

Saimaan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala Lappeenranta
Hoitotyön koulutusohjelma

Jaana Valtonen

POTILAAN OHJAUS
– **SYSTEMAATTINEN KIRJALLISUUSKATSAUS**
SISÄTAUTIPOTILAAN JA HOITAJAN
NÄKÖKULMASTA

Opinnäytetyö 2010

ABSTRACT

Jaana Valtonen

Patient Education- a Systematic Literature Review about Internal Medicine Patients and the Nurses' Perspective, 44 pages

Saimaa University of Applied Sciences, Lappeenranta

Health Care and Social Services, Degree Programme in Nursing

Bachelor's Thesis 2010

Instructor: Principal Lecturer Dr. Päivi Löfman

The purpose of this thesis was to find out internal medicine patients' and internal medicine nurses' experiences in patient education in the hospital. By "nurses" in this thesis means nurses who work in the hospital, radiographers, laboratory nurses, and physiotherapists. The intention was to find out what kinds of good aspects were included in patient education, and also what kinds of deficits were revealed.

The thesis was done as a literature review. Information retrieval was accomplished in January of 2010 from the databases Aleksi, Arto and Linda. Keywords used were "potilas" or "patient" and "ohjaus" to cover "patient education". The final material for this project was formed from eight studies; two dissertations, five master's theses, and one article.

Patient education is used in nurses' work every day. What kind of education is needed in different situations depends on the contexts and individuals. The intention is to improve patients' health. In the education situation, the nurse has to have interaction skills, know the patient's situation, and has to know how to estimate the patient's learning skills. The nurse's skill as an educator must also be understood. The nurse must also have skills to reflect on education from philosophical and ethical viewpoints.

According to the patients, the best aspects in patient education were practical applications, verbal and written instruction together, and repeating the instructions. Patients were mainly happy about life style education. They found that nurses often had many questions for them, but that they also had time to ask their own questions of the nurse. According to the results, if education is successful, it helps patients to get better. Results also reveal that nurses' knowledge about patient education and about drug treatment were not always sufficient. Patients did not feel they got enough emotional support. Nurses didn't use or didn't know how to use different methods of giving instructions. Nurses also seemed to use information gained from working experience, rather than evidence based research.

This study revealed many good things and also some deficits in patient education. Reasons for the problems might include hastiness, not using enough scientific information, and patients and nurses not planning the education together. As a follow-up research theme, it might be good to review this subject from the point of view of the families. The results of this project may be used in practice, especially in hospital nursing care and in nursing education.

Keywords: Internal Medicine Patient, Nurse, Patient Education

TIIVISTELMÄ

Jaana Valtonen

Potilaan ohjaus- systemaattinen kirjallisuuskatsaus sisätautipotilaan ja hoitajan näkökulmasta, 44 sivua

Saimaan ammattikorkeakoulu, Lappeenranta

Sosiaali- ja terveystieteiden koulutusohjelma

Opinnäytetyö 2010

Ohjaaja: yliopettaja Päivi Löfman, Saimaan ammattikorkeakoulu

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää aikuisten sisätautipotilaiden ja sisätautiosastolla tai -poliklinikalla työskentelevien hoitajien ohjauskokemuksia sairaalassa. Hoitajilla tässä työssä tarkoitettiin sairaanhoitajia, röntgenhoitajia, laboratoriohoitajia ja fysioterapeutteja. Tavoitteena oli selvittää, millaisia hyviä asioita potilaan ohjaus piti sisällään sekä millaisia epäkohtia siitä ilmeni.

Opinnäytetyö toteutettiin systemaattisena kirjallisuuskatsauksena. Tiedonhaku suoritettiin tammikuussa 2010 tietokannoista Aleksis, Arto ja Linda. Hakusanoina käytettiin potila? ja ohjau?, ja haku rajattiin vuosiin 2007–2009. Lopullisen aineiston työhön muodosti kahdeksan tutkimusta, joista kaksi oli väitöskirjaa, viisi pro gradu tutkimusta ja yksi artikkeli.

Potilaan ohjaus on käytännön hoitotyön arkipäivää. Se on konteksti- ja henkilösidonomainen ilmiö, jonka tavoitteena on edistää potilaan terveyttä. Ohjaustilanteessa sairaanhoitajalta edellytetään vuorovaikutustaitoja, perehtymistä ohjattavan tilanteeseen ja kykyä arvioida potilaan oppimista ja itseään ohjaajana. Lisäksi sairaanhoitajalta vaaditaan kykyä ohjauksen filosofiseen ja eettiseen pohdintaan.

Potilaan ohjauksen käytännönläheisyys, suullisten ja kirjallisten ohjeiden yhdistelmä ja ohjeiden kertaaminen, olivat potilaiden kokemusten mukaan paras ohjausmenetelmä. Elintapoihin liittyvään ohjaukseen oltiin pääosin tyytyväisiä. Vaikka ohjaustilanteessa usein hoitaja esitti enemmän kysymyksiä, oli potilailla kokemus, että heille annettiin riittävä mahdollisuus kysymysten esittämiseen. Tulosten mukaan onnistunut ohjaus korreloi paranemista. Työn keskeisistä tuloksista kävi ilmi, että hoitajien tiedot ohjattavasta asiasta ja siihen liittyvästä lääkehoidosta olivat osin puutteellisia. Myöskään potilaiden samaa emotionaalinen tuki ei ollut riittävää. Eri ohjausmenetelmien käyttö ja hallinta oli melko vähäistä. Tieteellistä tietoa ei juurikaan käytetty ohjauksen perustana, vaan tiedot saatiin pääasiassa työkokemuksesta.

Tuloksista voidaan päätellä, että potilaan ohjaus sisältää sekä hyviä tekijöitä että epäkohtia. Syinä epäkohtiin voidaan nähdä ajan puute, tutkitun tiedon vähäinen käyttö käytännön hoitotyössä sekä ohjaajan ja ohjattavan yhteistyön vähäisyys ohjauksen suunnittelussa. Jatkotutkimusaiheiksi ehdotetaan aiheen tarkastelua omaisten näkökulmasta ja aiheen tarkastelua avoterveydenhuollossa, eri ohjausmenetelmien tutkimista sekä ohjauksessa ilmenneiden puutteiden tutkimista. Tuloksia voidaan hyödyntää käytännön hoitotyössä, erityisesti erikoissairaanhoidossa sekä hoitoalan koulutuksessa.

Asiasanat: sisätautipotilas, hoitaja, potilaan ohjaus

SISÄLLYS

1 JOHDANTO.....	5
2 POTILAAN OHJAUS	7
2.1 Ohjaus- käsitteen määrittely.....	7
2.2 Potilaan ohjausta tukeva lainsäädäntö.....	8
2.3 Hoitotieteen teoreetikoita ja eri näkökulmia ohjaukseen.....	10
2.3.1 Florence Nightingale ja potilaan toiveiden täyttäminen.....	10
2.3.2 Hildegard Peplau ja tiedon antaminen.....	11
2.3.3 Virginia Henderson ja potilaan tarpeiden huomioiminen....	11
2.3.4 Dorothea Orem ja itsehoitoteoria.....	12
2.3.5 Imogene King ja vuorovaikutus.....	12
3 SAIRAANHOITAJA OHJAAJANA.....	13
4 OPINNÄYTETYÖNTYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT.....	15
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS.....	16
5.1 Tutkimusmenetelmä.....	16
5.2 Tiedonhaun suunnittelu.....	18
5.3 Tiedonhaku.....	19
5.4 Aineiston analyysi ja tulosten raportointi.....	21
6 TUTKIMUSTULOKSET.....	23
6.1 Potilaiden ohjaukokemukset.....	23
6.1.1 Ohjauksen sisältö ja hoitajien tietotaidot.....	23
6.1.2 Taidot ohjaustarpeen ajoitukseen.....	25
6.1.3 Käytetty ohjausmenetelmä.....	26
6.1.4 Ohjauksen onnistuminen.....	27
6.2 Hoitajien ohjaukokemukset.....	28
6.2.1 Ohjauksen sisältö ja hoitajien tietotaidot.....	28
6.2.2 Taidot ohjaustarpeen arviointiin ja ajoitukseen.....	31
6.2.3 Tietolähteet ohjauksessa.....	31
6.2.4 Käytetty ohjausmenetelmä ja resurssit.....	32
6.2.5 Hoitajien asenteet.....	33
7 POHDINTA.....	34
7.1 Tutkimustulosten tarkastelu.....	34
7.2 Eettisyys ja luotettavuus.....	38
7.4 Jatkotutkimusaiheet ja tulosten hyödynnettävyys.....	40
LÄHTEET.....	42

KUVIOT

Kuvio 1 Tiedonhakuprosessin eteneminen, s. 20

1 JOHDANTO

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tarkastella aikuisten sisätautipotilaiden ja sisätautiosastolla tai -poliklinikalla työskentelevien hoitajien kokemuksia ohjauksesta sairaalassa. Kahden eri näkökulman avulla on mahdollista nostaa esille enemmän ohjauksen sisältämiä hyviä tekijöitä ja niitä tekijöitä, jotka ohjauksessa mahdollisesti jäävät puutteellisiksi. Aihe on rajattu koskemaan sisätautipotilaita, koska he ovat iso potilasryhmä, joka saa ja tarvitsee paljon ohjausta sairautensa aikana. Sisätaudit ovat usein pitkäaikaissairauksia, joiden kanssa potilaan on opittava elämään. Työssä käsitellään nimenomaan sairaalassa saatua ohjausta, koska sen turvin potilas jatkaa usein ensimmäistä kertaa hoitoaan itsenäisesti kotona. Koska ohjattavat potilaat ovat usein iäkkäitä, korostuu ohjauksen merkitys entisestään.

Ohjaus on hoitotyön arkipäivää (Risikko 2008) ja sen tulee olla yhtä laadukasta kuin muutkin hoitotyön osa-alueet (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 21). Sen päämääränä on auttaa potilasta terveyden edistämässä (Vihijärvi 2006). Onnistunut ohjaus parantaa tutkitusti hoitotuloksia (Nylen, Tervonen & Leino 2009, 2546). Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrää, että terveydenhuollon ammattihenkilön on annettava potilaalle tämän terveydentilaa koskeva selvitys siten, että potilas ymmärtää sen sisällön (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 5§ 785/1992).

Laadukkaan ohjauksen on havaittu edistävän potilaan terveyttä. Onnistuneella ohjauksella on vaikutusta asiakkaan fyysiseen, psyykkiseen ja sosiaaliseen toimintakykyyn. Yksilötasolla tarkasteltuna ohjauksen vaikuttavuus on potilaan kokemus saaduista tiedoista ja taidoista. Yhteisötasolla vaikuttavuus on kansanterveydellisiä ja –taloudellisia etuja, ja ohjauksesta on yhteiskunnallista hyötyä. Ohjauksen on todettu vähentävän sairauteen liittyviä oireita, lisäsairauksia, sairauspäiviä, hoitokäyntejä ja lääkkeiden käyttöä. Lisäksi hoidon seuranta on tehostunut ohjauksen myötä. (Kyngäs ym. 2007, 145.)

Aihe on ajankohtainen sairaalajaksojen jatkuvasti lyhetyssä ja hoidon näin jäädessä enemmän määrin potilaiden itsensä vastuulle. Potilaat tarvitsevat välttämättä riittävää ohjausta kyetäkseen takaamaan hoidon jatkuvuuden. Sairaanhoidajan työssä potilaan ohjaus on aina osa työtä. Se on tutkimusaiheena mielekäs, koska se tulee hyödyttämään minua sairaanhoidajana tulevasta työpaikasta riippumatta. Uskon sen avulla saavani itselleni paremmat valmiudet ohjaajana. Olen myös havainnoinut käytännössä sairaanhoidajilla olevan hyvin erilaisia ohjausvalmiuksia, ja tämä on osaltaan antanut minulle syyn tarkastella aihetta lähemmin.

Opinnäytetyö on toteutettu systemaattisena kirjallisuuskatsauksena. Axelinin & Pudas-Tähkän (2007, 46) mukaan kirjallisuuskatsaus on tiedon kokoamista ja synteisien tekemistä jo olemassa olevista tutkimuksista. Se on itsenäinen tutkimus, jonka päämääränä pidetään tutkimuksen toistettavuutta ja virheettömyyttä. Huolimattomasti tehdyllä kirjallisuuskatsauksella ei ole arvoa hoitotyön ja hoitotieteen kehittämisen kannalta tulevaisuudessa.

Työn teoriaosuus sisältää potilaan ohjaus-käsitteen määrittelyä. Tämä haluttiin tuoda työssä esiin, koska Kyngäksen ym. (2007) ja Kääriäisen (2008, 10) tutkimuksista käy ilmi, että käsite on hyvin moninainen. Vihijärvi (2006) & Kääriäinen (2007) toteavat, että ohjausta on tutkittu paljon, mutta teoreettisen tiedon yhdistämistä toisiinsa hankaloittaa käsitteen moninaisuus. Ohjaus on määritelty muun muassa vuorovaikutussuhteessa rakentuvaksi, aktiiviseksi ja tavoitteelliseksi toiminnaksi. Ohjaus on sidoksissa potilaan taustatekijöihin.

Teoriaosuudessa tuodaan esiin hoitotieteen teoreetikoiden teorioita. Työhön valittiin tietoa Nightingalen, Peplaun, Oremin, Henderssonin ja Kingin teorioista, koska niiden sisällössä käsitellään potilaan ohjausta. Heidän työstään juontaa juurensa se, mitä potilaan ohjaus on tänä päivänä. Marriner-Tomeyn (1994) mukaan Oremin itsehoitoteoriassa opettaminen ja ohjaus ovat keskeisiä hoitotyön menetelmiä. Nightingalen aikaan potilas oli vielä passiivinen sairaanhoidajan toimenpiteiden ja ympäristön vaikutusten kohde.

