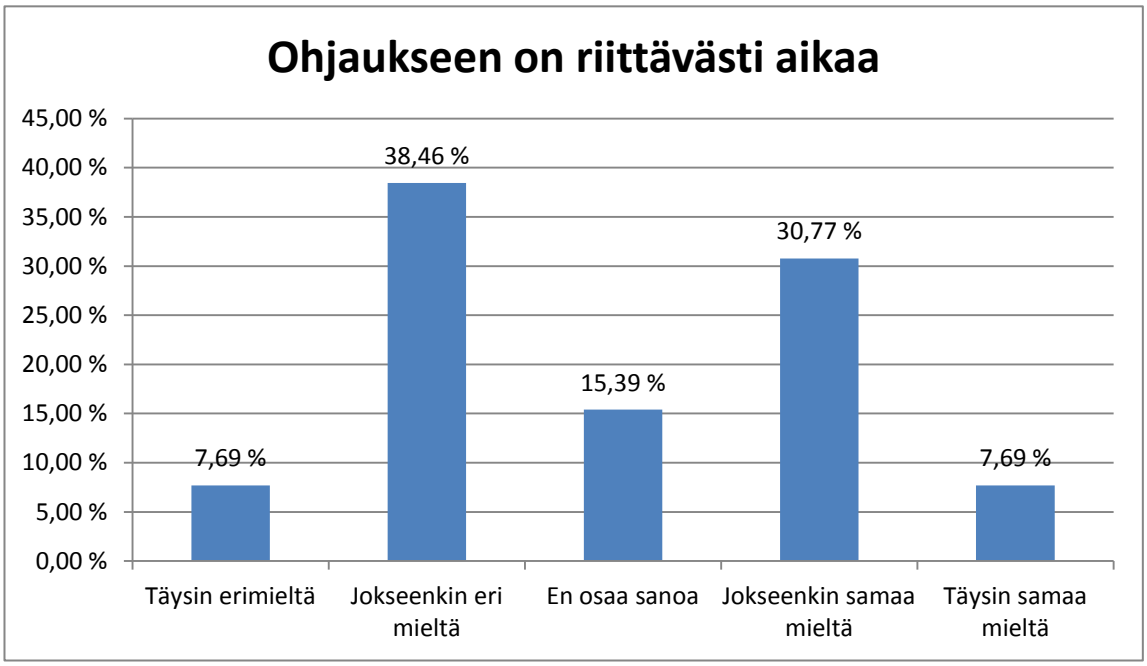


Kuvio 4. Potilaan motivointi osallistumaan omaan hoitoonsa

Kolmannessa monivalintakysymyksessä väitettiin, että ohjaukseen on riittävästi aikaa. Vastausten hajonta oli erittäin suuri. Viisi vastaajista oli jokseenkin eri mieltä ja neljä vastaajaa oli jokseenkin samaa mieltä. Vastaajista kaksi ei osannut

sanoa. Kaksi vastaajista valitsivat väittämien ääripäät eli toinen oli täysin eri mieltä ja toinen täysin samaa mieltä.

Torkkola, Heikkinen & Tiainen (2002, 7) toteavat, että potilaan suulliseen ohjaukseen on nykyään yhä entistä vähemmän aikaa muuttuneiden hoitokäytäntöjen vuoksi. Potilaiden hoitojaksot ovat lyhentyneet entiseen nähden, jonka vuoksi ohjauksen merkitys on kasvanut. (Kuvio 5.)

