



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Potilasohjauksen kehittäminen motivoivan haastattelun näkökulmasta

Julkunen, Lilli & Viljanen, Miia-Maaria

2013 Laurea Otaniemi

Laurea-ammattikorkeakoulu
Otaniemen toimipiste

IVF-hoitojen potilasohjauksen kehittäminen motivoivan haastattelun näkökulmasta

Julkunen Lilli
Viljanen Miia-Maaria
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Toukokuu, 2013

Laurea-ammattikorkeakoulu
Otaniemi
Hoitotyön koulutusohjelma
Terveydenhoitotyön AMK

Tiivistelmä

Julkunen Lilli
Viljanen Miia-Maaria

IVF-hoitojen potilasohjauksen kehittäminen motivoivan haastattelun näkökulmasta

Vuosi 2013 Sivumäärä 66

Tutkimuksessa selvitettiin Naistenklinikan Naistentautien poliklinikalla työskentelevien hoitajien arviota omista ohjaustavoistaan ja niiden parantamishdotuksista. Opinnäytetyöprosessi lähti käyntiin, kun Naistenklinikan Naistentautien poliklinikan henkilökunnalta tuli pyyntö tehdä opinnäytetyö potilasohjauksesta. Tavoitteena oli pyrkiä parantamaan ja yhtenäistämään potilasohjausta ja sen laatua polikliinisessä hoitotyössä, etenkin IVF-hoidoissa. Pyrkimyksenä oli tuottaa uutta ja päivitettyä tietoa potilasohjauksesta polikliinisessä ympäristössä. Tutkimus tarjoaa tietoa, jonka perusteella hoitohenkilökunta pystyy tarvittaessa kehittämään ohjausmenetelmiään - ja tapojaan tulevaisuudessakin.

Tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat ovat potilasohjaus, polikliininen hoitotyö, motivoiva haastattelu, lapsettomuushoidot sekä lapsettomuushoitoja koskevat lait ja säädökset. Tutkimusaineistoa kerättiin kyselylomakkeiden avulla. Kyselylomakkeessa oli kvantitatiivisia ja kvalitatiivisia kysymyksiä. Strukturoidut kysymykset koskivat hoitajan kokemuksia hoidon resursseista sekä potilasohjauksen kokemusta yleisellä ja henkilökohtaisella tasolla. Avoimilla kysymyksillä pyrittiin selvittämään potilasohjauksen tämänhetkiset vahvuudet ja heikkoudet, ohjauksen kehitysideat, koulutusmahdollisuudet, potilasohjauksen tämänhetkinen viitekehys sekä tiedot ja koulutushalu motivoivasta haastattelusta. Aineisto kerättiin kahdeksan päivän ajan maaliskuussa 2013. Naistenlinikalla työssä olevista 32 hoitajasta 25 vastasi kyselylomakkeeseen. Kvantitatiivista tutkimusmateriaalia analysoitiin SPSS-ohjelman avulla ja avoimet kysymykset purettiin käsiteanalyysin avulla.

Tuloksista ilmeni, että hoitajat pitivät suurimpina kehitettävänä asioina potilasohjausaikojen riittämättömyyttä sekä kunnollisten ohjaustilojen puutetta. Hoitajat myös kaipasivat potilasohjausmenetelmien yhtenäistämistä ja päivittämistä. Pääasiassa hoitajat olivat tyytyväisiä poliklinikan potilasohjauksen tasoon ja hoitajien työmotivaatioon. Potilasohjausta pidettiin myös vaikuttavana tekijänä hoidon tulosten kannalta. Hoitajat kokivat, että tutkittua tietoa ei hyödynnetä tarpeeksi potilasohjauksessa, mutta heillä on halu tarjota potilaille laadukasta ja asiakaslähtöistä potilasohjausta. Suurin osa hoitajista koki tietävänsä ainakin joillain tasolla, mitä motivoivalla haastattelulla tarkoitetaan. Kuitenkin he kokivat lisäkoulutuksen aiheesta tarpeelliseksi. Avoimien kysymysten perusteella suurin osa poliklinikan hoitajista perustaa potilasohjauksensa hyvän hoidon kriteereihin, potilaslähtöisyyteen tai Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin arvoihin.

Jatkotutkimusaiheena olisi tehdä samanlainen tutkimus, jossa potilasohjauksen laatua arvioisivat poliklinikan asiakkaat. Asiakkaat ovat se joukko, joka ottaa ohjausta vastaan. Näin pystyttäisiin arvioimaan potilasohjauksen onnistumista laajemmin ja toisesta näkökulmasta. Jatkotutkimusaiheena voisi olla myös se, että tutkittaisiin useita erilaisia potilasohjaamisen menetelmiä selvittäen niiden sopivuutta poliklinikatyöhön.

Asiasanat: IVF-hoidot, lapsettomuus, motivoiva haastattelu, potilasohjaus

Julkunen Lilli
Viljanen Miia-Maaria

The development of the IVF-treatments patient guidance from the perspective of the motivational interview

Year	2013	Pages	66
------	------	-------	----

The study was carried out to find out what kind of views women's disease polyclinic nurses at the Women's Hospital have about their guidance skills and how to improve them. The process of creating the thesis started when the polyclinics personnel sent a request for a thesis about patient guidance. The goal was to improve the quality of the patient guidance in polyclinic nursing, especially in IVF-treatments. The aim was to produce new and improved information about the patient guidance in polyclinic environment. The thesis provides information that can be utilized by nursing personnel to improve their guidance methods in the future.

The theoretical framework of the covers: patient guidance, polyclinic nursing, motivational interviewing, fertility treatments and the laws and provisions about the fertility treatments. The material was collected by questionnaires which included quantitative and qualitative questions. The structured questions dealt with nurses' experiences about nursing resources and patient guidance on general and personal levels. The purpose of the open-ended questions was to find out current pros and cons in the patient guidance, the ideas for improving the guidance, training possibilities, the current framework of guidance as well as knowledge and willingness for training about motivational interviewing. The material was collected in eight days in March 2013. A total of 25 out of 32 nurses working at the Women's Hospital answered the questionnaire. The quantitative material was analyzed with SPSS-program and the open-ended questions with concept analysis.

The results of the study showed that the nurses consider lack of time and proper places in patient guidance as the biggest areas of improvement. The nurses also experienced that the patient guidance methods should be unified and updated. The nurses were mostly satisfied with the level of patient guidance and they also thought that the work is motivating. The patient guidance was considered as an effective part of the treatment. The nurses experienced that research data is not used enough in patient guidance but they were willing to offer customer-oriented patient guidance with good quality. The major part of the nurses found at least on some level that they know what motivational interview means. However, they still experienced that further training is needed in motivational interview. The open-ended questions indicate that the majority of the nurses base their patient guidance on the criteria of good treatment, patient-centeredness or the values of the Hospital District of Helsinki and Uusimaa (HUS).

