OHJAUS JA KOMMUNIKOINTI IÄKKÄÄN KAIHIPOTILAAN KANSSA

Katsaus tutkimustietoon

Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
26.4.2010

Kirsti Prökkinen
Miija Pyykkinen
Tutta Snellman

Metropolia

Metropolia

Metropolia Ammattikorkeakoulu
Terveys- ja hoitoala

Koulutusohjelma	Suuntautumisvaihtoehto
Hoitotyön koulutusohjelma	Sairaanhoitaja AMK

Tekijä/Tekijät

Prökkinen Kirsti, Pyykkinen Miija ja Snellman Tutta

Työn nimi

Ohjaus ja kommunikointi iäkkään kaihipotilaan kanssa

Työn laji	Aika	Sivumäärä
Opinnäytetyö	Kevät 2010	29 + 1 Liite

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyömme on osa Tutkimustiedon oppimisen ja hyödynnettävyyden lisääminen -yhteistyö-projektia. Hanke on Helsingin Ammattikorkeakoulu Metropolian ja Helsingin Yliopistollinen keskussairaalan operatiivisen tulosalueen yhteistyöprojekti. Projektin tavoitteena on näyttöön perustuvan hoitotyön kehittyminen sekä hoitohenkilökunnan ja opiskelijoiden kriittisen ajattelun kasvaminen.

Opinnäytetyössä kuvasimme tutkimustietoon perustuen mitä erityispiirteitä on iäkkään, kaihia sairastavan potilaan kanssa tapahtuvassa kommunikoinnissa ohjaustilanteessa. Tavoitteenamme oli tuottaa tietoa, jota jokainen hoitotyöntekijä voi hyödyntää työssään.

Opinnäytetyömme toteutettiin katsauksena tutkimustietoon. Aineistossamme käsittelimme yhdeksää tieteellistä tutkimusartikkelia, joista kaksi oli suomenkielistä ja muut englanninkielisiä. Analysoimme artikkelit soveltaen sisällönanalyysiä induktiivisesti.

Opinnäytetyömme päätuloksista nousi esiin tekijöitä jotka tulisi ottaa huomioon ohjaustilanteessa kommunikoidessa iäkkään ihmisen kanssa. Artikkeleita analysoitaessa ohjaustilanteen erityispiirteiksi nousivat vanhenemisen mukanaan tuomat muutokset, kaihipotilaan itsehoitoa tukeva kommunikointi, ohjaustilanne iäkkään kaihipotilaan kanssa sekä ohjaustilan suotuisuus. Useassa artikkeleissa oli maininta muisti- ja aistitoimintojen heikkenemisen vaikutuksia iäkkään ohjaustilanteeseen. Niiden huomioon ottaminen on erittäin tärkeää kommunikoidessa iäkkäiden kanssa. Ohjaustilanteessa tulisi käyttää laajasti hyödyksi erilaisia menetelmiä ja vuorovaikutuksen iäkkään sekä ohjaajan välillä tulisi olla rakentavaa, yksilöllistä sekä omaisia huomioon ottavaa. Hyvän ohjauksen edellytyksenä on potilaan kunnioittaminen, asioiden toistaminen ja yksilöllisten tarpeiden huomiointi. Fyysiset ongelmat voivat myös tuoda mukanaan käytännön ongelmia ja niiden vuoksi ohjeiden noudattaminen voi olla vaikeaa. Hoitotyöntekijöiden tulisikin huomioida iäkkään ihmisen tukiverkoston riittävyys kotiutustilanteessa.

Mielestämme olisi tärkeää tehdä tieteellinen tutkimus Suomessa iäkkäiden kaihipotilaiden erityispiirteistä ohjaustilanteessa hoitotyön näkökulmasta, koska sellaista ei vielä ole. Tulevaisuudessa iäkkäät potilaat ovat kasvava ryhmä ja heidän erityispiirteensä tulisi ottaa huomioon koko hoitoketjussa.

Avainsanat

kaihi,iäkäs,ohjaus,kommunikaatio,

Helsinki Metropolia University of Applied Sciences

Degree Programme in	Degree
Nursing and Health Care	Bachelor of Health Care

Author/Authors

Kirsti Prökkinen, Miija Pyykkinen and Tutta Snellman

Title

Patient education and communication with elderly patients with cataract

Type of Work	Date	Pages
Final Project	Spring 2010	29 + 1 Appendices

ABSTRACT

Our thesis is part of a collaboration project called The Propagation of Scientific Learning and Usability. The project is the result of the collaboration between Helsinki Metropolia University of Applied Sciences and the operational division of Helsinki University Central Hospital. The aim of the project is the development of evidence based nursing and growth of critical thinking of nursing staff and nursing students.

Based on research data, we described in the thesis which special characteristics exist in the communication with elderly patients suffering from cataract in patient education situations. Our aim was to produce information that can be used by every care worker in his/her work.

Our thesis was carried out as a review of research data. Our material consist of nine scientific research articles, of which two were in Finnish and the remaining in English. We analysed the articles applying inductive content analysis.

The main results of our thesis pointed out factors that should be taken into consideration in patient education situations, in the communication with elderly people. When analysing the articles, the special characteristics observed in patient education situations were the changes that come with ageing, the supportive communication for the self-care of cataract patients, patient education situations with elderly cataract patients and the favourableness of the patient education mode. Many articles indicated the effects of the deterioration of memory and sensorial functions in patient education situations of elderly people. It is extremely important to notice these factors in the communication with the elderly. Different methods should be widely used to benefit patient education situations and the interaction between the elderly and the nurse should be constructive, individual and sensitive. Good patient education requires respect for the patient, repetition of things and attention to individual needs. Physical problems can also bring practical problems and, for that reason, adherence to the instructions can be difficult. Care workers should also observe the adequacy of the networks for the support of the elderly when they are discharged.
In our opinion, it would be important to carry out a scientific research in Finland about the special characteristics of elderly patients with cataract in patient education situations, from the care work point of view, as such researches does not yet exist. Elderly patients will be a growing group in the future, and their special characteristics should be taken into consideration in the whole care chain.

Keywords

cataract, elderly, patient education, communication

SISÄLLYS

1 JOHDANTO 1

2 KAIHI IKÄÄNTYVÄN ONGELMANA 2

3 KAIHILEIKKAUS JA SEN JÄLKEINEN HOITO 4

3.1 Kaihileikkaus 5
3.2 Mahdolliset komplikaatiot leikkauksen jälkeen 6
3.3 Näkö ja apuvälineet 7

4 IÄKKÄÄN KAIHIPOTILAAN OHJAAMINEN 8

4.1 Potilaan ohjaus 8
4.2 Potilaan ohjaus tukee hoitoon sitoutumista 9
4.3 Kommunikaatio ohjaustilanteessa 11

5 OHJAUKSEN ETIIKKA JA HOITAJIEN VALMIUDET 13

6 TYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYS 15

7 TUTKIMUSTIETOKATSAUS 15

8 TUTKIMUSAINEISTON KERUU JA ANALYSOINTI 16

8.1 Aineiston keruu 16
8.2 Aineiston analyysi 18

9 TULOKSET 18

9.1 Vanhenemisen mukanaan tuomat muutokset 20
9.2 Kaihipotilaan itsehoitoa tukeva kommunikointi 20
9.3 Ohjaustilanne iäkkään kaihipotilaan kanssa 21
9.4 Ohjaustilan suotuisuus 22

10 POHDINTA 22

10.1 Tutkimustulosten tarkastelu ja johtopäätökset 23
10.2 Työn eettisyys ja luotettavuus 24
10.3 Jatkotutkimus ja kehittämishaasteet 25

LÄHTEET
LIITTEET

1 JOHDANTO

Opinnäytetyömme on osa Tutkimustiedon oppimisen ja hyödynnettävyyden lisääminen - yhteistyöprojektia. Hanke on Metropolia Ammattikorkeakoulun ja Helsingin Yliopistollisen keskussairaalan operatiivisen tulosalueen yhteistyöprojekti. Projektin tavoitteena on näyttöön perustuvan hoitotyön kehittyminen sekä hoitohenkilökunnan ja opiskelijoiden kriittisen ajattelun kasvaminen.

Opinnäytetyössämme on tarkoitus kuvata tutkimustietoon perustuen mitä erityispiirteitä on iäkkään, kaihia sairastavan potilaan kanssa tapahtuvassa kommunikoinnissa ohjaustilanteessa. Tavoitteenamme on tuottaa tietoa, jota jokainen hoitotyöntekijä voi hyödyntää työssään.

Vuoden 2007 lopussa yli 70– vuotiaita ihmisiä oli 622 006 (Tilastokeskus 2007). Seuraavien vuosikymmenten aikana odotettavissa oleva elinikä jatkaa kasvuaan ja Suomen väestö on nopeinten vanhenevien joukossa Euroopassa. Eräiden arvioiden mukaan Suomessa on vuoden 2010 lopussa noin 5,3 miljoonaa ihmistä joista yli 70- vuotiaiden osuus on 487 600 (9,2%). (Tilvis – Hervonen – Jäntti – Lehtonen - Sulkava 2003.)

Hoitotyöllä, jonka on tarkoitus perustua näyttöön (*evidence based nursing)* pohjautuu tutkimustiedon hankkimiseen, sen järjestelmälliseen ja kriittiseen, arviointiin sekä käyttöön ottoon. Tutkimustietoa käytetään harkitusti soveltaen sitä potilaiden, omaisten ja muiden ihmisten hoitoon sekä hoitohenkilökunnan päätöksentekoon, opiskeluun ja esimiestaitoihin. Tarvittavaa näyttöä saadaan myös hoitohenkilökunnan kokemuksista sekä potilaiden ja omaisten kertomuksista. Tutkittua tietoa avuksi käyttäen saadaan kuvaa siitä, miten potilasta hoidetaan tehokkaasti ja samalla edistetään hänen terveyttään ja hyvinvointiaan. Yhteistyötä vaaditaan, jotta tutkijat, kouluttajat, esimiehet ja hoitohenkilöstö saavat näyttöön perustuvan hoitotyön osaamisen käyttöönsä. Systemaattiset kirjallisuuskatsaukset yhteistyötä tukien ovat ehdottoman tärkeitä työkaluja hoitotyön kehittämiseksi näyttöön perustuvassa hoitotyössä. (Eriksson ym. 2006.) Opinnäytetyömme on tutkimustietokatsaus ja tässä noudatetaan tätä työtapaa.

2 KAIHI IKÄÄNTYVÄN ONGELMANA

Ikääntyminen on osa ihmisen elämänkaarta johon vaikuttavat perinnölliset sekä ulkoiset tekijät. Suomessa vanhuuden ajatellaan alkavan eläkeiästä ja jakautuvan kolmeen eri vaiheeseen; nuoret vanhukset (65 -74 vuotiaat), varsinaiset vanhukset (yli 75- vuotiaat) sekä vanhat vanhukset (yli 85- vuotiaat). Vanheneminen on kuitenkin paljon kiinni yksilöllisistä tekijöistä joiden vuoksi määrittely on vaikeaa, siksi käytössä on kalenteri-ikään perustuva jako. (Tilvis - Strandberg-Vanhanen 1997.)Väestön vanheneminen on ollut voimakasta kautta maailman. Suomessakin hyvin iäkkäiden eli vanhojen vanhusten osuus väestöstä kasvaa nopeasti. Tämän ikäluokan koko on kasvanut kuusinkertaiseksi vuodesta 1950 ja satavuotiaiden määrä on tässä ajassa kymmenkertaistunut. Eliniän kasvuun voidaan ajatella olevan monia eri syitä mutta yhteiskunnan yleinen kehittyminen on niistä suurin. (Tilvis ym. 2003.)

Ikääntyvät ihmiset ovat kasvava väestönosa nyky-yhteiskunnassa ja tulevat tarvitsemaan paljon sairaanhoidollisia resursseja. Nykyaikana kustannusten takia sairaalassa oloaika on lyhentynyt ja potilaiden kanssa kommunikointi on pienentynyt johtuen puutteellisista resursseista, tarvitaan lisää henkilökuntaa. Potilaat kotiutetaan nopeasti ja ohjaustilanne etenee usein rutiininomaisesti eikä potilaat ole vielä valmiita toimimaan itsenäisesti. (Best 2001.) Lyhyessä ajassa toteutettu ohjaus tulisi kuitenkin toteuttaa niin, että potilas selviytyisi omasta hoidostaan kotona. (Kääriäinen - Kyngäs 2005).

Ihmiselle ikä tuo tullessaan monia eri vaikeuksia; vähävaraisuus, ystävien puute, huonomuistisuus sekä fyysisen kunnon alentuminen saattaa kertyä yhdelle ihmiselle samanaikaisesti. Moni ammatillinen yhteistyö vaikuttaa potilaiden hyvinvointiin ja elämänlaatuun kohentavasti. Vuorovaikutuksellisin keinoin rakentuu hoitosuhteesta pätevä ammatillinen yhteistyösuhde jossa yhteisen tavoitteen saavuttamiseksi jokainen ammattiryhmän jäsen antaa oman erikoisosaamisensa hyötykäyttöön potilaan parasta ajatellen. Vuorovaikutus ei aina ole potilastyössäkään ongelmatonta mutta eri ammattiryhmien välilläkin saattaa olla erimielisyyksiä. Ongelmat saattavat johtua taloushallinnosta ja organisaatioiden rakenteista mutta työntekijöiden ennakkoluuloillakin on osansa. Tietämättömyys ja yhteistyöhaluttomuus henkilökunnan välillä aiheuttavat asenteellisia turhaumia, joihin yritetään vaikuttaa parantamalla henkilökunnan vuorovaikutustaitoja.

