

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyönkoulutusohjelma/ hoitotyö

Eija Myllylä

HOITAJIEN OHJAUSVALMIUDET KIRURGISEN POTILAAN HOIDOSSA  
KIRJALLISUUSKATSAUS

Opinnäytetyö 2014

## TIIVISTELMÄ

### KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma/ sairaanhoitaja

MYLLYLÄ, EIJA	Hoitajien ohjausvalmiudet kirurgisen potilaan hoidossa kirjallisuuskatsaus
Opinnäytetyö	41 sivua + 3 liitesivua
Työn ohjaaja	Lehtori Sari Engelhardt
Toimeksiantaja	Kymi Care
Lokakuu 2014	
Avainsanat	potilasohjaus, ohjausvalmiudet, kirurginen potilas

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, millaiset ovat hoitajien ohjausvalmiudet kirurgisen potilaan hoidossa. Tutkimuksella selvitettiin myös mitä ohjausmenetelmiä hoitajat käyttivät ja miten potilaan oikeudet huomioitiin ohjauksessa? Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jota voidaan käyttää kirurgisen potilaan ohjauksen kehittämiseen.

Tutkimus toteutettiin kirjallisuuskatsauksella ja analysoitiin sisällön-analyysin avulla. Kirjallisuuskatsauksessa tarkasteltiin neljän alkuperäistutkimuksen tuloksia: Lipponen (2014), Kääriäinen (2007), Tähtinen (2007) ja Ervasti (2004). Tutkimusten tulokset ja vastaukset ryhmiteltiin jo aiemmin tehtyjen kategorioiden mukaisesti, jotka olivat: tiedolliset ohjausvalmiudet, taidolliset ohjausvalmiudet, ohjausmenetelmät, ohjauksen toimintamahdollisuudet ja asenteelliset ohjausvalmiudet.

Hoitajat arvioivat tutkimuksissa, että heillä oli hyvät tiedolliset- ja taidolliset ohjausvalmiudet. Hoitajat arvioivat ohjausmenetelmistä hallitsevansa parhaiten yksilöohjauksen, suullisen ohjauksen ja kirjallisen materiaalin käytön. Lähes kaikilla tutkimuksiin vastanneilla hoitajilla oli positiivinen asenne ohjaukseen ja vuovaikutustaidot arvioitiin hyväksi sekä ohjaus oli potilaslähtöistä.

Hoitajat kokivat ohjaukseen käytetyn ajan, henkilöresurssit ja ohjaustilat riittämättömiksi, ja niihin toivottiin muutosta. Hoitajista osa ei ollut saanut perehdytystä tai koulutusta työyksikön ohjausmateriaalin käyttöön. Koulutusta toivottiin potilaan ohjaukseen sekä täydennyskoulutuksen ja harjoittelun lisäksi toivottiin organisaatiolta systemaattista tukea ja valvontaa antamalleen ohjaukselle.

## ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences

Health care

MYLLYLÄ, EIJA            Nurses' capabilities in patient education in surgical patient care  
Literature review  
Bachelor's Thesis        41 pages + 3 pages of appendices  
Supervisor                Sari Engelhardt, lecturer  
Commissioned by         Kymi Care  
October 2014  
Keywords                 patient education, education readiness, surgical patient

The purpose of this study was to investigate nurses' views on how they carry out the patient education of surgical patients. In addition, the aim was to get information about what methods of education nurses use and how nurses consider patients' rights when teaching their patients. A further aim was to produce information that can be used to develop surgical patient education.

The study was carried out with literature review and the data was analyzed with content analysis approach. The literature review was based on four original researches: Lipponen (2014), Kääriäinen (2007), Tähtinen (2007) and Ervast (2004). In content analysis method, the data was classified and the answers were grouped into five categories: mental control readiness, skills control readiness, education methods, opportunities of education and the attitudinal control readiness.

The nurses estimated in the studies that they had good mental and skills control readiness when teaching their patients. They evaluated that the individual education, spoken education and the written materials were the most accomplished education methods. Furthermore, nearly all of the respondents had a positive attitude to the patient education and the social skills were estimated to be good and the education was patient-centered.

The respondents experienced that time for education, human resources and used spaces were inadequate and the improvements were requested. Part of the nurses had not received orientation or training for the work unit control used of the material. The patient education, continuing education and training were requested but there were also a need for systematic support and control for given education in the organizations.

## SISÄLLYS

### TIIVISTELMÄ

### ABSTRACT

1 JOHDANTO	5
2 POTILASOHJAUS	6
2.1 Hoitoon sitoutuminen	9
2.2. Hoitotyöntekijä	9
2.3. Kirurgisen potilaan hoitopolku	10
3 HOITAJIEN OHJAUSVALMIUDET	13
3.1 Eettiset lähtökohdat ja lait sekä asetukset pohjana ohjaukselle	14
3.2 Hoitajan ohjaustyyli	16
3.3 Ohjausmenetelmät	17
4 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	19
5 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TOTEUTUS	20
5.1 Kirjallisuuskatsaus ja tiedon haku vaiheittain	20
5.2 Kirjallisuuskatsauksen aineiston analysointi	23
6 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TUTKIMUSTULOKSET	24
6.1 Valmiudet	24
6.1.1 Tiedolliset ohjausvalmiudet	24
6.1.2 Taidolliset ohjausvalmiudet	25
6.1.3 Asenteelliset ohjausvalmiudet	26
6.2 Ohjausmenetelmät	27
6.3 Potilasohjauksen toimintamahdollisuudet	28
6.4 Ohjauksen kehittämistarpeet	28

7 POHDINTA	29
7.1 Kirjallisuuskatsauksen tutkimustulosten pohdinta	29
7.2 Kirjallisuuskatsauksen eettisyys ja luotettavuus	33
7.3 Kehittämisehdotukset	35
7.4 Kirjallisuuskatsauksen prosessin pohdinta	36
LÄHTEET	40
LIITTEET	
Liite 1. Tutkimustaulukko	
Liite 2. Käsitekartta	

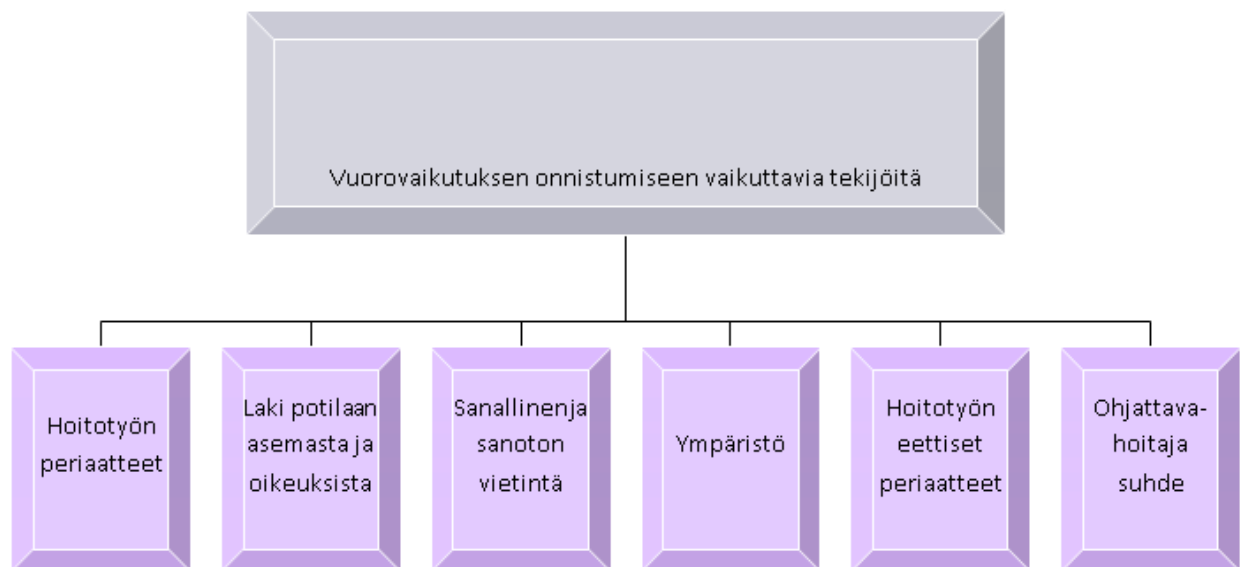
## 1 JOHDANTO

Hoitomenetelmien ja potilaan sairaalassaoloajan lyhentyessä potilaiden valmistautuminen leikkaukseen ja leikkauksen jälkeinen hoito tapahtuu yhä useammin kotona (Lukkari, Kinnunen & Korte 2013: 15). Potilaille annettun ohjauksen tavoitteena on itsehoidon opetteleminen ja kotona selviämisen mahdollistaminen, koska hoidon vastuu on siirtynyt yhä enemmän potilaalle itselleen ja hänen perheelleen sekä läheisilleen (Lukkari ym. 2013: 22). Potilaiden tietoisuuden ja tiedon tason lisääntyminen sekä lyhentyneet hoitoajat edellyttävät hyviä ja tehokkaita ohjaustaitoja erilaisin keinoin sekä asiakaslähtöisyyden ja potilaskeskeisyyden huomioimista. Myös tulosvaatimukset ja hyvän laadun tuottaminen lisäävät työn haasteellisuutta. (Lukkari ym. 2013: 29.) Potilaan ja hoitajan vuorovaikutuksella on oleellinen merkitys hoitokokemuksen muodostumisessa (Lukkari ym. 2013: 21). Hoitajan ohjausvalmiudet ovat tärkeitä turvallisen ja laadukkaan hoidon takaamiseksi (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2004: 59).

Kirurgisten tekniikoiden ja anestesiamenetelmien kehittyessä elekttiivisen leikkaushoidon tavoitteena on, että yli 50 % tehdään tulevaisuudessa päiväkirurgisesti (Holmia ym. 2004: 81, Hautakangas, Horn, Pyhälä - Liljeström & Raappana 2003: 96). Tulevaisuuden muutokset asettavat myös suuria haasteita potilasohjaukselle. (Hautakangas ym. 2003: 96). Potilaan hoito osastoilla on kallista, ja resursseja on käytössä rajoitusti, siksi pyritään potilaan sairaalassaoloaika rajaamaan mahdollisimman lyhyeksi (Holmia ym. 2004: 46). Hoitajan on tärkeä hahmottaa potilaan koko hoitopolku edistääkseen hyvää hoitoa ja hoidon jatkuvuutta. Hoidon jatkuvuuden suunnittelussa lähtökohtana on potilaan oma tahto ja voimavarat. (Holmia ym. 2004: 46.) Hoitotyössä korostuvat erityisesti potilaan aktiivisen roolin tukeminen, potilasturvallisuus ja potilastyytyväisyys (Holmia ym. 2004: 82). Tämän kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on koota tietoa hoitajien ohjausvalmiuksista, jota voidaan hyödyntää kirurgisen potilaan ohjauksen kehittämisessä. Toimeksiantaja opinnäytetyölleni on Kymi Care.

## 2 POTILASOHJAUS

Potilasohjaus käsitteellä tarkoitetaan potilaan ja hoitajan aktiivista ja tavoitteellista toimintaa, ja se perustuu molemminpuoliseen vuorovaikutussuhteeseen (Kääriäinen & Kyngäs 2006: 7; Lukkari ym. 2013: 33). Ohjaus on keskeinen osa hoitotyötä ja tärkeä osa potilaan kokonaisvaltaista hoitoa (Kääriäinen & Kyngäs 2006: 7). Potilas on aktiivisessa roolissa, tietoisesti oppivana, valintoja tekevänä, joka rakentaa oppimista aikaisempaan tietoonsa ja kokemukseensa pohjaten (Lukkari ym. 2013: 33; Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007: 25). Ohjauksella pyritään potilaan voimavaralähtöisyyteen, jolloin potilas on oman elämänsä asiantuntija. Hoitaja ei pyri antamaan potilaalle valmiita vastauksia vaan tukee potilasta päätöksen teossa. Ohjaussuhteen tulee perustua tasa-arvoisuuteen potilaan ja hoitajan välillä. (Kyngäs ym. 2007: 26.) Vuorovaikutuksen lähtökohtana ovat hoitotyön eettiset-, ja hoitotyön periaatteet sekä Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Onnistuneeseen ohjaukseen vaikuttaa myös esimerkiksi ohjausympäristö ja hoitajan käyttämät ohjausmenetelmät ja ohjaustyö. Sanallinen viestintä on vain pieni osa vuorovaikutusta. Sen sijaan sanattomalla viestinnällä voidaan vahvistaa, kumota tai korvata jopa sanallista viestintää. Sanattomalla viestinnällä hoitaja voi ilmaista eleiden, ilmeiden ja tekojen sekä kehon kielen avulla potilaalle aitoa läsnäoloa, kiinnostusta ja potilaan kuuntelemista. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006: 25, 26; kuva 1.)



Kuva 1. Vuorovaikutuksen onnistumiseen vaikuttavia tekijöitä (Lipponen ym. 2006: 23)

Onnistuneella ohjauksella on vaikutusta potilaan ja hänen omaistensa terveyteen ja sen edistämiseen (Kääriäinen & Kyngäs 2006: 7). Potilaan tiedot ja taidot sekä psykososiaalinen tuen tarve ovat ohjauksen lähtökohtia. Potilaan yksilöllisiin tarpeisiin vastaaminen vaatii, että potilaan taustatekijät selvitetään ennen ohjausta. Jos potilaan taustatekijöitä ei selvitetä ennen ohjausta, ohjaus toteutuu aina samalla tavalla ja samoilla ohjausmenetelmillä, jolloin ohjaus ei ole yksilöllistä. (Kyngäs ym. 2007: 28.) Potilaan oppimisen ja tuen tarve määräävät ohjauksen sisällön ja keinot (Lukkari ym. 2013: 33). Ohjauksen aikana asetetaan hoitotavoitteet ja on tärkeää, että ne myös arvioidaan ja kirjataan asianmukaisesti. Tavoitteet asetetaan yhteisymmärryksessä potilaan kanssa huomioiden potilaan voimavaralähtöisyys ja yksilölliset ohjaustarpeet. (Kääriäinen & Kyngäs 2006: 7,9, Lukkari ym. 2013: 33.) Ohjauksen toteutumisen jälkeen hoitajan tulee arvioida oppimista ja lisäohjauksen tarvetta. Hoitajan tulee myös tarkistaa, ymmärsikö potilas ohjauksen ja osaako hän toimia ohjeiden mukaan. (Lukkari ym. 2013: 33.) Potilaan omahoito on yksilön voimavarojen aktiivista käyttöä terveyden, hyvinvoinnin ja elämänlaadun edistämiseksi (Kassara, Paloposki, Holmia, Murtonen, Lipponen, Ketola & Hietanen 2005: 41).