A good topic for a follow-up would be a study which collects the patients' opinions of the polyclinic's patient guidance as the patients are the ones who receive the guidance. This way we could estimate more widely the success of the patient guidance and from another point of view. Another topic for a follow-up could also be a study which would test a variety of patient guidance methods and solve which one suits the most for the polyclinics.

Keywords: IVF-treatments, childlessness, motivational interviewing, patient guidance

Sisällys

1	Johdanto.....	7
2	Polikliininen hoito.....	7
3	Naistentautien poliklinikka.....	8
3.1	Gynekologiset syövät ja kasvaimet	9
3.2	Gynekologinen tutkimusyksikkö	11
3.3	Hormoni ja lapsettomuushoidot	12
4	Potilasohjaus.....	12
4.1	Ohjaaminen hoitotyössä	12
4.2	Eettinen hoitotyö.....	14
4.3	Potilasohjauksen prosessi.....	15
4.4	Ohjausmenetelmät.....	16
4.5	Tutkitun tiedon käyttö ohjauksen toteuttamisessa.....	17
4.6	Hoitaja potilaan ohjaajana	17
4.7	Potilasohjauksen laadun arviointi	19
4.8	Laadukas potilasohjaus.....	20
4.9	Ohjauksen vaikuttavuus.....	21
4.10	Potilasohjauksen vastuu	21
5	Motivoiva haastattelu	22
5.1	Sisäinen motivaatio	22
5.2	Viestintä motivoivassa haastattelussa	23
5.3	Muutosprosessi.....	24
5.4	Motivoivan haastattelun keinot.....	24
6	Lapsettomuus ja koeputkihedelmöitys (IVF)	27
6.1	Yleisyys.....	27
6.2	Lapsettomuuden syitä	28
6.3	Hoitopolku	28
6.4	Lapsettomuustutkimukset erikoissairaanhoidossa.....	29
6.5	Lapsettomuushoidot	31
6.6	Koeputkihedelmöitys	31
6.7	Hedelmöityshoitolaki	33
7	Laki potilaan oikeuksista ja asemasta.....	34
8	Tutkimusmenetelmät.....	35
8.1	Monimenetelmäinen tutkimusote	35
8.2	Kvantitatiivinen tutkimusote.....	35
8.3	Luotettavuus ja eettisyys	36
9	Opinnäytetyön tavoitteet, tarkoitus ja tutkimuskysymykset.....	38

9.1	Toteutussuunnitelman aikataulu	38
9.2	Tutkimusluvut.....	39
10	Tuloksia	39
10.1	Vastaajien taustatiedot	40
10.2	Vastaajien arvio potilasohjaamisen resursseista	41
10.3	Potilasohjaus yleisellä ja henkilökohtaisella tasolla	42
10.3.1	Vastaajien arvio potilasohjauksen osaamisesta yleisellä tasolla.....	42
10.3.2	Vastaajien arvio potilasohjauksen osaamisesta henkilökohtaisella tasolla.....	42
10.4	Kysymys motivoivasta haastattelusta.....	44
10.5	Tieto motivoivasta haastattelusta	44
10.6	Kokemus motivoivasta haastattelusta	44
10.7	Tarve lisäkoulutukselle motivoivan haastattelun menetelmistä.....	45
10.8	Koulutuksen sisältötoiveet.....	45
10.9	Kehittämissideat potilasohjaukselle	46
10.10	Potilasohjauksen vaikuttavuus.....	47
10.11	Tyytyväisyys potilasohjauksessa	48
10.12	Potilasohjauksen heikkoudet.....	49
10.13	Mahdollisuudet kehittää potilasohjaustaitoja.....	50
10.14	Potilasohjauksen viitekehys	51
11	Päätelmiä tuloksista	52
12	Motivoiva haastattelun soveltamishdotukset lapsettomuushoitoihin.....	53
	Muutospuheen taulukko	54
13	Pohdinta	55
	Lähteet	59
	Kuviot	64
	Liitteet	65

1 Johdanto

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin alueella toimivan Naistenklinikan toimintaa joudutaan muuttamaan, sillä sairaalaa aletaan remontoida massiivisesti kevään 2013 aikana (Naistenklinikan rakennushanke 2012). Tämä tarkoittaa sitä, että myös hormoni- ja lapsettomuuspoliklinikan toiminnassa tapahtuu muutoksia, joista tällä hetkellä ei ole vielä täyttä varmuutta. Suunnitelmien on kuitenkin tarkoitus poliklinikkatoiminnan osalta valmistua alkuvuodesta. (Naistentautipotilaiden hoito 2012).

Ajatus potilasohjauksen kehittamisestä Naistenklinikan hormoni- ja lapsettomuuspoliklinikalla lähti syksyllä 2012, jolloin osaston henkilökunta esitti toivomuksen potilasohjauksen kehittämistä opinnäytetyönaiheeksi. Hormoni- ja lapsettomuuspoliikka haluaa remontista huolimatta tarjota laadukasta hoitoa potilailleen, jolloin myös potilasohjauksen muokkaaminen ajankohtaisemmaksi on tarpeen. Potilasohjaus kuitenkin jo käsitteenä sisältää useita erilaisia teorioita sekä näkökulmia, joten ilman aiheen rajausta opinnäytetyön tekeminen ei olisi mahdollista. Naistenklinikan johtavan ylihoitajan johdolla on päädytty joulun aikoihin siihen, että potilasohjauksen tutkimisessa keskityttäisiin motivoivaan haastatteluun.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittää hoitajien antamaa IVF-hoitojen potilasohjausta motivoivan haastattelun näkökulmasta potilaslähtöisemmäksi. Aihetta ei ole Suomessa juuri tutkittu tältä osin, vaikka muuten IVF-hoitoja, potilasohjausta sekä motivoivaa haastattelua on tutkittu paljonkin. Lähimpänä nyt tehtävää tutkimusta on opinnäytetyö ”Pariskunnan koeputkihedelmöityshoidon (IVF) ohjauksen kehittäminen - audiovisuaalinen ohjausmateriaali koeputkihedelmöityksestä” (Hiltunen 2010). Kyseisessä opinnäytetyössä kuitenkin paino on audiovisuaalisen ohjausmateriaalin tekemisessä, eikä siinä tuoda esiin motivoivan haastattelun näkökulmaa.