2 POTILAAN OHJAUS

2.1 Ohjaus- käsitteen määrittely

Terveydenhuoltohenkilöstö toivoo ohjaus-käsitteelle selkeämpää määrittelyä (Kyngäs, Kääriäinen, Torppa & Ukkola 2006, 10). Vaikka ohjausta on tutkittu paljon, eivät tulokset anna selkeää kuvaa ohjauksesta. Teoreettisen tiedon yhdistämistä toisiinsa vaikeuttaa ohjaus-käsitteen moninaisuus (Kääriäinen 2008, 10). Ohjauksen kehittämisen kannalta on ongelmallista se, ettei ohjauksen laadulle ole olemassa yleisesti hyväksytyjä kriteerejä (Kyngäs ym. 2007).

Nuutinen ja Raatikainen (2005, 139) toteavat tutkimuksessaan, että ohjaus on osin määritelty kapea-alaisesti. Näin ollen käsitteen käyttö tutkimuksissa voi heikentää tutkimuksen luotettavuutta. Väisänen (2003) toteaa ohjauksen olevan monimutkaista sosiaalista vuorovaikutusta, jota jatkuvasti rakennetaan.

Ohjaus voidaan määritellä vuorovaikutussuhteessa rakentuvaksi, aktiiviseksi ja tavoitteelliseksi toiminnaksi, joka on sidoksissa potilaan ja hoitajan taustatekijöihin ja joka on asianmukaisin resurssein toteutettua, vaikuttavaa ja riittävää. Molemmilla osapuolilla voi olla erilaisia käsityksiä siitä, millaista ohjauksen tulisi olla (Väisänen 2003; Kääriäinen 2007). Myös Vihijärven (2006) mukaan ohjaus määräytyy potilaan taustatekijöiden mukaan. Kyngäs ym. (2007, 21) toteavat myös hoitajan taustatekijöiden olevan sidoksissa laadukkaaseen ohjaukseen.

Hoitotieteessä ohjaus voidaan määritellä monitahoiseksi ja tilannesidonnaiseksi ilmiöksi. Ohjaus on tarkoittanut eri asioita sen mukaan, missä käyttöyhteyksissä ja minä aikana sitä on käytetty (Kyngäs & Kääriäinen 2006). Ohjaajan roolit, sekä ohjaukselle asetetut tavoitteet ja tehtävät voivat vaihdella ohjattavan tarpeiden ja kehittymisen mukaan (Väisänen 2003).

Ohjausta on käytetty rinnakkaiskäsitteenä tiedon antamisen, opetuksen ja neuvonnan kanssa. Ne kuitenkin eroavat toisistaan jossain määrin. Opetus on suunniteltua toimintaa, joka vaikuttaa ihmisen käyttäytymiseen, ja ohjaus on sitä edeltävää toimintaa. Siinä asiakas yhdessä hoitajan kanssa selkiyttää tilannettaan, jotta hänen ongelmaansa pystytään kehittämään ratkaisu ja asiakas on halukas oppimaan. Neuvonnasta ohjaus eroaa niin, että siinä pidättäytytään suorien neuvojen antamisesta. Neuvonta on enemmän kirjallisen materiaalin käyttöä ja vuorovaikutus on vähäisempää, (Kyngäs & Kääriäinen 2005, 253) eikä neuvonnassa ohjaajan ja ohjattavan suhde ole tasa-arvoinen (Vihijärvi 2006, 8).

Ohjauksessa siis, verrattuna sen lähikäsitteisiin, on kyse asiantuntijuuden tasavertaisuudesta. Siinä autetaan tekemään valintoja ilman suorien neuvojen antamista. Ohjaus on lisäksi lähikäsitteitään enemmän kontekstisidonnaista. (Kyngäs & Kääriäinen 2005, 253). Ohjaus sisältää asiakkaan tarpeiden mukaan kaikki sosiaalisen tuen muodot. Näitä ovat emotionaalinen, käytännöllinen, tiedollinen ja tulkintatuki (Kyngäs ym. 2007).

Potilasohjaus on hoitotyön käytännön arkipäivää. Se on keskeinen osa kaikkien potilasryhmien hoitoa. Ohjauksen avulla potilas saa tarvitsemansa tiedon ja taidon löytääkseen voimavaransa elämänhallintaan. (Risikko 2008.)

Ohjaus on yksi hoitotyön menetelmä (Vihijärvi 2006, 6) ja sen tulee olla yhtä laadukasta, kuin kaikki muutkin potilaan hoitotyön osa-alueet (Kyngäs ym. 2007, 21). Sen päämääränä on auttaa potilasta edistämään terveyttään, parantamaan sairauttaan tai selviytymään siitä ja auttaa kuoleman lähestyessä (Vihijärvi 2006, 6).

2.2 Potilaan ohjausta tukeva lainsäädäntö

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) määrää, että potilaalle on annettava selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoitamisestaan.

Selvitystä ei kuitenkaan tule antaa vastoin potilaan tahtoa tai silloin, kun on ilmeistä, että selvityksen antamisesta aiheutuisi vakavaa vaaraa potilaan terveydelle tai hengelle.

Terveydenhuollon ammattihenkilön on annettava selvitys siten, että potilas riittävästi ymmärtää sen sisällön. Jos ei terveydenhuollon ammattihenkilö osaa potilaan käyttämää kieltä, tai potilas ei aisti- tai puhevian vuoksi voi tulla ymmärretyksi, on tulkitsemisesta huolehdittava mahdollisuuksien mukaan. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.)

Potilaan ohjaaminen oikeudellisissa asioissa kuuluu potilasasiamiehen tehtäviin. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) määrää, että terveydenhuollon toimintayksikölle tulee nimetä potilasasiamies. Potilasasiamies voi olla kahden tai useamman toimintayksikön yhteinen. Potilasasiamiehen tehtävänä on neuvoa potilaita lain soveltamiseen liittyvissä asioissa ja avustaa potilaita lakiin liittyvissä asioissa. Lisäksi potilasasiamiehen tulee tiedottaa potilasta tämän oikeuksista ja toimia muutenkin niin, että toiminnallaan edistää ja toteuttaa potilaan oikeuksia.

Hoitaja, joka antaa potilaalle ohjausta, saa tietoonsa salassa pidettäviä asioita. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (653/2000) takaa, että jokaisella potilaalla on oikeus yksityisyyteen. Tämä sisältää mahdollisuuden rajoittaa terveydentilaansa koskevien tietojen saatavuutta. Terveydenhuollon ammattihenkilö ei saa antaa sivulliselle ilman lupaa yksityisen henkilön tai perheen salaisuutta, josta hän asemansa tai tehtävänsä perusteella on saanut tiedon. Myös potilasasiakirjoihin sisältyvät tiedot ovat salassa pidettäviä. Terveydenhuollon ammattihenkilö tai muu toimintayksikössä työskentelevä henkilö ei saa antaa sivullisille potilasasiakirjoihin sisältyviä tietoja ilman potilaan kirjallista suostumusta. Sivullisilla tarkoitetaan muita, kuin potilaan hoitoon osallistuvia henkilöitä. Lähiomaisille tietoja voidaan antaa, jos potilas on tajuton tai kuollut, ellei ole syytä olettaa, että potilas tämän kieltäisi. Salassapitovelvollisuus säilyy ammatinharjoittamisen päättymisen jälkeen.

2.3 Hoitotieteen teoreetikoita ja eri näkökulmia ohjaukseen

Aiemmin ohjauksen perustana ovat olleet ongelmien diagnoosi, ohjattavan yksilökohtaisuus, ohjattavan passiivisuus ja ohjaajan asiantuntijuus. Ohjauskäsitettä käytetään paljon hoitotieteessä ja hoitotyössä. Kuitenkin yhteiskunnalliset, ammatilliset ja teoreettiset muutokset ovat aiheuttaneet epäselvyyttä siitä, mitä ohjaus on (Kyngäs & Kääriäinen 2005, 251). Aikaisemmin siinä ovat korostuneet asiakkaan passiivinen rooli ja hoitajan asiantuntijuus. Nykyisin ohjauksen ajatellaan olevan enemmän asiakkaan tukemista elämänsä parantamiseen (Kyngäs ym. 2007). Seuraavien lukujen tarkoituksena on selkiyttää, mistä potilasohjaus on lähtöisin, ennen kuin se on kehittynyt sellaiseksi, kuin se tänä päivänä on. Jokainen seuraavista teoreetikoista näkee potilasohjauksen omalla tavallaan ja jokainen on kirjoittanut teoriansa omana aikanaan.

2.3.1 Florence Nightingale ja potilaan toiveiden täyttäminen

Sairaanhoitajan roolit terveyskasvattajana ja opettajana olivat 1800-luvulla hyvin tärkeitä. Potilasta pidettiin passiivisena sairaanhoitajan toimenpiteiden ja ympäristön vaikutusten kohteena. Potilas teki sen, mitä hänen odotetaan tekevän. Kuitenkin potilaan oletettiin haluavan tulla terveeksi niin, että sairaanhoitaja, luonto ja ihminen itse voisivat yhdessä luoda mahdollisuudet korjaavan tapahtuman toteutumiseksi. Teoriassa korostetaan raittiin ilman, valon, lämmön, puhtauden, hiljaisuuden ja oikean ruokavalion merkitystä. Tämä kaikki ohjataan kuitenkin toteuttamaan niin, että potilaan voimavaroja kuluisi mahdollisimman vähän. (Nightingale 1960.)

On pohdittu, että Nightingalen käsitys hoitotyöstä hengellisenä kutsumuksena sai hänet sijoittamaan potilaan jopa lapsenomaiseen rooliin, jossa sairaanhoitaja täyttää kaikki hänen toiveensa. Nykypäivänä potilaan passiivisuus tuntuu puutteelta hänen teoriassaan. Se selittyy sillä, että hän eli ja kirjoitti 1800-luvulla. (Marriner-Tomey 1994, 77.)

2.3.2 Hildegard Peplau ja tiedon antaminen

Peplau (Sarvimäki & Stenbock-Hult 1996, 169) korosti 1900- luvun puolivälissä sairaanhoitajan roolia opettajana. Hän näki sairaanhoitajan työn erottamattomana osana potilaan ohjaamisen ja opettamisen. Hän määrittäi yhdeksi sairaanhoidon tehtäväksi auttaa potilasta kehittämään älyllisiä ja sosiaalisia taitojaan niin, että ne ovat paremmat kuin potilaan sairastuessa.

Määrittäessään sairaanhoitajan rooleja Peplau (Marriner-Tomey 1994, 318) kuvaili yhdeksi rooliksi tiedonantajan roolin. Tässä roolissa sairaanhoitajan tehtävä oli antaa potilaalle täsmällisiä vastauksia tämän kysymyksiin hoidostaan ja terveydentilastaan sekä selittää potilaalle hoitoa ja hoitosuunnitelmaa. Ohjaajan roolissa sairaanhoitajan suhde potilaaseen toteutui sen kautta, miten sairaanhoitaja reagoi potilaan tarpeisiin.

Peplaun (Marriner-Tomey 1994, 318) mukaan sairaanhoitajan rooli opettajana lähti siitä, mitä potilas jo tietää ja miten paljon hän kykenee ja haluaa tietää. Peplau jakoi opettajan roolin opettajakeskeiseen opettamiseen, joka muodostui suurelta osin tiedon antamisesta sekä kokemuseräiseen opettamiseen, joka perustui oppijan kokemuksiin ja oppimistuloksiin.

2.3.3 Virginia Henderson ja potilaan tarpeiden huomioiminen

Virginia Henderson (Sarvimäki & Stenbock-Hult 1996, 169) jakoi 1900- luvun puolivälin jälkeen hoitotyön 14:ään eri tehtävään, joista yksi oli auttaa potilasta oppimaan. Hänen mukaansa opettaminen oli osa kaikkea, mitä hoitaja teki. Opetus voi antaa potilaalle tilaisuuden oppia sairautensa kautta elämään täydellisempää elämää.

Terveydeksi Henderson (Marriner-Tomey 1994, 98–107) määrittäi ihmisen kyvyn suoriutua hoitotyön 14 osa-alueesta ilman apua. Hoitotyön hän puolestaan määrittäi terveyteen tähtävien toimintojen suorittamiseksi. Potilasta oli autettava tavalla, joka auttoi häntä saavuttamaan riippumattomuutensa muiden avusta mahdollisimman nopeasti.

Hendersonin (Marriner-Tomey 1994, 98–107) mukaan hoitaja ja potilas laativat yhdessä potilaan hoitoa koskevan suunnitelman. Sairaanhoitajan oli kyettävä arvioimaan potilaan tarpeita ja tavoitteita ja ohjaamaan potilasta niiden saavuttamisessa. Oli hyödyllisempää neuvoa ja opettaa jokaista ihmistä säilyttämään terveytensä, kuin kouluttaa erilaisia terapeutteja kriiseihin joutuneiden avuksi.

2.3.4 Dorothea Orem ja itsehoitoteoria

Dorothea Orem (Marriner-Tomey 1994, 177–185) muotoili teoriansa 1970-luvun alussa. Hänen kehittämässään itsehoitomallissa opetuksella ja ohjauksella oli suuri merkitys. Opettaminen ja ohjaaminen olivat hänen teoriassaan keskeisiä hoitotyön auttamismenetelmiä.

