

Opinnäytetyö AMK

Terveystenhoitajakoulutus

2019

Nella Rautava ja Sara Niemelä

VUOROVAIKUTUKSEN KEINOJA ELINTAPA-OHJAUKSESSA

Nella Rautava ja Sara Niemelä

VUOROVAIKUTUKSEN KEINOJA ELINTAHOHJAUKSESSA

Hoitajan ja asiakkaan välisellä vuorovaikutuksella on suuri merkitys elintamuutoksen onnistumisen sekä asiakkaan omahoitoon sitoutumisen kannalta. Asiakaslähtöisyys lisää elintahoituksen vaikuttavuutta ja tämä vaatii hoitajilta uusien vuorovaikutustaitojen opettelua.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli etsiä eri vuorovaikutuksen keinoja, joita hoitajat käyttivät elintahoituksessa. Tavoitteena oli lisätä ymmärrystä niistä vuorovaikutuksen keinoista, jotka vaikuttivat asiakkaan motivaatioon ja saivat aikaan muutospuhetta.

Kvalitatiivien opinnäytetyö toteutettiin osana ”Vaikuttavaa elintahoitusta sosiaali- ja terveydenhuoltoon poikkialueellisesti (VESOTE)” -hanketta Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin toimeksiantona. Aineisto kerättiin äänittämällä diabeteshoitajan ja asiakkaan välistä vuorovaikutusta vastaanottotilanteessa sekä haastattelemalla asiakasta avoimilla kysymyksillä vastaanoton jälkeen. Myös haastattelut äänitettiin. Tutkimukseen osallistui kuusi diabeteshoitajaa ja 23 asiakasta. Kerätty aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällön analyysillä.

Opinnäytetyön tutkimustulosten mukaan hoitajat käyttivät sekä asiakaslähtöisiä että ei-asiakaslähtöisiä vuorovaikutuksen keinoja elintahoituksessa, mutta kuitenkin ei-asiakaslähtöisiä keinoja käytettiin enemmän. Asiakkaat olivat pääosin tyytyväisiä vastaanottojen kulkuun, mutta vain puolet toi ilmi muutosaikkeitä haastattelussaan. Työn keskeisenä johtopäätöksenä oli, että asiakkaiden yksilöllisyyden vuoksi ei voida todeta yhtä vuorovaikutuksen keinoa, joka vaikuttaisi kaikilla asiakkailla samalla tavalla muutospuheeseen. Asiakkaiden tuottamasta muutospuheesta voitiin päätellä motivaation ainakin hetkellisesti heränneen, vaikka aineiston perusteella oli vaikea tietää, olivatko asiakkaat oikeasti motivoituneita elintamuutokseen.

ASIASANAT:

vuorovaikutus, asiakaslähtöisyys, elintahoitus, elintamuutos

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in Public Health Nursing

2019 | 42 pages, 5 pages in appendices

Nella Rautava and Sara Niemelä

INTERACTION METHODS IN LIFESTYLE COUNSELLING

Interaction between a nurse and a client plays a significant role in the success of a lifestyle change and the commitment to self-care. Person -centered care increases the efficacy of lifestyle counselling which, in turn, means that nurses need to adapt new communication skills.

The purpose of this qualitative thesis was to discover different interaction methods that nurses used in lifestyle counselling. The aim was to increase understanding of interaction methods which promote health behavior change.

This thesis was part of "Vaikuttavaa elintapaohjausta sosiaali- ja terveydenhuoltoon poikkialueellisesti (VESOTE)" – project and it was commissioned by the Hospital District of Southwest Finland. The data was collected by recording the interaction between six diabetes nurse and 23 clients and also, by recording the interviews of the clients after the visits. The data were analyzed with the method of content analysis.

The findings suggest that the nurses used both person -centered and non-person -centered interaction methods in lifestyle counselling. However, non-person -centered methods were used more often. The clients were mainly satisfied with the interaction in health care settings but only half of them expressed intentions to make lifestyle changes. This thesis concludes that since the clients are individuals there is not one single interaction method that is effective for everyone. Judging from the clients talk about making changes in their daily life, they were to some extent motivated. Even so, based on the data it is hard to know whether the clients were truly motivated to the change.

KEYWORDS:

interaction, person-centered care, lifestyle counselling, lifestyle change

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 ELINTAPAOHJAUS	7
2.1 Asiakaslähtöisyys	7
2.2 Motivaatio	8
3 VUOROVAIKUTUS	10
4 VUOROVAIKUTUKSEN KEINOT ELINTAPAOHJAUKSESSA	12
4.1 Motivoiva haastattelu	12
4.2 Muutosvaihemalli	13
4.3 Terveysvalmennus	14
4.4 Parantava vuorovaikutus	15
4.5 Avoimet kysymykset	16
5 TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	17
6 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄ	18
7 TUTKIMUSTULOKSET	21
7.1 Tutkimuksen taustatekijät	21
7.2 Hoitajien käyttämät asiakaslähtöiset vuorovaikutuksen keinot	21
7.3 Hoitajien käyttämät ei-asiakaslähtöiset vuorovaikutuksen keinot	25
7.4 Asiakkaiden kokemukset vastaanotoista sekä muutospuhe ja motivaatio	28
8 EETTISYYDEN JA LUOTETTAVUUDEN ARVIOINTI	31
9 POHDINTA	34
9.1 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet	38
LÄHTEET	40

LIITTEET

- Liite 1. ”Elintapaohjauksen ammattilaiseksi”- koulutuksen infolomake.
- Liite 2. Haastattelurunko.
- Liite 3. Infolomake.
- Liite 4. Suostumuslomake.
- Liite 5. Esimerkki tiivistetystä analyysirungosta.

1 JOHDANTO

Väestön ikääntyessä ja pitkäaikaissairauksien yleistyessä elintapojen merkitys terveyden edistämässä ja sairauksien ehkäisyssä kasvaa (Kivelä ym. 2014). Terveydenhuollossa asiakkaan elintapamuutoksen edistämistä pidetään tärkeänä, mutta suuri osa ammattilaisista kokee keinonsa riittämättöminä vaikuttavaan elintapaohjaukseen (Absetz & Hankonen 2011). Nykykäsityksen mukaan vaikuttava elintapaohjaus on asiakaslähtöistä ja elintapamuutos lähtee asiakkaasta itsestään (Kosklin 2013).

Elintapaohjaus on terveysalan ammattilaisen ja asiakkaan välistä vuorovaikutusta, jonka päämääränä on edistää asiakkaan hyvinvointia ja terveyttä tukemalla hänen omia valmiuksiaan elintapamuutokseen (Salmela 2012). Muutosta edistävänä vuorovaikutuksena voidaan pitää sellaista keskustelua, jossa ammattilainen tunnistaa muutoksen merkityksen asiakkaalle. Muutoksen tavoitteet asetetaan yksilöllisesti sellaisiksi, että asiakas pystyy sitoutumaan niihin ja edistämään niitä oma-aloitteisesti. (Köhler 2019.)

Muutoksen alkuvaiheessa ulkoinen motivaatio voi ohjata asiakkaan toimintaa, mutta se ei johda pysyvään muutokseen. Elintapamuutoksen onnistumiseen vaaditaan asiakkaasta itsestään lähtevää sisäistä motivaatiota ja halua muutokseen. Sisäiseen motivaatioon kuuluu itsemääräämisen ja pystyvyyden tunne sekä kokemus ammattilaisen ja lähipiirin antamasta tuesta. (Oksanen 2014.)

Asiakaslähtöinen ja vaikuttava elintapaohjaus vaatii terveysalan ammattilaisilta uusien vuorovaikutusmenetelmien opettelua (Liira & Hietanen 2019). Erilaisia elintapaohjauksessa käytettäviä vuorovaikutuksen keinoja tunnetaan paljon, mutta niiden käyttö jää usein vähäiseksi. Ammattilaiset kokevat menetelmien käytön vievän liikaa aikaa ja opettelun vaikeaksi. (Köhler 2019.)

Opinnäytetyö on osa ”Vaikuttavaa elintapaohjausta sosiaali- ja terveydenhuoltoon poikihallinnollisesti (VESOTE)” -hanketta ja toimeksiantajana toimi Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri (VSSH). Hankkeen päällimmäisenä tavoitteena oli kehittää sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten elintapaohjauksen osaamista (UKK-instituutti 2018). Opinnäytetyön tarkoitus oli etsiä eri vuorovaikutuksen keinoja, joita hoitajat käyttävät elintapaohjauksessa. Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä ymmärrystä niistä vuorovaikutuksen keinoista, jotka vaikuttivat asiakkaan motivaatioon ja saivat aikaan muutospuhetta.

2 ELINTAPOHJAUS

Terveydelle haitallisten elintapojen, kuten fyysisen passiivisuuden, epäterveellisen ravitsemuksen, tupakoinnin sekä haitallisen alkoholin käytön, on useimmiten todettu olevan elintapasairauksien taustalla (Absetz & Hankonen 2011; Kisanlahti 2011; WHO 2018; THL 2019). Elintapasairauksien, kuten tyypin 2 diabeteksen ja kohonneen verenpaineen, ehkäisyssä ja hoidossa keskeisenä on terveydenhuollon ammattilaisen suorittama elintapaohjaus (UKK-instituutti 2018). Elintapaohjaus onkin keskeisenä osana monen pitkäaikaissairauden Käypä hoito -suositusta (Lihavuus (aikuiset). Käypä hoito -suositus 2013; Kohonnut verenpaine. Käypä hoito-suositus 2014; Dyslipidemiat. Käypä hoito -suositus 2017; Tyypin 2 diabetes. Käypä hoito -suositus 2018).

Lähtökohtaisesti ihmisiltä löytyy halua elää terveellisesti, mutta terveellisten elintapojen noudattaminen voi olla vaikeaa (Järvinen 2014). Elintapojen muuttaminen vaatii asiakkaalta tahtoa, riittäviä taitoja sekä ympäristön mahdollistaman tilaisuuden (Absetz & Hankonen 2017). Salmela (2012) määrittelee terveydenhuollon elintapaohjauksen vuorovaikutusprosessiksi terveysalan ammattilaisen ja asiakkaan välillä, jonka tavoitteena on edistää asiakkaan terveyttä ja hyvinvointia sekä tukea asiakasta elintapojen muuttamisessa. Elintapaohjauksen päämääränä on siis vaikuttaa asiakkaan motivaatioon sekä ohjata oman toiminnan seuraamiseen. Elintapaohjauksen eteneminen riippuu siitä, onko asiakas jo motivoitunut muutokseen vai täytyykö motivaatiota vielä herätellä. Kun terveysalan ammattilainen ottaa huomioon asiakkaan muutosvalmiuden sekä motivaation tason, elintapaohjaus on vaikuttavampaa. Muutoksen toiminnalliset tavoitteet nousevat asiakkaan aiemmasta toiminnasta. Ammattilaisen avulla asiakas selvittää, millaisia muutoksia asiakas toivoisi omaan toimintaansa, mitä hän on itse valmis tekemään muutoksen eteen ja mitkä asiat omassa arjessa tukevat muutoksen onnistumista. (Absetz & Hankonen 2011; 2017.) Elintapaohjauksessa hoitajan ja asiakkaan välinen toimiva vuorovaikutus motivoi ja painottaa asiakkaan osallisuutta, asiakaslähtöisyyttä sekä asiakkaan kannustamista omien muutostarpeiden arvioimiseen (Järvinen 2017).

2.1 Asiakaslähtöisyys

Asiakkaan rooli terveydenhuollossa on erilainen kuin se oli vuosikymmen sitten (Kosklin 2013; Eloranta ym. 2014). Nykyisin tavoitellaan asiakaslähtöistä hoitoa, kun ymmärrys

hyvinvoinnista ja elämänhallinnasta on muuttunut. Asiakaslähtöinen hoito lähtee asiakkaan tarpeista ja sen tulisi rohkaista asiakasta osallistumaan omaan hoitoonsa sekä sitä koskevaan suunnitteluun ja päätöksentekoon. (Kosklin 2013.) Asiakaslähtöisen hoitotyön keskiössä on asiakas, jolla on omat tarpeet, mielipiteet, arvot sekä luonteenpiirteet (Poochikian-Sarkissian ym. 2010). Asiakas tulee nähdä yksilönä ja huomioida hänen koko elämäntilanteensa (Health innovation Network South London 2016). Eri yksilöillä on erilaiset tarpeet, jotka tulee pyrkiä tunnistamaan ja vastaamaan juuri niihin (Kosklin 2013; Eloranta ym 2014). Asiakkaan omahoitoa tuetaan sovittamalla hoito-ohjeet asiakkaan omaan elämäntilanteeseen sopiviksi ja tunnistetaan asiakkaan mahdollisuudet toteuttaa itse hoitoaan (Kosklin 2013). Asiakas voi osallistua omaan hoitoonsa, kun hänelle on riittävästi tarjolla puolueetonta, laadukasta sekä ajantasaista tietoa (STM 2011).

Asiakaslähtöisyydessä hoitoa tarkastellaan asiakkaan näkökulmasta ja siinä korostuu hoitosuhteessa tapahtuvan vuorovaikutuksen merkitys (Suhonen & Stolt 2013). Asiakaslähtöisessä vuorovaikutuksessa hoitaja ja asiakas ovat tasavertaisia keskenään ja asiakkaan itsemääräämisoikeutta kunnioitetaan (Oksanen 2014; Mönkkönen ym. 2019). Asiakaslähtöisen elintapaohjauksen kautta asiakas tulee kuulluksi ja hän ymmärtää saamansa ohjeet paremmin (Mönkkönen ym. 2019). Asiakaslähtöisessä ohjauksessa asiakas määrittelee keskustelun rajat, joissa hän haluaa pysyä (The American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered Care 2016). Asiakkaiden omaan hoitoon osallistuminen vaatii terveysalan ammattilaisilta uusien käytäntöjen oppimista. Ammattilaisten tulee omaksua uusia vuorovaikutuksen taitoja ja menetelmiä. (Liira & Hietanen 2019.)