2 Polikliininen hoito

Hoidon kehittämisen tavoitteena on muokata toimintatapoja niin, että ne vastaisivat nykyistä paremmin potilaiden tarpeita. Polikliinista hoitotyötä tarkastellaan, koska uudenlaiset hoitomuodot, hoitoaikojen lyheneminen, toiminnan tehokkuusvaatimukset ja työnjakoon liittyvät kysymykset ovat ajankohtaisia.

Poliklinikkatoiminnassa riittävä potilasohjaus on kokonaistyytyväisyyteen vaikuttava kokemus, ja sen kehittäminen on yksi tärkeimmistä haasteista. Potilaat kokevat, etteivät saa tarpeeksi tietoa poliklinikkakäynnin kestosta, tutkimuksista, lääkkeistä, hoitovaihtoehdoista ja ennusteesta. Tiedon saannin yhteydessä myös poliklinikkakäynnin määrä on yhteydessä tyytyväisyyteen; mitä useammin potilas oli käynyt poliklinikalla, sitä huonommaksi hän arvioi tiedon saannin. Tiedon saannin yksi ongelma on myös se, ettei potilas ymmärrä hoitajan antamia ohjeita ja vastauksia. Potilaan positiivinen tai negatiivinen kokemus odotusajan pituudesta vaikuttaa potilaan ja henkilökunnan väliseen vuorovaikutussuhteeseen ja hoitoon sitoutumiseen. Potilaat kokevat tarvitsevansa enemmän konkreettista tietoa. (Säilä, Mattila, Kaunonen & Aalto 2006.)

Poliklinikoiden potilaskontaktit ovat usein lyhyitä ja tehokkaita. Ne se muodostuvat monista eri vaiheista, joita ovat muun muassa lääkärin tapaaminen, sairaanhoitajien vastaanotto sekä tutkimuskäynnit. Puhelinvastaanottoa pidetään myös vaihtoehtona perinteiselle poliklinikkatoiminnalle ja sitä perustellaan esimerkiksi sellaisen vastaanottojen korvaajana, joissa ei tehdä konkreettisia fyysisiä tutkimuksia, ja joiden pääpaino on keskustelussa. Tällöin etuina ovat seuraavat asiat: ei odotteluai-kaa poliklinikalle, ajan säästäminen, miellyttävyys eikä hoitoon tarvitse matkustaa. HYKS poliklinikkauudistuksen tavoitteena oli lisätä erikoislääkärin työpanosta poliklinikoilla, vähentää uusintakäyntejä, lyhentää odotusaikoja ja varmistaa se, että potilasta hoitaa sama lääkäri ja hoitajat. (Säilä, Mattila, Kaunonen & Aalto 2006.) Poliklinikkakäynneillä potilaat ovat olleet tyytyväisimpiä kohteluun, henkilökunnan käytökseen, palveluun ja ammattitaitoon. Tyytymättömyyttä aiheuttivat odotusajat vastaanotolle ja tutkimuksiin, tiedonsaantiin liittyvät asiat, kiire ja riittämätön henkilökunnan määrä ja omaan hoitoon vaikuttamisen puute. (Säilä, Mattila, Kaunonen & Aalto 2006.)

3 Naistentautien poliklinikka

Naistentautien poliklinikka hoitaa naisia elämänkaaren eri vaiheissa, ja sen tehtävänä on naisen terveyden ylläpitäminen ja edistäminen sekä sairauksien hoito ja ehkäisy. Hoitotyö toteutetaan yksilövastuullisesti eri ammattiryhmien yhteistyössä, ja hoito perustuu humanistiseen ihmiskäsitykseen Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin arvoja noudattaen. Naistentautien poliklinikalla on 32 hoitotyöntekijää. Asiakkaina on noin 30 000 potilasta vuodessa. Poliklinikka on ajanvarauspoliklinikka, jonne poti-

las tulee lääkärin läheteellä. Poliklinikan vastaanotolla työskentelevät hoitaja ja lääkäri työparina. Yleisgynekologian vastaanottojen lisäksi poliklinikalla on opetusvastaanottoja, anestesia­lääkärin vastaanotto, ultraäänivastaanotto, EKG-vastaanotto ja irtosolunäyteseuranta. Sairaala­paikanvarauksen tehtävänä on toimenpidettä tai leikkausta tarvitsevien potilaiden hoidonvarauksen sekä ohjauksen huolehtiminen. Gynekologisten syöpätautien tutkimusyksikkö huolehtii syöpäpotilaiden seurannasta sekä sytostaatti- ja sädehoitojen suunnittelusta. Tähän toimintaan kuuluvat myös kolposkopiat sekä loop-hoidot. Urogynekologisessa tutkimusyksikössä tehdään urodynamicisia tutkimuksia, cystoskopiota sekä tutkitaan virtsateiden toimintahäiriöitä. Hormoni- ja lapsettomuuspoliklinikalla tehdään tutkimuksia ja hoidetaan potilaita, joilla on endokrinologisia ongelmia eli hormoneja tuottavien elinten sairauksia, jotka voivat johtua mm. hormonien liikatuo­dannosta tai niiden puutteesta. Poliklinikalla toimii myös IVF- ja spermalaboratorio. (Naisten­klinikan infokirje opiskelijalle 2012.)

3.1 Gynekologiset syövät ja kasvaimet

Naisen sukupuolielimiin kuuluvat ulkosynnyttimet, emätin, kohtu, munanjohtimet ja munasarjat (Pellinen 2004, 4 - 6). Yleisimmät gynekologiset leikkaukset ovat syöpäleikkaukset, endometrioosileikkaukset, kohdunpoisto, laskeumaleikkaus, kohdun ja munasarjojen muutokseen kohdistuvat toimenpiteet ja leikkaukset virtsankarkailun hoitamiseksi. (HUS Naistentautien poliklinikka 2012.)

Kohdunkaulan syövän esiasteet voivat hoidotta kehittyä kohdunkaulan syöväksi. Muutosten syntymiseen vaikuttaa papilloomavirusinfektio, joka voi aiheuttaa genitaalien alueella visvasyylinä esiintyviä infektioita. Papilloomaviruksen tauti on erilainen eri yksilöillä, yleisin on spontaanisti paraneva infektio. Genitaalialueella papilloomavirusten merkitys on suuri kohdunkaulan riskissä. Kohdunkaulan solumuutokset eivät aina tuota oireita. Gynekologinen irtosolunäyte, eli papa-koe, on tärkeä löydös kohdunkaulan solumuutoksien kertojana. Kohdunkaulan syövän hoitopäätösten tulee perustua kolposkopiaan, ja paras hoitomenetelmä nykyisin on sähkösil­mukahoito, eli loop-konisaatio. Hoitojen jälkeen seuranta on erityisen tärkeää. Papa-kontrolleja tehdään vuosittain vähintään viiden vuoden ajan. (Nieminen 2007.)