Oremin itsehoitoteorian mukaan silloin, kun potilaan itsehoitokyvyssä oli suuria puutteita, toiminnan painopiste oli sairaanhoitajalla (Sarvimäki & Stenbock-Hult 1996, 170). Tällöin kyseessä oli itsehoidon kokonaan korvaava hoitotyön järjestelmä. Kun taas potilas kykeni osittain suoriutumaan vaadittavista itsehoitotoimista, oli sairaanhoitaja korvaamassa puutteita niissä toimissa, joihin potilas ei itse pystynyt. Tällöin kyse oli itsehoidon osittain korvaavasta järjestelmästä (Marriner-Tomey 1994, 180).

Potilaan kyetessä itse hoitamaan itseään ja pystyessä oppimaan itsehoitoa, oli hoitotyön tehtävä tukea antava ja kasvatuksellinen (Sarvimäki & Stenbock-Hult 1996, 170). Tämän Oremin teoria määrittä itsehoitoa tukevaksi ja opettavaksi hoitotyön järjestelmäksi (Marriner-Tomey 1994, 180).

2.3.5 Imogene King ja vuorovaikutus

Imogene King (Marriner-Tomey 1994, 296–307) loi hoitotyölle käsitteellisen viitekehyksen 1970–1980 luvulla. Käsitteiden avulla oli mahdollista tunnistaa, analysoida ja tutkia erilaisia hoitotyön tapahtumia ja tilanteita. Käsitteet perustuivat Kingin perusoletukseen, jonka mukaan hoitotyö keskittyi ihmisiin,

jotka ovat vuorovaikutuksessa toistensa kanssa. Hoitotyö johti yksilöiden terveyteen, joka oli kykyä toimia sosiaalisissa rooleissa.

Vuorovaikutuksen King (Marriner-Tomey 1994, 296–307) määritteli ihmisten keskeiseksi havaitsemis- ja vuorovaikutusprosessiksi, joka sisälsi kielellistä ja ei- kielellistä viestintää. Siinä molemmat toivat mukanaan erilaisia tarpeita, tietoja, tavoitteita ja aiempia kokemuksia, joilla kaikilla oli vaikutusta vuorovaikutusprosessiin. Kommunikaation King määritteli prosessiksi, jossa ihminen antoi tietoa toiselle joko suoraan tai epäsuorasti. Kun sairaanhoitajan ja potilaan välillä oli kielellisiä ja ei- kielellisiä merkkejä ja symboleja, katsottiin se kommunikoinniksi.

Rooli oli Kingin (Marriner-Tomey 1994, 296–307) mukaan joukko käyttäytymismuotoja, joita odotetaan tietyissä sosiaalisissa asemissa olevilta ihmisiltä. Jos ihmisten rooleihin kohdistamat odotukset poikkeavat toisistaan, syntyy rooliristiriitoja ja roolin hämärtymistä. Tällöin sairaanhoitajan antaman hoidon vaikuttavuus voi hämärtyä.

3 SAIRAANHOITAJA OHJAAJANA

Ohjaustilanteessa sairaanhoitajan kuuluu olla ohjauksen asiantuntija, ja potilas puolestaan on oman elämänsä asiantuntija. Ohjauksen onnistumisen edellytyksenä on, että molemmat kunnioittavat näitä seikkoja toisissaan (Kyngäs ym. 2007). Koska sairaanhoitajalla on työssään ammatillinen vastuu, hänellä täytyy olla riittävät ohjausvalmiudet. Sairaanhoitajalla tulee olla ajantasaista tietoa ohjattavasta asiasta. On myös tärkeää puhua sellaista kieltä, jota potilas ymmärtää ja välttää turhaan käyttämästä ammattitermejä. Sairaanhoitajan täytyy tuntea oppimisen periaatteita sekä ohjausmenetelmiä. (Kyngäs & Kääriäinen 2005, 255–256; Kyngäs ym. 2007.)

Sairaanhoitajalla tulee olla vuorovaikutustaitoja, koska hänellä on vastuu vuorovaikutuksesta ohjaustilanteessa. Näihin taitoihin kuuluvat kyky ajoittaa ohjaus oikein, suotuisan ilmapiirin luominen sekä suotuisan ohjausympäristön

valitseminen. Hänen täytyy myös kyetä ylläpitämään ohjausprosessia (Kyngäs & Kääriäinen 2005, 255–256; Kyngäs ym. 2007) ja tekemään päätöksiä (Kääriäinen 2008, 10–15).

Potilaan ohjaustarpeet voivat olla hyvin erilaisia. Hoitajan tehtävä on arvioida näitä tarpeita yhdessä potilaan kanssa ja niiden perusteella määrittellä tavoitteet ohjaukselle. Hoitajan tulee ottaa huomioon potilaan terveysongelma, ikä, elämäntilanne sekä muut yksilölliset seikat. Jo potilaan oma motivaatio tuo ohjaukseen hyvin erisävyisiä piirteitä. (Kyngäs ym. 2007.)

Myös sairaanhoitajan fyysiset (esim. ikä), psyykkiset (esim. motivaatio ja valmiudet ohjata) ja sosiaaliset (esim. kulttuuri ja uskonto) taustatekijät tuovat omat piirteensä ohjaustilanteeseen. Hänen täytyy kuitenkin pystyä antamaan jokaiselle tasavertaista ohjausta ja turvaamaan kaikille potilailleen riittävä ohjauksen saanti (Kyngäs & Kääriäinen 2005, 225). Jotta sairaanhoitaja pystyy ymmärtämään ohjaustilanteessa potilasta, tulee sairaanhoitajan tunnistaa ja tiedostaa omat arvolähtökohdansa (Kyngäs ym. 2006, 5).

Jotta ohjaus onnistuisi, on sairaanhoitajan kyettävä vahvistamaan potilaan elämänhallintaa. Elämänhallintaan liittyvät seikat, kuten harrastusmahdollisuudet tulevaisuudessa, on hyvä käydä läpi yhdessä potilaan kanssa. Sairaanhoitaja pystyy elämänhallinnan tukemisella auttamaan potilasta saavuttamaan paremman hoitomotivaation (Eronen & Kinnunen 2009, 29). Myös Hayman, Kamau & Stuart-Shor (2009) korostavat elämänhallinnan tukemiseen liittyviä seikkoja ohjauksessa. Lisäksi he pitävät sairaanhoitajan roolia ohjaajana ennaltaehkäisevässä työssä ratkaisevana. Sairaanhoitajan kuuluu antaa potilaille yksilöllistä, potilaan tarpeiden mukaista elämän- ja elintapaohjausta.

Sairaanhoitajan täytyy kyetä pohtimaan antamansa ohjauksen filosofisia ja eettisiä seikkoja. Filosofisesta näkökulmasta katsottuna hoitajan tulee nähdä potilas aktiivisena subjektina, toimijana ja vastuunkantajana. Ohjaukseen tulee suhtautua moraalisenä velvollisuutena, hoitotyön toimintona ja potilaan auttamisena. Keskeistä on kunnioittaa potilaan yksilöllisyyttä,

itseään määräämisoikeutta ja yksityisyyttä. Eettisestä näkökulmasta katsottuna hoitajan on tarkasteltava omia henkilökohtaisia uskomuksiaan, kokemuksiaan ja mahdollisia ennakkoluulojaan. Nämä ilmenevät hoitajan asenteina ohjausta kohtaan. Huolimatta omista taustatekijöistään, hoitajan on pystyttävä toimimaan ammattinsa asettamien eettisten ohjeiden mukaisesti. Eettisiin periaatteisiin tutustuminen voi auttaa hoitajaa ymmärtämään paremmin omaa toimintaansa ohjaajana. (Kääriäinen 2008, 10–15.)

Sairaanhoitajan täytyy pystyä arvioimaan potilaan oppimista ja kirjaamaan ohjauksen eteneminen (Kyngäs & Kääriäinen 2005, 255–256). On tärkeää, että sekä sairaanhoitaja että potilas arvioivat ohjauksen onnistumista. Arviointia voidaan tehdä ohjauksen alussa asetettujen tavoitteiden mukaan (Kyngäs ym. 2007). Sen lisäksi, että arvioidaan ohjaustilanteen onnistumista, on hoitajan varmistettava, että potilaan saama tieto on riittävää ja tieto tulee ymmärretyksi. Lisäksi sairaanhoitajan tulee varmistaa, että potilas pystyy selviytymään ja toimimaan omassa tilanteessaan sen tiedon avulla, jonka on ohjauksessa saanut (Eloranta, Katajisto & Leino-Kilpi 2008, 115–125). Sairaanhoitajan on hyvä arvioida itseään ohjaajana tietyin väliajoin. Kriittisyys auttaa häntä kehittymään ohjaajana (Kyngäs ym. 2007).

Kirjaaminen on olennainen osa ohjauksen onnistumista. Kaikkien ohjaukseen osallistuvien henkilöiden on oltava tietoisia ohjaussuunnitelmasta ja sen tavoitteista. Tämä on mahdollista vain täsmällisen kirjaamisen avulla. (Kyngäs ym. 2007.)

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli selvittää aikuisten sisätautipotilaiden ja sisätautiosastolla tai sisätautipoliklinikalla työskentelevien hoitajien ohjauskokemuksia. Ohjauskokemukset koskivat potilaiden saamaa ohjausta ja hoitajien antamaa ohjausta. Työssä käsiteltiin sairaalassa saatua ja annettua ohjausta. Hoitajilla tässä työssä tarkoitettiin sairaanhoitajia, fysioterapeutteja, röntgenhoitajia ja laboratoriohoitajia.

Tutkimustehtäviksi muodostuivat seuraavat kysymykset:

1. Millaista ohjausta potilaat saivat hoitajilta sairaalassa olo aikanaan?
 - 1.1 Millaisia hyviä asioita potilaiden saama ohjaus sisälsi?
 - 1.2 Mitkä asiat jäivät puutteellisiksi potilaiden saamassa ohjauksessa?

2. Millaista ohjausta hoitajat antoivat potilaille?
 - 2.1 Millaisia hyviä asioita hoitajien antama ohjaus sisälsi?
 - 2.2 Mitkä asiat jäivät puutteellisiksi hoitajien antamassa ohjauksessa?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

5.1 Tutkimusmenetelmä

Työ toteutettiin systemaattisena kirjallisuuskatsauksena. Kohderyhmänä olivat sisätautiosastolla tai –poliklinikalla työskentelevät hoitajat ja aikuiset sisätautipotilaat sairaalassa. Jotta aineistosta tuli keskenään vertailukelpoista ja luotettavaa, asetettiin alkuperäistutkimuksille seuraavanlaiset sisäänottokriteerit:

- suomenkielinen tai englanninkielinen
- pro gradu- tutkimus, hoitotieteellinen artikkeli, väitöskirja
- vuonna 2007 tai sen jälkeen julkaistu
- aikuisten sisätautipotilaiden tai hoitajien näkökulmasta
- tutkimus tehty koskemaan sairaalassa saatua ohjausta
- hoitotyön/ hoitotieteen näkökulma
- ei kirjallisuuskatsaus

Poissulkukriteereinä puolestaan toimivat:

- lapsipotilaat
- muualla kuin sairaalassa saatu ohjaus
- muut kuin sisätautipotilaat
- muu kuin hoitajan tai potilaan näkökulma
- ei hoitotyön/ hoitotieteen näkökulmaa
- kirjallisuuskatsaus

Potilaan ohjausta on tutkittu paljon, joten kirjallisuudesta saatiin riittävästi tuoretta aineistoa. Riittävän tiedonsaannin kannalta ei nähty tarpeelliseksi tehdä työhön empiiristä osaa, esimerkiksi haastattelua tai kyselyä. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus oli itselleni aiemmin tuntematon menetelmä, joten tämä toi oman haasteensa ja oppimistavoitteen työhön.

Kirjallisuuskatsauksen avulla voidaan siirtää tärkeää tietoa tutkijayhteisölle, käytännön työntekijöille, kouluttajille ja hallinnon asiantuntijoille. Kirjallisuuskatsaus on koottua tietoa joltakin rajatulta alueelta, ja se tehdään yleensä vastaukseksi johonkin kysymykseen. Se on tutkitun tiedon kokoamista. (Leino-Kilpi 2007, 2.)

Aihepiirin rajaus on tehtävä systemaattisen kirjallisuuskatsauksen alkuvaiheessa. Samoin alkuvaiheessa on määriteltävä sisäänotto- ja poissulkukriteerit. Sisäänottokriteereillä tarkoitetaan sitä, millaisia tutkimuksia halutaan ottaa mukaan katsaukseen. Tällöin on myös hyvä pohtia mistä, millä tavoin, miltä ajalta ja kuinka kauan tiedonhakua jatketaan. (Metsämuuronen 2006, 31.)

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus voidaan jakaa karkeasti kolmeen vaiheeseen. Ensimmäinen vaihe sisältää suunnittelun, toinen vaihe haut, analysoinnin ja synteiesien tekemisen. Kolmas vaihe on katsauksen raportointi. (Johansson 2007, 5.)

Systemaattista kirjallisuuskatsausta suunniteltaessa tarkastellaan olemassa olevia tutkimuksia aiheesta, määritellään tarve ja tehdään tutkimussuunnitelma.

Kun tutkimuskysymykset on asetettu, valitaan menetelmät katsauksen tekoon. Tämä sisältää hakutermien pohtimisen ja valinnan sekä tietokantojen valinnat (Johansson 2007,6). Tällöin tulee myös tutustua tietokantojen toimintaan (Tähtinen 2007,11).