Parhaita yhteistyökumppaneita muodostuu ammattilaisista jotka tukevat ja kunnioittavat toistensa työskentelyä. (Heikkinen 2008.)

Näköjärjestelmän vanheneminen tapahtuu huomaamattomasti sekä tasapainotetusti ja on muutokseltaan niin pieni, ettei sitä selviytymisen kannalta heti edes havaita. Pahimmillaan se alkaa vaikuttaa itsenäiseen suoriutumiskykyyn. Vaihtelevuuteen suurena syynä voivat olla monet sairaudet jotka saattavat muuttaa näköä hitaasti tai nopeasti. (Hyvärinen 2008.) Silmässä olevan linssin taittokyky vähenee ja erilaisten sairauksien kuten diabeteksen, glaukooman, harmaakaihin tai silmänpohjan rappeuman johdosta näkökyky voi heikentyä. (Rudanko 2005.) Ikääntyvistä suomalaisista suurin osa säilyttää normaalin näkökykynsä ja keski-ikäisiin nähden he tarvitsevat vain enemmän valoa. Erityispalveluja näkövammaisuuden vuoksi tarvitsee noin 50 000 suomalaista ja tuntematon ryhmä ihmisiä jotka kärsivät kommunikoidessaan sekä kuulon heikkenemisestä ja lievästi heikentyneestä näöstä. (Hyvärinen 2008.)

Näkökyky on meidän tärkein toimintakykyyn vaikuttava seikka. Kuopiossa on tehty vanhustutkimus (75+) toi esiin näköaistin merkityksen iäkkäiden ihmisten toimintakyvyn, omatoimisuuden, yhteiskunnan hoivapalvelujen käytön ja henkisen hyvinvoinnin kannalta. Näköhaittaan liittyi kolminkertaiset hoivapalvelujen kustannukset. Tutkimukseen osallistuneilla vanhuksilla osalla näköhaitta oli korjattavissa kaihileikkauksella.
(Uusitalo 2005.)

Tämän päivän tietämys silmäsairauksista sekä niiden varhainen tunnistaminen ovat lisänneet potilasmääriä, joten jokaisella hoitotyöntekijällä tulee olla tietämystä silmäsairauksista ja iän tuomista muutoksista. Näkö voi himmentyä jo keski- iässä, mutta yleensä kaihi on ikääntyvien ihmisten vaiva. Mykiön samentuma muutoksia voidaan todeta puolella 65-vuotiaista ja suurimmalla osalla 80- vuotiaista. (Hietanen - Hiltunen - Hirn 2005.) Kaihissa mykiö samentuu ja valon kulku verkkokalvolle vaikeutuu ja näkö heikkenee vaiheittain, eikä sitä voida enää korjata silmälaseilla. Muutoksia mykiössä voidaan verrata normaalina ikään liittyvänä hiusten harmaantumisena, näistä muutoksista johtuen lukulaseja ennen käyttänyt voi ihmetellä miksi näkee paremmin lähelle ilman laseja. Kaukonäkö on kuitenkin huonontunut ja kun kaihi etenee, lähinäkökin huononee. Hämärässä näkeminen on vaikeaa ja kaksoiskuvat ovat tyypillisiä kuten myös syvyys- ja korkeuserot. (Aho – Uusitalo – Savolainen 2006.)

Harmaakaihi hoidetaan aina kirurgisesti, koska tutkimustyöstä huolimatta kaihin kehittymistä edistävää tai edes hidastavaa lääkehoitoa ei ole onnistuttu kehittämään. Harmaakaihileikkaus on todennäköisesti vanhin ja varmuudella yleisin ihmisille tehtävistä leikkauksista. (Teräsvirta - Saari 2001.)

Jonot kaihileikkaukseen saattavat jossain päin maatamme olla jopa reilun vuoden mittaisia mutta jonot ovat lyhentyneet selvästi hoitotakuun tullessa voimaan. Työikäisten kohdalla pyritään joustamaan jotta työkyvyttömyysajat jäisivät mahdollisimman lyhyeksi. (Hyvärinen 2008.)

Kaihin hoito on hyvä esimerkki siitä, miten lääketieteen teknologian kehitys ja nykyaikaistuneet hoitotavat ovat mahdollistaneet vanhenevan väestön näkökyvyn ylläpitämisen kustannustehokkaasti. Vuonna 1970 oli kaihileikkauksessa tapana poistaa mykiö kapseleineen (ns. intrakapsulaarinen kaihileikkaus) jonka jälkeen potilaat pitivät paksuja, epämukavia kaihilaseja. Tekomykiöiden käyttö yleistyi 80- luvulla ja nykyisin leikkaustekniikka on johtanut siihen, että potilas tulee toimeen silmälaseilla tai ilman. Leikkaukset toteutetaan päiväkirurgisena aikaisemman viikon osastohoidon sijaan. (Uusitalo 2005.)

3. KAIHILEIKKAUS JA SEN JÄLKEINEN HOITO

Usein iäkäs ihminen huomaa näkönsä huonontuneen kun hän ei tunnista tuttuja ihmisiä, lukeminen ei onnistu ja askareiden tekeminen on vaikeutunut. Potilas hakeutuu lääkäriin tarkempia tutkimuksia varten jossa varmistetaan, että potilaan näkövaikeudet eivät johdu puuttuvista tai sopimattomista silmälaseista tai muista sairauksista. Kun nämä asiat ovat poissuljettuja, tehdään lähete silmäyksikköön kaihileikkaukseen. Leikkausta ei kuitenkaan tehdä, jos siitä ei ole odotettavissa hyötyä potilaan liitännäissairaudet ja muut tekijät huomioiden, eikä se paranna potilaan elämänlaatua tai itsenäistä selviytymistä kotona. Hänelle on myös kerrottava leikkaukseen kuuluvista riskeistä ja hänen mielipiteensä on otettava huomioon leikkausta suunniteltaessa. (Aho ym. 2006.)

3.1 Kaihileikkaus

Kaihileikkaukset tehdään pääsääntöisesti päiväkirurgisesti, jolloin potilaat kutsutaan esitutkimuskäynnille ennen varsinaista leikkausta. Esitutkimuskäynnillä annetaan tietoa leikkauksesta ja kerrotaan leikkauksen jälkihoidosta suullisesti ja kirjallisesti. Samalla kartoitetaan potilaan selviytyminen omatoimisesti kotona ja varmistetaan jälkihoidon onnistuminen esim. kotisairaanhoidon tuella sillä onnistunut kotihoito leikkaukseen jälkeen on erittäin tärkeää. (Aho ym. 2006.) Lisäksi leikkauksen jälkeen potilaat eivät aina näe heti leikatulla silmällä ja se aiheuttaa heissä huolestuneisuutta ja pelkoa siitä, ettei leikkaus onnistunutkaan sekä huolta kotona pärjäämisestä omatoimisesti. (Pasila 2002). Potilaat voivat ottaa tutkimuskäynnille omaisen tai muun saattajan joka auttaa muistamaan asioita ja luo turvallisuuden tunnetta. Esitutkimuskäynnillä hoitaja tiputtaa potilaalle silmän mustuaista laajentavat tipat molempiin silmiin ja tekee silmänpituus, kaarevuus- sekä etukammion syvyysmittaukset oikeaa silmänsisäistä tekomykiötä varten. Tämän jälkeen silmälääkäri tutkii ja arvioi kaihileikkauksen kiireellisyyden, määrittelee tekomykiön vahvuuden potilaan toivomusten ja silmänmittausten pohjalta sekä kertoo leikkaukseen liittyvistä riskeistä. Potilaalle näytetään kaihileikkaukseen tuleville tarkoitetun videon jossa neuvotaan kuinka valmistautua leikkaukseen sekä kotihoito-ohjeet leikkauksen jälkeen. Videon lisäksi hoitaja tarkentaa ohjeet niin suullisesti kuin kirjallista materiaalia käyttäen sekä vastaa potilaalle heränneisiin kysymyksiin. Tällöin he saavat myös suunnitellun leikkausajan ja silmätippareseptin. Potilas tiputtaa kaksi päivää ennen leikkausta antibioottitippoja neljä kertaa päivässä molempiin silmiin ja vielä viikon ajan leikkauksen jälkeen leikattuun silmään. Lisäksi potilas käyttää kortisonitippaa leikattuun silmään kolmen viikon ajan. Leikkauksessa poistetaan potilaan samentunut mykiö ja laitetaan tilalle silmänsisäinen tekomykiö. Potilaan voinnista ja muista sairauksista riippuen voidaan molemmat silmät leikata myös yhtä aikaa. Tavallisesti leikkaus tehdään pintapuudutuksessa ja yleisanestesiaa käytetään vain erikoistilanteissa, esim. jos potilas on vaikeasti dementoitunut eikä yhteistyö onnistu kirurgin kanssa. (Aho ym. 2006.)

Kaihileikkauksen jälkeen potilaalle tarjotaan välipalaa ja hänen vointiaan seurataan tunnin verran. Ennen kotiutumista hänelle annetaan suulliset ja kirjalliset kotihoito-ohjeet. (Aho ym. 2006.) Hoitajan antamassa kirjallisessa ja suullisessa potilasohjauksessa on tärkeää käydä ohjeet huolellisesti läpi iäkkään kaihipotilaan kanssa, jotta hän osaa tar-

vittaessa hakeutua hoitoon. (Kankare – Lintula 2004). Potilaalle kerrotaan vaarattomista oireista joita leikkauksen jälkeen voi esiintyä ja joista hänen ei tarvitse olla huolissaan. Potilasta ohjataan ottamaan yhteyttä, jos leikatun silmän näkö heikkenee huomattavasti ja siihen tulee kipua, johon särkylääke ei auta. Suihkussa käydessä potilaan tulee varoa, ettei pesuvettä mene leikattuun silmään, saunaan sekä uimaan voi mennä kahden viikon kuluttua leikkauksesta. Silmäluomia tulee puhdistaa päivittäin aamuin illoin puhtaalla kostealla pumpulilla viikon verran ja silmän hieromista tulee välttää kuukauden ajan, etteivät bakteerit pääse silmään eikä leikkaushaava avaudu. Silmänsuojakilpeä pidetään viikon verran nukkuessa ja tulehduksen poissulkemiseksi silmätippoja tulee laittaa ohjeen mukaisesti. Jälkitarkastus tapahtuu yksityisellä silmälääkärillä noin kuukauden kuluttua leikkauksesta jonne potilas tilaa itse ajan. (Aho ym. 2006.)

3.2 Mahdolliset komplikaatiot leikkauksen jälkeen

Toisinaan saattaa silmäkirurgisten toimenpiteiden jälkeen kehittyä silmänsisäinen bakteeritulehdus eli akuutti endoftalmiitti, jonka seuraukset saattavat olla hoitamattomana vakavat. Tätä tapahtuu silmäkirurgisten toimenpiteiden jälkeen noin 0,05 – 0,1 prosentilla tapauksista. Taudin aiheuttajana on yleisimmin Staphylococcus epidermis- ja aureusenterokokki, streptokokki ja jotkut gram positiiviset- sekä negatiiviset bakteerit ja harvoissa tapauksissa myös sienet. Potilaan omat mikrobit toimivat kuitenkin tavallisimmin infektiolähteenä. Silmän bakteerintulehduksen oireina esiintyvät kipu, silmän rähmintä ja verestys sekä näön voimakas heikentyminen. Luomet ja sidekalvot turpoavat, punakkuus silmissä lisääntyy. Erikoislaitteillaan silmälääkäri näkee etukammiossa valotien, soluja sekä fibriiniä, lasiaisessa samentumia sekä soluja ja verkkokalvolla tulehdusta sekä verenvuotoa. Silmänsisäinen bakteeritulehdus ilmaantuu useimmiten 2- 3 päivän kuluttua leikkauksesta, mutta aikaa voi kulua kuusikin viikkoa oireiden ilmestymiseen. Heikommat taudinaiheuttajat saattavat ilmaantua tätäkin hitaammin mutta taudin kulku saattaa olla kuitenkin edistyvä ja vaihteleva, koska sairaalassa olo jää päivä- ja lyhytkirurgian vuoksi lyhyeksi ja potilas on jo kotiutunut oireiden ilmaantuessa. Epäiltäessä akuuttia silmänsisäistä tulehdusta, potilas on välittömästi lähetettävä hoitoon silmähoitoyksikköön koska viivyttely hoitoon hakeutumisessa voi vaikuttaa heikentävästi näön ennusteeseen. Tehokas antibioottihoito silmän sisään on syytä aloittaa välittömästi jotta estetään pysyvä näön menetys. Jos tulehdus on vaikea, potilas saa suonensisäisen antibioottilääkityksen. Vuodeosastolla hoidettaessa silmään tiputetaan tunnin

välein antibiootti- ja kortisonitippoja. Näkökyvyn huonontuessa taudin alkuvaiheessa siten, että potilas hahmottaa valon vain tulosuunnaltaan, suoritetaan viipymättä lasiaisenpoistoleikkaus (vitrektomia). Antibioottitippojen aloittaminen ennen leikkausta kuitenkin vähentää bakteeritulehduksen riskiä. (Hietanen ym. 2005.)

