



Hoitajien näkemyksiä elintapa- ohjauksen toteutumisesta

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Tiina Ruuska

Maria Uotila

OPINNÄYTETYÖ
Toukokuu 2020

Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitajakoulutus

RUUSKA, TIINA & UOTILA, MARIA:
Hoitajien näkemyksiä elintapaohjauksen toteutumisesta
Kuvaileva kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö 61 sivua, joista liitteitä 4 sivua
Toukokuu 2020

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata hoitajien toteuttamaa elintapaohjausta erilaisille potilasryhmille kuvailevan kirjallisuuskatsauksen keinoin. Opinnäytetyön tehtävänä oli vastata kysymykseen siitä, miten hoitajat kuvaavat antamaansa elintapaohjausta. Opinnäytetyön tavoitteena oli saada tietoa elintapaohjauksesta, jota on mahdollista hyödyntää Pirkanmaan sairaanhoitopiirin elintapaohjauksen kehittämistyössä. Työn tilaajana toimi Pirkanmaan sairaanhoitopiiri.

Opinnäytetyö toteutettiin kuvailevana kirjallisuuskatsauksena. Aineiston haku tehtiin käyttäen Andor-, Medic- ja CINAHL -tietokantoja ja haussa käytettiin sisäänotto- ja poissulkukriteereitä. Haussa ei kuitenkaan löytynyt riittävän hyvin opinnäytetyön tarkoituksen kannalta kirjallisuuskatsaukseen soveltuvia tutkimuksia, joten tutkimukset etsittiin manuaalisen haun avulla muiden tutkimusten lähdeluetteloista. Aineistoksi valittiin seitsemän tutkimusta. Aineisto analysoitiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla.

Tuloksista ilmeni, että hoitajat pitivät potilaskeskeisyyttä tärkeänä periaatteena antamassaan ohjauksessa. Hoitajat kunnioittivat potilaan yksilöllisyyttä sekä itsemääräämisoikeutta sekä he muokkasivat antamaansa ohjausta potilaan yksilöllisten tekijöiden mukaan. Potilaan motivaatio ja erilaiset potilaaseen liittyvät taustatekijät otettiin myös huomioon ohjauksessa. Tuloksista tuli ilmi myös joitakin ei-potilaskeskeisiä toimintatapoja, joita käytettiin ohjauksessa.

Tulosten perusteella merkittävimiksi elintapaohjausta estäviksi tekijöiksi nousivat ajan puute, potilaan haluttomuus ottaa ohjausta vastaan, opetusmateriaalin riittämättömyys, selkeän ohjausrungon puute sekä puutteet hoitajien ohjaustaidoissa ja tietämyksessä. Elintapaohjausta edistäviä tekijöitä olivat hoitajien kokemus ja tietämys. Motivoiva haastattelu nähtiin myös tehokkaana ohjausmenetelmänä.

Jatkotutkimusehdotuksena on kyselyn tekeminen hoitajille elintapaohjauksen toteutumisesta. Kyselyn avulla olisi mahdollista saada elintapaohjauksen toteutumisesta kohdennetusti tietoa esimerkiksi tietyn sairaanhoitopiirin toimialueen sisällä. Kyselyn avulla olisi mahdollista saada tietoa juuri kyseisellä toimialueella tai yksikössä havaituista elintapaohjauksen kehittämistarpeista.

Asiasanat: potilasohjaus, elintapaohjaus, elintavat

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Health Care

TIINA RUUSKA & MARIA UOTILA:
Nurses' Perceptions of Lifestyle Counselling
Literature review

Bachelor's thesis 61 pages, appendices 4 pages
May 2020

The aim of this thesis was to describe what kind of lifestyle counseling nurses provide to different kind of patients by using descriptive literature review as a method. The purpose of this thesis was to get information about lifestyle counselling that nurses provide. Information could be used developing lifestyle counselling in Tampere University Hospital. This thesis was made in co-operation with Pirkanmaa Hospital District.

The approach of this study was a descriptive literature review. The data consisted of seven studies. The studies were found from the reference list of other studies. Data were analyzed by data-based content analysis.

The results indicated that nurses found that it was important to provide patient-centered counseling. The patient was treated as an expert of his own life. The patient's level of motivation and background were taken into account. Nurses honored patient's individuality and autonomy and they modified the counselling they provided by paying attention to patient's individual factors. The results indicated that some counselling strategies nurses provided were not patient-centered.

The results showed that the most meaningful barriers for providing lifestyle counselling was lack of time, the patient's lack of interest towards counselling, lack of counselling material, lack of clear guidelines for counselling and nurses' lack of counselling skills and lack of knowledge. Promoting factors for providing lifestyle counselling were nurses' experience and knowledge. Using motivational interview was also seen as an effective counselling strategy.

The subject could be studied further by executing a questionnaire for nurses about their perceptions of the lifestyle counselling they provide.

Key words: patient counselling, lifestyle counselling, life style

SISÄLLYS

1	JOHDANTO	5
2	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITE	7
3	TEOREETTINEN VIITEKEHYS	8
	3.1 Elintavat	8
	3.2 Potilasohjaus.....	15
	3.3 Elintapaohjaus.....	20
	3.3.1 Elintapaohjauksen vaikuttavuus	22
	3.3.2 Ohjausmateriaali.....	24
4	METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT	27
	4.1 Kirjallisuuskatsaus.....	27
	4.2 Aineistonhakuprosessi	29
	4.3 Sisällönanalyysi.....	30
5	TULOKSET	33
	5.1 Hoitajien käyttämän menetelmät ohjauksessa	33
	5.2 Vuorovaikutuksen merkitys ohjauksessa	36
	5.3 Hoitajien asenteet elintapaohjausta kohtaan.....	37
	5.4 Potilaan taustatekijöiden huomioiminen	38
	5.5 Potilaan rooli ohjauksessa	40
	5.6 Hoitajien kokemukset ohjauksen estävistä ja edistävästä tekijöistä 42	
6	POHDINTA	45
	6.1 Tulosten tarkastelu	45
	6.2 Eettisyys ja luotettavuus.....	48
	6.3 Opinnäytetyön prosessi.....	50
	6.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset.....	51
	LÄHTEET.....	53
	LIITE 1	58

1 JOHDANTO

Elintavoilla eli terveyskäyttäytymisellä on suora yhteys sairastuvuuteen ja kuolleisuuteen (THL 2019a). Liikunnan harrastamisella, terveellisellä ravinnolla, tupakoinnin välttämällä sekä vähäisellä alkoholin käytöllä on kansantaudeilta suojaava merkitys. Terveelliset elintavat ja valinnat vähentävät sairastumisriskiä. Ne myös vaikuttavat suotuisasti jo puhjennun sairauden kulkuun ja ennusteeseen. Terveelliset elintavat parantavat hoitotuloksia ja tehostavat myös lääkehoidon vaikutuksia. (Häkkinen 2017.) Epäterveellinen ruokavalio, runsas alkoholin käyttö, tupakointi ja lihavuus taas lisäävät riskiä sairastua kansatauteihin (THL 2019g).

Elintapamuutoksen käynnistävänä tekijänä voi toimia esimerkiksi terveydenhuollossa järjestetty ohjaus (Ylimäki 2015, 30). Elintapaohjaus edellyttää ammattilaiselta taitoa ohjata, määrätietoista otetta sekä monialaista yhteistyötä. Puheeksiotto, potilaslähtöinen suunnitelma, muutoksen seuranta ja siinä tukeminen sekä moniammatillinen yhteistyö ja kirjaaminen potilastietojärjestelmiin ovat elintapaohjauksen kulmakiviä. (PPSHP n.d.) Pirkanmaan sairaanhoitopiirin selvityksissä on käynyt ilmi, ettei elintapaohjaus näy kirjauksissa toivotulla tavalla. Muun muassa Pöyryn (2017) YAMK-opinnäytetyössä selvitettiin terveyden edistämisen toimia sekä kuvattiin kirjauksien perusteella ohjauksen toteutumista tietyillä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin vuodeosastoilla. Tulosten mukaan terveyden edistämiseen liittyvät seulonnat ja taustatietojen kirjaaminen toteutuivat vaihtelevasti. (Pöyry 2017, 2.)

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin verkkosivuilla on julkaistu digitaalinen elintapaohjaustarjotin, jolta löytyy erilaisia materiaaleja elintapaohjauksen tueksi ammattilaisten käyttöön. Materiaalit liittyvät liikuntaan, uneen, ravitsemukseen, savuttomuuteen, päihteettömyyteen, mielenterveyteen ja kulttuurihyvinvointiin. (PSHP 2019.) Tässä opinnäytetyössä käsitellään elintapojen ja elintapaohjauksen osana alueina liikuntaa, unta, ravitsemusta, savuttomuutta, päihteettömyyttä ja mielenterveyttä. Huumausaineista käsitellään kannabista, sillä se on yleisimmin kokeiltu ja käytetty huume Suomessa (THL 2019d).

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata hoitajien toteuttamaa elintapaohjausta erilaisille potilasryhmille kuvailevan kirjallisuuskatsauksen keinoin. Tehtävänä on vastata kysymykseen, miten hoitajat kuvaavat antamaansa elintapaohjausta. Työn tavoitteena on saada tietoa elintapaohjauksesta hoitajien näkökulmasta, jota voitaisiin hyödyntää Pirkanmaan sairaanhoitopiirin elintapaohjauksen kehittämistyössä. Opinnäytetyö on tehty yhteistyössä Pirkanmaan sairaanhoitopiirin kanssa.

2 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TEHTÄVÄ JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata hoitajien toteuttamaa elintapaohjausta erilaisille potilasryhmille käyttäen kuvailevaa kirjallisuuskatsausta.

Opinnäytetyön tehtävänä on vastata kysymykseen:

Miten hoitajat kuvaavat antamaansa elintapaohjausta?

Työn tavoitteena on saada tietoa elintapaohjauksesta hoitajien näkökulmasta, jota voidaan hyödyntää Pirkanmaan sairaanhoitopiirin elintapaohjauksen kehittämistyössä.

3 TOOREETTINEN VIITEKEHYS

Opinnäytetyön keskeisiä käsitteitä ovat elintavat, potilasohjaus, elintapaohjaus, ohjausmateriaali sekä ohjausta estävät ja edistävät tekijät. Tässä työssä ei käsitellä potilaan ja hoitajan välistä vuorovaikutussuhdetta erillisenä käsitteenä, vaan se sisältyy potilasohjauksen käsitteeseen. Elintavat, joita teoreettisessa viitekehysessä on määritelty ovat samat kuin Pirkanmaan sairaanhoitopiirin elintapaohjaustarjottimella (PSHP 2019). Opinnäytetyön keskeisiä käsitteitä ja niiden suhteita toisiinsa on havainnollistettu seuraavassa kuviossa (KUVIO 1.)

KUVIO 1. Opinnäytetyön keskeiset käsitteet



3.1 Elintavat

Liikunta

Liikkumattomuus altistaa lihavuudelle, tyypin 2 diabetekselle, rappeuttaville tuki- ja liikuntaelinsairauksille, ahtauttaville keuhkosairauksille, muistisairauksille, masennukselle ja syöpäsairauksille. Huono hapenottokyky on yhteydessä ennenaikaisen kuoleman kanssa. Myös istuminen on haitallista terveydelle. (UKK-instituutti 2019.)

Vuonna 2019 UKK-instituutin julkaisema uusi liikuntasuositus 18-64-vuotiaille suosittelee reipasta liikuntaa kaksi ja puoli tuntia viikossa. Reippaaksi liikunnaksi

luetaan sydämen sykettä kohottava liikunta kuten uinti, jumppa tai sauvakävely. Reippaassa liikunnassa pystyy puhumaan hengästymättä. Reippaan liikunnan sijasta voi harrastaa rasittavaa liikuntaa tunti 15 minuuttia viikossa. Rasittavia liikuntalajeja ovat esimerkiksi juoksu, pyöräily tai pallopelit. Näiden lisäksi lihaskuntaa ja lihashallintaa ylläpitäviä ja vahvistavia lajeja tulisi harrastaa kaksi kertaa viikossa. Esimerkiksi porraskävely, raskaat pihatyöt ja kuntosali luetaan näihin lajeihin. Etenkin ihmisille, jotka liikkuvat vähän, myös kevyt liikuskelu on hyödyllistä ja sillä on alentava vaikutus verensokeri- ja rasva-arvoihin. Liikuskelulla voidaan myös vilkastuttaa verenkiertoa ja vetreyttää niveliä ja lihaksia. Kevyttä liikuskelua suositellaan mahdollisimman usein ja siihen luetaan mm. kotiaskareet ja kauppareissut. (UKK-instituutti 2019.)

Taukoja paikallaoloon on liikuntasuosituksen mukaan hyvä tehdä aina kun voi. Taukoja voi pitää esimerkiksi taukoliikunnan avulla, istumisen tauottamisella tai vaihtamalla istumatyöskentely seisomatyöskentelyyn. Uutena suosituksessa mainitaan kahden edellisen lisäksi riittävän palauttavan unen merkitys. Palauttavan unen aikana ajatukset jäsentyvät ja päivän rasituksista palautuminen on parempaa. (UKK-instituutti 2019.)

Uni

Luonnollinen unen tarve vaihtelee yksilöittäin. Aikuisella se vaihtelee yleensä kuuden ja yhdeksän tunnin välillä yössä. (THL 2019f.) Uni on tärkeää elimistön palautumisen kannalta, sillä sen aikana aivot hankkivat lisää energiaa ja lajittelevat tietoa kuluneen päivän sisällöstä (Terveyskylä 2019). Unella on tärkeä merkitys muistin, oppimisen ja mielenterveyden kannalta. Lisäksi syvän unen aikana aivoista poistuu valvomisen aikana kerääntyneitä haitallisia aineenvaihduntatuotteita. Unella on välttämätön merkitys myös immunologisen vastustuskyvyn kannalta. (Partinen 2018, 37.)

Uni voi häiriintyä erilaisten fyysisten tai psyykkisten tekijöiden vaikutuksesta, jolloin voi aiheutua esimerkiksi unettomuutta (THL 2019f). Unettomuudella tarkoitetaan yksinkertaisuudessaan kyvyttömyyttä nukkua. Unettomuuden muotoja on kuitenkin useita erilaisia. Se voi olla toistuvaa vaikeutta nukahtaa, vaikeutta pysyä unessa, liian varhaista heräämistä aamulla tai huonolaatuista yöunta tilanteessa, jossa henkilöllä olisi mahdollisuus nukkua. Unettomuushäiriön ehkäisyn

kannalta terveydestä huolehtiminen on ensisijaisen tärkeää. (Unettomuus: Käypä hoito -suositus 2019.) Liian vähäisien yöunien on useiden tutkimusten mukaan osoitettu olevan muun muassa keskivartalolihavuuden ja ylipainon, insuliiniresistenssin, tyypin 2 diabeteksen, metabolisen oireyhtymän, kohonneen verenpaineen, sydäninfarktin, aivoinfarktin, masennuksen, immunologisen vastustuskyvyn heikkenemisen ja muistisairauksien riskitekijä. (Partinen 2018, 38.)

Ravitsemus

Pysyäkseen terveenä ja toimintakykyisenä elimistö tarvitsee energiaa ja suojaravintoaineita ravinnosta. Hiilihydraatit, proteiinit ja rasvat ovat energiaravintoaineita. (THL 2019e.) Terveelliseen ruokavalioon kuuluvat kasvikset, marjat, hedelmät, palkokasvit, täysjyvävilja, kala, kasviöljy, kasvispohjainen levite, pähkinät, siemenet sekä rasvattomat ja vähärasvaiset maitovalmisteet. Kun taas elintarvikkeet, joissa on runsaasti suolaa, tyydyttynyttä rasvaa sekä vähän vitamiineja, kivennäisaineita ja kuitua lisäävät riskiä sairastua tiettyihin kansantauteihin. Kuten myös runsas lihavalmisteen, punaisen lihan sekä sokerin käyttö lisäävät riskiä. Ruokavalion kokonaisuudella on isoin merkitys, eikä yksittäisellä ruoka-aineella ole terveydelle merkityksellistä edistävää tai heikentävää vaikutusta. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014.)

Ravitsemussuositusten tavoitteena on edistää väestön terveyttä. Suositukset ovat tarkoitettu kohtuullisesti liikkuville ja terveelle väestölle, sillä terveydentila vaikuttaa ruokavalioon sekä tarvittaviin ravintoaineisiin. Ravitsemussuosituksissa käytetään tutkimustietoa sairauksien ehkäisemisessä sekä terveyden edistämisessä ja ne muuttuvat elintapojen muuttuessa sekä uuden tutkimustiedon mukaan. Myös kansanterveystilanne vaikuttaa ravitsemussuosituksiin. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014.)

Ruokakolmion avulla havainnollistetaan, kuinka paljon mitäkin ruoka-ainetta tulisi syödä, jotta sillä olisi edullinen vaikutus terveyteen. Ruokakolmion alaosassa ovat kasvikset ja marjat, jotka tulisi olla päivittäisessä käytössä ja ruokakolmion yläosassa ovat sattuimat, joita ovat muun muassa karkit ja leivokset ja niitä ei tulisi syödä päivittäin. Lautasmallin avulla havainnollistetaan, miltä terveellisen aterian kuuluisi näyttää. Puolet lautasesta tulisi olla kasviksia, yksi neljännes perunaa, täysjyväpastaa tai muuta täysjyvälisäkettä ja yksi neljännes kalaa, lihaa

tai munaruokaa. Kasvissyöjät voivat käyttää palkokasveja, siemeniä tai pähkinöitä sisältävää kasvisruokaa. Täysjyväleipä kasviöljypohjaisella levitteellä kuuluu lautasmallin mukaiseen ateriaan. Ruokajuomana on piimää tai rasvatonta maitoa. Janojuomana on hyvä käyttää vettä. Jälkiruoaksi suositellaan marjoja tai hedelmiä. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014.)