Kohdussa voi olla lihaskasvaimia eli myoomia, jotka ovat melko yleisiä. Suurin osa myoomista on oireettomia, mutta tavallisimmat oireet ovat vuotohäiriöt, painontunne, tihentynyt virtsaamistarve, ulostuksen vaikeudet ja lapsettomuus. Myoomat voi-

vat estää raskauden alkamista ja aiheuttaa keskenmenoja, jolloin operatiivinen hoito voi auttaa. Kohdun rungossa ja kaulaosassa voi olla polyyppeja ja useimmat niistä ovat oireettomia. Polyypit todetaan vuoto-oireiden ja gynekologisen tutkimuksen perusteella. Kohdunkaulan polyypit poistetaan polyyppihdeillä kiertämällä, kun taas kohdunrunгон polyypit poistetaan kaavinnalla tai poistamalla ne. Kohdun limakalvon hyperplasiat todetaan oireiden perusteella ultraäänitutkimuksessa ja sen yhteydessä otettavien näytteiden avulla. Hyvänlaatuiset munasarjakasvaimet voivat usein olla oireettomia. Kasvaessaan ne saattavat tuottaa painon tunnetta, verenvuotoa, kipua tai jopa shokin. Munasarjakasvain löytyy usein sattumalta gynekologisessa sisätutkimuksessa. Hyvänlaatuiset munasarjakasvaimet ovat yleensä oireettomia tai vähäoireisia. Joskus kasvain saattaa aiheuttaa akuutteja oireita: sen repeytymä aiheuttaa verenvuodon, joka voi aiheuttaa kipua, shokin tai infektion. (Nieminen 2007.)

Kohdunrunгон syöpä on yleisin gynekologinen syöpä. Kohdun limakalvon liikakasvu on seurausta pitkittyneestä estrogeeni vaikutuksista tai liian vähäisestä keltarauhashormonin määrästä. Myös pitkäaikainen estrogeenihoito lisää kohdunrunгон syövän riskiä. Keltarauhasen lisääminen estrogeeniin vähentäisi riskiä. Riski kohdunrunгон syöpään kasvaa myös ylipainosta, diabeteksesta, kohonneesta verenpaineesta, kuukautishäiriöistä, synnyttämättömyydestä ja sukurasitteesta. (Javanainen 2007.)

Munasarjasyöpä on alkuvaiheessa oireeton, ja se löydetään usein sattumalta gynekologisessa tutkimuksessa. Munasarjasyöpä voi aiheuttaa epämääräisiä vatsa- tai selkäkipuja, tihentynyttä virtsaamistarvetta, ulostuspakkoa, äkillistä vatsakipua tai kuumetta. Hoitona voi olla leikkaus ja jatkohoito tai solunsalpaajat levinneisyyden ja erilaistumisen mukaan. (Nieminen 2007.) Munasarjasyövän perushoitona on leikkaus, jolloin poistetaan kohtu, munasarjat, umpilisäke ja vatsapaita. Paikallisessa munasarjasyövässä leikkaus voi olla riittävä hoitotoimenpide. Fertiili-ikäisillä naisilla, joilla tauti on rajoittunut vain toiseen munasarjaan, voidaan tehdä niin sanottu säästävää leikkaus, jossa säilytetään kohtu ja toinen munasarja. Hoitoa jatketaan solunsalpaajahoidolla. Hoidon päättymisen jälkeen potilas alkaa käydä seuranta tutkimuksissa, jotka kestävät noin 5 vuotta. Ajan myötä käyntivälejä harvennetaan. Seuranta käynneillä tehdään sekä sisätutkimus että ultraäänitutkimus. (Pellinen 2004, 4-6.)

3.2 Gynekologinen tutkimusyksikkö

Yleisgynekologian vastaanotolla tutkitaan muun muassa vuoto- ja hormonihäiriöitä, gynekologisia kiputiloja, kasvaimia, alkuraskauden häiriöitä sekä otetaan Papa - seurantoja. Uro-gynekologian poliklinikalla tutkitaan ja hoidetaan potilaita, joiden ongelma on virtsankarkailu. Tutkimusmenetelmiä ovat esimerkiksi virtsarakon täyttökoe sekä tähystys. Tavoitteena on potilaan päivittäisen elämänlaadun parantaminen, joko fysiatrisen-, lääkkeellisen- tai leikkaushoidon avulla. Tavoitteena on tyytyväinen potilas, jonka odotukset ja tarpeet ovat tulleet huomioiduksi. Gynekologisen tutkimusyksikön henkilökuntaan kuuluvat erikoislääkärit, erikoistuvat lääkärit, sairaanhoitajat, kätilöt ja perushoitajat. Poliklinikan toimintaa kuuluu myös puhelinneuvonta. Hoidonvarauksessa sairaanhoitajat tekevät ajanvaraukset potilaille gynekologisiin leikkauksiin, ohjaavat potilaita sekä pitävät jonotiedot ajantasaisina. (Hus Naistentaudit 2012.)

Säännölliseen kuukautiskiertoon kuuluu ovulaatio, munarakkulan kypsyminen ja munasolun irtoaminen. Kuukautiskierrossa voi esiintyä häiriöitä, jotka voiva ilmetä esimerkiksi kuukautisten puuttumisena, kierron pituuden vaihteluna ja vuotojen määrän ja laadun vaihteluna. Häiriöiden taustalla voi olla erilaisia endokriinisia poikkeavuuksia, joiden vaikeusaste vaihtelee ja määrää oirekuvan. Naisella voi olla eri-ikäisenä erityyppisiä kuukautiskierron häiriöitä. Naisen normaalia elämää voivat haitata voimakkaat kuukautiskivut. Yleistä on kuitenkin, että suurimmalla osalla naisista on vähäisiä kivun kaltaisia tuntemuksia vuodon alkaessa. Joillakin kuukautiset ovat kivuliaat niiden alkamisesta saakka, kun taas joidenkin aiemmin kivuttomat kuukautiset ovat muuttuneet kivuliaammiksi myöhemmällä iällä. Taustalla voi olla myös synnytyselinten sairauksia. (Tiitinen 2008.)