Toisessa vaiheessa hankitaan ja valikoidaan mukaan otettavat tutkimukset suunnitelman mukaisesti. Kaikki vaiheet tulee kirjata hyvin tarkasti, jotta katsaus onnistuu ja tulokset voidaan osoittaa relevanteiksi. Viimeisessä vaiheessa tulokset raportoidaan ja tehdään johtopäätökset. (Johansson 2007, 6-7.)

5.2 Tiedonhaun suunnittelu

Tämän opinnäytetyön tiedonhakuprosessi toteutettiin kirjaamalla sen kaikki vaiheet. Tähtisen (2007, 10) mukaan systemaattinen tiedonhaku toteutetaan järjestelmällisesti. Se on uudelleen toistettavissa oleva prosessi, joka on tarkasti määritelty ja rajattu.

Alkuvaiheessa määriteltiin, mitä lähdetään tutkimaan. Aihetta valittaessa tehtiin katsaus olemassa olevaan kirjallisuuteen ja tutkimuksiin. Ohjausta koskevia tutkimuksia löydettiin jo alustavassa katsauksessa runsaasti, mikä vahvisti systemaattisen kirjallisuuskatsauksen valintaa tutkimusmenetelmäksi. Tällöin ryhdyttiin perehtymään valittua tutkimusmenetelmää koskevaan kirjallisuuteen entistä tarkemmin. Seuraavaksi aihe rajattiin sairaalassa saatuun ohjaukseen ja potilaiden ja hoitajien näkökulmaan. Aiheen rajaamisen jälkeen laadittiin tutkimustehtävät. Lisäksi pohdittiin tutkimustehtävien kannalta olennaiset hakusanat. Tämän jälkeen määriteltiin sisäänottokriteerit ja poissulkukriteerit. Nämä määräytyivät pitkälti tutkimustehtävien perusteella.

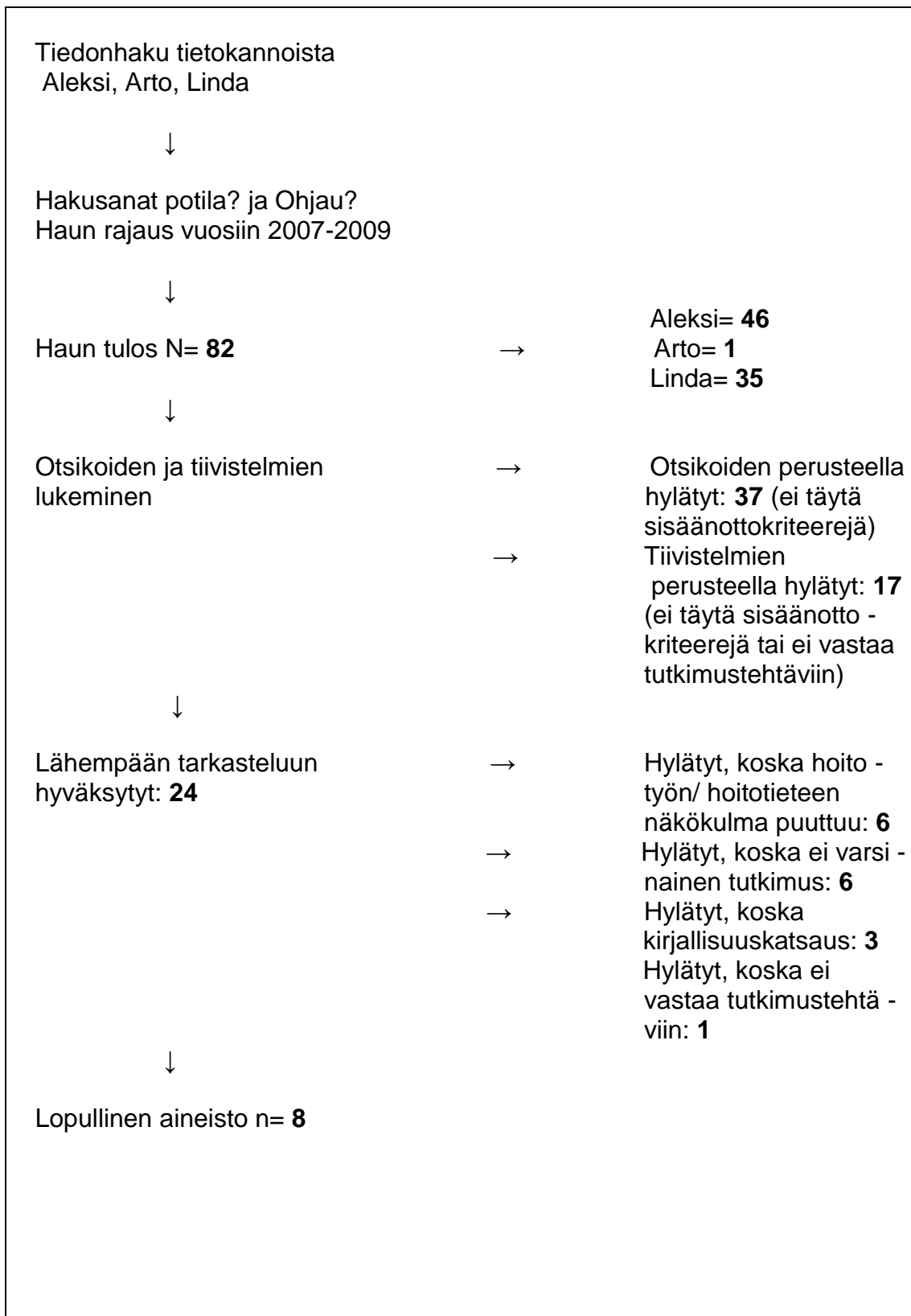
Suunnitteluvaiheessa aikaväli, jolta aineistoa tulitisiin hakemaan, oli vielä avoin. Työhön haluttiin mahdollisimman tuoretta aineistoa. Tiedonhakua päätettiin kokeilla laajemmalla ja suppeammalla aikavälillä. Hakutulosten määrän perusteella nähtäisiin, kuinka suppeaksi aikaväli voitaisiin asettaa. Metsämuurosen (2006, 28–29) mukaan lähteiden ei tulisi olla viittä vuotta vanhempia. Tätä vanhemmat lähteet heikentävät tutkimuksen luotettavuutta.

Tietokantoja, joista tietoa tulnaisiin hakemaan, mietittiin suunnitteluvaiheessa. Pidettiin tärkeänä, että tietokantoja osattaisiin käyttää hyvin, jotta tiedonhausta tulisi onnistunut ja luotettava. Tietokantojen Aleksin, Arto ja Linda käyttöä oli harjoiteltu jo opintojen aiemmassa vaiheessa, joten hakua päätettiin kokeilla näistä tietokannoista. Lisäksi harkittiin haun suorittamista Nelli- portaalista, mutta sen havaittiin sisältävän haut edellä mainituista tietokannoista. Jos osoittautuisi, ettei näistä tietokannoista kertyisi riittävästi aineistoa, otettaisiin tiedonhakuun mukaan enemmän tietokantoja.

5.3 Tiedonhaku

Ensimmäistä varsinaista aineiston hakua tehtäessä tuloksia saatiin useita satoja. Aluksi haku oli rajattu vuosille 2003–2009, hakusanoina käytettiin potila? ja ohjau? ja haku suoritettiin syys- lokakuussa 2009. Jo alustavan tulosten silmäilyn perusteella havaittiin, että osa tuloksista tulee jäämään poissulkukriteerien perusteella pois. Esimerkiksi Aleksin hakutulos sisälsi paljon artikkeleita muista kuin hoitotieteellisistä lehdistä. Aleksin lisäksi käytettiin tietokantoja Arto ja Linda ja Nelli- portaalit.

Lopullinen haku suoritettiin tietokannoista Aleksin, Arto ja Linda sanoilla potilas ja ohjaus. Koska näiden tietokantojen käyttö tunnettiin parhaiten, katsottiin, että hakujen suorittamien niistä oli luotettavinta. Nelli-portaali jätettiin pois, koska se sisälsi haut edellä mainituista tietokannoista. Hakutulosten määrän perusteella ei katsottu tarpeelliseksi suorittaa lisähakua muista tietokannoista. Hakusanoja katkaistiin, jotta tuloksesta tuli onnistunut (potila? ohjau?). Haku rajattiin vuosiin 2007–2009. Haku päätettiin rajata näin, koska aiemmassa haussa tuloksia saatiin useita satoja. Tästä voitiin päätellä, että tutkimuksia on runsaasti myös aivan viime vuosilta. Työhön haluttiin mahdollisimman tuoretta aineistoa. Haku suoritettiin tammikuussa 2010. Haun tulokseksi saatiin N=82. Haun oikeellisuuden ja luotettavuuden varmistamiseksi haku toistettiin vielä kahtena eri päivänä, jolloin tulos oli aina sama. Tiedonhakuprosessin etenemistä kuvaa kuvio 1.



Kuvio 1 Tiedonhakuprosessin eteneminen

Kun lopullinen haku oli suoritettu, luettiin läpi kaikki hakutulosten otsikot. Osa tutkimuksista jäi pois jo otsikon perusteella, jos siitä kävi ilmi, etteivät kaikki sisäänottokriteerit täytyneet. Seuraavaksi otsikoiden perusteella valituista tutkimuksista luettiin tiivistelmät. Näiden perusteella sisäänottokriteerit täyttävät tutkimukset tilattiin aineiston tutkimista ja analysointia varten kaukolainoina tai lainattiin kirjastosta. Osa tutkimuksista oli luettavissa elektronisena versiona. Lähemmässä tarkastelussa ja laadun arvioinnissa jäi vielä pois useita tutkimuksia. Tutkimusten valikoitumista aineistoksi kuvaa kuvio 1. Lopulliseksi aineistoksi saatiin n=8. Näistä kaksi oli väitöskirjoja, viisi pro gradua ja yksi artikkeli.

5.4 Aineiston analyysi ja tulosten raportointi

Vaikka systemaattinen kirjallisuuskatsaus kuuluu luonteeltaan teoreettisen tutkimuksen piiriin, siinä voidaan käyttää apuna aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Tällöin aineistona tulee olla tietty määrä tutkimuksia, joista kootaan ja tiivistetään tietoa. Tietoa tiivistettäessä voidaan käyttää apuna sisällönanalyysin luokittelurunkoa. Tällöin ilmaukset, joita alkuperäistutkimuksissa on käytetty, pelkistetään. Ilmaukset voidaan jakaa esimerkiksi kahteen eri luetteloon, jos tutkimustehtävät niin edellyttävät. Ilmauksille luodaan omat luokat (=kategoriat). Luokkia voi olla pelkästään yläluokka tai vastaavasti aineiston mukaan, myös alaluokka, pääluokka ja yhdistävä luokka. Sisällönanalyysista on siis olemassa erilaisia malleja ja variaatioita, joita sovelletaan erilaisiin tutkimuksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 123–124.)

Tässä työssä sovellettiin edellä mainitun kuvauksen mukaisesti aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Koko aineisto käytiin läpi tutkimus kerrallaan. Aineisto jaettiin tutkimustehtävien mukaisesti potilaiden ja hoitajien ohjaukokemuksiin. Tutkimustehtävissä eritellään myös ohjauksen sisältämät hyvät asiat ja puutteet ohjauksessa. Näitä ei tutkimustuloksia raportoitaessa eritelty, koska aineisto sisälsi erilaisilla tutkimusmenetelmillä tehtyjä tutkimuksia. Määrällisten tutkimusten prosentuaalisia tuloksia ei voitu selkeästi jakaa hyviksi tai puutteellisiksi kokemuksiksi. Esimerkiksi, jos 67 % potilaista oli jotakin mieltä, ei

olisi pystytty tekemään jakoa sen välille, onko tämä hyvä vai puutteellinen ohjauskokemus.

Alkuperäistutkimusten tekstejä tiivistettiin, ja niistä poimittiin tämän työn tutkimustehtävien kannalta olennaiset tiedot. Tiivistämisvaiheessa alkuperäisilmauksia pelkistettiin, ja samaa tarkoittavat asiat yhdistettiin tiiviimpään muotoon, esimerkiksi useita lauseita yhdistettiin yhdeksi lauseeksi. Osa tutkimuksista sisälsi myös lääkäreitä koskevia ohjauskokemuksia. Nämä karsittiin pois aineistosta. Samansisältöiset tekstit yhdistettiin omiksi kokonaisuuksiksi, joista muodostuivat sisällönmukaiset luokat. Luokat koskivat muun muassa ohjauksen sisältöä, ohjausmenetelmiä, asenteita ja ohjauksen laatua. Potilaiden ja hoitajien ohjauskokemuksista muodostuneet luokat poikkesivat hieman toisistaan. Tuomen & Sarajärven (2009, 123–124) mukaan sisällön analyysillä saadut luokat eivät ole kirjallisuuskatsauksen tulos, vaan apukeino tarkastella tutkimusten sisältämää tiivistettyä tietoa.

Tulokset alkavat hahmottua vasta sitten, kun luokkien sisällä olevia tutkimuksia tarkastellaan, ja selvitetään, millaisia kuvauksia tutkimuksissa esitetään kyseisestä aiheesta (Tuomi & Sarajärvi 2009, 123–124). Tässä työssä edettiin siten, että tekstien tiivistämisen ja aineiston luokittelun jälkeen ryhdyttiin aineistoa raportoimaan lopullisten tutkimustulosten muotoon. Luokittelun ansiosta raportointi sujui selkeämmin, koska aineisto oli luokittelua tehtäessä jo jaoteltu samansisältöisten asiakokonaisuuksien mukaisesti. Raporttia laadittaessa pidettiin tutkimustehtävien mukaisesti eriteltyinä potilaiden ja hoitajien ohjauskokemukset. Kun koko aineisto oli raportoitu, nousi aineistosta sisällönmukaiset otsikot tämän työn tutkimustuloksille.