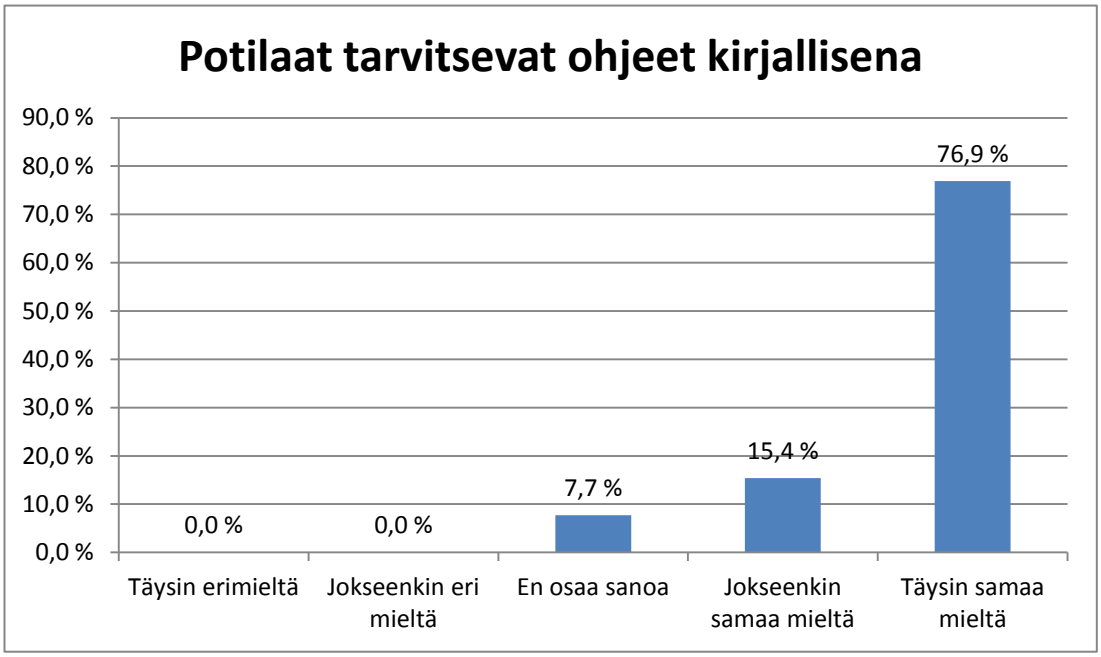


Kuvio 5. Ajan riittävyys ohjaukselle

Eräs vastaajista oli kirjoittanut väittämän ympyröimisen lisäksi vapaamuotoista tekstiä, jossa hän selventää ohjaukseen käytettävän ajan riittävyyttä. Vastaaja käyttää esimerkkinä haastatteluhoitajaa ja vastaanotolla olevaa hoitajaa. Haastatteluhoitajan tarvitsema aika ohjaukselle riittää, koska aika on varattu pelkästään ohjauksen antamiselle. Poliklinikan tutkimushuoneessa hoitaja joutuu antamaan ohjauksen niin sanotusti ”lennossa”. Tämä ohjaus tapahtuu siis silloin kun potilas on jo poistumassa huoneesta. Lisäohjauksen tarve tapahtuu käytävällä. Aikaa ohjaukselle ei ole paljon, koska lääkäri odottaa jo seuraavaa potilasta.

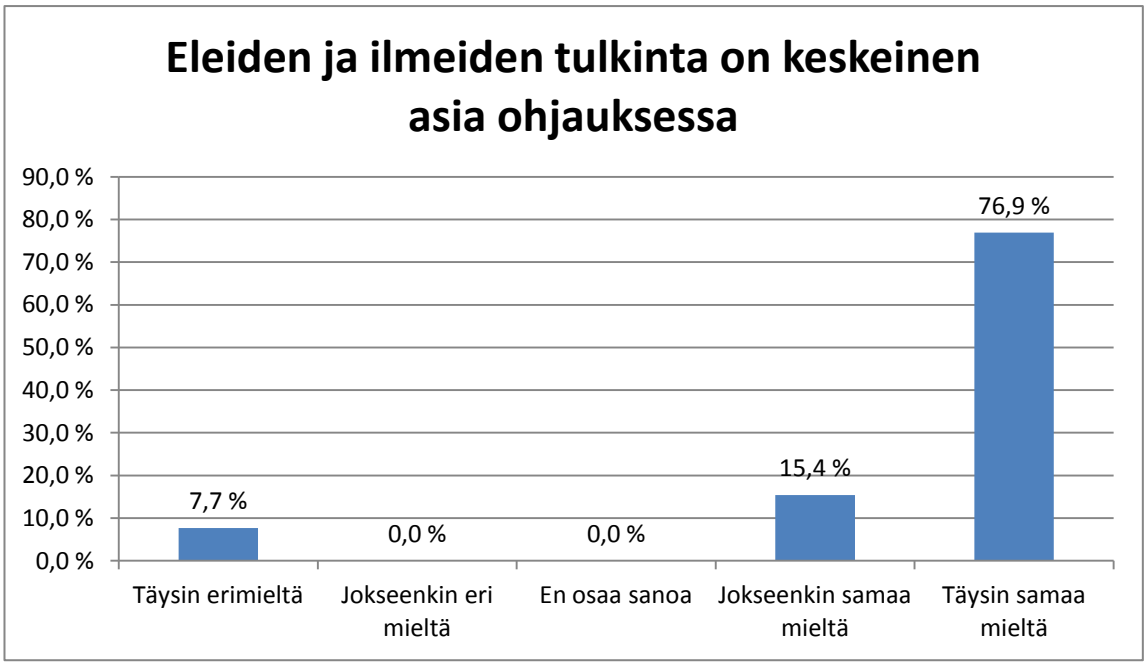
Neljännessä monivalintaväittämässä 10 vastaajaa oli täysin samaa mieltä siitä, että potilas tarvitsee ohjeet myös kirjallisena. Kaksi vastaajista oli jokseenkin samaa mieltä ja yksi vastaajista ei osannut sanoa.