Alkuraskaudessa saattaa esiintyä erilaisia häiriöitä. Usea odottava äiti kokee raskauspahoinvointia raskauden alussa, mutta kun oksentelu alkaa aiheuttaa nestetasapainon häiriöitä sekä panon laskua, voi kyseessä olla liiallinen raskauspahoinvointi. Normaalissa raskaudessa hedelmöittynyt munasolu kiinnittyy kohtuonteloon, mutta kohdunulkoisessa raskaudessa munasolu ei pääse kohtuonteloon, vaan kiinnittyy muna- torveen. Kohdunulkoinen raskaus on hoidettava välittömästi. Rypäleraskaudessa kohtuun muodostuu nestettä sisältäviä rakkuloita, mutta sikiötä ei ole. Myös tuulimunaraskaudessa sikiö puuttuu kokonaan raskauden kehittymisen häiriintymisen vuoksi. (Makkonen, Hautakomsi & Antikainen 2008.)

Urogynekologiassa hoidetaan virtsankarkailusta eli inkontinenssista kärsiviä potilaita. Ponnistusinkontinenssissa virtsaa karkaa ihmisen ponnistaessa esimerkiksi yskiessä tai aivastaessa. Pakkoinkontinenssissa virtsaaminen tapahtuu niin nopeasti, ettei ihminen kerkeä ajoissa wc:hen. Sekainkontinenssissa on ponnistus- että pakkoinkontinenssin oireita. Ylivuotoinkontinenssissa rakon tyhjeneminen on häiriintynyt, jolloin rakko täyttyy liikaa ja virtsaa alkaa tahattomasti karkailla. (HUS Urogynekologian poliklinikka 2013.)

3.3 Hormoni ja lapsettomuushoidot

Naistentautien klinikan hormonipoliklinikalla tutkitaan ja hoidetaan erilaisia naisten hormonitoiminnan häiriöitä, nuorten naisten gynekologisia ongelmia sekä parien lapsettomuutta. Myös transsukupuolisten hormonihoidot ovat keskitetyt Naistenklinikan naistentautien poliklinikalle. Poliklinikalla on sperma- ja IVF-laboratorio. (HUS Hormonipoliklinikka 2012.)

4 Potilasohjaus

Henkilöä, jolla on terveydentilaa koskevia ongelmia, kutsutaan terveydenhuollon asiakkaaksi. Ohjauksen käsite kuvaa tapahtumaa, jossa ajattelun avuin muodostetaan kielellinen kuva ja sanallinen ajatuskokonaisuus. Ohjaus on ajattelun ja kommunikoinnin väline, jolla hoitaja voi välittää tietoa asiakkaalleen. (Pohjola-Katajisto 2008, 5-7.)

4.1 Ohjaaminen hoitotyössä

Hoitohenkilöstön ammatillisen toiminnan oleellinen osa on potilasohjaus. Poliklinikoilla hoitajakset ovat lyhyitä ja suulliseen potilasohjaukseen on aikaa vain vähän. Ohjauksen onnistuessa on sillä positiivisia vaikutuksia asiakkaiden ja heidän läheistensä terveyteen, sekä sitä edistävään toimintaan. Potilasohjauksen toteuttamisen tavat kohtaavat haasteita lyhyiden hoitoaikojen ja puutteellisten ohjausresurssien vuoksi. Ohjauksen keinot tulee tunnistaa ja tiedostaa. Hoitajan tulee tietää, mistä tekijöistä ohjaaminen koostuu. Potilasohjausta tapahtuu erinäisissä tilanteissa, ja sitä käytetään hoitotyön käsitteistöissä paljon. Sitä kuvataan osaksi hoitotyön ammatillista toimintaa sekä hoito- tai opetusprosessia. Po-

tilasohjaus voi olla tavoitteellista toimintaa, missä asiakkaan omien kokemusten avulla pyritään oppimaan. (Kääriäinen & Kyngäs 2006.)

Ohjauksessa nykyisin painotetaan ohjattavan henkilökohtaisten kokemusten huomiointia, hoitaja-potilas asiantuntijuutta ja ohjattavan omaa vastuuta ohjauksesta oppimisesta sekä valinnoista koskien ohjausta. Hoitajan tehtävä on pyrkiä avustamaan autettavaa hänen kokemusten käsittelemisessä, omien resurssien läpikäymisessä ja erilaisten toimintatapojen löytämisessä. Pyrkimys on saada asiakkaalle lisää luottamusta ja motivointia omaan hoitoonsa. (Kääriäinen & Kyngäs 2006.)

Potilasohjauksella on monta lähtökohdasta ja sitä voidaan tarkastella juridisesta, eettisestä ja teoreettisesta lähtökohdasta. Juridiikassa ja ammattietiikassa on terveydenhuollon ohjauksen perusta. Potilaan asema on määritelty laissa, jonka mukaan potilaalle on annettava selkeät tiedot hänen terveydentilastaan, hoidon laajuudesta, vaihtoehtoista sekä riskitekijöistä. Ohjauksen ja opettamisen käsitteet on katsottava erillisinä käsitteinä. Ohjauksessa ei anneta suoranaisia neuvoja asiakkaalle, vaan ohjaus edeltää opetusta. Ohjaus on asiakkaan ja hoitajan aktiivista ja tavoitteellista toimintaa, joka tapahtuu vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa. Ohjauksessa tulee huomioida asiakkaan ja hoitajan taustatekijät, hyvän ohjaussuhteen rakentaminen sekä pyrkimys aktiiviseen ja tavoitteenomaiseen toimintaan. Asiakkaan ja hoitajan taustatekijät voidaan jakaa fyysisiin ja psyykkisiin ominaisuuksiin sekä sosiaalisiin ja muihin ympäristötekijöihin. Asiakkaan fyysiset ominaisuudet, esimerkiksi ikä ja sukupuoli, vaikuttavat hänen ohjaustarpeisiinsa ja siihen, miten hän pystyy ottamaan ohjauksen vastaan. Psykkiset ominaisuudet, esimerkiksi motivaatio ja odotukset, ovat tärkeitä ohjauksen onnistumisen kannalta. Aiemmat kokemukset ja asiakkaan mieltymyksen voivat heikentää ohjauksen laatua, jos hoitaja ei näistä alun perin tiedä. Hoitajan tulisi voida selvittää, minkälaisia aiempia käsityksiä ja tietoja asiakkaalla on, jotta ohjaus olisi mahdollisimman tehokasta. Asiakkaalla ja hoitajalla on omanlaiset arvot maailmankatsomuksesta ja eri kulttuureita, uskontoja ja traditioita voi tulla vastaan. (Kääriäinen 2007, 27.)