2.2 Motivaatio

Elintapamuutoksen onnistumisessa ratkaisevaa on asiakkaan motivaatio muutokseen. Elintapaohjauksessa motivaatiota voidaan herätellä ja vahvistaa vuorovaikutuksen avulla. (Pyörälä & Hietanen 2011; Absetz & Hankonen 2017; Köhler 2019.) Motivoitumisen olennaiset tekijät ovat Oksasen (2014) mukaan rationaalinen ja ahdistava uhka, myönteinen ja saavutettavissa oleva tavoite sekä asiakkaan luonteenomainen tulkinta. Motivaatio voidaan jakaa ulkoiseen ja sisäiseen motivaatioon. Ulkoinen motivaatio syntyy ympäristön asettamista arvoista ja se harvoin johtaa pysyvään muutokseen. Syitä muutokseen voivat olla esimerkiksi läheisen tahto, häpeän tunne tai syyllisyys. Ulkoisen motivaation ohjaama asiakas käyttää muutospuheessaan ”pitäisi” -verbiä. (Absetz &

Hankonen 2017.) Sisäistä, asiakkaasta itsestään lähtevää, motivaatiota herätellään aktivoimalla asiakas itse pohtimaan muutoksen merkitystä omassa elämässä ja arjessa. Yksilöllisten ja kohtuullisten tavoitteiden asettaminen sekä sosiaalisen tuen antaminen asiakkaan tunteille ja ajatuksille lisäävät sisäistä motivaatiota ja ennustavat muutosprosessin onnistumista. (Oksanen 2014; Absetz & Hankonen 2017.)

3 VUOROVAIKUTUS

Vuorovaikutus on kahden ihmisen välinen kohtaaminen, jossa puheella ja sanoilla välitetään tietoa ja ohjeita sekä tuotetaan sosiaalista kanssakäymistä. Vuorovaikutukseen kuuluvat myös ilmeet, eleet sekä äänenpainot. (Köhler ym. 2017.) Vuorovaikutuksella pyritään ymmärtämään erilaisia ajattelutapoja sekä rakentamaan osapuolten välistä yhteisymmärrystä ja luottamusta (Pyörälä & Hietanen 2011; Mönkkönen ym. 2019). Asiakslähtöisessä vuorovaikutuksessa painotetaan osapuolten tasavertaista suhtautumista toisiinsa (Oksanen 2014). Sosiaali- ja terveysalalla hoitajan ja asiakkaan välisellä vuorovaikutuksella on keskeinen rooli hoidon onnistumisen ja asiakkaan hoitoon sitoutumisen kannalta (Pyörälä & Hietanen 2011). Tavoitteena on edistää asiakkaan terveyttä ja hyvinvointia, jota vuorovaikutuksella voidaan joko tukea tai heikentää (Köhler ym. 2017).

Asiakslähtöiseen vuorovaikutukseen liitetään usein korostetusti kysymysten merkitys. Kysymyksillä pystytään kartoittamaan tilannetta sekä saamaan asiakkaasta arvokasta tietoa. Liiallisella kysymisellä voi vuorovaikutus kuitenkin muuttua yksisuuntaisemmaksi ja hoitajavaltaisemmaksi. (Oksanen 2014; Mönkkönen ym. 2019.) Valistaminen ja tosiasioiden kertominen vetoavasti eivät yksistään riitä syrjäyttämään asiakkaan uskomuksia, ja pakottamisella saadaan aikaan vain vastarintaa (Oksanen 2014; Köhler ym. 2017). Liian innokkaalla neuvomisella voi huomaamatta syyllistyä asiakkaan leimaamiseen tai jopa syyttämiseen. Pelkästään käyttämällä terveydenhuollon virkakielen käsitteitä, kuten ”diabeetikko” tai ”monisairas”, voi asiakas kokea tulleen leimatuksi. Ajan rajallisuus vastaanotoilla johtaa usein hoitajan kiirehtimiseen, jolloin asiakkaan tärkeäksi kokemat asiat saattavat jäädä käsittelemättä. Vastaanoton kulkuun voi liittyä tietty, etukäteen suunniteltu ohjausrunko, jonka pohjalta samat kysymykset esitetään kaikille asiakkaille. (Oksanen 2014.) Hoitajan ohjatessa keskustelua jatkuvasti vain hoidollisiin asioihin, voi asiakkaan olla vaikea kokea hoitajan viestit niin tärkeinä, että ne vaikuttaisivat häneen muutoksen kannalta positiivisesti (Köhler 2019).

Vuorovaikutuksen ollessa toimivaa, asiakkaan tyytyväisyys lisääntyy. Omista tunteista ja odotuksista keskusteleminen helpottaa asiakkaan ahdistusta. (Pyörälä & Hietanen 2011; Järvinen 2017.) Asiakkaan mielialalla on suuri merkitys siihen, miten hyvin keskustelut elintapamuutoksesta hoitajan kanssa menevät perille. Lisäksi fyysisellä passiivisuudella sekä epäterveellisellä ravitsemuksella on yhteys alakuloisuuteen. (Kaisanlahti 2011.) Tuen ja kannustuksen saaminen taas vaikuttavat positiivisesti asiakkaan

terveyskäyttäytymiseen. Haastavimmatkin elintapamuutokset ovat mahdollisia, kun asiakas kokee pystyvänsä muutokseen ja muutostoiminta on hänelle mielekästä. (Pyörälä & Hietanen 2011; Järvinen 2017.) Vuorovaikutuksella voidaan vahvistaa asiakkaan pystyvyyden, eli omiin kykyihin uskomisen, tunnetta (Absetz & Hankonen 2011). Tutkimusten mukaan pystyvyyden lisääntyminen ennustaa asiakkaan elintapamuutoksen onnistumista (Hankonen 2011). Asiakas, joka uskoo pystyvänsä tekemään muutoksen omalla toiminnallaan, panostaa tekemiseensä sinnikkäämmin ja vie muutosprosessin loppuun vastoinkäymisistä ja vaikeuksista huolimatta (Absetz & Hankonen 2011; Hankonen 2011; Liira & Hietanen 2019). Onnistuneella vuorovaikutuksella vastaanotolle luodaan turvallinen ilmapiiri, jossa asiakas kokee asemansa tasa-arvoiseksi ja itsensä hyväksytyksi. Tämänlainen ympäristö mahdollistaa asiakkaan voimaantumisen. Voimaantumista lisäävät asiakkaalle merkityksellisistä asioista keskusteleminen, minkä johdosta asiakas oppii tunnistamaan omat henkilökohtaiset voimavaransa. Voimaantunut asiakas hakee tietoa oma-aloitteisesti, sitoutuu tekemiinsä päätöksiin määrätietoistemmin ja oppii tekemistään virheistä. (Tuorila 2013; Köhler 2019.)

4 VUOROVAIKUTUKSEN KEINOT

ELINTAPOHJAUKSESSA

4.1 Motivoiva haastattelu

Motivoiva haastattelu on yksi elintapaohjauksessa käytettävä asiakaslähtöinen vuorovaikutuskeino, jonka avulla pyritään lisäämään tai vahvistamaan asiakkaan motivaatiota muutokseen (Järvinen 2014; Knittle ym. 2014). On todettu, että motivoivan haastattelun avulla saadaan aikaan pitkäkestoisia tuloksia lyhyemmässä ajassa kuin perinteisellä neuvovalla ohjauksella (Absetz & Hankonen 2011; Knittle ym. 2014). Motivoivan haastattelun avulla pyritään siihen, että asiakas itse pohtisi muutoksen tarvetta omassa arjessaan hoitajan ja asiakkaan välisen vuorovaikutuksen sekä yhteistyön avulla (Hardcastle ym. 2013; Knittle ym. 2014). Hoitajan rooli motivoivassa haastattelussa on asiakasta tukeva (Hardcastle ym. 2013) ja tavoitteena on, että asiakas puhuisi enemmän kuin hoitaja (Järvinen 2014). Sen periaatteisiin kuuluu, että asiakas kokee hoitajan olevan kiinnostunut hänestä. Asiakkaan itseluottamusta voi vahvistaa osoittamalla empatiaa ja korostamalla asiakkaan vahvuuksia sekä positiivisia puolia ja pieniäkin edistyksen askeleita. (Järvinen 2014.) Motivoivan haastattelun avulla pyritään luomaan yhteisymmärrystä asiakkaan ja hoitajan välille sekä keskitytään virheiden ja vikojen sijaan asiakkaan vahvuuksien tunnistamiseen ja niiden esille nostamiseen (Absetz & Hankonen 2017).

Motivoivaan haastatteluun kuuluu, että hoitaja olettaa asiakkaalla olevan jo muutokseen tarvittavat tiedot sekä valmius niiden toteuttamiseen ja pyrkii vahvistamaan asiakkaan omaa päätöstä muutoksen tekemisestä (Knittle ym. 2014). Mahdollisuus muutokseen ja vastuu sen toteuttamisesta on kokonaan asiakkaalla (Hardcastle ym. 2013; Oksanen 2014). On todettu hyviä tuloksia, kun motivoivan haastattelun avulla asiakas saa itse vertailla muutoksen hyötyjä ja haittoja sekä pohtia oman toimintansa ja tavoitteidensa ristiriitaisuutta ilman hoitajan tuomitsevaa asennetta (Absetz & Hankonen 2011). Hoitaja auttaa kysymyksillään asiakasta pohtimaan näitä ristiriitoja ja asiakas itse keksii ratkaisuja niihin (Oksanen 2014). On tärkeää, että asiakkaalle syntyy itsemääräämisen tunne (Hardcastle ym. 2013). Jos asiakkaalla on eri mielipide asioista kuin hoitajalla ja syntyy vastarintaa, hoitajan on tärkeä myötäillä asiakkaan kantaa eikä lähteä mukaan väitteilyyn. Asiaan tulee tällaisessa tilanteessa palata myöhemmin uudelleen erilaisten asioiden yhteydessä. (Järvinen 2014.) Vastaan väittämisen ja varoittelemisen on todettu

heikentävän tuloksia (Absetz & Hankonen 2011). Jokainen asiakas etenee muutoksessa omassa tahdissaan ja hoitajalta vaaditaan kärsivällisyyttä odottaa asiakkaan omia motivoivia ideoita muutokseen sekä vahvistaa niitä (Järvinen 2014). Hoitaja jättää vastuun asiakkaalle päätellä itse kuinka suuri hänen ongelmansa on ja mitä ongelmalle voisi tehdä (Oksanen 2014).

Motivoivan haastattelun toteutusmenetelmiin kuuluvat avointen kysymysten käyttö, heijastava kuuntelu sekä lyhyiden yhteenvetojen tekeminen (Järvinen 2014). Hoitaja tukee asiakkaan päättämää tapaa toteuttaa muutos ja yrittää yhdistää asiakkaalle tämän esille tuomat arvot, tavoitteet ja ideat (Knittle ym. 2014). Kun asiakas kuulee yhteenvedon, hän kokee tulleen kuulluksi ja voi vielä täydentää kuulemaansa. Jos asiakkaalla on vastaanoton päätyttyä hänen itsensä luoma suunnitelma elintapaohjauksen toteuttamisesta, on motivoivan haastattelun käyttö onnistunut. (Järvinen 2014.) Motivoiva haastattelu sopii useimmille asiakkaille ja monenlaisten elintapojen muutokseen (Absetz & Hankonen 2011), mutta hoitajan on kuitenkin osattava tunnistaa tilanteet, jolloin asiakkaalla ei ole resursseja keksiä itse ratkaisua elintapamuutoksen toteuttamiseksi ja otettava tällöin aktiivisempi rooli asiakkaan elintapamuutoksen ohjaajana (Järvinen 2014).

4.2 Muutosvaihemalli

Muutosvaihemallin ensisijainen ajatus on, että terveysalan ammattilainen tunnistaa asiakkaan muutosvalmiuden ja saa karkean kuvan asiakkaan henkisestä tilasta (Marttila 2010; Oksanen 2014). Käyttäytymisen muutos nähdään vaiheissa etenevänä prosessina, jossa jokainen vaihe on tunnistettavissa oleva ja toisistaan eroava. Vaiheet eivät välttämättä etene peräkkäisenä jatkumona, vaan asiakas voi siirtyä vaiheissa taaksepäin, jäädä yhteen vaiheeseen pidemmäksi aikaa tai hyppiä edestakaisin vaiheiden välillä. (Marttila 2010; Salmela 2012.)

Esiharkintavaiheessa asiakas ei tiedosta muutostarvetta tai usko pystyvänsä muutokseen, mutta voi silti kokea ulkoista muutospainetta. Tämä voi johtua tiedon puutteesta, aikaisemmasta epäonnistuneesta muutosityrksestä tai riittämättömiksi koetuista voimavaroista. (Marttila 2010; Salmela 2012.) Hoitajan tehtävä on ottaa puheeksi muutoksen tarpeellisuus sekä lisätä asiakkaan pystyvyyttä (Marttila 2010). Harkintavaiheessa asiakas on tietoinen muutoksen tarpeellisuudesta, ja hyötyjen sekä haittojen punnitseminen johtaa muutostoiminnan hahmottumiseen. Hoitaja auttaa asiakasta löytämään käytännöllisiä muutosmahdollisuuksia. (Marttila 2010; Salmela 2012; Oksanen 2014.)

Valmisteluvaiheessa asiakas on tehnyt päätöksen muutoksen toteuttamiseksi ja alkaa hoitajan tuella suunnitella konkreettista toimintaa (Marttila 2010; Salmela 2012). Asiakkaassa voidaan jo havaita pieniä muutoksia, mutta vasta toimintavaiheessa muutokset ovat sitoutumista sekä aktiivista toimintaa vaativia (Salmela 2012). Ylläpitovaiheessa asiakas on vakiinnuttanut terveelliset elintavat osaksi arkeaan ja pystyvyyden tunne on lisääntynyt. Hoitajan tehtäväksi jää asiakkaan tukeminen sekä kannustaminen. (Marttila 2010; Salmela 2012.)