3.3 Näkö ja apuvälineet

Iän tuomia haittoja on hyvä ennakoida ja tehdä muutoksia asioissa joissa se on mahdollista. Kodin turvallisuutta ja toimivuutta voidaan lisätä siten, että se ehkäisee tapaturmia ja tukee iäkkään liikkumista sekä arkiaskareita. Näihin saadaan helpotusta eri apuvälineillä. Usein näön huonontuminen tuokin tarpeen käyttää erilaisia näkemistä helpottavia välineitä. Lukulasit ovat ne tavanomaiset mutta joissakin tilanteissa erilaiset suurennuslasit tuovat helpotusta näkemiseen. Kaulaan ripustettava suurennuslasi on sopiva silloin, kun tekee vaikkapa neuletöitä ja pöytätelineessä oleva käy puolestaan sanaristikoiden ratkomiseen. Tarkkuutta vaativa työ saa helpotusta käytössä olevasta suurennuslasivalaisimesta. Lukutelevisiosta saa apua lukemiseen ja kirjoittamiseen silloin, kun näkö on heikentynyt voimakkaasti. Seinä-, pöytä-, ja rannekelloja on tarjolla selkeänumeroisina ja kirkkautta voi säädellä valaistuissa näytöissä itselleen sopivaksi. Kelloissa, joissa on hämärätunnistin, kirkastuu näyttö, kun valo pimenee ympäristössä. Ilman silmälaseja pimeässä, saattaa hyvänä apuna ajan näkemisessä olla projektiokello, jonka numeronäytön voi heijastaa näkymään katossa tai seinällä. ”Puhuvasta kellosta” päivämäärä ja kellonaika kuuluu puheena. Erilaisia isonäppäimisiä puhelimia on myös saatavilla ja matkapuhelimissa löytyy myös helppokäyttömalleja suuremmilla näppäimillä. Langan pujotin helpottaa ommellessa neulansilmään pujottamista, on myös valolla varustettuja pujoittimia sekä ratkojia. Painavaa kirjaa lukiessa kädet väsyvät jolloin kirjan voi laittaa kirjatelineelle nojatuolin tai sängyn viereen tai pöydällä asetettavaan kirjatukeen, missä on kallistuva ja kääntyvä taso. Äänikirjoja voi myös kuunnella lukemisen sijaan ja saatavilla onkin C- kaseteille ja CD- levyille luettuja kirjoja. Valikoima äänikirjoista on lisääntynyt koko ajan. (Sosiaali- ja terveysministeriön opas 2005.)

4. IÄKKÄÄN KAIHIPOTILAAN OHJAAMINEN

4.1 Potilaan ohjaus

Käsitteenä ohjaus tarkoittaa ammatillista toimintaa tai prosessia ja usein se esiintyy rinnakkain neuvonnan, opetuksen ja tiedon jakamisen kanssa. Ohjaus käsite sisältää myös vuorovaikutuksen, ohjaussuhteen sekä tavoitteellisen toiminnan jonka lopputuloksena on oppiminen, voimaantuminen sekä terveyden edistäminen. (Kääriäinen – Kyngäs 2005.)

Kääriäinen ja Kyngäs (2005) toteavat artikkelissaan, että hoitotieteessä ja hoitotyössä ohjaamisen- käsitettä käytetään paljon ja sen muotoutumiseen ovat vaikuttaneet monet yhteiskunnaliset sekä teoreettiset muutokset. He ovat myös määritelleet ohjauksen aktiiviseksi ja tavoitteelliseksi toiminnaksi, joka on sidoksissa ohjaajan ja ohjattavan yhteisymmärrykseen ohjaussuhteessa.

Silmäpotilas on heikon näkönsä lisäksi usein aika iäkäs ja joillakin heistä tiedonkäsittely voi olla hidastunutta ja reaktionopeuskin ehkä pidentynyt. Yksilölliset erot voivat olla suuria ja ne tulee huomioida. Ohjaustilanne pitäisi järjestää useaan otteeseen ennen ja jälkeen leikkauksen, koska uusien asioiden oppiminen saattaa vaatia kertausta. Kuten aikuisopetuksessa yleensä, iäkkäiden henkilöiden oppimistilanteissa tulisi ottaa huomioon myös yksilölliset lähtökohdat. Näköaisti on meidän tärkein informaation lähde ja siksi on tärkeää ottaa huomioon ohjaus, sekä oppimisympäristö ja sen visuaalisuus korostaen valaistusta ja värejä. Kirkas valaistus kaihileikatulle potilaalle ei ole hyvä, koska mykiön samentuminen aiheuttaa valon hajontaa. Rauhallinen ympäristö on paras mahdollinen silmäpotilaan ohjaukseen. (Pasila 2002.) Kuvia käytettäessä niiden tulisi olla riittävän isokokoisia ja selkeästi rajattuja sekä teksti selvää ja ymmärrettävää. Esineitä käytettäessä niiden olisi hyvä erottua alustastaan. Esimerkiksi ruokailuvälineitä katettaessa voidaan yksivärisellä alustalla käyttää voimakkaan värisiä astioita. Tummia ja kirjavia pintoja on syytä kuitenkin välttää koska potilas ei pysty niitä välttämättä hahmottamaan. (Kuuloliitto.)

4.2 Potilaan ohjaus tukee hoitoon sitoutumista

Hyvä ja laadukas ohjaus on parantanut hoitoon sitoutumista ja vähentänyt turhia lisäkäyntejä sairaalassa ja lääkkeiden käyttöä ja tehostanut hoidon jatkuvuutta. (Kyngäs - Poskiparta - Johansson - Hirvonen - Renfors 2007.)

Hyvä ohjaus on perusta hoitoon sitoutumiselle ja paras tulos saadaankin aikaan silloin, kun hoitaja ja asiakas yhdessä miettivät yksilöllisen hoidon asiakkaan arkipäivien rutiineihin sopivaksi. Ohjaustilanteessa tulisi kiinnittää huomiota asiakkaan taustatekijöihin jotka vaikuttavat annettavan tiedon laatuun. Asiakaslähtöisessä ohjauksessa asiakas ja hoitaja ovat vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa ja ohjaus kohdistuu asiakkaaseen kokonaisuutena ja hänelle tärkeisiin tekijöihin. Ohjauksessa asiakkaan tietoisuus hoitomahdollisuuksista lisääntyy ja asiakkaan omahoidon, itsenäisen selviytymisen sekä hoitoon sitoutumisen mahdollisuuksia tuetaan.(Kyngäs - Henttinen 2009.)

Tiedon tarve ja selviytyminen kotona riippuu potilaan sairaudesta ja fyysisestä kunnosta. Potilaan aika sairaalassa on lyhyt ja hoitajalla kiire ja tässä ajassa pitäisi antaa potilaalle suuri määrä tietoa. Kirjallinen, suullinen ja tietotekniikka (television kautta videona) tiedonanto tukevat toisiaan. Kirjallisissa ohjeissa tulisi ottaa huomioon paperin ja kirjainten väri sekä koko ja se että teksti selkeää ja helppolukuista. Paperi olisi hyvä olla mattapintainen harmaanvalkoinen tai keltainen ja kirjaimet mustalla. (Pasila 2002.)

Potilas on voinut aiemmin hahmottaa oppimaansa asioita visuaalisesti, mutta nyt visuaaliset hahmotusvaikeudet vaikeuttavat ymmärtämistä ohjaukseen liittyvän opetuksen tärkeydestä. Hoitajan ammattiosaaminen, kokemus ja hyvät vuorovaikutustaidot ovat tärkeää potilaan ohjaustilanteessa, jotta potilas ymmärtäisi ohjauksen tärkeyden ja voisi toteuttaa esim. kotihoitoa onnistuneesti. (Kyngäs ym. 2007.) Kirjallisen tiedon omaksuminen sairauden alkuvaiheessa voi olla potilaalle vaikeaa. Tiedon tarve on yksilöllinen, ja tutkimusten mukaan se lisää turvallisuuden tunnetta, auttaa oman elämän hallinnassa, luottamuksen syntymisessä henkilökuntaa kohtaan sekä vaikuttaa hoidon jatkuvuuteen. Hoidon jatkuvuuden tiedostaminen leikkauksen jälkeen on hyvin tärkeää potilaan hoidossa ja ohjauksessa. Riittävän tiedon ja ohjauksen saanti edistää potilaan kotona selviytymistä ja omaisen jaksamista.(Stenbäck 2005.)

Ohjauksella on tarkoitus tukea potilaan voimavaroja, jotta hän selviytyisi hoidostaan ja ottaisi toipumisestaan vastuuta ja onnistuneisuus tuleekin esiin silloin, kun potilaat selviytyvät kotona sairaalahoidon jälkeen ja ovat sitoutuneita hoitoonsa. Hoitohenkilöstölle tämä merkitsee resurssien kasvua kun yhteydenotot sairaalaan näiltä osin vähenevät. (Kanste - Lipponen - Kyngäs - Ukkola 2007.) Lyhentyneet hoitoajat, lisääntynyt avohoito ja kasvavat erikoissairaanhoidon kustannukset edellyttävät että potilasohjausta on kehitettävä yli organisaatiorajojen.(Kanste – Lipponen – Kyngäs – Ukkola 2007.)

Potilasta ohjattaessa tulisi siis muistaa, että se on aina potilaslähtöistä. Tiedetään tavoitteet ja sisältö, jolloin voidaan suunnitella ohjaus sen mukaisesti. Tavoitteet pitäisi olla realistisia ja hierarkkisesti rakentunutta. Lähdetään pienistä tavoitteista ja kun potilas onnistuu niissä antaa se onnistumisen tunteen ja lisää motivaatiota jatkaa hoitoaan. Jos potilas haluaa oppia ja tietää silmähoidosta enemmän ja kokee sen tärkeäksi edistää se hänen sitoutumistaan hoitoonsa. (Kääriäinen – Lahdenperä – Kyngäs 2005.) Voimavarainen ohjaus auttaa potilasta sitoutumaan hoitoonsa ja sen tunnuspiirteenä on potilaan omien kykyjen tukeminen tarjoamalla hänelle tietoa. Tärkeää on tieto siitä, mitä tehdään ja mitä tapahtuu ja ohjauksen tulisi edetä potilaan sekä hänen tarpeidensa tuntemisen varassa. Hoitajan ja potilaan hoitosuhde etenee tasapainoisesti ja kunnioittavasti jatkuvana vuoropuheluna toistensa asiantuntijuutta kunnioittaen. Rauhallinen äänensävy ja luottamusta herättävä ote rohkaisee potilasta osallistumaan hoitoaan koskevaan päätöksen tekoon. Potilaalla on mahdollisuus omaan yksilölliseen harkintaan terveysongelmassaan sekä tilanteessaan ja hänelle annetaan mahdollisuus rauhassa pohtia ja arvioida sitä. Potilaalle osoitetaan aitoa kiinnostusta ja annetaan palautetta, jota on saatu kuuntelemalla. (Rauta 2009.)

Päiväkirurgisen toiminnan luonteeseen kuuluu, että potilas on vastuussa itsestään ennen ja jälkeen leikkauksen. Perusteellinen ohjaus on ainut tapa antaa potilaalle valmiudet siihen, että hän tietää miten hoitaa itseään, ennen kuin hän voi vastata itse hoidostaan. Ohjauksella autetaan potilasta selviytymään tilanteestaan ja siihen liittyvästä hoidosta. Näin voidaan tukea potilaan kykyä itsehoitoon, korkeatasoiseen hyvinvointiin, sairauteen sopeutumiseen ja terveydenhoitoon. Hoitaja lisää neuvoillaan potilaan omaa selviytymistä ja näiden tietojen avulla potilas voi ennakoida tulevan ja voi näin osallistua hoitoonsa. Terveysneuvonnan antaminen on katse tulevaisuuteen ja oman terveyden vaalimiseen liittyvää opetusta. (Rauhasalo 2003.) Useiden tutkimusten mukaan ikääntyvät,

jotka ovat tyytyväisiä elämänlaatuunsa kokevat itsensä terveiksi ja sitoutuvat terveyttä edistävään itsestä huolenpitoon. He jotka ovat tyytyväisiä elämäänsä, ovat taipuvaisia kehittämään vuorovaikutuksellista kompetenssiaan ja pyytämään apua tarvitessaan. Itsestä huolenpidon katsotaan olevan paitsi tietoinen myös osin tiedostamaton elämänkulun myötä muotoutunut tapa toimia ja elää. (Backman 2001.)