Ympäristötekijöillä voi olla ohjaukseen vaikuttavia tekijöitä, ja paras fyysinen ympäristö on rauhallinen, jossa voidaan keskittyä asiaan ja kirjalliseen materiaaliin. Ympäristön tulee herättää asiakkaassa positiivisia tuntemuksia, koska tällä on vaikutusta siihen, millaiseksi asiakas kokee ohjaustilanteen ja luottamuksen

hoitajaan. Tasa-arvoinen ja taustatekijät huomioiva empaattinen vuorovaikutus luovat toimivan ohjaussuhteen, jossa ohjauksen sisältöä ja toimintaa suunnitellaan yhdessä. Ohjaussuhteessa tulee olla aktiivinen vuorovaikutus, mikä edellyttää asiakkaalta vastuullisuutta oman toiminnan kannalta. Jotta asiakas voisi vastata omasta hoidostaan, tulee hoitajan käydä läpi asiakkaan välttämättömiksi luokitellut perusasiat oman hoitonsa onnistuvuuden kannalta. (Kääriäinen & Kyngäs 2006.)

4.2 Eettinen hoitotyö

Kun puhutaan eettisestä hoitotyöstä, tulisi sitä katsastella siltä kannalta, miten toisia tulisi kohdella, ja miten muiden tulisi kohdella meitä. Se auttaa tekemään valintoja sekä arvioimaan omaa ja muiden toimintaa. Hoitajan ohjaamisen etiikkaan vaikuttavat hoitotyötä koskevat lait ja asetukset, terveydenhuollon eettiset periaatteet sekä ammattietiikka. Lisäksi jokaisella ihmisellä on omat etiikkakäsitykset niin hoitajana kuin potilaanakin. Kun yksikössä annetaan potilasohjausta, tulisi siellä olla yhtenäiset eettiset raamit, jotka tukevat hoitajaa hänen toiminnassaan ja valinnoissaan. Ne myös antavat asiakkaalle turvallisuuden tunteen siitä, että potilasohjaus on mahdollisimman yhdenmukaista ja samalta perustalta lähtevää. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006, 6-8.)

Nykyajan sairaanhoidossa tulee ottaa huomioon monenlaisia asioita. Asiakkaan hoidossa on kyse ketjusta. Asiakas tulee sairaalaan ongelman kanssa, jota tutkitaan, ja jonka hoidosta sovitaan. Hoito voi jatkua joko kotona, tai toisessa laitoksessa, perusterveydenhuollossa tai yksityislääkärillä. Asiakkaan siirtyessä taholta toiselle, tulisi huomioida, miten ja kuinka paljon potilasta informoidaan omasta sairaudestaan ja tilanteestaan sekä millä tavalla on häntä opetettu jatkohoidosta ja kuntoutuksestaan. Terveys- ja sairaanhoito on kallista, jonka vuoksi se pyritään antamaan mahdollisimman nopeasti. Mitä lyhyempi hoitoaika on, sitä tärkeämpää olisi varmistaa potilaan informointi kotiutuksen jälkeen. (Pekkarinen 2007.)

Asiakkaalla on lainmukaisesti oikeus saada hoidon yhteydessä selvitys omasta terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikuttavuuksista ja muista omaan hoitoon liittyvistä seikoista. Ohjaus ei mene asiakkaalle perille, jos hoitava lääkäri ei tee yhteistyötä ohjausta antavan hoitajan rinnalla ja näin ollen omalla arvovallallaan tue hoitajan työtä. Hoitoketjun ei tule olla tyydyttävä, jos siihen ei sisälly potilasohjausta. Potilasohjaukseen tulisi olla

aikaa ja valmiuksia sekä tulisi olla yhdessä tehty sopimus potilasohjauksen menetelmistä kussakin hoitoyksikössä. Potilasohjausta tulisi kehittää yksikössä jatkuvasti, kun uusia hoitomenetelmiä otetaan käyttöön. (Pekkarinen 2007.)

Hoitotyön eettiset periaatteet muodostuvat huolenpidosta, itsemääräämisoikeudesta ja oikeudenmukaisuudesta. Huolenpito tarkoittaa sitä, että yksilöä autetaan, tuetaan ja edistetään selviytymistä. Se on empaattista ja aitoa, johon sisältyvät hoitajan eleet ja toiminnot. Itsemääräämisoikeuteen kuuluu ajatus, että ihminen on vapaa tekemään päätökset omasta elämästä. Tätä varten ohjattava tarvitsee riittävästi tietoa omasta tilastaan ja hoitomuodoistaan. Oikeudenmukaisuuden mukaisesti yksilöllä tulee olla vapaus, tasa-arvo ja hyöty. Hoitotyön periaatteissa on yksilöllisyys, jatkuvuus, turvallisuus, kulttuurilähtöisyys, omatoimisuus sekä vastuullisuus. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006, 6-8.)

4.3 Potilasohjauksen prosessi

Asiakkaan ohjausprosessiin kuuluu se, että ensin määritellään tarve ohjaukselle, suunnitellaan sen kulku, toteutetaan ohjaus ja viimeiseksi arvioidaan sen onnistuminen ja vaikuttavuus. Kun asiakas saa kuulla olevansa poikkeava, tuo se hänelle epävarmuutta, avuttomuutta ja turvattomuuden tunteita. Tällöin asiakkaan tulisi saada mahdollisimman paljon tietoa tilastaan, tulevista tutkimuksista sekä hoitomuodoista. Informaation saaminen mahdollistaa ja rohkaisee asiakkaan osallistumisen päätöksentekoon edesauttaen asiakkaan valmiuksia itsensä hoitamiseen. Lisäksi opetus ja ohjaus vähentävät ahdistusta ja pelkoa. Ohjauksen lähtökohtana tulee olla asiakkaan tarpeet, jonka vuoksi potilasohjauksessa korostuu tarpeiden määrittäminen. Olisi tärkeää huomioida, kuinka kauan asiakas on ollut poikkeavassa tilassa ja mitä hän jo tietää tilastaan. Jokaisen asiakkaan kuuluisi saada oikeanlaista ja yksilöllistä ohjausta, tämä on tärkeää asiakkaan motivoitumisen kannalta. Potilasohjauksen onnistuminen vaatii hoitajilta ammatinomaisia valmiuksia antaa tarvittavaa tietoa, tukea ja ohjausta. Osastoilla tulisi olla selvät ohjeet siitä, millaista ohjausmateriaalia ja suullista ohjausta kullekin potilasryhmälle annetaan. Tämä on tärkeää siksi, että kaikki asiakkaat saisivat tarvitsemansa tiedon ja taidot omaan käyttöönsä. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006, 10-11, 16.)

4.4 Ohjausmenetelmät

Sopivan ohjausmenetelmän valinta tulee määräytyä siitä lähtökohdasta, kuinka asiakas omaksuu asioita, sekä mikä on ohjauksen tavoite. Tutkimusten mukaan on arvioitu, että asiakkaat muistavat 75 prosenttia siitä, mitä näkevät ohjaustilanteessa ja vain 10 prosenttia siitä, mitä kuulevat. Kuitenkin asiakkaat muistavat 90 prosenttia siitä, miten heitä on ohjattu käyttäen molempia näkö- ja kuuloaistia. Ohjauksen vaikutusten varmistamiseksi olisi hyvä käyttää useampaa ohjausmenetelmää. (Kyngäs ym. 2007, 73.)