Torkkola ym. (2002, 7) mukaan kirjallinen ohje tukee hyvin suullista ohjausta. Kirjalliset ohjeet ovat tarpeen suullisen ohjauksen lisäksi silloinkin, kun hoitohenkilökunnalla on riittävästi aikaa ohjauksen antamiseen. Kirjallisilla ohjeilla varmistetaan ohjauksen paras mahdollinen laatu. (Kuvio 6.)



Kuvio 6. Kirjallisten ohjeiden tarve

Kymmenen vastaajan mielestä eleiden ja ilmeiden tulkinta on keskeinen asia ohjauksessa. Jokseenkin samaa mieltä oli kaksi vastaaja. Yksi vastaaja oli täysin eri mieltä. (Kuvio 7.)



Kuvio 7. Eleiden ja ilmeiden tulkinta ohjauksessa

14 JOHTOPÄÄTÖKSET

Johtopäätöksissä tulokset yhdistettiin johdannossa ja tietoperustassa esitettyihin taustoihin ja todettiin päätulokset. Tulosten merkitystä pohdittiin monipuolisesti. Lisäksi tutkittiin missä määrin ja millä tavalla tulokset vastasivat asetettuihin tutkimusongelmiin. Tuloksista tehdyt päätelmät osoittivat, mitä tietoa tutkimus tuotti.

14.1 Tutkimustulosten tarkastelua

Tutkimus suoritettiin Seinäjoen keskussairaalan korva-, nenä-, kurkkutautien poliklinikan yksikössä. Tämän vuoksi tutkimustulokset eivät ole yleistettävissä, vaan ne kuvaavat pelkästään tämän yksikön tilannetta. Tutkimuksen tuloksia voidaan kuitenkin verrata ohjauksesta tehtyjen samankaltaisten tutkimusten tuloksiin. Voidaan siis muodostaa kuva siitä, miten ohjaus onnistuu eri sairaanhoitopiirien sisällä.

Kaikki vastaajat yhtä lukuun ottamatta olivat sitä mieltä, että ohjausta annetaan riittävästi potilaille, kuitenkin vain yksi vastaaja oli sitä mieltä, että ohjaukseen on riittävästi aikaa. Syntyy siis olemassa oleva ristiriita väittämän ja kysymyksen välillä. Voidaanko ohjausta antaa riittävästi, jos vastaajat kokevat, että siihen ei ole kuitenkaan tarpeeksi aikaa? Vai annetaanko vastaajien mielestä laadukasta ohjausta riittävästi siihen käytettävään aikaan nähden?

Omaisten läsnäolo ohjaustilanteessa jakoi vastaajien mielipiteitä. Kyselylomakkeen vastauksista pystyy päättelemään, että omaisten läsnäolo on tärkeää tilanteissa, joissa ohjattavana on lapsi, muistisairas tai iäkäs ihminen. Saattajan rooli koetaan tarpeettomaksi, kun ohjattava on yhteistyöhaluinen, valmis kuuntelemaan sekä ottamaan vastuuta omasta hoidostaan.

Kolmen vastaajan mielestä potilasta on helppo motivoida osallistumaan omaan hoitoonsa. Suurin osa vastaajista oli jokseenkin samaa mieltä, mutta kaksi vastaajaa ei osannut sanoa ja yksi oli täysin eri mieltä. Kaikki vastaajat kokivat saaneensa riittävät valmiudet ohjauksen toteuttamiseen, eikä lisäkoulutukseen koettu olevan tarvetta. Monivalintakysymyksen perusteella voidaan todeta, että kaikilla vas-