Lääkärien ja hoitajien antama tuki, ohjaus ja kiinnostus potilaan elämäntilanteeseen sekä kannustava asenne ovat olleet hoitoon sitoutumisen kannalta merkittäviä. Hoitoon sitoutumisen käsite on kompleksinen ja abstraktinen. Eli sitoutuminen ja sitoutumattomuus eivät välttämättä ole vastakohtia eikä potilaita voida leimata sen perusteella onko hän sitoutunut hoitoonsa vai ei. Hoitoon sitoutumisen käsitteestä - ja arvioinnista käytetään erilaisia määritelmiä eivätkä ne ole yksiselitteisiä. Iäkkäillä on usein ongelmia silmätippojen laitossa huonon näkökyvyn, käsienvapinan tai niveltulehdusten vuoksi. Hoitoon sitoutumiseen liitettään usein myös motivaatio ja jaksaminen. Motivaatio lisää tieto sairaudesta ja siihen liittyvästä hoidosta ja osallistuminen itseään koskevaan päätöksen tekoon. (Lunnela –Kyngäs – Hupli 2006.)

4.3 Kommunikaatio ohjaustilanteessa

Puhuttaessa ihmisten välisestä vuorovaikutuksesta, tarkoitetaan yleensä tietoista vuorovaikutusta, viestintää eli kommunikointia. Ihmiset ilmehtivät toisilleen ajatuksiaan, tietojaan, tarpeitaan ja tunteitaan. He voivat myös vastaanottaa ja tulkita toistensa ilmaisua. (Kuuloliitto.) Kommunikaatio ja hoitosuhde ovat nousseet tärkeään asemaan keskusteltaessa tulevaisuuden sosiaali- ja terveydenhoidosta. Ihmisiä, jotka työskentelevät hoitoalalla tulisi rohkaista parantamaan kommunikaatiotaitojaan. (Robb – Barret – Komaromy – Rogers 2004.) Potilasohjauksessa korostuu hoitajan ammatillisen osaamisen lisäksi henkilökohtainen persoona ja rohkeus kohdata ihminen ihmisenä. Kommunikaation alkuvaiheessa kiinnitetään huomiota eleisiin sekä ilmeisiin ja vasta tämän jälkeen kuunnellaan sanoja ja niiden sisältöä. Hoitajasta saatuun ensivaikutelmaan vaikuttavat ulkonäkö, pukeutuminen, siisteys, puhetyyli, äänensävy, puheensisältö ja tilankäyttö. (Silvennoinen 2004.)

Eri tutkimusten mukaan näköongelmat aiheuttavat kommunikaation heikentymistä ja sitä kautta sosiaalisen eristäytymisen kasvua. Näköongelmista kärsivillä saattaa esiintyä

myös depressiivisiä oireita. (Karlsson - Isoaho 2007.) Ihmisen ollessa yhteydessä muihin ihmisiin ja muuhun maailmaan tulee tästä vuorovaikutuksesta mielihyvän tai mielipahan tunteita, joka vaikuttaa ihmisen hyvinvointiin. Hoitaja saattaa hoidollisilla keinoilla ja olemalla läsnä minimoida potilaan mielipahaa ja kärsimystä. Hoitosuhteen kestolla ei ole merkitystä, sillä hoitaja voi omalla motivoitumisellaan auttaa potilasta toipumaan. (Hagerty - Patusky 2003.)

Kommunikoidessa silmäsairautta sairastavan potilaan kanssa on erityisen tärkeää kiinnittää huomiota selkeään puheviestintään ja asettautua potilaan lähelle niin ettei hän häikäistyisi puhujan takaa tulevasta valoheijasteesta. (Kuuloliitto). Silmäsairautta sairastavaa puhuteltaessa, häntä olisi hyvä koskettaa vaikkapa kevyesti käsivarteen jolloin hän tietää että puhe on tarkoitettu hänelle. On hyvä myös kertoa nimensä kun aloittaa keskustelun ja puhua selvällä tavallisella äänellä, näkövammaiselle ei tarvitse korottaa ääntään. (Hietanen ym. 2005.) Puhe on yksi kommunikointikeino mutta sen lisäksi kaikki ihmiset käyttävät runsaasti muita keinoja kuten esimerkiksi katseita, ilmeitä, eleitä, toimintaa, naurua, itkua, ääntelyä, äänensävyjä sekä kehon asentoja. Monissa tilanteissa nämä luonnolliset keinot ovat myös merkityksellisempiä kuin niiden rinnalla käytetty puhe. Puhutun viestin merkitys syntyy lopuksi näistä keinoista. Ihmisistä suurin osa käyttää kuitenkin puhetta ensisijaisena kommunikointikeinona. (Kuuloliitto).

Potilaan hiljaisuudella on aina jokin merkitys kommunikaatiotilanteessa. Hän voi koota ajatuksiaan, odottaa hoitajan aloitetta, vetäytyä keskustelusta tai suojata yksityisyyttään. (Lahtinen 2006.) Ihmiset käyttävät monenlaisia keinoja kommunikoinnissaan. Keinot saattavat perustua johonkin symboliseen kieleen tai eleisiin, äänteisiin tai muihin sanattoman viestinnän keinoihin. Tällaisissa tilanteissa ollaan vastavuoroisesti läsnä ja annetaan tilaa aloitteille ja odotetaan. Vastataan kumppanin kommunikointiin ja mukautetaan ilmaisua kumppanin kommunikointitarpeita vastaaviksi sekä tarkistetaan viestin tulkinta. Kielten lisäksi kommunikointi ihmisten välillä voi tapahtua myös muilla tavoin. Kommunikoidessa käytetään erilaisia luonnollisia menetelmiä kuten elekommunikointia, toimintaa ja kehonviestejä. Kommunikoida voi toisilleen myös käyttäen hyväksi esineitä sekä kuvia ja muita graafisia merkkijärjestelmiä. (Kuuloliitto.)

5. OHJAUKSEN ETIIKKA JA HOITAJIEN VALMIUDET

Eettiset periaatteet määrittävät potilasohjauksen perustaa ja lisäävät ymmärrystä toimia oikein ohjaustilanteessa. Ohjauksessa tavoitteena on aina potilaan hyvinvoinnin edistäminen. Ohjaukseen vaikuttavia hoitajan eettisiä näkemyksiä määritellään hoitotyötä ohjaavien lakien ja asetusten, terveydenhuollon eettisten periaatteiden ja ammattietiikan kautta. Lisäksi ohjaustilannetta ohjaa potilaan ja hoitajan omat näkemykset etiikasta. Eettisiä periaatteita ovat: potilaan oikeus hyvään hoitoon, ihmisarvon kunnioitus, itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, hyvä ammattitaito ja hyvinvointia edistävä ilmapiiri sekä yhteistyö. (Lahtinen 2006.) Eettiset ohjeet nähdään lupauksena hyvästä palvelun laadusta potilaita hoidettaessa sekä tärkeäksi hoidon peruslähtökohdaksi. Eettiset ohjeet tukevat hoitotyöntekijöiden ja alan opiskelijoiden eettistä päätöksentekoa.
(Strandell–Laine - Heikkinen - Leino–Kilpi - Van Der Arend 2005.)

Hyvä elämä ja hyvän tekeminen esim. hoitaminen, ohjaaminen, oikeudenmukaisuus sekä ihmisarvon kunnioittaminen kuuluvat ohjauksen etiikkaan. Hoitajan ja potilaan välisessä vuorovaikutustilanteessa kohdataan hoitajan ammattietiikka; hoitajalla on omat eettiset ohjeensa siitä miten hän toimii antaessaan ohjeita potilaalle. Vaikka potilaalla vuorostaan ei ole omaa eettistä näkökulmaa asiasta niin potilas kuitenkin lopulta päättää miten sitoutuu omaan terveyteensä ja siihen, miten hoitaa itseänsä. Molemmilta osapuolilta vaaditaan toisen ihmisen kunnioittamista. Potilas vastaa itse itsestään ja noudattaa hoitajalta saamiaan ohjeita. Hoitajalla on ammatillinen vastuu, että hän toimii potilasta ohjatessaan aina eettisesti oikein ja kulloisenkin parhaan ammatillisen tietämyksen mukaiseen tietoon. Eettinen työskentely edellyttää sitä, että hoitaja on tietoinen omista voimavaroistaan jolloin hän voi edistää potilaan hyvinvointia. (Kyngäs ym. 2007.)

Hoitajien antama ohjaus vaatii monipuolista tietotaitoa ja valmiuksia. Ohjauksen sisällön tulisi olla potilaskohtaista ottaen huomioon jokaisen erityistarpeet. Tällä tavalla potilas kokee saavansa tiedon ja ohjauksen itselleen yksilöllisesti. Potilaan kanssa tulisi keskustella hänen kokemuksista sekä mahdollisista ongelmista mihin hän todella kaipaa ohjausta, tietoa ja tukea. Tämän keskustelun avulla hoitaja pystyy paremmin antamaan yksilöllistä ohjausta. Potilaan ohjaus vaatii hoitajalta hyvää tietopohjaa asiasta. Hoitajan ammatillinen tietämys onkin yksi tärkeimmistä kriteereistä hänen luotettavuutensa hoi-

don ohjaajana. Hyvän asiantuntemuksensa avulla hän voi jättää pois epäolennaisen tiedon ennen ohjaus tilannetta. (Rauhasalo 2003.)

Hoitajan on hyvä tunnistaa ohjauksen lähtökohdat, jotta hän pystyy tukemaan asiakkaan yksilöllisyyttä ja kunnioittamaan tämän itsemääräämisoikeutta. Hoitajan on tiedettävä mitä ohjaus on ja miten hän ohjaa ja miksi. Sekä asiakkaan että hoitajan arvomaailma vaikuttaa siihen miten ohjauksessa lähestytään käsiteltäviä asioita ja mitä asioita painotetaan enemmän. Tärkeää on myös varmistaa asiakkaan tukiverkosto ja selvittää otetaanko omaiset mukaan ohjaukseen. (Kyngäs ym. 2007.) Potilaan pään nyökyttely ei välttämättä kerro sitä, ymmärtääkö hän mitä hoitaja kertoo tai sitä, kuunteleeko hän keskittyneesti vai harhaileeko hänen ajatuksensa muualla. Kuuntelemisen voi havaita siitä, miten hän osallistuu keskusteluun ja hyvät ohjaustaidot omaava hoitaja huomaakin potilaan ilmeet, eleet sekä asennon. Ristiriitaisuudet sanojen ja kehonkielen kanssa havaitsee vain tarkkailemalla. (Silvennoinen 2004.)

Terveys 2015- kansanterveysohjelman strateginen pääpaino on terveydenedistäminen. Ohjaus on merkittävä osa terveydenedistämistä ja ohjelman mukaan keskeisiä asioita ohjauksessa ovat autonomian kunnioittaminen ja sen edellytyksen luominen. Tehdyn tutkimuksen mukaan hoitajat kokivat vuorovaikutus- ja hoitoon valmistamisen taitonsa hyväksi ohjaustilanteissa. Heillä oli myös myönteinen asenne potilas ohjaukseen ja he pitivät tärkeänä ottaa potilas sekä hänen omaisensa mukaan ohjaustilanteeseen. He toivoivat myös riittävästi aikaa ja suunnitelmallisuutta ja rauhallista ohjausympäristöä laadukkaalle ja hoitoon sitoutumista edistävälle ohjaukselle. Lisäksi tutkimuksessa käy ilmi, että henkilöstö suhtautui ja hoiti potilaiden ohjaamisen hyvin akuutissa vaiheessa mutta potilaan jälkihoito, kuntoutus, potilaan tukeminen sekä itsehoito eivät ole läheskään niin hyvällä tasolla. Potilaiden aktiivisuuden ja voimavarojen tukeminen todettiin keskeiseksi ohjaustilanteessa ilman, että huomioitiin potilaan elämäntilanne eikä suoraan keskusteltu ohjauksen tavoitteista potilaan kanssa. (Kääriäinen – Kyngäs – Ukkola - Torppa 2006.)

Monissa eri tutkimuksissa on käynyt ilmi, että moni ammatillinen potilasohjaus vähentää sairaalassa jälkikäyntejä ja kustannuksia sekä nopeuttaa potilaiden paranemista ja elämänlaatua. On myös todettu, että ohjaus on tehokkaampaa jos sen toteuttajat tuntevat työnsä ja osaavat asiansa. Erikoissairaanhoidossa olevien potilaiden ohjauksen toteut-

taminen edellyttää hoitajilta erikoisalan tietoa, aikaa ja kannustavaa asennetta potilas ohjaukseen. (Eriksson – Partanen 2005.) Nykyisin potilas tulee ottaa mukaan hoitoonsa aktiivisena osallistujana, asiakkaana jonka tarpeet otetaan mukaan hoitoa suunniteltaessa. Potilasta kuunnellaan ja hänen tarpeisiinsa vastataan. (Hagerty - Patusky 2003.)

6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYS

Kirjallisuuskatsauksemme tarkoituksena on kuvata mitä erityispiirteitä on iäkkään, kaihia sairastavan potilaan kanssa tapahtuvassa kommunikoinnissa ohjaustilanteessa. Tavoitteenamme on tuottaa tietoa, jota jokainen hoitotyöntekijä voi hyödyntää työssään.