6 TUTKIMUSTULOKSET

6.1 Potilaiden ohjaukokemukset

Seuraavissa luvuissa raportoidaan opinnäytetyön tulokset potilaiden ohjaukokemusten osalta. Näiden lukujen tulokset muodostuivat kuudesta eri alkuperäistutkimuksesta. Alkuperäistutkimukset ovat Arvisen (2008), Muhosen (2008), Mäkeläisen (2008), Peltoniemen (2007), Poutalan, Partasen & Tuunaisen (2007) ja Tunturi-Kemppaisen (2008) tekemiä.

6.1.1 Ohjauksen sisältö ja hoitajien tietotaidot

Sairaudestaan potilaat kokivat pääosin (77 %) saaneensa riittävästi tietoa ja ymmärrettävällä tavalla, mutta esimerkiksi toimenpiteen jälkeisestä kivun hoidosta he kokivat saaneensa liian vähän tietoa. (Tunturi- Kemppainen 2008, 25–41). Potilaat kokivat, ettei hoitajilla ollut riittävästi tietoa heidän sairaudestaan, jotta hoitajat olisivat pystyneet antamaan siitä tarpeeksi kattavaa tietoa (Peltoniemi 2007, 51–85). Mäkeläisen (2008, 57–64) tutkimuksessa hieman yli puolet potilaista koki saaneensa riittävästi tietoa sairaudestaan ilman, että sitä tarvitsi pyytää.

Potilaiden mielestä hoitajat puhuivat ymmärrettävää kieltä (Mäkeläinen 2008, 57–64). Tunturi- Kemppaisen (2008, 25–41) tutkimuksesta kävi puolestaan ilmi, että potilaat olivat melko tyytyväisiä ohjauksen ymmärrettävyyteen ja selkeyteen. Kuitenkin lähes neljännes oli tässä eri mieltä. Poutalan, Partasen & Tuunaisen (2007, 20–23) mukaan 17 % potilaista koki hyötynensä siitä, että sairauden taustat selvitettiin heille.

Arvisen (2008, 33–55) tutkimuksesta ilmenee, että lääkehoidosta saatu ohjaus toteutui lähinnä niin, että hoitaja kertoi ja perusteli, potilas kuunteli. Muhosen (2008, 21–57) mukaan lääkehoitoon liittyvässä ohjauksessa ilmeni puutteita. Enemmän tietoa jäätiin kaipaamaan sivuvaikutuksista sekä niistä lääkkeistä, joita potilas voi hoidon jälkeen ottaa. Suullista ohjausta lääkehoidosta olisi

kaivattu saatua enemmän. Potilaat kokivat, että tiedonhankinta lääkityksestä jäi heidän itsensä varaan. Poutalan ym. (2007, 20–23) tutkimuksen mukaan lääkehoitoa piti ohjauksen hyödyllisimpänä osa-alueena 19 % vastaajista.

Potilaat saivat hoitajilta asiantuntevaa elintapaohjausta. Ohjaus koski painonhallintaa ja ravitsemusta, liikunnan ja levon merkitystä sekä tupakointia. Ohjaustilanteessa myös huomioitiin potilaan kokemukset ja aiemmat tiedot asiasta. Vaikka potilailla olisi ollut aikaisempaa tietoa, he kaipasivat silti hoitajilta varmistusta tietojensa oikeellisuudesta (Arvinen 2008, 33–55). Liikkumiseen liittyvään ohjaukseen oltiin tyytyväisiä (Muhonen 2008, 21–57). Elämäntapaohjauksessa potilaat pitivät hyödyllisimpinä käytännönläheisiä ohjeita. Kaikkiin elämäntapaohjauksen osa-alueisiin ei kuitenkaan oltu tyytyväisiä (Poutala ym. 2007, 20–23). Ravitsemukseen liittyvää ohjausta potilaat kaipasivat enemmän ennen toimenpidettä. Etenkin suullinen ohjaus tässä koettiin puutteellisena. Potilaat jäivät kaipaamaan konkreettisia ruokaohjeita (Muhonen 2008, 21–57).

Potilaat kokivat saamansa konkreettisen ja käytännönläheisen ohjauksen hyvänä menetelmänä. ”Neula käteen ja pistämään” oli heidän mielestään paras menetelmä oppia asioita (Peltoniemi 2007, 51–85). Myös Tunturi- Kempvaisen (2008, 25–41) tutkimuksessa potilaat olivat tyytyväisiä hoitomenetelmien opettamiseen. Muhosen (2008, 21–57) tutkimuksen mukaan potilaat kokivat oman oppimisen kannalta tärkeänä sen, että seurasivat hoitajien tekemiä hoitotoimia ja saivat ohjausta siinä samalla, muun muassa fysiologisten arvojen seurannasta. Hygieniaan liittyvää ohjausta pidettiin ymmärrettävänä, mutta sitä olisi kaivattu enemmän haavahoidon sekä suojusten käytön osalta.

Arvisen (2008, 21–57) tutkimuksesta kävi ilmi, että hoitajat myötäelivät potilaiden tilanteissa ja osoittivat heille empatiaa. Mäkeläisen (2008, 57–64) tutkimuksessa mukana olleista potilaista 15 % koki saaneensa hoitajilta emotionaalista tukea. Tukea ilman jääneistä suurin osa koki, että hoitajat tekivät työtä rutiininomaisesti. Muhosen (2008, 21–57) mukaan potilaat jäivät kaipaamaan enemmän henkisen hyvinvoinnin tukemista. Heillä oli kokemus, ettei heidän vointiaan ja jaksamistaan tiedusteltu juuri lainkaan. Tunturi-

Kemppaisen (2008, 25–41) mukaan potilaat kokivat, etteivät saaneet puhua riittävästi peloistaan ja tunteistaan hoitajille (Tunturi- Kempainen 2008, 25–41).

Hoitajat antoivat potilaille konkreettisia ohjeita jatkohoidosta ja jatkotutkimuksista (Arvinen 2008, 33–55). Sosiaalipalveluihin liittyvä ohjaus koettiin tärkeänä, ja sitä pidettiin riittävänä (Muhonen 2008, 21–57). Joidenkin potilaiden mielestä ohjaus sisälsi liikaa asiaa (Poutala ym. 2007, 20–23).

Potilaiden aktiivisuudesta keskusteltiin ohjaustilanteessa (Arvinen 2008, 33–51). Potilaat kokivat, että normaaliin elämään kannustaminen sisälsi luottamuksen rakentamista ja tukitarpeiden arviointia. Se sisälsi aitoa kiinnostusta potilasta ja hänen sairauttaan kohtaan. Tässä potilaiden kokemukset olivat ristiriitaisia. Toisaalta koettiin, että ohjaus oli aktiivista ja kannustavaa, mutta potilaiden mielestä osa henkilökunnasta suhtautui asiaan negatiivisella ja passiivisella asenteella (Peltoniemi 2007, 51–85).

Osa potilaista uskalsi osallistua rohkeasti ohjauskeskusteluun. He uskalsivat kertoa omista ajatuksistaan ja tunteistaan. Toiset taas mieluummin kuuntelivat ja seurasivat. Huumori oli hoitajan ja potilaan yhteinen työkalu asioiden käsittelyssä. Potilaat esittivät vähemmän kysymyksiä ohjaustilanteessa kuin hoitajat, mutta potilaille annettiin mahdollisuus kysyä. Vain yhdessä ohjaustilanteessa hoitaja toi ilmi potilaan päätöksenteko-oikeuden. Muutamaa potilasta ahdisti ohjaustilanne (Arvinen 2008, 33–55). Muhosen (2008, 21–57) mukaan ohjaus ei ollut riittävän yksilöllistä. Kaikkia potilaita ei myöskään kohdeltu samanarvoisesti.

6.1.2 Taidot ohjaustarpeen ajoitukseen

Potilaat kokivat, että ohjaus osattiin ajoittaa hyvin, ja että ohjaukseen käytetty tila oli riittävän rauhallinen. Hyvänä koettiin myös, että lääkärit ja hoitajat kävivät läpi samoja asioita (Tunturi-Kemppainen 2008, 25–41). Liikkumiseen ja lääkehoitoon liittyvä ohjaus osattiin potilaiden mielestä aloittaa riittävän ajoissa. Toimenpiteen jälkeen ravitsemusohjausta koettiin saadun riittävästi, ja sisältö oli oikeanlaista. Myös kotiutusvaiheessa saatuun ohjaukseen oltiin tyytyväisiä.

Tärkeänä pidettiin, että jo aiemmin saadut ohjeet kerrattiin kotiutusvaiheessa (Muhonen 2008, 21–57).

Joka neljäs koki, ettei saanut hoitajilta riittävää tietoa sairaudestaan, etenkin heti diagnoosin jälkeen (Mäkeläinen 2008, 57–64). Muhosen (2008, 21–57) mukaan potilaat kokivat saaneensa riittävää ja ymmärrettävää tietoa tulevaan toimenpiteeseen liittyvistä asioista. Toimenpiteen kulkuun liittyvä ohjaus jäi kuitenkin puutteelliseksi sekä ennen toimenpidettä että sen jälkeen.

6.1.3 Käytetty ohjausmenetelmä

Potilaat olivat tyytymättömiä puhelinneuvontaan. Kirjallisen materiaalin antamiseen oltiin tyytyväisiä. Myös Internetin potilaat kokivat hyvänä tietolähteenä. (Tunturi-Kemppainen 2008, 25–41.)

Yksilöohjauksen osalta hyvänä toimintatapana koettiin, että ohjausta annettiin sille varatussa huoneessa (Tunturi-Kemppainen 2008, 25–41). Myös Arvisen (2008, 33–51) tutkimuksessa ohjaus toteutettiin yksilöohjauksena sille varatussa huoneessa ja keskustelevan ilmapiirin vallitessa. Suullisen ohjauksen tueksi potilaat saivat kirjallista materiaalia. Ohjauksessa käytettiin nonverbaalista viestintää molemmin puolin. Muhosen (2008, 21–57) tutkimuksen mukaan potilaat saivat suullista sekä kirjallista ohjausta usealta ohjauksen osa-alueelta. Suullista ohjausta kuitenkin kaivattiin saatua enemmän. Kirjallisia ohjeita pidettiin selkeinä, riittävinä ja hyvinä, sekä niistä koettiin olevan apua sairaalan ulkopuolisessa elämässä. Myös Poutalan ym. (2007, 20–23) tutkimuksessa potilaat saivat sekä suullista että kirjallista ohjausta ja olivat pääosin tyytyväisiä molempiin. Kirjalliset ohjeet kaikkein hyödyllisimmiksi asetti tässä tutkimuksessa 18 % potilaista.

Tunturi-Kemppaisen (2008, 25–41) mukaan potilaat jäivät kaipaamaan vertaistukiryhmää. Myös yhdyshenkilön puuttuminen koettiin puutteena. Vertaistuen merkitys tuli esiin myös Muhosen (2008, 21–57) tutkimuksessa. Potilaat pitivät mahdollisuutta vertaistukeen hyvin tärkeänä ennen ja jälkeen toimenpiteen. Se korostui etenkin silloin, jos potilaalla ei ollut omaisia. Potilaat

kuitenkin kokivat, etteivät saaneet hoitajilta riittävästi ohjausta siihen, mistä vertaistukea saisi.

Potilaat kokivat, ettei ohjaukseen ollut käytettävissä riittävästi aikaa (Muhonen 2008, 21–57). Aikaa toivottiin lisää yksittäisiin ohjauskertoihin. Myös yksittäisiä ohjauskertoja toivottiin olevan määrällisesti enemmän (Poutala ym. 2007, 20–23).

Potilaat eivät havainneet hoitonsa aikana hoitajien välillä kollegiaalista ohjausta (Peltoniemi 2007, 51–85). Potilaat kaipasivat enemmän yhteistyötä niiden hoitotahojen välillä, jotka osallistuvat heidän hoitoonsa (Arvinen 2008, 33–51). Muhosen (2008, 21–57) tutkimuksen mukaan potilaat kokivat, että jos hoitajat eivät tienneet jotain ohjattavasta asiasta, he kysyivät sitä asiantuntijalta.

6.1.4 Ohjauksen onnistuminen

Sairaalassaoloaikanaan mielestään riittävästi ohjausta saaneet potilaat kokivat myös terveytensä paremmaksi leikkauksen jälkeen. Potilaiden arvioidessa hoitajilta saamansa ohjauksen laatua kouluarvosanoilla, tuli keskiarvoksi 7,8. Kaikkiin eri tiedon osa-alueisiin oli tyytyväisiä vähintään puolet vastaajista. Vähiten tyytyväisiä potilaat olivat mielialoihin liittyvään ohjaukseen sekä toimenpiteen jälkeiseen ohjaukseen (Tunturi-Kemppainen 2008, 25–41.)

Poutalan ym. (2007, 20–23) tutkimuksessa suurin osa potilaista koki, että ohjauksesta oli paljon hyötyä. Kokemukset vähenivät sairauden pitkittyessä. Peltoniemen (2007, 51–85) mukaan potilaat saivat hoitajilta saamansa ohjauksen myötä innostusta hoitonsa omatoimiseen jatkamiseen.