Muutosvaihemallista on hyötyä käytännössä, sillä se auttaa hoitajaa ymmärtämään, milloin asiakas on valmis etsimään muutosaiheita ja milloin suunnittelemaan muutostoimintaa. Turha elintapamuutoksen kiirehtiminen vähentyy ja vuorovaikutus asiakkaan ja hoitajan välillä paranee. (Oksanen 2014.)

4.3 Terveysvalmennus

Terveysvalmennus on vaikuttava, asiakaslähtöinen ja näyttöön perustuva menetelmä, joka tukee myönteisiä elintapamuutoksia pitkäaikaissairauksien hoidossa. Sen tavoitteena on saada asiakas aktivoitumaan omahoitoon, lisätä asiakkaan muutosvalmiutta sekä edistää elintapamuutoksen onnistumista. (Bennet ym. 2010; Linden ym. 2010; Sherifali ym. 2016; Lindahl ym. 2019.) Terveysvalmennusta voi terveystalon ammattilainen antaa vastaanotolla, puhelimesta tai internetissä (Kivelä ym. 2014; Lindahl ym. 2019).

Terveysvalmennus vaatii hoitajalta taitoja asiakaslähtöiseen vuorovaikutukseen sekä vastuun, tilan ja päätöksentekojen antamista asiakkaalle (Lindahl ym. 2019). Hoitaja auttaa asiakasta omien tarpeidensa tunnistamisessa, uusien toimintatapojensa löytämisessä sekä omasta arjesta asetettujen tavoitteidensa saavuttamisessa (Bennet ym. 2010; Kivelä ym. 2014; Lindahl ym. 2019). Hoitaja toimii empaattisena kuuntelijana, rohkaisijana sekä palautteen antajana asiakkaalle ja avointen kysymysten avulla hän motivoi asiakasta (Bennet ym. 2010; Kivelä ym. 2014). Kun asiakas kokee kykenevänsä ylläpitämään saavuttamiaan terveellisiä elintapoja, terveystalon valmennus päättyy (Lindahl ym. 2019).

4.4 Parantava vuorovaikutus

Parantava vuorovaikutus on terveysalan ammattilaisille ohjaustilanteisiin kehitetty menetelmä, jonka tavoitteena on saada asiakas aktivoitumaan oman terveytensä ja hyvinvointinsa edistämiseksi. Parantavan vuorovaikutuksen avulla asiakas ymmärtää paremmin oman tilanteensa sekä omat mahdollisuutensa vaikuttaa siihen. Vuorovaikutuksen avulla asiakkaan voimaantuminen ja motivaatio kasvavat, mitkä edistävät elintapamuutoksen onnistumista. (UKK-instituutti 2018.)

Vuorovaikutus vastaanotolla liikkuu ammattimaailman, eli hoitoon liittyvän informaation sekä asiakkaan elämismaailman välillä. Keskustelun vaikuttavuus riippuu siitä, millä aihealueella keskustelua käydään. (Köhler 2019; Mönkkönen 2019.) Elämismaailma sisältää asiakkaan henkilökohtaisesti merkitykselliseksi kokemat asiat, ja ne voivat liittyä esimerkiksi työelämään, sosiaalisiin suhteisiin tai elämän arvoihin. Elämismaailman huomioiminen vastaanotolla lisää vuorovaikutuksen asiakaslähtöisyyttä ja korostaa asiakkaan asiantuntijuutta, sillä asiakas tietää omasta elämismaailmastaan hoitajaa enemmän. (Köhler 2019.) Hoitaja on ammattiinsa perehtynyt asiantuntija, joka käyttää ammatti-osaamistaan väestön hyvinvoinnin edistämiseen (Sairaanhoitajaliitto 1996). Ammattimaailmasta keskustelu ei välttämättä kosketa asiakkaan arkea ja arvostuksia, jolloin hoitajan puheen merkityksellisyys voi jäädä asiakkaalta havaitsematta (Kaisanlahti 2011; Köhler 2019). Elämismaailman huomioiminen saa asiakkaan pohtimaan oman arjen merkityksellisiä asioita, tekemään oivalluksia ja jopa refleктоimaan eli uudelleenarvioimaan vanhaan ja uuteen tietoon liittyviä uskomuksia ja merkityksiä (UKK-instituutti 2018; Köhler 2019).

Asiakkaan reflektio voi tapahtua ohikiitävässä hetken oivalluksessa, jolloin hänen perusoletuksensa muuttuvat. Vastaanotolla syntynyt kokemus tai asiakkaan kuulema puhe voivat saada aikaan reflektointia. (Köhler 2019.) Kahden kysymyksen avulla hoitajan on mahdollista lisätä asiakkaan luottamusta elintapamuutoksen onnistumista kohtaan sekä vaikuttaa asiakkaan oivallusten kokemiseen sekä ymmärretyksi tulemisen tunteeseen (Köhler ym. 2018). Ensimmäisellä kysymyksellä huomio viedään asiakkaan elämismaailman merkityksiin. Merkityskeskustelussa asiakas halutaan saada ajattelemaan elintapamuutoksen olevan omassa elämässä tärkeiden ja merkityksellisten asioiden mahdollistava tekijä. Toisella kysymyksellä asiakas haastetaan pohtimaan omaa terveyttään sekä omia vaikutusmahdollisuuksia terveytensä edistämiseksi. Oivalluskeskustelussa pyrkimyksenä on saada asiakkaassa aikaan omaan toimintaan liittyviä oivalluksia sekä

lisätä asiakkaassa voimaantumisen tunnetta. Tavoitteena merkitys- ja oivalluskeskusteluissa on saada asiakas refleктоimaan sekä pohtimaan muutostavoitteitaan. Hoitaja vahvistaa asiakkaan oivalluksia ja muutosaikeita tämän esiin tuomien elämismaailman merkitysten avulla. (Köhler 2019.)

Parantava vuorovaikutuksen tavoite elintapaohjauksessa on asiakaslähtöisyys, asiakkaan voimaantumisen lisääminen sekä asiakkaan itselleen asettamien muutostavoitteiden tukeminen. Painopiste vuorovaikutuksessa on asiakkaan elämismaailmassa. Aikaisempiin elintapaohjauksessa käytettäviin vuorovaikutusmenetelmiin verrattuna parantava vuorovaikutus on helpommin käytäntöön sovellettavissa, eikä se vaadi hoitajalta pitkäjänteisyyttä ja suurta ajankäyttöä. (Köhler 2019.)

4.5 Avoimet kysymykset

Elintapaohjauksessa asiakaslähtöisen vuorovaikutuksen perusoletuksena on dialogisuus, joten asiakas on saatava puhumaan. Tavallisessa arkipuheessa ihmiset käyttävät usein suljettuja kysymyksiä, kuten kävitkö, olitko ja teitkö, jotka johdattelevat vastaamaan lyhyesti ja joko kieltävästi tai myöntävästi. (Oksanen 2014.) Mitä-, miten-, miksi-, kuinka- ja kerro –sanoilla usein alkavien (Järvinen 2014) avointen kysymysten tarkoitus on ohjata asiakas puhumaan aktiivisesti tunteistaan ja ajatuksistaan sekä terveydestään ja siihen vaikuttavista asioista (Järvinen 2017). Avointen kysymysten käytöllä tarjotaan asiakkaalle mahdollisuus kysyä ja osoitetaan, että asiakasta kuunnellaan (Järvinen 2017).

5 TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Opinnäytetyön tarkoitus oli etsiä eri vuorovaikutuksen keinoja, joita hoitajat käyttävät elintapaohjauksessa.

Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä ymmärrystä niistä vuorovaikutuksen keinoista, jotka vaikuttivat asiakkaan motivaatioon ja saivat aikaan muutospuhetta.

Tämän opinnäytetyön tutkimuskysymykset:

1. Mitä asiakaslähtöisiä vuorovaikutuksen keinoja hoitajat käyttivät?
2. Mitä ei-asiakaslähtöisiä vuorovaikutuksen keinoja hoitajat käyttivät?
3. Millä tavoin eri keinot vaikuttivat asiakkaan kokemukseen vastaanotosta?

6 OPINNÄYTETYÖN MENETELMÄ

Tämä opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivisena eli laadullisena opinnäytetyönä osana ”Vaikuttavaa elintapaohjausta sosiaali- ja terveydenhuoltoon poikkihallinnollisesti (VESOTE)” -hanketta ja toimeksiantajana toimi Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri (VSSHP). Vuosina 2017-2018 toteutuneen hankkeen tavoitteena oli kehittää sosiaali- ja terveysalan ammattilaisten elintapaohjauksen osaamista sekä ottaa käyttöön ja vahvistaa vaikuttavia sekä laadukkaita elintapaohjauksen toimintamalleja. Yhtenä keinona tavoitteisiin pääsemisessä oli järjestää ”Elintapaohjauksen ammattilaiseksi” -täydennyskoulutus (liite 1) sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisille, johon myös opinnäytetyön tekijät osallistuivat. Koulutuksella lisättiin osaamista ravitsemuksen, liikunnan ja unen elintapaohjaukseen sekä parantavaan vuorovaikutukseen. (UKK-instituutti 2018.)

Laadullisessa tutkimuksessa teoreettinen viitekehys kuvaa tutkimuksen keskeisiä käsitteitä ja niiden välisiä suhteita. Viitekehysten teoretiset ohjaa laadullista tutkimusta. (Tuomi & Sarajärvi 2018.) Viitekehukseen aineistoa haettiin kotimaisista ja ulkomaisista tietokannoista, kuten Terveyskirjastosta, PubMedista, Google Scholarista ja Medicistä. Aineistona käytettiin ajankohtaisia tutkimuksia, tieteellisiä julkaisuja sekä ammattikirjallisuutta. Tietoa haettiin muun muassa hakusanoilla ”elintapaohjaus”, ”asiakaslähtöisyys”, ”vuorovaikutus”, ”motivointi”, ”avoimet kysymykset” sekä vastaavilla hakusanoilla englanniksi. Haku aikarajattiin niin, että mukaan otettiin vuosina 2010-2019 ilmestyneet julkaisut. Poikkeuksena tästä muutama aineiston analyysiä sekä eettisyyttä käsittelevä artikkeli, jotka ovat vanhempia alkuperäisjulkaisuja ja joiden tieto on edelleen ajankoh- taista.

VESOTE-täydennyskoulutuksen käyneiltä diabeteshoitajilta kysyttiin halukkuutta osallistua opinnäytetyön tutkimukseen. Tavoitteena oli saada mukaan noin kymmenen diabeteshoitajaa. Jokaiselta hoitajalta pyrittiin äänittämään vähintään kolmen asiakkaan kanssa käytyä vastaanottoa. Tutkimuksessa mukana olevat asiakkaat valittiin satunnaisesti. Asiakkaat valikoituivat sen mukaan, ketkä sattuiivat tulemaan vastaanotolle äänityspäivinä. Mukaan saatiin lopulta kuusi hoitajaa ja 23 asiakasta. Vastaanotot tapahtuivat viidessä suomalaisessa kunnassa.

Osallistuville asiakkaille annettiin ennen vastaanoton alkua informaatiolomake (liite 2), jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta sekä aineiston keruusta ja käytöstä. Asiakkaille kerrottiin, että heillä on oikeus kieltäytyä tai peruuttaa osallistuminen missä tahansa

tutkimuksen vaiheessa. Sekä asiakasta että hoitajaa pyydettiin allekirjoittamaan suostumuslomake (liite 3) tutkimukseen osallistumisesta. Aineistoa kerättiin äänittämällä diabeteshoitajan ja asiakkaan välistä vuorovaikutusta vastaanottotilanteessa. Äänittäjät toimivat sivustaseuraajina ja vastaanottotilanne toteutui normaalisti. Vastaanottojen pituus vaihteli 20 minuutista puoleentoista tuntiin. Vastaanoton jälkeen pyydettiin asiakas erilliseen tilaan lyhyttä äänitettävää haastattelua varten. Yksi asiakas kieltäytyi haastatteluun osallistumisesta, joten haastatteluja äänitettiin 22 asiakkaalta. Haastattelu oli puolistrukturoitu eli osittain järjestelty (Hirsijärvi & Hurme 2015) ja siinä asiakkaille esitettiin samat kysymykset samassa järjestyksessä, mutta valmiita vastausvaihtoehtoja ei ollut. Haastattelulla selvitettiin asiakkaan kokemuksia vastaanotosta sekä omasta voinnista seitsemällä avoimella kysymyksellä (liite 4). Haastattelujen kesto oli noin 5-10 minuuttia.

Äänitteet kuunneltiin huolellisesti läpi ja toisella kuuntelukerralla äänitteet litteroitiin osittain, jättäen harkitusti tutkimuksen kannalta epäoleelliset kohdat pois. Litteroimatta jäivät esimerkiksi puheet lääkkeiden annostuksista ja tulevien vastaanottoaikojen varaamisesta. Tutkimuksen aineistosta rajattiin pois ilmeet sekä eleet ja vain puhe analysoitiin. Äänitteet ja haastattelut analysoitiin sisällönanalyysillä. Sisällönanalyysiä käytetään kirjallisten materiaalien analysoimiseen ja sen avulla järjestellään tutkittavaa ilmiötä tiivistettyyn ja jäsenneltyyn muotoon (Kyngäs & Vanhanen 1999). Sisällönanalyysi voidaan toteuttaa teoriaohjaavasti, teorialähtöisesti tai aineistolähtöisesti (Tuomi & Sarajärvi 2018). Tämän opinnäytetyön aineisto analysoitiin aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä. Aineistolähtöisessä eli induktiivisessä analyysissä pohjana on aineisto, jolloin analyysiyksiköt eivät ole ennalta määrättyjä, vaan muotoutuvat aineiston mukaan (Kyngäs & Vanhanen 1999). Analyysiyksiköt voivat olla sanoja, lauseita tai teemoja (Elo & Kyngäs 2007) ja ne muotoutuvat tutkimuksen tarkoituksen sekä tutkimuskysymysten mukaisesti (Tuomi & Sarajärvi 2018). Tutkimuskysymykset tarkentuvat lopullisiin muotoihinsa analyysin edetessä (Kyngäs & Vanhanen 1999). Aineiston luokittelu tapahtuu aineistoa analysoitaessa (Elo & Kyngäs 2007).

