
KIRURGISEN POTILAAN OHJAAMINEN HOITAJIEN NÄKÖKULMASTA



Ammattikorkeakoulututkinnon opinnäytetyö

Hoitotyön koulutusohjelma

Forssa, 29.10.2010.

Johanna Partti



Hoitotyön koulutusohjelma
Forssa

Työn nimi Kirurgisen potilaan ohjaaminen hoitajien näkökulmasta

Tekijä Johanna Partti

Ohjaava opettaja Kirsi Puhtimäki

Hyväksytty _____._____.20____

Hyväksyjä

Forssa
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja AMK

Tekijä	Johanna Partti	Vuosi 2010
Työn nimi	Kirurgisen potilaan ohjaaminen hoitajien näkökulmasta	

TIIVISTELMÄ

Opinnäytetyö tilattiin eräästä eteläsuomalaisesta sairaalasta ja sen tarkoituksena on kerätä tietoa potilasohjauksesta sairaalan kirurgisen vuodeosaston ja päiväkirurgisen yksikön hoitajilta. Opinnäytetyön tavoitteena on saada tietoa, jolla voidaan kehittää sairaalan kirurgistenpotilaiden potilasohjausta. Opinnäytetyön aineisto kerättiin kvantitatiivisen tutkimuksen mukaisesti käyttämällä kirjallisena viitekehyksenä 2000-luvulla tehtyjä hoitotyön tutkimuksia. Aineisto kerättiin Maria Kääriäisen tekemällä Ohjauksen laatu -mittarin hoitohenkilöstö-osalla. Kyselylomakkeita lähetettiin osastolle 28 kappaletta (N=28), joista palautettiin 17 (n=17).

Tulokset osoittivat, että hoitajilla on hyvät tiedot potilaiden sairauksista, sairauksien kehittymisestä, vaaratekijöistä, liitännäissairauksista, sairauksien toipumisennusteesta ja sairauden merkityksestä potilaan arkeen. Heikommin hoitajat tiesivät potilaalle tarjottavista kuntoutus- ja sosiaalipalveluista, eivätkä siksi osanneet ohjata potilaita näihin palveluihin.

Hoitajat kokivat potilasohjauksen tärkeäksi osaksi työtään ja olivat motivoituneita ohjaamaan potilaita ja heidän omaisiaan. Hoitajat käyttivät eniten suullista yksilöohjausta, jota tuki jaettu kirjallinen materiaali. Muiden ohjausmenetelmien käyttäminen oli vähäistä ja niiden käyttöön liittyvää koulutusta kaivattiin. Ajan puute, tilojen epäasianmukaisuus ja ohjaustilanteen kirjaamisen puuttuminen hoitosuunnitelmasta olivat hoitajien mielestä puutteita.

Opinnäytetyön tulokset olivat samansuuntaisia kuin aikaisemmissa hoitotyön tutkimuksissa (Lipponen 2008; Kääriäinen 2007; Kettu 2007; Ervasti 2004). Potilasohjausta tulisi kehittää kirjaamisen, ohjausmenetelmien ja ajan hallinnan osalta. Tulevaisuudessa sama kysely voitaisiin tehdä uudelleen ja katsoa, millaista kehitystä on tapahtunut.

Avainsanat Kirurginen potilas, potilasohjaus, hoitotyöntekijä

Sivut 21 s. + liitteet 3 s.

Forssa
Degree Programme in Nursing
Registered nurse

Author

Johanna Partti

Year 2010

Subject of Bachelor's thesis

Patient Education of Surgery Patients from Nurses'
Point of View

ABSTRACT

The thesis was commissioned by a southern Finland hospital. The purpose is to gather information about patient education from the nurses working in surgical ward and day surgery unit of the hospital. The aim is to develop patient education of surgical patients in a southern Finland hospital. The material for the study was collected by education standard indicator designed by Maria Kääriäinen. The study is quantitative and the theoretical framework is based on 21 century studies on nursing. Altogether 28 questionnaires were sent to the surgical ward (N=28) and 17 replies were received (n=17).

The results showed that nurses were well informed about patients' diseases, development of diseases, risks, associated diseases, prognosis of recovery and significance of disease to patient. Nurses didn't know enough about social or rehabilitation services and that's way they were not able to guide patients to these services.

Nurses regarded patient education as an important part of their work and they were motivated to educate patients and their close relatives. Individual spoken education was used most, supported by written material. Other education methods were not much used and nurses wished for more training on these methods. Lack of time, inadequate premises and not recording the education situations in nursing plan were seen as big problem by the nurses.

The results of the study were similar to earlier studies in the Degree Programme in Nursing (Lipponen 2008; Kääriäinen 2007; Kettu 2007; Ervasti 2004). Education methods should be developed as to recording, patient education and time management. In future, the same survey could be done again to see whether there has been any progress.

Keywords Surgical patient, patient education, nursing employee

Pages 21 p. + appendices 3 p.

SISÄLLYS

1. JOHDANTO.....	1
2. KESKEISET KÄSITTEET	2
2.1 Potilasohjaus.....	2
2.2 Hoitotyöntekijä.....	2
2.3 Potilasohjausmenetelmät.....	2
2.4 Kirurginen potilas.....	2
3. POTILASOHJAUS HOITAJIEN NÄKÖKULMASTA	3
3.1 Terveystenhoitohenkilöstön potilasohjausvalmiudet.....	3
3.2 Potilasohjausmenetelmien hallinta	4
3.3 Potilasohjauksen puitteet.....	4
3.4 Ohjaustoiminnan toteutuminen	5
3.5 Lisäkoulutus ja kehittämismahdollisuudet	5
4. OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT.....	6
4.1 Opinnäytetyön tarkoitus	6
4.2 Opinnäytetyön tavoite	6
4.3 Opinnäytetyön tutkimusongelmat	6
5. OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN	7
5.1 Kvantitatiivinen tutkimus.....	7
5.2 Positivismi tieteen filosofisena suuntauksena	7
5.3 Aineiston kerääminen ja kohdejoukko	8
5.4 Aineiston analyysi	9
5.5 Aineiston raportointi	10
6. OPINNÄYTETYÖN TULOKSET.....	11
6.1 Taustatiedot	11
6.2 Terveystenhoitohenkilöstön tiedolliset ja taidolliset potilasohjausvalmiudet ..	12
6.3 Potilasohjausmenetelmien hallinta ja potilasohjauksen puitteet	12
6.4 Ohjaustoiminnan toteutuminen	13
6.5 Ohjauksen kehittämishaasteet ja lisäkoulutus	14
6.6 Luotettavuus	14
6.6.1 Ohjauksen laatu -mittarin luotettavuus.....	14
6.6.2 Opinnäytetyön luotettavuus.....	15
6.7 Eettisyys	15
7. POHDINTA.....	16
7.1 Tulosten tarkastelu	16
7.2 Johtopäätökset	18
7.3 Jatkotutkimusehdotukset	18
LÄHTEET	19

LIITE 1
LIITE 2

Sopimus mittarin käytöstä
Saatekirje

KUVIO 1
KUVIO 2

Hoitajien ikäjakauma
Hoitajien työkokemus

1. JOHDANTO

Potilasohjausta on tutkittu paljon sekä Suomessa että ulkomailla (Haapala 2008; Wathen 2007; Donovan ym. 2007; Heikkinen ym. 2007; Kääriäinen, Kyngäs, Ukkola & Torppa; Heino 2005; Oranta, Routasalo & Hulpí. 2002). Potilasohjauksen ajankohtaisuuteen ovat vaikuttaneet sekä potilaiden kasvava vastuu omasta hoidostaan hoitoaikojen lyhentymisen takia että potilaiden tarve saada tietää omaa hoitoaan koskevia asioita (Kyngäs ym. 2007, 12; Lipponen ym. 2006).

Opinnäytetyön tarkoituksena on kerätä tietoa potilasohjauksesta erään eteläsuomalaisen sairaalan kirurgisen vuodeosaston ja päiväkirurgisen yksikön hoitajilta. Tarkoituksena on selvittää, millaiset ovat hoitajien potilasohjausvalmiudet, miten hoitajat suhtautuvat potilasohjaukseen, kuinka paljon siihen käytetään aikaa ja millaisia menetelmiä käytetään potilasohjauksessa. Keskeisinä käsitteinä työssä esiintyvät potilasohjaus, hoitotyöntekijä, potilasohjausmenetelmät ja kirurginen potilas.

Aineisto kerättiin kvantitatiivisella tutkimusmenetelmällä. Aineiston keräämisessä käytettiin Maria Kääriäisen tekemää Ohjauksen laatu -mittarin hoitohenkilöstö osaa. Vastaukset analysoitiin SPSS-tilasto-ohjelmaa käyttäen. Vastauslomakkeiden viimeinen kysymys oli avoin ja se analysoitiin erikseen sisällön analyysillä.

Tulokset osoittivat, että hoitajilla oli hyvät tiedot potilaiden sairauksista, sairauksien kehittymisestä, vaaratekijöistä, liitännäissairauksista, sairauksien toipumisennusteesta ja sairauden merkityksestä potilaan arkeen. Heikommin hoitajat tiesivät, miten sairaus vaikuttaa koko perheeseen. Hoitajat tiesivät heikosti potilaalle tarjottavista kuntoutus- ja sosiaalipalveluista eivätkä siksi osanneet ohjata potilaita näihin palveluihin.

Hoitajat kokivat potilasohjauksen tärkeäksi osaksi työtään ja olivat motivoituneita ohjaamaan potilaita ja heidän omaisiaan. Hoitajat käyttivät eniten suullista yksilöohjausta, jota tuki jaettu kirjallinen materiaali. Muiden ohjausmenetelmien käyttäminen oli vähäistä ja niiden käyttöön liittyvää koulutusta kaivattiin. Hoitajat ottivat potilaan yksilöllisesti huomioon ohjatessaan ja kävivät läpi vain muutaman asian kerrallaan. Hoitajat tarkkailivat potilaan kiinnostusta aiheeseen ja ohjasivat heitä sen mukaan. Ohjauksen toteuttaminen jäi kuitenkin yli puolella hoitajista kirjaamatta potilaan hoitosuunnitelmaan. Ajan puute ja ohjaustilojen epäasiallisuus olivat suurimmat ongelmat hoitajien mielestä.

Opinnäytetyön tavoitteena on antaa sairaalan kirurgiselle vuodeosastolle ja päiväkirurgian yksikölle tietoa hoitajien antamasta potilasohjauksesta. Kyselyn tuloksia hyödyntäen he voivat kehittää omaa toimintaansa.