Kun ohjaus koettiin asiallisena, se herätti myös luottamusta hoitohenkilökuntaa ja tulevaa hoitoa kohtaan. Luottamuksellinen hoitosuhde puolestaan edisti ohjauksen onnistumista. Ohjauksen onnistumisen kannalta tärkeänä koettiin myös, että sama henkilökunta ohjaa potilasta koko tämän hoitoprosessin ajan. Tärkeänä ohjauksen onnistumiseen vaikuttavana tekijänä pidettiin myös omaisten mukana oloa sekä omaa motivaatiota. Ohjauksen onnistumista

puolestaan haittasi muun muassa rutiininomainen toiminta, lääketieteen termien käyttö ja henkisen puolen vähäinen huomiointi. (Muhonen 2008, 21–57.)

6.2 Hoitajien ohjaukokemukset

Seuraavissa luvuissa raportoidaan opinnäytetyön tulokset hoitajien ohjaukokemusten osalta. Näiden lukujen tulokset muodostuivat viidestä eri alkuperäistutkimuksesta. Alkuperäistutkimukset ovat Arvisen (2008), Ekolan (2007), Hyrskyluodon (2008), Mäkeläisen (2008) ja Peltoniemen (2007) tekemiä.

6.2.1 Ohjauksen sisältö ja hoitajien tietotaidot

Hoitajien tiedot ohjattavasta asiasta olivat ainakin osin puutteelliset. Etenkin tiedot sairauden periytyvyydestä ja lääkehoidosta olivat puutteellisia. Vain vajaa viidesosa (19 %) hoitajista arvioi, että heidän koulutuksessaan saama tieto sairaudesta antoi valmiudet ohjata sitä sairastavia potilaita. Puutteet tietotaidoissa aiheuttivat ristiriitoja ohjaustilanteissa. Paras tietotaito oli kauimmin työssä olleilla hoitajilla (Peltoniemi 2007, 51–85). Hyrskyluodon (2008, 21–38) mukaan hoitajat puolestaan arvioivat tietonsa hoidettavista sairauksista kiitettäväksi. Käytössä arviointiin heillä oli viisiportainen asteikko. Kiitettäväksi he arvioivat myös tietonsa sairauksien oireista, sairauksien riskitekijöistä ja sen aiheuttamista rajoituksista. Myös tiedot potilaiden hoitotoimenpiteistä, tutkimuksista ja tutkimustuloksista arviointiin kiitettäväksi. Tietonsa hoitoon liittyvistä riskeistä, lääkkeiden käytöstä, sairauden merkityksestä potilaan arkeen, hoitovaihtoehdoista, kotiutumisesta ja jatkohoidosta sekä hoidon jälkeiseen aikaan liittyvistä asioista hoitajat arvioivat hyväksi. Heikoimpana hoitajat pitivät tietojaan toipumisajan pituudesta, kuntoutuspalveluista ja sosiaalietuuksista. Työkokemuksella ei havaittu olevan yhteyttä tiedollisiin valmiuksiin.

Hoitajat kokivat antaneensa ohjausta lähinnä lääkehoidosta sekä verikokeisiin liittyvistä asioista. Vähemmistö hoitajista koki antaneensa ohjausta itse sairaudesta (Mäkeläinen 2008, 57–64). Myös Arvisen (2008, 33–51)

tutkimuksessa lääkehoito oli ohjauksen keskeisimpiä aiheita, mutta lääkkeiden sivuvaikutuksista keskusteltiin vain potilaan aloitteesta.

Parhaiten hoitajat kokivat onnistuneensa potilaiden ohjauksessa ennen tutkimuksia ja hoitotoimenpiteitä (Hyrskyluoto 2008, 21–38). Hoitajat antoivat tietoa potilaille näiden sairaudesta sekä sairauden pahenemiseen vaikuttavista tekijöistä. He kävivät keskustelua potilaiden kanssa myös näiden muista perussairauksista kuin sillä hetkellä hoidettavasta (Arvinen 2008, 33–51).

Hoitajat pitivät tärkeänä osana ohjaustyötä sitä, että pystyvät kannustamaan ja auttamaan potilaitaan elämisen arvoiseen elämään (Peltoniemi 2007, 51–85). Hoitajien mukaan potilailla oli mahdollisuus esittää kysymyksiä ohjaustilanteessa (Hyrskyluoto 2008, 21–38). Myös Arvisen (2008, 33–51) tutkimuksessa ilmenee, että hoitajat antoivat potilaille mahdollisuuden esittää kysymyksiä. Lisäksi ilmeni, että hoitajat kysyivät potilailta ohjauksen yhteydessä heidän tuntemuksistaan sillä hetkellä.

Hieman alle puolet hoitajista koki antaneensa potilaalle emotionaalista tukea ja keskustelleensa potilaan kanssa tunteisiin liittyvistä seikoista. Eniten emotionaalista tukea antoivat kauemmin töissä olleet hoitajat. (Mäkeläinen 2008, 57–64). Hyrskyluodon (2008, 21–38) tutkimuksessa kävi ilmi, että hoitajien mielestä potilailla on mahdollisuus ohjaustilanteessa ilmaista tunteitaan ja keskustella ongelmista.

Hoitajat kokivat, etteivät heidän omaamansa tietotaidot ole yhteydessä luottamuksellisen suhteen syntyyn. He eivät myöskään pitäneet henkilökohtaista kiinnostustaan potilasta kohtaan tärkeänä luottamuksellisen suhteen syntymisen kannalta. Sillä, että ohjauksen antaja oli miellyttävä, oli tässä asiassa merkitystä 3 %:n mielestä. Tärkeimpänä luottamusta herättävänä tekijänä hoitajat pitivät keskustelua, neuvontaa ja ohjeiden antoa (Peltoniemi 2007, 51–85). Arvisen (2008, 33–51) mukaan luottamus ilmeni ohjaustilanteessa siten, että hoitajat antoivat mahdollisuuden palata ohjauksessa läpikäytyihin asioihin myöhemmin saman hoitajan kanssa. Hyrskyluodon (2008, 21–38) tutkimuksessa hoitajien arvioidessa ohjauksessa

onnistumistaan, he arvioivat onnistuneensa hyvin vastavuoroisessa keskustelussa potilaan kanssa. Kukaan ei arvioinut taitojaan huonoiksi tai välttäviksi.

Hoitajien persoonallisuus tuli esiin ohjaustilanteessa. Kun toinen puhui rauhallisesti, ilmaisi toinen itseään hyvin pontevasti. Hoitajista kolme käytti huumoria hyväkseen ohjaustilanteessa. Hoitajat esittivät enemmän kysymyksiä kuin potilaat, ja heidän kysymyksensä olivat useimmiten tarkentavia. Kysymysten avulla hoitajat veivät ohjaustilannetta eteenpäin. (Arvinen 2008, 33–51.)

Arvisen (2008, 33–51) tutkimuksessa hoitajat ohjasivat potilaita huomioimaan sairauden oireita antamalla käytännön esimerkkejä siitä, kuinka toteuttaa seuranta. Ohjauksessa huomioitiin myös tulevaisuus kotona pärjäämisen ja taloudellisen tilanteen osalta sekä psyykkisen ja fyysisen tuen osalta. Hyrskyluodon (2008, 21–38) mukaan hoitajat pitivät huonoimpina taidollisina ohjausvalmiuksinaan ohjaustilanteen etenemisen analysointia, potilaan ohjaamista vertaistukeen ja tieteellisen tutkimustiedon hyödyntämistä ohjauksessa. Työkokemuksella ei ollut merkitystä.

Mielestään hoitajat perustelivat antamansa ohjeet sekä ottivat tarvittaessa omaiset mukaan ohjaustilanteeseen. He kokivat myös, että varmistivat potilailta, että tämä oli ymmärtänyt ohjattavan asian (Hyrskyluoto 2008, 21–38). Myös Arvisen (2008, 33–51) tutkimuksesta ilmenee, että hoitajat perustelivat antamansa ohjeet.

Hoitajat eivät mielestään ottaneet paljoa huomioon potilaiden mielipiteitä suunnitellessaan ohjaustapahtumaa, eivätkä keränneet potilailta palautetta. He eivät myöskään keskustelleet ohjauksen tavoitteista potilaan kanssa. Tässä merkittävää oli huomioida, että hoitajat, jotka olivat olleet työssä vähemmän tai pisimmän aikaa, keskustelivat tavoitteista vähiten. (Hyrskyluoto 2008, 21–38.)

6.2.2 Taidot ohjaustarpeen arviointiin ja ajoitukseen

Suurin osa hoitajista koki, ettei osannut riittävän hyvin arvioida potilaan ohjaustarvetta. Neljäsosa ei osannut arvioida omia taitojaan ohjaustarpeen arvioinnissa (Peltoniemi 2007, 51–85). Erikoistuneet hoitajat pystyvät parhaiten arvioimaan potilaiden ohjaustarvetta (Mäkeläinen 2008, 57–64). Hoitajat kysyivät vain harvoin potilailta, olivatko nämä saaneet jo ohjausta (Arvinen 2008, 33–55).

Enemmistö hoitajista (61 %) antoi ohjausta potilaan ollessa sairaalassa. Sairaalassa ja kotiuttamisen jälkeen ohjausta antoi 16 % ja ennen sairaalaan tuloa, sairaalassa ja kotiuttamisen jälkeen 16 % hoitajista. Ennen sairaalaan tuloa ohjausta antoi 7 % hoitajista (Hyrskyluoto 2008, 21–38).

Ekolan (2007, 32–49) tutkimuksen mukaan ohjausta annettiin tehostetusti akuuttivaiheessa oleville potilaille ja ohjausta annettiin pääasiallisesti osastoilla. Vanhuspotilaiden ohjausta oli tehostettu. Kuitenkin hoitajat olivat sitä mieltä, että ohjauksen ajoitusta tulisi yhä kehittää. Hoitajien mielestä henkilöillä, jotka ohjausta antavat, tulisi olla pitkä työkokemus.

6.2.3 Tietolähteet ohjauksessa

Hoitajat pitivät kollegan neuvomista ja ohjaamista tärkeänä osana työtään. Koska hoitaminen on moniammatillista yhteistyötä, hoitajien mielestä henkilöstön keskinäinen ohjaus perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä on tärkeää (Peltoniemi 2007, 51–85). Hoitajat arvioivat ohjaukseen osallistuvien henkilöiden välisen yhteistyön toteutuvan hyvin (Hyrskyluoto 2008, 21–38). Myös Ekolan (2007, 32–49) tutkimuksen mukaan yhteistyötä sairaalan ja kotisairaanhoidon ja terveyskeskusten välillä on kehitetty.

Hoitajat saivat ohjauksessa käyttämänsä tiedot pääsääntöisesti työkokemuksesta. Muiksi tietolähteiksi hoitajat mainitsivat työyksikön potilasohjauksekäytännöt, pohjakoulutuksen ja täydennyskoulutuksen. Vähiten

tärkeänä tietolähteenä he pitivät ammattilehtiä ja tieteellisiä tutkimuksia. (Hyrskyluoto 2008, 21–38.)

6.2.4 Käytetty ohjausmenetelmä ja resurssit

Ohjaus toteutettiin useimmiten yksilöohjauksena. Apuna käytettiin kirjallista materiaalia (Mäkeläinen 2008, 57–64). Hoitajien arvioidessa taitojaan ohjausmenetelmien hallintaan viisiportaisella asteikolla, he arvioivat hallitsevansa parhaiten suullisen ohjauksen, yksilöohjauksen ja kirjallisen ohjausmateriaalin (Hyrskyluoto 2008, 21–38). Myös Ekolan (2007, 32–49) tutkimuksesta kävi ilmi, että ohjaus koostui yleisimmin suullisesta ohjauksesta.

Arvisen (2008, 33–55) tutkimuksessa käytettiin yksilöohjausta, jonka tukena oli usein kirjallinen materiaali. Materiaali annettiin potilaalle mukaan. Hoitajilla oli ohjaustilanteessa mukana myös potilaspaperit, joista he tarvittaessa tarkastivat tietoja. Ohjaustilanteessa havaittiin myös nonverbaalista viestintää molemmin puolin.

Hoitajista 20 % ei käytä ohjausmenetelmänä ohjattavien asioiden harjoittelua, ja 27 % arvioi hallitsevansa harjoittelun huonosti tai tyydyttävästi. Video-ohjausta ei käyttänyt työssään 47 %, ja 33 % arvioi hallitsevansa sen huonosti tai tyydyttävästi. Ryhmäohjausta työssään oli käyttänyt 63 % hoitajista, joista 5 % arvioi hallitsevansa sen kiitettävästi. Alle 10 vuotta työssä olleet arvioivat hallitsevansa ohjausmenetelmät paremmin (Hyrskyluoto 2008, 21–38). Ekolan (2007, 32–49) tutkimuksessa ryhmäohjausta käytti hyvin niukka määrä hoitajista. Tähän hoitajat toivoivat lisäystä. Video-ohjauksen ja Internet-ohjauksen käyttö oli lähes olematonta.

Ekolan (2007, 32–49) tutkimuksessa selvitettiin eri sairaaloissa käytettyjä ohjausmenetelmiä hoitajien antamien vastausten mukaan. Kirjallista materiaalia käytettiin lähes kaikissa sairaaloissa. Ruotsinkielisyys oli huomioitu vain yhden sairaalan kirjallisessa ohjausmateriaalissa, kun mukana oli 38 sairaalaa.