Aineistoa pelkistettiin, ryhmiteltiin sekä käsitteellistettiin induktiivisen analyysiprosessin mukaisesti (Kyngäs & Vanhanen 1999). Tutkimusaineisto luettiin läpi useaan kertaan, minkä jälkeen aineistosta esiin nousseet yhtäläisyydet värikoodattiin ja merkittiin aukikirjoitettuun aineistoon. Tämän jälkeen aineistoa pelkistettiin ja tiivistettiin tutkimuskysymysten mukaisesti sekä järjesteltiin luokittelemalla. Aineiston perusteella hoitajien elintapaohjaus koostui moneen eri vuorovaikutusmenetelmään kuuluvista osista. Alaluokat muodostuivat niistä vuorovaikutuksen keinoista, joita aineistossa ilmeni eniten.

Alaluokkia muodostui viisi: avoimet kysymykset, merkityskeskustelu, asiakkaan haastaminen, johdattelevat kysymykset sekä merkityskeskustelun sivuuttaminen. Luokittelun avulla alaluokat jaettiin kahteen yläluokkaan, jotka olivat hoitajien käyttämät asiakaslähtöiset vuorovaikutuksen keinot ja ei-asiakaslähtöiset vuorovaikutuksen keinot. Pääluokaksi päätettiin tutkimuksen tarkoituksen mukaisesti hoitajien käyttämät vuorovaikutuskeinot. Liitteenä on esimerkki tiivistetystä analyysirungosta (liite 5), jolla kuvataan tulosten luokittelua. Lopuksi haastatteluista tarkasteltiin asiakkaiden kokemuksia vastaanotosta sekä muutospuheen ja motivaation ilmenemistä. Aineistoa analysoitaessa hoitajat ja asiakkaat numeroitiin ja nimet poistettiin analyysistä. Tuloksissa kirjaimella H kuvataan hoitajien puhetta ja kirjaimella A asiakkaiden puhetta. Tulokset pyrittiin esittämään niin, ettei yksittäistä henkilöä voida tunnistaa aineistosta.

7 TUTKIMUSTULOKSET

7.1 Tutkimuksen taustatekijät

Tämän opinnäytetyön tutkimukseen asiakkaat (N=23) valikoituvat satunnaisesti ja heistä 14 olivat naisia ja yhdeksän miehiä. Naisasiakkaiden keski-ikä oli 68 vuotta ja ikien vaihteluväli 49-84 vuotta. Miesasiakkaiden ikien keskiarvo oli 64 vuotta ja vaihteluväli 52-75 vuotta. Asiakkaita yhdisti diabetes sekä elintapaohjauksen tarve. Tutkimuksen osallistuneet hoitajat (N=6) olivat kaikki naisia. He olivat VESOTE- hankkeen Elintapaohjauksen ammattilaiseksi- täydennyskoulutuksen käyneitä diabeteshoitajia.

7.2 Hoitajien käyttämät asiakaslähtöiset vuorovaikutuksen keinot

Kaikki hoitajat käyttivät asiakaslähtöisiä vuorovaikutuksen keinoja. Asiakaslähtöisistä keinoista eniten hoitajat käyttivät avoimia kysymyksiä, empaattisuutta ja tilan antamista, kannustamista ja positiivisten asioiden korostamista, asiakkaan pohdinnan herättämistä sekä merkityskeskusteluun ohjaamista.

Lähes kaikilla (96%) vastaanotoilla hoitajat käyttivät vuorovaikutuksessaan avoimia kysymyksiä. Avoimilla kysymyksillä hoitaja kartoitti asiakkaan elintapoja sekä tiedusteli yleistä vointia. Eniten avoimia kysymyksiä hoitaja käytti siirtyessään keskustelemaan uudesta aiheesta.

H6: "Mimmosta se sun liikunta on nyt?"

H2: "Miten nukut?"

H3: "Kertoisikis sä vähän siitä, et mimmoset ne sun ruokatottumukset on?"

Kahdeksan (35%) vastaanotoista alkoi hoitajan avoimella kysymyksellä, jonka tarkoituksena oli tiedustella asiakkaan kuulumisia ja yleistä vointia.

H2: "Mitä kuuluu?"

H4: "Miten menee?"

H3: "...millanen on sun tän hetkinen vointi?"

Kahdella vastaanotolla hoitajan avoin kysymys asiakkaan voinnista rohkaisi asiakkaan puhumaan mieltään askarruttavista asioista heti vastaanoton alussa.

H2: "Mimmonen sun vointi on ollu?"

A20: "Ihan suht hyvä. Kyllähän mä tavallist väsyneempi olen, mut työpaikka ja koti, ne on molemmat vähän semmosii stressaavii..."

H1: "Mitäs sulle kuuluu?"

A6: "Kuule ihan sillai hyvää toi noi lähti toi paino hyvin laskee sillon alussa, mut nyt se on vähän junnannu paikoillaan. "

Kahdeksalla (35%) vastaanotolla hoitaja antoi asiakkaalle tilaa keskustella asiakkaan elämään liittyvistä asioista, joista asiakas halusi keskustella. Aiheet eivät välttämättä liittyneet elintapoihin tai diabeteksen hoitoon. Keskustelu katkesi vasta, kun asiakas itse vaihtoi puheenaihetta. Hoitaja oli empaattinen ja kuunteli, mutta ei ohjannut asiakasta syvällisempään pohdintaan.

A12: "Oltiin vaa sairaalas. Nyt mä kuskaan kauppaan...Sit ku pääsee kotii, ni ajattelee, et en mä enää jaksa lähtee mihinkää, ku kumminki työpäivän jälkee, ni se on nii..."

H4: "Ja kuitenkin, ku se tärkein ois laittaa se happinaamari omaan naamaan ennen ko jonkun muun."

*A8: "...kun mökilläkin täytyy jotain asiaa keksii, et päästään tyttöö katto-
maan."*

H2: "Mut se on tosi ihanaa kyl, kun on lapsenlapsi niin... Tuo vähän erilaist sisältöö."

Seitsemällä (30%) vastaanotolla hoitaja haastoi asiakasta pohtimaan itse omaa terveydentilaa ja hyvinvointia sekä omia mahdollisuuksia vaikuttaa niihin. Neljä asiakasta saatiin haastamalla pohtimaan ruokavaliotaan, liikunnan määrää sekä stressin vaikutusta terveyteen.

H2: "Ooks sä ajatellu, et miten sitä [liikuntaa] vois lisätä? Et mikä olis semmonen mielekäs?"

A7: "Tietyst kävely voi..."

H3: "...Vai mitä sä itse ajattelet [, mistä johtuu kolesteroliarvojen nousu]?"

A9: "Voi olla, että tommonen stressikin vaikuttaa... Mun mieheni joutui sairaalaan tollai yhtäkkiä."

Yhdellä asiakkaalla ei haastamisesta huolimatta syntynyt pohdintaa.

H1: "Mitä sä itse siit [tupakan poltosta] ajattelet?"

A5: "En mä ajattele. Poltan."

Kahden asiakkaan kohdalla hoitajan haastava kysymys johti merkitys- ja oivalluskeskusteluun. Ensimmäisessä tapauksessa merkityskeskusteluun ohjaaminen sai asiakkaan pohtimaan itselleen mielekästä tekemistä, liikuntamuotoja sekä muutoksia ravitsemukseen. Asiakas oivalsi, että hänellä olisi mahdollisuuksia lisätä arkiliikuntaa ja säännöllisemmällä ateriarhythmillä hän voisi vähentää tavaksi muodostunutta ilta-ahmimista.

H2: "...mut sit mietin et miten ne sun voimavarat on täl hetkel muuttaa niitä [elintapoja], et mejän pitää sitä sit pohtii. Mitä sä itte ajattelet, et onks sul jotain mahollist sielt muuttaa?"

A20: "On! Ja sit se just et mä tiedän sen tuol jossain, et tä ei oo hyvä malli. Et mä toivon, et mä voisin käyttää tätä tekosyynä siihen, et otan kiinni ja muutan asioita. Et liikunta on yks, kun on istuva työ... Sanotaan semmost arkiliikuntaa... Mä tykkään hirveesti pihatöistä... Nii sit mä luulen, et yks

siin auttais, ois semmonen säännöllinen rytmi. Et jos on hirveen pitkään syömättä, ni sit tulee hirveen helpost ahmittuu.”

Toisessa tapauksessa merkityskeskusteluun ohjaaminen sai asiakkaan oivaltamaan liikunnan vaikutuksen särkyihin ja pohtimaan erilaisia itselleen sopivia liikuntamuotoja. Hoitaja ei suoraan antanut asiakkaalle vastauksia, vaan haastoi asiakkaan ajattelemaan itse. Hoitaja tuki asiakkaan tekemää oivallusta.

H1: ”Nii, entäs muuten terveys?”

A4: ”Emmä tiedä, paikat särkee... Mut buranan kans pärjää.”

H1: ”Joo. Ootko tota ajatellu mihin se mahtaa liittyä se paikkojen särky? Mimmosiin tilanteisiin, onks se jonkun jälkeen?”

A4: ”Se on tää käsi, täältä olkapääst se särkee... Et kai siel on jotain kulumii...”

H1: ”Niin. Joo. Onks siihen muuta jotain [kuin buranaa], ootko huomannu, et joku liikunta tai jumppa tai joku tämmönen auttais?”

A4: ”No ei, kun ottaa moottorisahan käteen, ni ei se sit satu... Siin on liikuntaa kyllä... Täytyy ruveta taas seuraavaks talveks niitä saunapuita tekemään.”

H1: ”...Ja sanoit, et moottorisaha käteen, niin se on kans aika hyvää liikuntaa.”

Puolessa (52%) vastaanotoista hoitaja kehui asiakasta jo saavutetuista tavoitteista tai korosti positiivisia asioita asiakkaan elintavoissa.

H6: ”Kuulostaa hyvält et on ihan selkeesti semmosii oivalluksia tullut.”

H2: ”No mun mielest, mä kyl sanoisin et jatka ihan samaan malliin...”

A18: ”...vuorotellen laitetaan ihan tavallissii kotiruokii.”

H2: "Joo. Ja sit käytte toistenne luona? No sehän on tosi kiva!"

7.3 Hoitajien käyttämät ei-asiakalähtöiset vuorovaikutuksen keinot

Kaikki hoitajat käyttivät ei-asiakalähtöisiä vuorovaikutuksen keinoja. Eniten ei-asiakalähtöisyyttä aiheuttivat johdattelevat kysymykset, asiakkaan merkityspuheen sivuuttamiset sekä neuvova ja ohjeistava tyyli vuorovaikutuksessa.

Suuressa osassa (83%) vastaanotoista hoitaja käytti johdattelevia kysymyksiä elintapaohjauksessaan. Johdattelevia kysymyksiä hoitajat käyttivät kartoittaessaan asiakkaan elintapoja sekä tiedustellessaan yleistä vointia. Johdattelevat kysymykset eivät johtaneet asiakkaan pohdintaan tai oivaltamiseen.

H2: "Onks vointi ollu hyvä?"

H1: "Liikuntaa on ollu?"

H3: "Mites sit tosiaan ne sun ruoka-asiat on aina ollu... Semmottii, et sä olet niinku ihan terveellisesti syöny?"

Kahdeksalla (35%) vastaanotolla hoitaja esitti johdattelevan kysymyksen heti avoimen kysymyksen jälkeen.

H3: "Mites sit muuten on elintavat? Tuleeko sulla [käytettyä] jotain alkoholiä?"

H2: "Mitä muuta kuuluu? Onks vuoden aikana ollut jotain erityistä?"

Viidellä (22%) vastaanotolla hoitajan ja asiakkaan välinen vuorovaikutus oli hoitajan osalta neuvovaa ja ohjeistavaa. Näissä tilanteissa korostui hoitajan asiantuntijuus ja asiakas hiljensi kuuntelemaan. Asiakas ei pohtinut itse, vaan hoitaja antoi valmiita ratkaisuja.

A12: "Ja välipalakin töis. Meil täytyy olla omat eväät. Kaks karjalanpiirakkaa."

H4: *"Sekin on sitä vaaleet riisii."*

A12: *"Mm."*

H4: *"Se ruiskuori on siin tosi olematon. Et sekin on semmonen 15-20 hiilariii."*

A12: *"Mm."*

H4: *"Nii et eväät sit töissäki, ni tota vois olla hyvinki vaik tonnikalaa raejuustoon sekotettuna."*

Neljällä (17%) vastaanotolla hoitaja perusteli asiakkaalle elintapamuutoksen tarvetta puhumalla verensokeriarvojen parantamisesta.

H2: *"Et kyl se ihan ehdottomasti noitten sokereitten kannalta ja tietysti muutenkin..."*

H2: *"Et tulis ne sokerit mahdollisimman hyvin hoidettua."*

Suurimmalla osalla hoitajista vaikutti olevan elintapaohjauksen tukena jonkinlainen tarkistuslista tai vastaanoton ohjausrunko, jota noudattamalla kaikki diabeteksen hoitoon liittyvät tiedot tulisi kysytyä asiakkaalta. Asiakkaan ilmaistessa halua keskustella jostakin hänen mieltään askarruttavasta asiasta, hoitajat pääsääntöisesti poikkesivat tarkistuslistan asioista keskustelemaan asiakasta mietityttävästä aiheesta. Muutamalla (13%) vastaanotolla hoitaja halusi noudattaa tarkistuslistan järjestystä.