Tutkimuskysymys opinnäytetyössä on:

1. Mitä erityispiirteitä on iäkkään kaihipotilaan kanssa tapahtuvassa kommunikoinnissa ohjaustilanteessa?

7 TUTKIMUSTIETOKATSAUS

Työssämme sovellamme systemaattista tutkimustiedon erityistapaa. Se on tutkimusmenetelmä jossa identifioidaan ja kerätään olemassa olevaa tietoa sekä arvioidaan tiedon laatua. Sen tavoitteena on tuottaa uutta tietoa yhdistämällä ja arvioimalla jo olemassa olevaa tutkittua tietoa kriittisesti. Sen on osoitettu olevan luotettavimpia tapoja yhdistää aikaisempaa tietoa, sen avulla voidaan osoittaa puutteet tutkimustiedoissa ja välttää systemaattista harhaa. (Kääriäinen – Lahtinen 2006.) Kirjallisuuskatsauksemme auttaa myös kohdentamaan omaa tutkimusideaamme niin, että voimme tuottaa tällä uutta tietoa. (Kylmä - Juvakka 2007.)

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus rakentuu tutkimussuunnitelmasta, tutkimuskysymysten määrittämisestä, alkuperäistutkimusten hausta, valinnasta, laadun arvioinnista ja analysoinnista sekä tulosten esittämisestä. (Kääriäinen – Lahtinen 2006.)

Systemaattiset kirjallisuuskatsaukset helpottavat käytännön läheisyydellään tiedon soveltamista ja arvioimista hoidon vaikuttavuudesta. Käytettäessä tietoa niistä aihepiireis-

tä joista on tehty paljon tutkimusta, saatetaan hyödyntää tietoa uusilla näkökulmilla ja havaitaan aiheita joista kaivataan lisää tutkimusta. Näin saadaan mahdollisimman monelle hoitotyön tekijälle uusin tieto käyttöön ilman että jokaisen tarvitsee nähdä kovasti vaivaa tiedon etsimisen vuoksi. Näyttöön perustuvalla tutkimuksella voidaan päätöksentekijöille osoittaa lisähenkilöstön tarve tai muuttuneet työolosuhteet. Se on tärkeä työväline saada päättäjille hoitotyötä näkyväksi, koska se tuo esiin hoitotyön keinot sekä potilaan aseman hoitoyhteisössä. (Eriksson ym. 2006.)

8 TUTKIMUSAINEISTON KERUU JA ANALYSOINTI

8.1 Aineiston keruu

Opinnäytetyön aineisto muodostui tieteellisistä artikkeleista. Hauista valitsimme artikkeleita seuraavilla kriteereillä:

- Aikarajana artikkelit alkaen vuodesta 1999
- Empiirinen tutkimusartikkeli englannin tai suomen kielellä
- Tutkimusaineisto on kerätty potilailta tai hoitotyöntekijöiltä
- Artikkeli sisältää tietoa joka vastaa tutkimuskysymykseen

Tutkimusartikkeleita haimme systemaattisesti sosiaali- ja terveysalan tietokannoista, osa analysoitavista artikkeleista on löydetty manuaalisesti. Manuaalisella haulla löysimme meille sopivia artikkeleita eri tutkimusraporttien, pro gradu töiden ja artikkeleiden lähdeluetteloihin perehtymällä ja lehtiä selailemalla kirjastossa. Hakuja tehdessämme huomasimme, että tarjolla on hyvin vähän tutkittua aineistoa joka vastaisi tutkimuskysymykseemme. Tämän vuoksi olemme ottaneet mukaan kaksi vanhempaa artikkelia jotka mielestämme sopivat tutkimusaineistoomme. Ohjaustilanteista on tehty paljon yleisluonteisia tutkimuksia mutta niissä ei ole erikseen mainittu ikääntyneitä, kaihia sairastavia potilaita. Teimme erilaisia hakuja tietokannoista ja löysimme nämä viisi artikkelia jotka vastaavat meidän mielestämme tutkimuskysymykseemme. Käsihakuja teimme paljon artikkeleiden lähdeluetteloista ja löysimme yhden artikkelin. Lisäksi olemme saaneet silmäklinikan asiantuntijasairaanhoitajalta kolme aiheeseen liittyvää artikkelia. Hakuja kuvaamme tarkemmin taulukossa 1.

TAULUKKO 1 Käytetyt tietokannat ja hakusanat sekä tulokset

Käytetty tietokanta	Käytetyt hakusanat	Hakutulokset	Otsikon perusteella valitut	Tiivistelmän perusteella valitut	Koko tekstin perusteella valitut	Vastaa tutkimuskysymyksiin
MEDIC	ohjaus? and iäkäs?	27	9	4	1	1
MEDIC	haastattelu? and iäkäs?	35	1	1	1	1
MEDIC	potilasohjaus? and laatu?	6	1	1	1	1
MEDIC	potilasohjaus? and henkilöstö?	9	1	1	1	1
EBSCO	nurse communication and elderly people	1	1	1	1	1
Käsihaku						1
Yhteensä						6

Alla olemme taulukoineet valitsemamme artikkelit julkaisun ja ilmestymisvuoden mukaan. (Taulukko 2)

TAULUKKO 2 Aineiston jaottelu julkaisun ja ilmestymisvuoden mukaan

Julkaisu	1992	1997	2003	2005	2006	2008	Yhteensä
Age and Ageing	1						1
Educational Gerontology			1				1
Hoitotiede					1	1	2
Journal of Advanced Nursing		1					1
Journal of Gerontological Nursing			1				1
Patient Education and Counseling					1		1
The Offical Journal of the International Orem Society			1				1
Tutkiva Hoitotyö				1			1
Yhteensä	1	1	3	1	2	1	9

Pääosa analysoitavista artikkeleista on ulkomailla tehtyjä tutkimuksia.

8.2 Aineiston analyysi

Hoitotieteellisissä tutkimuksissa käytetään usein sisällönanalyysiä. Se on keino minkä avulla voidaan tarkastella tutkimusartikkeleita systemaattisesti ja puolueettomasti ja sen avulla pystytään järjestelemään, kuvailemaan ja tuottamaan määrällisiä tuloksia tutkituista dokumenteista. Analyysin tarkoituksena on myös luoda tiivis ja selkeä sanallinen kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. (Kyngäs - Vanhanen 1999.) Sisällönanalyysin teoreettinen malli ohjaa aineiston käsittelemistä mutta siitä on myös mahdollista soveltaa erilaisia malleja ja vaihtoehtoja. (Tuomi - Sarajärvi 2009). Analysoimme artikkelit soveltaen sisällönanalyysiä induktiivisesti eli aineistolähtöisesti. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus kuuluu luonteeltaan teoreettisen tutkimuksen piiriin, mutta sen toteuttamisessa voidaan käyttää apuna aineistolähtöistä sisällönanalyysia. (Tuomi - Sarajärvi 2009).

Valitut tutkimusartikkelit kirjoitimme taulukkomuotoon (Liite 1) ja laadimme luettelon ilmaisuista, jotka vastaavat tutkimuskysymykseemme. Kerätyistä ilmaisuista muodostimme sisältökokonaisuuksia ja merkitsemme myös sen, kuinka monessa artikkelissa sama asia nousi esille (Taulukko 3).

TAULUKKO 3 Esimerkki aineiston ryhmittelystä

ERITYISPIIRTEITÄ KUVAAVAT MAININNAT	KUINKA USEASSA ARTIKKELISSA ESIINTYY	SISÄLTÖKOKONAISUUDET
Yhdistetty suullinen ja kirjallinen tieto	2	Ohjaustilanne iäkkään kaihipotilaan kanssa

Systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa ajatuksena on kerätyn tiedon tiivistäminen ja kokoaminen. (Tuomi - Sarajärvi 2009).

9 TULOKSET

Artikkeleista nousi esiin iäkkään kaihipotilaan ohjaustilanteeseen liittyviä erityispiirteitä. Taulukossa 4 kuvaamme eri osa-alueiden muodostumista tarkemmin ja sitä, kuinka useassa artikkelissa ilmaisu esiintyy.

TAULUKKO 4 Iäkkään kaihipotilaan ohjaustilanteeseen liittyviä erityispiirteitä

ERITYISPIIRTEITÄ KUVAAVAT MAININNAT	KUINKA USEASSA ARTIKKELISSA ESIINTYY	SISÄLTÖKOKONAISUUDET
Aisti- ja muistitoimintojen heikkeneminen	3	Vanhenemisen mukanaan tuomat muutokset
Vanhemmat potilaat ovat hitaampia oppimaan uusille tavoille	2	
Fyysiset rajoitteet	3	
Yksilöllisyyttä ja riittävää informaatiota itsehoitoa varten	5	Kaihipotilaan itsehoitoa tukeva kommunikointi
Potilaan kunnioittaminen	3	
Aito kuunteleminen	2	
Kannustusta, mahdollisuutta ilmaista sairauteen liittyviä tunteitaan	2	
Tunnepitoinen käytös	1	
Ohjauksen toistettavuus	4	Ohjaustilanne iäkkään kaihipotilaan kanssa
Suullisien ohjeiden tueksi audiovisuaalista ohjausta	1	
Yhdistetty suullinen ja kirjallinen tieto	2	
Vierasperäisten sanojen välttäminen	1	
Tehokas ja hyvä kommunikointi potilaan ja hoitajan välillä	3	
Tukiverkoston huomiointi	1	
Potilaan koulutustason huomioon ottaminen	2	
Hoitajien koulutustason merkitys	2	
Potilaat toivoivat palautetta	1	
Tilan rauhallisuus, koko ja valaistus sekä mukavuus	1	Ohjaustilan suotuisuus

9.1 Vanhenemisen mukanaan tuomat muutokset

Useissa artikkeleissa on maininta muisti- ja aistitoimintojen heikkenemisen vaikutuksia iäkkään ohjaustilanteeseen. Niiden huomioon ottaminen on erittäin tärkeää kommunikoidessa iäkkäiden kanssa. Aistiongelmien läsnäolo ohjaustilanteessa voi vaikuttaa iäkkään kykyyn ymmärtää annettuja ohjeita tai neuvoja. Tämä on myös suoraan yhteydessä siihen, kuinka hän selviytyy kotona. (Frank 2003.) Isola ym. (2006) tekemässä tutkimuksessa huomattiin, että ohjaajat eivät ottaneet huomioon iäkkään potilaan aisti- ja muistitoimintojen heikkenemistä joka aiheutti tyytymättömyyttä potilaissa. Myös Caris-Verhallen ym. (1999) on saanut tutkimuksessaan vastaavanlaisia tuloksia ja huomasi myös sen, että hoitajat kommunikoivat yleensä samalla tavalla riippumatta potilaan erityispiirteistä kuten henkilökohtaisesta terveydentilasta. Fyysiset ongelmat voivat tuoda mukanaan myös käytännön ongelmia, esimerkiksi olkapään rajoittunut toiminta voi olla esteenä silmätippojen laitossa ja ohjeiden noudattamisessa. (Burns - Mulley 1992). Toisaalta, Purdien ja Boulton-Lewisen (2003) tekemän tutkimuksen mukaan iäkkäät hyväksyvät ikään liittyvät muutokset kuten muistin sekä näkökyvyn heikkenemisen ja he olivat enemmän huolissaan omasta turvallisuudestaan sekä liikkumisestaan.

9.2 Kaihipotilaan itsehoitoa tukeva kommunikointi

Hyvän ohjauksen edellytyksenä voidaan artikkeleiden perusteella ajatella olevan yksilöllisyys sekä potilaan kunnioittaminen. Frank (2003) ja Isola ym. (2006) toteavat artikkeleissaan, että iäkkään potilaan ja ohjaajan välisessä vuorovaikutustilanteessa korostuvat iäkkään kunnioittaminen, aito kuunteleminen, tiedonannon rehellisyys, yksilöllisyys ja huumorin käyttö sekä omaisten huomioiminen. Nämä tekijät ovat erityisen tärkeitä ohjaustilanteessa. Myös merkittävän oppimisen taustalla on yksilöllisten tarpeiden huomiointi ja asioiden toistaminen. (Fagermoen - Hamilton 2006). Potilaat odottavat mahdollisuutta ilmaista sairauteen liittyviä tunteitaan sekä saada kannustusta. (Kääriäinen ym. 2005).

Sekä Isola ym. (2006), että Frank (2003) toteavat kumpikin artikkeleissaan iäkkäiden toivovan käytännön läheistä ohjausta toteutettuna esimerkein arjen tilanteisiin. Kotiuttamistilanteissa sairaanhoitajan antama tieto helpottaa kotona selviämistä. Monet potilaat ovat epätietoisia siitä, mitkä ovat hoidon tavallisia seurauksia ja mitkä ovat epäta-

vallisia tai ikäviä sivuvaikutuksia ja kuinka kauan oireet todennäköisesti jatkuvat. Tärkeää on antaa tietoa siitä, kehen ottaa yhteyttä vakavien ongelmien ilmetessä. (Fagermoen - Hamilton 2006.)

Hoitajien täytyy kommunikoida hyvin erilaisten ihmisten kanssa. Heillä on erilaisia kommunikaation tavoitteita, kuten hyvän henkilökohtaisen suhteen luominen hoidon tavoitteista neuvottelu ja päättäminen, informaation vaihto, selitysten antaminen, fyysisen hoidon tarjoaminen sekä empatian osoittaminen. Tunnepitoinen tai sosio-emotionaalinen käytös viittaa niihin näkökulmiin, joita tarvitaan hyvän potilassuhteen luomiseen, kuten esim. kunnioituksen osoittamiseen, hyvän olon tuottamiseen sekä luottamuksen tarjoamiseen. (Caris-Verhallen ym. 1997.)