Kohtuullisesti liikkuvan aikuisen olisi hyvä syödä päivässä 500 grammaa juureksia, kasviksia, sieniä, marjoja ja hedelmiä, joista puolet tulisi olla hedelmiä ja marjoja ja puolet juureksia ja kasviksia. Palkokasveissa eli herneissä, pavuissa ja linsseissä on paljon proteiineja verrattuna muihin kasviksiin. Niitä voi käyttää proteiininlähteenä yksinään tai yhdessä eläinproteiinin kanssa. Kasviksista saa kuituja, vitamiineja ja kivennäisaineita. Viljavalmisteita suositellaan syötäväksi kuusi annosta naisille ja yhdeksän annosta miehille. Vähintään puolet tulisi olla täysjyväviljaa. Annos on yksi desilitra keitettyä täysjyväriisiä, -pastaa tai -ohraa tai leipäviipaleita. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014.)

Tyydyttynyt rasva eli pehmeä rasva on ensisijainen rasvan lähde. Pehmeitä rasvoja saa muun muassa kasviöljyistä, pähkinöistä, siemenistä ja kalasta. Tyydyttymättömiä rasvoja eli huonoja rasvan lähteitä ovat muun muassa voi, punainen liha, juustot ja rasvaiset maitovalmisteet. (THL 2019e.) Kasviöljypohjainen rasvalivate, jossa on vähintään 60% rasvaa on leipärasvaksi paras vaihtoehto. Salaa-tinkastikkeeksi ja ruoanvalmistukseen suositellaan kasviöljyä. Niissä on D-vitamiinia sekä tyydyttyneitä rasvoja. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014.)

Maitovalmisteista saa proteiinia, kalsiumia, jodia, vitamiineja erityisesti D-vitamiinia. Päivittäinen kalsiumin tarve tyydyttyy kahdella tai kolmella viipaleella juustoa tai viidellä tai kuudella desilitralla nestemäisiä maitovalmisteita. Rasvattomia ja vähärasvaisia maitovalmisteita tulisi suosia, sillä rasvaisissa maitovalmisteissa on kaksi kolmasosaa tyydyttyneitä rasvaa. Juustoissa kannattaa suosia vähäsuolaisia ja alle 17% rasvaa sisältäviä juustoja. Kasviperaiset soija- ja kaurajuomat korvaavat hyvin nestemäiset maitovalmisteet, kunhan niihin on lisätty kalsiumia ja D-vitamiinia. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014.)

Hiilihydraatit olisi hyvä saada laadukkaista lähteistä, kuten täysjyväviljasta, kasviksista, marjoista, hedelmistä, pähkinöistä ja siemenistä. Nämä sisältävät ihmiselle tärkeitä vitamiineja ja kivennäisaineita. Valkoisia jauhoja, sokeria, kuorittua riisiä ja valkoista pastaa hiilihydraatin lähteinä tulisi korvata enemmän kuitua sisältävillä vaihtoehdoilla. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014.)

Proteiininlähteinä olisi hyvä käyttää siipikarjanlihaa, kalaa, kananmunia, palkokasveja ja pähkinöitä. Punaista lihaa, pekonia ja prosessoituja lihavalmisteita tulisi välttää. (THL 2019e.) Kalasta saa proteiinin lisäksi D-vitamiinia ja monityydyttymättömiä rasvoja ja sen vuoksi sitä tulisi syödä kahdesta kolmeen kertaa viikossa. Lihavalmisteen sekä punaisen lihan suositeltu enimmäismäärä on 500 grammaa viikossa ja ne tulisi valita mahdollisimman vähäsuolaisina sekä vähärasvaisina. Kananmunassa on proteiinin lisäksi kolesterolia sen keltuaisessa ja tästä syystä valtimotautia sairastavalle sekä kolesterolia alentavassa ruokavaliassa niitä suositellaan syötävän vain kolmesta neljään viikossa. (Valtion ravitsemusneuvottelukunta 2014.)

Sokeroiduista juomista kertyy helposti ylimääräistä energiaa ja ne ovat lisäksi huonoksi hammasterveydelle. Janojuomaksi on hyvä valita vesi sokeroitujen juomien tilalta. Alkoholi sisältää myös runsaasti energiaa. Säännöllinen ateriarytmi on tärkeää, sillä tällöin verensokeri pysyy tasaisena ja näläntunne ei kasva niin isoksi ja tällä voidaan ehkäistä napostelua ja ahmimista. (THL 2019e.)

Savuttomuus

Tupakointi vaikuttaa haitallisesti koko elimistöön ja se lisää riskiä sairastua muun muassa sydän- ja verisuonisairauksiin, keuhkohtaumatautiin, erilaisiin syöpiin ja osteoporoosiin. Tupakoijista jopa puolet kuolee tupakoinnin aiheuttamiin sairauksiin. Tupakointi on merkittävin estettävissä oleva kuolleisuuden aiheuttaja länsimaissa. (Saarela 2019.)

THL:n vuoden 2018 tupakkatilaston mukaan vuonna 2018 suomalaisista miehistä 15 prosenttia ja naisista 13 prosenttia tupakoi päivittäin. Eläkeikäisistä eli tässä yhteydessä 65-84-vuotiaista seitsemän prosenttia tupakoi päivittäin. Eläkeikäisistä miehistä 10 prosenttia ja naisista viisi prosenttia tupakoi päivittäin. Tilastoa edeltävän kymmenen vuoden aikana aikuisväestön tupakointi on pääsääntöisesti

vähentynyt. (Jääskeläinen & Virtanen 2019, 1.) Käypä hoito –suosituksen mukaan terveydenhuollon ammattilaisten tulisi tunnistaa potilaan tupakointi ja nikotiiniriippuvuus, kehottaa lopettamaan tupakointi sekä auttaa ja kannustaa vieroitautumisessa (Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito: Käypä hoito -suositus 2018).

Alkoholi

Runsaaseen alkoholinkäyttöön liittyy useita terveysriskejä ja alkoholi voi vaurioittaa lähes jokaista elintä. Se suurentaa muun muassa demencian, maksakirroosin, aivoverenvuodon, aivovammojen, kroonisen haimatulehduksen, verenpainetaudin sekä joidenkin syöpien riskiä. (Alkoholiongelmaisen hoito: Käypä hoito -suositus 2018.)

Pitkäaikainen alkoholinkäyttö näkyy elimellisinä haittoina kuten lihomisena ja mahavaivoina sekä riippuvuusongelmana (THL 2019d). Pitkäaikaiskäyttö lisää myös riskiä sairastua mielenterveyden häiriöihin kuten masennukseen ja unihäiriöihin (THL 2019d; Alkoholiongelmaisen hoito: Käypä hoito -suositus 2018). Alkoholinkäyttö aiheuttaa myös sosiaalisia haittoja, joita voivat olla ihmissuhderiidat sekä toiminta- ja työkyvyn heikentyminen. Liikennejuopumus, väkivalta ja tapaturma ovat haittoja, jotka voivat tapahtua yksittäisessä humalatilassa. Alkoholin ongelmakäyttö voidaan jakaa seuraavasti: alkoholin riskikäyttö, haitallinen käyttö ja alkoholiriippuvuus. (THL 2019d.)

Keskustelu potilaan kanssa on tärkein diagnosointikeino, mutta myös kyselylomakkeita ja laboratoriomittauksia voidaan käyttää apuna (Alkoholiongelmaisen hoito: Käypä hoito -suositus 2018). Alkoholin ongelmakäyttöä on silloin kun riskikäytön rajat ylittyvät säännöllisesti (Seppä 2013). Naisilla 12-16 alkoholiannosta ja miehillä 23-24 alkoholiannosta viikossa ovat suuren riskitason luokkaa. Kohtalaiseksi riskiksi luokitellaan se, jos nainen nauttii seitsemän annosta tai mies 14 annosta viikossa. Runsas kertajuominen viikoittain tai toistuva humalahakuinen juominen altistaa tapaturmille. Naisilla kerta-annoksen raja on viisi tai kuusi annosta ja miehillä kuusi tai seitsemän annosta. (Alkoholiongelmaisen hoito: Käypä hoito -suositus 2018.) 0,3l keskiolutpullo, 12 cl mietoa viiniä tai 4 cl väkevää juomaa lasketaan yhdeksi alkoholiannokseksi (Seppä 2013).

Kannabis

Kannabis on Suomessa yleisin käytetty huumausaine ja se vaikuttaa säätelemällä keskushermoston reseptoreja (THL 2019d; Kannabiksen aiheuttamat terveyshaitat 2018). Kannabiksesta aiheutuva riippuvuus harvemmin johtaa hoidon tarpeeseen, mutta kannabiksen käytön aiheuttamat ahdistus- ja paniikkihäiriöt sekä psykoottiset oireet sitä vastoin voivat tarvita hoitoa (THL 2019d).

Muisti- ja keskittymisvaikeuksia on havaittu kannabista runsaasti ja pitkään käyttäneillä. Haitat suurenevät mitä pidempään kannabista käytetään ja mitä suuremmat annokset ovat. Yskä, keuhkoputkentulehdus ja hengitysvaikeudet ovat kannabiksen käytön selkeimpiä seuraamuksia. Kannabiksen poltto lisää riskiä sairastua hengityselinsairauksiin yhtä lailla kuin tupakankin poltto, mutta karsinoogeeni eli syöväälle altistavia aineita kannabissavussa on enemmän kuin tupakansavussa. (Kannabiksen aiheuttamat terveyshaitat 2018.)

Kannabiksella on kognitiivisia ja psyykkisiä vaikutuksia. Kannabiksen aiheuttamia psyykkisiä vaikutuksia ovat esimerkiksi masennus ja ahdistuneisuus, psykoosi, syrjäytyminen sekä unihäiriöt. Väsymys voi myös johtua kannabiksen käytöstä. Kognitiivisia vaikutuksia ovat verbaalisen muistin huononeminen, huono keskittymiskyky, oppimisen vaikeutuminen sekä vaikeudet jäsentää monimutkaisia asioita. (Kannabiksen aiheuttamat terveyshaitat 2018.)

Mielenterveys

Elintavoilla on vaikutusta fyysisen hyvinvoinnin lisäksi psyykkiseen hyvinvointiin. Hyvinvointi, jota terveelliset elintavat edesauttavat, tukee stressin hallintaa ja jaksamista vaikeissa elämäntilanteissa. Mikäli sairastaa mielenterveyden häiriötä, voi elintavoilla olla merkitystä jopa oireiden vakavuuteen. Vaikka ei kärsisi mielenterveyden häiriöstä, terveellisillä elintavoilla kuten säännöllisellä liikunnalla, ruokavaliolla ja savuttomuudella on vaikutusta. Ne voivat auttaa väsymyksen tunteeseen sekä helpottaa alentunutta mielialaa, joista monet kärsivät ainakin jossain elämävaiheessa. (THL 2019b.)

3.2 Potilasohjaus

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista potilaalla tarkoitetaan terveyden- ja sairaanhoitopalveluja käyttävää tai muuten niiden kohteena olevaa henkilöä (17.8.1992/785. 2 §). Myös potilaan oikeus saada asianmukaista ohjausta perustuu lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista. Kyseisen lain mukaan potilaan tulee saada tietoa hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä asioista. Hoidon tulee tapahtua yhteisymmärryksessä potilaan kanssa hänen ihmisarvoaan kunnioittaen. Potilaan hoidossa ja kohtelussa on myös otettava mahdollisuuksien mukaan huomioon hänen äidinkieltensä, kulttuurinsa sekä yksilölliset tarpeensa. (STM n.d.)

Kääriäisen ja Kyngäksen (2005) käsiteanalyysin mukaan potilasohjaus määritellään potilaan ja terveydenhuollon henkilöstön aktiiviseksi ja tavoitteelliseksi toiminnaksi, joka tapahtuu vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa. Ohjauksen käsitettä on käytetty rinnakkain muun muassa tiedon antamisen, neuvonnan, opetuksen, opastuksen ja informoinnin käsitteiden kanssa. Ohjaukseen liittyviä englanninkielisiä käsitteitä, kuten counselling, guidance, advice ja education on käännetty suomeksi eri tavoin. Käsitteiden sekalainen käyttö saattaa lisätä vaikeutta tunnistaa, mitä ohjaus potilastyössä on. (Kääriäinen 2007, 27.)

Ohjaus on muuta keskustelua suunnitelmallisempaa toimintaa. Sen tarve voi olla kertaluontoista tai määritellyn tavoitteen saavuttamiseksi voidaan tarvita useita ohjauksetoimia. Ohjauksessa lähdetään aina jostain tilanteesta, tunteista tai tavoitteista ja sen pyrkimyksenä on päätyä tilanteeseen, joka lisää potilaan aloitteellisuutta parantaa elämäänsä haluamallaan tavalla. Potilasta pidetään aktiivisena tekijänä, ja ohjausta antavan ammattihenkilön tehtävä on auttaa löytämään ratkaisuja halutun lopputuloksen saavuttamiseksi pidättäytyen kuitenkin antamasta valmiita ratkaisuja. Potilaan ja ohjausta antavan ammattihenkilön ohjaussuhde on tällöin tasa-arvoinen. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 25-26.)

Elorannan, Katajiston ja Leino-Kilven (2014) tutkimuksen mukaan olisi tärkeää, että ohjausta toteuttavat ammattilaiset tarjoaisivat potilaalle aktiivista roolia ohjausprosessissa ja antaisivat potilaalle mahdollisuuden kertoa oman käsityksensä ohjauksen tavoitteista ja niiden saavuttamisesta. Tavoitteellinen toiminta mahdollistaisi sen, että potilaan oppimista pystyttäisiin arvioimaan paremmin. (Eloranta, Katajisto & Leino-Kilpi 2014, 70.)

Ohjaukseen liittyy aina erilaisia taustatekijöitä, jotka tulee ottaa huomioon, jotta ohjaus olisi yksilöllistä. Taustatekijät voivat liittyä sekä potilaaseen että ohjausta antavaan ammattihenkilöön. Ne voidaan jakaa fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin ja ympäristöön liittyviin tekijöihin. Ohjaukseen liittyviä fyysisiä taustatekijöitä ovat potilaan ikä, sukupuoli, sairauden tyyppi ja terveydentila. Lapsen, nuoren ja ikääntyneen ohjaustarve on erilainen. Ikääntyvällä voi olla rajallinen näkökyky, muistihäiriöitä tai fyysisiä rajoitteita. Ikääntyneen potilaan ohjaukselta saatetaan vaatia lyhytkestoisuutta, asioiden toistamista tai vain ydinasioiden painottamista. Myös potilaan sairaus voi vaikuttaa ohjauksen vastaanottamiseen. Esimerkiksi juuri diagnosoitu vakava sairaus saattaa vaikeuttaa ohjauksen vastaanottamista, sillä keskittyminen ohjaukseen voi olla hankalaa. Esimerkiksi potilas, jolla on kipuja, pystyy todennäköisesti ottamaan vastaan vain kivunhallintaan liittyvää ohjausta, sillä se on silloin olennaista hänen vointinsa kannalta. Hän ei välttämättä pysty sillä hetkellä ottamaan vastaan muuta sairauteen liittyvää ohjausta. Potilas voi myös kokea terveydentilansa paremmaksi kuin mitä se on, jolloin terveydentilan vaatimaa hoidon ohjausta voi olla hankala ottaa vastaan. (Kyngäs ym. 2007, 29-30.)

Ohjaukseen vaikuttaviin psyykkisiin tekijöihin kuuluvat potilaan kokemukset, terveysuskomukset, mieltymykset, tarpeet, odotukset, oppimistyyli, oppimisvalmiudet ja motivaatio. Potilaan aiemmat kokemukset sairaudesta ja sen hoidosta sekä hänen terveysuskomuksensa vaikuttavat siihen, miten potilas suhtautuu ohjaukseen. Potilaalla voi esimerkiksi olla uskomuksia tietyistä lääkeaineista ja tämä voi vaikeuttaa lääkkeestä annetun ohjauksen vastaanottamista. Mieltymykset ohjaavat myös potilaan ohjauksen vastaanottavuutta. Potilas voi olla mieltynyt johonkin asiaan, joka ei olisi suositeltavaa hänen terveydentilassaan, mutta haluaa silti pitää siitä kiinni. Ohjaustarpeista keskusteleminen on tärkeää, sillä odotukset ohjauksesta voivat olla erilaiset potilaan ja ammattilaisen välillä. Osa potilaista

osaa kertoa ohjaustarpeistaan ja osa tarvitsee apua ohjaustarpeiden tunnistamisessa. Myös esimerkiksi odotukset siitä, että aikoo onnistua, vaikuttavat potilaan käsitykseen omasta pystymisestä ja osaamisesta. Ohjausmenetelmiä valittaessa tulisi ottaa huomioon potilaan kyky omaksua asioita eli miten hän oppii. Potilas voi oppia esimerkiksi visuaalisesti, kirjallisesti, auditiivisesti, tekemisen kautta, musiikin avulla, asiakokonaisuuksien tai yksityiskohtien avulla tai yhteistyössä muiden potilaiden kanssa. Oppimistyylin tunnistus vaatii ammattilaiselta potilaan taustatekijöihin perehtymistä ja keskustelua potilaan kanssa. Motivaatio vaikuttaa potilaan ohjauksen omaksumiseen; kokeeko hän ohjauksen sisältöön liittyvät asiat tärkeäksi ja haluaako hän omaksua ne. (Kyngäs ym. 2007, 32-34.)

Sosiaalisia ohjaukseen vaikuttavia tekijöitä ovat eettisyys, potilaan kulttuuri-tausta, etninen tausta ja uskonnollisuus. Sosiaaliset tekijät vaikuttavat ohjauksen toteutumisen lähtökohtiin. Eettisyys ohjauksessa liittyy ammattilaisen kykyyn kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta ja yksilöllisyyttä. Kulttuuriin voi liittyä uskomuksia, traditioita sekä tabuja, joita on hyvä huomioida ohjaamisessa. Jos potilas ei puhu suomea äidinkielenään, voi se luoda potilaalle turvattomuuden tunnetta sekä vähentää ohjaukseen osallistumista. (Kyngäs ym. 2007, 35-36.)