A7: *"Eikä oo tullu sillai samal taval noit salaattei ja noit syötyy... Ja kyl sielt tulee ain laitettuu keksii tai tommost noin..."*

H2: *"Joo. Se on ihan selvä se. Katsotaan noit ruoka-asioit hetken pääst vielä tarkemmin..."*

A18: *"Kyl mä syön sitä karkkii ja pullaa vähän liian paljon..."*

H2: *"Onk näi?"*

A18: *"On! Nyt mä päätin, et mä ostan sen pikkasen Fazerin... Mä päätin et nyt mä en osta ennen ko itsenäisyyspäivän. Saa nähä kuin käy."*

H2: *"Kuin käy... Mm. Katotaan hetken pääst noit elintapa-asioit..."*

A18: *"Aha."*

Jokainen asiakas toi vastaanotolla puheessaan esiin elämismaailman merkityksellisiä asioita. Suurimmalla osalla (78%) vastaanotoista hoitaja sivuutti asiakkaan merkityspuheen palauttamalla keskustelun hoidollisiin asioihin. Aihetta ei käsitelty syvällisemmin eikä hoitaja johdatellut asiakasta avaamaan ongelmien merkitystä itselle. Näissä tilanteissa oli nähtävissä hoitajan ja asiakkaan välisessä vuorovaikutuksessa kamppailevat asiakkaan "elämismaailman ääni" ja hoitajan "terveydenhuollon ääni".

A20: *"... Kyllähän mä tavallist väsyneempi olen, mut toi, työpaikka ja koti, ne on molemmat vähän semmosii stressaavii. Mä olen ajatellu, et se johtuu siitä se väsymys."*

H2: *"Joo. Kyllä. Noi sokerit, ni toi pitkäsokeri nyt on hiukan koholla..."*

A20: *"Mm."*

H2: *"Mm, miten tuttu asia tää diabetes on sulle?"*

H6: *"...Söitkö silloin kolesterolilääkettä?"*

A1: *"Ei. Silloin mä liikuin enemmän."*

H6: *"Joo. Sit jos vielä erottelee niitä, ni se huono kolesteroli oli silloin vuos sitten 3.2, ni nyt se on 4.9, et siel on tapahtunu se muutos."*

A1: *"Mä olen syönykki ku hevonen."*

H6: *"Joo. Mut hyvä kolesteroli..."*

7.4 Asiakkaiden kokemukset vastaanotoista sekä muutospuhe ja motivaatio

Hoitajien käyttämistä vuorovaikutuksen keinoista sekä asiakaslähtöiset- että ei-asiakaslähtöiset keinot saivat asiakkaissa aikaan muutospuheita. Suurin osa muutospuheeseen johtaneista keinoista oli asiakaslähtöisiä (91%) ja niitä olivat asiakkaan haastaminen, merkityskeskusteluun ohjaaminen sekä kannustaminen. Ei-asiakaslähtöisistä keinoista hoitajan neuvova ja ohjeistava tyyli (9%) johti asiakkaan muutospuheeseen.

Lähes kaikki (95%) asiakkaat ilmaisivat haastattelussaan tyytyväisyyttä toetutunutta vastaanottoa sekä hoitajaa kohtaan.

A17: "Tämä oli hyödyllinen."

A2: "Ihan mukava ja mä saan rennosti kysellä ja puhua asioista..."

A6: "Ihan hyvä. Siis sain kysymyksiin vastauksen ja ohjeita, mitä mä täältä toivoin saavani."

Yksi asiakas (5%) ilmaisi haastattelussa tyytymättömyyttä vastaanottokäyntiä kohtaan. Asiakas perusteli kokemustaan terveydenhuollon toimimattomuudella sekä eri hoitajilta saaduilla ristiriitaisilla neuvoilla.

A1: "Suoraan sanottuna, ku täältä ei oo kauheesti välitetty, ni sit itekki on et mitä sitte... Kyl se sillast vuoristorataa välil on, et ku saat täältä yhen neuvon ja jostain muualt toisen neuvon ja yhdistelet niitä."

Eniten asiakkaille jäi vastaanotolta mieleen lääkitykseen (23%) ja ravitsemukseen (18%) liittyvät asiat sekä muut hoitajalta suoraan saadut ohjeet (18%). Muut asiakkaille mieleen jääneet asiat liittyivät liikuntaan, jalkojen hoitoon sekä hoitajan antamaan kannustukseen.

A13: "... tää lääkejuttu... niin nyt se vaihdetaan uuteen ni se jäi mieleen..."

A21: "No laihtuminen ainakin. Ruokavalio."

A18: "Kyllä varmaan jäi kaikki, mitä se [hoitaja] sano..."

Puolet (50%) asiakkaista toi ilmi muutosaikeita haastattelussaan. Muutospuheet liittyivät ravintotottumusten (70%) muuttamiseen terveellisemmiksi, liikunnan (20%) lisäämiseen sekä niihin molempiin (10%). Myös tyytymättömyyttä ilmaissut asiakas kertoi muutosaikeista.

A22: " ...Täytyy ruveta ruokaa vaan enemmän laittamaan... kyl se täytyy leipää jättää vähemmäks et kyl mä sen tiedän, et se on lihottavaa toi leipä."

A9: "Aion kyllä. Aion lähtee liikkuu vähäsen."

A1:"Kyl se pitää mennä peilin eteen... Se liikunta on se ja vähennettävä nannojen syöntiä, lopettaa niitten ostaminen kotiin."

Kaikki asiakkaat, jotka ilmaisivat haastattelussa vastaanottokäynnillä käydyn keskustelun perusteella tekevänsä muutoksen, käyttivät puheessaan ulkoiseen motivaatioon viitattavia sanoja, kuten "täytyy" ja "pitää".

A20: "...se ruokavalio täytyy saada paremmin kohdalleen..."

A12: "No nyt pitää vähän kattoo, mitä suuhunsa laittaa."

Neljä (18%) asiakasta oli tehnyt oivalluksia ja muutoksia elintapoihinsa jo ennen vastaanotolle saapumista. Näillä vastaanotoilla hoitajan vuorovaikutus oli kannustavaa. Haastatteluissa asiakkaiden sanavalinnat viittasivat motivaation olevan sisäistä.

A15: "Oivallukset ovat syntyneet jo tässä syksyn aikana... Aion jatkaa suunnilleen samalla tavalla."

A2: "Itsehoitoa jatkan ihan tosi paljon."

A13: "No aion sitä ruokavalioo, et aion tarkemmin kattoo kaupast, et mimmost sämpylää ostan."

Seitsemän (32%) asiakasta ei osoittanut haastattelussa muutoksen aikeita, vaikka vastaanotolla keskusteltiin muutoksen olevan tarpeellinen.

A11: "En pysty mitään muuttamaan, et ei oo mitään muutettavaa."

A23: "Toivon mukaan, mutten uskalla luvata. Paras olla lupaamatta."

8 EETTISYYDEN JA LUOTETTAVUUDEN ARVIOINTI

Tämän opinnäytetyön toteutuksessa noudatettiin hyvää tieteellistä käytäntöä ja koko tutkimusprosessissa pyrittiin rehellisyyteen, tarkkuuteen sekä yleiseen huolellisuuteen (Tutkimustieteellinen neuvottelukunta 2012). Vastaanotto- sekä haastatteluäänitysten lisäksi lähdeaineistona käytettiin ajantasaisten tiedonhaku-menetelmien avulla löydettyjä tieteellisiä materiaaleja. Alkuperäislähteitä pyrittiin kunnioittamaan ja lähteet merkittiin huolellisesti ja oikein.

Tutkimuseettisiä periaatteita ovat myös itsemääräämisoikeuden ja yksityisyyden kunnioittaminen, tietosuojasta huolehtiminen sekä vahingoittamisen välttäminen. (Tutkimustieteellinen neuvottelukunta 2012.) Tutkimukseen saatiin tutkimusluvut niistä kunnista, joissa tutkimusta toteutettiin. Tutkimukseen osallistuneiden hoitajien ja asiakkaiden kanssa käytiin läpi informaatio- (liite 2) ja suostumuslomakkeet (liite 3), ja heille kerrottiin tutkimuksen kulusta. Hoitajille ja asiakkaille painotettiin tutkimukseen osallistumisen olevan vapaaehtoista. Sekä asiakkaalle että hoitajalle selitettiin heidän sitoutumisensa tutkimukseen ja asiakkaalle kerrottiin mahdollisuudesta keskeyttää tutkimus ilman, että se vaikuttaisi hänen saamaansa hoitoon. Suostumuksen allekirjoitus ja tutkimukseen osallistuminen katsottiin informoiduksi suostumukseksi. Allekirjoitetut suostumuslomakkeet säilytettiin Turun Kliinisen tutkimuskeskuksen lukituissa tiloissa, eikä tutkimukseen osallistuneiden tietoja luovutettu ulkopuolisille. Aineiston keruun jälkeen hoitajien ja asiakkaiden nimet sekä tunnistetiedot poistettiin aineistosta ja korvattiin anonyymeillä kirjain-numeroyhdistelmillä. Opinnäytetyön tulososassa esitetyistä alkuperäisilmauksista ei ole nähtävissä esimerkiksi kaupunkeja, henkilöiden nimiä tai työpaikkoja, jotka voisivat olla yhdistettävissä hoitajiin tai asiakkaisiin. Tutkimukseen osallistuneet eivät siis ole tunnistettavissa opinnäytetyöstä. Opinnäytetyön tekijät eivät puuttuneet millään tavalla vastaanoton kulkuun tai asiakkaan saamaan ohjaukseen ollessaan äänittämässä vastaanottoa ja noudattivat vai- tiolovelvollisuuttaan.

Hoitajia on voinut jännittää tilanne, jossa vastaanottoa on ollut kuuntelemassa ja äänittämässä ulkopuolinen. Tämä on voinut vaikuttaa hoitajien käyttämään

vuorovaikutukseen vastaanoton aikana. Tyksin erityisvastuualueen eettisen toimikunnan asiantuntijalääkärin mukaan tutkimus ei ollut asiakkaan koskemattomuuteen puuttuvaa, joten se ei edellyttänyt eettisen toimikunnan käsittelyä. Tutkimuksessa ei otettu ylimääräisiä, normaalista hoidosta poikkeavia, verinäytteitä, eikä asiakkaille aiheutunut kipua.

Haastattelussa käytettyjen avointen kysymysten ansiosta asiakkailla oli mahdollisuus vastata kysymyksiin omin sanoin, jolloin ajatusten ja tunteiden ilmaiseminen onnistui paremmin. Haastattelutilanteissa oli vaikea tietää, vastasivatko asiakkaat heille esitettyihin avoimiin kysymyksiin totuudenmukaisesti. Asiakkaiden vastaukset ovat voineet perustua oletuksiin siitä, mitä heidän kuuluisi vastata ja vastauksiin on saattanut vaikuttaa tieto keskustelun äänittämisestä. Muutaman asiakkaan kohdalla haastattelu jouduttiin pitämään terveyskeskuksen käytävällä, jolloin haastattelutilanne ei ollut täysin rauhoitettu, mutta kuitenkin niin, ettei ulkopuolisia kuulijoita ollut.

Koko opinnäytetyön prosessin ajan pyrittiin objektiivisuuteen, mutta laadulliselle tutkimukselle tyypillisesti luotettavuutta heikensi sisällön analyysissä tutkijoiden subjektiivinen näkemys aineistoa analysoitaessa (Kyngäs & Vanhanen 1999). Tutkijat analysoivat aineistoa oman ymmärryksensä varassa, jolloin analysointi on aina subjektiivista (Tuomi & Sarajärvi 2018). Luotettavuutta heikensi myös ilmeiden, eleiden ja äänensävyjen rajaaminen pois analysoinnista. Aineistoa pyrittiin pelkistämään ja luokittelemaan niin, että ne kuvaisivat tutkittavaa ilmiötä mahdollisimman luotettavasti.

Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arvioimisessa uskottavuus, vahvistettavuus, siirrettävyys sekä reflektiivisyys ovat yleisesti käytettyjä kriteereitä. Uskottavuutta lisäävät tutkimusaineiston, -menetelmän sekä -tulosten tarkka kuvaus. (Kylmä & Juvakka 2012; Vaismoradi ym. 2013). Uskottavuutta lisäsivät ilmiön tutkiminen kahdella aineistonhankintamenetelmällä, jotka olivat asiakkaiden haastattelut sekä hoitajan ja asiakkaan välisten vuorovaikutusten havainnointi. Molemmat opinnäytetyön tekijät analysoivat tutkimusaineiston ja vertasivat saamiin tuloksia keskenään. Nämä sekä tutkimusprosessin tarkka kuvaus lisäävät vahvistettavuutta (Kylmä & Juvakka 2012). Vahvistettavuutta lisäsivät myös

tutkimustuloksissa alkuperäisilmaukset, jotka mahdollistivat tutkimustulosten laadun sekä tulkintojen vastaavuuden arvioimisen. Tuloksia vertailtiin kriittisesti aikaisempien tutkimuksien tuloksiin, minkä voidaan myös nähdä lisäävän työn vahvistettavuutta. Siirrettävyyttä pyrittiin lisäämään tutkimukseen osallistuneiden taustatietojen, aineiston keruun sekä analyysin kuvaamisella. Laadulliselle tutkimukselle tyypillisesti tämän opinnäytetyön tutkimustulokset eivät ole yleistettäviä, mutta samankaltaisia tuloksia löytyi aiempiin tutkimustuloksiin verrattuna. Tutkimus on toistettavissa, mutta samankaltainen tutkimus eri osallistujajoukolla voi tuottaa hyvinkin erilaisia tai samanlaisia tuloksia ihmisten yksilöllisyyden takia. Tosin tutkimuksen aineisto kyllääntyi eli tutkimuskysymysten kannalta ei aineistosta noussut enää uutta tietoa (Tuomi & Sarajärvi 2018). Opinnäytetyön tekijät pyrkivät olemaan koko tutkimusprosessin ajan tietoisia omista lähtökohdistaan, mikä lisää tutkimuksen reflektiivisyyttä.

9 POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli etsiä eri vuorovaikutuksen keinoja, joita hoitajat käyttävät elintapaohjauksessa. Tutkimustulosten pohjalta pystyttiin vastaamaan esitettyihin tutkimuskysymyksiin. Opinnäytetyön tutkimukseen osallistuneet hoitajat olivat osallistuneet ”Elintapaohjauksen ammattilaiseksi” -täydennyskoulutukseen, jossa he olivat opetelleet parantavan vuorovaikutuksen menetelmää. Tutkimusaineistosta löytyi parantavan vuorovaikutukseen kuuluvia työkaluja, kuten avoimia kysymyksiä, asiakkaan haastamista sekä kaksi merkityskeskustelua. Lisäksi hoitajat käyttivät elintapaohjauksessa muita asiakaslähtöisiä vuorovaikutuksen keinoja, kuten empaattisuutta ja tilan antamista. Vaikka tutkimukseen osallistuneet hoitajat käyttivät asiakaslähtöisiä vuorovaikutuksen keinoja, eivät ne olleet täysin vakiintuneet ohjausmenetelmäksi, sillä aineistosta havaittiin paljon ei-asiakaslähtöisiä keinoja.