Potilasta voidaan tukea ohjatessa tiedollisesti, emotionaalisesti ja konkreettisesti. Tiedollinen tukeminen on tietojen antamista potilaalle ymmärrettävällä tavalla. Ohjaus sisältää tietoa sairaudesta ja sen hoidosta sekä muut hoidon kannalta välttämättömät tiedot, lisäksi varmistetaan, onko potilas sisäistänyt saadut tiedot. Emotionaalinen tukeminen ohjauksessa on potilaan henkistä tukemista, jotta hän pystyy paremmin kohtaamaan sairauden ja hoitojen aiheuttamat tunteet ja selviämään arkielämässä sairastumisen jälkeen. Konkreettisella potilaan tukemisella tarkoitetaan välineellistä tukemista, jota voi olla esimerkiksi apuvälineiden ja hoitovälineiden käytön opastaminen, sekä hoidollisten- ja taloudellisten tukien järjestely potilaalle. (Kyngäs & Hentinen 2009: 76,77.)

Ohjauksen lähtökohtana ovat potilaan ja hoitajan taustatekijät, jotka voidaan jakaa fyysisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin ominaisuuksiin sekä muihin ympäristötekijöihin. Fyysisillä taustatekijöillä tarkoitetaan asioita, jotka vaikuttavat potilaan ohjaustarpeeseen, niitä voivat olla esimerkiksi potilaan sukupuoli, ikä, koulutus, sairauden laatu ja sen kesto, sekä sairauden vaikutus arkeen. Ohjaukseen voi vaikuttaa myös esimerkiksi hoitajan ikä, koulutus, sukupuoli ja työmotivaatio. Psyykkiset taustatekijät, jotka vai-



kuttavat potilaan ohjaukseen, voivat olla esimerkiksi potilaan motivaatio, aikaisemmat kokemukset, odotukset, terveystottumukset sekä potilaan yksilöllinen kyky oppia ja sisäistää annettua tietoa. (Kääriäinen & Kyngäs 2006: 8; Vänskä, Laitinen- Väänänen, Kettunen & Mäkelä 2011: 17.) Sosiaalisilla tekijöillä tarkoitetaan esimerkiksi potilaan uskonnollisuutta, kulttuuria, eettisiä tekijöitä kuten kykyä huomioida potilaan omaiset voimavarana potilaan hoidossa. Ympäristötekijöitä, jotka vaikuttavat ohjaustilanteeseen, voivat olla esimerkiksi paikka ja mahdolliset häiriötekijät. (Kääriäinen & Kyngäs 2006: 8.) Ohjaustapahtumaan vaikuttaa myös hoitajan kiire eli ohjaukseen käytetävän ajan vähyys, ohjauksen suunnitelmallisuus ja vuorovaikutus kärsivät kiireestä (Kyngäs ym. 2007: 37). Ohjaustilanteelle tulisikin varata rauhallinen ja kiireetön ympäristö (Lipponen ym. 2006: 29, 30).

Potilaslähtöinen ohjaus on ohjausta joka koostuu potilaan henkilökohtaisten ohjaustarpeiden mukaan. Ohjauksen lähtökohtina ovat ohjattavan ja ohjaajan jaettu asiantuntemus sekä ohjattavan ja ohjaajan vastuullisuus. (Kyngäs & Hentinen 2009: 77.) Hoitotyön tärkein tavoite on ylläpitää ja edistää terveyttä. Jokaisella hoitotyöntekijällä on vastuu antamastaan hoidosta ja hoitotyön kehittämisestä. (Eloranta & Virkki 2011: 8.) Potilaskeskeisen hoitotyön pyrkimys on hoitaa potilaan oikeuksia, yksilöllisyyttä ja kunnioittaa hänen arvojaan sekä kohdella tasavertaisesti potilas-hoitotyöntekijävuorovaikutussuhteessa (Eloranta & Virkki 2011: 12).

Potilaille on tärkeää itsemääräämisoikeuden toteutuminen, heillä on oikeus omiin potilastietoihin, ja oikeus osallistua hoitoa koskevaan päätöksentekoon (Holmia ym. 2004: 22). Laki potilaan asemasta ja oikeuksista voidaan pitää ohjauksen perusteena. Laki käsittelee esimerkiksi potilaan oikeutta saada hyvää hoitoa, yksilöllisyyttä ja ihmisarvoa kunnioittaen. Potilaan tiedonsaantioikeuden perusteena on itsemääräämisoikeus. Potilaalla on oikeus saada selvitys terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista, hoitoon liittyvistä riskeistä sekä muista hoitoon liittyvistä seikoista, jotka vaikuttavat hoitopäätöksiin. Tieto on annettava potilaalle ymmärrettävällä tavalla, poikkeuksena on, ettei tietoa pidä antaa vasten potilaan tahtoa tai jos siitä aiheutuu varaa potilaan terveydelle. Potilaan ollessa esimerkiksi tajuton tieto potilaan terveydentilasta voidaan antaa hänen omaisilleen, ellei potilas aikaisemmin ole kieltänyt tietojen luovuttamista. (Kassara ym. 2005: 27.)

## 2.1 Hoitoon sitoutuminen

Potilaan sitoutuminen hoitoon on perustana itsestäänsä huolehtimiseen. Potilaan oma motivaatio on tärkein keino saavuttaa hoidolle asetetut tavoitteet. (Hautakangas ym. 2003: 66.) Huono sitoutuminen hoitoon huonontaa potilaan elämän laatua ja lisää yhteiskunnan terveydenhuoltokuluja (Hautakangas ym. 2003: 66). Potilaan motivaatioon vaikuttavat odotukset, aiemmat kokemukset, uskomukset ja arvot. Hyvä ensivaikutelma ohjauksesta edistää motivoitumista oppimiseen. Ohjauksen eri tavoilla ja keinoilla voidaan tukea potilaan oppimista ja selviytymistä. (Hautakangas ym. 2003: 77.)

Hoitoon sitoutuminen nähdään potilaan sisäisenä prosessina, potilaan omat näkökulmat ja kokemukset sekä sairaudelle antamansa merkitykset ovat yhteydessä sitoutumiseen. Ulkoiset tekijät kuten perheen ja läheisten tuki sekä hoidon järjestelyt, voivat vaikuttaa potilaan hoitoon sitoutumisessa. (Lukkari ym. 2013: 33.) Sisäiset tekijät, jotka voivat vaikuttaa hoitoon sitoutumisessa, ovat asenteet ja käsitykset sairaudesta, hoidon kokeminen mielekkäänä, pelot ja muut tunteet (Hautakangas ym. 2003: 66). Potilaan tulee sitoutua ohjaukseen ja itsehoitoon, jolloin turvallinen kotona toipuminen on mahdollista (Lukkari ym. 2013: 33).

## 2.2 Hoitotyöntekijä

Hoitotyöntekijöitä ovat sairaanhoitajat, terveydenhoitajat, kätilöt, perus- ja lähihoitajat (Kassara ym. 2005: 10). Terveydenhuollon oikeusturvakeskus (TEO) rekisteröi kaikki ammatinharjoittamisoikeuden saaneet, eli myöntää hakemuksesta laillistuksen ammatinimikkeeseen ja ylläpitää rekisteriä laillistetuista hoitajista (Kassara ym. 2005: 17). Hoitotyöntekijän ammatin harjoittamista säätelee erilaiset normit, moraalinnormit, kansainväliset sopimukset ja esimerkiksi terveydenhuollon ammattihenkilöistä asetettu laki (559/1994). Lain avulla on tarkoitus varmistua, että terveydenhuollon ammattilaisella on ammattitoiminnan vaatima koulutus ja valmiudet toimia ammatissa. (Kassara ym. 2005: 17.)

Hoitajan velvollisuudet pohjautuvat potilaslakiin, eettisiin ohjeisiin sekä terveydenhuollon ammattihenkilöiden lakiin. Hoitajan tehtävä on edistää ja ylläpitää terveyttä, ehkäistä sairauksia, parantaa sairaita ja lievittää kärsimystä sekä hoitotyöntekijöitä

velvoittaa salassapitovelvollisuus. (Kassara ym. 2005: 17.) Tässä opinnäytetyössäni tarkoitan hoitajalla kaikkia kirurgisen potilaan ohjaamiseen osallistuvia hoitajia.

### 2.3 Kirurgisen potilaan hoitopolku

Kirurginen eli perioperatiivinen prosessi sisältää kolme eri vaihetta: preoperatiivinen eli leikkausta edeltävä vaihe, intraoperatiivinen eli leikkauksen aikainen vaihe ja postoperatiivinen eli leikkauksen jälkeinen vaihe. Kaikissa prosessin vaiheissa korostuu potilaslähtöisyys ja turvallinen vuorovaikutussuhteen luominen potilaan ja hoitajan välille. (Holmia ym. 2004: 59.) Kaikki prosessin vaiheet ovat tärkeitä potilaan hyvinvoinnin kannalta ja jokainen vaihe heijastuu toisiinsa (Anttila, Hirvelä, Jaatinen, Polviander & Puska 2005: 69).

Preoperatiivinen vaihe alkaa, kun potilaan kanssa tehdään leikkauspäätös. Tässä vaiheessa keskeisintä ovat potilaan valmentautuminen leikkaukseen joko kirurgisella vuodeosastolla, poliklinikalla tai kotona potilaan tilanteesta riippuen. Preoperatiivisessa vaiheessa ohjataan elämäntapamuutoksissa, joita ovat esimerkiksi tupakoinnin lopettaminen, painon pudotus ylipainoisilla potilailla sekä potilaan yleistila pyritään saamaan mahdollisimman hyväksi ennen leikkausta. Tässä vaiheessa suunnitellaan myös potilaan leikkauksen jälkeiset jatkohoidot ja annetaan kirjalliset ohjeet leikkaukseen valmistautumiseksi. Preoperatiivinen vaihe loppuu, kun potilaan hoito siirtyy leikkaushenkilökunnalle. (Holmia ym. 2004: 59.)

Intraoperatiivinen vaihe alkaa potilaan siirtyessä leikkausosastolle. Tässä vaiheessa hoitohenkilökunta pyrkii luomaan turvallisen ilmapiirin ja huolehtimaan potilaan hyvinvoinnista toimenpiteen aikana. Leikkaussalissa toimenpide suoritetaan potilaalle usein anestesiassa, jolloin se aiheuttaa potilaalle tiedottomuuden toimenpiteen aikana. Anestesiamuodon valintaan vaikuttavat leikkaus, potilaan yleistila, ikä sekä potilaan anestesia-aineiden sietokyky. Intraoperatiivinen vaihe loppuu, kun potilas siirtyy leikkaussalista heräämöhön. (Holmia ym. 2004: 59.)

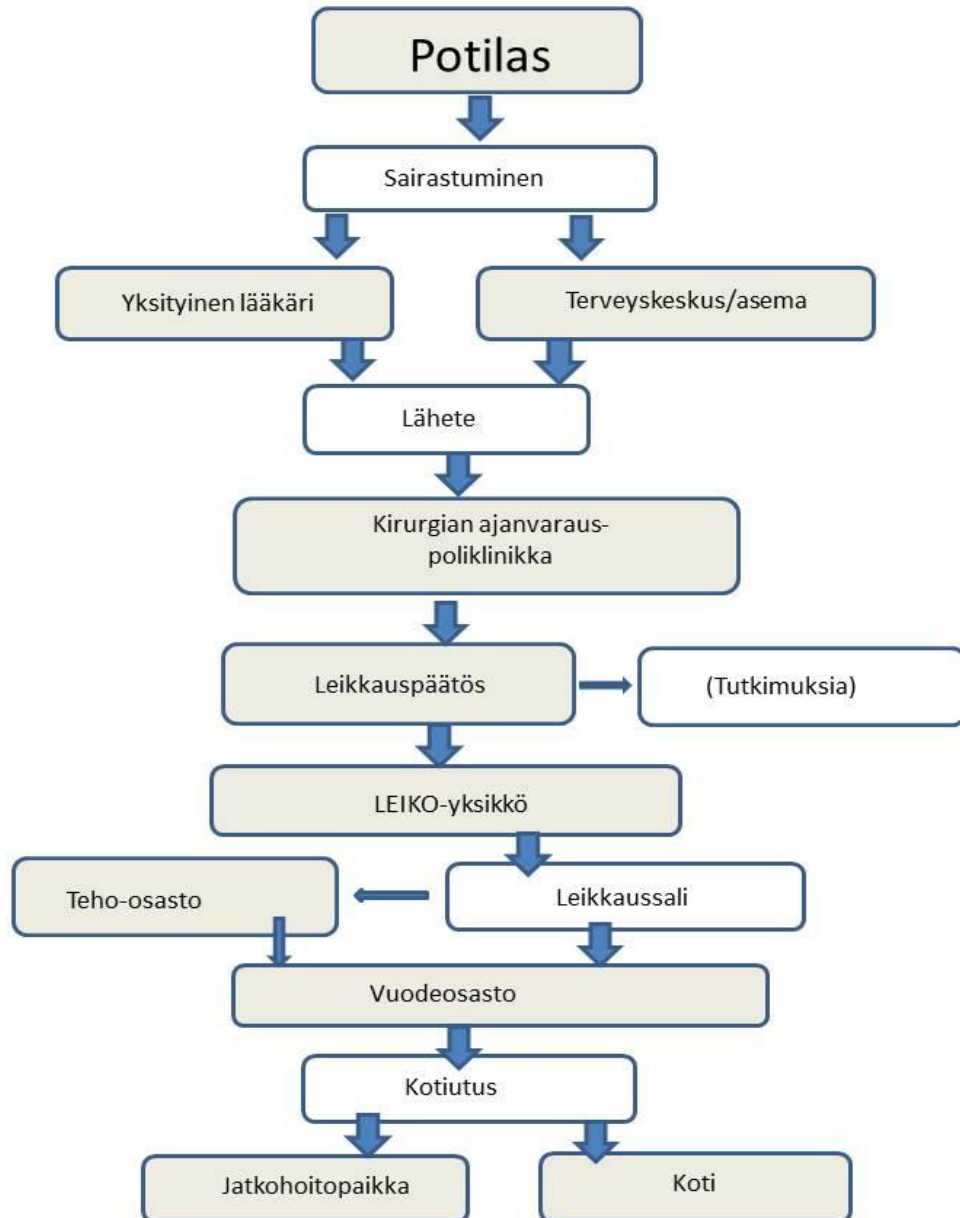
Postoperatiivinen vaihe jatkuu potilaan siirtyessä heräämöhön ja heräämöstä edelleen teho-osastolle, vuodeosastolle tai poliklinikalle. Potilaan toipuminen jatkuu sen jälkeen usein kotona tai jatkohoitopaikassa potilaan tilasta ja suoritetusta toimenpiteestä

johtuen. Postoperatiivisessa vaiheessa hoitaja seuraa potilaan tilaa kokonaisvaltaisesti mm. vitaalielintoimintoja, kipua, liikkumista sekä psyykkistä hyvinvointia. Hoitaja antaa toimenpiteen jälkeen tietoa leikkauksesta ja kivunhoidosta. (Holmia ym. 2004: 59,68.)