9.3 Ohjaustilanne iäkkään kaihipotilaan kanssa

Hoitajien koulutustaso on erittäin vahvasti yhteydessä siihen, jolla hoitajat kommunikoivat potilaiden kanssa. (Caris-Verhallen ym. 1999). Toisaalta, potilaan koulutustaso vaikuttaa myös oleellisesti kommunikointiin ja tämä on otettava huomioon ohjeita annettaessa. Hoidon suunnittelu on hankalaa niin sairaalalle kuin potilaallekin, johtuen monista eri lääkityksistä ja siitä, että potilaan tulee usein muuttaa elintapojaan. Potilaan tulee tietää sekä ymmärtää sairautensa ja jotta tässä onnistuttaisiin, vaaditaan molemminpuolista kommunikointia ja informaation antamista. Tehokas ja hyvä kommunikointi potilaan ja hoitajan välillä vaikuttaa oleellisesti myös potilaan toipumiseen. (Frank 2003.) Iäkkäät toivovat omaisten osallistumista ohjaustilanteeseen ja ohjeiden tulisi olla ymmärrettäviä. Ohjauksen ymmärrettävyyttä lisää selkeän ja ei -lääketieteellisen sekä konkreettisten hoitovälineiden käyttö ohjaustilanteessa. Kirjallisella materiaalilla ja ohjauksen toistettavuudella tuetaan iäkkään ohjausta. (Isola ym. 2006.) Potilaat toivoivat suullisien ohjeiden tueksi myös audiovisuaalista ohjausta väärinkäsitysten välttämiseksi. (Kääriäinen ym. 2005). Fagermoenin ja Hamilton (2006) tekemän tutkimuksen tulokset ovat vahva peruste suullisen ja kirjallisen tiedon yhdistämiseen kotiutuksessa. Hyvin suunniteltu kotiuttamiskeskustelu sairaanhoitajan kanssa helpottaa itsehoitoa kotona. Standardoidun kirjallisen tiedon ja sairaanhoitajan kanssa käydyn keskustelun yhdistämisellä näyttäisi olevan merkittävä vaikutus potilaisiin, kun he palaavat kotiin. Keskusteluissa voitiin keskittyä yksilöllisiin tarpeisiin ja asioita toistettiin ja merkittävä oppiminen oli mahdollista. Yhdistetty suullinen ja kirjallinen tieto stimuloivat kahta eri ha-

vaitsemiskanavaa silmiä ja korvia jolloin viestin havaitseminen vahvistuu. Kun potilaille annetaan tulostettua materiaalia, he voivat sisäistää asioita omaan tahtiinsa ja materiaaliin voi palata myöhemmin.

Kääriäisen ym. (2005) tekemässä tutkimuksessa potilaat kokivat, että ohjauksessa oli puutteita sosiaalisen tuen osalta eikä omaisia huomioitu tarpeeksi ohjaustilanteessa. Lisäksi iäkkäille oli annettu vähän tietoa tukiryhmistä sekä kuntoutuksesta. (Isola ym. 2006.) Asioita hoitaneen puolison kuolema vaikuttaa käytäntöön liittyviin ongelmiin. (Purdie - Boulton-Lewis). Yksinäisyyden torjumiseksi hoitajan tulisi olla aktiivisesti mukana arvioimassa ikääntyneiden tukiverkoston kokoa ja riittävyyttä. Kun näkövammaisia ja heidän perheitään kannustetaan ottamaan yhteyttä saatavilla oleviin palveluihin, he voivat saada tietoa joka helpottaa näkövammaisuuteen sopeutumisessa (Houde - Huff 2003.)

9.4 Ohjaustilan suotuisuus

Isolan ym. (2006) tekemässä tutkimuksessa iäkkäät potilaat toivoivat ohjaustilan olevan enemmän ohjaukseen soveltuva. He kokivat tilan olevan liian meluisa sekä pieni ohjauksen toteuttamiseksi. Kääriäisen ym. (2005) tutkimukseen osallistuneet olivat sitä mieltä, että ohjaustilat olivat niukat. Poliklinikkapotilaat kuitenkin kokivat tilat asianmukaisemmiksi kuin osastopotilaat. Myös Varis-Verhallen ym. (1999) huomasivat tekemässään tutkimuksessa, että kotihoidossa ja laitoshoidossa ohjaustilanne oli erilainen. Laitoshoidossa aikaa oli ohjaustilanteelle vähemmän, koska hoitajilla oli vastuullaan enemmän potilaita. Aikaa oli rajatusti joten hoitajat saattoivat jättää puhumatta tunteisiin liittyvät aiheet.

10 POHDINTA

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata tutkimustietoon perustuen mitä erityispiirteitä on iäkkäällä, kaihia sairastavalla potilaalla kommunikoinnissa ohjaustilanteessa. Tavoitteenamme on tuottaa tietoa, jota jokainen hoitotyöntekijä voi hyödyntää työssään. Tulokset julkaisimme puolueettomasti, totuudenmukaisesti ja virheettömästi sellaisenaan artikkeleiden analyysin perusteella.

10.1 Tutkimustulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Olemme tarkastelleet iäkkäiden kaihipotilaiden erityispiirteitä ohjaustilanteessa yhden tutkimuskysymyksen kautta. Sen avulla löysimme tuloksia jotka tulisi ottaa huomioon ohjaustilanteessa kommunikoidessa iäkkään ihmisen kanssa. Ohjaustilan valintaan pitäisi kiinnittää huomiota, sen pitäisi olla tilanteeseen soveltuva. Resurssit laitoshoidossa ovat liian vähäiset ohjaustilanteille koska potilaita on hoitajan vastuulla enemmän. Tällöin ohjaus voi olla puutteellista ja joitakin asioita voi jäädä kokonaan käsittelemättä. Artikkeleista nousi esiin tekijöitä, jotka liittyvät vanhenemisen mukanaan tuomiin muutoksiin, potilaan tukemiseen, iäkkään ohjaamiseen sekä ohjaustilaan. Tuloksista nousi selvästi esiin se, että aisti- ja muistiongelmat sekä fyysiset rajoitteet vaikuttavat kokonaisvaltaisesti ohjaustilanteeseen ja iäkkään elämänlaatuun. Näiden rajoitteiden huomiointi on tärkeää ohjaustilanteessa myös siksi, koska niiden vuoksi ohjeiden ymmärtäminen sekä noudattaminen tuottaa ongelmia. Ohjeiden antamisessa onkin tarpeellista yhteen sovittaa kirjallinen, suullinen sekä audiovisuaalinen materiaali ja varmistaa se, että iäkäs potilas on ymmärtänyt ohjeet sekä pystyy niitä noudattamaan. Ohjeita annettaessa tulisi myös huomioida iäkkäiden yksilölliset taustatekijät kuten koulutus. Iäkkäät odottavat yksilöllistä ja ymmärrettävää ohjausta, kuuntelemista sekä kunnioitusta heitä kohtaan. Myös omaisten tai saattajan läsnäoloa on toivottavaa ohjaustilanteessa. Vastavuoroinen kommunikointi tilanteessa edistää iäkkään toipumista ja itsehoitoa kotona. Itsehoidon onnistumiseksi tulisi ohjaustilanteessa myös varmistaa tukiverkkojen riittävyys.

Olimme yllättyneitä hakuja tehdessämme siitä, ettei tutkittua tietoa tieteellisesti tutkittuina artikkeleina löytynyt. Valitulla hakusanoilla ohjauksesta löytyi paljon artikkeleita eri tietolähteistä, mutta vain pieni osa soveltui työhömme. Potilaan ohjausta yleisesti on tutkittu paljon hoitotieteessä mutta iäkkään kaihipotilaan erityispiirteitä ei ole tutkittu ohjauksen kannalta. Analyysiin valitsimme lopulta yhdeksän artikkelia jotka vastaavat tutkimuskysymykseemme. Useassa artikkelissa nousi esiin ohjaustilanteen yksilöllisyys, riittävä informaation antaminen, potilaan kunnioittaminen sekä ohjauksen toistettavuus. Joissakin artikkeleissa oli maininta myös tukiverkoston huomioimisesta sekä palautteen antamisesta potilaalle. Suomalaisia tutkimuksia löysimme vain kaksi mutta mielestämme tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää myös Suomessa. Tuloksia voi hyödyntää jokainen hoitotyöntekijä omassa työssään koska ne helpottavat huomioimaan iäkkään kaihipotilaan erityispiirteet ohjaustilanteessa.

10.2 Työn eettisyys ja luotettavuus

Opinnäytetyössämme ei tarvittu erillistä lupaa, koska se kuuluu jo laajempaan yhteistyöprojektiin Helsingin Yliopistollisen keskussairaalan operatiivisen tulosalueen kanssa. Työssämme sovelsimme systemaattista tutkimustiedon erityistapaa. Työtämme varten haimme artikkeleita eri tietokannoista ja etsimme tietoa siihen, mitä erityispiirteitä on iäkkäällä, kaihia sairastavalla potilaalla kommunikoinnissa ohjaustilanteessa. Uskottavuus, vahvistettavuus, refleksiivisyys ja siirrettävyys ovat kriteereitä, joilla voidaan arvioida laadullisen tutkimuksen luotettavuutta. Uskottavuus tarkoittaa tutkimuksen ja sen tulosten uskottavuutta sekä sen osoittamista tutkimuksessa. Vahvistettavuus liittyy koko tutkimusprosessiin ja edellyttää sen kirjaamista niin, että toinen tutkija voi seurata prosessin kulkua pääpiirteissään ja toistaa kirjausten perusteella tutkimuksen. Refleksiivisyys edellyttää sitä, että tutkimuksen tekijän on oltava tietoinen omista lähtökohdistaan tutkimuksen tekijänä. Siirrettävyys taas tarkoittaa tutkimuksen tulosten siirrettävyyttä muihin vastaaviin tilanteisiin. (Kylmä - Juvakka 2007.) Tässä työssämme luotamme tutkijoihin joiden artikkeleita käytimme työssämme. Valitsimme artikkelit jotka mielestämme vastasivat tutkimuskysymykseemme ja analysoimme ne. Artikkelit ovat tieteellisesti tutkittuja joten eettiset ongelmat ovat mielestämme ratkaistu jo aikaisemmin. Kunnioitimme tekijänoikeuksia käyttämällä lähdeviitteitä ja tiedot löytyvät myös lähdeluettelosta. Olemme kuvanneet tulokset sekä aineiston analyysin eri vaiheet rehellisesti. Olemme kaikki lukeneet analysoitavan aineiston ja olemme käyttäneet myös käännöspalveluita vaikeimpien artikkeleiden kääntämisessä luotettavuuden lisäämiseksi. Artikkeleista etsimme iäkkään kaihipotilaan ohjaustilanteeseen liittyviä erityispiirteitä ja muodostimme niistä sisältökokonaisuuksia. Työn luotettavuutta lisää myös se, että maininnat ovat suoraan siirretty analysoitavista tieteellisistä artikkeleista. Artikkelit ovat valittu tietyin kriteerein ja aikarajaksi asetimme vuoden 1999. Tästä poiketen valitsimme kuitenkin mukaan kaksi vanhempaa artikkelia jotka mielestämme sopi tutkimusaineistoomme. Työn luotettavuuteen saattaa vaikuttaa heikentävästi tekijöiden rajallinen englannin kielen taito, aineiston analysoinnin puutteellinen taito, rajallinen aika, analysoitujen artikkeleiden tulkinta sekä niukka aineisto.

10.3 Jatkotutkimus- ja kehittämishaasteet

Emme löytäneet yhtään tieteellistä artikkelia joka olisi suoraan tutkinut ohjausta ja kommunikointia iäkkään kaihipotilaan kanssa. Tästä voi tehdä päätelmän, että sellaisia ei ole löydettävissä suomalaisista tutkimuksista hoitotyön näkökulmasta. Olisikin tärkeää tehdä nyt suomalainen tieteellinen tutkimus iäkkäistä kaihipotilaista koska he ovat kasvava asiakaskunta ja jokainen hoitotyöntekijä kohtaa heitä työssään.

LÄHTEET

Aho, Tellervo – Uusitalo, Risto – Savolainen, Annikki 2006: Harmaakaihi aikuisilla. Verkkodokumentti. http://www.kaypahoito.fi/kh/kaypahoito?suositus=khp00052. Luettu 9.3.2009.

Backman, Kaisa 2001: Kotona asuvien ikääntyvien itsestä huolenpito. Oulun Yliopisto. http://herkules.oulu.fi/isbn9514259033/isbn9514259033.pdf. Luettu 22.10.2009. Väitöskirja.

Best, Janie T 2001: Effective Teaching for Elderly: Back to Basics. Orthopaedic Nursing. Vol 20. 46 – 52.

Burns, E – Mulley, G.P 1992: Practical Problems with Eye-drops Among Elderly Ophthamology Outpatients . Age and Ageing. Vol 21. 168-170.