Tutkimusaineiston perusteella asiakaslähtöisiä vuorovaikutuksen keinoja ilmeni hoitajien puheessa vähemmän kuin ei-asiakaslähtöisiä. Yksi vastaanotto oli täysin asiakaslähtöinen ja yksi täysin ei-asiakaslähtöinen. Lopuissa (91%) vastaanotoissa hoitajat käyttivät sekä asiakaslähtöisiä että ei-asiakaslähtöisiä vuorovaikutuksen keinoja. Lähes kaikki asiakkaat olivat tyytyväisiä vastaanoton kulkuun, mutta vain puolet ilmaisivat mutosaikeita haastatteluissa ja motivaatio vaikutti ulkoiselta. Muutospuhetta saivat aikaan sekä asiakaslähtöiset että ei-asiakaslähtöiset keinot.

Aikaisemmissa tutkimuksissa terveysalan ammattilaiset ovat ilmaisseet elintapaohjauksessa käyttämänsä vuorovaikutuksen keinot riittämättöminä hyvien hoitotulosten saavuttamiseen (Absetz & Hankonen 2011). Opinnäytetyön tutkimusaineistokin viittaa siihen, että ainakin asiakaslähtöisten vuorovaikutuskeinojen käyttö oli jokseenkin vielä hankalaa. Hoitajat pyrkivät aloittamaan ohjauksensa asiakaslähtöisesti, mutta asiakaslähtöisyys ei jatkunut hoitajan ja asiakkaan välisessä vuorovaikutuksessa vastaanoton loppuun asti. Samankaltaisiin tuloksiin päätyivät Yun ja Choi (2019) asiakaslähtöisyyttä tutkivassa kirjallisuuskatsauksessaan. Tulosten mukaan muutosta edistävässä hoitotyössä kannatetaan asiakaslähtöisyyttä, mutta se ei ole täysin vakiintunut osaksi hoitajien työskentelytapaa (Yun & Choi 2019).

Puolet opinnäytetyön aineiston vastaanotoista alkoi hoitajan esittämällä, asiakkaan yleistä vointia tiedustelevalla, avoimella kysymyksellä. Tutkimusaineiston perusteella on mahdotonta tietää, kysyivätkö hoitajat asiakkaan voinnista vastaanoton alussa pelkästä

kohteliaisuudesta ja luontevana aloituksena, vai oliko sillä syvempi merkitys. Tutkimusaineistosta huomattiin, että asiakkaat kokivat tärkeäksi päästä keskustelemaan heidän mieltään askarruttavista asioista. Jos asiakas ei päässyt puhumaan näistä heti vastaanoton alussa, hän toi ne esiin myöhemmin vastaanoton aikana ja useamman kerran. Aikaisemmissa tutkimuksissa on tehty samankaltaisia huomioita siitä, että asiakkaan huolista ja voinnista kysyminen heti vastaanoton alussa vähentää päälle puhumista ja keskeyttämistä vastaanoton myöhemmissä vaiheissa (Pyörälä & Hietanen 2011).

Aineiston perusteella vaikutti siltä, että hoitaja sai avointen kysymysten avulla asiakkaan pohtimaan terveyttään, jos asiakas oli luonnostaan puhelias. Osa asiakkaista oli hiljaisempia, jolloin hoitaja joutui käyttämään tarkentavia ja johdatteluvampia kysymyksiä, ja osa asiakkaista puhui taas niin paljon, että hoitaja joutui ottamaan johtavamman roolin vuorovaikutuksessa. Vastaavanlaisia päätelmiä osoittaa Järvinen (2014) artikkelissaan, jossa hän korostaa avointen kysymysten tärkeyttä, mutta toteaa, että joidenkin asiakkaiden kohdalla ammattilaisen on otettava aktiivisempi rooli ohjaamisessa.

Opinnäytetyön aineistossa on nähtävissä paljon tilanteita, joissa asiakas puhuu elämänsä maailmastaan sekä itselleen merkityksellisistä asioista joko oma-aloitteisesti tai vastauksena hoitajan kysymykseen. Köhlerin (2019) toteuttama tutkimus osoitti, että asiakkaan merkitysten huomioiminen on hoitotulosten kannalta hyödyllistä. Opinnäytetyön aineistosta merkityskeskustelun vaikutusta hoitotuloksiin ei pystytä selvittämään. Köhlerin (2019) tutkimuksessa merkityskeskusteluun päästiin, kun asiakkaalle esitettiin jatkokysymys tämän esiin tuomalle merkityspuheelle. Jatkokysymys herätteli asiakkaan tekemään pohdintoja ja oivalluksia mahdollisuuksistaan omahoitoon (Köhler 2019). Opinnäytetyön tuloksista ilmenee, että kahta tapausta lukuun ottamatta hoitajat eivät esittäneet merkityskeskusteluun ohjaavaa jatkokysymystä, vaan sivuuttivat merkityspuheen kokonaan tai jäivät kuuntelemaan empaattisesti. Näissä tilanteissa ei ollut nähtävissä asiakkaan syvällisempää pohdintaa tai oivaltamisen hetkiä. Sama ilmiö oli nähtävissä myös Poskiparran ym. (2006) toteuttamassa tutkimuksessa, jonka tulosten mukaan terveysalan ammattilaiset harvoin tarttuivat asiakkaiden puheessa esille tuomiin merkityksiin, jotka vaikuttivat heidän terveyskäyttämiseensä (Poskiparta ym. 2006).

Opinnäytetyön tutkimustulosten mukaan suurin osa hoitajista antoi asiakkaalle tilaa puhua tämän elämänsä maailmasta sekä siihen mahdollisesti liittyvistä murheista, vaikka ne eivät varsinaisesti liittyneet elintapoihin. Murheista puhuminen alkoi usein vasta asiakkaan itse tuodessa ne ilmi ja loppui vasta, kun asiakas itse vaihtoi puheenaihetta. Hoitaja osoitti empaattisuutta ja kuunteli asiakasta, mutta ei ohjannut asiakasta pohtimaan

elämismaailman merkitystä omaan terveyteen ja hyvinvointiin. Köhlerin (2019) tekemässä tutkimuksessa todettiin terveysalan ammattilaisen osoittaman empatian sekä tilan antamisen lisäävän asiakkaassa muun muassa luottamusta ja jaksamista. Opinnäytetyön tutkimusaineistosta hoitajan ja asiakkaan välisestä vuorovaikutuksesta ei pysty näkemään, miten empaattisuus vaikuttaa asiakkaiden elintapamuutokseen, mutta haastatteluosuudessa asiakkaat toivat ilmi tyytyväisyyttä sekä helpotusta omaan oloon. Köhler (2019) toteaa tutkimuksensa tuloksissa, että empaattisuus ja kuunteleminen eivät yksistään riitä ohjaamaan asiakasta elintapamuutosta edistävään pohdintaan ja oivaltamiseen. Opinnäytetyön tutkimuksen tulokset ovat yhteneviä Köhlerin (2019) tulosten kanssa, sillä pohdintoja tai oivalluksia ei hoitajan empaattisuuden ja kuuntelemisen seurauksena syntynyt.

Tuoreessa tutkimuksessa saatiin hyviä tuloksia, kun asiakas haastettiin kysymysten avulla pohtimaan itse terveydentilaansa sekä omia mahdollisuuksiaan vaikuttaa siihen. Asiakasta haastamalla saatiin aikaan merkityskeskustelu, jolloin asiakas reflektoi kuulemaansa ja oivalsi muutoksen merkityksen itselle. (Köhler 2019.) Opinnäytetyön tutkimustulosten mukaan puolet hoitajista käytti elintapaohjauksessa asiakkaan haastamista yhtenä vuorovaikutuksen keinona. Suurimmalla osalla näistä asiakkaista syntyi pohdintaa omista elintavoista. Köhlerin (2019) tutkimuksesta poiketen, vain kahdessa tapauksessa asiakkaan haastaminen johti merkityskeskusteluun opinnäytetyön tutkimustulosten perusteella. Molempien merkityskeskusteluiden ansiosta asiakas oivalsi, mitä juuri hänen on mahdollista muuttaa omissa elintavoissa. Opinnäytetyön tutkimusaineiston perusteella on mahdotonta tietää, lisäsikö pohdinta ja oivallus asiakkaan elintapojen omahoitoa. Aikaisempien tutkimusten mukaan asiakkaan merkityksien huomioiminen näyttää olevan hyödyllistä elintapamuutoksen onnistumisen kannalta (Köhler 2019). Myös opinnäytetyön tutkimusaineistosta on havaittavissa, että asiakkaan elämismaailman ja merkityksien huomioiminen on verensokeriarvojen läpikäymistä hyödyllisempi keino saada asiakas pohtimaan elintapamuutosta.

On edelleen havaittavissa, että terveysalan ammattilaiset voivat vastaanottotilanteessa hetkellisesti unohtaa asiakkaan kokonaisvaltaisen hoidon ja keskittyä puhumaan sairauksien parantamisesta ammattisanastolla, jota asiakkaan voi olla vaikea ymmärtää (Kaisanlahti 2011). Vastaavanlaisia päätelmiä saatiin opinnäytetyön aineistosta. Osa hoitajista keskittyi verensokeriarvojen hoitamiseen asiakkaiden sijaan. Aineistosta päätellen asiakkaiden motivaatio voisi olla parempi, jos keskityttäisiin asiakkaan kokonaisvaltaiseen hoitoon ja hyvinvointiin laboratorioarvojen ja painon seurannan sijaan. Harva

asiakas motivoituu elintapamuutokseen verensokereiden korjaantumisen toivossa, kuten Absetz & Hankonen (2017) toteavat tutkimuksessaan. Myös opinnäytetyön tutkimusaineistossa asiakkaat vaikuttivat motivoituneemmilta, kun muutos elintapoihin tulisi vaikuttamaan positiivisesti elämänlaatuun eikä ainoastaan verensokereihin tai painoon.

Motivaation tärkeydestä elintapamuutoksen onnistumiseen on tehty paljon tutkimuksia ja motivoinnin on todettu lisäävän elintapaohjauksen vaikuttavuutta (Absetz & Hankonen 2017). Opinnäytetyön tutkimusaineiston perusteella hoitajat eivät näyttäneet tietoisesti motivoivan asiakasta, mutta motivoinnin eri menetelmiä, kuten avoimia kysymyksiä ja aktiivista kuuntelua, hoitajat käyttivät. Lisäksi hoitajat kannustivat ja korostivat positiivisia onnistumisia, mikä on saattanut lisätä asiakkaiden motivaatiota.

Aiemmassa tutkimuksessa on huomattu, että asiakkailla on usein hankala omaksua sairauden vaatimat elintapamuutokset osaksi omaa elämää. Nämä asiakkaat pitivät tärkeänä hoitajilta saamia ohjeita muutoksen tueksi. (Wermeling ym. 2014.) Opinnäytetyön tutkimuksen pohjalta voidaan osoittaa yhteneviä päätelmiä. Asiakkaat osoittivat tarvetta hoitajan antamille neuvoille esittämällä paljon kysymyksiä, ja ilmaisivat tyytyväisyyttä ohjeita saatuaan. Toisaalta Kosklin (2013) ja Kivelä ym. (2014) toteavat, että hoitajan antamat suorat ohjeet eivät edistä elintapamuutosta, sillä ohjeita ei ole määritelty yksilöllisesti asiakkaan tarpeiden ja itsemääräämisen kautta.

Päätelmät opinnäytetyön aineistosta ovat yhteneviä Köhlerin (2019) tutkimuksen kanssa siitä, että asiakkaiden tyytyväisyys ei suoraan osoita vastaanoton olleen asiakaslähtöinen ja muutoksen kannalta vaikuttava. Opinnäytetyön haastatteluosuudessa lähes kaikki asiakkaat ilmaisivat tyytyväisyyttä, vaikka suurin osa vastaanotoilla käydystä vuorovaikutuksesta oli ei-asiakaslähtöistä. Myös Hankonen (2011) kuvaa tutkimuksessaan, ettei pelkkä asiakkaan tyytyväisyys edistä elintapamuutoksen onnistumista. Opinnäytetyön aineistosta ei voida suoraan päätellä lähtikö asiakas toteuttamaan elintapamuutosta, mutta haastatteluissa ilmenneen muutospuheen voidaan ajatella ennustavan elintapamuutosta. Tämän pohjalta Hankosen (2011) päätelmä on yhtenevä opinnäytetyön aineiston kanssa, sillä vaikka asiakkaat olivat pääosin tyytyväisiä, vain puolet tuotti muutospuhetta.

Pietilä ym. (2011) tutkimuksesta selvisi, että diabeteshoitajat kritisoivat elintapaohjaukseen käytettävän ajan rajallisuutta ja kaipaisivat yhtenäistä ohjausmallia. Opinnäytetyön aineistosta tehtiin samankaltaisia päätelmiä vastaanottoajan rajallisuudesta, joka näkyi hoitajien kiirehtimisenä. Hoitajilla näytti olevan käytössään yhtenäinen ohjausrunko,

jonka mukaan vastaanotto eteni ja keskusteluaiheet jäivät usein kesken, kun hoitajalla oli kiire jatkaa seuraavaan aiheeseen. Pietilä ym. (2011) toteaa tutkimuksessaan, että hoitajat toivovat yhtenäistä ohjausrunkoa asiakaslähtöisen vuorovaikutuksen tueksi, mutta opinnäytetyön aineiston mukaan ohjausrungon tarkka noudattaminen kuitenkin näytti vähentävän asiakkaan elämismaailman huomioimista. Köhler (2019) painottaa tutkimuksessaan, että lyhyessäkin ajassa asiakkaan asenteisiin ja voimaantumiseen voidaan vaikuttaa elämismaailman merkitysten huomioimisella. Köhlerin (2019) tutkimuksen tavoin opinnäytetyön aineisto herätti pohdintaa siitä, onko tärkeämpää käyttää aikaa asiakaslähtöiseen vuorovaikutukseen, jolla saadaan asiakas pohtimaan omaa terveyttään ja oivaltamaan muutoksen merkitys itselleen kuin laboratorioarvojen läpikäyntiin ja elintapojen kartoitukseen. Myös Poskiparta ym. (2006) toteaa tutkimuksessaan terveysalan ammattilaisten käyttävän liian vähän aikaa elintapamuutosta edistävään vuorovaikutukseen.