Yksilöohjaus on usein oppimisen kannalta tehokkain menetelmä, jossa molemminpuolinen vuorovaikutus antaa asiakkaalle mahdollisuuden esittää kysymyksiä, oikaista väärinkäsityksiä sekä saada tukea hoitajalta. Yksilöohjaus mahdollistaa asiakkaan tarpeista lähtevän ohjauksen, aktiivisuuden ja motivaation tukemisen, jatkuvan palautteen antamisen sekä vapaamuotoisen ilmapiirin. Yksilöohjaus kuitenkin vaatii hoitajalta runsaasti aikaa. (Kyngäs ym. 2007, 74.)

Yksilöohjauksen ohella ryhmäohjaus on yksi käytetyimmistä potilasohjauksen menetelmistä terveydenhuollossa. Ryhmäohjausta voidaan antaa erikokoisissa ja eri tarkoituksia varten olevissa ryhmissä. Ryhmässä oleminen voi antaa sen jäsenille voimaannuttavan kokemuksen, joka auttaa jaksamisessa sekä tukee tavoitteiden saavuttamista. Yksilön näkökulmasta katsottuna ryhmäohjaus voi olla tehokkaampaa terveyden edistämisessä, kuin pelkkä yksilöohjaus. Toisinaan ryhmäohjauksen avulla on parempi mahdollisuus saavuttaa parempia tuloksia kuin yksilöohjauksella. Ryhmäohjauksen etuna on myös se, että siinä voidaan jakaa tietoa suuremmalle ryhmälle, jolloin ohjaus on taloudellisempaa ja aikaa säästävämpää. (Vehmasalo & Rantovaara 2010, 20.)

Yksilöohjaus ja ryhmäohjaus ovat yleisimpiä ohjauksen muotoja hoitotyössä. Muita hoitotyön ohjauksen malleja on mm. puhelinohjaus, mini-interventio sekä elektronisten laitteiden oheiskäyttö. Puhelinohjauksen lähtökohtana voi olla joko asiakkaan ensimmäinen kontakti terveydenhuoltoon tai hoitajan kontakti asiakkaaseen. Puhelinohjaus vaatii suunnittelua ja arviointia samalla tavoin kuin muutkin ohjaustavat. Puhelinohjausta varten tarvitaan jatkuvaa koulutusta sekä työnjaon päivittämistä. Mini-intervention mallissa pyritään puuttumaan asiakkaan terveyskäyttäytymiseen liittyviin ongelmatilanteisiin. Mini-interventio perustuu käyttäytymisen muutosteori-

oiden malliin, jossa on hoitajalle viisi vaihetta: arvioi, ohjaa, sovi, auta ja suunnittele. Kyseinen malli sopii ohjaukseen, jossa asiakkaan esimerkiksi epäterveelliset elintavat eivät ole vielä kehittyneet tavaksi. Mallissa hoitaja ja asiakas ovat tasavertaisessa suhteessa neuvoteltaessa hoitoon tai elintapamuutokseen liittyvistä asioista. Hoidon ohjaamisen tukemiseksi voidaan tarjota tietoa ja tukea erilaisten elektronisten laitteiden, esimerkiksi DVD - levyn tai äänikasetin, avulla. Näistä hyötyvät etenkin ne asiakkaat, jotka kokevat vaikeuksia kirjallisen materiaalin lukemisessa. Audiovisuaalisen ohjauksen avulla pyritään selvittämään väärinkäsityksiä. Sen tarkoitus on virkistää muistia annetuista tiedosta. (Kyngäs ym. 2007, 100, 116-118.)

Nykyisessä poliklinikkatyössä ohjauksen toteutusajaksi on rajallisempaa, jonka vuoksi kirjallisen ohjausmateriaalin käyttö on erityisen tarpeellista. Kirjallista materiaalia voivat olla erilaiset ohjeet ja oppaat. Asiakkaalle annettavan kirjallisen materiaalin avulla voidaan jo ennalta välittää tietoa tulevasta hoitoon liittyvistä seikoista. Suullisen tiedon antamisen jälkeen potilas voi virkistää muistiaan annetuista kirjallisista ohjeista. (Vehmasalo & Rantovaara 2010, 23.)

4.5 Tutkitun tiedon käyttö ohjauksen toteuttamisessa

Pelkkä tutkitun tiedon hakeminen, ja sen lukeminen eivät riitä ohjauksen toteuttamisessa, vaan tietoa tulee osata muokata siten, että siitä tulee käyttökelpoista asiakkaan ohjauksen toteuttamiseksi. Uuden tiedon liittäminen aikaisempiin tietoperustoihin voi vaatia hoitajan tietoperustan uudelleen järjestämistä tai aiemman tiedon kumoamista. Hoitajan työn tulisi perustua ajankohtaiseen tutkimustietoon, joka vaatii hoitajalta jatkuvaa oman alan aktiivista seuraamista sekä uuden tiedon keräämistä. Tutkimustietoon tulee osata suhtautua kriittisesti, sekä sen soveltuvuutta hoitoon tulee myös osata arvioida. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors. 2007: 55, 56, 62.)

4.6 Hoitaja potilaan ohjaajana

Ohjaustilanne vaihtelee usein ohjaajasta riippuen, koska kirjalliset ohjeet ovat puutteellisia, vanhoja tai ristiriitaisia. Yhdenmukaisuuden periaatteessa ohjeiden haluttaisiin olevan helposti saatavilla ja ajanmukaisia. Vuorovaikutuksen avulla asiakasta pyritään auttamaan, jolloin voidaan edistää ohjattavan hoitoon sitoutumista. Ohjaussuhteessa hoitaja yrittää auttaa ohjattavaa saavuttamaan hoidon