2. KESKEISET KÄSITTEET

2.1 Potilasohjaus

Potilasohjauksen tarkoituksena on edistää asiakkaan kykyä ja aloitteellisuutta parantaa arkeaan haluamallaan tavalla. Asiakkaalla on aktiivinen rooli ongelman ratkaisijana. Hoitaja tukee asiakasta päätöksen teossa ja tarvittaessa opettaa taitoja ja antaa tietoa potilaan avuksi ongelman ratkaisemiseksi. Useat ohjauskerrat ovat vaatimus tulokselliselle ohjaamiselle ja ohjaussuhde on tasavertainen. (Kyngäs ym. 2007, 25.) Potilasohjaus on asiakkaan ja hoitajan välistä suunniteltua, aktiivista ja tavoitteellista toimintaa, joka on sidoksissa heidän taustatekijöihinsä (Kääriäinen & Kyngäs 2005). Asiakkaan ja hoitajan taustatekijät, vuorovaikutteinen ohjaussuhde ja aktiivinen ja tavoitteellinen toiminta ovat potilasohjauksen kulmakiviä (Kyngäs ym. 2007, 26). Tässä työssä potilasohjauksella tarkoitetaan hoitajan antamaa tietoa ja tukea potilaalle tämän ollessa osastolla.

2.2 Hoitotyöntekijä

Käsite hoitotyöntekijä liitetään ammattitoimintaan, jolloin se tarkoittaa kaikkia niitä hoitajia, jotka työskentelevät terveydenhuollon eri sektoreilla. Hoitaja on terveydenhuoltoalan ammatillisen koulutuksen saanut henkilö, joka työssään ohjaa asiakkaita. (Kyngäs ym. 2007, 6.) Tässä työssä hoitajalla tarkoitetaan perus-, lähi- ja sairaanhoitajaa, joka on saanut luvan käyttää ammattinimikettään.

2.3 Potilasohjausmenetelmät

Potilasohjausmenetelmillä tarkoitetaan yksilöohjausta, ryhmäohjausta ja audiovisuaalista ohjausta. Potilasohjausmenetelmän valinta perustuu potilaan tai asiakkaan kykyyn omaksua tietoa. Hoitajan tehtävä on arvioida, mikä menetelmästä sopii potilaalle parhaiten. Usein yksi menetelmä ei ole parhain, vaan hyvä potilasohjaus perustuu eri ohjausmenetelmien yhdistämiseen potilaalle parhaimmalla mahdollisimmalla tavalla. (Kyngäs ym. 2007, 73.) Tässä työssä potilasohjausmenetelmillä tarkoitetaan yksilö- ja ryhmä- sekä audiovisuaalista ohjaamista.

2.4 Kirurginen potilas

Kirurginen potilas tarkoittaa henkilöä, joka todennäköisesti tarvitsee leikkausta jonkin sairauden tai äkillisen sairastumisen takia. Siihen, miten potilas reagoi leikkaukseen, vaikuttavat sairauden merkitys potilaalle, sen vakavuusaste, äkillisyys ja kesto, aikaisemmat kokemukset ja nykyiset hoitomahdollisuudet. Suhtautumiseen vaikuttavat myös potilaan persoonallisuus, tunteet, tiedot ja sosiaalinen tilanne. (Holmia, Murtonen, Mälymäki & Valtonen 2006, 16.) Tässä työssä kirurginen potilas tarkoittaa henkilöä, joka on joutunut sairaalaan jonkin vaivan tai sairauden takia, mikä todennäköisesti vaatii leikkaushoitoa.

3. POTILASOHJAUS HOITAJIEN NÄKÖKULMASTA

Lipposen, Ukkolan, Kansten, ja Kyngäksen (2008) mukaan potilasohjaus on sidoksissa potilaan ja hoitajan taustatekijöihin. Näitä ovat fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja eettiset taustatekijät. Näiden ohella hoitajien pitämään potilasohjaustilanteisiin vaikuttavat myös hoitajan ikä, sukupuoli ja koulutus. Myös arvot ja maailmankatsomus vaikuttavat siihen, miten hoitajat toteuttavat potilasohjausta. Asianmukaiset resurssit, kuten ohjaukseen käytettävät materiaalit, ajan käyttö ja tilat, ovat laadukkaan potilasohjauksen edellytys. Hoitohenkilöstöllä ja johtajilla on vastuu siitä, kuinka ohjausta arvostetaan hoitotyön osana. (Lipponen ym. 2008.)

3.1 Terveystenhoitohenkilöstön potilasohjausvalmiudet

Potilasohjaus perustuu hoitajien tietoon sairauksista, niiden ennaltaehkäisystä ja hoidosta. Terveystenhoitohenkilöstön tiedot sairauksien oireista ja hoidosta sekä toimenpiteistä olivat hyvät. (Eloranta, Vähätalo, Rasmus, Elomaa & Johansson 2010; Kääriäinen 2007; Isola, Kääriäinen, Backman, Kyngäs, & Saarnio 2007; Patala-Pudas 2006; Lipponen 2004.) Sairausten syistä hoitajat eivät osanneet kertoa tarpeeksi potilaiden mielestä (Isola ym. 2007). Hoidon jälkeisestä voinnista ja toipumisajasta oli joillakin sairaanhoitajilla hyvin tietoa (Kääriäinen 2007), perioperatiivisilla sairaanhoitajilla sen sijaan tämä tuotti ongelmia (Ervasti 2004).

Heikot tiedot hoitajilla oli itsehoidon tukemisesta (Kääriäinen 2007; Ervasti 2004), ohjaustilanteen arvioinnista (Ervasti 2004), ja kuntoutuksesta (Kääriäinen 2007; Isola ym. 2007) sekä vertaistukeen ohjaamisesta (Lipponen ym. 2008). Hoitohenkilökunta koki antaneensa potilaille tarpeeksi tietoa sairaudesta, sen oireista ja hoidoista (Kääriäinen ja Kyngäs 2005, Stenman & Toljamo 2002).

Tietojen lisäksi hoitajien potilasohjauksen taidot olivat hyvät (Kääriäinen 2007; Kettu 2007; Lipponen 2004; Ervasti 2004). Hoitajat kokivat pätevyytensä keskimäärin hyväksi potilasohjauksessa, mikä on yksi ammatillisen pätevyyden osa-alueista (Heikkilä, Meretoja, Ahola, Suominen & Kankkunen 2007). Hoitajat kokivat myös osaavansa hyvin ohjata potilasta ja keskustella hänen kanssaan vuorovaikutteisesti (Kääriäinen 2007; Lipponen 2004). Hoitajat eivät usein ymmärtäneet rohkaista potilaita tarpeeksi keskustelemaan, esittämään kysymyksiä ja kertomaan mielipiteitään (Patala-Pudas 2006).

Hoitajat suhtautuivat pääsääntöisesti myönteisesti potilasohjaukseen (Kääriäinen 2007; Kettu 2007; Lipponen 2004; Ervasti 2004). Hoitajat arvioivat usein asennoitumisensa myönteisemmäksi kuin se potilaiden mielestä on (Lipponen ym. 2008). Joidenkin perioperatiivisten sairaanhoitajien mukaan potilasohjaus ei kuulu leikkausosastolle ja sen takia siihen suhtauduttiin negatiivisesti, vaikka se koettiin tärkeäksi (Ervasti 2004). Omaisten ohjaaminen koettiin tärkeäksi ja siksi siihen panostettiin (Lipponen 2004).

3.2 Potilasohjausmenetelmien hallinta

Useista potilasohjausmenetelmistä hallittiin parhaiten suullinen yksilöohjaus, jota täydensi jaettu kirjallinen potilasohjausmateriaali (Kääriäinen 2007; Kettu 2007; Kääriäinen & Kyngäs 2005; Lipponen 2004). Potilasohjaus keskittyi paljolti asioiden kertomiseen ja potilaan kanssa keskusteleamiseen vuorovaikutteisesti (Kääriäinen 2007; Lipponen 2004.) Hoitajien mielestä pelkkä suullinen potilasohjaus ei riittänyt takaamaan riittävää oppimista. Tämän takia hoitajat käyttivät suullisen ohjauksen tukena demonstraatiota ja kirjallista materiaalia. (Kyngäs ym. 2005.) Kirjallisen potilasohjausmateriaalin antaminen potilaalle oli tärkeää, koska tällä tavalla potilas sai tietoa sairaudestaan tai toimenpiteestä sekä ennen että jälkeen sairaalaan tulon. Potilaan saama tieto rauhoitti häntä ja poisti sairauteen tai toimenpiteeseen liittyvää pelkoa. (Lipponen ym. 2006.)

Eri ohjausmenetelmien käyttöön tulisi kiinnittää enemmän huomiota, koska potilaan muistavat ja prosessoivat tietoa eri tavalla. Tämä lisäisi potilasohjauksen yksilöllisyyttä. (Lipponen ym. 2008; Kyngäs ym. 2005.) Informaatioteknologiaa pidettiin tärkeänä osana potilasohjausta varsinkin päiväkirurgian yksikössä. Tämän menetelmän käytössä oli paljon eroja iän ja ammatin suhteen. (Välimäki, Alanen, Suhonen, Nenonen & Koivunen 2007.) Tietotekniikan ja Internetin käyttö potilasohjauksen tukena oli vähäistä, koska näiden saatavuudessa oli puutteita (Lipponen ym. 2008).

Hoitohenkilökunnan yhteistyö ja kirjallisen materiaalin saatavuus koettiin hyväksi (Kääriäinen 2007). Ohjausmateriaalia ei kuitenkaan aina osattu käyttää oikein ja hyödyntää potilasohjauksessa (Ervasti 2004).

3.3 Potilasohjauksen puitteet

Ohjaaminen tapahtui yleisemmin potilaan sängyn vierellä monen hengen huoneessa, joten yksityisyyttä ja rauhaa ei ollut. Potilasohjaukseen varatut tilat koettiin epäedulliseksi niin hoitajille kuin potilaille. (Kääriäinen 2007; Kyngäs ym. 2005; Lipponen 2004; Ervasti 2004.) Päiväkirurgissa yksiköissä potilasohjaus tapahtui yleensä heräämössä tai ohjaukseen varatussa paikassa (Kettu 2007).

Potilaan ohjauksen tuli tukeutua ajankohtaiseen, uusimpaan tutkittuun tietoon ja sen soveltamiseen potilaan elämäntilanteeseen. Hoitajat käyttivät kuitenkin hyvin vähän tutkittua tietoa potilasohjauksen tukena. (Kettu 2007; Lipponen 2004.) Laadukkaan ohjauksen tarjoamiseksi hoitohenkilökunnalla oli velvollisuus päivittää tietojaan ja taitojaan, jotta potilaille voidaan tarjota asianmukaista tietoa päätöksenteon ja valintojen tueksi (Lipponen ym. 2008.) Hoitajat arvioivat omaa kiinnostustaan ohjaamiseen juuri itsensä kehittämisen kautta (Kyngäs ym. 2005).

Tutkimusten mukaan hoitajat käyttivät osastoilla eri lailla aikaa potilaiden ohjaamiseen. Potilasohjaukseen käytettiin aikaa vähintään 30 minuuttia työvuorosta. Kuitenkin keskimääräinen potilasohjaukseen käytetty aika oli alle 3 tuntia työvuorosta. (Kääriäinen 2007; Kettu 2007; Lipponen 2004; Ervasti 2004.) Ajanpuute koettiin ongelmalliseksi ja sen havaittiin huo-

nontavan potilasohjausta (Kääriäinen 2007; Lipponen 2004). Suullinen, yksilöllinen ohjaus vei paljon aikaa hoitohenkilökunnalta (Kääriäinen ja Kyngäs 2005).