9.1 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Tietoa erilaisista elintapaohjausinterventioista, vuorovaikutuksen keinoista sekä motiivoinnista löytyy paljon kirjallisuudesta, artikkeleista ja internetistä. Vaikka hoitajat kokevat keinonsa riittämättöminä vaikuttavaan ja tulokselliseen elintapaohjaukseen (Liira & Hietanen 2019), aktiivinen etsijä löytää tietoa sitä halutessaan. Hoitajien tulisi rohkeasti kokeilla uusia malleja ja menetelmiä antamansa elintapaohjauksen tueksi ja ymmärtää, että niiden käyttöönotto vaatii harjoittelua, kuten mikä tahansa uusi hoitokäytäntö.

Elintapaohjauksen tueksi suositellaan useita erilaisia menetelmiä, joissa vuorovaikutuksen keinot eroavat toisistaan vain vähän. Hoitajien voi olla hyvin vaikeaa hahmottaa, mitä vuorovaikutuksen keinoja käyttäisi omassa ohjauksessa, sillä positiivisia tuloksia on saatu hyvin monesta menetelmästä. Hoitajan vastuulle jää päätelmien tekeminen siitä, mikä vuorovaikutuksen keinoista on omasta mielestä vaikuttavin ja tuloksellisin. Tämä opinnäytetyö herätti pohdintaa, pystyisikö erilaisista hyväksi todetuista menetelmistä poimia yhteneviä keinoja yksinkertaiseksi malliksi, jota olisi mahdollista soveltaa terveydenhuollon kaikkiin tilanteisiin.

Tässä opinnäytetyössä haettiin asiakaslähtöisiä vuorovaikutuksen keinoja ja korostettiin niiden tärkeyttä. Ei voida kuitenkaan todeta, että ei-asiakaslähtöiset keinot olisivat aina huonompia. Tutkimusaineistosta on nähtävillä, että joidenkin asiakkaiden kohdalla ei-asiakaslähtöiset keinot toimivat paremmin. Opinnäytetyön tutkimusaineistosta nousi

hyvin esiin asiakkaiden yksilöllisyys ja erilaisuus. Hoitajan tulisi kohdata asiakkaat yksilöinä ja tunnistaa tilanteet, joissa asiakas ei kykene tai halua itse pohtia ratkaisuja, vaan tarvitsee hoitajan aktiivisempaa ohjausta. Tällaisten asiakkaiden tunnistaminen voi olla hyvinkin hankalaa. Jos asiakkaalla on valmiudet omaan pohdintaan, mutta silti odottaa suoria ohjeita ja neuvoja, toimivat asiakaslähtöiset keinot oletettavasti hänen kohdallansa paremmin viitaten aikaisempiin tutkimuksiin (Järvinen 2014; Köhler 2019).

Opinnäytetyön tavoitteena oli lisätä ymmärrystä niistä vuorovaikutuksen keinoista, jotka vaikuttivat asiakkaan motivaatioon ja saivat aikaan muutospuhetta. Tutkimustulosten pohjalta opinnäytetyön tavoite täyttyi osittain, sillä ymmärrys eri vuorovaikutuksen keinoista lisääntyi ja muutospuhetta ilmeni, mutta aineiston perusteella oli vaikea tietää, olivatko asiakkaat oikeasti motivoituneita elintapamuutokseen. Asiakkaiden tuottamasta muutospuheesta voitiin päätellä motivaation ainakin hetkellisesti heränneen, vaikka asiakkaiden sanavalinnat viittasivat ulkoiseen motivaatioon.

Tämän opinnäytetyön tutkimustuloksia voidaan käyttää elintapaohjauksen kehittämisessä ja jalostamisessa. Tutkimusaineistoa voidaan hyödyntää jatkotutkimuksissa, joissa selvitetään vuorovaikutuksen keinojen vaikuttavuutta elintapamuutoksen onnistumiseen pidemmällä aikavälillä. Elintapaohjauksesta on tehty aikaisemmin paljon tutkimuksia, jotka ovat keskittyneet pääsääntöisesti vain asiakkaan kokemukseen. Usein tämänkaltaisista tutkimuksista saadut tulokset antavat elintapaohjauksen vaikuttavuudesta yksipuoleisen ja suppean kuvan. (Köhler ym. 2017.) Tämän opinnäytetyön kaltaisia tutkimuksia, jossa tutkitaan hoitajan käyttämiä vuorovaikutuksen keinoja, tulisi tehdä lisää. Tämän opinnäytetyön tutkimustuloksia voivat hyödyntää elintapaohjausta antavat sosiaali- ja terveysalan ammattilaiset sekä alan opiskelijat.

LÄHTEET

Absetz, P & Hankonen, N. 2017. Miten auttaa potilaita omaksumaan ja ylläpitämään terveellisiä elämäntapoja? Duodecim. Vol. 133, No 10, 1015-1021. Viitattu 12.9.2019. <https://www.duodecimlehti.fi/duo13734>.

Absetz, P. & Hankonen, N. 2011. Elämäntapamuutoksen tukeminen terveydenhuollossa: vaikuttavuus ja keinot. Duodecim. Vol. 127, No 21, 2265-2272. Viitattu 12.9.2019. <https://www.duodecim-lehti.fi/lehti/2011/21/duo99873>.

Bennet, H.; Coleman, E.; Parry, C.; Bodenheimer, T. & Chen, E. 2010. Health Coaching for Patients. Family Practice Management. Vol. September/October, 24-29.

Dyslipidemat. Käypä hoito -suositus. 2017. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Sisätautilääkärien Yhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 26.10.2019 <https://www.kaypahoito.fi/hoi50025>.

Elo, S. & Kyngäs, H. 2007. The Qualitative Content Analysis Process. Journal of Advanced Nursing. Vol. 62, No 1, 107-115.

Eloranta, S.; Katajisto, J. & Leino-Kilpi, H. 2014. Toteutuuko potilaslähtöinen ohjaus hoitotyöntekijöiden näkökulmasta? Hoitotiede. Vol. 26, No 1, 63-73.

Hankonen, N. 2011. Psychosocial Processes of Health Behaviour Change in a Lifestyle Intervention. THL –research. Vol. 51, 1-123.

Hardcastle, S.; Taylor, A.; Bailey, M.; Harley, R. & Hagger, M. 2013. Effectiveness of a Motivational Interviewing Intervention on Weight Loss, Physical Activity and Cardiovascular Disease Risk Factors: A Randomised Controlled Trial With a 12-month Post-intervention Follow-up. International Journal of Behavioral Nutrition and Physical Activity. Vol 10, No 40, 1-16.

Health Innovation Network South London. 2016. What is Person-centred Care and Why Is It Important? Viitattu 25.10.2019 https://healthinnovationnetwork.com/system/ckeditor_assets/attachments/41/what_is_person-centred_care_and_why_is_it_important.pdf.

Hirsijärvi, S. & Hurme, H. 2015. Tutkimushaastattelu: Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Gaudeamus.

Järvinen, M. 2014. Motivoiva haastattelu. Käypähoito -suositus. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Viitattu 18.10.2019 <https://www.kaypahoito.fi/nix02109>.

Järvinen, S. 2017. Ohjauksen kirjaaminen. Tyypin 2 diabetespotilaiden omahoito ja osaaminen potilasasiakirjoissa. Väitöskirja. Liikuntatieteellinen tiedekunta. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Kaisanlahti, A. 2011. Elintapaohjaus ontuu. Diabetesliitto. Diabetes ja Lääkäri. Vol. 40, No 2, 34-36. Viitattu 25.10.2019 https://www.diabetes.fi/files/1540/DjaL_2_2011_netti.pdf.

Kivelä, K.; Elo, S.; Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2014. Terveysvalmennuksen vaikutukset aikuisten pitkäaikaissairaiden hyvinvointiin: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Hoitotiede. Vol. 26, No 4, 262-274.

Knittle, K.; Gucht, V.; Mejino, A.; Hurkmans, E.; Vlieland, T. & Maes, S. 2014. Are Aspects of a Motivational Interview Related to Subsequent Changes in Physical Activity and Regulatory Style? Motivational Interviewing: Training, Research, Implementation, Practice. Vol. 1, No 3, 42-47.

- Kohonnut verenpaine. Käypä hoito -suositus. 2014. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Verenpaineyhdistys ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 26.10.2019 <https://www.kaypahoito.fi/hoi04010>.
- Kosklin, R. 2013. Potilaslähtöisen tiedon käyttö terveydenhuollon johtamisessa. Teoksessa W. Gröndahl & H. Leino-Kilpi (toim.) Potilaslähtöinen hoidonlaatu - näkökulmia arviointiin. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, Tutkimuksia ja raportteja A67. Turku: Turun yliopisto, 20-33.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2012. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede. Vol. 11, No 1, 3-12.
- Köhler, H. 2019. Hoitava viestintä. Lääkärin vaikuttava viestintä potilaskohtamisessa. Väitöskirja. Valtiotieteellinen tiedekunta. Viestinnän oppiaine. Helsinki: Helsingin yliopisto.
- Köhler, H.; Mattila, V.; Vuorinen, V. & Rautava, P. 2018. Kahden kysymyksen menetelmä lääkärin viestinnässä. Lääkärilehti. Vol. 37, 29-35.
- Köhler, H.; Rautava, P. & Vuorinen, V. 2017. Hoitava viestintä -lääkärin ja potilaan keskinäisviestinnän vaikuttavuus. Duodecim. Vol 133, 735-741.
- Lihavuus (aikuiset). Käypä hoito -suositus. 2013. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin ja Suomen Lihavuustutkijat ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 26.10.2019 <https://www.kaypahoito.fi/hoi24010?tab=lisatietoa>.
- Liira, H. & Hietanen, P. 2019. Potilaiden osallistaminen etenee, mutta hitaasti. Lääkärilehti. Vol 74, No 1-2, 7.
- Lindahl, A.; Patja, K. & Keski-Rahkonen, A. 2019. Terveysvalmennus lääkärin työkaluna. Lääkärilehti Vol. 74, No 23, 1498-1502.
- Linden, A.; Butterworth, S. & Prochaska, J. 2010. Motivational Interviewing-based Health Coaching As a Chronic Care Intervention. Journal of Evaluation in Clinical Practice. Vol 16, 166-174.
- Marttila, J. 2010. Muutosvalmius. Käypä hoito -suositus. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 27.10.2019 <https://www.kaypahoito.fi/nix01668>.
- Mönkkönen, K.; Kekoni, T & Pehkonen, A. 2019. Moniammatillinen yhteistyö. Vaikuttava vuorovaikutus sosiaali- ja terveysalalla. Gaudeamus. Tallinna: Printon Trukikoda.
- Oksanen, J. 2014. Motivointi työvälineenä. Juva: Bookwell Oy.
- Pietilä, A-M.; Asikainen, J. & Halkoaho, A. 2011. Hoitajien näkemyksiä diabeetikon hoitopolusta: Varhainen puuttuminen ei ole helppoa. Diabetesliitto. Diabetes ja Lääkäri. Vol. 40, No 2, 37-40. Viitattu 26.10.2019 https://www.diabetes.fi/files/1540/DjaL_2_2011_netti.pdf.
- Poochikian-Sarkissian, S.; Sidani, S.; Ferguson-Pare, M & Doran, D. 2010. Examining the Relationship Between Patient-centred Care and Outcomes. Canadian Journal of Neuroscience Nursing. Vol. 32, No 4, 14-21.
- Poskiparta, M.; Kasila, K. & Kiuru, P. 2006. Dietary and Physical Activity Counselling of Type 2 Diabetes and Impaired Glucose Tolerance By Physicians And Nurses in Primary Healthcare in Finland. Scandinavian Journal of Primary Health Care. Vol. 24, 206-210.
- Pyörälä, E. & Hietanen, P. 2011. Vuorovaikutustaidot osana lääkärin ammatillista kehittymistä. Suomen lääkäri-lehti. Vol. 66, No 6, 469-473.
- Routasalo, P.; Araksinen, M.; Mäntyranta, T. & Pitkälä, K. 2009. Potilaan omahoidon tukeminen. Duodecim. Vol. 125, No 21, 2351-2359. Viitattu 17.9.2019. <https://www.duodecim-lehti.fi/lehti/2009/21/duo98401>.

Routasalo, P.; Araksinen, M.; Mäntyranta, T. & Pitkälä, K. 2009. Potilaan omahoidon tukeminen. *Duodecim*. Vol. 125, No 21, 2351-2359. Viitattu 17.9.2019. <https://www.duodecim-lehti.fi/lehti/2009/21/duo98401>.

Sairaanhoitajaliitto. 1996. Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. Viitattu 4.11.2019. <https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>.

Salmela, S. 2012. Elintapaohjauksen lähtökohtia korkeassa diabetesriskissä olevilla henkilöillä Tyypin 2 diabeteksen ehkäisyn toimeenpanohankkeessa (D2D). Elintapaohjaus ennen D2D-hanketta, koettu ohjaustarve ja sovitut interventiomuodot. Väitöskirja. Liikuntatieteellinen tiedekunta. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto.

Sherifali, D.; Viscardi, V.; Bai, J-W. & Ali, R. 2016. Evaluating the effect of a diabetes health coach in individuals with type 2 diabetes. *Canadian Journal of Diabetes*. Vol. 40, 84-94.