Kirurgisen potilaan hoito sisältää toimenpiteen suunnittelun, toteuttamisen, jälkihoidon, kivuttomuuden takaamisen ja infektioiden ehkäisyn. Hoitajan tulee hahmottaa potilaan koko hoitoketju, jotta hän osaisi ohjata leikkaukseen valmistautuvaa ja siitä toipuvaa potilasta. Hoitajan tulee tietää myös oma vastuualueensa ja tehtävänsä moniammatillisessa hoitotiimissä sekä hahmottaa paikkakuntansa hoidonporrastus, jotta turvallinen ja hoidon jatkuvuus toteutuvat kirurgisen potilaan hoidossa. (Anttila ym. 2005: 70.) Kirurgisen potilaan hoidossa hoitajan rooli on ohjata ja opettaa potilasta sekä hänen omaisiaan. Ohjauksen tavoitteena on saada potilas ottamaan vastuuta omasta hyvinvoinnistaan ja kuntoutumisestaan. Potilaan tulee saada tietoa komplikaatioiden ehkäisyn kannalta tärkeistä asioista, kuten hengittämisestä, yskimisestä, liikkumisesta ja apuvälineiden käytöstä. Ohjaus ja opettaminen hyödyttävät potilasta ja hänen omaisiaan vähentämällä leikkaukseen ja siitä toipumiseen kohdistuvia pelkoja ja ahdistusta. Ohjauksella voidaan myös vähentää pahoinvointia, kipuja sekä komplikaatioita, sillä potilas pystyy paremmin sopeutumaan leikkaushoitoon ja leikkauksen aiheuttamiin muutoksiin sekä omaiset pystyvät paremmin tukemaan potilasta kuntoutumisvaiheessa. (Anttila ym. 2005: 71.) Tutkimusten mukaan onnistuneella ohjauksella on myönteinen vaikutus potilaan toipumiseen (Holmia ym. 2004: 64).

Päiväkirurginen potilas tulee toimenpiteeseen aamulla ja lähtee samana päivänä sairaalasta kotiin. Yleisesti päiväkirurgisen potilaan hoitoaika on muutaman tunnin tai korkeintaan 12 tuntia. Kotiin palaaminen mahdollistuu kuin kotiin pääsy kriteerit täyttyvät. Kotiin pääsyssä tarkastellaan potilaan yleistilaa, liikkumista, kipua, syömistä ja juomista, virtsaamista. Ennen kotiutumista potilas saa kotiohjeet ja potilaalla tulee olla vastuullinen saattaja kotimatalla sekä kotona seuraavana yön aikana. (Holmia ym. 2004: 81,85.) Elektiivinen leikkaus on suunniteltu toimenpide, jolloin potilas voi tulla sairaalaan kotoa ja hoitopolku alkaa leikkausaamuna LEIKO-yksikön (leikkaukseen kotoa -yksikön) kautta. (Kuva 2.) Potilaan tila ei vaadi kiireellistä toimenpidettä vaan potilas voi odottaa rauhassa kotona toimenpiteeseen pääsyä. Leikkauksen jälkeen potilas palaa kotiin, poliklinikalle, vuodeosastolle tai muuhun jatkohoitopaikkaan. Koti-

tuminen mahdollistuu potilaan tilanteen mukaan, kotiutumiskriteerit samat kuin päivystyspotilaalla. (Holmia ym. 2004: 59.) Päivystysleikkaus on vastakohta elektiiviselle leikkaukselle. Potilaan tila vaatii välitöntä toimenpidettä. Leikkauksen jälkeen potilas vietään teho-osastolle tai vuodeosastolle jatkohoitoon. Potilas pääsee kotiin tai jatkohoitopaikkaan kun toipuminen sallii sen. (Holmia ym. 2004: 80, 81.)



Kuva 2. Elektiivisen leikkauspotilaan hoitopolku

### 3 HOITAJIEN OHJAUSVALMIUDET

Ohjausvalmiuksilla tarkoitetaan hoitajien tietoja, taitoja, ja asenteellisia ohjausvalmiuksia sekä ohjausmenetelmien hallintaa (Lipponen ym. 2006: 19; Kyngäs ym. 2009: 92) eli hoitajalla tulee olla tiedot ohjattavista asioista ja oppimisen periaatteista sekä erilaisista ohjausmenetelmistä. Hoitaja tarvitsee valmiuksien lisäksi riittävästi aika-, tila- ja materiaaliressursseja. (Kyngäs ym. 2009: 92, 93.) Kirurgisen potilaan hoitajan lyhentymisen tuo haasteita hoitohenkilökunnalle ja ohjaukselle (Hautakangas ym. 2003: 67; Lukkari ym. 2013: 32). Potilailla on enemmän odotuksia hoitajien ominaisuuksiin, heidän toimintatapoihin ja suhtautumiseensa kuin varsinaiseen hoitotyön sisältöön. Hoitajilta odotetaan ammattitaitoa, pätevyyttä, ystävällisyyttä, empaattisuutta ja palvelualttiutta. (Holmia ym. 2004: 22.)

Vuorovaikutustaito on yksi hoitotyön auttamismenetelmä. Potilaat arvostavat huolenpitoa, neuvoja antavaa ja varjelevaa hoitosuhdetta (Hautakangas ym. 2003: 67). Hoitajan tulee osoittaa luottamuksellisuutta, arvostusta ja vilpittömää kiinnostusta potilasta ja hänen asioita kohtaan (Kyngäs ym. 2007: 48). Hoitajan tehtävä on huolehtia, että potilas saa itsenäisessä selviytymisessä tarvitsemansa tiedot ja taidot. Hoitajan on tärkeää tietää, miten ohjauksella opetettu asia muuttuu tiedoksi ja johtaa potilaan oppimiseen. Hoitajan ammattitaitoa on taito hallita erilaisia oppimisen lähestymistapoja ja oppimistyyliä sekä taitoa soveltaa niitä potilaan yksilöllisten tarpeiden mukaan. Hoitajan on arvioitava omia uskomuksiaan ja auttamisen tavoitteita voidakseen tietää, auttaako hän todella potilaan oppimista ja selviytymistä. (Hautakangas ym. 2003: 59.) Potilaan ohjaus on hoidon kannalta hyvin tärkeää, jotta potilas pystyy osallistumaan aktiivisesti omaan hoitoonsa, kuntoutukseen ja saa lisää hallintakeinoja sairauden tuomiin ongelmiin (Hautakangas ym. 2003: 67).

Vuorovaikutussuhteen ominaispiirteet ovat kuunteleminen, potilaan huomioiminen, läsnäolo, lämpö, hyväksyminen, huolehtiminen, osallistuminen, kiinnostus, ymmärtäminen, empatia, rohkaiseminen, kunnioittaminen ja suvaitsevaisuus. Myönteinen vuorovaikutus perustuu empaattiseen ymmärtämiseen, aitouteen ja luottamuksellisuuteen potilaan ja hoitajan välillä. (Holmia ym. 2004: 27.) Yhdenvertaisuus tulee esille tunneyhteisyydestä, potilaan kunnioittamisesta, rohkaisusta, tuesta, ajan antamisesta, kuuntelemisesta, tarpeiden tunnistamisesta ja koskettamisesta (Holmia ym. 2004: 27). Oh-

jaus on tehokkainta silloin kun se toteutetaan yksilöllisesti ja potilaan taustatekijät kuten arvot ja näkemykset huomioidaan ohjauksessa (Kyngäs ym. 2007: 82). Hoitajilta toivotaan aloitteellisuutta ja herkkyyttä tiedon ja ohjeiden antamisessa (Kyngäs ym. 2007: 32). Hoitajan haaste on tunnistaa potilaan pelot ja itsensä heikoksi tuntevat potilaat, jotta hän osaisi tukea potilaan selviytymisessä ja ohjata heitä heidän tarvitsemallaan tavalla ja tasolla. Potilaan aikaisemmat kokemukset leikkaushoidosta vaikuttavat hänen tiedon tarpeeseensa. (Lukkari ym. 2013: 32.) Lyhentyneet hoitoajat edellyttävät tehokasta, hyvin annettua ohjausta, jotta potilaat ja heidän läheisensä selviytyvät kotona terveysongelmien ja osaavat itsehoidon. Hoidon vastuu on siirtynyt yhä enemmän potilaalle itselleen ja hänen perheelleen sekä läheisilleen. (Lukkari ym. 2013: 32.)

Kehittyäkseen ohjaajana hoitajan tulee arvioida säännöllisesti myös omia ohjaustaitojaan ja miten ohjaus on toteutunut. Ohjauksen onnistumista voi arvioida joko hoitaja itse tai yhdessä potilaan kanssa, kriittinen molempien näkökulmista tarkastelu auttaa hoitajaa kehittämään ohjaustaitojaan. Ohjauksen arvioinnissa voi kiinnittää huomiota ohjauksen riittävyyteen, yksilöllisyyteen ja asiakaslähtöisyyteen. (Kyngäs ym. 2007: 45.) Terveystieteiden alalla on myös totuttu keräämään palautetta potilailta, palautteen avulla hoitaja voi käyttää tietoja oman toimintansa kehittämiseen (Hautakangas ym. 2003: 91). Ohjaajalta vaaditaan ajan tasalla olevaa tietoa ja veloitetaan ylläpitämään ammattitaitoa erillisten täydennyskoulutusten avulla. Vuorovaikutustaidot eivät ole siis itsestäänselvyys vaan niiden kehittämiseksi vaaditaan lisäkoulutusta. (Lipponen ym. 2006: 29,30.) Hoitajan omalla motivaatiolla ja asennoitumisella ohjaukseen on myös merkitystä ohjauksen onnistumiseen (Kyngäs ym. 2007: 32).

### 3.1 Eettiset lähtökohdat ja lait sekä asetukset pohjana ohjaukselle

Etiikalla tarkoitetaan pohdintaa oikeasta ja väärästä. Hoitotyö pohjautuu eettisen arvomaailmamme perusteella. Etiikan avulla pystytään tekemään valintoja ja arvioimaan omaa ja toisten toimintaa hoitotyössä. Ohjaus on tavoitteellista toimintaa, joka perustuu vuorovaikutussuhteeseen potilaan ja hoitajan välillä. Hoitajan eettisiä näkemyksiä voidaan määritellä hoitotyötä ohjaavien lakien ja asetusten avulla sekä terveydenhuollon eettisten periaatteiden avulla ja ammattietiikan kautta. Lisäksi vuorovaikutukseen

vaikuttavat hoitajan ja potilaan henkilökohtaiset etiikankäsitykset. (Lipponen, ym. 2006: 6.)

Jokaista terveydenhuollon ammattia ohjaavat terveydenhuollon eettiset periaatteet, mutta yksilöidysti myös jokaisen ammatin oma ammattietiikka. Ammattietiikan tarkoituksena on suojata ja toimia tukena terveydenhuollon ammatissa toimivalle henkilölle. Ammattietiikka voi joskus olla ristiriitaista kansalaisten vapauden ja yleisen etiikan kanssa, esimerkiksi työssä voi joutua toimimaan tavalla, jota ei yksityishenkilönä voisi ilman laillisia seurauksia tehdä. Hoitaja voi tuottaa toiminnallaan potilaalle kipua esim. pistosta antaessa, joutua rajoittamaan potilaan vapautta tai puuttumaan potilaan elintapoihin. Ammattietiikan suojassa tällainen toiminta on perusteltua ja ymmärrettävää sekä odotettavaa. (Lipponen ym. 2006: 6,7.) Ohjauksen eettisenä perustana on myös hoitajan henkilökohtainen etiikka. Yhteinen laillinen ja eettinen perusta luo taustan, johon hoitaja voi vahvuutena liittää oman persoonallisen tavan hoitaa ja ohjata potilasta. Myös potilaan oma etiikka on tärkeä huomioida, sen huomioimatta jättäminen on terveydenhuollon toiminnan tehtävän sivuuttamista. Terveydenhuollon tehtävä on potilaan hyvinvoinnin turvaaminen ja siitä huolehtiminen. (Lipponen ym. 2006: 8.) Potilasohjauksessa yhtenäinen eettinen perusta tukee hoitajaa omassa toiminnassaan ja valinnoissaan sekä turvaa potilaalle mahdollisimman yhdenmukaisen ohjauksen (Lipponen ym. 2006: 8).