Ympäristöön liittyviä tekijöitä ovat hoitotyön kulttuuri, sekä fyysinen, psyykinen ja ihmissuhdeympäristö. Fyysinen ympäristö eli huone tai tila tulisi olla rauhallinen, jossa ei ole häiriötekijöitä, ja jossa ohjaukselle ei tule keskeytyksiä. Tilassa tulisi olla myös ohjaukseen tarvittava materiaali saatavilla. Tila ei saisi aiheuttaa potilaalle negatiivisia tunteita tai pelkoa. Psyykkisiä ympäristötekijöitä ovat esimerkiksi aika tai sen vähyys ohjauksessa. Ohjauksen suunnitelmallisuus ja vuorovaikutuksellisuus voi olla kiireessä heikompaa. Ohjauksen suunnitelmallisuus on myös iso tekijä, sillä suunnitelmallinen ohjaus lisää ohjauksen tavoitteellisuutta. Ympäristön, jossa ohjausta annetaan, tulisi olla kiireetön, valoisa ja äänieristetty. Ammattilaisen tulisi istua samalla tasolla potilaan kanssa ja keskusteluvälimatka tulisi olla keskustelijoille sopiva. Auringon häikäisy tai liian korkea lämpötila huoneessa saattavat häiritä ohjausta. Myös hoitoyksikön ilmapiiri, siisteys, viihtyvyys ja myönteisyys vaikuttavat potilaan odotuksiin ohjauksesta. (Kyngäs ym. 2007, 36-38.)

Tervo-Heikkisen, Saarasen, Huurteen & Turusen (2018) tutkimuksessa kävi ilmi, että potilasohjaukseen käytetty aika, näyttöön perustuvan tiedon käyttö ja henkilöstön oma arviointi potilasohjaustiedoista, -taidoista sekä niiden laadusta olivat yhteydessä hoitohenkilökunnan arvioihin potilasohjausosaamisesta. Esimerkiksi potilasohjauksen toteuttaminen kuvautui vahvemmin, mitä enemmän potilasohjaukseen käytettiin aikaa vuoron aikana. Tulosten mukaan potilasohjausosaamista tulisi kehittää, sillä vain noin kaksi viidesosaa hoitajista arvioi toteuttavansa potilasohjausta näyttöön perustuen yli 50-prosenttisesti. Tulosten mukaan hoitajilla tulisi myös olla enemmän koulutusta tiedonhausta, jotta he osaisivat paremmin hakea näyttöön perustuvaa tietoa. (Tervo-Heikkinen ym. 2018, 187.)

Kääriäisen (2007) väitöskirjatutkimuksessa tarkasteltiin potilasohjauksen laadun osa-alueiden eli resurssien, toteutuksen, riittävyden ja vaikutusten sekä taustamuuttujien yhteyttä ohjauksen kokonaislaatuun. Lisäksi selvitettiin hoitohenkilöstön taustamuuttujien yhteyttä ohjauksen laadun osa-alueisiin, joita olivat resurssit ja toteutus. (Kääriäinen 2007, 43.) Lipponen (2014) väitöskirjatutkimuksessa kuvattiin potilasohjauksen toimintaedellytyksiä kirurgisessa erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa sekä hoitohenkilöstön kokemuksia potilasohjauksen kehittämisestä (Lipponen 2014, 16).

Molemmissa tutkimuksissa hoitohenkilöstön näkökulmasta esille tullut yksi keskeisimmistä ohjausta estävistä tekijöitä oli se, että ohjaukseen ei ollut tarpeeksi aikaa (Lipponen 2014, 49; Kääriäinen 2007, 102). Olisi tärkeää, ettei ohjaus jäisi muiden työtehtävien varjoon (Kääriäinen 2007, 102). Hoitohenkilökuntaa tulisi olla enemmän suhteuttaen potilaiden määrään ja hoitoisuuteen, jolloin aikaa ohjaukselle jäisi enemmän (Lipponen 2014, 49). Riittävä aika mahdollistaisi perusteellisemman ohjauksen ja sen, että potilasta ja hänen omaisiaan voitaisiin tavata useammin (Kääriäinen 2007, 102).

Ohjausmateriaaleissa ja tiloissa koettiin myös olevan puutteita (Lipponen 2014, 49; Kääriäinen 2007, 102). Asianmukaisia tiloja toivottiin etenkin ohjausmateriaalien ja välineistön säilytykseen sekä ohjausvideoiden katsomiseen (Kääriäinen 2007, 102). Hoitohenkilöstö kaipasi myös enemmän ohjausvideoita, demonstraatiovälineitä ja potilasohjeita. Potilasohjeisiin kaivattiin päivitystä ja täydennystä sekä niitä toivottiin olevan saatavilla enemmän. (Lipponen 2014, 49.) Sairauksia,

tutkimuksia ja hoitoa käsitteleviä ohjausmateriaaleja toivottiin lisää (Kääriäinen 2007, 102).

Hoitohenkilöstön koulutuksen merkitys nousi myös väitöskirjoissa esiin. Hoitohenkilöstö kaipasi koulutusta ohjausmenetelmistä ja hyvän ohjauksen perusteista sekä sairauksista, niiden oireista ja hoidosta (Lipponen 2014, 49). Koulutusta kaivattiin myös ohjauksen sisältöön, menetelmiin ja vuorovaikutukseen liittyvissä asioissa. Koulutusta toivottiin lisää myös vuorovaikutuksen osalta esimerkiksi potilaan kohtaamiseen ja kannustamiseen ohjaustilanteissa. Koulutusta tulisi myös järjestää niin, että mahdollisimman moni työntekijä pääsisi osallistumaan siihen. (Kääriäinen 2007, 103.) Uusien työntekijöiden perehdytys on myös tärkeää (Lipponen 2014, 49).

Ohjausta annettaessa tulisi huomioida potilaan kyky ja kunto vastaanottaa ohjausta. Ohjauksen tulisi kestää koko hoitoprosessin ajan ja ohjauksen yhteneväisyys sisällöllisesti ja tutkittu tieto pitäisi olla ohjauksen antamisen pohjana. Selkeä ohjausrunko myös selkiyttäisi ohjausta. Yhteistyötä ja vuorovaikutusta eri ammattiryhmien ja organisaatioiden välillä toivottiin olevan enemmän. (Lipponen 2014, 50.) Ohjaus- ja kirjauskäytäntöjen yhtenäistäminen poistaisi ohjauksen päällekkäisyyttä ja epäselvyyttä siitä, mitä ohjausta potilas on jo saanut. Ohjauksen suunnittelun tulisi lähteä potilaan ohjaustarpeen kartoituksesta ja tavoitteiden asettamisesta. (Kääriäinen 2007, 105.) Ohjauksen kirjaamisessa puutteita oli suunnitelmallisuudessa, selkeydessä ja ohjauksen arvioinnin kehittämässä. Ohjausmenetelmiin kaivattiin myös ryhmäohjauksen ja puhelinohjauksen mahdollisuutta. Hoitohenkilöstö toivoi potilailta lisää palautetta ohjauksesta, jonka avulla potilasohjausta voisi kehittää. (Lipponen 2014, 50-51.) Lisäksi jotkut hoitotyöntekijöistä kokivat ohjauksen käsitteenä epäselväksi, jolloin ohjauksen määrittely oli heille vaikeaa (Kääriäinen 2007, 105).

Kääriäisen (2007) mukaan ohjausta edistäviä tekijöitä olivat hoitohenkilöstön kokenut hyvät ohjaustaidot. Ohjaustaidoista parhaimmiksi koettiin vuorovaikutustaitojen osa-alue. Hyviä ohjaustaitoja selittivät hoitohenkilöstön tiedot, potilaslähtöinen ohjaustoiminta, ohjausmenetelmien hallinta, ohjauksen toimintamahdollisuudet ja ohjaukseen työpäivästä käytetty aika. Lähes kaikki vastaajista suhtau-

tuivat potilasohjaukseen myönteisesti. Vajaat kaksi kolmannesta hoitohenkilöstöstä arvioi tiedolliset valmiutensa hyväksi. Tietoja arvioitiin kolmella osa-alueella, joita olivat tiedot sairauden hoidosta, tiedot sairauden merkityksestä potilaan arkeen ja tiedot hoidon jälkeisestä voinnista. Vastaajista alle puolet arvioi, että ohjaukseen oli riittävästi aikaa ja että tilat ohjaukseen olivat asianmukaiset. Myös alle puolet vastaajista arvioi, että ajantasaisia ohjausvälineitä ja -materiaaleja oli riittävästi. (Kääriäinen 2007, 93-95.)

3.3 Elintapaohjaus

Terveydenhuollon ammattilaisen tulisi ottaa huomioon potilaiden elintavat ja mahdolliset muutostarpeet, jotta niihin voitaisiin reagoida mahdollisimman varhaisessa vaiheessa. Potilaan oma motivaatio muutokseen on tärkeää, sillä motivaation myötä sitoutuminen muutokseen on vahvempaa. (Jussila 2018.) Elintapamuutos on asteittain etenevä pitkäaikainen prosessi. Muutoksen tekijän tulisi oppia uusia tapoja havaita sekä mennyttä että nykytilaa, jotta muutoksen käynnistyminen on mahdollista. Muutokseen pyrkivän tulisi myös oppia omaksumaan uusia toimintatapoja sekä tekemään tavoitteita tulevaisuutta varten. Muutoksen mukana aikaisemmin opitut ja arjessa jo mukana olevat asiat muuttuvat. Muutoksen tekijän tulee olla aktiivinen asiantuntija omassa elämässään sekä hänellä on oltava riittävät valmiudet muutoksen tekemiseen. Hänellä tulee olla myös kyky ottaa vastuuta tekemistään päätöksistä. Elintapamuutoksen käynnistävänä tekijänä voi toimia esimerkiksi terveydenhuollossa järjestetty ohjaus. (Ylimäki 2015, 29-30.)

Elintapaohjauksessa ammattilaiselta vaaditaan ymmärrystä potilaiden elintapakäyttäytymisestä sekä elintapojen muutoksesta. Elintapaohjaus on muun muassa puheeksi ottoa, suunnitelman tekoa potilaalle, muutoksen seuranta ja siinä tukemista, järjestelmällistä kirjaamista potilastietojärjestelmiin sekä moniammatillista tiimityötä. (PPSHP n.d.) Elintapaohjauksesta olisi tärkeää kirjata tietojärjestelmiin, jotta ohjauksen seuraaminen toteutuisi (Jussila 2018). Ohjausta annettaessa tarvitaan vaikuttavia menetelmiä sekä työtapoja. Elintapaohjauksella tavoitellaan myönteistä ja pysyvää muutosta potilaan käyttäytymiseen. (PPSHP n.d.)

Elintapaohjausta voidaan toteuttaa esimerkiksi motivoivalla haastattelulla, jonka avulla halutaan löytää potilaan motivaatio elämäntapamuutokseen sekä vahvistaa sitä (Järvinen 2014). Elintapaohjausta voidaan toteuttaa myös mini-intervention eli lyhytneuvonnan muodossa, jossa ongelman kuten alkoholin riskikäytön varhainen tunnistaminen on tärkeää. Motivoiminen muutokseen ja edistyksen seuraaminen kuuluu mini-interventioon. (THL 2019c.)

William R. Miller on kehittänyt vuonna 1983 menetelmän nimeltä motivoiva haastattelu. Ohjausmenetelmä perustuu yhteistyöhön potilaan ja ammattilaisen välillä. Motivoivan haastattelun avulla pyritään löytämään potilaan motivaatio elämäntapamuutokseen sekä vahvistamaan sitä. Motivoivassa haastattelussa tärkeää on selvittää potilaan tavoitteet, arvot, muutoksen merkitys sekä potilaan resurssit. Potilaan kanssa käytävän keskustelun aikana motivaatiota yritetään herättää, kasvattaa ja vahvistaa. Keskustelun aikana ammattilaisen tulisi välttää kehotusmuotoa, sillä se herättää vastustusta potilaissa. Myöskään holhoavaa lähestymistapaa ei tulisi käyttää. (Järvinen 2014.)

Keskeisiä asioita motivoivassa haastattelussa ovat empatian osoittaminen, jolloin ammattilainen osoittaa olevansa kiinnostunut potilaan asioista. Empatiaa voi osoittaa esimerkiksi katsekontaktilla tai tarkkaavaisella kuuntelulla. Toinen keskeinen asia haastattelun aikana on vahvistaa potilaan itseluottamusta ja omia kykyjä. Näin voi tehdä esimerkiksi tunnistamalla ja vahvistamalla potilaan vahvuuksia sekä löytämällä asioiden hyvät puolet sekä edistysaskeleet, vaikka edistysaskeleet olisivatkin pieniä. Kolmas keino on voimistaa ja tuoda esille ristiriitaa, joka on nykyisen tilanteen ja tavoiteltavan tilanteen välillä. Potilas olisi hyvä saada itse puhumaan muutoksen puolesta. Neljäs keino on välttää väittelyä ja myötäilemällä vastarintaa. On tärkeää osoittaa ymmärrystä ja mikäli potilas pysyy kannassaan, ammattilaisen tulisi palata asiaan muussa yhteydessä eikä provosoitua potilaan käyttäytyessä ei-toivotulla tavalla. (Järvinen 2014.)

Perusmenetelmiä motivoivassa haastattelussa ovat avoimet kysymykset, reflektiivinen eli heijastava kuuntelu sekä yhteenvedot. Avoimilla kysymyksillä pyritään saamaan esille potilaan ajattelua sekä tarkoituksena on, että potilas puhuisi enemmän kuin ammattilainen. Reflektiivisellä kuuntelulla tarkoitetaan sitä, että

ammattilainen tarkastaa, että on ymmärtänyt mitä potilas todella tarkoittaa ja ymmärtänyt sen oikein. Refleктоiva kuuntelu ilmenee myös lyhyiden yhteenvetojen tekemisenä. Yhteenvedoilla osoitetaan, että potilasta kuunnellaan ja tarkastetaan, miten ammattilainen on ymmärtänyt potilaan sanoman, jolloin potilas voi vielä täydentää ja korjata kertomaansa. Mikäli vastaanoton päättyessä potilaalla on suunnitelma mielessään miten ryhtyy toteuttamaan elämäntapamuutostaan, on motivoiva haastattelu onnistunut. Seuraavalla tapaamisella palataan asiaan. (Järvinen 2014.)

Mini-interventio eli lyhytneuvonta toimii parhaiten silloin kun merkittäviä haittoja ei ole päässyt vielä tapahtumaan. Mini-intervention teho kestää noin yhdestä kahdeksaan vuoteen. Mini-interventiossa tärkeää on potilaalta kysyminen, ongelmien ja riskien tunnistaminen, motivoiminen muutokseen sekä edistymisen seuranta. (THL 2019c.) Mini-interventiota käytetään erityisesti vähentämään alkoholin liiallista kulutusta. Se on tutkitusti tehokas tapa puuttua alkoholin riskikäyttöön ennen kuin se muuttuu riippuvuudeksi. (Alkoholiongelmaisen hoito: Käypä hoito -suositus 2018.)

Mini-interventiossa voidaan käyttää RAAMIT-muistisääntöä, jonka kirjaimet tulevat sanoista Rohkeus, Alkoholitietous, Apu, Myötätunto, Itsemääräämismvastuu ja Toimintaohjeet. Rohkeudella tarkoitetaan sitä, että potilaan onnistumiseen uskotaan ja häneen valetaan rohkeutta. Alkoholitietoisuus osassa annetaan tietoa siitä, miten alkoholi on vaikuttanut potilaaseen perustuen potilaan vaivoihin ja löydöksiin. Apu kohdassa ammattilainen avustaa potilasta alkoholin nauttimisen vähentämisen- tai lopettamispäätöksessä. Potilaaseen suhtaudutaan ymmärtäväisesti ja myötätunnolla, josta tulee kirjain M. Itsemääräämismvastuulla I-kohdassa tarkoitetaan potilaan omaa päätöstä vähentää juomista. T tarkoittaa toimintaohjeita, joissa on tarkoitus luoda vaihtoehtoisia strategioita juomisen vähentämiseksi. Potilasta motivoidaan, tuetaan kommentoimalla rakentavasti ja häntä kuunnellaan. (Alkoholiongelmaisen hoito: Käypä hoito -suositus 2018.)

3.3.1 Elintapaohjauksen vaikuttavuus

Sirenin (2019) tutkimuksessa sairaanhoitaja antoi tunnin tapaamiskäynnillä ohjausta, teki kyselyitä sydän- ja verisuonitautien riskiryhmän potilaille sekä käytti

kirjallista materiaalia hyödykseen. Tällä todettiin olleen suotuisia vaikutuksia tupakoinnin vähenemiseen, fyysisen aktiivisuuden lisääntymiseen sekä pehmeiden rasvojen käytön lisääntymiseen, kun seurantakäynti on ollut 2 vuoden päästä ohjauksen antamisesta. Kirjallinen materiaali koski fyysistä aktiivisuutta, tupakoinnin lopettamista ja ruokatottumuksia. (Siren 2019, 46, 58.)

Toisessa tutkimuksessa osoitettiin myös, että elintapaohjauksen antamisella on ollut suotuisia vaikutuksia sydän- ja verisuonitautien riskiryhmään kuuluville. Ylimäen (2015) tutkimuksessa käytettiin yksilökeskeistä ohjausinterventiota sydän- ja verisuonisairauksien riskiryhmään kuuluville potilaille ja interventiossa tuettiin ja motivoitiin potilaita. Ohjaus toteutettiin pääasiassa etänä verkossa Skypen välityksellä sekä verkkoalustalla, jossa oli materiaalia muutoksen tueksi sekä sieltä oli mahdollisuus saada vertaistukea toisilta. Ohjauksessa käsiteltiin liikuntaa, ravitsemusta, alkoholin käyttöä ja psykososiaalisia tekijöitä. (Ylimäki 2015, 45.) Seurantamittaukset olivat kuuden kuukauden ja kahdentoista kuukauden jälkeen. Kuuden kuukauden kohdalla vyötärönympäryys ja diabeteksen riski oli pienentynyt tutkittavalla ryhmällä sekä fP-Kol eli kokonaiskolesteroli sekä fP- LDL eli paha kolesteroli laskenut sekä ylipaino oli myös vähentynyt. Kasvisten ja marjojen syönti lisääntyi, suolan käyttö väheni ja tupakoimattomien osuus kasvoi. Kahdentoista kuukauden kohdalla seurantamittauksessa verenpaine oli laskenut ja marjojen, kasvisten ja kuidun saanti oli lisääntynyt. (Ylimäki 2015, 55.)