3.4 Ohjaustoiminnan toteutuminen

Ohjauksen tavoitteena oli potilaan ja hänen omaistensa valmistaminen kotiutumiseen ja elämäntapamuutokseen (Haapala 2008). Hoitohenkilökunnan oli vaikeaa arvioida potilaan ohjaus- tai oppimistarvetta, koska jokaisen potilaan tarpeet olivat yksilöllisiä (Kettu 2007; Kääriäinen & Kyngäs 2005, Johansson, Hupli & Salanterä 2002). Potilasohjaustilanteissa terveydenhoitohenkilökunta pyrkii ottamaan huomioon potilaan aktiivisuuden. (Kääriäinen 2007). Monet hoitajat pitivät tärkeänä huomioida potilaan tarpeet, sen hetkisen elämäntilanteen ja tunteet ohjaustilanteen aikana (Kääriäinen & Kyngäs 2005; Ervasti 2004; Stenman & Toljamo 2002). Tärkeää oli muistaa, että potilas oli aktiivinen toimija ja omanelämänsä paras asiantuntija (Halkoaho, Kavilo & Pietilä 2009; Lipponen 2008). Hoitajan antama emotionaalinen tuki ja mahdollisuus keskustella tunteista olivat tärkeitä potilaille, mutta tämä ei toteudu puolella ohjaustilanteista (Patala-Pudas 2006). Ohjaustilanteen suunnittelussa ei aina otettu huomioon potilasta ja hänen elämäntilannettaan (Kääriäinen 2007), vaikka se oli luottamuksellisen hoitosuhteen rakentumisen kulmakivi (Lipponen ym. 2008).

Potilaslähtöinen ohjauksen suunnittelu oli puutteellista. Ohjauksen sisältöjä ja tavoitteita ei useinkaan määritelty, vaikka tavoitteiden asettaminen oli onnistuneen potilasohjauksen edellytys (Patala-Pudas 2006). Kaksisuuntainen vuorovaikutus oli elintärkeää onnistuneelle potilasohjaukselle. Tämä ei kuitenkaan toteutunut ellei sekä potilas että hoitaja ollut aktiivisia ohjaussuhteessa. (Lipponen ym. 2008.)

Ohjaustilanteen analysointi ja potilaan ohjaaminen vertaistukeen koettiin ongelmaksi. Henkilökunnan mukaan heikoiten toteutui palautteen pyytäminen ohjauksesta, ohjauksen tavoitteista keskusteleminen ja potilaan ohjaustoiveiden kyseleminen. (Lipponen 2005.)

3.5 Lisäkoulutus ja kehittämismahdollisuudet

Tutkittua tietoa käytettiin hyvin vähän ohjauksen tukena, koska sitä ei ollut totuttu käyttämään (Kettu 2007; Lipponen 2005). Informaatioteknologiaa pidettiin tärkeänä osana potilasohjausta varsinkin päiväkirurgian yksikössä. Tämän menetelmän käytössä oli paljon eroja hoitajan iän ja ammatin suhteen. (Välimäki ym. 2007.)

Hoitajat kaipaivat lisää perehdytystä ja koulutusta ohjausmateriaalin ja erilaisten ohjausmenetelmien käyttöön liittyen (Lipponen ym. 2008; Kääriäinen 2007; Kettu 2007; Lipponen 2005; Ervasti 2004). Hoitohenkilökunta tarvitsisi entistä enemmän sekä tietoa että taitoa ohjattavista asioista, oppimisesta, ohjausprosessista ja vuorovaikutuksesta. Potilasohjauksen yhtenä ongelmana oli hoitohenkilöstön riittämättömyys. (Lipponen ym.

2008.) Monet sairaanhoitajat haluaisivat lisää työantajan järjestämää työpaikkakoulutusta (Eriksson & Partanen 2005).

Potilasohjaukseen varatut tilat koettiin huonoiksi. Niiden järjeistäminen parantaisi ja helpottaisi potilaiden ohjausta. (Lipponen ym. 2008; Kääriäinen 2007; Lipponen 2005; Kyngäs ym. 2005; Ervasti 2004.) Ajan tasalla olevasta kirjallisesta ja audiovisuaalisesta materiaalista oli puutetta. Tämän lisäksi välineistön saatavuudessa oli ongelmia. (Lipponen ym. 2008; Kyngäs ym. 2005)

Kehittämistarpeiksi oli noussut myös potilasohjauksen vastuun jakamista ja ohjauk käytäntöjen yhtenäistämistä. Ohjausvastuun jakamisen uskottiin parantavan ohjaukseen osallistuvan moniammatillisen tiimin välistä yhteistyötä. Ohjauk käytäntöjen yhtenäistäminen ja kirjaaminen yhteisiksi toimintaohjeiksi poistaisi päällekkäisyyksiä ja epätietoisuutta siitä, mitä ohjausta potilas on jo saanut ja mitä hän vielä tarvitsisi. (Lipponen ym. 2008; Kyngäs ym. 2005.)

4. OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT

4.1 Opinnäytetyön tarkoitus

Opinnäytetyön tarkoituksena on kerätä tietoa potilasohjauksesta erään eteläsuomalaisen sairaalan kirurgisen vuodeosaston ja päiväkirurgisen yksikön hoitajilta. Tarkoituksena on selvittää, millaiset ovat hoitajien potilasohjausvalmiudet, miten hoitajat suhtautuvat potilasohjaukseen, kuinka paljon siihen käytetään aikaa ja millaisia menetelmiä käytetään potilasohjauksessa. Lisäksi tarkoituksena on saada selville hoitajien mielestä tarpeellisia kehittämiskohteita.

4.2 Opinnäytetyön tavoite

Opinnäytetyön tavoitteena on saada tietoa, jolla voidaan kehittää erään eteläsuomalaisen sairaalan kirurgistenpotilaiden potilasohjausta. Tavoitteena on kehittää ohjaussisältöjä niin, että ne vastasivat entistä paremmin potilaiden tiedollisia ja taidollisia tarpeita. Hoitajat pystyvät täten jatkossa neuvomaan ja ohjaamaan potilaita paremmin eri elämän osa-alueilla.

4.3 Opinnäytetyön tutkimusongelmat

Opinnäytetyön tutkimusongelmat ovat:

1. Miten potilasohjaus toteutuu erään eteläsuomalaisen sairaalan kirurgisella vuodeosastolla ja päiväkirurgian yksikössä?
2. Millaiset tiedot, taidot ja asenteet hoitajilla on potilasohjaukseen heidän itsensä arvioimana?
3. Mitä kehitettävää potilasohjauksessa on?

5. OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

5.1 Kvantitatiivinen tutkimus

Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisen tutkimuksen mukaisesti. Kvantitatiivisen tutkimuksen keskeinen merkitys on olemassa olevan tiedon vahvistaminen eikä niinkään uuden tiedon löytyminen tai teorian kehittäminen. Kvantitatiivisen tutkimuksen yksi hyvä puoli on sen toistettavuus. Tällöin voidaan tuottaa kumuloituvaa tietoa käyttämällä samoja mittareita uusissa tutkimuksissa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 49.)

Kvantitatiivisella tutkimuksella on omat ominaispiirteensä. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa on tärkeää perusjoukon ja otoksen määrittely. Teoreettiset käsitteet operationalisoidaan eli muutetaan mitattavaan muotoon. Vastausvaihtoehdot on merkitty numeroiden avulla. Kvantitatiivisen tutkimuksen erityispiirteenä on tilastollisten menetelmien käyttö ja muuttujien välisten yhteyksien tarkastelu. Tilastollista merkitystä arvioidaan ja laaditaan hypoteeseja. Kvantitatiivinen tutkimus on objektiivista ja se tavoittelee yleispätevyyttä. Objektiivisuutta korostaa se, että tutkijan ja tutkittavan välinen suhde on etäinen. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tutkimusasetelma on strukturoitu. Tutkimuksen luonne on teoriaa vahvistava ja johtopäätökset perustuvat aikaisempiin tutkimuksiin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 46.)

5.2 Positivismi tieteen filosofisena suuntauksena

Todellisuuden luonne, tiedon hankintatavat ja tieto loivat Laurin ja Elomaan (2001) mukaan perustan tieteenfilosofisille suuntauksille. Tieteenfilosofian hallitsevin muoto syntyi 1500-luvulla luonnontieteellisen tutkimuksen läpimurron yhteydessä. Keskeistä oli empirismin korostus eli ainoastaan kokemuksilla ja aistihavainnoilla voi hankkia tieteellistä tietoa. Selitystavaksi valittiin kausaalisuus. Luonnontieteellistä menetelmää alettiin käyttää myös ihmisiin kohdistuneissa tutkimuksissa. Luonnontieteellinen menetelmä sai 1800-luvulla nimekseen positivismi. Tämän mukaan tieto oli ihmisen ulkopuolisesta maailmasta lähtöisin. Sitä voitiin havainnoida objektiivisesti ja mitata määrällisesti. Todellisuuden osat olivat kausaalisuhteessa toisiinsa ja tutkimuksen avulla voitiin löytää pysyviä suhteita ja muodostaa niistä yleistettäviä ja toistuvia lakeja.

Ihmistieteissä tämä tarkoitti, että ihmisen toiminta oli rinnastettavissa muuhun luonnon toimintaan. Ihminen ymmärrettiin osana luontoa ilman erityispiirteitä ja häntä ohjasivat samat kausaalilait kuin muutakin luontoa. Ihmistä voitiin siis tutkia havainnoimalla vaikuttamatta samalla häneen tutkimuskohteena. Tätä on myös kritisoitu. Ihmisen tietoisuus ja tavoitteellisuus tekivät hänestä erilaisen tutkimuskohteen. Tutkimuksen ulkopuolelle jätettiin yhteiskunta ja kulttuuri ja niiden vaikutus ihmiseen. (Lauri & Elomaa 2001, 41–43; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007.)

Opinnäytetyössä selvitettiin erään eteläsuomalaisen sairaalan kirurgisen vuodeosaston ja päiväkirurgisen yksikön hoitajien ohjauskäytäntöjä Ohja-

uksen laatu -mittarin hoitohenkilöstö-osan avulla. Tällöin opinnäytetyöntekijä oli ulkopuolinen kyselyssä eikä vaikuttanut omalla persoonallaan vastauksiin. Hoitajat kuitenkin tiesivät olevansa tutkimuksen kohteena, mikä saattoi vaikuttaa heidän vastaamiseensa.

Tietoa hankittiin ohjauskäytännöistä hoitajien kokemana, jolloin tieto tuli perustumaan aistihavaintoihin ohjaamisesta hoitajien näkökulmasta. Tieto oli näin objektiivista ja määrällisesti mitattavaa. Tällöin saatiin selville myös, onko iällä, sukupuolella tai työkokemuksella yhteyttä ohjauksen laatuun. Lisäksi selvitettiin, miten tiloilla ja potilasohjausmateriaalilla oli vaikutusta ohjaamisen kokemiseen. Näin tutkimuksessa tuli julki positiivismin kausaalisuus.