Ohjaustilanteen laillinen lähtökohta perustuu kansainvälisiin sopimuksiin sekä kansallisiin lakeihin ja asetuksiin. Niitä ovat esimerkiksi erikoissairaanhoido- ja kansanterveyslaki, laki potilaan asemasta ja oikeuksista, laki ja asetus terveydenhuollon ammattihenkilöstä sekä potilasvahinko-, tasa-arvo ja yhdenvertaisuuslaki. Lait ja asetukset luovat pohjan ja velvoitteen ohjaustilanteeseen. Hoitajan tulee täyttää ja noudattaa asetettuja laatuksiteerejä voidakseen toimia tehtävässään. Lakien ja asetusten lisäksi ohjaustilanteen lähtökohtia määrittelevät terveydenhuollon eettiset periaatteet, jotka ovat valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan asettamat. Eettiset periaatteet koskettavat jokaista terveydenhuollossa työskentelevää henkilöä, ja ne sisältävät määritelmän terveydenhuollon tehtävästä ja eettisistä periaatteista. Terveydenhuollon tehtävä on terveyden edistäminen, sairauksien ehkäisy ja kärsimyksien lievittäminen. Periaatteita on yhteensä kuusi, joita ovat potilaan oikeus hyvään hoitoon, ihmisarvon kunnioitus, itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, hyvä ammat-



titaito, hyvinvointia edistävä ilmapiiri sekä yhteistyö ja keskinäinen arvonnanto. (Lipponen ym. 2006: 6,7.) Hoitotyön periaatteet pohjautuvat hoitotyön arvoista, joita pidetään tavoiteltavina ja hyvinä potilaiden hyvinvoinnin edistämiseksi. Hoitotyön periaatteita ovat esimerkiksi yksilöllisyys, itsemääräämisoikeus, kokonaisvaltainen hoito, perhekeskeisyys, hoidon jatkuvuus, terveyskeskeisyys, omatoimisuus, ammatillisuus ja turvallisuus sekä taloudellisuus. (Kassara ym. 2005: 13.)

### 3.2 Hoitajan ohjaustyyli

Ohjaustyyliä voidaan karkeasti jakaa kolmeen eri osaan, jotka ovat hyväksyvä, konfrontoiva ja katalysoiva ohjaustyyli. Kaikkia näitä tyyliä tarvitaan ohjauksen eri vaiheissa. Hyväksyvällä ohjaustyyllillä tarkoitetaan hoitajan läsnäoloa kuuntelijana ja potilaan tukijana. Sairastumisen alkuvaiheessa potilaan tunteet ja ajatukset saattavat estää häntä tiedon vastaanottamisesta, jolloin varsinkin ohjaus annetaan potilaalle myöhemmin. Hyväksyvässä ohjaustyyliä hoitajan rooli on tukea, kuunnella ja antaa ensiohjaus potilaalle sairastumisesta, jotta potilas saa riittävät valmiudet itsensä hoitamiseen ja pystyy tunnetasolla käsittelemään asiaa rauhassa. Hoitaja voi ilmaista hyväksyntää ja potilaan kuulemista nonverbaalisesti tai verbaalisesti esimerkiksi nyökyttelemällä ja rohkaisemalla potilasta puhumaan sairauden aiheuttamista tunteista. (Kyngäs & Hentinen 2009: 101,102.)

Konfrontoivaa ohjaustyyliä käytetään silloin, kun potilaan teoissa ja puheissa on ristiriitoja (Kyngäs ym. 2007: 43). Hoitajan tulee auttaa potilasta havaitsemaan potilaan toiminnassa ja puheissa oleva ristiriitaisuus hienontunteisesti. Hoitajan tulee varautua potilaan suuttumiseen ja toimintansa puolustautumiseen sekä muihin tunteisiin ottaessaan hoitoon sitoutumisen ja ristiriitaisuuden puheeksi potilaan kanssa. Hyväksyvän ohjaustyylin käyttäminen konfrontoivan jälkeen saattaa olla tarpeellista, jotta potilas sitoutuisi jatkossa paremmin hoitoonsa. (Kyngäs & Hentinen 2009: 102,103.)

Katalysoivalla ohjaustyyliä käytetään silloin kun hoitaja havaitsee potilaalla epätasallista tietoa hoidostaan tai käyttäytyy epävarmasti. Hoitaja kartoittaa tilanteen kysymysten avulla ja selvittää potilaan tiedot sairaudesta ja sen hoidosta ja motivaation hoitoon sitoutumiseen sekä mahdolliset retkahdukset. Kysymysten avulla ei ole tarkoitus syyllistää potilasta vaan saada tietoon potilaan ohjaustarpeet. Katalysoivalla ohja-

ustyyllillä pyritään löytämään potilaan hoidossa ongelmakohdat ja puuttumaan niihin sekä tukemaan potilasta hoitoon sitoutumisessa. (Kyngäs & Hentinen 2009: 103,104.)

### 3.3 Ohjausmenetelmät

*Suullinen ohjaaminen* on hoitajan ja potilaan välisellä keskustelulla annettavaa potilasohjausta. Ohjaustilanteessa hoitajan tulee käyttää selkeää ja ymmärrettävää kieltä, lääketieteellistä sanastoa tulee käyttää mahdollisimman vähän. Hoitajan tulee myös huomioida ohjattavan ikä ja vastaanottokyky ohjausta suunniteltaessa. Hyvä ohjaus etenee johdonmukaisena ja antaen kokonaiskuvan potilaalle ohjattavasta tilanteesta. Ohjauksen onnistuminen vaatii hoitajalta hyviä vuorovaikutustaitoja teorian tiedon lisäksi. (Lipponen ym. 2006: 29, 30.)

*Yksilöohjaus* on potilaalle henkilökohtaisesti annettua ohjausta. *Ryhmäohjaus* on sen sijaan suunniteltua ohjausta potilasryhmälle, jolla on jokin yhteinen tavoite. Ryhmäohjaus on todettu tehokkaaksi ohjausmenetelmäksi, koska potilaiden on mahdollisuus keskustella toisten samassa tilanteessa olevien kanssa ja samalla oppia kuinka selvittää sairauden mukaan tuomista ongelmista. Ryhmässä potilaat voivat tuoda esiin uusia selviytymisvaihtoehtoja ja ongelmanratkaisuja sekä tukea toisiaan. (Lipponen ym. 2006: 87, 89.) Ryhmäohjaus voi siis tarjota potilaille vertaistukea, jota yksilöohjauksessa ei voi saada. Ryhmäohjauksen avulla voitaisiin puolittaa hoitohenkilökunnan käyttämä aika ohjaukselle ja siten se olisi myös taloudellisesti kannattavaa. Ryhmäohjaus ei kuitenkaan sovi kaikkiin tilanteisiin, mutta esimerkiksi elämäntapaohjaukseen se sopii. (Vänskä 2011: 87, 88.) Ohjaajan tulee valmistautua ryhmäohjaukseen perehtymällä ohjattavaan aiheeseen, kohderyhmään sekä laatia tavoitteet ja valmistella ohjaus- ja oheismateriaalin. Myös ohjaustilan valmistelu on tärkeää ennen ohjauksen aloittamista, esimerkiksi tarvittavan laitteiston hankkiminen ja tilan käytön muokkaaminen niin, että puhuminen kasvokkain potilaan kanssa helpottuu. Ohjaustilanne pyritään luomaan rauhalliseksi, turvalliseksi, vastaanottavaiseksi ja ohjauksen apuna voidaan käyttää tarkoituksenmukaisia havainnollistamiskeinoja. Lopuksi ohjaaja tiivistää ja kertaa opitun tiedon sekä antaa mahdollisuuden lisäkysymyksille ja päättää ohjauksen selkeästi. (Lipponen ym. 2006: 87, 89.)

*Kirjallisilla ohjeilla* tuetaan suullisesti annettavaa ohjausta. Hoitoaikojen lyhentyessä erilaiset kirjalliset ohjausmateriaalit ovat erittäin tarpeellisia potilaalle. Ohjeita voidaan antaa potilaalle ennalta esimerkiksi ennen toimenpidettä. Kirjalliset ohjeet voivat olla myös potilaan kotiutuessa annettavat kotihoito-ohjeet, joista potilaan on helppo tarkistaa tietojaan. Kirjalliset ohjeet tulisi olla potilaalle helposti ymmärrettäviä ja monipuolisesti tietoa antavia. Kirjalliset ohjeet voivat olla yhden sivun mittaisia tai ohjevihkosia tai -oppaita. (Kyngäs ym. 2007: 124,127.) Kirjallisilla ohjeilla voidaan antaa tietoa potilaan sairaudesta, tutkimuksista, hoitotoimenpiteistä ja sairauden kanssa elämisestä. Ohjeiden avulla pyritään vähentämään potilaan väärinkäsityksiä ja ahdistuneisuutta sekä lisäämään tietoa saatavilla olevista palveluista. (Lipponen ym. 2006: 66.)

*Audiovisuaalinen ohjaus* toteutetaan erilaisten teknisten laitteiden avulla. Tietoa voidaan antaa esimerkiksi videoiden, äänikasettien, tietokoneohjelmien avulla. Tärkeää on kuitenkin keskustella potilaan kanssa annetun ohjauksen jälkeen, jotta potilaan tunteet ja mahdolliset väärinkäsitykset voidaan tarvittaessa käsitellä yhdessä hoitajan kanssa. Audiovisuaalinen ohjaus potilaan ohjauksessa on rajallista, koska siihen vaikuttaa esimerkiksi ohjausmateriaalin kehittämis- ja tuottamiskustannukset sekä potilaan mahdollisuudet käyttää teknisiä laitteita kotona. Erityisesti näkövammaiset hyötyvät äänikasettien avulla annetusta ohjauksesta. (Kyngäs ym. 2007: 117.)

*Puhelinohjaus* on hoitohenkilön yhteydenotto puhelimen välityksellä potilaaseen, se on ohjausta potilaan terveyttä kokevissa asioissa. Puhelinohjaus perustuu hoitotyön prosessiin, joka sisältää potilaan tilan määrittelyn, hoidon suunnittelun, toteutuksen ja arvioinnin. Ohjaukselle on varattava mahdollisimman rauhallinen tila. Potilaan tiedot täytyy olla helposti saatavilla, niitä ovat esimerkiksi laboratorio-, röntgen- ja sairauskertomukset, sekä muut potilasta koskevat tiedot. Ohjaus pohjautuu potilaan haastatteluun. Hoitajalta vaaditaan kuuntelutaitoa ja hänen tulee keskittyä kokonaisvaltaisesti potilaan tilanteeseen. Puhelun lopuksi hoitajan tulee varmistaa, että potilas on ymmärtänyt ohjatut asiat ja neuvoa potilasta tarvittaessa ottamaan uudelleen yhteyttä. Puhelun päätyttyä hoitaja kirjaa puhelun aikana käsitellyt asiat ylös potilastietoihin. (Lipponen ym. 2006: 77, 81.)

*Demostraation* avulla ohjaamisella tarkoitetaan asioiden havainnollistamista ja käytännön harjoittelua. Havainnollista esittämistä voidaan käyttää yksilö- tai pienryhmä ohjauksessa. Ohjauksessa hoitajan rooli on motivoida potilasta omahoitoon ja näyttää mallia oikeaoppisesta tavasta toimia esimerkiksi avanteen hoidossa. Hoitajan tulee suunnitella ja valmistella huolella ohjaustilanne, rauhallinen ympäristö ja kiireettömyys sekä kannustava palaute ovat potilaalle tärkeitä asioita. *Demostratio* ohjausmenetelmänä on kallis, mutta paras menetelmä erilaisten käytänteiden harjoittamisessa ja motoristen taitojen ohjaamisessa. (Kyngäs ym. 2007: 128 - 131.) *Demostratiota* käytetään ohjattaessa potilaalle itselleen tai hänen omaisilleen toteuttamaan hoitotoimenpide. Ennen motoristen taitojen opettamista ohjaukseen tarvitaan suullista ohjausta ja tukena voidaan käyttää kirjallista materiaalia. Ohjaustapahtuman suunnittelu ja tekninen toteutus ovat ensisijaisesti ohjaajan vastuulla. (Lipponen, ym. 2006: 58, 59.)

#### 4 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on kirjallisuuskatsauksen avulla kuvata, millaiset ovat hoitajien ohjausvalmiudet kirurgisen potilaan hoidossa. Tutkimuksessa koottua tietoa voidaan käyttää kirurgisen potilaan ohjauksen kehittämiseen.

Tutkimuksen tehtävänä on vastata seuraaviin kysymyksiin:

- 1.) Millaiset hoitajien ohjausvalmiudet ovat kirurgisen potilaan hoidossa?
- 2.) Mitä ohjausmenetelmiä käytetään?
- 3.) Huomioidaanko potilaan oikeudet ohjauksessa?
- 4.) Mitä mahdollisia kehittämisalueita kirurgisen potilaan ohjauksessa on?

## 5 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TOTEUTUS

### 5.1 Kirjallisuuskatsaus ja tiedon haku vaiheittain

Kirjallisuuskatsaus on sekundaaritutkimus, jossa päämääränä on koota samanlaista tietoa ja saada vastauksia asetettuihin tutkimuskysymyksiin jo aikaisemmin tehtyjen tutkimusten perusteella (Johansson, Axelin, Stolt & Ääri 2007: 4; Tuomi & Sarajärvi 2009: 123). Kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on näyttää, mistä näkökulmista ja miten kyseistä aihetta on aikaisemmin tutkittu ja miten kirjallisuuskatsaus-tutkimus liittyy jo olemassa oleviin tutkimuksiin (Tuomi & Sarajärvi 2009: 123).

Kirjallisuuskatsausta aloittaessani huhti - toukokuussa perehdyin alustavasti opinnäytetyötäni koskevaan kirjallisuuteen ja aihettani käsitteleviin tutkimuksiin. Opinnäytetyöni teoriaosuutta varten aloin tehdä hakuja opinnäytetyössäni olevilla avainsanoilla ja niiden muunnelmilla: hoitohenkilökunta, ohjausvalmiudet, potilasohjaus ja elekttiivinen leikkauspotilas. Uusimpia tutkimuksia hain Melinda- tietokannasta. Tutkimuksia potilasohjauksesta ja leikkauspotilaiden hoidosta on mielestäni paljon, mutta hoitajan näkökulmasta tarkasteltuna aiheesta ei mielestäni ollut paljon pro gradu tai väitöskirja tasoisia tutkielmia. Otin yhteyttä koulumme kirjastoon ja sain asiantuntijan apua tiedonhakuun ja hakusanojen muotoilemiseen.