Riskitekijöihin kohdistuvassa elintapainterventiossa, jossa keskityttiin tietoon sairaudesta sekä sen riskitekijöistä, ohjauksen tavoitteellisuuteen, vuorovaikutukseen ohjausmenetelmänä, sairaanhoitajaan ohjaajana, ohjausmenetelmiin, emotionaaliseen tukeen sekä päätöksentekoon liittyen potilaan hoitoon, kävi ilmi, että elintapainterventiolla oli merkitystä aivoverenkiertohäiriöpotilaille lyhyellä aikavälillä. (Oikarinen 2016, 55.) Näillä ryhmillä tupakan polton lopettaminen lisääntyi, tupakoiminen väheni sekä paino putosi seurannan aikana. Elintapaohjauksen hyvä laatu oli yhteydessä potilaiden elintapamuutoksen sitoutumiseen. Hyvä vuorovaikutus, resurssit sekä ohjauksen vaikutukset olivat kaikkein selkeimmät ominaisuudet elintapamuutukseen sitoutumiseen. Hoitajien antama tuki vaikutti positiivisesti koettuun ohjauksen laatuun. (Oikarinen 2016, 81.) Ohjaukseen käytettävät resurssit olivat yhteydessä pienempään vyötäröön, korkeampaan fyysiseen aktiivisuuteen sekä parempaan lääkehoitoon sitoutumiseen kolmen kuukauden

päästä kotiutumisesta. Resurssit olivat myös yhteydessä pienempään painoindeksiin 12 kuukauden seurannassa. (Oikarinen 2016, 62.)

Tuohinon, Mikkosen ja Kyngäksen (2019) kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena oli kuvata, millaisia interventioita sairaanhoitajat toteuttivat verenpainelääkehoitoon sitoutumisen edistämiseksi sekä arvioida niiden vaikutusta verenpainepotilaiden lääkehoitoon sitoutumiseen ja verenpainearvoihin. Katsauksen perusteella interventioina käytettiin koulutusta, asenteisiin ja uskomuksiin vaikuttamista, eri tavoin annettua palautetta sitoutumisesta ja hoidon toteutumisesta sekä motivoivaa haastattelua. Katsaus antoi viitteitä siitä, että sairaanhoitajan toteuttamilla interventioiden avulla verenpainepotilaiden lääkehoitoon sitoutumista ja verenpaineen hoitotasapainoa on mahdollista edistää. (Tuohino, Mikkonen & Kyngäs 2019, 27.)

Erään kirjallisuuskatsauksen mukaan hoitajien toteuttama tupakasta vieroittautumisen ohjausinterventio lisäsi tupakoinnin lopettamista. Kestoltaan pidempi ohjaus todettiin tehokkaammaksi kuin alle 10 minuuttia kestävä lyhyt ohjaus. Näyttö oli heikompaa, mikäli ohjausta antoi hoitaja, jonka pääasialliseen työnkuvaan ei kuulunut terveyden edistämiseen tai tupakoinnin lopettamisen liittyviä työtehtäviä. (Rice, Hartmann-Boyce & Stead 2013.)

3.3.2 Ohjausmateriaali

Audiovisuaalinen ohjaus kattaa videot, äänitteet, tietokoneohjelmat sekä puhelimen välityksellä tapahtuvan ohjauksen. Videot ohjausmateriaalina mahdollistavat sen, että ohjaus on reaaliaikaista. Videoita voidaan käyttää esimerkiksi esittelemään paikkoja, kokemuksia, ohjeita tai tilanteita. Niitä voidaan myös käyttää perusasioiden ja yleisten ongelmien käsittelyssä. Videot toisaalta voivat aiheuttaa potilaassa väärinkäsityksiä sekä herättää voimakkaita tunteita, joten siksi olisi hyvä, että potilas voisi keskustella videosta hoitajan kanssa tarvittaessa. Videoista hyötyvät erityisesti potilaat, jotka kokevat kirjallisen materiaalin lukemisen hankalaksi. (Kyngäs ym. 2007, 116-118.)

Puhelinohjauksen toteuttaminen vaatii suunnittelua sekä arviointia samalla tavalla kuin muutkin ohjaustavat. Puhelinohjausta antavalla täytyy olla hyvä tietämys asioista ja siksi se onkin yksi haasteellisimmista ohjaustavoista. Potilaan antamista tiedoista täytyy osata tehdä päätelmiä ja potilasta täytyy osata ohjata selkeästi. (Kyngäs ym. 2007, 117-119.)

Kirjallinen ohjeistus tukee suullista ohjeistusta ja auttaa erityisesti siinä, jos suullisen ohjauksen toteutumisaika on erityisen lyhyt. Kirjallinen materiaali kattaa esimerkiksi kirjalliset ohjeet ja -oppaat. Kirjallisella materiaalilla voidaan antaa tietoa potilaalle hoitoon liittyvistä asioista jo ennalta kuten asioita, jotka vaikuttavat hoidon onnistumiseen ja hoidon päätteeksi voi antaa kirjalliset kotiutusohjeet. Kirjallisesta materiaalista on potilaan helppo tarkastaa tietoja myös itsekseen. Kun antaa kirjallista ohjausta, tulee ottaa huomioon, että ohjeet ovat ymmärrettäviä, sillä liian yleinen tai vaikeaselkoinen ohje voi aiheuttaa väärinymmärrystä tai jopa aiheuttaa huolestuneisuutta potilaissa. Kirjallisessa ohjausmateriaalissa onkin tärkeää, että se on kieliasultaan ymmärrettävää ja se pitäisi osata antaa potilaalle sopivaan aikaan ja sopivassa paikassa. Tällä tarkoitetaan sitä, että esimerkiksi potilaalle lähetetään kotiin ohjeet ennen tulevaa leikkausta, jotta potilas osaisi siihen valmistautua. (Kyngäs ym. 2007, 125-127.)

Hyvässä kirjallisessa ohjeessa on nähtävissä, kenelle se on tarkoitettu ja mikä ohjeen tarkoitus on. Konkreettiset esimerkit ja kuvaukset selkeyttävät ohjeistusta. Ymmärrettävyyttä voidaan lisätä kaavioilla, taulukoilla, kuvioilla ja kuvilla. Tietoa ei kuitenkaan saisi olla liikaa. Kirjasinkoon tulisi olla riittävän iso sekä teksti selkeästi luettavalla kirjaisintyyppillä. Sanat ja termit tulisi olla tuttuja ja konkreettisia sekä lääketieteelliset termit tulisi selittää. (Kyngäs ym. 2007, 125-127.)

Demonstraatio on opettamista näyttämällä. Se voi olla harjoittelua tai havainnollistavaa esittämistä. Harjoittelemalla potilaan motorinen taito kehittyy ja havainnollistamalla pyritään siihen, että potilas saa selkeän kuvan, miten jokin asia tehdään. Nämä molemmat sopivat erityisesti, kun halutaan opetella motorisia taitoja. Havainnollistaminen ohjauskeinona vaatii suunnittelua etukäteen ja välineet tulisi valita niin, että ne olisivat mahdollisimman samanlaisia mitä potilas tulee käyttämään itsekseen. Havainnollistamisen jälkeen potilas saa harjoittelulla omakohtaisen kokemuksen asiasta. Hoitajalta vaaditaan kannustavaa asennetta sekä

palautteen antoa potilaalle hänen tekemisestään. Palaute ei saisi johtaa siihen, että potilas kokee epäonnistuneensa tai kokee hoitajan arvostelevan häntä. (Kyn-gäs ym. 2007, 128-131.)

4 METODOLOGISET LÄHTÖKOHDAT

4.1 Kirjallisuuskatsaus

Kirjallisuuskatsaus on tutkimusmenetelmä, jossa yksittäiset tutkimukset kootaan yhteen ja niistä muodostetaan kokonaisuus (Laaksonen, Kuusisto-Niemi & Saranto 2010, 28). Kirjallisuuskatsaukset jaetaan kolmeen eri tyyppiin: kuvaileva kirjallisuuskatsaus, systemaattinen kirjallisuuskatsaus sekä meta-analyysi (Salminen 2011, 6). Tämän opinnäytetyön menetelmänä käytetään kuvailevaa kirjallisuuskatsausta, joka tarkoittaa, että aihetta käsitellään ilman tiukkoja ja tarkkoja sääntöjä ja se on niin sanotusti yleiskatsaus aiheesta (Salminen 2011, 6).

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla pyritään usein etsimään vastauksia kysymyksiin siitä, mitä ilmiöstä tiedetään tai mitkä ovat ilmiön keskeiset käsitteet ja niiden väliset suhteet (Kangasniemi, Utrainen, Ahonen, Pietilä, Jääskeläinen & Liikanen 2013, 292). Kirjallisuuskatsauksen perusteella voidaan esimerkiksi pyrkiä vahvistamaan, tunnistamaan tai kyseenalaistamaan aikaisemmissa tutkimuksissa esille nostettuja kysymyksiä, mutta myös tunnistamaan ristiriitoja aiemmin tehtyjen tutkimusten välillä. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla on mahdollista löytää uusia tai erilaisia näkökulmia tutkittavaan ilmiöön. (Kangasniemi ym. 2013, 294.)

Kuvaileva kirjallisuuskatsaus on luonteeltaan aineistolähtöistä ja ymmärtämiseen tähtäävää ilmiön kuvausta. Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tarkoituksena on tuottaa valitun aineiston pohjalta kuvaileva ja laadullinen vastaus tutkimuskysymykseen. Menetelmä jaotellaan neljään vaiheeseen, joita ovat tutkimuskysymyksen muodostaminen, aineiston valitseminen, kuvailun rakentaminen sekä tuotetun tuloksen tarkasteleminen. Vaiheet voivat osittain edetä päällekkäin koko prosessin ajan. (Kangasniemi ym. 2013, 291-292.)

Tutkimuskysymyksen muodostaminen

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen koko tutkimusprosessia ohjaa tutkimuskysymys. Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa tutkimuskysymys on useimmiten

muotoiltu kysymyksen muotoon. Onnistunut tutkimuskysymys on riittävän täsmällinen, jotta ilmiön syvälinen tarkastelu on mahdollista. Toisaalta tutkimuskysymys voi olla myös väljä, mikäli halutaan tarkastella ilmiötä useammasta näkökulmasta. (Kangasniemi ym. 2013, 294-295.)

Aineiston valitseminen

Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa aineiston valinta ja analyysi on aineistolähtöistä. Ne tapahtuvat osittain samanaikaisesti. Aineiston valinnassa kiinnitetään huomiota siihen, mikä on tutkimuksen ja sen tulosten rooli suhteessa tutkimuskysymykseen. Kirjallisuuskatsauksen aineisto muodostuu aiemmin julkaisusta, aiheen kannalta merkityksellisestä tutkimustiedosta. (Kangasniemi ym. 2013, 295.) Kirjallisuuskatsaukseen tarkasteltaviksi otettaville tutkimuksille tulee määritellä sisäänottokriteerit, jotka perustuvat tutkimuskysymyksiin (Laaksonen ym. 2010, 28). Tämän opinnäytetyön sisäänotto- ja poissulkukriteerit on esitelty taulukossa 1.

TAULUKKO 1. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
<p>Julkaisukieli suomi tai englanti</p> <p>Julkaisuvuodet: 2010-2020</p> <p>Tutkimus on tieteellinen, vertaisarvioitu alkuperäistutkimus</p> <p>Tutkimus vastaa opinnäytetyön tutkimuskysymykseen</p> <p>Tutkimus on saatavilla Tampereen ammattikorkeakoulun tietokantojen kautta</p> <p>Koko teksti on saatavilla</p> <p>Tutkimuksessa on kuvattu millaista ohjausta hoitajat antavat, ohjausmateriaalien käyttöä tai elintapaohjausta ehkäiseviä tai edistäviä tekijöitä</p>	<p>Ei ole tieteellinen julkaisu</p> <p>Kieli jokin muu kuin suomi tai englanti</p> <p>Ei vastaa tutkimuskysymykseen</p> <p>Maksullinen julkaisu</p>

4.2 Aineistonhakuprosessi

Aineistohaut on tehty Andor-, Medic-, sekä CINAHL -tietokantoja käyttäen. Hakusanoina käytettiin lifestyle counselling OR health education OR health promotion AND perception OR perceive AND nurses' sekä elinta* "life style" elämänta* lifestyle* AND ohjau* education guidance counselling potilasohj*. Hakusanoilla löytyneet artikkelit eivät lopulta olleet soveliaita opinnäytetyön tarkoituksen näkökulmasta.

Lopulta yhdeksästä opinnäytetyön ohjaajan löytämästä tutkimuksesta valittiin seitsemän tutkimusta, jotka sopivat sisäänotto- ja poissulkukriteereihin. Tutkimukseen valitut artikkelit löytyivät manuaalihaualla ja ne löydettiin muiden tutkimusartikkeleiden lähdeluettelosta. Yksi valituista tutkimuksista oli yli kymmenen vuotta vanha, mutta se katsottiin olevan ajantasainen ja se vastasi hyvin tutkimuskysymykseen. Valitut tutkimukset ovat esitelty liitteessä 1 tämän opinnäytetyön lopussa.

Kuvailun rakentaminen

Kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa käsittelyosan tavoitteena on vastata aineiston pohjalta tutkimuskysymykseen laadullisena kuvailuna. Aineistosta pyritään luomaan jäsentynyt kokonaisuus. Aiempien tutkimusten pohjalta voi olla mahdollista muodostaa uusia tulkintoja ilmiöstä muuttamatta kuitenkaan alkupeleistä tietoa. Kirjallisuuskatsauksen analyysin tavoitteena ei ole esittää tiivistelmää tai raporttia aiemmista tutkimuksista tai niiden tuloksista. Sen sijaan sen tavoitteena on luoda vertailua aineiston sisällä, analysoida olemassa olevan tiedon vahvuuksia tai heikkouksia sekä tehdä uusia päätelmiä aineistosta. Kuvailun rakentaminen tutkimuskysymyksen mukaisesti sisältää samoja piirteitä kuin mitä laadullisissa aineiston analysointimenetelmissä käytetään. Aineistosta haetaan ilmiön kannalta merkityksellisiä asioita, jotka ryhmitellään sisällön mukaan kokonaisuuksiksi. Ilmiötä voidaan kuvata teemoittain, kategorioittain tai suhteessa kategorioihin, käsitteisiin tai teoreettiseen lähtökohtaan. Kuvailun esittäminen tekstinä on aineistolähtöistä ja se edellyttää tekijältä aineiston tuntemista. (Kangasniemi ym. 2013, 296-297.)

Tulosten tarkastelu

Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen vaiheista viimeinen on tulosten tarkastelu. Siihen kuuluu sisällöllinen ja menetelmällinen pohdinta sekä tutkimuksen eettisyyden ja luotettavuuden arviointi. Kirjallisuuskatsaus pohjautuu aineistoon, mutta tulosten tarkastelemisen vaiheen tulee silti sisältää pohdintaa tuotetusta tuloksesta. Tarkasteluosassa kootaan ja tiivistetään keskeiset tulokset sekä tarkastellaan samalla niiden suhdetta laajempaan kontekstiin. Sillä kuvailevan kirjallisuuskatsauksen menetelmä on väljä, tekijän valintojen ja raportoinnin eettisyys korostuu entisestään. (Kangasniemi ym. 2013, 297-298.)

4.3 Sisällönanalyysi

Sisällönanalyysillä voidaan analysoida aineistoa systemaattisesti ja objektiivisesti. Se on aineiston kuvaamista sanallisessa muodossa. Analyysimuodolla pyritään muodostamaan tutkittavasta ilmiöstä kuvaus tiiviissä ja yleistetyssä muodossa. Sisällönanalyysi etenee vaiheittain. (Tuomi & Sarajärvi 2018.)

Sisällönanalyysin vaiheet

Alkuperäisdatan pelkistäminen eli redusointi on sisällönanalyysin ensimmäinen vaihe, jossa datasta karsitaan epäolennainen pois. Pelkistäminen voi olla esimerkiksi datan tiivistämistä tai pilkkomista osiin. Datasta etsitään kaikki tutkimuskysymystä kuvaavat ilmaisut. Pelkistämisvaiheessa tulee ottaa huomioon, että samasta alkuperäisilmauksesta voi löytyä useampiakin pelkistettyjä ilmauksia. (Tuomi & Sarajärvi 2018.) Taulukossa 2 on esitelty esimerkkejä pelkistyksistä.

Seuraava vaihe on aineiston ryhmittely eli klusterointi. Siinä alkuperäisilmaisut käydään läpi tarkasti ja aineistosta haetaan käsitteitä, jotka kuvaavat samankaltaisuuksia ja/tai erilaisuuksia. Ilmiöt, jotka kuvaavat samaa käsitettä ryhmitellään ja yhdistellään eri luokiksi, joista muodostetaan alaluokat. Luokitteluyksikkö voi olla esimerkiksi tutkittavan ilmiön ominaisuus, piirre tai käsitys. Luokittelussa aineisto muodostuu entistä tiiviimmäksi, sillä yksittäiset tekijät sisällytetään yleisimpiin käsitteisiin. Ryhmittelyvaiheessa luodaan tutkimuksen perusrakenteelle pohjaa sekä muodostetaan alustavia kuvauksia tutkittavasta ilmiöstä. Muodostetut alaluokat nimetään aineiston sisällön mukaan. Ryhmittely jatkuu niin, että alaluokkia yhdistelemällä muodostetaan yläluokkia ja yläluokkia yhdistelemällä taas

muodostetaan pääluokkia. Pääluokat nimetään aineistosta nousevan ilmiötä kuvaavan aiheen mukaan. Lopuksi muodostetaan tutkimustehtävään yhteydessä oleva yhdistävä luokka. (Tuomi & Sarajärvi 2018.)