5.3 Aineiston kerääminen ja kohdejoukko

Opinnäytetyö aloitettiin tutustumalla aikaisempaan tutkittuun tietoon aiheen pohjalta. Potilasohjauksesta löytyi paljon luotettavia ja arvostettuja kotimaisia ja ulkomaisia tutkimuksia. Aineisto kerättiin Maria Kääriäisen tekemällä Ohjauksen laatu -mittarin hoitohenkilöstö-osaa käyttämällä. Kääriäinen teki mittarin väitöskirjaansa varten (Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen). Lupa mittarin käyttöön pyydettiin Kääriäiseltä sähköpostitse ja sopimus mittarin käytöstä tehtiin 14.10.2009 (LIITE 1). Sopimus edellytti, ettei Ohjauksen laatu -mittarin hoitohenkilöstö-osaa saa liittää opinnäytetyön liitteeksi. Kääriäinen lähetti postitse kyselylomakkeen, jota hän oli muokannut vielä väitöskirjatutkimuksensa jälkeen. Kääriäiseltä kysyttiin lupa käyttää hänen ja Kyngäksen nimeä opinnäytetyössä Ohjauksen laatu -mittariin ja Oulun yliopiston terveystieteiden laitoksen tutkimusryhmään liittyen.

Opinnäytetyön yhteyshenkilönä toimi kirurgisen vuodeosaston osastonhoitaja. Päiväkirurgia on vuodeosaston yhteydessä, jolloin hoitajilla oli kokemusta sekä vuodeosastosta että päiväkirurgian yksiköstä. Osastonhoitaja ilmoitti, että osastolla työskenteli 18 sairaanhoitajaa ja 10 perus/lähihoitajaa. Hoitajat saivat käyttää työaikaan kyselyyn vastaamiseen ja vastatut lomakkeet kerättiin palautelaatikkoon.

Tammikuun 2010 ensimmäisellä viikolla kyselylomakkeet ja palautuslaatikko vietiin osaston kahvihuoneeseen. Samalla muistutettiin vastaamisen tärkeydestä ja vapaaehtoisuudesta. Kyselylomakkeen viennin yhteydessä esiteltiin opinnäytetyön suunnitelma työvuorossa olleille hoitajille. Esittelykäynnillä kerrottiin opinnäytetyön tarkoituksesta ja mittarista sekä sen täyttämisestä. Ohjauksen laatu -mittarin käytön sopimuksenehdot käytiin läpi niiltä osin, mitkä vaikuttavat vastaajiin. Aikataulu käytiin esittelykäynnillä läpi ja hoitajat saivat esittää kysymyksiä esittelyn aikana. Hoitajia kannustettiin vastaamaan ja ottamaan yhteyttä, jos kysyttävää tulee.

Ohjauksen laatu -mittarin täyttäminen ja palauttaminen palautelaatikkoon nähtiin osaston hoitajien suostumuksena kyselyyn. Kahvihuoneen pöydältä jokainen hoitaja sai halutessaan ottaa kyselylomakkeen ja vastata siihen. Vastaamiseen annettiin kolme viikkoa aikaa. Vastausajan päätyttyä osastonhoitaja siirsi palautuslaatikon omaan huoneeseensa opinnäytetyönteki-

jän pyynnöstä. Viikkoa myöhemmin palautelaatikko käytiin hakemassa pois osastolta.

5.4 Aineiston analyysi

Aineisto analysoitiin käyttämällä SPSS-tilasto-ohjelmaa, Excel-ohjelmaa ja Word-tekstinkäsittely ohjelmaa. Avointen kysymysten vastaukset analysoitiin sisällönanalyysilla. (Ks. Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 76–90.)

SPSS-tilasto-ohjelma on luotu helpottamaan kvantitatiivisten tutkimusten aineistojen analysointia. Ennen kuin aineiston tuloksia voitiin syöttää ohjelmaan, oli jokainen kyselylomakkeen kysymys kirjoitettava matriisiin ja annettava vastusvaihtoehdoille numero ja selitys. Kun jokainen kysymys oli näin käyty läpi, voitiin aloittaa tuloksien kirjaaminen. Tulokset merkittiin numerokoodien avulla yksi vastauspaperi kerrallaan. Tulosten ollessa SPSS-tilasto-ohjelmassa, voitiin aloittaa analysointi. SPSS-ohjelma analysoi tulokset toiveiden mukaan, joten käyttäjän ei tarvinnut tehdä sitä itse. (KvantiMOTV, 2009.)

Hämeen ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelman järjestämissä opintopiireissä käytiin opettajan johdolla SPSS-tilasto-ohjelma vaihe vaiheelta läpi. Aineiston analysointi aloitettiin kirjoittamalla Ohjauksen laatu-mittari SPSS-tilasto-ohjelmaan. Tämän jälkeen kirjoitettiin saadut vastaukset matriisiin yksi kerrallaan samalla merkitsemällä numerolla kyselylomake. Kun vastaukset olivat SPSS-tilasto-ohjelmassa, tulostettiin tulokset ja alettiin lukea niitä. Lukemisen yhteydessä huomattiin yhtenäisyyksiä tulosten välillä. SPSS-ohjelmaa käytettiin ristiintaulukointiin, moodien, mediaanien ja keskiarvojen saamiseksi. Näitä arvoja käytettiin opinnäytetyön tulosten raportoimiseen. Tuloksia havainnollistettiin tekemällä niistä kuvioita Excel-ohjelmaa käyttäen.

Tässä opinnäytetyössä analysointi tapahtui moodien, mediaanien ja keskiarvojen sekä prosenttijakaumien avulla. Ristiintaulukoinnilla saatiin selville, miten kaksi muuttujaa vaikutti toisiinsa ja oliko niillä lineraalista yhteyttä toisiinsa. Tulosten hahmottamiseen käytettiin kuvioita ja kirjallista selitystä.

Ristiintaulukointia käytettiin, jotta saataisiin selville, onko hoitajien työkokemuksen ja potilasohjaukseen käytettävän ajan välillä yhteyttä. Lisäksi sitä voitiin käyttää hoitajien iän ja potilasohjaukseen käytettävän ajan yhteyden selvittämiseen. Prosenttijakaumilla ilmaistiin, millaiset tiedot, taidot ja asenteet hoitajilla oli potilasohjauksesta. Keskiarvoja käyttämällä saatiin selville osastolla työskentelevien hoitajien keski-ikä ja se, kuinka monta vuotta he ovat keskimäärin olleet työelämässä. Keskiarvo soveltui hyvin potilasohjaukseen käytettävän ajan kuvaamiseen. Moodia ja mediaania pystyttiin käyttämään hyväksi tutkittaessa potilasohjauksen toteutuksen tuloksia.

Tuomen ja Sarajärven (2009) mukaan sisällönanalyysi on tekstianalyysiä. Laadullisen aineiston analysoinnissa voidaan puhua sekä induktiivisesta

että deduktiivisesta sisällönanalyysistä. Sisällönanalyysi mahdollistaa tiettyjä käsitteellisiä liikkumavapauksia, mutta edellyttää myös tiettyjen rajoitteiden hyväksymistä. Analyysiä täytyy jatkaa siten, että sanallisesti kuvattua aineistosta voidaan tuottaa määrällisiä tuloksia. Laadullinen aineisto kuvaa tutkittavaa ilmiötä ja analyysin tarkoitus on luoda selkeä kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. Sisällönanalyysillä pyritään järjestämään aineisto tiiviiseen ja selkeään muotoon kadottamatta sen sisältämää informaatiota. Analysoinnin tarkoituksena on informaatioarvon lisääminen sekä luoda selkeyttä aineistoon, jotta voidaan tehdä selkeitä ja johdonmukaisia päätelmiä tutkittavasta ilmiöstä.

Aineistolähtöisen laadullisen eli induktiivisen aineiston analyysi voidaan jakaa karkeasti kolmeen vaiheeseen: aineiston pelkistäminen, aineiston ryhmitteleminen ja teoreettisten käsitteiden luominen. Alkuperäisilmauksista muodostetaan aluksi pelkistettyjä ilmauksia. Samankaltaiset pelkistetyt ilmaukset kootaan yhteen ja näistä muodostetaan yksi alaluokka. Monista alaluokista etsitään yhteneväisyyksiä ja niistä luodaan yläluokat. Yläluokista tehdään pääluokkia, joita on vain muutama. Näin alkuperäisistä ilmauksista on saatu selkeä kuvaus tutkittavasta ilmiöstä kadottamatta samalla niiden antamaa informaatiota. (Tuomi & Sarajärvi 2009, 107–113.)

Laadullisen aineiston analysointi aloitettiin kirjoittamalla Word-ohjelmaan jokainen vastaus. Tämän jälkeen pelkistettiin vastauksia ja koottiin samankaltaiset vastaukset yhteen alaluokiksi. Alaluokkia muodostui viisi: kirjaaminen, hoito- ja palvelusuunnitelma, ohjausmenetelmät, aikaa lisää ja koulutus. Yhteneväisyyksiä etsittiin alaluokkien kesken ja yhdistettiin samankaltaiset alaluokat yläluokiksi. Kirjaaminen ja hoito- ja palvelusuunnitelma yhdistettiin yläluokaksi, samoin kuin ohjausmenetelmät ja aikaa lisää kohdat. Näin saatiin kolme yläluokkaa, jotka olivat kirjaaminen, ohjauksen puitteet ja koulutus. Kirjaaminen ja ohjauksen puitteet yhdistettiin pääluokaksi, jolle annettiin nimeksi ohjauksen resurssit. Toinen pääluokka on koulutus. Näin saatiin tehtyä selkeä ja informatiivinen kuva tutkittavasta ilmiöstä.

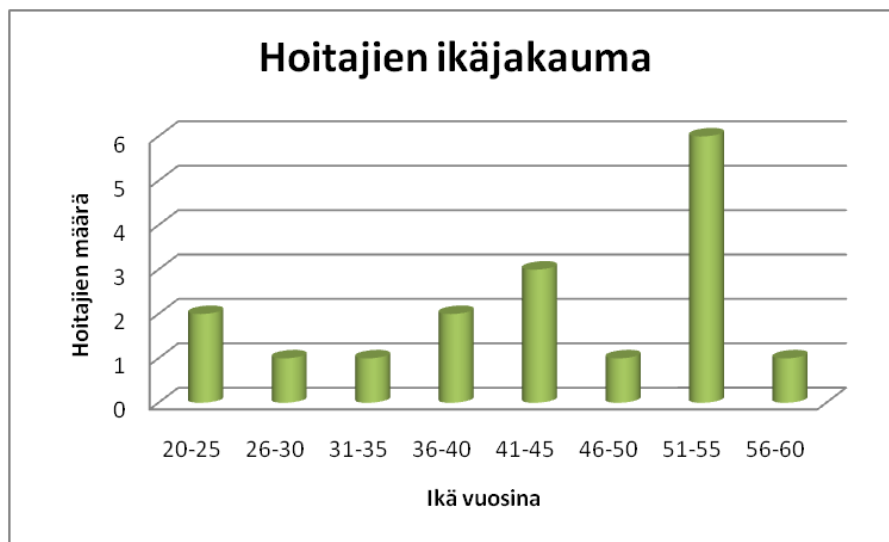
5.5 Aineiston raportointi

Aineisto raportoitiin opinnäytetyössä ja seminaarissa syyskuussa 2010. Lisäksi sovittiin aika, jolloin käytiin esittelemässä tulokset kirurgisen vuodeosaston ja päiväkirurgian yksikön hoitajille. Valmis opinnäytetyö lähetettiin sairaalan kirurgiselle vuodeosastolle ja päiväkirurgian yksikköön. Kääriäisen Ohjauksen laatu -mittarin käyttö edellyttää, että valmis opinnäytetyö lähetettiin Oulun yliopiston terveystieteiden laitoksen tutkimusryhmälle. Tutkimusryhmään kuuluvat Maria Kääriäinen ja Helvi Kyngäs. Heille lähetettiin myös tutkimustulokset sähköisesti ja kyselylomakkeet paperiversioina.