Lopulliseen tiedonhakuun käytin hakusanoina: potilaat, sairaanhoitajat, ohjaus, hoitohenkilökunta, valmiudet, potilasneuvonta, päiväkirurginen, kirurginen, elekttiivinen ja Leiko. Hakuja tein teoriaosuutta ja tutkimuksia etsiessäni Melinda, Medic (Taulukko 1.), Kyyti-kirjasto ja Kaakkuri-tietokannoista sekä Google Scholar - hakuohjelmalla. Etsin englanninkielisiä tutkimuksia PubMed-tietokannasta. Hakusanoja ja niiden yhdistelmiä, joita käytin olivat: patient, education, surgical patient, nursing, nurse, counseling, control methods, preoperative. Käyttämilläni hakusanoilla viitteitä tuli mielestäni paljon, rajauksia käyttämällä aineistoa löytyi kuitenkin vain vähän. Englanninkielisiä tutkimuksia oli myös paljon, mutta en löytänyt tutkimuskysymyksiini vastaavaa tutkimusta, joten päätin tutkimukseni luotettavuuden kannalta tarkastelemaan vain suomenkielisiä tutkimuksia. Kävin kaikki annetut viitteet läpi manuaalisesti, jolloin tarkastelin otsikoita ja tiivistelmiä. Eri tietokannoista tuli samoja viitteitä, joten lopulliseen tarkasteluun otin vain neljä alkuperäistutkimusta, joiden avulla aloin perehtyä työni sisältöön tarkemmin.

Taulukko 1. Alkuperäistutkimusten haku eri tietokannoista

<b>Tiedonhaku tietokannoista</b>	<b>MELINDA</b> (otsikon tarkastelu)	abstraktin tarkastelu	<b>hyväksytyt</b> (sisäänottokriteerit täyttyvät)	<b>MEDIC</b> (otsikon tarkastelu)	abstraktin tarkastelu	<b>hyväksytyt</b> (sisäänottokriteerit täyttyvät)
<b>Hakusanat</b>						
elektiivinen	4	4	0	4	0	0
potilasohjaus	68	4	4	305	7	3
päiväkirurginen	12	4	0	10	0	0
hoitohenkilökunta	180	6	0	5	0	0
hoitaja AND/OR ohjaus	10	1	1	21	6	3
pot? AND/OR ohj?	40	1	1	199	6	3
ohja? valmiu? hoitohenki?	21	3	2	1	0	0

Lopullisen tiedon haun tein heinäkuussa, jossa käytin sisäänottokriteereinä (taulukko 2). Tutkimuksien tuli olla pro gradu- tai väitöskirjatasoisia tutkimuksia, vuosien 2004 - 2014 välillä julkaistuja, kokoteksti luettavissa elektronisesti tai saatavana kotiin lainaan, sisällön vastattava asetettuihin tutkimuskysymyksiini, ja tutkimusten tuli olla mahdollisimman vertailukelpoisia keskenään. Tutkimuksia tarkastelin kymmenen vuoden ajalta, koska hoitajan näkökulmasta tarkasteltuna pro gradu -tutkielmia ja väitöskirja tasoisia tutkielmia ei ollut paljon ja yritin etsiä mahdollisimman laajasti eri tutkimuksia opinnäytetyöhöni. Potilaan näkökulmasta potilasohjausta on tutkittu paljon, mutta tähän työhön rajasin ne ulkopuolelle etsien vain hoitajien kokemuksia antamastaan ohjauksesta. Työni ulkopuolelle jäivät myös yksittäisten sairauksien ohjauksen arvioinnit, koska hain tutkimuksista yhdenmukaisuutta ja vertailukelpoisuutta

keskenään. Alkuperäisen suunnitelmani mukaan kirjallisuuskatsauksen piti käsitellä elektiiivisen leikkauspotilaan ohjausta, mutta en löytänyt täysin sanoihin viittaavaa materiaalia, joten tässä opinnäytetyössäni olen keskittynyt yleisesti kirurgisenpotilaan ohjaukseen hoitajan näkökulmasta tarkasteltuna.

Taulukko 2. Sisäänottokriteerit ja poissulkukriteerit

SISÄÄNOTTOKRITEERIT	POISSULKUKRITEERIT
<ul style="list-style-type: none"> <li>Tutkimukset ovat tehty vuosina 2004-2014</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tutkimukset jotka ovat tehty ennen vuotta 2004</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Tieteellinen tutkimus/artikkeli ( väitöskirja tai pro gradu-tutkielma)</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tutkimukset jotka eivät ole pro gradu tai väitöskirjoja</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Tutkimukset jotka vastaavat tutkimuskysymyksiin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tutkimuksista jotka eivät vastaa tutkimuskysymyksiin</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Eri metodein tehdyt tutkimukset</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Julkaisua ei ole saatavilla kokokaan tai lainattavaksi</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Tutkimusten tai tieteellisten artikkelien julkaisukieli on suomi tai englanti</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tutkimus ei ole tehty hoitajan näkökulmasta tarkasteltuna</li> </ul>
<ul style="list-style-type: none"> <li>Luettavissa kokoteksti ja lainattavissa kotiin</li> </ul>	<ul style="list-style-type: none"> <li>Tutkimus käsittelee yksittäisen sairauden potilasohjausta.</li> </ul>

## 5.2 Kirjallisuuskatsauksen aineiston analysointi

Sisällönanalyysillä voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. Sisällönanalysoinnin avulla pyritään kuvaamaan jotakin ilmiötä tai asiaa tiivistetysti ja ymmärrettävästi (Johansson ym. 2007: 3, 4). Analysointi etenee vaiheittain, ensin perehdytään useita kertoja tutkittavaan aineistoon, jonka jälkeen ryhmitellään aineisto eri kategorioihin. Aineistoa pelkistetään, etsimällä tutkittavasta aineistosta asetettuun tutkimuskysymykseen vastauksia. (Johansson ym. 2007: 5.) Eri kategorioista tutkija etsii yhdistettäviä asioita, jonka avulla aineistoa voidaan ryhmitellä tarkemmin esimerkiksi käsitekartan avulla. Lopuksi ryhmittelyn avulla saaduista vastauksista ja teoriatiedoista yhdistetään kerätyt tiedot yhteen, jolloin pystytään tekemään tulkintaa sekä johtopäätöksiä tutkittavasta aiheesta. (Johansson ym. 2007: 6.)

Varsinaisen analysoinnin aloitin kun olin perehtynyt tutkimuksiin tarkemmin. Apuna käytin käsitekarttaa (liite 2) , johon pelkistin tutkimuksista saatuja vastauksia. Etsiesäni vastauksia tutkimuskysymyksiini pelkistetyistä vastauksista koostui ryhmiä, jotka nimesin alaluokiksi. Alaluokkien ryhmittelyn jälkeen yhdistin vastaukset yläluokkiin. Yläluokat muodostuivat jo aikaisempien alkuperäistutkimusten jaotteluiden perusteella jotka olivat: tiedolliset ohjausvalmiudet, taidolliset ohjausvalmiudet, asenteelliset ohjausvalmiudet, ohjausmenetelmät ja ohjauksen toimintamahdollisuudet. Yhdistäväksi luokiksi koostui tässä työssä hoitajien ohjausvalmiudet ja ohjauksen kehittämistarpeet. Tuloksista kerron tarkemmin tutkimustulokset- ja pohdinta-osioissa.



## 6 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TUTKIMUSTULOKSET

Seuraavissa luvuissa raportoidaan opinnäytetyön tulokset hoitajien arvioimana ohjauksen eri osa-alueita tarkastellen. Osa-alueet ovat jaettu tässä opinnäytetyössä: *tiedollisiin ohjausvalmiuksiin, taidollisiin ohjausvalmiuksiin, asenteellisiin ohjausvalmiuksiin, ohjausmenetelmiin ja potilasohjauksen toimintamahdollisuuksiin sekä ohjauksen kehittämistarpeisiin*. Näiden lukujen tulokset muodostuivat neljästä eri alkuperäistutkimuksesta. Alkuperäistutkimukset ovat Lipponen (2014), Kääriäisen (2007), Tähtisen (2007) ja Ervastin (2004) tekemiä.

### 6.1 Valmiudet

#### 6.1.1 Tiedolliset ohjausvalmiudet

Tiedollisia ohjausvalmiuksia tarkasteltaessa tutkimuksista selvisi, että lähes kaikki hoitajat arvioivat tiedolliset taitonsa hyviksi (Lipponen 2014: 45; Kääriäinen 2007: 95; Tähtinen 2007: 32 ; Ervasti 2004: 27). Tiedolliset ohjausvalmiudet sisälsivät tiedot sairauden hoidosta, tiedot sairauden merkityksestä potilaan arkeen ja tiedot hoidon jälkeisestä voinnista (Lipponen 2014: 45; Kääriäinen 2007: 95; Tähtinen 2007: 32, 33; Ervasti 2004: 27). Hoitajat arvioivat hallitsevansa hyvin sairauden hoitoa koskevat tiedot, sen oireita, lääkkeiden käyttöä sekä hoitoon liittyviä riskejä koskevat asiat (Kääriäinen 2007: 95,96; Ervasti 2004 : 27), myös tiedot hoitotoimenpiteistä ja tutkimuksista arvioitiin hyviksi (Kääriäinen 2007: 96; Tähtinen 2007: 32; Ervasti 2004: 27). Suurin osa hoitajista arvioi hallitsevansa hyvin sairauden merkitystä potilaan arkeen käsittelevät asiat (Kääriäinen 2007: 96; Tähtinen 2007: 33), parhaiten tunnettiin sairauden vaaratekijöitä ja rajoituksia, huonoiten sairauden vaikutusta perheeseen tai parisuhteeseen (Kääriäinen 2007: 96). Tähtisen mukaan hoitajilla huonoiten tietämystä oli sairauden aiheuttamista rajoituksista (Tähtinen 2007: 32 ).

Tutkimuksista voidaan todeta, että hoitajilla oli heikoimmat tiedot potilaan hoidon jälkeisistä vointia koskevista asioista. Hoitajat tunsivat heikoimmin toipumisajan pituutta, kuntoutuspalveluja (Kääriäinen 2007: 96; Ervasti 2004: 27) ja sosiaalietuuksia (Kääriäinen 2007: 96; Tähtinen 2007: 33; Ervasti 2004: 27) käsittelevät asiat. Muista

tutkimuksista poiketen Lipposen tutkimuksen mukaan erikoissairaanhoidon hoitohenkilöstön (88 %) tiedot potilaan kuntoutumisesta oli hyvät (Lipponen 2014: 45).

### 6.1.2 Taidolliset ohjausvalmiudet

Tutkimusten perusteella hoitajilla on hyvät vuorovaikutustaidot. (Kääriäinen 2007: 98; Tähtinen 2007: 37; Ervasti 2004: 28) Potilaan itsehoitoon tukemisen taidoissa, suurin osa hoitajista arvioi taitonsa hyväksi, (Lipponen 2014: 46; Kääriäinen 2007: 97; Tähtinen 2007: 36.) toisaalta Ervastian mukaan hoitajat kokivat potilaan itsehoitoon ohjaamisen hankalaksi (Ervasti 2004: 29). Hoitajat toteuttivat yksilöllistä ohjausta ja potilaan aikaisempiin tietoihin perehdyttiin sekä potilaan kanssa keskusteltiin vastavuoroisesti (Kääriäinen 2007: 98; Tähtinen 2007: 37; Ervasti 2004: 28). Ohjaustilanteen ilmapiiri osattiin huomioida (Ervasti 2004: 28) sekä potilaan sanaton eli non-verbaalinen viestintä (Kääriäinen 2007: 98; Tähtinen 2007: 37). Hoitajat motivoivat potilasta osallistumaan hoitoonsa (Kääriäinen 2007: 98; Tähtinen 2007: 36) ja ohjaus suunniteltiin yhdessä potilaan kanssa sekä potilaiden ja omaisten ohjaustarpeet huomioitiin ohjauksessa (Kääriäinen 2007: 98; Tähtinen 2007: 35; Ervasti 2004: 28).

Tutkimuksen mukaan huonosti osattiin arvioida ohjatun asian oppiminen yhdessä potilaan kanssa ja ohjata potilasta huolehtimaan psyykkisestä hyvinvoinnistaan (Kääriäinen 2007: 97,98). Lipposen mukaan erikoissairaanhoidon hoitohenkilöstöllä oli hyvät potilaan hyvinvoinnin edistävät taidot. Hoitoon valmistamisen taito oli myös vastaajien mukaan hyvää. (Lipponen 2014: 46.) Tutkimuksista voidaan myös päätellä, että hoitajat osasivat ohjata potilasta tulevaan hoitotoimenpiteeseen ja tutkimukseen, (Lipponen 2014: 46; Tähtinen 2007: 39; Ervasti 2004: 28) sekä ohjata jatko- tai kotihoitoon (Kääriäinen 2007: 98; Tähtinen 2007: 36; Lipponen 2014: 46). Tutkimuksista selvisi, että hoitajat osasivat huonoiten ohjata potilasta vertaistuen käyttöön (Lipponen 2014: 46; Kääriäinen 2007: 98; Tähtinen, 2007: 36).

Vain alle puolet hoitajista arvioi ohjaustilanteen arviointitaitonsa hyväksi: he osasivat hyödyntää tutkimustietoa ohjauksessa ja analysoida ohjaustilanteen etenemistä vahvempana arvioitiin analysointi ohjaustilanteen etenemisestä, heikoimpana tieteellisen tutkimustiedon hyödyntäminen ohjauksessa (Tähtinen 2007: 38). Samansuuntaisia

vastauksia saatiin myös Ervastin tutkimuksessa. Hoitajien arviointitaitoja pidettiin huonoina. Arviointitaitoihin sisältyi ohjaustilanteen eteneminen tai ohjatun asian ymmärtämisen ja oppimisen arviointi yhdessä potilaan kanssa. Ervastin mukaan hoitajat olivat sitä mieltä, että potilaalla oli vähäinen mahdollisuus ohjauksen suunnitteluun. (Ervasti 2004: 29.)