Tämän jälkeen seuraava vaihe on aineiston abstrahointi eli käsitteellistäminen. Siinä erotetaan tutkimuksen kannalta olennainen tieto, jonka perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Edeltävän analyysin vaiheen eli klusteroinnin katsotaan olevan osa abstrahointiprosessia. Abstrahoinnissa edetään alkuperäisdatassa esitetyistä ilmauksista teoreettisiin käsitteisiin ja johtopäätöksiin. Koko analyysin ajan tulee huomioida se, että aineisto on edelleen yhteydessä alkuperäisdataan. (Tuomi & Sarajärvi 2018.)

Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä yhdistellään käsitteitä tutkimustehtävään vastauksen saamiseksi. Sisällönanalyysi pohjautuu tulkintaan ja päättelyyn, ja siinä edetään kohti käsitteellisempää näkemystä tutkittavasta ilmiöstä. Teoriaa ja analyysin pohjalta tehtyjä johtopäätöksiä verrataan alkuperäisaineistoon uutta teoriaa muodostettaessa. Tuloksissa kuvataan luokittelujen pohjalta muodostetut käsitteet tai kategoriat sekä niiden sisällöt. Analyysin jokaisessa vaiheessa tutkija pyrkii ymmärtämään mitä asiat merkitsevät tutkittaville ja pyrkii siten ymmärtämään tutkittavia heidän omasta näkökulmastaan. (Tuomi & Sarajärvi 2018.)

TAULUKKO 2. Esimerkki sisällönanalyysistä alkuperäisilmauksista yläluokkaan

Esimerkkejä alkuperäisilmauksista	Esimerkkejä pelkistyksistä	Esimerkit alaluokasta	Esimerkki yläluokasta
“(Nurses) They also discussed how they might ‘pitch’ their language according to how much they thought patients understood...”	hoitajat yksinkertaistivat kieltään potilaiden ymmärryksen mukaan (2)	Kielen ymmärrettävyys	
“PHNs described it as particularly important to be sensitive to patients from other countries and to adapt recommendations in health dialogues with	kielimuuri saattoi vaikeuttaa suositusten antamista (1)		

immigrants, but language barriers could make this very difficult”			Vuorovaikutuksen merkitys ohjauksessa
“Participants stated that the provision of accurate information was a key element of their role and using plain English was an effective strategy to do so”	ymmärrettävän kielen käyttäminen on tehokas tapa antaa tietoa (3)		
“Nurses spoke of the value of having discussions about cardiovascular risk face-to-face to continually interpret patients’ responses...”	hoitajien mielestä kasvotusten käytävien keskusteluiden aikana voi tulkita potilaiden reaktioita (2)	Potilaan nonverbaalisen viestinnän tulkinta	
“Nurses spoke of the value of having discussions about cardiovascular risk face-to-face to continually....read their body language...”	hoitajien mielestä kasvotusten käytävien keskusteluiden aikana voi lukea kehonkieltä (2)		
“...how nurses continually navigate and pitch such things as the amount of information they provide, how they provide it, how they interpret body language...”	hoitajat tulkitsevat potilaan kehonkieltä (2)		
“...how they draw on analogies with each individual patient.”	hoitajat tekevät päätelmiä potilaasta (2)		

5 TULOKSET

Aineiston sisällönanalyysin tuloksena muodostui kuusi yläluokkaa. Yläluokat ovat hoitajien käyttämät menetelmät ohjauksessa, vuorovaikutuksen merkitys ohjauksessa, hoitajien asenteet elintapaohjausta kohtaan, potilaan taustatekijöiden huomioiminen, potilaan rooli ohjauksessa sekä hoitajien kokemukset elintapaohjausta estävistä ja edistävästä tekijöistä. Näitä asioita yhdistää tutkimustehtävä eli miten hoitajat kuvaavat antamaansa elintapaohjausta. Muodostuneet yläluokat ja niiden alaluokat on esitelty taulukoissa otsikoiden 5.1-5.6 alapuolella (TAULUKKO 3-8).

5.1 Hoitajien käyttämät menetelmät ohjauksessa

TAULUKKO 3. Alaluokat ja niistä muodostunut yläluokka

Alaluokat	Yläluokka
Tavoitteiden laatimisessa auttaminen	Hoitajien käyttämät menetelmät ohjauksessa
Motivoivan haastattelun käyttö	
Moniammatillisuus	
Tiedon anto	
Materiaalien käyttö	
Vuorovaikutukselliset menetelmät	
Ohjauksen suunnitelmallisuus	

Tavoitteiden laatimisessa auttaminen

Hoitajat kokivat tehtäväkseen auttaa potilasta löytämään ratkaisuja tilanteeseensa sekä auttaa häntä sitoutumaan tekemiinsä ratkaisuihin (Brobeck, Bergh, Odenchrants & Hildingh 2011). He kokivat tärkeäksi, että potilas päätti itse millaisia muutoksia hän oli valmis tekemään ja siten myös asetti tavoitteensa itse (Lambe, Connolly & McEvoy 2008).

Hoitajat eivät suositelleet potilaille suuria ja äkillisesti tapahtuvia muutoksia, joiden saavuttamisen ajattelivat olevan mahdotonta potilaalle. Etenkin, jos hoitajat

arvioivat potilaan motivaation olevan vähäistä, hoitajat suosittelivat pieniä tavoitteita, joita pystyttäisiin arvioimaan lyhyen ajan sisään. Hoitajat pyrkivät tavoitteiden asettamisen avulla lisäämään potilaan minäpystyvyyttä ja muutosmotivaatiota. (Hörnsten, Lindahl, Persson & Edvarsson 2013.) Lamben ym. (2008) tutkimuksen mukaan kuitenkin vain reilu neljännes tutkimukseen osallistuneista hoitajista teki toimintasuunnitelman yhdessä potilaan kanssa.

Motivoivan haastattelun käyttö

Brobeckin ym. (2011) tutkimuksen mukaan hoitajat pitivät motivoivaa haastattelua hyödyllisenä menetelmänä. Hoitajat käyttivät motivoivaa haastattelua ohjausmenetelmänä sellaisenaan tai vain osittain (Brobeck ym. 2011).

Moniammatillisuus

Hoitajat hyödynsivät muiden ammattilaisten tukea elintapaohjauksessa (Lambe ym. 2008). Potilaiden minäpystyvyyttä ja muutosmotivaatiota pyrittiin lisäämään varaamalla aikoja muille ammattilaisille (Hörnsten ym. 2013). Jotkut hoitajat kokivat, ettei ollut heidän tehtävänsä antaa ravitsemusohjausta, vaan se oli ravitsemusterapeutin tehtävä (Jansink, Braspenning, van Der Weijden, Elwyn & Grol 2010). Osa Hörnstenin ym. (2013) tutkimukseen osallistuvista hoitajista taas koki, että tunnepitoiset aiheet saivat heidät tuntemaan itsensä haavoittuvaisiksi ja siksi he kokivat tarvetta ohjata potilaita muille ammattilaisille.

Tiedon anto

Hoitajat kuvasivat, että heidän tärkein taitonsa oli osata auttaa potilasta ymmärtämään mikä hänen ongelmansa oli (Brobeck ym. 2011). Lamben ym. (2008) tutkimukseen osallistuneet hoitajat taas kuvasivat yrittävänsä auttaa potilaita ymmärtämään, mikä on elintapojen, terveyden ja sairauden välinen suhde. Hoitajat kuvasivat myös tilanteita, joissa heidän oli korostettava potilaan terveydentilan vakavuutta (Hörnsten ym. 2013).

Hoitajat kokivat, että ohjauksessa oikean tiedon antaminen oli avainasemassa (Lambe ym. 2008). He kokivat tärkeäksi suhteuttaa kunkin potilaan kohdalla, kuinka paljon ja millä tavalla heidän tulisi antaa tietoa potilaalle, jotta potilas saisi oikean määrän tietoa hänelle sopivalla tavalla annettuna. Esimerkiksi tapauk-

sisä, joissa potilas ja hoitaja tapasivat useasti, tietoa annettiin vain vähän kerrallaan. (Boase, Mason, Sutton & Cohn 2013.) Suurin osa hoitajista kuvasi, että heidän tehtäviinsä kuului neuvonta sekä perustiedon ja näyttöön perustuvan ravitsemusneuvonnan antaminen potilaille (Cass, Ball & Leveritt 2014).

Materiaalien käyttö

Hörnstenin ym. (2013) tutkimukseen osallistuneet hoitajat kertoivat käyttävänsä ohjauksen tukena kyselylomaketta, jota kävivät potilaiden kanssa läpi sairauksien ehkäisyyn liittyen. Hoitajat näkivät kyselylomakkeen hyödyllisenä työkaluna, koska sen avulla keskustelua voi johdattaa tiettyyn suuntaan ja sitä käyttämällä on helpompaa pysyä olennaisissa asioissa ohjauksen kannalta. (Hörnsten ym. 2013.)

Louise, Leveritt, Desbrow & Ball (2014) totesivat tutkimuksessaan, että vain noin puolet hoitajista noudatti ravitsemussuosituksia antamassaan ravitsemusohjauksessa ja, että vain pieni osa hoitajista antoi ravitsemusohjauksen aikana ravitsemukseen liittyviä lehtisiä potilaille. Hoitajat kertoivat antavansa potilaille opaslehtisiä vastaanoton jälkeen luettavaksi. He myös kertoivat antavansa internet-linkkejä ja tietoa internet-sivuista tutustuttavaksi vastaanoton jälkeen. (Boase ym. 2013.)

Vuorovaikutukselliset menetelmät

Hoitajat kuvasivat, että he pyrkivät herättämään luottamusta tuomalla esiin positiivisia asioita negatiivisten sijaan. Hoitajat kokivat, että motivoivan haastattelun käyttö toi vuoropuheluihin rakennetta. (Brobeck ym. 2011.) Toisaalta osa hoitajista kuvasi välillä pelottelevansa potilaita, jos he eivät näyttäneet ymmärtävän muutoksen tarvetta tai nykyiseen käyttäytymiseen liittyviä riskejä (Hörnsten ym. 2013). Myös Lamben ym. (2008) tutkimuksessa osa hoitajista toi esille shokkiteknikan käyttämisen ohjauksen antotapana.

Jotkut hoitajat kuvasivat, että saattoivat vältellä tiettyjä aiheita, jotta eivät huolestuttaisi tai säikäyttäisi potilaita (Boase ym. 2013). Hoitajat myös kuvasivat, että jos he eivät ole riittävän hienotunteisia potilasta kohtaan, valta ja keskustelun johtaminen siirtyi hoitajalle. Samassa tutkimuksessa osa hoitajista kuitenkin kuvasi,

että heidän tulee joskus hallita ja johtaa keskustelua, jos potilas puhui epäolennaisista asioista. (Hörnsten ym. 2013.)

Hoitajat kertoivat pitävänsä ymmärrettävän kielen käyttämistä tehokkaana tapana antaa tietoa (Lambe ym. 2008). Hoitajat myös kokivat, että kasvatusten käytävissä keskusteluissa oli mahdollisuus antaa tukea (Boase ym. 2013).

Ohjauksen suunnitelmallisuus

Hoitajat kuvasivat keräävänsä tietoa potilaalta (Boase ym. 2013). Suurin osa hoitajista kertoi pyytävänsä potilaita kertomaan tavoistaan arkielämässä havaitakseen elintapoja, joiden muutoksesta voisi olla hyötyä (Hörnsten ym. 2013).

Vaikeasti motivoituville potilaille hoitajat kertoivat suosittlevansa pieniä tavoitteita, joita on mahdollista arvioida lyhyen ajan sisään. Jos potilaalla oli monia ongelmia, hoitajat pyrkivät keskittymään yhteen tärkeimpään ongelmaan kerrallaan. Hoitajat pyrkivät suunnittelun, arvioinnin ja seurannan avulla lisäämään potilaan minäpystyvyyttä ja muutosmotivaatiota. (Hörnsten ym. 2013.)

5.2 Vuorovaikutuksen merkitys ohjauksessa

TAULUKKO 4. Alaluokat ja niistä muodostunut yläluokka

Alaluokat	Yläluokka
Kielen ymmärrettävyys	Vuorovaikutuksen merkitys hoitajien toteuttamassa ohjauksessa
Potilaan nonverbaalisen viestinnän tulkinta	
Ilmapiiirin luominen	

Kielen ymmärrettävyys

Hoitajat kertoivat muuttavansa käyttämäänsä kieltä yksinkertaisemmaksi potilaan ymmärryksen mukaan (Boase ym. 2013). He myös ajattelivat, että ymmärrettävän kielen käyttäminen oli tehokas tapa antaa tietoa potilaille (Lambe ym. 2008). Hoitajat kuvasivat, kuinka kielimuuri saattoi vaikeuttaa suositusten antamista (Hörnsten ym. 2013).

Potilaan nonverbaalisen viestinnän tulkinta

Hoitajat tulkitsivat potilaan kehonkieltä (Boase ym. 2013; Lambe ym. 2008) ja tekivät päätelmiä potilaasta. Heidän mielestensä kasvotusten käytävien keskusteluiden aikana pystyi myös tulkita potilaiden reaktioita. (Boase ym. 2013.)

Ilmapiirin luominen

Hoitajat kuvasivat kuinka heidän tietämyksensä ja pitkä kokemuksensa tekivät potilaan kanssa käydyistä keskusteluista rennompia ja välittömämpiä (Hörnsten ym. 2013).

5.3 Hoitajien asenteet elintapaohjausta kohtaan

TAULUKKO 5. Alaluokat ja niistä muodostunut yläluokka

Alaluokat	Yläluokka
Hoitajien suhtautuminen elintapaohjaukseen	Hoitajien asenteet elintapaohjausta kohtaan
Hoitajien koulutushalukkuus	

Hoitajien suhtautuminen elintapaohjaukseen

Hoitajat näkivät olevansa ensisijaisessa asemassa puhumassa ruokavalion tärkeydestä terveydelle (Cass ym. 2014) sekä he pitivät ravitsemusohjauksen antamista tärkeänä (Louise ym. 2014). Osa hoitajista koki velvollisuudekseen antaa ravitsemusohjausta, jos potilas kieltäytyi ravitsemusterapeutin tapaamisesta (Jansink ym. 2010). Hoitajat myös kokivat, että heillä oli velvollisuus antaa ravitsemusohjausta potilaille, joilla on pitkäaikaissairaus tai riski sairastua siihen (Louise ym. 2014).

Hoitajien koulutushalukkuus

Useat hoitajat olivat kiinnostuneita kouluttautumaan ravitsemuksessa (Cass ym. 2014) sekä he kokivat, että lisäkoulutus hyödyttäisi heitä (Louise ym. 2014).

5.4 Potilaan taustatekijöiden huomioiminen

TAULUKKO 6. Alaluokat ja niistä muodostunut yläluokka

Alaluokat	Yläluokka
Potilaan yksilöllisyyden huomioiminen	Potilaan taustatekijöiden huomioiminen
Potilaan motivaation huomioiminen	
Potilaan sukupuolen huomioiminen	
Ympäristöön liittyvien tekijöiden huomioiminen	
Sosiaalisten taustatekijöiden huomioiminen	

Potilaan yksilöllisyyden huomioiminen

Hoitajat kokivat yksilöllisyyden tärkeäksi periaatteeksi, jota tavoittelivat ohjauksessa (Hörnsten ym. 2013). He myös huomioivat yksilön kontekstin (Boase ym. 2013). Hoitajat kokivat, että yksilön taustojen tunteminen auttaa muutoksen aikaansaamisessa potilaan käytöksessä (Lambe ym. 2008). He kokivat tärkeäksi kiinnittää huomiota siihen mitkä tekijät estävät ja mitkä edistävät muutosta kunkin potilaan kohdalla (Hörnsten ym. 2013). Hoitajat myös arvioivat kuinka paljon tietoa kukin potilas pystyi ottamaan vastaan ja mikä olisi oikea tapa antaa tietoa kullekin potilaalle (Boase ym. 2013).

Hoitajat arvioivat mitä potilaalle tehdyt riskiarviot tarkoittavat juuri kyseisen potilaan kohdalla (Boase ym. 2013). Hoitajat saattoivat poiketa ohjauksen tavanomaisesta sisällöstä keskustellakseen potilaalle sillä hetkellä tärkeämmäksi kokemista asioista kuten stressistä. He myös muokkasivat annettuja suosituksia maahanmuuttajien kohdalla. Hoitajat kokivat, että heidän pitkä kokemuksensa vaikutti siihen, että keskustelut olivat henkilökohtaisempia. (Hörnsten ym. 2013.)

Potilaan motivaation huomioiminen

Potilaille, jotka eivät olleet motivoituneita muutokseen, kerrottiin laboratoriomittauksen tuloksista sekä heille tuotiin ilmi, että he ovat itse vastuussa oman ter-

veydentilansa parantamisesta ja elämästään (Hörnsten ym. 2013). Hoitajat kokivat, että painostuksen seurauksena potilas ryhtyi vastustamaan muutosta (Jansink ym. 2010), mutta esimerkiksi motivoiva haastattelu oli hyvä keino käsittelemään potilaan vastarintaa. Hoitajien oli tärkeää kuunnella potilasta, minkälaisia muutoksia potilas oli motivoitunut tekemään. (Brobeck ym. 2011.)

Hoitajat kuvasivat, kuinka vaikeasti motivoituville potilaille suositeltiin pieniä tavoitteita, joita voisi arvioida lyhyen ajan sisään. Potilaan motivaatiota yritettiin lisätä muun muassa niin, että potilaille kerrottiin potilasyhdistyksistä tai tukiorganisaatioista kuten urheilu- ja harrastusseuroista. Hoitajat kokivat, että naisia oli helpompi motivoida muutokseen, kun sen sijaan iäkkäiden miesten kohdalla motiivointi oli vaikeaa. (Hörnsten ym. 2013.)