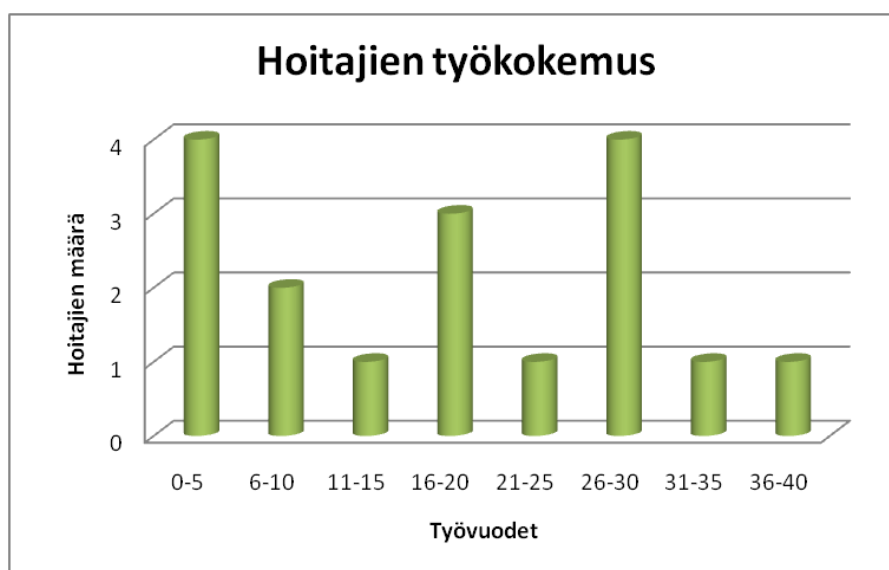
6. OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

6.1 Taustatiedot

Kyselylomakkeita lähetettiin 28 kpl (N=28). Vastauksia tuli 17 kpl (n=17), jolloin vastausprosentiksi tuli 61 %. Kaikki vastanneet olivat naisia ja he työskentelivät kirurgian osastolla ja päiväkirurgian yksikössä. Vastaajien ikä vaihteli 24–58 ikävuoden välillä (KUVIO 1) ja keski-ikä oli 43 vuotta. Vastaajat olivat joko perus/lähihoitajia tai sairaanhoitajia. Työkokemus vaihteli 3–37 vuoden välillä (KUVIO 2). Keskimäärin työkokemusta oli 18,5 vuotta. Potilasohjaukseen käytettiin työvuorossa keskimäärin aikaa 3 tuntia 52 minuuttia. Työkokemuksen ja potilasohjaukseen käytettävän ajan välillä ei ollut lineaalista yhteyttä. Myöskään hoitajien iän ja potilasohjaukseen käytetyn ajan välillä ei ollut yhteyttä. 2/3 hoitajista oli sitä mieltä, että työyksikön ilmapiiri oli hyvä.



KUVIO 1. Hoitajien ikäjakauma



KUVIO 2. Hoitajien työkokemus

Hoitajista 65 % oli sitä mieltä, että ohjauskäytännöt oli kirjoitettu toimintaohjeiksi ja 69 % mielestä heillä oli mahdollisuus osallistua omia ohjaustaitoja lisääviin koulutuksiin. Suurta hajontaa ilmeni hoitajien kesken ohjauksen aktiivisen kehittämistyön kohdalla. Puolet oli sitä mieltä, että työyksikössä ei kehitetä aktiivisesti potilasohjausta. Kuitenkin 88 % hoitajista ilmaisi, että heillä on mahdollisuus kehittää potilasohjausta.

Lähes kaikki hoitajat kokivat, että asiakkaalla on vastuu valinnoista ja toimistaan. Suurin osa hoitajista oli sitä mieltä, että henkilökohtaiset arvot vaikuttavat potilasohjaukseen ja niiden tiedostaminen helpottaa sekä syventää asiakkaan ohjaamista. Ammattietiikka ja ohjausta säätelevä lainsäädäntö vaikuttivat ohjaustilanteeseen suurimmalla osalla hoitajista.

6.2 Terveystenhoito henkilöstön tiedolliset ja taidolliset potilasohjausvalmiudet

Tulokset osoittivat, että hoitajilla oli hyvät tiedot potilaiden sairauksista ja sairauksien kehittymisestä. Kaikki vastanneet olivat valinneet väitteeseen, tiedän potilaiden sairauksista ja niiden kehittymisestä, osittain tai täysin samaa mieltä kohdan. Eri sairauksien vaaratekijöistä tiedettiin myös hyvin, kuten myös liitännäissairauksista. Hoitajat tiesivät hyvin sairauksien toipumisennusteesta ja sairauden merkityksestä potilaan arkeen. Heikommin tiedettiin miten sairaus vaikuttaa koko perheeseen. Mahdollisista hoitovaihtoehtoista 77 % tiesi hyvin ja terapiamenetelmistä vastaavasti 82 %. Sairauksien hoitoon liittyvistä lääkemenetelmistä, seurannasta ja jatkohoidosta kaikki hoitajat tiesivät hyvin.

Vain 65 % hoitajista tiesi potilaalle tarjotuista sosiaalipalveluista eikä monikaan osannut ohjata potilaita niihin. Vertaistukiryhmistä he sen sijaan tiesivät hyvin, mutta niihin ohjaaminen jäi vähäiseksi. Kuntoutuspalveluihin ohjaamisen hoitajat kokivat vaikeaksi. Hoitajat osasivat arvioida mahdollisia hoitoon liittyviä ongelmia hyvin ja kokivat osaavansa käyttää motivoivaa keskustelua ohjaamisessa ja suunnitella potilaiden jatkohoittoa.

Hoitajat kokivat, että ohjaus on arvokas osa työtä eikä riko asiakkaan yksityisyyttä. Lähes kaikki olivat sitä mieltä, että ohjaus ei ole työajan haaskausta ja heillä on ammatillinen vastuu ohjauksen antamisesta. Hoitajien asenteet ja motivaatio potilaiden ja heidän omaistensa ohjaamiseen olivat hyvät, mutta puolet koki ohjauksen vähentävän aikaa muilta potilailta. Hoitajista 71 % eivät ohjanneet potilasta, ellei hän ollut kiinnostunut asiasta. Kuitenkin suurin osa heistä kävi läpi välttämättömimmät asiat, vaikkei potilas ollut kiinnostunut. Hoitajat sitoutuivat potilaan ohjaamiseen eivätkä kokeneet sitä turhauttavaksi.

6.3 Potilasohjausmenetelmien hallinta ja potilasohjauksen puitteet

Hoitajat osasivat parhaiten antaa suullista yksilöohjausta, jota täydensi kirjallinen potilasohjausmateriaali. Hoitajat kokivat myös osaavansa havainnollistaa ohjattavia asioita. Ryhmäohjaus oli vieraampi asia. Audiovisuaalista ohjausta annettiin heikosti ja Internetiä ohjauksen tukena käytettiin todella vähän.

Yli puolet hoitajista oli sitä mieltä, että ohjaukseen tarkoitetut tilat olivat epäsopivat. Ajanpuute koettiin myös ongelmalliseksi. Ajan tasalla olevaan kirjalliseen ohjausmateriaaliin oltiin tyytyväisiä ja sitä oli helposti saatavilla. Ohjauksen tukena oleviin välineisiin hoitajat olivat myös tyytyväisiä.

Henkilöstön mitoitus ohjauksen suhteen aiheutti vastauksissa suurta hajontaa. Hoitajat kokivat, että osasivat soveltaa tietoa yksilöllisesti potilaalle. Hoitosuositusten käyttö potilasohjauksessa oli tuttua, mutta tutkittua tietoa potilasohjauksen tukena käytti ainoastaan 65 % hoitajista.

6.4 Ohjaustoiminnan toteutuminen

Lähes kaikki hoitajat kartoittivat asiakkaan tarpeet ennen potilasohjausta. He tiedustelivat, mitä potilas tietää asiasta jo entuudestaan. Kaikki hoitajat motivoivat asiakasta osallistumaan ohjaukseen ja rohkaisivat esittämään kysymyksiä. Lähes kaikki ottivat omaiset huomioon potilasohjausta annettaessa. Jokaisella potilaalla on oma tapansa oppia asioita ja suurin osa otti tämän asian huomioon suunnitellessaan ja toteuttaessaan potilasohjausta. Hoitajista 8/10 sovelsi asioita asiakkaan elämäntilanteeseen. Kaikki hoitajat antoivat potilaalle mahdollisuuden esittää kysymyksiä ja ilmaista tunteitaan ohjauksen aikana. Kaikki hoitajat arvostivat potilaitaan ja 88 % kuvasi, että ohjaus tapahtui vastavuoroisesti heidän kanssaan.

Kaikki hoitajat antoivat potilaalle myönteistä palautetta ohjauksen aikana. Melkein kaikki kiinnittivät huomiota ohjaustilanteen ilmapiiriin ja käyttivät ohjauksen aikana selkeää ja ymmärrettävää kieltä. Melkein kaikki hoitajat havainnoivat ja arvioivat potilaan sanallista ja sanatonta viestintää. Suurin osa heistä koki, että vastuu vuorovaikutuksen etenemisestä on hoitajalla.

Hoitajista 82 % kävivät kerrallaan läpi 1–3 keskeistä asiaa ja kaikki kertasivat ohjauksen lopuksi keskeiset asiat. Suurin osa hoitajista esitti avoimia kysymyksiä tilanteen selkeyttämiseksi ja osoittivat asiakkaalle tämän puheen ja tekojen välisen ristiriidan. Kaikki hoitajat kuuntelivat ja tukivat potilaita ohjauksen aikana. Lähes kaikki olivat sitä mieltä, että he varmistivat ohjauksen aikana miten potilas oli asian ymmärtänyt. Kaikki hoitajat tarjosivat potilaalle tämän tilanteen kannalta tarpeellista tietoa, rohkaisivat ottamaan vastuuta sekä perustelivat antamansa ohjeet.