STM. 2011. Sosiaalisesti kestävä Suomi 2020. Sosiaali- ja terveystieteiden strategia. Helsinki: Sosiaali ja terveysministeriö. Viitattu 24.10.2019 <http://julkaisut.valtioneuvosto.fi/bitstream/handle/10024/73418/URN%3ANBN%3Afi-fe201504223250.pdf?sequence>.

Suhonen, R. & Stolt, M. 2013. Potilaslähtöisen laadun arvioinnin strategiset lähestymistavat. Teoksessa W. Gröndahl & H. Leino-Kilpi (toim.) Potilaslähtöinen hoidonlaatu - näkökulmia arviointiin. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, Tutkimuksia ja raportteja A67. Turku: Turun yliopisto, 3-19.

The American Geriatrics Society Expert Panel on Person-Centered Care. 2016. Person Centered Care: A Definition And Essential Elements. *Journal of American Geriatrics Society*. Vol. 64, 15-18.

THL. 2019. Elintavat. Viitattu 24.10.2019 <https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/elintavat>.

Tuomi, T. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Uudistettu laitos. Helsinki: Tammi.

Tuorila, H. 2013. Potilaan voimaantuminen ei horjuta vaan tukee asiantuntijuutta. *Duodecim*. Vol 129, 666-671.

Tutkimustieteellinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Viitattu 16.10.2019 https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf.

Tyypin 2 diabetes. Käypä hoito -suositus. 2018. Suomalaisen Lääkäriseura Duodecimin, Suomen Sisätautilääkäreiden yhdistyksen ja Diabetesliiton Lääkärineuvoston asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 26.10.2019 <https://www.kaypahoito.fi/hoi50056>.

UKK-instituutti. 2018. Elintapaohjauksen hyvät käytännöt. Terveysliikuntautiset 2018. Tampere: PK-paino.

Vaismoradi, M.; Turunen, H. & Bondas, T. 2013. Content Analysis And Thematic Analysis: Implications for Conducting a Qualitative Descriptive Study. *Nursing and Health Sciences*. Vol. 15, 398-405.

Wermeling, M.; Thiele-Manjali, U.; Koschack, J.; Lucius-Hoene, G. & Himmel, W. 2014. Type 2 Diabetes Patients' Perspectives on Lifestyle Counselling And Weight Management in General Practice: Qualitative study. *BMC Family Practice*. Vol. 15, No 97, 1-7.

WHO 2018. Diabetes, Key facts. World Health Organization. Viitattu 26.10.2019 <https://www.who.int/news-room/fact-sheets/detail/diabetes>.

Yun, D. & Choi, J. 2019. Person-centered rehabilitation care and outcomes: A systematic literature review. *International journal of nursing studies*. Vol. 93, 74.

”Elintapaohjauksen ammattilaiseksi” – koulutuksen infolomake



ELINTAPOHJAUKSEN AMMATTILAISEKSI

VESOTE – Vaikuttavaa elintapaohjausta sosiaali- ja terveydenhuoltoon poikkihallinnollisesti -hanke on yksi STM:n rahoittamista Edistetään terveyttä ja hyvinvointia sekä vähennetään eriarvoisuutta -kärkihankkeista (2017–18). Hankkeessa on mukana 10 sairaanhoitopiiriä sekä Kunnossa kaiken ikää -ohjelma, Suomen Diabetesliitto ry, Mielenterveyden keskusliitto sekä Helsingin Uniklinikka -VitalMed Tutkimuskeskus.

UKK-instituutin koordinoimassa hankkeessa vahvistetaan ja kehitetään sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön antamaa vaikuttavaa ja tavoitteellista elintapaohjausta. Painopistealueina ovat liikunta, ravitsemus ja uni.

VSSHP on yhdessä UKK-instituutin kanssa kehittänyt koulutuskokonaisuuden (kesto 50h), jonka tavoitteena on syventää sosiaali- ja terveydenhuollon henkilökunnan elintapaohjauksen osaamista. Koulutuksessa opit hyödyntämään parantavan vuorovaikutuksen menetelmää asiakkaan tukemisessa.

Koulutus on maksuton ja siitä saa UKK-instituutin myöntämän todistuksen.

Koulutuskokonaisuuteen voivat osallistua VSSHP:n alueelta kaikki sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaiset, jotka antavat työssään elintapaohjausta varsinkin ylipainoisille diabeetikoille.

Koulutuksen tavoitteet:

1. tietää väestön terveydentilan ja terveyden taustatekijöiden vaikutuksen terveyskäyttäytymiseen
2. hallitsee diabeetikoille suositellun ravitsemuksen ja liikunnan periaatteet
3. oppii tunnistamaan potilaan yksilölliset terveyden edistämisen tarpeet
4. oppii tukemaan potilaan terveyttä edistäviä valintoja
5. osaa hyödyntää elintapaohjauksessa lääkkeettömiä unen hoidon menetelmiä
6. oppii valitsemaan ja käyttämään tilanteeseen sopivia näyttöön perustuvia menetelmiä
7. osaa tuottaa potilaslähtöistä laadukasta kirjallista/sähköistä materiaalia
8. verkostoituu muiden toimijoiden kanssa

Koulutuksen käyneet muodostavat Varsinais-Suomen alueelle elintapaohjauksen verkoston, jonka tehtävänä on juurruttaa vaikuttava elintapaohjaus omien yksiköidensä toimintatavaksi.

Elintapaohjauksen koulutuksen vaikuttavuutta asiakastyöhön arvioidaan hankkeen aikana.

Koulutus toteutetaan pääosin **verkko-opintoina**.

Koulutus alkaa lähipäivällä **30.10.17** klo. 12–16 Koulutukseen orientaation ja parantavan vuorovaikutuksen osuudella.

Muut lähipäivät **ovat 6.11.17** (liikunta), **13.12.17** (ravitsemus), **17.1.18** (uni) ja **1.2.18** (koulutuksen päätös) klo.12–16

Paikka: **TYKS T-Sairaala Johan Haartman -sali (huom. 6.11. Risto Lahesmaa -sali)**

Linkki ilmoittautumiseen: [Elintapaohjauksen ammattilaiseksi](#) Ilmoittautua voi 3.10.17 asti.

Koulutuksen ja ilmoittautumisen löydät myös VSSHP:n koulutuskalenterista

<http://www.vsshp.fi/fi/ammattilaisille/taydennyskoulutus>

Lisätietoja:

Hankesuunnittelija Linda Dalbom puh. 050 355 2978
linda.dalbom@tyks.fi



Haastattelurunko

1. Miltä vastaanotto tuntui?
2. Mitä asioita tai ohjeita jäi mieleen?
3. Jäikö jotain epäselväksi?
4. Miltä oma vointi tuntuu nyt? Minkälainen olo oli vastaanotolle tullessa?
5. Syntyikö sinulle joitain oivalluksia vastaanotolla?
6. Mitä tapahtuu seuraavaksi? Miten hoidat sairautta/vaivaa/terveyttä?
7. Jäikö jotain sanomatta?

Infolomake

VARSINAIS-SUOMEN SAIRAANHOITOPIIRI EGENTLIGA FINLANDS SJUKVÅRDSDISTRIKT

Arvoisa asiakkaamme,

Diabeteksen hoitoyksikössänne on otettu rutiinikäyttöön uusi toimintamalli diabeteksen hoitoon ja omahoitoon liittyvässä elintapaneuvonnassa. Kakkostyyppin diabeteksessä omahoidon ja elintapojen merkitys hyvälle hoitovasteelle on ensiarvoisen tärkeää ja siksi myös hoitohenkilökunnan elintapaneuvonnan tulisi olla mahdollisimman hyvää ja vaikuttavaa.

Jotta tiedetään, onko uusi käyttöön otettu neuvontamalli vaikuttava, pyydämme lupaa seurata vastaanottokäyntiänne (yleensä ensimmäinen ja toinen neuvontakäynti diagnoosin jälkeen).

Seuranta tapahtuu niin, että terveydenhoitajaopiskelija seuraa vastaanottotapahtumaa istuen huoneessa ja äänittäen käydyn keskustelun myöhempää analysointia varten.

Vastaanoton jälkeen hän lyhyesti haastattelee Teitä, haastattelun kesto on noin 5-10 min.

Hoitotasapainoa ja omahoitoa seurataan lisäksi potilaskertomukseen tallennetuista diabeteksen hoitotiedoista.

Lisäksi lähetämme Teille kotiin vastattavaksi lyhyen omahoitoa koskevan kyselyn noin 6 ja 12 kk kuluttua ensimmäisestä neuvontavastaanotosta.

Terveydenhoitajaopiskelijat käyttävät aineistoa koulutukseensa kuuluvan opinnäytetyön tekemiseen ja tutkimusryhmä yhdessä julkaisee tulokset niin, että uusi käytäntö voidaan ottaa käyttöön laajemmin koko Suomessa, jos se osoittautuu vaikuttavaksi. Kunnassanne uusia kakkostyyppin diabeetikkoja (tai raskausdiabeetikkoja) tulee suhteellisen vähän vuodessa, siksi osallistumisenne on meille tärkeä. Voitte kuitenkin keskeyttää tutkimuksen milloin vain halutessanne.

Tutkimukseen osallistuminen ei vaikuta hoitoon pääsyynne tai hoitoonne millään tavalla, uusi toimintamalli on yksikössänne käytössä joka tapauksessa. Tällä tutkimuksella selvitetään vain sen vaikuttavuutta.

Yhteistyöstänne kiittäen

Päivi Rautava
Ehkäisevän terveyden-
huollon professori

Elina Lindberg
Terveydenhoidon
opettaja

Sara Niemelä
TH opiskelija

Nella Rautava
TH opiskelija

Suostumuslomake

Suostumus osallistumisesta vastaanottotilannetta havainnoivaan tutkimukseen Turun yliopistollisessa keskussairaalassa tai Naantalın, Paraisten, Pöytyän, Uusikaupungin, Loimaan ja Sote-Akselin kaupungeissa/kunnissa

Turun yliopistollisessa keskussairaalassa ja Naantalın, Paraisten, Pöytyän, Uudenkaupungin, Loimaan ja Sote-Akselin kaupungeissa/kunnissa järjestetään diabeteshoitajan vastaanottotilanteita koskeva tutkimus, jossa huomioidaan hoitajan ja potilaan vuorovaikutusta. Tutkimuksen tuloksia hyödynnetään potilastyön kehittämisessä. Tutkimus on osa ammattikorkeakoulussa tehtävää opinnäytetyötä.

Annan suostumukseni oman vastaanottokäyntini havainnointiin seuraavasti:

- Vastaanotolla on mukana ulkopuolinen tarkkailija
- Hoitajan ja potilaan keskustelu tallennetaan äänitteelle
- Vastaanoton jälkeen tarkkailija haastattelee potilasta, haastattelu kestää noin 10 minuuttia
- 1-3 kuukautta vastaanoton jälkeen tarkkailija haastattelee potilasta uudelleen puhelimitse.
- diabetekseni (tai raskausdiabetekseni) omahoitoa koskevan kyselyn saa lähettää minulle kotiin noin 6kk ja 12 kk elintapaneuvonnan jälkeen

Annan suostumukseni myös siihen, että sairauskertomuksestani saa käyttää tutkimusjakson aikana diabeteksen hoitoa ja tasapainoa koskevia tietoja.

- Tämä tutkimus ei vaikuta millään tavalla potilaan saamaan ohjaukseen tai hoitoon vastaanottotilanteessa
- Potilas voi kieltäytyä tarkkailusta tai haastatteluista tai keskeyttää ne koska tahansa.
- Potilas voi myös jälkikäteen keskeyttää tutkimuksen ja kieltää aineiston jatkokäytön. Kieltoon asti kerättyjä ja julkaistua tietoja ei kuitenkaan voi poistaa aineistosta tuloksen harhautumisen vuoksi.
- Potilasta koskevia tietoja ei luovuteta kenellekään ulkopuoliselle eikä julkaista missään raportissa potilaan nimellä tai muuten tunnistettavasti
- Potilasta koskevien tietojen säilyttämisessä ja hävittämisessä noudatetaan henkilökisterilakia

Turussa __. __. 2018

Allekirjoitus ja nimen selvennys

Hoitajan suostumus: allekirjoitus ja nimen selvennys

Esimerkki tiivistetystä analyysirungosta

Esimerkki alkuperäisestä ilmauksesta	Alaluokka	Yläluokka	Pääloukka
"Mitä muuten kaiken kaikkiaan kuuluu?"	Avoimet kysymykset	Asiakaslähtöiset vuorovaikutuksen keinot	Hoitajien käyttämät vuorovaikutuksen keinot
"Mites sitten toi liikkumispuoli?"			
H: "...mut sit mietin et miten ne sun voimavarat on täl hetkel muuttaa niitä [elintapoja], et mejän pitää sitä sit pohtii. Mitä sä itte ajattelet, et onks sul jotain mahdollist sielt muuttaa?" A: "On!	Merkityskeskusteluun ohjaaminen		
H: "Nii, entäs muuten terveys?" A: "Emmä tiedä, paikat särkee... Mut buranan kans pärjää." H: "Joo. Ootko tota ajatellu mihin se mahtaa liittyä se paikkojen särky? Mimmosiin tilanteisiin, onks se jonkun jälkeen?"			
"Mitä sä itte ajattelet tosta, täst verensokerin muutoksesta?"			
"Mitä sä itse ajattelet, onko sun mahdollista jotakin muuttaa?"	Asiakkaan haastamisen kysymällä, mitä tämä itse voisi tehdä		
"Onks vointi ollu hyvä?"	Johdattelevat kysymykset	Ei-asiakaslähtöiset vuorovaikutuksen keinot	
"Liikuntaa on ollu?"			
A: "Kyl mä sitä buranaa välil otan nytkin kun on tätä särky ollu." H: "Niin. Juu. Mites noi silmänpohjakuvaukset." A: "Tos on sydänleikkauksen jäljiltä." H: "Nii sulle on joskus tehty iso operaatio. Ei tääl (kantapäissä) mitään suurempii kovettumii näy. Mites hampaat?"	Merkityskeskustelun sivuuttaminen		