Hoitajat kokivat turhautumista, jos potilaat eivät ottaneet vastaan terveyden edistämiseen liittyviä neuvoja (Hörnsten ym. 2013). Jotkut hoitajat kuvasivat, että potilaan haluttomuus ottaa vastaan ohjausta aiheutti heissä voimattomuuden tunnetta (Jansink ym. 2010). Ravitsemusohjausta annettaessa hoitajien epävarmuus johtui osittain siitä, että potilas ei ollut motivoitunut (Louise ym. 2014). Jotkut hoitajat kuvasivat, kuinka heillä on ollut vain vähän toivoa siitä, että potilas tekisi muutoksia (Jansink ym. 2010).

Potilaan sukupuolen huomioiminen

Hörnsten ym. (2013) tutkimuksessa hoitajat kuvasivat, kuinka keskustelut naisten kanssa olivat henkilökohtaisempia sekä koskivat kokonaisvaltaista hyvinvointia. Keskustelut naisten kanssa olivat myös tunnepitoisempia ja heidän kanssaan oli hoitajien mukaan helpompi keskustella. Miesten kanssa oli vaikeampi keskustella terveellisten elintapojen omaksumisesta ja keskustelut usein koskivatkin yksittäisiä terveysongelmia. Miesten kanssa keskustelunaiheet nousivat usein testituloksista ja hoitajat sanoivatkin, että tunnepitoiset aiheet olivat vaikea ottaa puheeksi miesten kanssa. He myös kokivat, että naisia oli helpompi motivoida ja erityisesti iäkkäiden miesten kohdalla motiivointi oli vaikeaa. (Hörnsten ym. 2013.)

Ympäristöön liittyvien tekijöiden huomioiminen

Hoitajat huomioivat kuinka paljon heillä oli aikaa käytettävissä ohjaukseen (Boase ym. 2013).

Sosiaalisten taustatekijöiden huomioiminen

Hoitajat kuvasivat, kuinka vapaaehtoisuus käytävälle keskustelulle oli tärkeää. Hoitajat kokivat erityisen tärkeäksi maahanmuuttajien kanssa hienotunteisuuden sekä sen, että suosituksia muokattiin heidän kohdallaan. He kuvailivat, kuinka kielimuuri kuitenkin saattoi vaikeuttaa suositusten antamista. (Hörnsten ym. 2013.)

5.5 Potilaan rooli ohjauksessa

TAULUKKO 7. Alaluokat ja niistä muodostunut yläluokka

Alaluokat	Yläluokka
Ei-potilaslähtöinen ohjaus	Potilaan rooli ohjauksessa
Potilas ohjauksen keskiössä	
Potilaan kunnioitus ja arvostus	

Ei-potilaslähtöinen ohjaus

Eräs hoitaja kuvasi, että hänen mielestään aikuisina ihmisinä oli potilaiden tehtävä kuunnella ja noudattaa hänen neuvojansa. Samassa tutkimuksessa eräs hoitaja kertoi myös ohjaavansa kaikkia potilaita samalla tavalla. Osa hoitajista kuvasi, että mikäli potilaat eivät näyttäneet ymmärtävän muutokseen tarvetta tai nykyiseen käyttäytymiseen liittyviä riskejä, he päättivät välillä pelotella potilaita. (Hörnsten ym. 2013.) Toisaalta hoitajat kokivat myös, että tiedonkeruu rutiininomaisella tavalla ei aina vastannut potilaan välittömään tarpeeseen, eikä rutiininomaisesti suositusten mukaan toimiessa aina sitoudu potilaaseen (Boase ym. 2013).

Jotkut hoitajat kuvailivat, että heillä oli väärä tai liian korkeita odotuksia potilaan elintapamuutoksesta ja he saattoivat silloin painostaa potilasta muutokseen (Jansink ym. 2010). Myös Brobeckin ym. (2011) tutkimuksessa kävi ilmi se, että jotkut hoitajat kokivat painostavansa potilaita tekemään muutoksia, joita he eivät olleet valmiita tekemään.

Potilas ohjauksen keskiössä

Hoitajat pitivät potilaskeskeisyyttä hyvänä käytäntönä elintapaohjauksessa (Lambe ym. 2008). Hoitajat halusivat varmistaa, ettei potilas kokenut olevansa ainoastaan passiivinen hoidon kohde vaan potilas kokisi olevansa itse vastuussa omasta elämästään (Boase ym. 2013).

Hoitajat kokivat motivoivan haastattelun avulla pystyvänsä varmistamaan, että potilas pysyy ohjauksen keskiössä ja motivoivaa haastattelua käytettäessä hoitajan oli helpompi pysyä taustalla. Motivoivan haastattelun avulla potilaasta tuli kaikkein tärkein vuoropuhelussa. Hoitajat pitivät tärkeänä kuunnella sitä, millaisia muutoksia potilas oli motivoitunut tekemään ja miten hän haluaisi päästä asettamiinsa tavoitteisiin. Hoitajat eivät halunneet esittää kohtuuttomia vaatimuksia potilaita kohtaan. Hoitajien mielestä oli tärkeää antaa potilaille riittävästi tilaa ja aikaa muutoksen toteuttamiseen. (Brobeck ym. 2011.)

Hoitajat pitivät tärkeänä potilaan itse kokemia ongelmia. Osa hoitajista kertoi haluavansa pyrkiä tasavertaisuuteen keskusteluissa välttääkseen sen, ettei keskustelussa valta siirtyisi hoitajalle. (Hörnsten ym. 2013.)

Potilaan kunnioitus ja arvostus

Hoitajat kokivat olevansa kannustavia (Cass ym. 2014) ja he kertoivat pyrkivänsä lisäämään potilaan minäpystyvyyttä ja muutosmotivaatiota. Hoitajat kertoivat tavoittelevansa sitä, että potilas kokisi saavansa itse päättää elintapamuutoksista eikä olisi pakotettu niihin. He kertoivat tavoittelevansa myös sitä, että potilas lähtisi vastaanotolta positiivisella mielellä. (Hörnsten ym. 2013.) Hoitajat kuvailivat, että motivoivan haastattelun onnistuminen vaati potilaan kunnioitusta sekä sympatiaa ja ymmärrystä häntä kohtaan (Brobeck ym. 2011).

Hoitajat kokivat tärkeiksi periaatteiksi sen, ettei potilas kokisi tulleen loukatuksi tai, että hän ei joutuisi puolustelemaan itseään. Hoitajat pitivät tärkeänä osoittaa kunnioitusta potilaan tekemiä valintoja kohtaan, eivätkä he halunneet osoittaa kohtuuttomia vaatimuksia potilasta kohtaan. (Brobeck ym. 2011.) Mikäli hoitajat huomasivat potilaan välttelevän ohjaukseen liittyvää asiaa, he pyrkivät olemaan ystävällisiä saadakseen potilaan luottamuksen. He kuvasivat, miten ystävällisyys johti rehellisyyteen ja luottamukseen keskusteluissa. (Hörnsten ym. 2013.)

5.6 Hoitajien kokemukset ohjauksen estävistä ja edistävästä tekijöistä

TAULUKKO 8. Alaluokat ja niistä muodostunut yläluokka

Alaluokat	Yläluokka
Ajan puute	Hoitajien kokemukset ohjauksen estävistä ja edistävästä tekijöistä
Potilas haluton noudattamaan ohjausta	
Puutteet hoitajien osaamisessa	
Epäonnistumisen pelko	
Materiaalien tai koulutuksen puute	
Hoitajien negatiiviset tunnereaktiot	
Potilaiden elämäntapojen vaihtelevuus	
Motivoivan haastattelun käyttö	
Hoitajien ammatillinen osaaminen	

Ajan puute

Boasen ym. (2013) tutkimuksessa ilmeni, että ajan puute ohjauksessa oli keskeinen huoli hoitajille. Hoitajat kokivat, että tapaamisajat potilaan kanssa olivat liian lyhyitä riskeistä puhumiseen ja, että ajan vähyyden vuoksi informaatiota ei ollut mahdollista selventää potilaalle. (Boase ym. 2013.) Myös Cassin ym. (2014) tutkimukseen osallistuneiden hoitajien mukaan aikarajoitteet estivät antamasta ravitsemusohjausta. Sekä Lamben ym. (2008) tutkimuksessa ilmeni, että yksi merkittävimmistä elintapaohjausta estävistä tekijöistä oli ajan puute.

Potilas haluton noudattamaan ohjausta

Lambe ym. (2008) tutkimuksessa ilmeni, että potilaiden hoitomyöntyvyyden puute oli yksi suurimmista ohjausta estävistä tekijöistä. Se ilmeni muun muassa haluttomuutena vastaanottaa neuvontaa (Lambe ym. 2008). Hoitajista osa koki, että ravitsemusohjauksen esteenä oli potilaiden piittaamattomat asenteet ravitsemusta kohtaan (Cass ym. 2014).

Puutteet hoitajien osaamisessa

Cassin ym. (2014) sekä Jansinkin ym. (2010) tutkimuksissa tuli esille hoitajien kokemus siitä, ettei heillä ole riittävästi tietoa ohjattavasta aiheesta. Osa hoitajista myös koki, että heidän ohjaustaidoissaan on puutteita. Kyseisessä tutkimuksessa osa hoitajista koki, etteivät he tiedä, miten tehdä konkreettinen ja jäsennelty suunnitelma yhdessä potilaan kanssa. Jotkut hoitajat kokivat myös vaikeaksi ohjauksen sopeuttamisen potilaan sen hetkiseen tilanteeseen. (Jansink ym. 2010.) Hoitajilla oli myös vaikeuksia ottaa puheeksi tunnepitoisempia aiheita potilaan kanssa kuten ylipainoa, seksuaalisuutta, yksinäisyyttä, väkivaltaa tai hyväksikäyttöä (Hörnsten ym. 2013). Osa hoitajista mielsi, että oli ravitsemusterapeutin tehtävä antaa ravitsemusohjausta eikä heidän (Jansink ym. 2010).

Epäonnistuminen pelko

Cass ym. (2014) tutkimuksessa selvisi, että jotkut hoitajat epäröivät antaa ohjausta, jos pelkäsivät sen vaarantavan heidän ja potilaan välisen suhteen. He epäröivät ohjauksen antamista myös silloin, kun pelkäsivät potilaiden ajattelevan, että hoitajat olisivat tuomitsevia heitä kohtaan (Jansink ym. 2010). Jotkut hoitajat kokivat myös oman itsevarmuuden puutteen esteeksi ravitsemusohjauksen antamiselle (Cass ym. 2014).

Materiaalien tai koulutuksen puute

Lambe ym. (2008) tutkimuksessa kävi ilmi, että opetusmateriaalin riittämättömyys sekä ohjauksessa selkeiden ohjeiden puute olivat ohjausta vaikeuttavia tekijöitä. Hoitajat olivat myös huolissaan mahdollisuuksistaan osallistua koulutuksiin (Jansink ym. 2010).

Hoitajien negatiiviset tunnereaktiot

Osa hoitajista koki, ettei heillä ollut motivaatiota toistaa samoja ohjeita uudelleen. Samassa tutkimuksessa tuli esille myös hoitajien kokema empatian puute. Hoitajat kertoivat myös, että stressaantuneina he kokivat vaikeaksi kuunnella potilasta sekä he kokivat, että kärsivällisyys oli koetuksella stressaantuneena. (Jansink ym. 2010.)

Hoitajat kertoivat kokevansa turhautumista, jos potilaat eivät halunneet ottaa vastaan terveyden edistämiseen liittyviä neuvoja (Hörnsten ym. 2013). Lamben ym.

(2008) tutkimuksessa selvisi, että hoitajat saattoivat kokea epäonnistuneet neuvontatilanteet lannistavana, mikä saattoi johtaa siihen, että seuraavalle potilaalle ei neuvontaa annettu.

Kielelliset haasteet

Hoitajat kokivat, että kielimuuri saattoi vaikeuttaa ohjauksen antamista (Hörnsten ym. 2013).

Potilaiden elämäntapojen vaihtelevuus

Hoitajat kokivat, että potilaiden vaihtelevat elämäntavat saattoivat vaikeuttaa ohjauksen antamista (Lambe ym. 2008).

Motivoivan haastattelun käyttö

Hoitajat kokivat, että motivoivan haastattelun käyttö auttoi heitä tekemään parempaa työtä ja olemaan itsevarmempia (Brobeck ym. 2011).

Hoitajien ammatillinen osaaminen

Hoitajat kokivat, että heidän tietämyksensä ja pitkä kokemuksensa teki keskusteluista rennompia ja välittömämpiä potilaiden ja hoitajien välillä. Lisäksi he kokivat, että heidän pitkä kokemuksensa teki keskusteluista henkilökohtaisempia. Osa hoitajista lisäksi koki, että heidän ammatillinen kokemuksensa helpotti vaikeaksi koettujen aiheiden puheeksi ottamista. Hoitajien kokemuksen merkitys tuli esille esimerkiksi niin, että alkoholin käytöstä puhuminen tuntui helpommalta kuin 15 vuotta sitten. (Hörnsten ym. 2013.)

6 POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelu

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää kuvailevan kirjallisuuskatsauksen avulla, miten hoitajat kuvaavat antamaansa elintapaohjausta. Kirjallisuuskatsaukseen valikoitui seitsemän tutkimusta, jotka olivat yhtä lukuun ottamatta eurooppalaisia. Euroopan ulkopuolinen tutkimus oli australialainen. Tutkimukset liittyivät siihen, miten hoitajat kuvaavat antamaansa elintapaohjausta. Niiden tarkoituksina oli muun muassa selvittää, kuvailla tai arvioida esimerkiksi minkälaisia keskustelutapoja hoitajat käyttivät ohjauksessa, minkälaiseksi hoitajat kokivat roolinsa ja pätevyytensä ohjatessaan tiettyyn potilasryhmään kuuluvia potilaita, minkälaisia esteitä hoitajat kokivat ohjauksen antamiselle, tai sitä, kuinka usein hoitajat antoivat ohjausta ja kuinka tehokkaaksi he antamansa ohjauksen kokivat.

Kyngäksen ym. (2007, 29) potilasohjausta koskevassa oppikirjassa painotettiin, että ohjaukseen liittyvät taustatekijät tulisi ottaa huomioon, jotta ohjaus olisi yksilöllistä. Opinnäytetyön tuloksista selvisikin, että hoitajat ottivat huomioon potilasiin liittyviä taustatekijöitä. Sosiaalisista taustatekijöistä huomioitiin tuloksien mukaan eettisyys sekä potilaan etninen tausta sekä kulttuuritausta. Eettisyyteen kuuluu itsemääräämisoikeuden kunnioitus sekä potilaan yksilöllisyyden huomiointi (Kyngäs ym. 2007, 35). Tuloksista tuli ilmi, että yksilöllisyyden kerrottiin olevan tavoiteltava asia ohjauksessa (Hörnsten ym. 2013). Yksilöllisyyden ja etnisyyden huomiointi näkyi tuloksissa niin, että hoitajat muokkasivat ohjausta potilaalle sopivammaksi, esimerkiksi maahanmuuttajien kanssa ohjauksessa annettuja suosituksia muokattiin (Hörnsten ym. 2013). Yksilöllisyys näkyi myös siinä, miten paljon ja millä tavalla hoitajat antoivat tietoa potilaalle (Boase ym. 2013) sekä miten he arvioivat yksilöinä kunkin potilaan muutokseen vaikuttavia tekijöitä (Hörnsten ym. 2013). Itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen näkyi tuloksissa niin, että hoitajat huomioivat, millaisia muutoksia potilas oli itse valmis tekemään (Brobeck ym. 2011; Lambe 2008). Hoitajat pitivät tärkeänä myös sitä, että potilas lopulta itse päätti tekemistään muutoksista (Lambe ym. 2008). Ylimäen (2015, 29) tutkimuksessa ohjausinterventioiden vaikuttavuudesta tuetaan

samaa ajatusta siitä, että potilas on aktiivinen oman elämänsä asiantuntija sekä hänellä on vastuu tekemistään päätöksistä.

Tuloksissa selvisi, että hoitajat auttoivat ohjauksessaan potilasta löytämään ratkaisuja tilanteeseensa ja auttoivat sitoutumaan niihin (Brobeck ym. 2011). Myös Kyngäs ym. (2007) toteavat potilasohjausta käsittelevässä oppikirjassaan, että ammattihenkilön tehtävä on auttaa potilasta löytämään ratkaisuja oman tilanteensa parantamiseksi (Kyngäs ym. 2007, 25-26). Elorannan ym. (2016, 70) tutkimuksessa, jossa kuvailtiin potilasohjauksen laatua hoitajien näkökulmasta, ilmeni, että potilaalle tulisi tarjota aktiivista roolia ohjausprosessissa ja potilaan olisi hyvä itse kertoa oma käsityksensä tavoitteista sekä niiden saavuttamisesta. Opinnäytetyön tuloksissa tämä näkyi niin, että hoitajat halusivat selvittää mitä asioita potilas itse koki ongelmikseen (Hörnsten ym. 2013). Hoitajat pitivät tärkeänä huomioida sitä, millaisia muutoksia potilas oli motivoitunut tekemään ja miten hän haluaisi päästä asettamiinsa tavoitteisiin (Brobeck ym. 2011; Lambe ym. 2008).

Psyykkisiin taustatekijöihin kuuluu muun muassa motivaatio (Kyngäs ym. 2007, 34). Tuloksissa tuli esille, että potilaan motivaatio huomioitiin niin, että vaikeasti motivoituneille potilaille suositeltiin pieniä tavoitteita (Hörnsten ym. 2013). Motivaatiota pyrittiin myös lisäämään (Hörnsten ym. 2013). Mitä aiemmissa tutkimuksissa ei ollut nostettu esille ja joka opinnäytetyössä tuli ilmi, oli se, kuinka hoitajat kuvasivat sitä, miten potilaan vähäinen motivaatio vaikutti heihin negatiivisesti. Osa koki turhautumista (Hörnsten ym. 2013) toiset voimattomuutta (Jansink ym. 2010) ja osa epävarmuutta (Louise ym. 2014) potilaan vähäisen motivaation vuoksi.