Caris-Verhallen, Wilma M.C.M - de Gruijter, Ingrid M - Kerkstra, Ada - Bensing, Jozien M 1999: Factors related to nurse communication with elderly people. Journal of Advanced Nursing. Vol 30. 1106-1117.

Caris-Verhallen, Wilma M.C.M - Kerkstra, Ada - Bensing, Jozien M. 1997: The role of communication in nursing care for elderly people: a review of the literature. Journal of Advanced Nursing 25. 915 - 933.

Elo, Satu - Isola, Arja 2008: Ikääntyneiden haastattelun erityispiirteitä. Hoitotiede 4 vol. 20. 215 - 225.

Eriksson, Elina – Partanen, Leila 2005:Sairaanhoitajien tiedot sydämen vajaatoimintapotilaiden ohjauksesta. Tutkiva Hoitotyö vol.3(1) 4 - 9.

Eriksson, Katie – Isola, Arja – Kyngäs, Helvi – Leino–Kilpi, Helena – Lindström, Unni Å. – Paavilainen, Eija – Pietilä, Anna–Maija – Salanterä, Sanna – Vehviläinen–Julkunen, Katri – Åstedt–Kurki, Päivi 2006: Hoitotiede. Porvoo. WSOY.

Fagermoen, May Solveig - Hamilton, Glenys 2006: Patient information at discharge-A study of a combined approach. Patient Education and Counseling 63. 169-176.

Frank, Deborah I. 2003: Eldery clients`perceptions of communication with their Health Care Provider and its relation to Health Deviation Self Care Behaviors. The Official Journal of the International Orem Society 2 vol. 11. 15 - 30.

Hagerty, Bonnie M. - Patusky, Kathleen L. 2003: Reconceptualizing the Nurse – Patient Relationship. Journal of Nursing Scholarship 35 vol. 2.

Heikkinen, Riitta – Liisa 2008: Gerontologinen hoitotyö. 2. Uudistettu painos. Teokses-

sa Heikkinen, Eino – Rantanen, Taina (toim.): Gerontologia. Helsinki. Duodecim. 449-455.

Hietanen, Jaana – Hiltunen, Riitta – Hirn, Heli 2005: Silmähoidon käsikirja. Porvoo. WSOY.

Houde, Susan Crocker - Huff, Martha A. 2003: Age-Related Vision Loss in Older Adults. A challenge for Gerontological Nurses. Journal of Gerontological Nursing 29 (4). 25-33.

Hyvärinen, Lea 2008: Näön vanheneminen. 2. Uudistettu painos. Teoksessa Heikkinen, Eino- Rantanen, Taina (toim.): Gerontologia. Helsinki. Duode cim. 171 – 179.

Isola, Arja – Backman, Kaisa - Saarnio, Reetta - Kääriäinen, Marja - Kyngäs, Helvi 2006: Iäkkään kokemuksia saamastaan ohjauksesta erikoissairaanhoidossa. Hoitotiede 2 vol. 19. 51 - 62

Kankare, Harri – Lintula, Hanna (toim.) 2004: Vanhuksen äänen kuuleminen. Helsinki. Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Kanste, Outi - Lipponen, Kaija - Kyngäs, Helvi - Ukkola, Liisa 2007: Potilasohjauksen kehittäminen alueellisena verkostoyhteistyönä yli organisaatiorajojen. Tutkiva Hoitotyö 3 vol. 5. 5 - 8

Karlsson, Kirsi – Isoaho, Raimo 2007: Iäkkäiden kuulo- ja näkövammaisten toimintakyky ja palvelutarpeet. Yleislääkäri 1 vsk 22. 18 - 23.

Kuuloliitto. Kommunikaatio. http://www.ikakuulo.fi/sivu.php?artikkeli_id=73> Luettu 20.2.2009 Verkkodokumentti.

Kylmä, Jari – Juvakka, Taru 2007: Laadullinen terveystutkimus. Helsinki. Edita Prima. 127 - 129

Kyngäs, Helvi – Hentinen, Maija 2009: Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Porvoo. WSOY.

Kyngäs, Helvi – Poskiparta, Marita – Johansson, Kirsi – Hirvonen, Eila – Renfors, Timo 2007: Ohjaaminen Hoitotyössä. Porvoo. WSOY.

Kyngäs, Helvi - Vanhanen, Liisa 1999: Sisällön analyysi. Hoitotiede 11 vol.1 3 - 11.

Kääriäinen, Maria – Kyngäs, Helvi 2005: Käsiteanalyysi ohjaus-käsitteestä hoitotieteessä. Hoitotiede 5 vol. 17. 250 - 258.

Kääriäinen, Maria - Kyngäs, Helvi 2005: Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995 - 2002. Hoitotiede 4 vol 17. 208 - 216.

Kääriäinen, Maria - Kyngäs, Helvi - Ukkola, Liisa - Torppa, Kaarina 2005: Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjaukseta. Tutkiva Hoitotyö vol 3. 1. 10 -15

Kääriäinen, Maria – Lahdenperä, Tiina – Kyngäs, Helvi 2005: Kirjallisuuskatsaus: Asiakaslähtöinen ohjausprosessi. Tutkiva Hoitotyö vol. 3. 3. 28 – 29.

Kääriäinen, Maria – Lahtinen, Mari 2006: Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. Hoitotiede 1 vol. 18. 37 - 45.

Lahtinen, Mari 2006: Potilasohjauksen eettiset lähtökohdat. Julkaisussa Lipponen, Kaija - Kyngäs, Helvi - Kääriäinen, Maria (toim.): Potilasohjauksen haasteet, käytännön hoitotyöhön soveltuva ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006. Oulun Yliopistopaino.

Lunnela, Jaana – Kyngäs, Helvi – Hupli, Maija 2006: Glaukoomapotilaan hoitoon sitoutuminen ja siihen yhteydessä olevat tekijät. Hoitotiede 3 vol.18.152-154.

Pasila, Brita 2002: Potilasopetus silmätautia sairastavan aikuispotilaan hallinnan edistäjänä. Pro gradu-tutkielma. Turun yliopisto.

Purdie, Nola - Boulton -Lewis, Gillian 2003: The learning needs of older adults. Educational gerontology vol.29 129-149.

Rauhasalo, Anneli 2003: Hoitoaika lyhenee – koti kutsuu. Lyhythoitoinen kirurginen toiminta vanhusten itsensä kokemana. Pro gradu – tutkielma. Jyväskylän yliopisto.

Rauta, Satu 2009: Päiväkirurgista potilasta voimavaraistava tieto ja tiedollista. voimavaraistumista edistävät ja estävät tekijät. Pro gradu – tutkielma. Turun yliopisto.

Robb,Martin – Barret,Sheila - Komaromy,Carol - Rogers, Anita 2004: Communication, Relationships and Care. London and New York: Routledge Taylor and Francis Group.

Rudanko, Sirkka-Liisa 2005: Näkövammat. Terveyskirjasto. Verkkodokumentti. <http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=suo000366 >. Luettu 19.2.2009.

Silvennoinen, Markku 2004: Vuorovaikutuksen avaimet. Helsinki. Talentum.

Sosiaali- ja terveysministeriön oppaita 2005: Arkea helpottavat välineet. Opas ikäihmisille. Sosiaali- ja terveysministeriö 25. Helsinki. Yliopistopaino.

Stenbäck, Johanna 2006: Neurologisen potilaan ohjaus hoitohenkilöstön, potilaan ja omaisen arvioimana. Pro gradu-tutkielma. Oulun yliopisto.

Strandell-Laine,Camilla – Leino-Kilpi,Helena – Heikkinen,Anne – Van Der Arend,Arie 2005: Hoitotyön eettiset ohjeet – Mikä niiden merkitys on? Hoitotiede 5 vol.17 259-268.

Teräsvirta, M. - Saari, K.M.(toim) 2001: Mykiö ja sen sairaudet. Teoksessa Silmätau tioppi.

Tilvis, Reijo – Hervonen, Antti – Jäntti, Pirkko – Lehtonen, Aapo – Sulkava, Raimo (toim.) 2003: Geriatria. Hämeenlinna. Karisto Oy.

Tilvis, Reijo – Strandberg, Timo – Vanhanen, Hannu 1997: Geriatrian opintopaketti. Verkkodokumentti.<http://www.gernet.fi/auto/opetus/3.html>.Luettu 12.3.2009.

Tuomi, Jouni - Sarajärvi, Anneli 2009: Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Jyväskylä. Gummerus Kirjapaino Oy.

Uusitalo, Hannu 2005: Näköalan paikka. Suomen Lääkärilehti. Pääkirjoitus 34/2005 vsk 60 s.3237.

Väestö iän mukaan, 2007 lopussa. Tilastokeskus. Verkkodokumentti. <http://www.stat.fi/tup/suoluk/suoluk_vaesto.html>. Luettu 19.2.2009.

Tekijä(t), vuosi, maa jossa tutkimus tehty	Tarkoitus	Kohderyhmä(otos)	Aineiston keruu ja analysointi	Päätulokset	Huomattavaa
Burns, E – Mulley G. P. Englanti 1992	Tutkia käytännön ongelmia silmätippojen käytössä iäkkäiden potilaiden kanssa	- Potilaista 43 yli 75-vuotiaita - Heistä 25 oli glaukooma potilailta, 13 kaihi potilasta ja loput 5 kärsivät kroonisesta tulehduksesta sekä silmänkuivuudesta - Hoitosuhteen kesto vaihteli kahdesta viikosta yli kymmeneen vuoteet	- Aineiston keruu potilaita haastattelemalla - Aineiston analyysi - Käytännön ongelmia koskevissa kysymyksissä potilaat jaettiin kahteen ryhmään apua tarvitseviin (31) ja omatoimisiin (12)	- Osalle potilaista (23)sairaanhoitaja määräsi silmätipat, kolmelle määräyksen oli antanut apteekki, yhdelle lääkäri ja loput potilaat olivat aloittaneet tipat omaaloitteisesti - Hoitaja oli näyttänyt 12 potilaalle kuinka silmätippoja laitetaan , muut olivat lukeneet ohjeet silmätippa pullosta - Silmätipat laittoi itse 12 potilasta , loput turvautuivat muiden apuun esim. omaisiin - Silmätippa pullon korkin avaaminen ei tuottanut ongelmia 34:lle, pään taivuttaminen taakse ei tuottanut ongelmia 13 ja alaluomen vetäminen ei tuottanut ongelmia 25:lle, tippojen tiputus silmään onnistui 22:lla. Käden vapina ei ollut ongelma 22:lle ja pullon puristaminen onnistui 33:lta. Pullon kärki ei koskettanut silmää 28:lla ja silmäluomen sulkeminen rauhallisesti onnistui 37:llä - Kyynelpisteen painaminen sormella ei tuottanut ongelmia kenellekään	- Silmätippojen käytännön ongelmia ilmeni tässä tutkimuksessa 84% potilaista kun otetaan kaikki ikäryhmät huomioon - Käytännön ongelmia esiintyy vain 57% - Käytännön ongelmat silmätippojen laitossa iäkkäiden keskuudessa liittyvät fyysisiin vaivoihin (olkapään toiminta, niska jäykkyys ja motoriset ongelmat)

Tekijä(t), vuosi, maa jossa tutkimus tehty	Tarkoitus	Kohderyhmä(otos)	Aineiston keruu ja analysointi	Päätulokset	Huomattavaa
Caris-Verhallen Wilma ym. 1997 Hollanti	Artikkelissa kuvataan kommunikaation roolia teoreettisisa hoitomalleissa ja raportoimme minkälaista tutkimusta on tehty vanhusten hoitotyössä kommunikaatiossa viimeisten kymmenen vuoden aikana		Kirjallisuuskatsaus	Hoitajan on tuettava vanhuksia, jotta he pärjäisivät elämänvaiheensa ongelmien kanssa sekä tunnistaa ja arvioida heidän vaatimuksensa, jotta he pystyisivät tarjoamaan heidän yksilöllisille tarpeillensa räätälöityä hoitoa. Kommunikaatio on välttämätön edellytys tälle prosessille. Iäkkäiden ihmisten hoitotyö vaatii kommunikatiivista kykyä, empatiaa ja huolenpitoa. Tunnepitoinen käytös on edellytys hyvän potilassuhteen luomiseen, jotta potilas pystyy olemaan mukana kaikissa hoitotapahtuman näkökulmissa.	Tutkimuksen tuloksia voidaan käyttää hyväksi hoitotieteen perusopintojen ja jatko-opintojen opetusohjelmissa. Tällä tavalla tutkimus voi edesauttaa tehokkaan viestinnän lisäämistä hoitotyön alalla. Näiden päämäärien saavuttamiseksi tarvitaan hyvää tutkimusta. Tulevat tutkimukset vaativat ponnisteluja kehittää tarkkailun työkaluja sekä analyysijärjestelmiä, jotka ovat oikeudenmukaisia hoitajan-potilaan väliselle kommunikaatiolle.