taajista voi olla ongelmia potilaan motivoimisessa. Tavoitteiden asettaminen, potilaan lähtökohtien selvittäminen, ulkoisten motivaatiotekijöiden hyödyntäminen, terveydenhuollon ammattilaisten asennoituminen ja arviointi ovat hoidonohjauksen elementtejä, joiden avulla potilaan motivoimista omahoitoon voidaan edistää. Tavoitteiden tulee olla ennen kaikkea realistisia sekä lyhyellä aikavälillä saavutettavissa olevia. Hoitosuhteen kaikkein oleellisin asia on molemminpuolisen luottamuksen saavuttaminen, jota voidaan edistää esimerkiksi hyväksymällä myös epäonnistumisen mahdollisuus, välttämällä kritisointia, tuomitsemista, moralisointia ja uhkailua sekä pyrkimällä tasavertaisuuteen ja potilaan kunnioitukseen. (Diabetes-liitto). Eloranta ja Virkki (2011, 26–28) toteavat, että tavoitteiden realistisuus sekä saavutettavuus ylläpitävät motivaatiota ja sen vuoksi potilaan tavoitteet kannattaa pilkkoa pieniin konkreettisiin helpommin saatettavissa oleviin välitavoitteisiin.

Ohjaustehtäväänsä motivoituneella ohjaajalla on ohjauksessa tarvittavat valmiudet, hän toimii yhteistyössä potilaan kanssa tavoitteenaan saada potilas itse ratkaisemaan ongelmiaan ja miettimään keinoja niiden ratkaisemiseksi. Niin hoitajan kuin potilaankin on luotettava ja uskottava ihmisen kykyyn ja henkiseen voimaan toipua ja myös tahdottava sitä. Hoitajalla tulee olla ammattitaitoa luoda inhimillinen yhteys esimerkiksi muistihäiriöiseen ihmiseen sekä hänen omaisiinsa. Yhteyden ilmenemismuotoja ovat eleet, ilmeet, kosketus, puhe, hoivaaminen, huolehtiminen sekä välittäminen, jotka vaikuttavat oleellisesti ohjauksen onnistumisessa. Potilas-hoitajasuhteessa korostuu dialogisuus, jolla siis tarkoitetaan hoitajan vuorovaikutusta, jolloin tavoitteena on tiedostava ja toimintakykyinen ihminen. (Rautava-Nurmi 2012, 29.)

Vastaajista 10 oli samaa mieltä, että potilaat tarvitsevat ohjeet kirjallisena. Kaksi oli jokseenkin samaa mieltä ja yksi ei osannut sanoa. Tutkimus potilaan saattajien ohjauksen tarpeesta päivystyspoliklinikalla, 76 % vastaajista piti ohjeiden saamista kirjallisena välttämättöminä kotona selviytymisessä. Potilaiden saattajat toivoivat kirjallisia jatkohoito-ohjeita oman muistinsa tueksi ja taatakseen jatkohoidon optimaaliseen sujumiseen kotona. (Salminen-Tuomaala ym. 2008, 262.)

Lähes kaikki vastaajat pitivät eleiden ja ilmeiden tulkintaa keskeisenä asiana ohjauksessa, yksi vastaajista oli täysin eri mieltä. Kyngäs ym. kuitenkin toteavat, että sanaton viestintä pyrkii tukemaan, täydentämään, painottamaan, kumoamaan tai jopa kokonaan korvaamaan sanallista viestintää. Ilmeet, eleet, teot ja kehon kieli ovat sanatonta viestintää Kyngäksen ym. mukaan. Tiedostamattoman viestinnän kontrollointi on vaikeaa, mutta se kuuluu myös sanattomaan viestintään. (Kyngäs ym. 2007, 38–39.)

14.2 Tutkimusongelmien tarkastelua

Ensimmäisen tutkimusongelman tarkoituksena oli selvittää saavutetaanko yksikössä potilasohjaukselle asetetut tavoitteet. Tutkimuksesta selviää, että suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että potilaalle annetaan riittävästi ohjausta, mutta ohjaukseen ei kuitenkaan ole riittävästi aikaa. Tutkimustuloksista voidaan tehdä johtopäätös tutkimusongelman perusteella, että potilasohjaukselle annetut tavoitteet eivät voi kaikilta osin täyttyä, koska ohjaukselle ei ole varattu erikseen aikaa.