Hoitajista 65 % asetti ohjaukselle erilaisia tavoitteita, jotka olivat sekä lyhyen että pitkän aikavälin tavoitteita. Asetettu tavoite oli konkreettinen 77 % mielestä. Vain puolet hoitajista kirjasi asetetut tavoitteet hoitosuunnitelmaan. Tavoitteita asetettiin hyvin, mutta vain puolet hoitajista kävi tavoitteet läpi potilaan kanssa. Suurin osa heistä kysyi potilaalta kuinka hän oli ohjatun asian ymmärtänyt. Hoitajista 71 % ohjasi asiakasta itse arvioimaan ohjausta ja oppimista. Vajaa 2/3 hoitajista arvioi, miten ohjaus onnistui ja kuinka itse ohjaajana oppi. Vain 24 % hoitajista kirjasi ohjauksen arvioinnin hoitosuunnitelmaan. Hoitajista 7/10 antoi potilaalle kehittämistä vaativaa palautetta ja kaikki tarkistivat, miten potilas on palautteen ymmärtänyt. Hoitajat eivät pyytäneet palautetta omasta toiminnastaan ohjauksen aikana. Palautetta pyysi ainoastaan 41 %.

Kaikki hoitajat olivat sitä mieltä, että ohjauksella voidaan edistää asiakkaan toimintakykyä, terveydentilaa, mielialaa, hyvinvointia ja myönteistä asennoitumista. Melkein kaikki olivat sitä mieltä, että ohjauksella voidaan edistää asiakkaan tiedon määrää ja tiedon ymmärtämistä. Kaikkien hoitajien mukaan ohjauksella voitiin edistää asiakkaan itsehoitoa ja selviytymistä sekä hoitoon sitoutumista. Hoitajista 6 % piti ohjausta kiitettävänä työyksikössään, 75 % hyvänä ja 19 % tyydyttävänä.

6.5 Ohjauksen kehittämishaasteet ja lisäkoulutus

Tuloksista käy ilmi, että hoitajat kaipasivat lisää aikaa potilasohjaukseen ja siihen kuuluisi varata omat tarkoitukseen sopivat tilat. Uusien työntekijöiden perehdyttämiseen pitäisi panostaa enemmän tulevaisuudessa. Ohjausmenetelmien hallintaan kaivattiin koulutusta, jotta voidaan hyödyntää käytettävissä oleva tekniikka. Nyt käytetyimmät ohjausmenetelmät olivat suullinen yksilöohjaus, jota täydensi jaettava kirjallinen materiaali.

Hoitajat olivat huomanneet, että kirjaaminen potilasohjauksen toteuttamisesta ja arvioinnista oli hyvin kirjavaa. Näitä käytäntöjä haluttiin yhtenäistää, jotta jokainen hoitaja tietäisi, mitä potilaan kanssa on jo käyty läpi. Hoitajat halusivat lisäkoulutusta kaikilta hoitamiseen liittyviltä osa-alueilta, koska koko ajan tulee uutta tietoa. Uudet hoitajat eivät saa aina kunnollista perehdytystä potilasohjaukseen, mikä näkyy ohjauksen laadussa.

6.6 Luotettavuus

6.6.1 Ohjauksen laatu -mittarin luotettavuus

Paunosen ja Vehviläinen-Julkusen (2006) mukaan mittarin validiteetilla tarkoitetaan mittarin kykyä mitata juuri sitä, mitä sen halutaan mittaavan. Mittarin validiteetti jaetaan kolmeen osaan: sisältövaliditeetti, käsitevaliditeetti ja kriteerivaliditeetti. Sisältövaliditeetilla tarkoitetaan mittarin osioiden kykyä mitata sitä, mitä on haluttu tutkia. Käsitevaliditeetti tarkoittaa mittarin kykyä tarkastella mahdollisimman laajasti haluttua käsitettä. Kriteerivaliditeetti kertoo, mikä yhteys on mittarilla saadulla nykyisyyttä kuvaavalla tai tulevaisuutta ennustavalla kriteerillä.

Mittarin reliabiliteetilla tarkoitetaan mittarin kykyä antaa tuloksia, jotka eivät ole sattumanvaraisia. Mittarin pysyvyydellä tarkoitetaan sitä, että kuinka herkästi ulkopuoliset tekijät vaikuttavat mittariin. Vastaavuudella ilmaistaan mittaustuloksien samankaltaisuus useilla eri mittauseroilla. Sisäinen johdonmukaisuus tarkoittaa mittarin eri osioiden kykyä mitata samaa asiaa. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 207–210.)

Mittarin luotettavuudesta kertoo se, että sitä on aikaisemmin käytetty hoitotieteellisessä tutkimuksessa. Maria Kääriäinen teki mittarin väitöskirjatyötään varten (Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin rakentaminen). Väitöskirjan kirjoittamisen jälkeen Kääriäinen on muokannut mitta-

ria edelleen lisätutkimusten pohjalta vastaamaan entistä paremmin potilasohjausta koskeviin haasteisiin.

6.6.2 Opinnäytetyön luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan sisäisellä ja ulkoisella validiteetilla. Sisäisen validiteetin uhkia ovat mm. historia, henkilöiden valikoituminen tutkimukseen, kypsyminen, testauksen vaikutus ja kato. Ulkoiseen validiteettiin kuuluu olennaisena osana tutkimustulosten yleistettävyyttä. Peruskysymys on, onko otos edustava ja edustaako se perusjoukkoa. Ulkoisen validiteetin uhkia ovat mm. Hawthornen efekti, tutkijavaikutus, testausvaikutus, valikoituminen ja asetelma. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 210–212.)

Tutkimusaineiston analyysi kuuluu tehdä tieteellisesti luotettavasti käyttäen koko kerättyä aineistoa. Mitään vastauksia ei jätetä tutkimuksen ulkopuolelle, jos tutkija on pyytänyt vastaamaan annettuun kysymykseen ja vastaaja on vastannut siihen oikein. Voidakseen käyttää tutkimuksen tuloksia työssään, tutkijan on osattava arvioida analyysin luotettavuutta. Tämä edellyttää tilastotieteellisten suureiden tuntemista. (Leino-Kilpi & Välimäki 2006, 292; Oranta ym. 2002; Elomaa 2003.)

Sairaalan kirurgisen vuodeosastolla ja päiväkirurgian yksikössä työskenteli 28 hoitajaa. Tuloksia ei voida yleistää, koska otos oli pieni. Tulokset kuvasivat kyseisten hoitajien potilasohjauskäytäntöjä. Hoitajien pieni lukuväärä vaikutti siihen, että katoa ei olisi saanut tapahtua. Suuri kato vääristäisi tutkimustuloksia.

Koska hoitajat tiesivät olevansa tutkimuksen kohteena, se saattoi vaikuttaa hoitajien vastauksiin vääristävästi. Hoitajat antoivat joko liian hyvän kuvan potilasohjauksesta tai liian huonon suhteessa todellisuuteen. Opinnäytetyöntekijä saattoi itse vaikuttaa vastaajiin ja siten heidän vastauksiin. Ympäristö ja ajankohtaiset asiat saattoivat vaikuttaa kyselyn vastauksiin. Hoitajat vastasivat kyselyyn työaikana, jolloin ajan puutteen takia vastauksia ei pohdita tarkasti vaan vastattiin nopeasti enempää ajattelematta.

6.7 Eettisyys

Tutkimusluvan saaminen antoi eettisesti hyvän maineen tutkimukselle. Tutkittavia informoitiin sekä esittelykäynnillä että saatekirjeellä (LIITE 2) rehellisesti ja totuudenmukaisesti opinnäytetyön tarkoituksesta. Vastaaminen oli vapaaehtoista. Kyselyyn vastaaminen tulkittiin hoitajien tietoiseksi suostumukseksi tutkimukseen. Hoitajia kehoitettiin vastaamaan kyselyyn, mutta ei pakotettu tai painostettu siihen. Henkilön osallistumattomuutta ei voida todistaa eikä osallistumattomuudesta koidu hänelle harmia myöhemmin. (Ks. Leino-Kilpi & Välimäki 2006, 288–292.)

Ohjauksen laatu -mittari ja palautuslaatikko vietiin osaston kahvihuoneeseen. Hoitajat saivat käyttää työaikaan kyselynvastaamiseen, mutta hoitaja pystyi itse valitsemaan aikaan ja paikkaan liittyvät asiat osallistuessaan

tutkimukseen. (Ks. Leino-Kilpi & Välimäki 2006, 288–292.) Hoitaja saattoi ottaa kyselylomakkeen kotiinsa ja täyttää sen siellä ja palauttaa osastolla olevaan palautelaatikkoon. Kyselyssä oli vältetty liian intiimejä kysymyksiä.

Hoitajia ei voida jäljittää aineistosta tai raportista. Aineiston näkee vain opinnäytetyön tekijä ja Oulun yliopiston terveystieteiden tutkimusryhmän jäsenet (Kääriäinen ja Kyngäs). Tämä kerrottiin sekä esittelytilaisuudessa että saatekirjeessä. Aineiston analysoinnissa käytettiin numerokoodeja. Lomakkeet numeroitiin lukemisjärjestyksen mukaan. Huolehdittiin, että hoitajien anonymiteetti säilyi koko prosessin ajan.

Opinnäytetyön tekijä oli tutkimuskohteen ulkopuolella, koska hän ei saanut vaikuttaa tutkimustuloksiin omalla olemuksellaan. Tutkijan ja vastaajan suhde oli erillinen eli he eivät vaikuttaneet toisiinsa opinnäytetyön aikana. Tutkija analysoi aineiston objektiivisesti ja vastaaja vastasi kyselyyn omien tuntemuksiensa mukaan. Tehdyistä sopimuksista pidettiin kiinni kaikkien osapuolien kanssa. Kyselyn täytyi saada aikaan hyvää. Tuloksien avulla voitiin kehittää hoitajien ohjausvalmiuksia, jotka auttavat koko yhteisöä. Tutkimus ei saanut aiheuttaa fyysistä, sosiaalista, emotionaalista tai taloudellista epämukavuutta. (Ks. Leino-Kilpi & Välimäki 2006, 288–292.)

7. POHDINTA

7.1 Tulosten tarkastelu

Kyselylomakkeita lähetettiin 28 kappaletta, mutta ainoastaan 17 lomaketta palautettiin. Kato on suuri näin pienessä aineistossa, joten tuloksia ei voida yleistää. Vastaukset antoivat kuitenkin viitteitä siitä, millaista potilasohjaus on sairaalan kirurgisella vuodeosastolla ja päiväkirurgian yksikössä. Opinnäytetyössä kysyttiin hoitajilta kuinka kauan he ohjaavat potilaita päivän aikana. Vastaukset vaihtelivat 20 minuutista 8 tuntiin. Tämä herättää kysymyksen, että mikä luokitellaan potilasohjaukseksi. Potilasohjaus pitäisi saada konkreettisemmaksi käsitteeksi hoitajille.