### 6.1.3 Asenteelliset ohjausvalmiudet

Tutkimusten perusteella voidaan todeta, että lähes kaikilla hoitajilla oli myönteinen asenne ohjaukseen, ja ohjaus on potilaslähtöistä (Lipponen 2014: 48; Kääriäinen 2007: 101; Tähtinen 2007: 40). Ervastin tutkimuksessa sen sijaan oli ristiriitaisuutta ohjaukseen asennoitumisessa, tulkinnan mukaan tutkimukseen osallistuneilla oli kaikilla positiivien asenne ohjaukseen, mutta toisaalta kolmanneksella hoitajista oli negatiivinen asenne ohjaukseen, joka ilmeni eri kysymysten yhteydessä tai niihin vastamattomuutena (Ervasti 2004: 31).

Hoitajat ovat motivoituneita ja sitoutuneita ohjaukseen ja arvioivat potilaiden hyötävän ohjauksesta ja ohjauksen syventävän hoitosuhdetta, hoitajat huomioivat myös ohjauksessa tunneulottuvuuden (Lipponen 2014: 48). Ohjauksen aikana potilaan tarpeet arvioitiin, ohjauksen tavoitteista keskusteltiin, asioiden ymmärtäminen varmistettiin, annettuja ohjeita perusteltiin ja potilaalle annettiin myönteistä palautetta ohjauksen aikana (Kääriäinen 2007: 101; Tähtinen 2007: 43; Ervasti 2004: 32).

Heikoimmaksi arvioitiin keskustelu ohjauksen tavoitteista yhdessä potilaan kanssa ja palautteen pyytäminen ohjauksesta, sekä potilaan mahdollisuus keskustella ongelmistaan (Kääriäinen 2007: 101; Tähtinen 2007: 44). Tutkimuksista voidaan todeta, että potilaan aikaisempia tietoja selvitettiin, potilasta rohkaistiin esittämään ohjaustoiveita, omaiset otettiin mukaan ohjaustilanteeseen ja potilaan elämäntilanne huomioitiin kotiutumistilanteessa, (Kääriäinen 2007: 101; Tähtinen 2007: 44; Ervasti 2004: 32) sekä annetusta ohjauksesta pyydettiin palautetta. Potilaalla on mahdollisuus esittää kysymyksiä, ilmaista tunteita ja mahdollisuus keskustella ongelmistaan ohjauksen aikana (Lipponen 2014: 48; Kääriäinen 2007: 102; Tähtinen 2007: 44).

## 6.2 Ohjausmenetelmät

Tutkimukset osoittivat, että hoitajat käyttivät ohjausmenetelmistä eniten yksilöohjausta ja suullisesti annettavaa ohjausta sekä käyttivät kirjallisia ohjausmateriaalia ohjauksen tukena. Hoitajat arvioivat hallitsevansa myös kyseiset ohjausmenetelmät parhaiten. (Lipponen 2014: 47; Kääriäinen 2007: 100; Tähtinen 2007: 41, Ervasti 2004: 32.) Toisaalta Ervastian tutkimukseen vastanneista hoitajista yli puolet ei käyttänyt kirjallista ohjausmateriaalia lainkaan suullisen ohjauksen tukena (Ervasti 2004: 32). Tutkimuksista selvisi, että hoitajat kokivat hallitsevansa hyvin myös ryhmäohjauksen ja ohjattavien asioiden harjoittelemisen eli demonstroinnin (Kääriäinen 2004: 100; Tähtinen 2007: 41). Heikoimmin hallittuja ohjausmenetelmiä käytettiin vähemmän ohjauksessa. Audiovisuaalinen ohjaus koettiin heikoimmaksi, osa hoitajista ei käyttänyt kyseistä ohjausmenetelmää lainkaan. (Lipponen 2014: 47; Kääriäinen 2007: 100; Tähtinen 2007: 41.) Hoitajien ohjaukseen käytettävien apuvälineiden käyttö arvioitiin myös huonoiksi (Tähtinen 2007: 41).

Tutkimuksista selvisi myös, että ryhmäohjaus menetelmää voitaisiin hyödyntää potilasohjauksessa ja sitä toivottiin kokeiltavaksi enemmän työyksiköissä (Tähtinen 2007: 49). Samansuuntaisia vastauksia saatiin Kääriäisen ja Lipponen tutkimuksista, joissa hoitajat toivoivat lisäkoulutusta ryhmäohjauksen toteuttamiseen (Lipponen 2014: 51; Kääriäinen 2007: 103). Hoitajat käyttivät audiovisuaalista ohjausta vähiten, mutta olivat innokkaita kehittämään taitojaan. Tutkimuksissa hoitajat toivoivat lisää audiovisuaalista ohjausmateriaalia ja välineistöä sekä koulutusta niiden käyttöön. (Kääriäinen 2007: 103; Tähtinen 2007: 50.) Erityisesti tietotekniikan ja internetin saatavuutta pidettiin tärkeänä (Kääriäinen 2007: 103) ja videomateriaalia toivottiin lisää (Lipponen 2014: 49; Tähtinen 2007: 50). Kirjalliset potilasohjausmateriaalit arvioitiin olevan ajan tasalla olevaa (Lipponen 2014: 47; Tähtinen 2007: 47; Ervasti 2004: 33), mutta hoitajat toivoivat silti lisää ohjausta tukevaa materiaalia ja potilasohjeita sekä niiden systemaattista päivittämistä.

### 6.3 Potilasohjauksen toimintamahdollisuudet

Tutkimuksista selvisi, että suurin osa hoitajista arvioi, että heillä on käytettävissä ajan tasalla olevaa potilasohjausmateriaalia ja potilasohjaukseen osallistuvan henkilökunnan yhteistyö on toimivaa (Lipponen 2014: 47; Tähtinen 2007: 47; Ervasti 2004: 33). Tutkimustietoa oli hoitajien arvioimina yli puolella käytettävissä ohjauksen perustaksi (Lipponen 2014: 47; Tähtinen 2007: 47).

Hoitajien mielestä ohjauksen toteuttamiselle ei ole asianmukaisia tiloja, (Lipponen 2014: 47; Kääriäinen 2007: 102; Tähtinen 2007: 47; Ervasti 2004: 33) eikä tarvittavaa välineistöä, (Lipponen 2014: 47; Tähtinen 2007: 47) sekä potilasohjaukseen käytettävää aikaa ei ollut riittävästi (Lipponen 2014: 47; Kääriäinen 2007: 102; Tähtinen 2007: 47). Tutkimuksista selvisi ettei kaikki hoitajat olleet saaneet koulusta tai perehdytystä ohjauksessa käytettävän välineistön ja ohjausmateriaalin käyttöön (Tähtinen 2007: 47; Ervasti 2004: 33). Hoitajista suurimmalla osalla oli kuitenkin mahdollisuus kehittää potilasohjausta työyksikössä (Lipponen 2014:47; Tähtinen 2007: 47; Ervasti 2004: 33).

### 6.4 Ohjauksen kehittämistarpeet

Hoitajat kokivat ajan ja henkilöstön määrän riittämättömiksi (Kääriäinen 2007: 102, 103; Tähtinen 2007: 48, 49), joten hoitajat toivoivat lisää aikaa ja henkilöstöresursseja, jotta potilaan ohjaukseen jäisi riittävästi aikaa. Myös ohjaukseen varatut tilat koettiin riittämättömiksi ja niihin toivottiin muutosta, (Lipponen 2014: 47; Kääriäinen 2007: 102; Tähtinen 2007: 49; Ervasti 2004: 39.) Erityisesti ohjausmateriaalin ja välineistön säilytykseen sekä ohjausvideoiden katsomiseen tarvittiin lisää tilaa (Kääriäinen 2007: 102, 103). Ohjausmateriaaliksi toivottiin enemmän sairauksia, tutkimuksia ja sairauden hoitoa käsitteleviä materiaalia ja välineistöä. Ohjausmateriaaliksi toivottiin enemmän sekä kirjallista että audiovisuaalista materiaalia, erityisesti välineistöä tietotekniikan ja internetin saatavuutta pidettiin tärkeänä. (Lipponen 2014: 49; Kääriäinen 2007: 102, 103; Tähtinen 2007: 50.)

Hoitohenkilöstö toivoi myös sekä koulutusta ja perehdytystä ohjauksen sisältöön, menetelmiin ja vuorovaikutukseen liittyvistä asioista (Lipponen 2014: 49, 51; Kääriäinen

2007: 102, 103; Tähtinen 2007: 51; Ervasti 2004: 39). Myös lisäkoulutusta ehdotettiin sosiaalietuuksien ja audiovisuaalisten laitteiden ja materiaalien käyttöön sekä ryhmäohjaukseen. Lisäkoulutusta toivottiin asiantuntijoilta, ja koulutusta tulisi järjestää, että mahdollisimman moni pystyisi osallistumaan koulutuksiin. (Kääriäinen 2007: 102, 103.) Koulutuksen lisäksi toivottiin organisaatiolta systemaattista tukea ja valvontaa antamalleen ohjaukselle (Ervasti 2004: 39). Kehittämistarpeiksi esitettiin myös ohjausvastuunjakamista ja ohjauskäytäntöjen yhdenmukaistamista, ohjaamiseen osallistuvan hoitohenkilökunnan välistä yhteistyötä tulisi parantaa, jolloin välttyttäisiin ohjaamisen päällekkäisyyksiltä ja poistaisi epätietoisuutta ohjatuiden asioiden saamisesta (Kääriäinen 2007: 102, 103). Potilaspalautteiden tärkeys tuli myös esille, palautetta tulisi pyytää enemmän ja sen avulla voisi miettiä koulutuksia ja kehittämismahdollisuuksia (Lipponen 2014: 51; Kääriäinen 2007: 102, 103).

## 7 POHDINTA

### 7.1 Kirjallisuuskatsauksen tutkimustulosten pohdinta

Tässä opinnäytetyössä hain vastauksia tutkimuskysymyksiini kirjallisuuskatsauksen avulla hoitajien ohjausvalmiuksista, ohjauksessa käytetyistä ohjausmenetelmistä ja potilaan oikeuksien huomioimisesta ohjauksessa sekä mitä mahdollisia kehitysalueita kirurgisen potilaan ohjauksessa on? Hoitajien ohjausvalmiudet ovat tässä työssä jaettu tiedollisiin-, ja taidollisiin ohjausvalmiuksiin sekä asenteellisiin ohjausvalmiuksiin. Mielestäni sain kirjallisuuskatsauksen avulla vastauksia asetettuihin tutkimuskysymyksiin ja vastaukset olivat yhtenäisiä teoria tietojen kanssa.

Potilasohjaus on keskeinen hoitotyön auttamismenetelmä, joka perustuu potilaan ja hoitajan väliseen vuorovaikutukseen (Lukkari ym. 2013: 33). Potilaat odottavat saavansa hoitajan antamassa ohjauksessa tietoa sairauksista, erilaisista hoitomuodoista, tutkimuksista, toimenpiteistä, toipumismahdollisuuksista ja jatkossa sairauden kanssa elämisestä, esimerkiksi elintavoista ja sairauden aiheuttamista rajoituksista (Eloranta & Virkki 2011: 16). Kaikkia neljää alkuperäistutkimusta tarkastelemalla voidaan tehdä johtopäätös, että hoitajilla on hyvät tiedolliset ohjausvalmiudet (Lipponen 2014: 45; Kääriäinen 2007: 95; Tähtinen 2007: 32; Ervasti 2004: 27). Hoitajilla on hyvät

tiedot potilaan sairauksista ja sairauden aiheuttamista oireista. Hoitajilla oli myös hyvät tiedot hoitotoimenpiteistä ja tutkimuksista, lääkityksestä ja mahdollisista hoitoon liittyvistä riskeistä. Hoitajat hallitsivat myös potilaan sairauden vaikutuksesta arkeen olevat asiat, johon kuuluivat vaaratekijät, rajoitukset ja sairauden aiheuttamista vaikutuksista perhe- ja parisuhteeseen. Hoitajilla oli heikoimmat tiedot potilaan hoidon jälkeisistä vointia käsittelevissä asioissa, kuten kotiuttamista ja toipumisajan pituutta sekä kuntoutuspalveluja koskevissa tiedoissa. (Kääriäinen 2007: 96, Ervasti 2004: 27.) Kääriäisen, Tähtisen ja Ervastin tutkimusten mukaan hoitajilla oli kehitettävää myös potilaan sosiaalietuuksia käsittelevissä tiedoissa (Kääriäinen 2007: 96; Tähtinen 2007: 33; Ervasti 2004: 27). Lipposen tutkimuksen mukaan erikoissairaanhoidon hoitohenkilöstön tiedot potilaan kuntoutumisesta oli hyvät (Lipponen 2014: 45).

Potilaat toivovat saavansa ohjausta koulutetulta, työssään pätevältä ja vastuulliselta hoitajalta, jolla on herkkyyttä huomioida potilaan yksilölliset tarpeet. Potilaat pitävät tärkeänä mahdollisuutta osallistua omaan hoitoonsa ja sitä koskevaan päätöksentekoon. (Eloranta & Virkki 2011: 16.) Tutkimuksista voidaan tehdä johtopäätös, että hoitajilla on hyvät taidolliset ohjausvalmiudet. Alkuperäistutkimuksissa hoitajat olivat arvioineet vuorovaikutustaitonsa hyviksi. (Ks. Kääriäinen 2007: 98; Tähtinen 2007: 37; Ervasti 2004: 28.) Tutkimusten mukaan ohjaus on vastavuoroista ja potilas huomioitiin yksilöllisesti sekä hoitajat motivoivat potilasta osallistumaan hoitoonsa. Potilas huomioitiin ohjauksessa ja tunteiden ilmaisulle sekä kysymysten esittämiselle oli myös mahdollisuus ohjauksen aikana. (Lipponen 2014: 48; Kääriäinen 2007: 102; Tähtinen 2007: 44; Ervasti 2004: 32.) Hoidon kannalta on tärkeää saada potilas motivoitumaan ja sitoutumaan omaan hoitoonsa. Potilaan oma motivaatio on tärkein keino saavuttaa hoidolle asetetut tavoitteet. (Hautakangas ym. 2003: 66.) Omaisten huomiointi on tärkeä osa ohjausta, hoitoaikojen lyhentyessä hoito tapahtuu nykyään enemmän potilaan kotona (Lukkari 2013: 32). Tutkimuksissa on samansuuntaisia vastauksia, hoitajat suunnittelivat ohjauksen yhdessä potilaan kanssa sekä potilaiden ja omaisten ohjaustarpeet huomioitiin ohjauksessa (Kääriäinen 2007: 98; Tähtinen 2007: 35; Ervasti 2004: 28). Hoitajat osasivat huonoiten ohjata potilasta vertaistuen käyttöön (Lipponen 2014: 46; Kääriäinen 2007: 98; Tähtinen, 2007: 36).