Tutkimuksessa selvitettiin myös, riittääkö nykyiset henkilökunta- ja tilaresurssit laadukkaan ohjaamisen toteuttamiseen. Tutkimustuloksien mukaan aikaresurssit ovat riittämättömät. Joistakin vastauksista kävi ilmi, että joissakin tapauksissa loppuohjausta suoritetaan jopa käytävällä, josta voidaan ymmärtää, että tilaresurssit voivat olla riittämättömät.

Viimeinen tutkimusongelma kohdistui siihen, onko hoitohenkilökunta motivoitunut ja tarvitaanko lisää tietotaitoa ohjaamisen toteuttamiseen. Vain kolme vastaaja oli sitä mieltä, että potilasta on helppo motivoida osallistumaan omaan hoitoonsa ja kaksi oli jokseenkin eri mieltä väittämästä. Onko hoitohenkilökunnalla todellisuudessa riittävästi kärsivällisyyttä ja tietotaitoa ohjata myös motivoitumattomia potilaita. Hoitohenkilökunnan työskennellessä kiireen alaisena, jääkö enemmän huomiota ja ohjeistusta kaipaavat potilaat vähemmälle. Toisin sanoen siis panostetaanko heihin tarpeeksi vai tuleeko tässäkin vastaan ajan riittämättömyys ohjauksen toteuttamisessa.

Tutkimuksen mukaan kaikki vastanneista olivat saaneet riittävät valmiudet ohjauksen toteuttamiseen. Tämän hetkiseen tilanteeseen oltiin tyytyväisiä ja lisäkoulutukseen ei koettu olevan tarvetta. Mutta kuitenkaan kaikki vastanneista eivät kokeneet potilaan motivoimisen olevan kovinkaan helppona. Tässäkin havaitaan pieni ristiriita.

15 POHDINTA

Tämän tutkimuksellisen opinnäytetyön tarkoituksena oli tuoda esiin ohjauksen merkitys hoitotyössä, sekä tutkia sen toteutumista käytännössä. Työ tehtiin kyselylomakkeella Seinäjoen keskussairaalan korva- nenä- ja kurkkutautien poliklinikan yksikölle. Mielestämme työ onnistui odotusten mukaisesti. Työn tekeminen toi mukanaan haasteita, pelkästään jo sen vuoksi, että toiselle työn tekijälle opinnäytetyön tekeminen oli ensimmäinen kerta.

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten ohjaus toteutuu käytännössä ja mitä kehittämistarpeita ilmenee sekä millaiset valmiudet hoitohenkilökunnalla on toteuttaa ohjausta. Tämä tavoite saavutettiin, sillä tulosten perusteella kaikki vastaajat pitivät ohjausta tärkeänä osana hoitotyötä ja osa vastaajista oli sitä mieltä, että siihen pitäisi olla enemmän aikaa. Tutkimuksella pyrittiin myös selvittämään hoitohenkilökunnan koulutuksen ja ohjauksen tarve aiheesta. Uskomme, että työ herättää henkilökunnassa uusia ajatuksia ja näkökulmia ohjauksen toteuttamisessa. Pyrimme työllämme juuri siihen, että se laittaa ihmiset ajattelemaan tärkeää asiaa ja kannustaa panostamaan ohjaukseen. Ohjaus on valtavan suuri osa potilaan hoitoa, eikä sitä voida sivuuttaa missään tilanteessa. Toivomme, että tutkimus antaa käyttökelpoista tietoa hoitohenkilökunnalle, jota he pystyvät hyödyntämään käytännössä.

Tulevaa tutkimusta esiteltiin osastotunnin yhteydessä ja samassa yhteydessä kerroimme kyselylomakkeen täyttämisestä. Esitimme toiveen, että vastaajat voisivat kertoa ajatuksiaan, mielipiteitään, kehittämistarpeita sekä tuoda julki mahdollisia kysymyksiä kyselylomakkeen kääntöpuolelle. Tämä olisi ollut tärkeää lisämateriaalia tutkimukseen. Työn tulokset vastasivat suurimmalta osaltaan odotuksiamme. Avoimissa kysymyksissä olisimme kuitenkin kaivanneet vastaajilta enemmän omaa, vapaata pohdintaa ja kommentteja, erityisesti kysymysten vaatimia perusteluja.