Tekijä(t), vuosi, maa jossa tutkimus tehty	Tarkoitus	Kohderyhmä(otos)	Aineiston keruu ja analysointi	Päätulokset	Huomattavaa
Caris-Verhallen, Wilma ym. 1999 Hollanti	Tutkia tekijöitä jotka vaikuttavat hoitajien ja iäkkäiden väliseen kommunikointiin	181 hoitotapahtumaa joissa oli mukana 47 hoitajaa ja 109 potilasta. Tehtiin kahdessa eri ympäristössä; vanhainkodissa (28) , keski-iältään 86,7 vuotta. Kotihoidossa (81), keski-iältään 77,5 vuotta	Aluksi hoitajat täyttivät kyselylomakkeen liittyen hoidonantajan ominaispiirteisiin. Sen jälkeen videoitiin 181 hoitotilannetta valvotulla kameralla. Nämä nauhoitukset tutkijat analysoivat systemaattisesti tehden havaintoja potilaan ja hoitajan välisestä vuorovaikutuksesta. Lisäksi potilaat antoivat tutkijoille tietoa demograafisista piirteistään tapaamisessa videoinnin jälkeen. Hoitajat täyttivät nauhoituksen jälkeen tilannemuuttujiin liittyvän kyselylomakkeen. Tarkkailuohjelma oli kolmiosainen: verbaalinen- ja non-verbaalinen kommunikointi sekä ilmapiiri hoitotapahtuman aikana. Lisäksi kaksi tarkkailijaa teki tallenteista systemaattisia havaintoja	Hoitajien koulutustaso oli erittäin vahvasti yhteydessä siihen tapaan, jolla hoitajat kommunikoivat iäkkäiden potilaidensa kanssa	Tutkimustuloksista ilmeni, että hoitajien verbaalisella kommunikaatiolla oli tuskin lainkaan yhteyttä potilaan ominaispiirteisiin kuten ikään vaan hoitajat kommunikoivat samalla tavalla riippumatta näistä tekijöistä

Tekijä(t), vuosi, maa jossa tutkimus tehty	Tarkoitus	Kohderyhmä(otos)	Aineiston keruu ja analysointi	Päätulokset	Huomattavaa
Fagermoen, May Solveig - Hamilton, Glenys 2005 Norja	Kuvata potilaiden kokemuksia sairaalassa olosta ja omahoidosta heidän palattua kotiin.	Tutkimus toteutettiin kahdella sairaalan urologisella osastolla Norjassa vuosina 1999-2003. Potilaita oli 99 ja heistä suurin osa oli miehiä (81%), keski-iältään 71,9 vuotta ja heidän sairaalashoito kesti alle 4 vuorokautta. Osa potilaista (70) sai vihkosen kotiutuessaan ja osa ei. Vihkosen saaneet arvioivat sen hyödyllisyyttä kotiutumisessa.	Tutkimusryhmä kehitti uuden kyselylomakkeen potilaille sekä kotiutusvihkosen.	Tämän tutkimuksen tulokset ovat vahva peruste suullisen ja kirjallisen tiedon yhdistämiseen kotiutuksessa. Tiedon tulisi olla erityisesti kotiolosuhteisiin kohdistettua, kirjoitettu yleiskielellä. Sen tulisi käsitellä sitä, mitä tavallisesti tapahtuu kotiutuksen jälkeen tai mitä muutoksia tapahtuu päivittäisissä toiminnoissa. Kotitutuskeskustelu sairaanhoitajan kanssa yhdistettynä kirjalliseen tietoon vaikuttaa myönteisesti potilaan omahoitoon.	Standardoidun kirjallisen tiedon ja sairaanhoitajan kanssa käydyn keskustelun yhdistämisellä näyttäisi olevan merkittävä vaikutus potilaisiin, kun he palaavat kotiin. Keskusteluissa voitiin keskittyä yksilöllisiin tarpeisiin ja asioita toistettiin ja merkittävä oppiminen oli mahdollista. Yhdistetty suullinen ja kirjallinen tieto stimuloivat kahta eri havaitsemiskanavaa- silmiä ja korvia- jolloin viestin havaitseminen vahvistuu. Kun potilaille annetaan tulostettua materiaalia, he voivat sisäistää asioita omaan tahtiinsa ja materiaaliin voi palata myöhemmin.

Tekijä(t), vuosi, maa jossa tutkimus tehty	Tarkoitus	Kohderyhmä(otos)	Aineiston keruu ja analysointi	Päätulokset	Huomattavaa
Frank, Deborah I. 2003 Amerikka	Kommunikoinnin tutkiminen iäkkään potilaan ja hoidon tarjoavan sairaalan kanssa sekä sen vaikutusta itsehoitoon	Neljä ryhmää jotka jaettiin 6-8 jäseneen n = 28. Miehiä 9 ja naisia 19. Iältään 64 - 86.	Ryhmäkeskustelut nauhoitettiin ja kirjoitettiin auki . Tulosten ryhmittely kvalitatiivisin menetelmin.	- Potilaat halusivat hoidolta yksilöllisyyttä, riittävää informaatiota itsehoitoa varten -Lisäksi he tahtoivat tuntea itsensä kunnioitetuiksi hoitohenkilökunnan taholta	- Tehokas ja hyvä kommunikointi potilaan ja hoitajan välillä vaikuttaa oleellisesti potilaan toipumiseen - Vanhempien potilaiden kanssa kommunikoidessa on tärkeää ottaa huomioon kuulo- ja näköongelmat -Potilaan koulutustaso vaikuttaa oleellisesti kommunikointiin -Vanhemmat potilaat ovat hitaampia oppimaan uusille tavoille

Tekijä(t), vuosi, maa jossa tutkimus tehty	Tarkoitus	Kohderyhmä(otos)	Aineiston keruu ja analysointi	Päätulokset	Huomattavaa
Houde, Susan Crocker - Huff, Martha A. 2003 Amerikka	Artikkelin tarkoituksena oli käydä läpi suurempia syitä iäkkään ihmisen näköhäiriöihin. Tarkoituksena oli myös käydä läpi kirjallisuutta ikääntymiseen liittyvistä näköhäiriöistä sekä olosuhteita jotka aiheuttavat haasteita gerontologiselle sairaanhoitajalle sekä tutkimukselle.		Kirjallisuuskatsaus	Sairaanhoitajan tulee olla tietoinen näkövammaisuutta aiheuttavista tekijöistä, yksittäisten ihmisten ja perheiden huolista ja tiedosta, joka on näkövammaisten käytettävissä. Erittäin tärkeää on antaa tukea, kertoa potilaalle ja perheelle diagnoosista ja hoidosta ja auttaa potilasta valmistautumaan ja sopeutumaan näkökyvyn asteittain etenevään heikkenemiseen. Neljä yleisintä syytä iäkkäiden ihmisten näköhäiriöihin ovat silmänpohjan ikärappeuma, glaukooma, kaihi ja diabeteksen aiheuttama verkkokalvosairaus	Kun näkövammaisia ja heidän perheitään kannustetaan ottamaan yhteyttä saatavilla oleviin palveluihin, he voivat saada tietoa joka helpottaa näkövammaisuuteen sopeutumisessa. Gerontologisen Sairaanhoitajan tulee arvioida kaikkien potilaiden uudet ja etenevät näkövammaoireet ja suositella säännöllisiä silmätarkastuksia. Ikääntyneille suositellaan vuosittaisia lääkärintarkastuksia ja liikkumiskyvyn arviointeja. Yksinäisyyden torjumiseksi hoitajan tulisi olla aktiivisesti mukana arvioimassa ikääntyneiden tukiverkoston kokoa ja riittävyyttä. Ikääntyneille voi sopia myös keskusteluryhmät tai tukiryhmät yksinäisyyden torjumiseksi.

Tekijä(t), vuosi, maa jossa tutkimus tehty	Tarkoitus	Kohderyhmä(otos)	Aineiston keruu ja analysointi	Päätulokset	Huomattavaa
Isola ym. 2006 Suomi	Kuvata iäkkäiden potilaiden kokemuksia erikoissairaanhoidossa saamansa potilasohjauksen edellytyksistä, toiminnasta ja hyödystä	Yliopistollisen sairaalan eri osastoilla ja poliklinikoilla hoidettuja 65-vuotiaita. Systemaattisella satunnaisotannalla valikoitui 2071 potilasta joista 203 vastasi kyselyyn. Valintakriteereinä olivat vähintään 65 vuoden ikä, kyky vastata itsenäisesti kyselylomakkeeseen ja että kotiutuspäätös oli jo tehty	- Aineiston keruu strukturoidulla kyselylomakkeella. - Määrällinen aineisto analysoitiin SPSS-ohjelmalla - Laadullinen aineisto analysoitiin induktiivisella sisällön analyysillä.	- Johtopäätöksissä todettiin että ohjaus toteutettiin hyvin. Valtaosa tutkittavista, 86%, koki ohjaustilanteen ilmapiirin asiantuntevaksi, luotettavaksi 83%, miellyttäväksi 83%. Henkilökohtaiseen ohjaukseen oli tyytyväisiä 85% tutkittavista. Puutteita ilmeni yksilöllisyydessä, kannustavuudessa ja ohjausmenetelmien sekä materiaalin käytössä. Lisäksi iäkkäät kokivat vieraspäräisten sanojen käyttämisen ohjauksessa vaikuttavan hoitoon sitoutumiseen	- Vanhenemiseen liittyvät erityispiirteet kuten heikentyneet aisti- ja muistitoiminnot jäivät osittain huomioimatta. - Ohjauksen laadun kannalta tärkeitä tekijöitä ovat tilan rauhallisuus, koko ja valaistus sekä mukavuus - Iäkkään potilaan ja ohjaajan välinen vuorovaikutustilanteessa korostuvat iäkkään kunnioittaminen, tiedonannon rehellisyys, yksilöllisyys, huumorin käyttö sekä aito kuunteleminen - Ohjauksen ymmärrettävyyttä lisää selkeän ja ei -lääketieteellisen sekä konkreettisten hoitovälineiden käyttö ohjaustilanteessa - Kirjallisella materiaalilla ja ohjauksen toistettavuudella tuetaan iäkkään ohjausta

Tekijä(t), vuosi, maa jossa tutkimus tehty	Tarkoitus	Kohderyhmä(otos)	Aineiston keruu ja analysointi	Päätulokset	Huomattavaa
Kääriäinen ym. 2005 Suomi	Tarkoituksena oli selvittää potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta	Yhden sairaalan asiakkaat, 2071 joista vastasi 844 joista 466 ja miehiä 363 Ikäjakauma alle 19- vuotiasta yli 65 vuotiaisiin	Aineisto kerättiin tutkimusta varten kehitetyllä mittarilla. Strukturoitujen kysymysten vastaukset analysoitiin tilastollisesti ja strukturoimattomien sisällön analyysillä	- Ohjaus oli pääasiassa asiakaslähtöistä. Yli 65- vuotiaat arvioivat ohjausilmapiirin sekä ohjauksen vaikuttavuuden paremmaksi kuin nuoremmat. Ohjauksen ongelmina koettiin ajan puute, henkilökunnan asennoituminen ohjaukseen sekä keskustelumahdollisuuden puuttumisen	- Potilaat toivoivat suullisien ohjeiden tueksi audiovisuaalista ohjausta väärinkäsitysten välttämiseksi - Potilaiden arvioiden mukaan ohjaus ei ole vaikuttanut omaisten tiedon saantiin - Potilaat odottavat kuuntelemista, kannustusta, mahdollisuutta ilmaista sairauteen liittyviä tunteitaan - Potilaat toivoivat saavansa palautetta

Tekijä(t), vuosi, maa jossa tutkimus tehty	Tarkoitus	Kohderyhmä(otos)	Aineiston keruu ja analysointi	Päätulokset	Huomattavaa
Purdie Nola, Boulton-Lewis Gillian 2003 Australia	Tarkoituksena tutkia iäkkäiden ihmisten elämässä ilmeneviä käytännön oppimisen ongelmia ja niiden mahdollisia ratkaisuja	Tutkimus oli kaksivaiheinen ensimmäisessä osiossa haastateltiin 17 iäkästä ihmistä (70 – 82v) naisia oli yhdeksän ja miehiä kahdeksan Toisessa osiossa haastateltiin ensimmäisen tutkimuksen tulosten perusteella 160 iäkästä ihmistä	Puoli strukturoidun haastattelun perusteella aineisto analysoitiin jatkuvan vertailevan sisällön analyysillä	Ensimmäisessä tutkimuksessa suurimmat käytännön ongelmat liittyivät tietokoneenkäyttöön pankkiautomaatin käyttöön ja kaikkeen kodin elektroniikkaan liittyvään Terveydelliset seikat jotka vaikuttivat yllä oleviin ongelmiin olivat näkökykyyn liittyvät ja fysiologiset ongelmat (selkä, polvi ym.) sekä käytännön asioista huolehtineen puolison kuolema. Toisen tutkimuksen laaja otanta vahvisti ensimmäisen tutkimuksen tuloksia	Vaikka suurimmat ongelmat liittyivät tietokoneen ja pankkiautomaatin käyttöön ja kodinelektroniikkaan iäkkäät eivät olleet niistä huolissaan vaan suurin huoli liittyi liikkumiseen (taksi ja yleisiin kulkuneuvoihin meno) ja omaan terveyteen sekä turvallisuuteen. Iäkkäät hyväksyivät ikään liittyvät muutokset kuten muistin ja näkökyvyn heikkenemisen