Tuloksista tuli myös ilmi sellaisia ohjaustapoja, jotka viittasivat siihen, että potilasta ei pidetty keskustelussa tasavertaisena tai häntä ei pidetty oman elämänsä asiantuntijana kuten Kyngäs ym. (2007, 25-26) painottavat. Eräs hoitaja kertoi ohjaavansa kaikkia potilaita samalla tavalla ja toisen hoitajan mielestä potilaan tehtävä oli kuunnella ja noudattaa hänen neuvojansa (Hörnsten ym. 2013). Muita esiin tulleita ei-potilaslähtöisiä ohjaustapoja, joita opinnäytetyössä nousi esille ja mitä muissa tutkimuksissa ei ollut tullut ilmi, olivat ohjauksen ja tiedonkeruun rutiininomaisuus (Boase ym. 2013) sekä potilaan pelottelu (Hörnsten ym. 2013) ja painostus (Jansink ym. 2010; Brobeck ym. 2011).

Sukupuoli on yksi potilaan fyysisistä taustatekijöistä (Kyngäs ym. 2007, 29). Opinnäytetyön tuloksista nousi esille, että sukupuoli huomioitiin taustatekijänä, sillä hoitajat kokivat, että naisten ja miesten välillä eroja oli ohjauksen vastaanotavuudessa ja keskustelujen sisällöissä (Hörnsten ym. 2013).

Lipposen (2014, 50) tutkimuksessa potilasohjauksen toimintaedellytyksistä selvisi, että tutkittu tieto pitäisi olla ohjauksen antamisen pohjana. Opinnäytetyössä tuli ilmi, että hoitajat pitivät näyttöön perustuvan tiedon antamista tärkeänä periaatteena (Lambe 2008).

Opinnäytetyön tuloksissa suurimmaksi elintapaohjausta estäväksi tekijäksi nousi ajanpuute (Boase ym. 2013; Cass ym. 2014; Lambe ym. 2008). Lipposen (2014, 49) ja Kääriäisen (2007, 102) potilasohjauksen toimintaedellytyksiä ja potilasohjauksen laatua koskevissa tutkimuksissa tuli ilmi myös, että riittämätön aika esti potilasohjauksen toteutumista. Ajan puutteen vuoksi informaatiota ei ehditty selvittämään (Boase ym. 2013). Kääriäisen (2007, 102) tutkimuksessa tuli julki, kuinka riittävä aika mahdollistaisi perusteellisemmän potilasohjauksen.

Kääriäisen (2017, 94) tutkimuksessa tuli ilmi, että vajaat kaksi kolmesta hoitohenkilöstöstä arvioi tiedolliset valmiutensa hyväksi. Myös opinnäytetyön tuloksissa tuli ilmi, että hoitajista lähtöisin elintapaohjausta estävä tekijä oli puute osaamisessa. Puutteet näkyivät hoitajien tiedonpuutteissa (Cass ym. 2014; Jansink ym. 2010) sekä ohjaustaidoissa (Jansink ym. 2010). Myös Lipposen (2014, 49) tutkimuksessa tuli ilmi, kuinka hoitajat kaipasivat lisäkoulutusta ohjausmenetelmistä, hyvän ohjauksen perusteista sekä sairauksista ja niiden hoidosta. Opinnäytetyön tuloksissa tuli ilmi myös, että hoitajat olivat huolissaan mahdollisuuksista osallistua koulutuksiin (Jansink ym. 2010). He kokivat, että lisäkoulutus hyödyttäisi heitä (Louise ym. 2014). Myös Lipposen (2014, 49) ja Kääriäisen (2007, 103) tutkimuksissa tuli esille se, kuinka hoitajat kaipasivat koulutusta erilaisista ohjaukseen liittyvistä asioista.

Ohjauksen antamista vaikeutti myös opetusmateriaalin riittämättömyys sekä selkeiden ohjeiden puute ohjauksessa (Lambe ym. 2008). Samoja asioita tuli esille Lipposen (2014, 49) ja Kääriäisen (2007, 102) tutkimuksissa, joissa kävi ilmi, että

potilasohjausta esti ohjausmateriaalien puute. Ohjaukseen olisi kaivattu myös selkeää ohjausrunkoa (Lipponen 2014, 50).

Muita ohjausta estäviä tekijöitä, joita aikaisemmissa tutkimuksissa ei noussut, mutta opinnäytetyön tuloksista nousi, oli tunnepitoisten aiheiden puheeksi ottamisen vaikeus (Hörnsten ym. 2013), hoitajien stressaantuneisuus ja motivaation puute toistaa samoja ohjeita (Jansink ym. 2010) sekä epäonnistuneiden neuvontatilanteiden negatiivinen vaikutus ohjauksen toteuttamiseen (Lambe ym. 2008). Myös kielimuuri oli yksi vaikeuttavista tekijöistä (Hörnsten ym. 2013).

Kääriäisen (2007, 94) tutkimuksessa selvisi, että ohjausta edistäviä tekijöitä olivat hoitohenkilöstön kokemat hyvät ohjaustaidot, joita selitti muun muassa hoitohenkilöstön tiedollinen osaaminen. Opinnäytetyön tuloksissa nousi esille myös, että ohjausta edisti hoitajien tietämys sekä hoitajien kokemus (Hörnsten ym. 2013), joka ei ollut tullut ilmi aikaisemmissa tutkimuksissa. Hoitajat kokivat, että motivoivan haastattelun käyttö auttoi heitä olemaan parempia työssään (Brobeck ym. 2011). Tämäkään ei ollut tullut ilmi aikaisemmissa tutkimuksissa.

6.2 Eettisyys ja luotettavuus

Jotta tutkimus voisi olla eettisesti hyväksyttävä ja luotettava ja tulokset uskottavia, se on täytynyt tehdä hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti. Opinnäytetyötä tehdessä pyrittiin toimimaan tutkimuseettisen neuvottelukunnan muodostamien eettisten periaatteiden mukaisesti, jotka ovat yleinen huolellisuus, tarkkuus ja rehellisyys. Niitä noudatettiin suunnittelussa, tutkimustyössä, työn tulosten tallentamisessa ja esittämisessä sekä tulosten arvioinnissa. (TENK 2012, 6.)

Hyvän tieteellisen käytännön mukaan myös muiden tutkijoiden töitä tulee kunnioittaa ja heidän saavutuksensa tulee ottaa huomioon. Tässä työssä muiden tutkijoiden julkaisuihin on viitattu asianmukaisella tavalla ja näin he ovat saaneet saavutuksilleen kuuluvan merkityksen ja arvon opinnäytetyössä. Tutkimuksen tekeminen edellyttää tutkimusluvan saamista. (TENK 2012, 6.) Tarvittavat luvat tutkimuksen tekemiseen hankittiin yhteistyötahon toimivaltaorganisaatiolta eli tämän opinnäytetyön yhteistyötaholta Pirkanmaan sairaanhoitopiiriltä.

Hyvä tieteellinen käytäntö tiedonhankinnassa tarkoittaa sitä, että tiedonhankinta on perustettu oman alan tieteelliseen kirjallisuuteen sekä muihin asianmukaisiin lähteisiin (Vilkkä 2019, 46). Tässä työssä käytettiin Tampereen yliopiston kirjaston sähköisen hakupalvelun Andorin kautta löytyviä terveysalan tietokantoja sekä ammattikirjallisuutta. Lähteiden luotettavuutta arvioitiin ja valitut tutkimukset ovat vertaisarvioituja alkuperäistutkimuksia. Kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset olivat kaikki kansainvälisiä. Aikataulun puitteissa suomalaisia tutkimuksia ei onnistuttu aiheesta löytämään. Yksi tai useampi suomalainen tutkimus olisi lisännyt tuloksien luotettavuutta. Maat, joissa kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset oli tehty, olivat Ruotsi, Iso-Britannia, Irlanti, Alankomaat ja Australia.

Whitehead, Wang, Wang, Zhang, Sun & Xie (2008) selvittivät tutkimuksessaan kiinalaisten hoitajien ajatuksia siitä, mitä elintapaohjaus on heidän mielestään. Tutkimuksen mukaan aihetta on tutkittu Euroopassa ja Pohjois-Amerikassa. Tutkimuksen tulokset eli mitä hoitajat ajattelivat elintapaohjauksen olevan, olivat samansuuntaisia kuin aiemmin tehdyissä eurooppalaisissa ja pohjoisamerikkalaisissa tutkimuksissa. Se vahvistaa tutkimuksessa esille tuotua väitettä siitä, että elintapaohjauksen käytänteet perustuvat maailmanlaajuisesti yhteneviin periaatteisiin. (Whitehead ym. 2008.)

Tätä opinnäytetyötä tehdessä on otettu huomioon, että eri maiden hoitokulttuurit saattavat olla keskenään hyvinkin vaihtelevia. Tuloksissa ilmenneet hoitajien tärkeinä pitämät periaatteet kuitenkin olivat samankaltaisia eri tutkimusten välillä. Myös teoreettisessa viitekehyksessä esille tulleet ohjaukseen liittyvät piirteet tukivat opinnäytetyön tuloksia. On kuitenkin mahdollista, että eri maissa hoitajien työnkuva on erilainen kuin esimerkiksi Suomessa ja, että joissakin maissa elintapaohjaus on enemmän lääkärille kuuluvaa työtä, mutta nämä asiat eivät tutkimuksissa tulleet esille.

Suurin osa opinnäytetyössä käytetyistä lähteistä oli alle kymmenen vuotta vanhoja, mikä lisää luotettavuutta. Yli kymmenen vuotta vanhojen lähteiden arvioitiin olevan ajan tasalla ja asianmukaisia. Luotettavuutta vähentää se, että kirjallisuuskatsaukseen valitut tutkimukset olivat kaikki seitsemän englanninkielisiä. Opinnäytetyön tekijöiden äidinkieli ei ole englanti. Käännösvirheen mahdollisuus on siten olemassa, vaikka kääntämisessä on pyritty erityiseen huolellisuuteen.

Eettisyyden pohdinta korostuu kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa sen menetelmällisen väljyyden takia. Eettisyyttä ja luotettavuutta kuvailevassa kirjallisuuskatsauksessa voi lisätä läpinäkyvällä etenemisellä koko prosessissa. (Kangasniemi ym. 2013, 297.) Kuvailevan kirjallisuuskatsauksen eri vaiheet yritetty kuvata mahdollisimman selkeästi tässä työssä.

6.3 Opinnäytetyön prosessi

Opinnäytetyön prosessi alkoi maaliskuussa 2019 opinnäytetyön aiheen valitsemisella. Pian aiheen vahvistumisen jälkeen huhtikuussa 2019 pidettiin työelämäpalaveri, johon opinnäytetyön tekijät osallistuivat opinnäytetyötä ohjaavan opettajan sekä työelämäyhteys henkilöiden kanssa ja siellä avautuivat tarkemmin taustat opinnäytetyön aiheelle. Tarkoituksena oli tehdä kvantitatiivinen kysely Taysin toimialue 1 hoitajille. Toukokuussa 2019 järjestettiin ideaseminaari, jossa opinnäytetyön tekijät esittivät ensimmäiset versiot opinnäytetyön tarkoituksesta, tehtävästä ja tavoitteesta. Opinnäytetyön teoreettista viitekehystä kirjoitettiin kesän ja syksyn 2019 aikana. Elokuussa 2019 oli suunnitelmaseminaari ja työn tutkimuskysymykset muotoutuivat suunnitelmaseminaarin jälkeen. Syksyn 2019 aikana tekijät kävivät kvantitatiivisen opinnäytetyön menetelmän metodiopinnot, sillä siinä vaiheessa opinnäytetyön menetelmä oli vielä kvantitatiivinen. Teoreettisen viitekehysten kirjoittaminen jatkui vielä alkuvuoteen 2020 saakka. Kyselylomakkeen tekeminen ja viimeistely kesti marraskuusta 2019 helmikuuhun 2020 saakka.

Tutkimuslupa opinnäytetyölle saatiin maaliskuussa 2020. Maaliskuussa tekijät saivat tiedon, että Suomessa voimaan tulleen poikkeustilan vuoksi kyselylomakkeita ei voida lähettää kohdejoukolle kevään aikana. Tästä syystä opinnäytetyön menetelmää vaihdettiin maaliskuussa 2020 kvantitatiivisesta menetelmästä kuvailevaan kirjallisuuskatsaukseen, jotta työ saataisiin valmiiksi vielä saman kevään aikana.

Kuvailevaan kirjallisuuskatsaukseen päädyttiin sen perusteella, että opinnäytetyötä ei tarvinnut aloittaa täysin alusta vaan esimerkiksi teoreettinen viitekehys

pysyi lähes koskemattomana aikataulun vuoksi. Huhtikuussa 2020 alkoi kuvailevan kirjallisuuskatsauksen tekeminen ja kolme tutkimuskysymystä vaihtuivat yhteen tutkimuskysymykseen, jota muokattiin tarkoituksenmukaiseksi opinnäytetyön menetelmää ajatellen. Opinnäytetyö valmistui toukokuussa 2020.

6.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyön tulosten perusteella voidaan todeta, että erityisesti potilaan motivaatio ja yksilöllisyys huomioitiin ohjauksessa. Elintapaohjaus oli myös tavoitteellista toimintaa, jossa potilasta haluttiin pitää ohjauksen keskiössä ja häntä pidettiin oman elämänsä asiantuntijana. Hoitajat tekivät potilaasta tulkintoja ja muokkasivat antamaansa ohjausta potilaskohtaisesti. He myös ottivat potilaan erilaiset taustatekijät huomioon ohjausta antaessa sekä kunnioittivat potilaita ja heidän itsemääräämisoikeuttaan.

Elintapaohjausta estäviksi tekijöiksi nousivat ajan puute, potilaan haluttomuus ottaa ohjausta vastaan, opetusmateriaalin riittämättömyys, ohjauksen selkeiden ohjeiden puute sekä puute hoitajien ohjaustaidoissa sekä tietämyksessä. Hoitajien kokema stressi, motivaation puute, tunnepitoisten aiheiden puheeksi oton vaikeus sekä kokemukset epäonnistuneista ohjaustilanteista vaikeuttivat ohjauksen toteutumista. Myös kielimuuri aiheutti hankaluuksia ohjauksessa sekä potilaan motivaation vähyys aiheutti negatiivisia tunteita hoitajissa. Elintapaohjauksen sijaan edisti hoitajien tietämys ja kokemus sekä motivoiva haastattelu nähtiin hyvänä ohjausmenetelmänä.

Hoitajat kokivat potilaskeskeisyyden tavoiteltavaksi periaatteeksi antamassaan elintapaohjauksessa. Vain muutamissa hoitajien kokemuksissa tuli ilmi sellaisia piirteitä, jotka viittasivat siihen, ettei potilasta pidetty ohjauksen pääroolissa. Hoitajat kokivat, että koulutuksista voisi olla hyötyä ja kouluttautuminen voisikin mahdollistaa paremman ohjauksen antamisen. Tuloksista voi päätellä, että ohjauskäytäntöjä tulisi kehittää niin, että hoitajien kokemuksia otettaisiin enemmän huomioon. Ohjauskäytäntöjä kehittämällä hoitajien kokemukset ohjauksesta voisivat parantua ja heillä voisi olla mahdollisuus antaa parempaa elintapaohjausta, sillä useat tekijät edelleen estävät ohjauksen toteutumista. Tuloksista voi päätellä myös, että hoitajat kaipaavat selkeämpiä ohjeistuksia ohjauksen antamiseen.

Toisaalta hoitajat kokivat, että ohjauksen tehokkuus vähenee, jos se on liian rutiininomaista.

Tätä opinnäytetyötä tehtäessä huomattiin, että potilasohjausta ja elintapaohjausta erilaisten interventioiden ja niiden vaikuttavuuden näkökulmasta on tutkittu Suomessa paljon. Hoitajien näkökulmasta heidän omaa toimintaansa kuvaavana kyseisiä aiheita on Suomessa tutkittu kuitenkin vähän. Opinnäytetyössä saatuja tuloksia ei voi täysin yleistää koskemaan suomalaisia ohjauskäytänteitä, sillä tutkimukset olivat kaikki ulkomaisia.

Jatkotutkimusehdotuksena on kyselyn tekeminen hoitajille elintapaohjauksen toteutumisesta. Kyselyn avulla voisi saada esimerkiksi tietyssä sairaalassa työskentelevien hoitajien näkökulmaa esiin sekä tietoa siitä, miten elintapaohjaus toteutuu käytännön työssä. Samalla voisi olla mahdollista saada tietoa elintapaohjauksen sisällöstä.