Hoitajat arvioivat käyttävänsä ohjaukseen aikaa keskimäärin noin kaksi tuntia työpäivänsä aikana. Enemmän aikaa ohjaukseen käyttivät ne hoitajat, joilla oli vähemmän työkokemusta (Hyrskyluoto 2008, 21–38). Myös Ekolan (2007, 32–49) mukaan hoitajat kokivat tarvitsevänsä ohjaukseen enemmän aikaa. Ihanteellisena hoitajat pitäisivät sitä, että sama hoitaja voisi jatkaa potilaan hoitoa sairaalajakson päätyttyäkin.

Hoitajat olivat sitä mieltä, että heillä oli käytössään ajan tasalla olevaa ohjausmateriaalia sekä tuoretta tutkimustietoa. He myös kokivat, että heillä on mahdollisuus kehittää työyksikössään potilasohjausta. Huonointa ohjaukseen liittyvissä puitteissa oli hoitajien mukaan tilat sekä riittävä aika. Nämä hoitajat myös kokivat suurimmiksi kehittämistarpeiksi ohjauksessa (Hyrskyluoto 2008, 21–38). Arvisen (2008, 33–55) tutkimuksessa ohjaukseen oli käytössä rauhallinen tila, jossa potilas ja hoitaja saivat olla kahden kesken.

6.2.5 Hoitajien asenteet

Hoitajista suurin osa (56 %) oli sitä mieltä, että ohjaus on tunkeutumista potilaan yksityisyyteen. Hoitajat olivat myös paljolti sitä mieltä, että potilaat eivät ole avoimia ohjaukselle. Hoitajien mielestä ohjaus myös vähensi aikaa, joka jää muiden potilaiden hoidolle. Tässä merkittävää oli, että alle 10 vuotta työssä olleet olivat kriittisempiä arvioidessaan potilaan avoimuutta ohjauksen suhteen. (Hyrskyluoto 2008, 21–38.)

Hoitajat olivat kuitenkin sitä mieltä, että potilaat hyötyvät ohjauksesta, eivätkä hoitajat kokeneet ohjausta turhauttavana. Omasta positiivisesta asenteestaan ohjausta kohtaan, sekä siitä, että ohjaus ei ole työajanhukkaa, he eivät olleet täysin samaa mieltä. Työkokemuksella ei ollut merkitystä. (Hyrskyluoto 2008, 21–38.)

7 POHDINTA

7.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Tutkimukset koskivat eri sisätauteja sairastavien potilaiden ohjausta. Osa tutkimuksista koski jotakin tiettyä sairautta sairastavien ohjausta. Siksi tulokset vaihtelevat joidenkin ohjauksen osa-alueiden osalta suurestikin. Tästä esimerkkinä voidaan pitää hoitajien tietoja ohjattavasta asiasta. Jos kyseessä oli hieman vieraampi sairaus, sekä hoitajat että potilaat arvioivat hoitajien tiedot huonommiksi. Tunturi-Kemppaisen (2008, 25–41), Muhosen (2008, 21–57), Peltoniemen (2007, 51–85) ja Mäkeläisen (2008, 57–64) tutkimuksista ilmenee, että missään tutkimuksessa potilaat eivät olleet täysin tyytyväisiä saamiinsa tietoihin sairaudestaan. Hoitajien kokemukset olivat tässä verraten ristiriitaisia. Osa koki hallitsevansa ohjattavan asian kiitettävästi (Hyrskyluoto 2008, 21–38) kun taas osa koki sen olevan hyvinkin puutteellista (Peltoniemi 2007, 51–85; Hyrskyluoto 2008, 21–38).

Siihen, että potilaat kokivat hoitajien tietotaidot puutteellisiksi, voidaan pitää syynä potilaiden itsensä lisääntynyttä tietämystä sairaudestaan ja parantuneita tiedonsaantimahdollisuuksia. Kun potilaat ovat entistä paremmin perillä hoitovaihtoehtoistaan ja muista sairauteensa liittyvistä asioista, he myös vaativat hoitajilta entistä enemmän tietämystä. Tämä korostuu etenkin, kun kyseessä on pitkäaikaissairaus, josta potilaalle on ehtinyt karttua tietoa paljonkin. Vaikka potilaan katsotaan olevan oman sairautensa paras asiantuntija, hän varmasti odottaa myös hoitajalta vankkaa tuntemusta sairaudestaan riippumatta siitä, mitä sairautta potilas sairastaa.

Lääkehoitoon liittyvä ohjaus oli potilaiden ja hoitajien kokemuksia verratessa merkille pantavaa. Potilaiden kokemukset olivat, että ohjaus jäi lääkehoidon osalta pääosin puutteelliseksi (Muhonen 2008, 21–57; Tunturi-Kemppainen 2008, 25–41), vaikka lääkehoito aiheena on sellainen, josta potilaat harvoin tietävät etukäteen riittävästi. Silti hoitajat olivat sitä mieltä, että heidän antamansa ohjaus liittyi pääasiassa lääkehoitoon (Arvinen 2008, 33–51;

Mäkeläinen 2008, 57–64). Tästä voinee päätellä, että hoitajien tiedot lääkehoidosta ovat osin puutteellisia tai virheellisiä.

Positiivista on huomioida potilaiden hyvät kokemukset saamansa elintapaohjauksen osalta Arvisen (2008, 33–51), Muhosen (2008, 21–57) ja Poutalan ym. (2007, 20–23) tutkimuksista. Onhan tämä hyvin tärkeä aihealue eri sisätautien hoidon kannalta. Peltoniemen (2007, 51–85), Muhosen (2008, 21–57) ja Tunturi- Kempvaisen (2008, 25–41) mukaan potilaat kokivat hyvänä myös hoitomenetelmien käytännönläheisen ja konkreettisen ohjaamisen. Tämä kertonee siitä, että potilaat saavat juuri sen kaltaista ohjausta, mitä kokevat tarvitsevansa, ja mikä heitä hyödyttää.

Potilaiden kokemuksissa siitä, kannustivatko hoitajat heitä normaaliin elämään sairauden jälkeen, oli ristiriitoja. Tässä koettiin, että hoitajan asenne ja luottamus hoitajaa kohtaan edisti onnistumista (Peltoniemi 2007, 51–85; Muhonen 2008, 21–57). Osa hoitajista oli puolestaan sitä mieltä, että potilaat eivät olleet avoimia ohjaukselle ja että ohjaus on tunkeutumista potilaan yksityisalueelle. Hoitajat pitivät kannustamista tärkeänä, mutta he eivät olleet yksimielisiä siitä, ovatko omat asenteet ohjausta kohtaan positiivisia vai negatiivisia (Hyrskyluoto 2008, 21–38). Hoitajien mielestä henkilökohtaisilla tekijöillä, tietotaidoilla ja miellyttävyydellä ei kuitenkaan ollut tekemistä luottamuksellisen suhteen synnyn kanssa (Peltoniemi, 2007, 51–85). Silti persoonallisuus tuli esiin ohjaustilanteissa (Arvinen 2008, 33–51). Potilaan avoimuus ohjaukselle voi olla kiinni siitä, milloin ohjausta annetaan. Esimerkiksi heti diagnoosin saannin tai vaativan toimenpiteen jälkeen, ei potilaalla välttämättä riitä voimavaroja vastaanottaa ohjausta. Voidaan myös nähdä, että hoitajan asenteen ja potilaan avoimuuden välillä on selkeä yhteys. Herää kysymys, voiko negatiivisesti ohjaukseen suhtautuva hoitaja saada potilaan avoimeksi ohjausta kohtaan?

Emotionaalinen tuki jäi pääsääntöisesti riittämättömäksi sekä potilaiden että hoitajien mielestä. Potilaat olisivat kaivanneet sitä huomattavasti enemmän. (Muhonen 2008, 21–57; Mäkeläinen 2008, 57–64; Tunturi- Kempainen 2008, 25–41). Potilaiden kokemus oli myös, että he eivät saaneet riittävää ohjausta

vertaistukiryhmiin (Muhonen 2008, 21–57; Tunturi- Kempainen 2008, 25–41) ja hoitajat kokivat, ettei heillä ollut valmiuksia ohjata potilaita niihin (Hyrskyluoto 2008, 21–38). Emotionaalisen tuen vähäisyyden syyksi voidaan nähdä esimerkiksi ajanpuute sekä asenteet ohjausta kohtaan. Jos on kiire, eikä ohjausta pidetä verraten niin tärkeänä kuin muita hoitotyön osa-alueita, jää emotionaalinen puoli luultavasti helposti huomiotta.

Hoitajat kokivat, etteivät osaa riittävästi arvioida potilaan ohjaustarpeita (Peltoniemi 2007, 51–85; Arvinen 2008, 33–51). Tähän voidaan nähdä olevan yhteydessä sen, että hoitajat eivät suunnitelleet ohjausta yhdessä potilaiden kanssa, eivätkä keskustelleet yhdessä ohjauksen tavoitteista (Hyrskyluoto 2008, 21–38). Teoriatiedon mukaan olisi kuitenkin olennaista tietää ja tuntea ohjattavan potilaan taustatekijät.

Hoitajat kokivat, etteivät osaa riittävästi analysoida ohjauksen etenemistä, eivätkä hyödyntää tieteellistä tutkimustietoa (Hyrskyluoto 2008, 21–38). Tämän päivän hoitotyön käytännössä kuitenkin painotetaan näyttöön perustuvaa hoitotyötä, jolloin olisi olennaisen tärkeää osata etsiä, ottaa vastaan ja hyödyntää tutkittua tietoa. Positiivisena asiana tiedon saannissa voidaan pitää hoitajien asennetta kollegiaalista ohjausta kohtaan. Heillä oli kokemus, että yhteistyö toimii myös eri organisaatioiden välillä (Ekola 2007, 32–49; Peltoniemi 2007, 51–85; Hyrskyluoto 2008, 21–38). Potilaiden kokemukset hoitajien välisestä kollegiaalisesta ohjauksesta jäivät kuitenkin puutteellisiksi (Peltoniemi 2007, 51–85; Arvinen 2008, 33–51; Muhonen 2008, 21–57).

Sekä potilaiden että hoitajien kokemukset olivat, että yksilöohjaus oli eniten käytetty menetelmä (Ekola 2007, 32–49; Arvinen 2008, 33–55; Hyrskyluoto 2008, 21–38; Mäkeläinen 2008, 57–64). Hoitajien antaman ohjauksen osalta hämmästyttävää oli ryhmäohjauksen vähäisyys. Ryhmäohjauksesta potilaat voisivat myös saada kaipaamaansa vertaistukea. Merkille pantavaa on myös se, että jopa viidennes hoitajista ei käytä lainkaan asioiden harjoittelua ohjausmenetelmänä (Hyrskyluoto 2008, 21–38), vaikka tämän todettiin potilaiden mielestä olevan yksi olennaisin osa ohjausta (Peltoniemi 2007, 51–85; Muhonen 2008, 21–57; Tunturi- Kempainen 2008, 25–41). Tässä voidaan

jäädä miettimään sitä, millä muulla tavoin hoitaja voi potilaan osaaminen varmistaa kuin itse näkemällä, miten potilas hoitonsa toteuttaa. Voiko hoitaja kirjata ohjauksen onnistuneen, vaikka ei ole nähnyt potilaan toteuttavan ohjattavaa asiaa?

Potilaat kokivat ohjauksen kokonaislaadun suhteellisen hyväksi (Poutala ym. 2007, 20–23; Tunturi- Kempainen 2008, 25–41). Hyvä ohjaus korreloi paranemista. Tuloksia tarkastellessa voidaan kuitenkin havaita ohjauksessa olevan yhä edelleen puutteita, vaikka aineisto on koottu kolmelta edelliseltä vuodelta. Yhtenä olennaisena puutteellisuuden syynä voidaan pitää sitä, ettei tieteellistä tutkimustietoa lueta käytännössä. Jos ajantasainen tieto tavoittaisi käytännön hoitotyön tekijät, voitaisiin olettaa, että sitä myös hyödynnettäisi. Myös vähäinen aika, joka ohjaukseen on käytettävissä, korreloi siinä esiintyviä puutteita.

Tuloksista nousi esiin puutteita sellaisissa ohjauksen osa-alueissa, jotka työn alun teoriaosuudessa mainittiin onnistuneen ohjauksen edellytyksinä. Muun muassa Helvi Kyngäksen ja Maria Kääriäisen usean julkaisun perusteella vuorovaikutustaidot, suunnitelmallisuus ja konteksti- ja henkilösidonaisuus nousivat tämän työn alun teoriaosuudessa ohjauksen kulmakiviksi. Tulosten perusteella ohjaus ei siis ole sellaista, kuin sen ideaalisesti toteutuneena pitäisi olla. Jos ohjaukseen panostettaisiin riittävästi sekä hoitoalan koulutuksessa, ammatillisessa täydennyskoulutuksessa, että riittävin resurssein, voisivat ohjauksen tavoitteet täytyä nykyistä paremmin. Etenkin riittävin resurssein panostaminen voisi maksaa itsensä takaisin, kun tavoitteet, kansanterveydellinen ja – taloudellinen hyöty, täyttyisivät.

Opinnäytetyön tulokset nostivat esiin monia ajatuksia siitä, mihin tulevassa työssä ohjaajana tulisi kiinnittää huomiota. Tulosten myötä ohjauksen moninaisuus ja ohjaajan vaativa rooli korostuivat entisestään. Herää jopa ajatus, että pitäisikö työvuorossa olla yksi hoitaja, joka keskittyisi pelkästään ohjaamiseen. Tulevaisuuden haasteena niin ohjauksessa kuin hoitotyössä yleensäkin voidaan pitää potilaan entistä kokonaisvaltaisempaa huomiointia ja kannustamista itsehoitoon. Tämän työn tekeminen on opettanut huomioimaan

entistä enemmän potilaan yksilöllisiä tarpeita niin ohjauksessa kuin muussakin hoitotyössä.

Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä toi oman haasteensa työhön. Menetelmän mielenkiintoisuus ja mielekkyys yllättivät ja tempaisivat mukaansa työn edetessä. Aihetta koskevaan kirjallisuuteen ja aiemmin tehtyihin kirjallisuuskatsauksiin tutustuminen auttoivat sisäistämään menetelmän ja näin onnistumaan sen käytössä. Kirjallisuuskatsauksen tekemisessä nimenomaan järjestelmällisyys ja kirjanpito työn eri vaiheista nousivat hyvin olennaisiksi seikoiksi.

7.2 Eettisyys ja luotettavuus

Aiheen valinta on tutkimuksen ensimmäinen eettinen ratkaisu. Aihetta valittaessa tulee miettiä, kenen ehdoilla aihe valitaan ja miksi tutkimukseen ryhdytään. Ongelmallista voi olla pohtia, halutaanko valita muodikas aihe, mahdollisimman helposti toteutettava aihe, vai mahdollisimman merkityksellinen aihe yksilö ja yhteiskunnallisella tasolla (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 26). Tämän työn aihe on valittu tekijän oman kiinnostuksen ja aiheen merkityksellisyyden vuoksi. Tärkeimpänä valintakriteerinä pidettiin aiheen hyödyllisyyttä tulevassa työssä sairaanhoitajana. Aiheen ajankohtaisuutta pidettiin oleellisena tekijänä nimenomaan hyödyllisyysnäkökulmasta, ei niinkään siksi, että mahdollisimman ajankohtainen aihe olisi helpoimmin toteutettava.

Tässä työssä eettisesti hyvin merkittävänä tekijänä voidaan pitää työn aineiston kokoamista kirjallisuudesta. Koska aineisto on koottu kirjallisuudesta, ei siinä ole riskiä yksittäisen henkilön tunnistamisesta tai muiden luottamuksellisten tietojen julkitulosta. Leino- Kilven & Välimäen (2004, 289) mukaan tutkijan tulee valita tietolähteensä niin, että siitä aiheutuu mahdollisimman vähän haittaa tutkittaville. Heidän mukaansa on syytä harkita, olisiko aineisto mahdollista saada kirjallisuudesta.

Kirjallisuuskatsauksessa tiedonhaun jokainen vaihe kirjataan ja tallennetaan. Näin tiedonhaku pystytään toistamaan. Toistamalla tiedonhaku pystytään

näyttämään toteen tiedonhakuprosessi (Tähtinen 2007). Tutkimuksen luotettavuutta kohentaa tarkka selvitys sen kaikista vaiheista (Hirsjärvi ym. 2004). Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluvat tieteellisesti ja eettisesti kestävien tiedonhankintatapojen käyttö, tulosten raportointi ja arviointimenetelmät (Leino-Kilpi & Välimäki 2004). Tässä työssä tiedonhakuprosessi kirjattiin tarkasti ja järjestelmällisesti. Tiedonhakuprosessin etenemistä laadittiin kuvaamaan kuvio 1. Tiedonhaun luotettavuus tarkastettiin tiedonhakuvaiheessa toistamalla tiedonhaku kahdesti eri päivinä.

Kankkusen & Vehviläinen-Julkusen (2009, 164) mukaan tutkimuksen analyysivaiheessa olennaista on asianmukaisen analyysimenetelmän valinta. Lähestymistapa tulee kuvata selkeästi ja valitun menetelmän sopivuutta tulee pohtia. Tuomen & Sarajärven (2009, 123–124) mukaan teoreettisen tutkimuksen analysointiin sopii aineistolähtöinen sisällönanalyysi. Tässä työssä sovellettiin aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Tämän analyysimenetelmän avulla laaditut luokat tekivät aineiston analysoinnista selkeää ja johdonmukaista. Analysointi kuvattiin opinnäytetyössä vaiheittain.

Hirsjärven ym. (2004, 110) mukaan plagioinnilla tarkoitetaan varkautta, joka on tehty tieteessä. Plagioitaessa esitetään toisen ideoita, tutkimustuloksia tai sanamuotoa, niin kuin se olisi omaa tekstiä. Tässä työssä käytettiin kaikkea hakukriteereillä saatua aineistoa yhtäläillä ja mahdollisimman tasavertaisesti. Tuloksia raportoitaessa ei plagioitu toisten tekstejä, vaan viitattiin rehellisesti alkuperäistutkimuksiin. Tutkimustulokset raportoitiin tämän työn tekijän omin sanoin, asiasisältöä kuitenkin muuttamatta. Raportoinnissa pyrittiin selkeyteen ja johdonmukaisuuteen.

Kankkusen & Vehviläinen-Julkusen (2009, 161) mukaan tutkijan tulee olla tarkoin perehtynyt käyttämäänsä tutkimusmenetelmään. Tässä työssä systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen ryhdyttiin perehtymään jo suunnitteluvaiheessa. Apuna käytettiin menetelmää koskevaa kirjallisuutta läpi koko työn. Axelin & Pudas-Tähkä (2007, 46) toteavat, että systemaattisen kirjallisuuskatsauksen tekeminen luotettavasti vaatii vähintään kahden tutkijan yhteistyötä. Tutkijat voivat päätyä erilaisiin lopputuloksiin valitessaan

tutkimuksia kirjallisuuskatsaukseen. Heidän mukaansa kahden tutkijan yhteistyö vähentää virheitä. Tämän työn luotettavuutta voi haitata se, että työtä tehtiin yksin. Virheiden minimoimiseksi pyrittiin käyttämään riittävästi aikaa aineistoa valikoitaessa, jottei esimerkiksi väsymys tai liian nopea aineiston selaaminen lisännyt virheiden riskiä.

Koska tämän työn aineisto on koottu kirjallisuudesta, se sisältää tutkimustuloksia useista Suomen eri sairaaloista. Tutkimustulokset eivät siis ole sairaala- tai aluekohtaisia. Tämä kohentaa tutkimuksen luotettavuutta.

7.4 Jatkotutkimusaiheet ja tulosten hyödynnettävyys

Jatkotutkimusaiheeksi ehdotan aiheen tarkastelua eri näkökulmasta, esimerkiksi omaisen näkökulmasta. Myös avoterveydenhuollossa saadusta ohjauksesta tehty tutkimus olisi mielenkiintoinen vertailukohde tälle työlle. Työtä tehdessä itselleni heräsi suuri mielenkiinto myös eri ohjausmenetelmiä, niiden käytön määrää ja vaikuttavuutta kohtaan. Näkisin tämän hyvin mielekkäänä jatkotutkimusaiheena. Lisäksi olisi tärkeää tarkastella, ovatko hoitajat saaneet ohjauksen antamiseen riittävää koulutusta, olivathan ohjauksessa ilmenneet puutteet osin oleellisia ohjauksen onnistumisen kannalta.

Koska hoitajien tiedoissa ja ohjaustaidoissa ilmeni puutteita ja ristiriitoja, näkisin hyödyllisenä tarkastella, mistä ristiriidat ja puutteet johtuvat. Tältä kannalta voisi tarkastella esimerkiksi sitä, missä tiedon osa-alueilla puutteita ilmenee ja miten niitä voisi kehittää. Syntyvätkö puutteet jo koulutuksen aikana vai tarvitsisivatko hoitajat lisää täydennyskoulutusta omaan erityisalaansa? Johtuvatko puutteet pääosin resurssipulasta?

Työn tutkimustuloksia voivat hyödyntää hoitotyön ammattilaiset hoitotyön käytännössä, etenkin erikoissairaanhoidossa. Koska tulokset koskevat sisätautipotilaan ohjausta, ovat ne selkeimmin hyödynnettävissä juuri sisätautiosastoilla. Työ antaa kehittämisideoita hoitotyön arkipäivään, johon

potilasohjaus kuuluu. Työtä voidaan hyödyntää myös hoitotyön koulutuksessa, koska se antaa ideaalikuvan siitä, millaista ohjauksen pitäisi olla.

LÄHTEET

Arvinen, K. 2008. Sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan ohjaus sairaalassa. Turun yliopisto. Hoitotieteellinen tiedekunta. Hoitotiede. Pro gradu.

Axelin, A. & Pudas- Tähkä, S-M. 2007. Systemaattisen kirjallisuuskatsauksen aiheen rajaus, hakutermit ja abstraktien arviointi. Teoksessa Axelin, A., Johansson, K., Stolt, M., Ääri R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteenlaitoksen julkaisu.

Ekola, S. 2007. Sydämen vajaatoimintaa sairastavien potilaiden ohjaus ja seuranta Suomessa. Turun yliopisto. Hoitotieteellinen tiedekunta. Hoitotiede. Pro gradu.

Eloranta, S., Katajisto, J. & Leino- Kilpi, H. 2008. Potilas kirurgisen hoidon laadun arvioitsijana. Hoitotiede 20, 115–125.

Eronen, P. & Kinnunen, P. 2009. Kroonista haavaa sairastavan potilaan hoito. Sairaanhoitaja 82, 27-30.

Hayman, L., Kamau, M. & Stuart-Shot, E. 2009. The heart of the matter-reducing CVD risk. The Nurse Practitioner 5, 30-35.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2004. Tutki ja kirjoita. 10. painos. Jyväskylä: Tammi.

Hyrskyluoto, H. 2008. Sisätautipotilaan ohjaus hoitohenkilökunnan arvioimana. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotiede. Pro gradu.

Johansson, K. 2007. Kirjallisuuskatsaukset - huomio systemaattiseen kirjallisuuskatsaukseen. Teoksessa Axelin, A., Johansson, K., Stolt, M., Ääri R-L. (toim.) Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteenlaitoksen julkaisu.

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

Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2005. Käsitemanalyysi ohjaus-käsitteestä hoitotieteessä. Hoitotiede 17, 253–256.

Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. Ohjaus – tuttu, mutta epäselvä käsite. Sairaanhoitaja 10.

http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/10_2006/muut_artikkelit/ohjaus-tuttu_mutta_epaselva_ka/. (Luettu 7.9.2009.)

Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Torppa, K. & Ukkola, L. 2006. Terveystienhenkilöstön käsitykset ohjauksesta sairaalassa. Hoitotiede 18, 10.

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

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotiede. Väitöskirja.

Kääriäinen, M. 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. Tutkiva hoitotyö 6, 10–15.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 5§ 785/1992.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>. (Luettu 3.9.2009.)

Leino- Kilpi, H. 2007. Kirjallisuuskatsaus- tärkeää tiedon siirtoa. Teoksessa Axelin, A., Johansson, K., Stolt, M., Ääri R-L. (toim.). Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisu.

Leino- Kilpi, H. & Välimäki, M. 2004. Etiikka hoitotyössä. Toinen painos. Helsinki: WSOY.

Marriner- Tomey, A. 1994. Hoitotyön teoreetikot ja heidän työnsä. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.

Metsämuuronen, J. 2006. Metodologian perusteet ihmistieteessä. Teoksessa Metsämuuronen, J. (toim.) Laadullisen tutkimuksen käsikirja. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Muhonen, K. 2008. Sydänsiirtoleikkauksessa olleiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta ennen ja jälkeen leikkauksen. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotiede. Pro gradu.

Mäkeläinen, P. 2008. Rheumatoid arthritis patient education and self- efficacy. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotiede. Väitöskirja.

Nightingale, F. 1960. Sairaanhoidosta. Toinen painos. Porvoo: WSOY.

Nuutinen, H-L. & Raatikainen, R. 2005. Omaisten osallistuminen hoitoon ja osallistumiseen saatu tuki vanhusten pitkäaikaisessa laitoshoidossa. Hoitotiede 17,139.

Nylen, M., Tervonen, S. & Leino, E. 2009. Hoidon ohjauksen ja kuntoutuksen merkitys epilepsiapotilaan kannalta. Duodecim 125, 2543–2550.

Peltoniemi, A. 2007. Terveystieteiden valmiudet ohjata hemofiliaa sairastavia ja heidän perheitään. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotiede. Väitöskirja.

Poutala, K., Partanen, L. & Tuunainen, J. 2007. Sydämen vajaatoimintaa sairastavat toivovat lisää ohjausta. Sairaanhoidaja 80, 20–23.

Risikko, P. 2008. Hoitohenkilöstöllä suuri rooli potilaan hoitoon sitoutumisessa. Sosiaali- ja terveysministeriön tiedote 158/2008.

<http://www.stm.fi/tiedotteet/tiedote/view/1262621>. (Luettu 3.9.2009.)

Sarvimäki, A., Stenbock-Hult, B. 1996. Hoito, huolenpito ja opetus. Helsinki: WSOY.

Tunturi- Kempainen, H. 2008. Sydämen ohitusleikkauspotilaiden leikkausta edeltävä ohjaus erikoissairaanhoidossa. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotiede. Pro gradu.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Viides painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tähtinen, H. 2007. Systemaattinen tiedonhaku hoitotieteen näkökulmasta. Teoksessa Axelin, A., Johansson, K., Stolt, M., Ääri R-L. (toim.). Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisu.

Vihijärvi, S. 2006. Nivelreumapotilaan ohjaus potilaan ja hänen perheensä näkökulmasta. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotiede. Pro gradu.

Väisänen, P. 2003. Malleja ja empatiaa – käsityksiä hyvästä ohjauksesta. Suomen harjoittelukoulujen vuosikirja N:o 1.

<http://sokl.joensuu.fi/verkkojulkaisut/ohjaus/Vaisanen.htm>. (Luettu 4.9.2009)