Hoitajien tieto sairauksista, niiden syntymekanismeista, vaaratekijöistä, hoidoista ja liitännäissairauksista ovat hyvät ja samankaltaisia tuloksia on saatu mm. Elorannan (2010), Kääriäisen (2007), Isolan ym. (2007), Patala-Pudaksen (2006) ja Lipposen (2004) tutkimuksissa. Tämä osoittaa, että Suomessa on korkeatasoinen hoitotyön koulutus. Hoitajilla heikoimmat tiedot ja taidot olivat kuntoutuspalveluista ja niiden käytöstä sekä sosiaalipalveluista. Tämä käy ilmi myös Kääriäisen (2007) ja Isolan ym. (2007) tutkimuksista. Palveluihin ohjaaminen oli hoitajien mukaan vaikeaa, koska he eivät tienneet niistä. Tämä saattaisi johtua siitä, että kuntoutuspalvelut ja sosiaalipalvelut eivät kuulu hoitajien toimenkuvaan vaan ne hoidetaan moniammatillisen tiimin kautta. Niitä ei käsitellä hoitotyön koulutuksessa ja ovat siten vieraampia. Tulevaisuudessa myös potilasohjaukseen kannattaisi käyttää moniammatillista tiimiä.

Kääriäisen (2007), Ketun (2007), Lipposen (2004), Ervastian (2004) ja opinnäytetyön tulosten mukaan hoitajat asennoituvat potilasohjaukseen myönteisesti. Samalla he kuitenkin kokevat, että potilasohjaus vie aikaa muilta potilailta. Tämä on loogista. Jos hoitaja keskittyy yhteen potilaaseen kahdenkymmenen minuutin ajan, se aika on pois muilta potilailta. Ajan sijasta pitäisi keskittyä enemmän siihen, mikä on potilaalle parhainta. Potilasohjausta arvostetaan mm. Kääriäisen (2007) ja Lipposen (2004) tutkimuksien sekä opinnäytetyön tuloksien mukaan ja siihen ollaan valmiita panostamaan. Potilaita ja hänen omaisiaan ohjataan mielellään, mikä käy ilmi sekä opinnäytetyön että Lipposen (2004) tutkimuksen tuloksista.

Kääriäisen (2007), Ketun (2007) ja Lipposen (2004) tutkimusten sekä opinnäytetyön tulosten mukaan hoitajat hallitsevat parhainten suullisen yksilöohjauksen. Tämän tueksi he jakavat kirjallista potilasohjausmateriaalia, mikä käy ilmi myös Kyngäksen ym. (2005) tutkimuksessa. Ryhmäohjausta, Internetiä ja tietotekniikkaa käytetään todella vähän potilasohjauksen tukena opinnäytetyön ja Lipposen ym. (2008) tutkimuksen mukaan. Tähän pitäisi jatkossa panostaa enemmän. Suomessa melkein jokaisella on Internet-yhteys ja iäkkäämmätkin ihmiset ovat oppineet käyttämään sitä. Internetin avulla voitaisiin potilaille jakaa luotettavaa tietoa mm. sairauksista, toimenpiteistä ja kotihoito-ohjeista.

Opinnäytetyön tulosten mukaan hoitajat antavat myönteistä palautetta potilasohjauksen aikana. He kuitenkin unohtavat itse pyytää palautetta ohjauksen onnistumisesta, mikä käy ilmi myös Lipposen (2005) tutkimuksesta. Hoitajat ottavat huomioon potilaan kiinnostuksen ohjatessaan. Opinnäytetyön tuloksissa kävi ilmi, että hoitajat ohjasivat potilaita, vaikka he eivät olleet kiinnostuneita. Tästä herää kysymys, että onko ohjaukseen käytetty aika mennyt tuolloin täysin hukkaan. Jos potilas ei ole kiinnostunut, hän ei kuuntele eikä varsinkaan muuta toimintaansa terveyden kannalta parempaan suuntaan. Toisaalta ohjaaminen saattaa herättää kiinnostuksen muuttaa toimintaansa ja ottaa selvää asioista. Hoitajat antavat potilaille tilaisuuden esittää kysymyksiä ja ilmaista tunteitaan potilasohjauksen aikana. Tämä käy ilmi sekä opinnäytetyön että Patala-Puhdaksen (2006) tutkimuksen tuloksista.

Opinnäytetyön tulosten mukaan ajan puute koetaan ongelmalliseksi. Samankaltaisia tuloksia ovat saaneet myös Kääriäinen (2007) ja Lipponen (2004). Tilojen epäkäytännöllisyydestä on saatu tuloksia Lipposen ym. (2008), Kääriäisen (2007) ja Ervastian (2004) tekemistä tutkimuksista sekä opinnäytetyön tuloksista. Ajan puutteeseen voidaan vaikuttaa hankkimalla lisää ammattitaitoista henkilökuntaa ja muuttamalla ohjauskäytäntöjä. Lisähenkilökuntaa ei ole kuitenkaan helppo hankkia ja se lisää kustannuksia. Tilojen epäkäytännöllisyyteen voidaan vaikuttaa seuraavien remonttien yhteydessä. Osastoille voitaisiin järjestää potilasohjaukseen tarkoitettu tila esim. jostakin varastosta. Lipposen ym. (2008) ja Kyngäksen ym. (2005) tutkimusten tuloksissa hoitajat ovat ilmoittaneet, että kirjallinen potilasohjausmateriaali ei ole ajantasaista ja sitä on vaikeasti saatavissa. Opinnäytetyön tulokset eroavat näistä tuloksista suuresti. Sairaalan kirurgisen osaston hoitajat olivat tyytyväisiä osastolla olevaan potilasohjausmateriaaliin.

Hoitajat ilmaisivat vastauksissaan, että potilasohjauksen toteuttamiseen kaivattaisiin yhteisiä ja selkeitä sääntöjä. Ohjauksen toteuttamisen kirjaaminen hoitosuunnitelmaan jää usein toteutumatta, jolloin ei tiedetä, mitä potilaalle on jo kerrottu ja mitä ei. Tämä ongelma käy ilmi myös Lipposen ym. (2008) ja Kyngäksen ym. (2005) tekemistä tutkimuksista. Tämä on iso haaste potilasturvallisuudelle. Jos ohjausta ei kirjata ylös, hoitajat luulevat, että tärkeä asia on jo käyty potilaan kanssa läpi, mutta niin ei olekaan. Toivottavasti rakenteellinen kirjaaminen yhtenäistää kirjaamista ja auttaa poistamaan tätä ongelmaa.

7.2 Johtopäätökset

Opinnäytetyön tuloksista käy ilmi, että hoitajat toivovat jatkokoulutusta. Jatkokoulutus opettaa uusia asioita ja palauttaa vanhoja takaisin mieleen. Näin hoitajat pystyvät helpommin vastaamaan potilaan ja hänen omaistensa esittämiin kysymyksiin. Tämä parantaa potilasohjausta. Internet on tullut jokaisen suomalaisen elämään. Hoitajat toivovat, että he osasivat käyttää potilasohjauksen tukena kaikkia mahdollisia potilasohjausmenetelmiä. Uusille työntekijöille pitäisi saada parempaa perehdytystä potilasohjaukseen liittyen. Perehdyttämisen puute näkyy kirjavina ohjauskäytäntöinä.

Opinnäytetyön tulokset ovat samanlaisia kuin aikaisemmissa hoitotyön tutkimuksissa. Tämä osoittaa hyvin sen, mitä osa-alueita pitäisi lähteä ensisijaisesti kehittämään potilasohjauksessa. Osastolla kirjallista potilasohjausmateriaalia oli paremmin tarjolla kuin aikaisemmat tutkimuksen antavat ymmärtää. Sairaudet pysyvät samoina, hoitomuodot ja maailma muuttuu. Tämän vuoksi potilasohjauksen pitäisi pystyä sopeutumaan muuttuviin olosuhteisiin.

7.3 Jatkotutkimusehdotukset

Potilasohjausta on tutkittu Suomessa paljon ja tulokset ovat olleet yllättävän yhteneväisiä. Jatkossa voisi tutkia kirurgisen osaston ohella muita sairaalan osastoja ja verrata kuinka yhteneväisiä ne ovat keskenään. Muutaman vuoden päästä kyselyn voisi tehdä uudelleen samalla Kääriäisen tekemällä mittarilla ja verrata, kuinka tulokset ovat muuttuneet vuosien aikana ja millaista kehitystä on tapahtunut.

LÄHTEET

- Donovan, HS., Ward, S., Song, M., Heidrich, S., Gunnarsdottir, S. & Phillips C. 2007. An update on the representational approach to patient education. *Journal of Nursing Scholarship*, 259–265.
- Elomaa, L. 2003. Research evidence implementation and its requirements in nursing education. *Annales Universitatis Turkuensis D 532*. Turun yliopisto. Turku.
- Eloranta, S., Vähätalo, M., Rasmus, M., Elomaa, L. & Johansson, K. 2010. Avannepotilaan voimavaraistumista tukeva poliklininen ohjaus. *Tutkiva Hoitotyö* 8(1), 4–11.
- Erikson E. & Partanen, L. 2005. Sairaanhoitajien tiedot sydämen vajaatoimintapotilaiden ohjauksesta. *Tutkiva hoitotyö* 3(1), 4–9 .
- Ervasti, Tytti-Maarit. 2004. Perioperatiivisten sairaanhoitajien valmiudet ohjata potilaita. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Haapala, A. 2008. Aivohalvauspotilaan ohjaus -systemoitu kirjallisuuskatsaus. *Tutkiva hoitotyö* 6(4), 30–31.
- Halkoaho, A., Kavilo, M. & Pietilä, A-M. 2009. Voimavaroja tukeva hoidonohjaus. *Sairaanhoitaja-lehti* 10/2009, 22–25.
- Heikkilä, A., Meretoja, R., Ahola, N., Suominen, T. & Kankkunen P. 2007. Sairaanhoitajien ammatillinen pätevyys sisätautien, kirurgian ja psykiatrian toimintaympäristössä. *Hoitotiede* 19(1), 3–12.
- Heikkinen, K., Leino-Kilpi, H., Hiltunen, A., Johansson K., Kaljonen, A., Rankinen, S., Virtanen, H. & Salanterä, S. 2007. Ambulatory orthopaedic surgery patient's knowledge expectations and perceptions of received knowledge. *Journal of Advanced Nursing* 60(3), 270–278.
- Heino, Tarja. 2005. Päiväkirurgisen polviniveltähystyspotilaan ohjaus potilaan ja perheenjäsenen näkökulmasta. Tampereen yliopiston lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.
- Hirsjärvi, S., Remies, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13. osin uud. p. Keuruu: Otavan kirjapaino Oy.
- Holmia, S., Murtonen, I., Myllymäki, H. & Valtonen, K. 2006. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. 4.–5., uudistettu painos. Porvoo: WSOY.
- Isola, A., Kääriäinen, M., Backman, K., Kyngäs, H. & Saarnio, R. 2007. Iäkkäiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta erikoissairaanhoitossa. *Hoitotiede* 19(2), 51–62.

Johansson, K., Hupli, M. & Salanterä S. 2002. Patients' learning needs after hip arthroplasty. *Journal of Clinical Nursing* 11(5), 634–639.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. 1. painos. Helsinki: WSOY.