LÄHTEET

- Alkoholiongelman hoito. Käypä hoito -suositus. 2018. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Päihdelääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50028#T4>
- Boase, S., Mason, M., Sutton, M. & Cohn, S. 2012. Tinkering and tailoring individual consultations: how practice nurses try to make cardiovascular risk communication meaningful. *Journal of Clinical Nursing* 21 (17-18), 2590-2598. <https://doi-org.libproxy.tuni.fi/10.1111/j.1365-2702.2012.04167.x>
- Brobeck, E., Bergh, H., Odenrants, S. & Hildingh, C. 2011. Primary healthcare nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion. *Journal of Clinical Nursing* 20 (23-24), 3322-3330. <https://onlinelibrary-wiley-com.libproxy.tuni.fi/doi/full/10.1111/j.1365-2702.2011.03874.x>
- Cass, S., Ball, L. & Leveritt, M. 2014. Australian practice nurses' perceptions of their role and competency to provide nutrition care to patients living with chronic disease. *Australian Journal of Primary Health* 20 (2), 203-208. https://search-proquest-com.libproxy.tuni.fi/docview/1759337920?rfr_id=info%3Axri%2Fsid%3Aprimo
- Eloranta, S., Leino-Kilpi, H. & Katajisto, J. 2014. Toteutuuko potilaslähtöinen ohjaus hoitotyöntekijöiden näkökulmasta? *Does the empowerment patient education realize from the perspective of the nurses.* *Hoitotiede*. 26 (1), 63–73.
- Häkkinen, E. 2017. Terveiden edistäminen. Sairaanhoidajan käsikirja. Duodecim Terveysportti. https://www.terveysportti.fi/dtk/shk/koti?p_artikkelishi00489&p_haku=terveyden%20edist%C3%A4minen
- Hörnsten, Å., Lindahl, K., Persson, K. & Edvarsson, K. 2013. Strategies in health-promoting dialogues – primary healthcare nurses' perspectives – a qualitative study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 28 (2), 235-244. <https://onlinelibrary-wiley-com.libproxy.tuni.fi/doi/full/10.1111/scs.12045>
- Jansink, R., Braspenning, J., van Der Weijden, T., Elwyn, G. & Grol, R. 2010. Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care: a qualitative analysis. *BMC Family Practice* 11, 41. <https://search-proquest-com.libproxy.tuni.fi/docview/902101390/?pq-origsite=primo>
- Jussila, A-M. 2018. Mikä ihmeen Vesote? Terveysliikuntautiset. UKK-instituutti. Luettu 12.12.2019. <http://www.ukkinstituutti.fi/filebank/3609-Terveysliikuntautiset-web.pdf>
- Järvinen, M. 2014. Motivoiva haastattelu. Suomalainen lääkäriseura Duodecim. Julkaistu 18.6.2014. Luettu 23.1.2020. <https://www.kaypahoito.fi/nix02109>
- Jääskeläinen, M. & Virtanen, S. 2019. Tupakkatilasto 2018. Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. Luettu 22.3.2020. <http://www.julkari.fi/bitstream/han->

dle/10024/138961/Tupakkatilasto%202018_korjattu%20taulukot%2011_%20ja_9_%2820.1.2020%29%20UUSI.pdf?sequence=6&isAllowed=y

Kangasniemi, M., Utriainen, K., Ahonen, S., Pietilä, A., Jääskeläinen, P. & Liikainen, E. 2013. Kuvaileva kirjallisuuskatsaus: eteneminen tutkimuskysymyksestä jäsennettyyn tietoon/Narrative literature review: from a research question to structured knowledge. *Hoitotiede* 25 (4), 291-301

Kannabiksen aiheuttamat terveyshaitat. 2018. Lisätietoa aiheesta: Huumeongelman hoito: Käypä hoito -suositus. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Julkaistu 12.4.2018. Luettu 12.1.2020 <https://www.kaypahoito.fi/nix01881>

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

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2005. Käsitemallin ohjaus-käsitteestä hoitotieteessä. *Hoitotiede* 17 (5), 251–258.

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Väitöskirja. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789514284984.pdf>

Laaksonen, M., Kuusisto-Niemi, S. & Saranto, K. 2010. Sosiaalityön tiedonhallinnan tutkimus – kirjallisuuskatsaus tutkimusmetodinä. *Finnish Journal of eHealth and eWelfare*. 2010;2 (1), 26-32

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785. Luettu 30.1.2020. <https://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Lambe, B., Connolly, C. & McEvoy, R. 2008. The determinants of lifestyle counselling among practice nurses in Ireland. *International Journal of Health Promotion and Education* 46 (3), 94-99. <http://web.b.ebscohost.com.libproxy.tuni.fi/ehost/detail/detail?vid=0&sid=466d7285-e2ee-4907-8ee6-0cb5bc30a33a%40pdc-v-sessmgr04&bdata=JkF1dGhUeXBIP-WNvb2tpZSxpcCx1aWQmc2l0ZT1laG9zdC1saXZlJnNjb3BIPXNpdGU%3d#AN=105675509&db=ccm>

Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Terveystieteiden laitos, hoitotiede. Väitöskirja. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526203720.pdf>

Louise, M., Leveritt, M., Desbrow, B. & Ball, L. 2014. The self-perceived knowledge, skills and attitudes of Australian practice nurses in providing nutrition care to patients with chronic disease. *Family Practice* 31 (2), 201–208. <https://academic-oup-com.libproxy.tuni.fi/fampra/article/31/2/201/451915>

Oikarinen, A. 2016. Effects of risk factor targeted lifestyle counselling intervention on quality of lifestyle counselling and on adherence to lifestyle change in stroke patient. Faculty of Medicine. University of Oulu. Academic dissertation. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526211923.pdf>

- Partinen, M. 2018. Uniterveys – unen merkitys ihmisen hyvinvoinnille ja terveydelle. Terveysliikunta uutiset. UKK-instituutti. Luettu 11.3.2020. <http://www.ukkinstituutti.fi/filebank/3609-Terveysliikunta uutiset-web.pdf>
- PPSHP. n.d. Ammattilaiset ja elintapaohjaus. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri. Luettu 25.4.2020. <https://www.ppsHP.fi/Ammattilaisille/Terveysten-edistaminen/Pages/Ammattilaiset%20ja%20elintapaohjaus.aspx>
- PSHP. 2019. Elintapaohjaus. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Päivitetty 10.1.2020. Luettu 23.01.2020. <https://www.tays.fi/fi-FI/Ohjeet/Elintapaohjaus>
- Pöyry, A. 2017. Terveysten edistämisen näkyminen erikoissairaanhoidon vuodeosastopotilaiden hoidossa – arviointia kirjaamisen perusteella. Tampereen ammattikorkeakoulu. Terveysten edistämisen koulutus. Ylemmän ammattikorkeakoulun opinnäytetyö. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/126494/Poyry_Anna.pdf?sequence=1&isAllowed=y
- Rice, V., Hartmann-Boyce, J. & Stead, L. 2013. Nursing interventions for smoking cessations. *Cochrane Database Syst Rev.* 2013 Aug 12;(8):CD001188. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/23939719>
- Saarelma, O. 2019. Tupakoinnin lopettaminen (tupakasta vieroitus). Terveyskirjasto. Kustannus Oy Duodecim. Luettu 10.12.2019. https://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00337
- Salminen, A. 2011. Mikä kirjallisuuskatsaus? Johdatus kirjallisuuskatsauksen tyyppeihin ja hallintotieteellisiin sovelluksiin. Vaasan yliopisto. https://www.univaasa.fi/materiaali/pdf/isbn_978-952-476-349-3.pdf
- Seppä, K. 2013. Juomisen riskirajat. Päihdelinkki.fi. Päivitetty 8.12.2015. <https://paihdelinkki.fi/fi/tietopankki/tietoiskut/alkoholi/juomisen-riskirajat>
- Siren, R. 2019. Screening for cardiovascular risk factors in middle-aged men: the long-term effect of lifestyle counselling. Department of General Practice and Primary Health Care Doctoral Programme in Population Health, Faculty of Medicine University of Helsinki and Helsinki University Hospital and City of Helsinki Social Services and Health Care. <https://helda.helsinki.fi/bitstream/handle/10138/301608/SCREENING.pdf?sequence=1&isAllowed=y>
- STM. n.d. Potilaan oikeudet. Sosiaali- ja terveysministeriö. Luettu 15.9.2019. <https://stm.fi/potilaan-oikeudet>
- TENK. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Luettu 29.4.2020. https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf
- Terveyskylä. 2019. Unen merkitys. Naistalo. Päivitetty 29.5.2019. Luettu 22.1.2020. <https://www.terveyskyla.fi/naistalo/lis%C3%A4%C3%A4ntymisterveys/elintavoista-apua-hedelm%C3%A4llisyyteen/uni/unen-merkitys>

- Tervo-Heikkinen, T., Huurre, T., Saaranen, T. & Turunen, H. 2018. Hoitohenkilökunnan arviot potilasohjausosaamisestaan - kyselytutkimus yliopistollisessa sairaalassa. *Hoitotiede* 2018 (30 (3)), 179–190
- THL. 2019a. Elintavat. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Päivitetty 1.11.2019. Luettu 8.1.2020. <https://thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eriarvoisuus/elintavat>
- THL. 2019b. Elintavat ja mielenterveyshäiriöt. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Päivitetty 21.10.2019. Luettu 8.1.2020. <https://thl.fi/fi/web/mielenterveys/mielenterveyshairiot/elintavat-ja-mielenterveyshairiot>
- THL. 2019c. Puheeksiotto ja mini-interventio. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Päivitetty 16.12.2019. Luettu 8.1.2020. <https://thl.fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/ehkaiseva-paihdeyto/alkoholinkayton-puheeksiotto-ja-mini-interventio>
- THL. 2019d. Päihdehaitat käyttäjälle, läheisille ja yhteiskunnalle. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Päivitetty 31.10.2019. Luettu 9.1.2020. <https://thl.fi/web/alkoholi-tupakka-ja-riippuvuudet/paihdehoito/paihdehaitat-kayttajalle-laheisille-ja-yhteiskunnalle>
- THL. 2019e. Terveellinen ruokavalio. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Päivitetty 25.2.2019. Luettu 8.1.2020. <https://thl.fi/web/elintavat-ja-ravitsemus/ravitsemus/ravitsemus-ja-terveys/terveellinen-ruokavalio>
- THL. 2019f. Uni. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Päivitetty 8.11.2019. Luettu 22.1.2020. <https://thl.fi/web/elintavat-ja-ravitsemus/uni>
- THL. 2019g. Yleistietoa kansantaudeista. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Päivitetty: 8.11.2019. Luettu 21.11.2019. <https://thl.fi/fi/web/kansantaudit/yleistietoa-kansantaudeista>
- Tuohino, H., Mikkonen, K. & Kyngäs, H. 2019. Sairaanhoidajien toteuttamien interventioiden vaikutus verenpainepotilaiden lääkehoitoon sitoutumiseen ja verenpainearvoihin: systemaattinen kirjallisuuskatsaus. *Hoitotiede* 2019, 31 (1), 27–40.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2018. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Tupakka- ja nikotiiniriippuvuuden ehkäisy ja hoito: Käypä hoito -suositus. 2018. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Yleislääketieteen yhdistyksen asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Luettu 8.1.2020. <https://www.kaypahoito.fi/hoi40020>
- UKK-instituutti. 2019. Aikuisten liikkumisen suositus. Päivitetty 16.12.2019. Luettu 8.1.2020. <https://www.ukkinstituutti.fi/liikkumisensuositus/aikuisten-liikkumisen-suositus>
- Unettomuus: Käypä hoito -suositus. 2019. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Unitutkimusseura ry:n asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. <https://www.kaypahoito.fi/hoi50067#K1>

Valtion ravitsemusneuvottelukunta. 2014. Terveyttä ruoasta – Suomalaiset ravitsemussuositukset. 5. korjattu painos (pdf). Luettu 16.1.2020. https://www.ruokavirasto.fi/globalassets/teemat/terveytta-edistava-ruokavalio/kuluttaja-ja-ammatilaismateriaali/julkaisut/ravitsemussuositukset_2014_fi_web_versio_5.pdf

Vilka, H. 2019. Tutki ja kehitä. PS-kustannus. E-kirja.

Whitehead, D., Wang, Y., Wang, J., Zhang, J., Sun, Z. & Xie, C. 2008. Health promotion and health education practice: nurses' perceptions. *Journal of Advanced Nursing* 61 (2) <https://onlinelibrary-wiley-com.lib-proxy.tuni.fi/doi/full/10.1111/j.1365-2648.2007.04479.x>

Ylimäki, E-L. 2015. Ohjausintervention vaikuttavuus elintapoihin ja elintapamuutokseen sitoutumiseen. Lääketieteellinen tiedekunta. Oulun yliopisto. Väitöskirja. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789526207520.pdf>

LIITE 1

	Tutkimuksen nimi	Tutkimuksen tekijät, julkaisuvuosi ja julkaisupaikka	Tutkimuksen tarkoitus	Tutkimusmenetelmä ja aineisto?	Tutkimuksen keskeiset tulokset
1	Strategies in health-promoting dialogues – primary healthcare nurses' perspectives – a qualitative study	Hörnsten, Å., Lindahl, K., Persson, K. & Edvarsson, K. 2013. Ruotsi.	Kuvailla keskustelustrategioita, joita hoitajat käyttivät keskustellessaan terveydestä ja elintavoista	Laadullinen tutkimus Haastateltu 10 kokenutta perusterveydenhuollossa työskentelevää hoitajaa	Hoitajat käyttivät useita eri strategioita keskusteluissaan. Strategiat liittyivät potilaiden ohjaamiseen vs. painostamiseen, potilaiden myötäilemiseen vs. keskustelun ohjaamiseen, luottamuksen herättämiseen vs. pelon herättämiseen, potilaiden motivoimiseen ja tukemiseen vs. vastuun vaatimiseen sekä tunnepitoisten aiheiden esiin tuomiseen vs. niiden välttelyyn
2	Tinkering and tailoring individual consultations: how practice nurses try to make cardiovascular risk communication meaningful	Boase, S., Mason, M., Sutton, M. & Cohn, S. 2012. Iso-Britannia.	Selvittää perusterveydenhuollossa työskentelevien hoitajien kokemaa roolia keskusteluissa potilaiden kanssa, joilla on riski sydän- ja verisuonisairauksiin	Laadullinen tutkimus 16 hoitajaa haastateltu puolistrukturoidun haastattelun avulla	Hoitajat toivat esiin tarpeen kehittää luottamussuhde ja huomioida potilaan yksilöllisyys sydän- ja verisuonisairauksien riskeistä keskusteltaessa. Keskustelujen mahdolliset näkökulmat liittyivät jäseneltyyn tiedonkeruuseen; aikarajoitukseen ja potilaan yksilöllisyyden huomioimiseen

3	The determinants of lifestyle counseling among practice nurses in Ireland	Lambe, B., Connolly, C. & McEvoy, R. 2008. Irlanti.	Arvioida hoitajien antamaa elintapaohjausta mittaamalla sen yleisyyttä, saavutettua tehokkuutta ja sen mahdollisia esteitä	Monimenetelmätutkimus, jossa yhdistyy laadullinen ja määrällinen menetelmä Kysely lähetettiin 77 hoitajalle, joista kohderyhmän muodosti 10	Perinteinen terveyskasvatustapa on hallitseva hoitotyössä. Hoitajat suhtautuivat positiivisesti elintapaohjaukseen, mutta tarvitsevat lisätukea, jotta voivat ottaa puheeksi esimerkiksi tupakointiin ja runsaaseen alkoholinkäyttöön liittyviä asioita
4	Australian practice nurses' perceptions of their role and competency to provide nutrition care to patients living with chronic disease	Cass, S., Ball, L. & Leveritt, M. 2014. Australia.	Selvittää hoitajien käsityksiä roolistaan ja pätevyydestään antaa ravitsemusohjausta potilaille, joilla on pitkäaikaissairaus	Laadullinen tutkimus 20 hoitajaa haastateltu puhelimitse	Hoitajat pitivät ravitsemusohjausta tärkeänä osana rooliaan pitkäaikaissairauksien hoidossa. Rooliin kuului yleistä ohjausta ja tarkempaa ravitsemukseen liittyvää neuvontaa ja arviointia. Hoitajat olivat tietoisia ammatillisista rajoista ja olivat tietoisia siitä, etteivät ylitä rooliaan suhteessa muihin ammatilaisiin. He kokivat, että heillä on kannustava asenne ja riittävät yleiset tiedot ravitsemusohjauksen antamiseen

5	Primary care nurses struggle with lifestyle counseling in diabetes care: a qualitative analysis	Jansink, R., Braspenning, J., van Der Weijden, T., Elwyn, G. & Grol, R. 2010. Alankomaat?	Saada tietoa elintapaohjauksen esteistä tyypin 2 diabetesta sairastavien potilaiden ohjauksessa perusterveydenhuollossa työskentelevien hoitajien näkökulmasta	Laadullinen tutkimus 12 hoitajaa haastateltu puhelimitse	Hoitajat kokivat, että eniten esteitä elintapaohjaukselle oli potilaan ta-solla; potilailla oli rajallisesti tietoa terveellisistä elintavoista sekä rajoittunut käsitys omasta käytöksestään. Hoitajat kokivat, että potilailla ei ollut motivaatiota muuttaa elintapojaan tai riittävää kurinalaisuutta ylläpitää saavutettuja elintapamuutoksia. Lisäksi hoitajat kokivat tehokkaan elintapaohjauksen esteiksi ohjaustaitojen puutteen sekä liian vähäisen ajan.
6	Primary healthcare nurses' experiences with motivational interviewing in health promotion	Brobeck, E., Bergh, H., Oden-crants, S. & Hildingh, C. 2011. Ruotsi	Kuvailta perusterveydenhuollossa työskentelevien hoitajien kokemuksia motivoivasta haastattelusta terveyden edistämisen menetelmänä	Laadullinen tutkimus Haastateltu 20 aktiivisesti terveyden edistämässä motivoivaa haastattelua käyttävää hoitajaa	Motivoivan haastattelun todetaan olevan vaativa, rikastuttava ja hyödyllinen menetelmä, joka edistää tietoisuutta ja ohjausta hoitosuhteessa. Tulokset osoittavat myös, että motivoiva haastattelu on arvokas työkalu perusterveydenhuollon hoitajille terveyden edistämässä.

7	The self-perceived knowledge, skills and attitudes of Australian practice nurses in providing nutrition care to patients with chronic disease	Louise, M., Leveritt, M., Desbrow, B. & Ball, L. 2014. Australia.	Selvittää hoitajien käsityksiä ravitsemusohjauksen antamisesta potilaille, joilla on pitkäaikaisairaus	Määrällinen tutkimus 181 hoitajaa vastasi verkkokyselyyn	Lähes kaikki (89%) hoitajista koki tärkeäksi ravitsemuksen esiin tuomisen aina potilasta hoitaessa. Yli puolet (61 %) hoitajista koki olevansa epävarmoja siitä, oliko heidän antamallaan ohjauksella vaikutusta potilaan ravitsemussuositusten noudattamiseen. Lähes kaikki (89 %) hoitajista koki, että ravitsemukseen liittyvä koulutus voisi auttaa heitä toimimaan paremmin roolissaan.
---	---	---	--	---	--