Opinnäytetyön tekeminen olisi pitänyt aloittaa aikaisemmin ja aikaa työn tekemiseen olisi pitänyt varata enemmän. Myös kyselylomake olisi saanut olla monipuolisempi sekä kattavampi. Huomasimme kyselylomakkeen sisällön puutteellisuu-

den vasta tutkimuksen analysointivaiheessa. Olisimme esimerkiksi voineet yhdistellä kysymyksiä keskenään, jolloin yhden kysymyksen vastauksesta olisi saanut enemmän laadukasta raportointia. Pyrimme tekemään taulukot niistä vastauksista, jotka koimme ohjauksen kannalta tärkeimmiksi ja joissa oli suurin hajonta.

Opimme työtä tehdessä myös monipuolista tiedonhankintaa. Työn tekeminen opetti etenkin lähteiden käyttämistä ja niiden sujuvaa merkitsemistä. Opinnäytetyön tekeminen on ollut oppimiskokonaisuus, jossa on harjoiteltu pitkäkestoista projektityöskentelyä sekä rajatun ongelman tiedonhankintaa. Myös itsekriittisyyttä olemme oppineet työn ohella. Opinnäytetyön tekeminen on kehittänyt myös rajojensietokykyä ja viestintätaitoja.

Tutkimuksen tulosten mukaan ohjaus on tärkeä osa hoitotyötä. Vastaajat kokivat, että ohjauksen antamiseen ei kuitenkaan ole riittävästi aikaa. Voitaisiinko ohjausta kehittää ja sen laatua parantaa varaamalla ohjaukselle oma erillinen aikansa?

Kyselylomakkeen vastauksista pystyy päättelemään, että omaisten läsnäolo on tärkeää tilanteissa, joissa ohjattavana on lapsi, muistisairas tai iäkäs ihminen. Saattajan rooli koetaan tarpeettomaksi, kun ohjattava on täydessä ymmärryksessä oleva aikuinen. Meidän kehittämisehdotuksemme olisi, että potilaan kutsukirjeeseen voisi lisätä, että saattajan läsnäolo olisi suotavaa, niiden potilaiden kohdalla, jotka tarvitsevat enemmän apua tai joille on kohtuuton taakka ottaa yksin vastaan kaikki informaatio samalla kerralla (esimerkiksi muistisairas ihminen).

Jatkotutkimusaiheena voisi olla tutkimus ohjauksen toteutumisesta myös potilaiden näkökulmasta, mikäli se olisi mahdollista. Sillä potilaita haastattelemalla saataisiin mahdollisesti vieläkin todenmukaisemmat vastaukset. Olisi mielenkiintoista verrata, miten ohjaajan ja ohjattavan (esimerkiksi potilaan) näkemykset ohjauksen toteutumisessa eroavat. Samasta aiheesta voisi tehdä myös sellaisen jatkotutkimuksen, jossa keskityttäisiin enemmän ohjauksen haasteellisuuteen. Tutkimuksessa voisi perehtyä erityisesti siihen miten haasteellisuuden pystyisi kääntämään voimavaraksi ohjauksessa sekä miten haasteellisuus saataisiin minimoitua niin pieneksi, että ohjaus sujuisi ongelmitta ja ohjausaikaa säästettäisiin.

Työtä tehdessä vasta sisäistimme kuinka tärkeää laadukkaan ohjauksen toteuttaminen hoitotyössä on. Ohjaus tunnistettiin jo 1800-luvun puolivälissä hoitohenkilöstön toimintaan kuuluvaksi, kun sairaanhoitaja ja tilastotieteilijä Florence Nightingale korosti sen merkitystä potilaiden perustarpeiden hoidossa (Kääriäinen 2007, 21).

LÄHTEET

Anttila, R. Halonen, S. Kalakoski, V. Kreivi, M. Laarni, J & Paavilainen, P. 2007. Persoona 4. Helsinki. Edita.

Avoin dialogi: vaihtoehtoinen näkökulma psykiatrisessa hoitojärjestelmässä. Viitattu 25.10.2012. http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/etusivu?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&p_p_col_id=column1&p_p_col_count=1&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo94071&_dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_auth=.

Diabetesliitto 2012. Omahoitoon motivoiminen Desg Teaching letter 13- Hoidonohjaus-lehtinen 13. Viitattu 25.10.2012. http://www.diabetes.fi/diabetesliitto/jasenyhdistykset/piilosivut/teaching_letter_13

Eloranta, T & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki. Tammi.

Jaakonsaari, M. 2009. Potilasohjauksen opetus hoitotyön koulutusohjelmassa, hoitotyön opettajien käsityksiä. Viitattu 1.4.2013. http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/45236/gradu2009jaakonsaari.pdf?sequence=1

Kaila, A. 2007. Hoitotiede 2009, 21 (1), 3-12. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen ja hänen omaisensa tukemisen ja ohjaus hoitotyössä – metasynteesi.