Kettu, H. 2007. Päiväkirurgisen potilaan ohjaus sairaanhoitajan näkökulmasta. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

KvantiMOTV. 2010. SPSS-oppimisympäristö. Viitattu 11.5.2010. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/SPSS/spss.html>.

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

Kyngäs, H., Kukkurainen, M L. & Mäkeläinen, P. 2005. Nivelreumaa sairastavien potilaiden ohjaus henkilökunnan arvioimana. *Tutkiva hoitotyö* 3(2), 12–17.

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallinen rakentaminen. Oulun yliopiston lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja.

Kääriäinen, M., Kyngäs, H., Ukkola, L. & Torppa, K. 2006. Terveystieteiden henkilöstön käsitykset ohjauksesta sairaalassa. *Hoitotiede* 18(1), 4–13.

Kääriäinen, M., Kyngäs, H. 2005. Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995–2002. *Hoitotiede* 17(4), 208–216.

Lauri, S. & Elomaa L. 2001. Hoitotieteen perusteet. 3.–4. painos. Juva: WSOY.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2006. Etiikka hoitotyössä. 1.–3. painos. Helsinki: WSOY.

Lipponen, K. 2004. Kirurgisen hoitohenkilökunnan potilasohjausvalmiudet. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Pro gradu -tutkielma.

Lipponen, K., Ukkola, L., Kanste, O. & Kyngäs, H. (toim.). 2008. Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyönä tuotetut potilasohjauksen toimintamallit. Oulun yliopistollinen sairaala. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin julkaisuja.

Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (toim.). 2006. Potilasohjauksen haasteet, Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulun yliopistollinen sairaala. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin julkaisuja.

Oranta, O., Routasalo, P. & Hulpi M. 2002. Barriers to and facilitators of research utilization among Finnish registered nurses. *Journal of Clinical Nursing* 11, 205–213.

Paunonen, M & Vehviläinen-Julkunen, K. 2006. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. 1.–4. painos. Helsinki: WSOY.

Patala-Pudas, L. 2006. Sisätautipotilaan ohjaus. *Tutkiva hoitotiede* 4(2), 29–30.

Stenman, P. & Toljamo, M. 2002. Astmapotilaiden ohjaus ja hoitoon sitoutuminen astmaa sairastavien arvioimana. *Hoitotiede* 14(1), 19–25.

Tuomi, J. & Sarajärvi A. 2009. *Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi*. 6., uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Välimäki, M., Alanen, S., Suhonen, R., Nenonen, H. & Koivunen, M. 2007. Hoitohenkilökunnan valmiudet hyödyntää informaatioteknologiaa potilasohjauksessa. *Hoitotiede* 19(3), 115–127.

Wathen, Marja. 2007. *Maahanmuuttajien potilasohjaus sairaanhoitajien kokemana*. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

SOPIMUS POTILASOHJAUksen LAATU -MITTARISTA JA SEN KÄYTÖSTÄ

1. SOPIJAOSAPUOLET

- sh-opisk. Johanna Partti, Linikkalankatu 19 B 32, 30100 Forssa, (Hämeen amk, Forssan yksikkö)
- TtT, lehtori (ma.) Maria Kääriäinen & THT, professori Helvi Kyngäs, Oulun yliopisto, Terveystieteiden laitos, PL 5000, 90014 Oulun yliopisto, maria.kaariainen@oulu.fi, helvi.kyngas@oulu.fi

2. SOPIMUKSEN TAUSTA JA TAVOITTEET

Oulun yliopiston terveystieteiden laitoksen Potilasohjauksen laadun arviointi-tutkimushankkeen tarkoituksena on arvioida potilasohjauksen laatua, testata potilasohjauksen laatumallia sekä potilasohjauksen laatu -mittareita eri toimintaympäristöissä. Tutkimushankkeen tavoitteena on saada monipuolista tietoa hoitotieteen tietoperustan laajentamiseen sekä potilasohjauksen laadun kehittämiseen kliinisessä hoitotyössä. Tutkimushankkeessa käytetään teoreettisia, määrällisiä ja laadullisia lähestymistapoja. Tutkimushankkeen tutkimusryhmään kuuluvat TtT, lehtori (ma.) Kääriäinen Maria & THT, professori, Kyngäs Helvi. Lisäksi hankkeessa on mukana väitöskirjatyon ja pro gradu-tutkielman tekijöitä.

Tämä sopimus koskee Oulun yliopiston terveystieteiden laitoksen tutkimusryhmän (Kääriäinen & Kyngäs) kehittämää Potilasohjauksen laatu -mittaria ja sen käyttöä tutkimus- ja kehittämistoiminnassa. Sopimuksen tavoitteena on toimivan ja vuorovaikutteisen sopimussuhteen luominen ja ylläpitäminen säännöllisten yhteydenottojen avulla Oulun yliopiston terveystieteiden laitoksen tutkimusryhmän (Kääriäinen & Kyngäs) ja Johanna Parttin välillä.

3. SOPIMUKSEN KOHDE JA SOPIMUSKAUSI

Tällä sopimuksella Johanna Partti sitoutuu seuraaviin asioihin:

- saa käyttöönsä aineiston keruuta varten Potilasohjauksen laatu -mittarin (henkilöstömittari), jonka copyright oikeudet ovat TtT Maria Kääriäisellä.
- saa ottaa Potilasohjauksen laatu -mittarista (henkilöstömittari) paperikopioita opinnäytetyössä tarvittava määrä.
- saa käyttää Potilasohjauksen laatu -mittaria (henkilöstömittari) vain opinnäytetyössä varten kerättävään aineistoon.
- on oikeus tehdä opinnäytetyö Hämeen ammattikorkeakoulussa Potilasohjauksen laatu -mittarilla (henkilöstömittari) kerätystä aineistosta. Johanna Parttin toivotaan osallistuvan yhdessä opinnäytetyön ohjaajan (Kirsi Puhtimäki) ja Oulun yliopiston terveystieteiden laitoksen tutkimusryhmän (Kääriäinen & Kyngäs) kanssa tieteellisen ja/tai ammatillisen artikkelin kirjoittamiseen opinnäytteen tulosten pohjalta. Mikäli Johanna Partti ei halua

2 (2)

osallistua edellä mainitun artikkelin kirjoittamiseen, oikeus sen kirjoittamiseen on opinnäytetyön ohjaajalla (Kirsi Puhtimäki) ja Oulun yliopiston terveystieteiden laitoksen tutkimusryhmällä (Kääriäinen & Kyngäs). Mikäli opinnäytetyön ohjaaja (Kirsi Puhtimäki) ei halua osallistua artikkelin kirjoittamiseen, oikeus sen kirjoittamiseen on Oulun yliopiston terveystieteiden laitoksen tutkimusryhmällä (Kääriäinen & Kyngäs).

- ei ole oikeutta kirjoittaa tieteellisiä ja/tai ammatillisia artikkeleita vain omalla nimellään ja ilman Oulun yliopiston terveystieteiden laitoksen tutkimusryhmän (Kääriäinen & Kyngäs) suostumusta.
- luovuttaa Potilasohjauksen laatu -mittarilla (henkilöstömittari) kerätyn aineiston kokonaisuudessaan Oulun yliopiston terveystieteiden laitoksen tutkimusryhmän (Kääriäinen & Kyngäs) käyttöön sähköisessä muodossa (SPPS- ja/tai doc -tiedosto riippuen aineiston laadusta) ja vastatut kyselylomakkeet paperimuodossa. Potilasohjauksen laatu -mittarilla (henkilöstömittari) kerätyt aineistot voidaan kerätä yhdeksi isoksi aineistoksi tai käyttää vertailevan tutkimuksen aineistona ja julkaista niiden pohjalta raporttia Oulun yliopiston terveystieteiden laitoksen tutkimusryhmän (Kääriäinen & Kyngäs) toimesta.
- toimittaa valmiin opinnäytetyönsä Oulun yliopiston terveystieteiden laitoksen tutkimusryhmälle (Kääriäinen & Kyngäs).
- ei saa luovuttaa Potilasohjauksen laatu -mittaria (henkilöstömittari) kenellekään eikä käyttää muuhun tarkoitukseen kuin opinnäytetyöhön.
- ei saa julkaista Potilasohjauksen laatu -mittaria (henkilöstömittari) missään julkaisussa (esim. opinnäytetyössä, ammatillisissa tai tieteellisissä julkaisuissa).
- ei saa lähettää Potilasohjauksen laatu -mittaria (henkilöstömittari) sähköisesti kenellekään ilman Oulun yliopiston terveystieteiden laitoksen tutkimusryhmän (Kääriäinen & Kyngäs) erillistä suostumusta.
- ei saa kääntää Potilasohjauksen laatu -mittaria (henkilöstömittari) eri kielille ilman Oulun yliopiston terveystieteiden laitoksen tutkimusryhmän (Kääriäinen & Kyngäs) erillistä suostumusta.

Sopimus on voimassa toistaiseksi.

Olen lukenut yllä olevan ja sitoudun siihen. Tämä sopimus on laadittu kahtena samansisältöisenä kappaleena, yksi kummallekin osapuolelle. Sopimus tulee voimaan sen tultua allekirjoitetuksi.

Paikka ja aika Forssa 14.10.2007

Johanna Partti
Johanna Partti
Sairaanhoitajaopiskelija
Hämeen ammattikorkeakoulu

Maria Kääriäinen
Maria Kääriäinen
TtT, lehtori (ma.)
Potilasohjauksen laadun arviointi -projektin tutkimusryhmä

Helvi Kyngäs
Helvi Kyngäs
THT, professori

SAATEKIRJE

Arvoisa tutkimukseen osallistuja

Opiskelen sairaanhoitajaksi AMK Hämeen ammattikorkeakoulun Forssan yksikössä. Opinnäytetyöllä pyritään kehittämään hoitotyön käytäntöä Teidän yksikössä. Olen kiinnostunut kuinka Te potilaan ohjaajana koette potilasohjauksen.

Pyydän Teitä vastaamaan kyselyyn, koska Teidän mielipiteenne on tärkeä kehittäessä potilasohjausta työyksikössä. Toivon, että vastaatte kysymyksiin juuri niin kuin itse toimitte potilasohjausta tehdessänne. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti eikä Teidän henkilöllisyyttä voida tunnistaa. Käytän Maria Kääriäisen tekemää Ohjauksen laatu-mittarin hoito-henkilöstö osaa ja täten minun kuuluu lähettää vastaukset Oulun yliopiston terveystieteiden laitoksen tutkimusryhmälle (Kääriäinen ja Kyngäs). Näin Teidän vastauksenne voivat auttaa kehittämään koko Suomea kattavaa potilasohjauskäytäntöä.

Vastaaminen on vapaaehtoista, mutta toivon Teidän täyttävän lomakkeen ja palautavan sen osastolla olevaan palautuslaatikkoon kolmen viikon kuluessa. Vastaamiseen kuluu aikaa n. 20 min.

Vastaan mielelläni kaikkiin esille tuleviin kysymyksiin.

Yhteistyöstänne kiittäen

Johanna Partti
Sairaanhoitaja AMK opiskelija
HAMK Forssa
E-mail: johanna.partti@student.hamk.fi
GSM 040 825 1853