Tarkastelin tutkimuksista hoitajien asenteellisia ohjausvalmiuksia ohjauksessa etsien vastausta tutkimuskysymykseeni, joka oli huomioidaanko potilaan oikeudet ohjauksessa? Laki potilaan asemasta ja oikeuksista voidaan pitää ohjauksen perusteena. (La-

ki potilaan asemasta ja oikeuksista.17.8.1992/ 785) Laki käsittelee esimerkiksi potilaan oikeutta saada hyvää hoitoa, yksilöllisyyttä ja ihmisarvoa kunnioittaen. Potilaan tiedonsaantioikeuden perusteena on itsemääräämisoikeus, potilaalla on oikeus omiin potilastietoihin ja osallistuminen omaan hoitoon koskevaan päätöksentekoon. (Holmia ym. 2004: 22.) Potilaalla on oikeus saada selvitys terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista, hoitoon liittyvistä riskeistä sekä muista hoitoon liittyvistä seikoista, jotka vaikuttavat hoitopäätöksiin (Kassara 2005: 27).

Hoitajien asenteellisia ohjausvalmiuksia tarkasteltaessa tutkimusten perusteella voidaan todeta että lähes kaikilla hoitajilla on positiivinen ja motivoitunut asenne potilaan ohjaamiseen. Ohjaus on potilaslähtöistä, ja potilasta kunnioittavaa. (Lipponen 2014: 48; Kääriäinen 2007: 101; Tähtinen 2007: 40; Ervasti 2004: 31.) Potilas myös motivoituu paremmin hoitoonsa jos häntä kuunnellaan ja huomioidaan yksilöllisesti (Kyngäs ym. 2009: 93). Hoitajat arvioivat potilaan ohjaustarpeet, ohjauksen tavoitteista keskusteltiin, asioiden ymmärtäminen varmistettiin ja annettuja ohjeita perusteltiin sekä potilaalle annettiin myönteistä palautetta ohjauksen aikana (Kääriäinen 2007: 101; Tähtinen 2007: 43; Ervasti 2004: 32). Tutkimusten mukaan hoitajat huomioivat potilaan omaiset myös ohjauksessa (Kääriäinen 2007: 98; Tähtinen 2007: 35; Ervasti 2004: 28).

Kääriäisen ja Tähtisen tutkimusten mukaan kehitettävänä asioina ovat potilaan kanssa keskustelu ohjauksen tavoitteista ja sen arvioimisesta sekä ohjauksesta palautteen pyytämässä (Kääriäinen 2007: 101; Tähtinen 2007: 44). Hoitajaa auttavat ohjauksen kehittämisessä palautteen pyytäminen ohjattavilta ja kollegoilta omasta vuorovaikutuksesta sekä omien ohjaustilanteiden analysointi (Vänskä 2011: 35). Ohjaus ei välttämättä toteudu potilaslähtöisesti, jos ohjaus toteutetaan kaavamaisesti ja potilaan elämäntilannetta ja ongelmia ei huomioida (Eloranta & Virkki 2011: 16). Kuuntelu, läsnäolo, ymmärtäväisyys, aidosti kiinnostus potilaan asioihin on tärkeitä huomioitavia asioita potilaslähtöisessä ohjauksessa (Kyngäs ym. 2009: 95,98).

Opinnäytetyön yhtenä tavoitteena oli selvittää, mitä ohjausmenetelmiä kirurgisen potilaan ohjauksessa käytetään. Tutkimuksista selvisi, että ohjausmenetelmistä eniten käytettiin yksilö- ja suullista ohjausta sekä ohjausmateriaalia annettiin suullisen ohjauksen tueksi (Lipponen 2014: 47; Kääriäinen 2007: 100; Tähtinen 2007: 41; Ervasti 2004: 32). Kehitettävää hoitajilla on vielä ryhmäohjauksessa, ja audiovisuaalisen ohjauksen



hyödyntämisessä (Lipponen 2014: 51; Kääriäinen 2007: 103; Tähtinen 2007: 49). Nykyään potilaat ovat valveutuneita sairauksista ja niiden hoidoista. Tietotekniikan käyttö on lisännyt tietoisuutta, joten sitä voisi hyödyntää myös ohjauksessa. Tutkimusten mukaan ohjausmateriaaliksi hoitajat toivoivat enemmän sekä kirjallista että audiovisuaalista materiaalia, erityisesti välineistöstä tietotekniikan ja internetin saatavuutta pidettiin tärkeänä (Lipponen 2014: 49; Kääriäinen 2007: 102, 103; Tähtinen 2007: 50). Hoitajat arvioivat potilasohjauksen kirjallinen ohjausmateriaalin olevan ajan mukaista (Lipponen 2014: 47; Tähtinen 2007: 47; Ervasti 2004: 33). Hoitoaikojen lyhentyessä selkokielliset, ajan tasalla olevat erilaiset kirjalliset ohjausmateriaalit ovat erittäin tarpeellisia potilaalle (Kyngäs ym. 2007: 124, 127). Ryhmäohjaus on taloudellisesti kannattava ohjausmuoto, jolloin hoitaja pystyy samalla ohjaamaan useampaa potilasta yhtä aikaa. Ryhmäohjaus ei käy kaikille potilaille, mutta ryhmäohjaukseen soveltuville potilasryhmille suunnattuna se säästäisi hoitajan ohjaukseen käytettyä aikaa. (Vänskä ym. 2011: 87.) Tutkimuksista selvisi, että hoitajat toivoivat lisäkoulutusta ryhmäohjauksen toteuttamiseen ja ryhmäohjaus menetelmää voitaisiin hyödyntää potilasohjauksessa sekä sitä toivottiin kokeiltavaksi enemmän työyksiköissä (Lipponen 2014: 51; Kääriäinen 2007: 103; Tähtinen 2007: 49).

Ohjauksen kehittämistarpeita tarkisteltaessa ajan, ohjaukseen käytettävien tilojen ja henkilöresurssien puute nousi tutkimuksista kehitettäviksi asioiksi (Lipponen 2014: 47; Kääriäinen 2007: 102, 103; Tähtinen 2007: 48, 49; Ervasti 2004: 33). Ympäristöllä voi olla suuri merkitys potilaan ohjauksen onnistumiselle, hoitajan tulee pyrkiä rauhalliseen ja turvalliseen ympäristöön ohjatessa potilasta. On tutkittu, että häiriötön ympäristö edistää potilaan oppimista. (Lukkari ym. 2013: 35.) Potilaan intimitetitisoja ei toteudu, jos huoneessa on muita potilaita. Potilas ei välttämättä uskalla tai halua puhua muiden potilaiden kuullen, jolloin ohjauksesta voi jäädä oleellisia asioita käsittelemättä (Lukkari ym. 2013: 133). Hoitajan kiire vaikuttaa ohjaukseen, jolloin potilas voi kokea, ettei hän ole tärkeä ja hänen yksilöllisyyttään ei huomioida ohjauksessa. Kiireettömyys ja hoitajan pysähtyminen rauhassa potilaan ohjaamiselle viestii potilaalle, että hän on merkityksellinen ja hoitaja on kiinnostunut potilaan tilanteesta. Kiireettömän ajan antaminen potilaalle mahdollistaa vastavuoroisen vuorovaikutuksen ohjauksessa. (Vänskä 2011: 50.) Tutkimusten mukaan hoitajilla oli hyvät valmiudet ohjata potilaita, mutta lisäkoulutusta toivottiin lisää. Mielestäni vastauksissa oli hie- man ristiriitaisuutta, hoitajat arvioivat taitonsa hyviksi, mutta epävarmuutta ja lisätie-

dontarvetta kuitenkin hoitajilla oli tutkielmien mukaan. Yhteistyö eri potilaan ohjaukseen osallistuvien hoitohenkilökunnan välillä arvioitiin sujuvaksi, toisaalta hoitajat toivoivat kehitettävänä asioina selvempää työnjakoa, jolloin ohjauksen päällekkäisyyksiltä vältyttäisiin (Kääriäinen 2007: 102, 103). Perioperatiivisessa hoitotyössä korostuu moniammatillinen ryhmätyöskentely, jossa tärkeinä ovat ammatillinen osaaminen ja vuorovaikutustaidot. Hyvä tiimityö näkyy selkeänä työnjakona ja työn kehittämisenä. (Lukkari 2013: 29.) Hoitajalla on ammatillinen vastuu kehittää itseään ja omaa osaamistaan. Kehittämisen edellytyksenä on, että hoitaja tiedostaa taitonsa ja siinä ilmenevät puutteet. (Kyngäs ym. 2007: 44.)

Alkuperäistutkimukset olivat vuosien 2004 - 2014 väliseltä ajalta, mutta vastaukset olivat samansuuntaisia. Kymmenen vuoden sisällä on varmasti eri työyksiköissä yhdenmukaistettu ja kehitetty potilasohjausta sekä ohjaukseen käytettävää ympäristöä, mutta tarkastelemieni tutkimusten mukanaan hoitajilla oli kuitenkin samat kehitystarpeet edelleen. Mietin, onko hoitajien kehitystarpeisiin vastattu tarpeeksi tehokkaasti?

## 7.2 Kirjallisuuskatsauksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimusten luotettavuutta voidaan tarkastella reliaabeliutta ja validiutta arvioimalla. Reliaabelius tarkoittaa tutkimuksen tulosten toistettavuutta, eli eri tekijöiden tutkimuksista saadaan samansuuntaisia vastauksia joten tulokset eivät ole sattumanvaraisia. Validius tarkoittaa tutkimuksen pätevyyttä, eli tutkimuksessa käytetyn mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä vastata asetettuihin tutkimuskysymyksiin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009: 231; Tuomi & Sarajärvi 2009: 136.) Validiutta voidaan tarkastella tarkemmin kahdella eri tapaa, jotka ovat tutkimuksen ulkoinen validiteetti ja sisäinen validiteetti. Ulkoisella validiteetilla tarkoitetaan tutkimuksen yleistettävyyttä ja jos on niin mihin ryhmiin. Sisäisellä validiteetilla tarkoitetaan tutkimuksen omaa luotettavuutta, eli asetettuihin tutkimuskysymyksiin vastaamista ja verrattavuutta muihin tutkimuksiin. (Metsämuuronen 2006: 48, 56.)

Tutkimuksen eettisiä vaatimuksia ovat rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus (Johansson ym. 2007: 46). Edellä mainittuihin eettisiin vaatimuksiin olen pyrkinyt kertomalla rehellisesti tutkimusten tulokset ja viitteiden käytöllä, jolloin tulokset ovat kaikkien työtäni lukevien tarkistettavissa. Huolellisuuteen ja tarkkuuteen olen pyrkinyt tarkalla

työn rajauksella ja kiireettömästi perehtynyt tutkimuksiin sekä lukenut monta kertaa tutkimukset ja oman työni. Luotettavuutta olisi lisännyt, jos työssäni olisi ollut vähintään kaksi tekijää (Ks. Johansson ym. 2007: 46). Olen kertonut tutkimustuloksista mahdollisimman objektiivisesti ja pyrkinyt työssäni vastaamaan vain asetettuihin tutkimuskysymyksiin.

Tutkimuksen luotettavuutta voidaan lisätä kertomalla tarkasti tutkimuksen eri vaiheet (Hirsjärvi ym. 2009: 232). Jokainen työvaihe tulee olla tarkkaan määritelty ja kirjattu virheiden minimoimiseksi, siten voidaan mahdollistaa kirjallisuuskatsauksen toistettavuus (Johansson ym. 2007: 5). Kirjallisuuskatsaus sisältää karkeasti jaoteltuna kolme eri vaihetta: se alkaa aiheen rajaamisella ja tutkimussuunnitelman laatimisella, toinen vaihe etenee hakujen tekemisellä, analysoinnilla ja synteessin tekemisellä, kolmas vaihe sisältää katsauksen raportoinnin (Johansson ym. 2007: 5). Olen kirjallisuuskatsauksessani pyrkinyt tuomaan julki kaikki työvaiheet mahdollisimman tarkasti, jotta työn toistettavuus on mahdollista.

Systemaattisia virheitä voidaan myös ehkäistä kuvaamalla tarkasti tutkimusten sisäänottokriteerit ja valinta. Tutkimusten on oltava aiheen kannalta tarkoituksen mukaiset. (Johansson ym. 2007: 48.) Alkuperäisten tutkimusten laatua tulee arvioida kirjallisuuskatsaukseen mukaan ottaessa, sen avulla pyritään lisäämään yleistä luotettavuutta (Metsämuuronen 2006: 30). Alkuperäisten tutkimusten tulee olla mahdollisimman korkealaatuisia (Johansson ym. 2007: 4). Tähän työhön laadukkaat tutkimukset määrittelin, että ne ovat pro gradu -tutkielmia tai väitöskirjoja. Tekijöistä hain vapaalla haulla tietoa eri tietokannoista ja löysin artikkeleja, jotka pohjautuivat tutkimuksiin ja tutkimuksia oli lähdeviitattu paljon. Tästä syystä luotin tekijöiden tunnettavuuteen ja perehtyessäni tutkimuksiin tarkemmin varmistin, että tutkimuksissa oli vastattu tutkimuskysymyksiin.

Systemaattisessa tiedonhaussa kirjastohoitajan apu on välttämätöntä, jotta tiedonhaku olisi mahdollisimman kattava. Kirjastohoitajan kokemuksella ja ammattitaidolla pyritään oikeiden hakutermien ja tietokantojen käyttöön. (Johansson ym. 2007: 55.) Kirjallisuuskatsauksen luotettavuuden varmistamiseksi hain tiedonhaku vaiheessa hakutermien ja tietokantojen käyttöön kirjaston henkilökunnalta apua.