Kalliola, T., Kurki, A., Salmi, M. & Tamminen-Vesterbacka, T. 2010. Matkalla ohjaajuuteen. Painopaikka Oy Nord Print Ab. Helsinki.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki. WSOY pro Oy.

Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M-L. & Hietala, H. 2006. Hoitotyön osaaminen. Helsinki. WSOY.

Keskinen, J., Kääriäinen, A., Oravisto, J., Pitkänen, R. ja Tukiala, A-K. 2009. Asiakastyö kohtaamisena-reseptejä vastavuoroisuuteen. Socca-Pääkaupunkiseudun sosiaalialan osaamiskeskus ja Heikki Waris-instituutti. Sosiaalisen raportoinnin hanke (2009-2011). Helsinki. Unigrafia.

Koivunen, K., Lukkarinen, H. & Isola, A. 2000. Hoitotietde Vol. 15, no 2/-03. Sepelvaltimotautia sairastavien naisten ja miesten kuntoutuminen ohitusleikkauksesta ja ohjaus osana kuntoutumisprosessia.

Korhonen, V. & Puukari, S. 2013. Monikulttuurinen ohjaus- ja neuvontatyö. Toim. Korhonen, V. & Puukari, S. Juva. Bookwell Oy.

Koski-Jännes, A. 2008. Motivoiva haastattelu. Viitattu 29.3.2013. http://www.duodecim.fi/kotisivut/docs/f275002594/tup_luento030408.pdf

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

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. Viitattu 29.3.2013. http://herkules.oulu.fi/isbn9789514284984/isbn9789514284984

Kääriäinen, M. 2008. Tutkiva Hoitotyö Vol.6 (4), 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät s.10–11.

Lahtinen, M. 2008. Potilasohjauksen haasteet, Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Toim. Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. Oulu. Oulun yliopistopaino.

L17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Säädös säädöspankki Finlexin sivuilla. Viitattu 16.11.2012.http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785

Mustajoki, P. & Kunnamo, I. 2009. Motivoiva potilashaastattelu, vaikuttava terveysneuvonta. Viitattu 29.3.2013. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00147

Mäkelä, A. Ruokonen, T & Tuomikoski, M. 2001. Hoitosuhdetyöskentely. Vantaa. Tammi.

Ohtonen, H. 2006. Sairaanhoitajalehti 10/2006. Potilasohjaus- hoitotyön punainen lanka. Viitattu 29.3.2013. http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammatilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/10_2006/paakirjoitus/potilasohjaus_hoitotyon_punainen/

Onnismaa, J. 2011. Ohjaus- ja neuvontatyö, aikaa huomioita ja kunnioitusta. Helsinki. Hakapaino Oy.

Palomäki, U. 2004. Sairaanhoitajalehti 8/2004. Dementoituneen omaiset Hoitoon osallistujina ja hoitohenkilökunnan voimavarana. Viitattu 22.3.2013. http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammatilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/8_2004/muut_artikkelit/dementoituneen_omaiset_hoitoon_o/

Palonen, M., Aho, A., L., Koivisto, A-M. & Kaunonen, M. 2011. Hoitotiede 2012, 24 (2), 114–124. Hoitoisuuden yhteys potilaiden arvioihin erikoissairaanhoidon aikuispoliklinikoilla.

Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, Mirja. & Vuorinen, S. 2012. Hoitotyön taidot ja toiminnot. Helsinki. Sanoma Pro Oy.

Salminen-Tuomaala, M. Kurikka, S. Korkiamäki, K & Paavilainen, E. 2007. Hoitotiede Vol. 20, no 5/08. Potilaan saattajien ohjauksen tarve päivystyspoliklinikalla s.258–264.

Seikkula, J & Alakare, B. Lääketieteellinen aikakauskirja s.120(3):289–96. 2004. Duodecim-lehti 3/2004.

Seikkula, J. & Arnkil, T E. 2005. Dialoginen verkostotyö. Vaajakoski. Gummerus Kirjapaino Oy.

Silvennoinen, M. 2004. Vuorovaikutuksen avaimet. Helsinki. Tammi.

Staniszewska, S. & Bullock, I. 2012. Evidence-based nursing october 2012, volume 15 number 4. Can we help patients have a better experience? Implementing NICE guidance on patient experience 99.

Thompson, D, R. 2012. Evidence-based nursing april 2012, volume 15 number 2. Motivational interviewing improves patients' mood and reduces mortality 12 months poststroke s.35.

Torkkola S., Heikkinen H. & Tiainen S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäväksi. Tampere: Tammi.

Vehviläinen, S. 2001. Ohjaus vuorovaikutuksessa. Helsinki. Gaudeamus.

Vilkko-Riihelä, A. 2008. Psykologia. Helsinki. WSOY.

Arvoisa kyselyyn vastaaja,

Olemme viimeisen vuoden sairaanhoitajaopiskelijoita Vaasan ammattikorkeakoulusta. Koulutukseemme kuuluu opinnäytetyön tekeminen. Opinnäytetyömme aihe on ohjauksen merkitys ja toteutuminen hoitotyössä.

Tarkoituksenamme on selvittää ja kartoittaa haastattelulomakkeen avulla, miten ohjaus hoitotyössä tällä hetkellä toteutuu ja mitä kehitettävää siinä on. Kyselytutkimus tehdään Korva-, nenä- ja kurkkutautien poliklinikan hoitajille. Opinnäytetyön avulla pyrimme selvittämään ohjauksen laatua, ongelmia ja kehittämistarpeita.

Keräämme opinnäytetyön aineiston kyselylomakkeen muodossa. Pyydämme sinua ystävällisesti vastaamaan oheisiin kysymyksiin. Vastaukset käsitellään täysin anonyymisti ja luottamuksellisesti. Ohjaavana opettajana työssämme toimii Suvi Kallio, suvi.kallio@puv.fi.

Palauta täytetty kyselylomake palautuslaatikkoon. Vastausaikaa on keskiviikkoon 6.2.2013 asti.

Kiitos kyselytutkimukseen osallistumisestasi!

Sairaanhoitajaopiskelijat

Elina Järvi Jenna Vainio- Kaila

KYSELYTUTKIMUS OHJAUKSEN LAADUSTA, ONGELMISTA JA KEHITTÄMISTARPEISTA.

Toivomme sinun vastaavan tähän kyselylomakkeeseen kirjoittamalla vastaus siihen varattuun tilaan, rastittamalla tai ympyröimällä lähinnä mielipidettänne oleva väittämä. Kyselylomakkeen voit palauttaa sille varattuun palautuslaatikkoon 6.2.2013 mennessä.

1. Ikä ____ vuotta

2. Sukupuoli Nainen___ Mies___

3. Ammatti_____

4. Montako vuotta olet ollut hoitotyössä? _____vuotta

5. Annetaanko työpaikallasi mielestäsi riittävästi ohjausta potilaalle?

Ympyröi vastaus.

Kyllä Ei

6. Jos ei anneta riittävästi ohjausta, niin mistä se johtuu?

_____

_____

7. Auttaako omaisten läsnäolo ohjauksen toteuttamisessa?_____

8. Koetko saaneesi riittävät valmiudet ohjauksen toteuttamiseen?

Ympyröi vastauksesi.

Kyllä Ei

9. Jos vastasit edelliseen kysymykseen ei, niin millä tavalla tilannetta voisi mielestäsi parantaa?

_____

_____

10. Millaiset ohjaukseen liittyvät tilanteet koet haasteelliseksi?

_____

_____

11. Mitä potilasohjauksessa tulisi mielestäsi korostaa?

_____

_____

12. Suhteutatko ohjauksesi potilaan tarpeiden mukaan? (Esim. kuulovammaisen potilaan ohjaus).

_____

_____

_____

13. Arvioi toteutunutta potilasohjausta työpaikallasi, asteikolla 1-5. Ympyröi vastauksesi.

1=täysin eri mieltä

2=jokseenkin eri mieltä

3=en osaa sanoa

4=jokseenkin samaa mieltä

5=täysin samaa mieltä

14. Potilasohjaus on tärkeä osa hoitotyötä **1 2 3 4 5**

15. Potilasta on helppo motivoida osallistumaan omaan hoitoonsa **1 2 3 4 5**

16.	Ohjaukseen on riittävästi aikaa	**1 2 3 4 5**
17.	Potilaat tarvitsevat ohjeet kirjallisena	**1 2 3 4 5**
18.	Eleiden ja ilmeiden tulkinta on keskeinen asia ohjauksessa	**1 2 3 4 5**

Kiitos vastauksestasi!