Kirjallisuuskatsauksen tekemiseen ja tietojen analysointiin on varattava riittävästi aikaa, jolloin virheellistä tietoa ei pääsisi syntymään (Johansson ym. 2007: 55; Tuomi &

Sarajärvi 2009: 142). Olin varannut työn tekemiseen puoli vuotta, jotta voisin rauhas-  
sa perehtyä aiheeseen ja tehdä kirjallisuuskatsauksen rauhassa. Tutkimustaulukko hel-  
pottaa tutkimusten käsittelyä ja kokonaisuuden hahmottamista. Tutkimuksia luetaan  
monta kertaa virheiden minimoimiseksi (Johansson ym. 2007: 68). Aloitin tutkimus-  
ten haun perehtymällä ensin tutkimusten otsikoihin ja sitten tiivistelmiin, jonka jäl-  
keen valitsin asettamieni sisäänottokriteereihin sopivat tutkimukset tarkempaan tar-  
kasteluun. Luin eri tutkimuksia ja etsin vastauksia asettamiini tutkimuskysymyksiin,  
tutkimuksista tein tiivistelmiä tutkimustaulukkoon (Liite 1) ja sen jälkeen yhdistelin  
saatuja tuloksia toisiinsa. Yhteenvetoa tutkimuksista kerron tarkemmin tutkimustulok-  
sia osiossa.

Kirjallisuuskatsaukseeni valitsemani tutkimukset mielestäni jäi määrällisesti vähäisik-  
si, mutta olen pyrkinyt tarkastelemaan mahdollisimman samantyylisten tutkimusten  
tuloksia keskenään. Hain tutkimuksista vastausten toistettavuutta, jotta kirjallisuuskat-  
saukseni on mahdollisimman luotettava. Kaikista tutkimuksista perehdyin myös ase-  
tettuihin tutkimuskysymyksiin ja yhdistin ne kokonaisuudeksi.

### 7.3 Kehittämisehdotukset

Potilasohjausta on tutkittu paljon, mutta mielestäni hoitajan ohjaamisvalmiuksia voisi  
seurata esimerkiksi käyttämällä samaa mittaria eli kyselyn ollessa sama, tuloksia olisi  
helpompi verrata keskenään. Samaa mittaria voisi käyttää eri organisaatioissa ja tulok-  
sia voisi verrata, sekä kehitysideoita jakaa yleisesti. Mielestäni kyselyn voisi kohden-  
taa potilaille sekä hoitajille, jotta tulokset eivät olisi tarkasteltu vain yhdestä suunnas-  
ta. Mikäli työyksikössä olisi tehty muutoksia ohjauksen parantamiseksi, muutosten  
vaikuttavuutta voisi seurata kyselyn avulla.

Hoitajan rooli muuttuu ajan mukana, ja odotukset hoitajan ohjaukselle kasvavat koko  
ajan. Potilaiden ollessa valveutuneita omasta hoidostaan ja hoitovaihtoehtoista sekä  
hoitoaikojen lyhentyessä, hoitajan ohjausta tulee kehittää aikaa vastaavaksi. Ohjaustai-  
toja ja menetelmiä voisi harjoitella enemmän ammatillisessa koulutuksessa, jolloin jo-  
kaisella hoitajalla olisi perusvalmiudet potilaan ohjaamiseen. Työpaikoissa voisi olla  
enemmän lisäkoulutusta ohjauksesta ja taitoja voitaisiin ylläpitää sekä kehittää työyht-  
teisössä yksikölle vastaavaksi.

Ohjaukseen käytettävät aika-, tila- ja henkilöresurssit osoittautuivat tarkastelemisani tutkimuksissa riittämättömiksi. Työnjakoa tulisi myös selkeyttää ja yhteistyötä eri yksiköiden välillä lisätä, jolloin ohjauksen päällekkäisyyksiltä mahdollisesti välttyttäisiin. Uusia ohjausmenetelmiä voisi ottaa käyttöön, jos työyksikössä se olisi mahdollista, esimerkiksi ryhmäohjauksella säästettäisiin hoitajien aikaa.

#### 7.4 Kirjallisuuskatsauksen prosessin pohdinta

Kirjallisuuskatsauksen tekemiseen minulta kului noin puoli vuotta, huhti -toukokuussa aloin hahmotella aiheitani ja menetelmää sekä tein hakuja alustavasti eri tietokannoista etsien teoriaa ja mahdollisia tutkimuksia. Tein tiedon hakuja kesä-heinäkuun ja tarkensin oman työni sisältöä. Kirjoitin teoriaosuutta ja huomasin tutkimuksista muodostuvan kokonaisuuden, jonka pohjalta hain lisää teoretietoa työhöni. Alkuperäisen suunnittelemani teoriaosuus muuttui työn edetessä. Pääpaino siirtyi potilasohjaukseen ja ohjausvalmiuksiin, vähemmälle tutkimiselle jätin kirurgisen potilaan ja henkilökunnan.

Haasteelliseksi koin jo tehtyjen tutkimusten haun ja sisäänottokriteereiden rajaamisen. Tutkimuksia on tehty paljon, potilaan näkökulmasta sekä yksittäisten sairauksien ohjauksesta, mutta hoitajan näkökulmasta pro gradu- ja väitöskirjatasoisia tutkielmia oli vähän. Yleensä tarkasteltavien tutkimusten tulee olla mahdollisimman tuoreita, ei viisi vuotta vanhempia. Tähän työhöni jouduin tarkastelemaan vuosien 2004 - 2014 välisellä ajalla tehtyjä tutkimuksia niiden vähäisen määrän vuoksi. Jouduin myös rajaamaan englanninkieliset tutkimukset pois kirjallisuuskatsauksestani, koska en löytänyt hoitajan näkökulmasta tarkasteltua ja tutkimuskysymyksiini vastaavia tutkielmia. Työni luotettavuuden kannalta päädyin tarkastelemaan vain suomenkielisiä tutkielmia.

Haastavaa tehdessäni kirjallisuuskatsausta oli myös pitää ”työn punainen lanka” mielessä, eli tutkimustulosten ja teorian synteessin luominen sekä omiin asetettuihin tutkimuskysymyksiin vastausten etsiminen. Kirjallisuuskatsaus ja sisällönanalyysi olivat minulle täysin vieraita käsitteitä ennen työhöni ryhtymistä. Hain tietoa koko prosessin ajan, jotta sain tietoa kuinka tutkimustulosten jäsentely ja yhdistäminen onnistuu. Opiakseni tekemään itse kirjallisuuskatsaustani luin myös paljon opinnäytetöitä ja pro gradu -tutkielmia, jotka eivät sopineet kirjallisuuskatsaukseen lähteiksi.

Kirjallisuuskatsaukseen valitsemiani tutkimuksia luin monta kertaa ja hain niistä yhtäläisyyksiä, hoitajan ohjausvalmiuksien vastausten jaotteluun käytin apuna jo tutkimuksissa käytettyjä otsikoita. Otsikoiden avulla sain verrattua tutkimuksia toisiinsa ja koottua niistä kokonaisuuden. Alkuperäisen suunnitelmani oli tarkastella elektiivisen leikkauspotilaan ohjausta, materiaali työhön olisi ollut vielä suppeampi, joten päädyin tarkastelemaan tutkimuksia, jotka olivat hoitajien näkökulmasta tarkasteltuja ja yleisesti kirurgisen potilaan ohjausta käsitteleviä tutkimuksia. Työhöni rajasin mahdollisimman samantyylliset tutkimuksen lähempään tarkasteluun ja teoriaan lähteinä käytin muita tutkimuksia ja artikkeleja. Huomasin kirjallisuuskatsausta tehdessäni, että rajasin työni melko suppeaksi. Tutkimukset, jotka ovat suunnattu ainoastaan hoitajille, eivät välttämättä kerro julki todellisuutta hoitajienvalmiuksista. Työtäni olisi voinut laajentaa tarkastelemalla samalla myös potilaan näkökulmaa ohjauksen toimivuudesta, ja verrata hoitajien ja potilaiden tuloksia keskenään. Toisaalta ajallisesti se ei ollut nyt mahdollista, halusin tehdä työni kiireettömästi.

## LÄHTEET

- Anttila, K., Hirvelä, M., Jaatinen, T., Polviander, M. & Puska, E.-L. 2004. Sairaanhoido ja huolenpito. 3-4.painos. Helsinki: WSOY.
- Eloranta, T., Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Tammi.
- Ervasti, T.-M. 2004. Perioperatiivisten sairaanhoitajien valmiudet ohjata potilaita. Hoitotieteen ja terveystieteiden tutkimuskeskus. Oulun yliopisto. Pro gradu-tutkielma.
- Hautakangas, A.-L., Horn, T., Pyhälä-Liljeström, P. & Raappana, M. 2003. Hoitotyö päiväkirurgisella osastolla. 1. painos. Helsinki: WSOY.
- Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2004. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Helsinki: WSOY.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15., osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi.
- Johansson, K., Axelin, A., Stolt, M. & Ääri, R.-L. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja: Tutkimuksia ja raportteja A:51. Turku: Turun yliopisto.
- Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M.-L. & Hietanen, H. 2005. Hoitotyön osaaminen. 1.painos. Helsinki: WSOY.
- Kyngäs, H., Hentinen, M. 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö.1. painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä.1.painos. Helsinki: WSOY oppimateriaali.
- Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2006. Ohjaus - tuttu mutta epäselvä käsite. Sairaanhoidaja 6.10.2006.
- Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785.

Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotiede. Saatavana:

<http://urn.fi/urn:isbn:9789526203720> [viitattu 12.7.2014]

Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet, käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006. Oulun yliopistollinen sairaala. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos: Oulu.

Lukkari, L., Kinnunen, T. & Korte, R. 2013. Perioperatiivinen hoitotyö 1.-3.painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Metsämuuronen, J. 2006. Laadullisen tutkimuksen käsikirja. 1. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Tuomi, J. & Sarajarvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Helsinki: Tammi.

Tähtinen, T. 2007. Hoitohenkilöstön potilasohjausvalmiudet. Pro gradu -tutkielma. Oulun yliopisto. Oulu.

Vänskä, K., Laitinen-Väänänen, S., Kettunen, T. & Mäkelä, J. 2011. Onnistuuko ohjaus? 1. painos. Helsinki: Edita Publishing.



## TUTKIMUSTAULUKKO

Liite 1/1

Tekijä, tutkimus	Aihe	Aineistokeruu ja analysointi	Osallistujat	Tulokset
Lipponen Kaija Oulun yliopisto 2014 Väitöskirja	Potilasohjauksen toiminta edellytykset	Kyselytutkimus, tilastollinen analysointi	N= 203 kirurgisen hoitohenkilöä, 67 % vastasi kyselyyn	Kyselystä selvisi, että ohjausvalmiudet kirurgisen potilaan ohjaukseen olivat hyvät. Tiedot potilaiden lääkehoidosta, toipumisesta, kuntoutusvaihtoehdoista ja sosiaalietuuksista, vertaistuki mahdollisuuksista ja omaisten huomioiminen koettiin olevan puutteellisia. Kyselystä selvisi myös, että hoitotyöntekijät eivät arvioineet ohjaustaan eikä rakentaneet ohjaustilannetta yhdessä potilaan kanssa. Hoitajien mielestä heillä ei ole riittävästi aikaa, välineitä tai tiloja potilasohjauksen toteuttamiseen. Hoitajat kokivat etteivät ole saaneet koulutusta ohjauksessa käytettävän välineistön käyttöön.
Tähtinen Tanja, Oulun yliopisto 2007 Pro gradu-tutkielma	Hoitohenkilöstön potilasohjausvalmiudet	kvantitatiivinen tutkimus, tilastollinen analyysi	N= 212 hoitohenkilöä, 73% vastasi kyselyyn	Ohjausvalmiudet hoitohenkilöstö arvioivat hyväksi, mutta kokivat potilaan jatkohoitoon ohjaamisessa, ohjaustilanteen arvioinnissa, sekä teknisten apuvälineiden ohjaamisessa olevan puutteita. Kyselyssä selvisi, että työkokemuksen pituudella oli yhteyttä tiedollisiin ja taidollisiin ohjausvalmiuksiin. Ohjauksen kehittämiseksi hoitohenkilöstö toivoisi lisää aika- ja henkilökuntaresursseja, ohjausmateriaalin ja -menetelmien kehittämistä, ohjaukseen paremmin soveltuvia tiloja sekä lisäkoulutusta.

## TUTKIMUSTAULUKKO

Liite 1/2

<p>Kääriäinen Maria, Oulun yliopisto 2007 Väitöskirja</p>	<p>Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen</p>	<p>Aineiston analyysissä käytettiin perus- ja monimuuttujamenetelmiä sekä sisällön analyysiä</p>	<p>N=844 potilasta, N= 916 hoitohenkilöä</p>	<p>Hoitohenkilöstön tiedot ja taidot koettiin olevan kohtalaisen hyvät. Potilaiden mielestä hoitohenkilöstön asenteet olivat osittain kielteisiä, vaikka hoitohenkilöstö piti niitä myönteisinä. Ohjauksen suunnittelussa ja arvioinnissa ei aina otettu huomioon potilaan taustatekijöitä. Ohjaus oli riittämätöntä ennen sairaalaan tuloa sairauteen ja sen hoitoon liittyvien asioiden osalta sekä sairaala-aikana sosiaalisen tuen osalta. Resurssit koettiin ohjaukselle hyväksi, mutta ajan käyttö riittämättömäksi.</p>
<p>Ervasti Tytti- Maarit Oulun yliopisto 2004 Pro gradu-tutkielma</p>	<p>Perioperatiivisten sairaanhoitajien valmiudet ohjata potilasta</p>	<p>kvantitatiivinen tutkimus, tilastollinen analysointi</p>	<p>N= 283 hoitajaa, 45% vastasi kyselyyn</p>	<p>Hoitajien tiedot ja taidot ohjaukseen koettiin hyväksi. Osa hoitajista koki ettei heillä ohjata lainkaan potilaita. Lähes kaikki hoitajat pitivät kuitenkin tärkeänä potilaan tarpeiden, elämäntilanteen ja tunteiden huomioimisen ohjauksen aikana. Ohjaukseen käytettävät puitteet koettiin puutteellisiksi mm. tilojen puute. Hoitajat toivoivat perehdytystä ja lisäkoulutusta ohjaukseen.</p>

## KÄSITEKARTTA

Liite 2

**Alaluokat:**

(pelkistetty alkuperäistutkimuksien vastauksista)

**Yläluokat****Yhdistävät luokat:**