tavoitteita. Hoitajan tavoite on auttaa ohjattavaa löytämään omat voivarsansa sekä näkemään mahdollisuuksiaan uudessa valossa, nostamaan itsetuntemustaan ja jakaa tietoa ohjattavalle tiedollisissa sekä taidollisissa pulmissa. Vuorovaikutuksessa on aina mukana ohjattavan asenne, persoona ja inhimillisuus. Hoitaja voi oppia ammatillista vuorovaikutusta harjoituksen avulla tiedostamalla omat asenteensa, ja tarpeen vaatiessa muuttamaan niitä. Vuorovaikutuksen onnistumisen kannalta tulisi ohjaajan ja ohjattavan välillä olla keskinäistä kunnioitusta, kiinnostusta ohjausta kohtaan, ajatusten selkeää ilmaisua, havainnointikykyä ja kuuntelutaitoa. Ohjaussuhteen tulisi perustua luottamuksellisuuteen, empaattisuuteen ja välittämisen tunteeseen. Fyysisessä ympäristössämme olevat tekijät voivat vaikuttaa vuorovaikutussuhteeseen vahvistavalla tai heikentävällä tavalla. Jotta ohjaustilanteesta tulisi onnistunut, tulisi ympäristön olla rauhallinen ja kiireetön. Huoneen pitäisi olla valoisa, rauhallinen ja äänieristetty. Hoitajan tulisi myös istua samalla tasolla ohjattavan kanssa. Huoneen liiallinen lämpötila tai auringon häikäisy saattavat rasittaa keskustelijoita. Myös siisteys, kauneus, rauhallisuus, viihtyisyys ja virkistävyys merkitsevät potilaalle paljon. Näistä ympäristötekijöistä saattaa muodostua koko ensivaikutelma. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006, 20-30.)

Potilasohjauksessa on tärkeää hoitajan ja asiakkaan välinen viestintä, jota tapahtuu verbaalisesti ja non-verbaalisesti. Potilasohjauksen alkuvaiheessa asiakas kiinnittää helposti huomiota hoitajan sanattomiin viesteihin eli eleisiin ja ilmeisiin. Näihin viesteihin vaikuttavat myös esimerkiksi ulkonäkö, äänensävy sekä hoitajan tilankäyttö. Hoitajan liikehdintä ja eleet ilmaisevat enemmän kuin sanat, jonka vuoksi verbaalinen ja non-verbaalinen viestintä eivät saisi olla keskenään ristiriidassa. (Pohjola-Katajisto 2008, 16.)

Yksi potilasohjauksen alue on kädentaitojen opettaminen. Tällä tarkoitetaan potilasohjausta, jonka avulla demonstroidaan sitä, kuinka toimenpide suoritetaan. Näin pyritään motivoimaan asiakasta hoitoon, sillä tämä keino on kirjallista materiaalia tehokkaampaa. Tarkoitus on saada asiakas selviämään itsenäisesti toimenpiteestä ja antaa lisätietoa muun muassa kirjallisessa muodossa. Motorisen taidon kehittämiseksi on tärkeää, että ohjauksen suunnitelma pitää sisällä harjoituksia. Asiakkaat kokevat positiivisena turvallisen ja rauhallisen tilan sekä ilmapiirin, jossa on mahdollista keskustella kahden kesken. Ohjaajan tulisi kannustaa asiakasta, koska positiivisen palautteen saaminen lisää itseluottamus ja halua kokeilla asiaa uudemman kerran. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006, 57-60.)

Onnistuneen ohjauksen esteenä voi olla asiakkaalle suunnattu tietotulva, jossa runsas ohjeistus hukuttaa alleen olennaisimpia asioita. Suullisen ohjeistuksen haittana on myös se, että tärkeä asia voi unohtua nopeasti. Hyvä kirjallinen ohje tulisi antaa mukaan, jonka tarkoituksena on auttaa asiakasta palauttamaan mieleensä saadun suullisen ohjauksen. Kirjallinen ohje on hyödyllinen myös siinä mielessä, että sen avulla läheiset voivat saada tietoa asiakkaan hoidosta. (Pohjola-Katajisto 2008, 21.) Asiakkaan tulisi saada tarvitsemansa tiedot sekä ennen hoitoja että hoidon jälkeen. Kirjalliset ohjeet korvaavat väärinkäsityksiä, vähentävät ahdistuneisuutta ja lisäävät tietoa saatavista palveluista. Ne antavat ohjeita poikkeavaan tilaan liittyvistä asioista, valmistavat tutkimuksiin sekä toimenpiteisiin. Ne myös auttavat asiakasta sopeutumaan tilaansa ja suunnittelemaan elämänsä hoidon aikana. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006, 66.)

Potilaan ohjaamisessa tärkeää on saada ohjattavassa aikaan motivaatiomuutos, jolloin ohjauksen tulee olla hienovaraista ja rakentua inhimilliselle sekä empaattiselle vuorovaikutukselle. Huono ja laiminlyöty potilasohjaus voi tuhota hyvän hoitotuloksen. Asiakas tarvitsee kokonaisvaltaista apua ja tukea, jonka suurena osana on potilasohjaus. (Pekkarinen 2007.)

4.7 Potilasohjauksen laadun arviointi

Aiempien tutkimusten mukaan asiakkaiden ja hoitohenkilökunnan arviot ohjauksen riittävydestä ja potilaslähtöisyydestä on ristiriidassa keskenään. Asiakkaat arvioivat hoitohenkilökunnan ohjausvalmiuksien olevan puutteellisia, kun taas hoitohenkilökunta arvioi ohjausvalmiutensa sekä tietonsa melko hyviksi. Ohjauksen sisältö, kiire, henkilöstön vähyys, tiedonpuute, puutteellinen välineistö sekä tilojen epäasiallisuus ovat onnistumisen esteinä. Asiakkaiden tyytymättömyys saattaa koskea esimerkiksi ennen hoitoon tuloa annettavaa ohjausta, jolloin he kokevat, etteivät saaneet mahdollisuutta harkita omaa tilannettaan. Asiakkaat kokivat myös tarvitsevansa enemmän tietoa sairaudestaan, ja sen hoidosta. Asiakkaat kokevat myös kotiutusohjeiden olevan riittämättömiä. Myös ohjauksen rutiinomaisuus ja riittämättömyys nähdään yhtenä tyytymättömyyden aiheista. Asiakkaat tahtovat emotionaalista tukea ja apua konkreettisten asioiden järjestämiseen. (Vehmasalo & Rantovaara 2010, 31, 37-38.)

4.8 Laadukas potilasohjaus

Jotta tarjottava potilasohjaus olisi laadukasta, tarvitsee hoitohenkilökunta hyvät ohjausvalmiudet. Näiden nähdään kuuluvan ammatilliseen perusosaamiseen. Potilasohjauksen osaaminen edellyttää tietoa asiakkaan tarpeista, motivoinnista, ohjattavista asioista sekä erilaisista ohjausmenetelmistä. Hoitohenkilökunnan tulisi seurata tutkimustietoa ja pyrkiä päivittämään tietonsa, jotta asiakas saisi pätevää, oikeaa, asianmukaista ja yksilöllistä ohjausta. Potilasohjauksessa tarvitaan myös vuorovaikutus - ja johtamistaitoja sekä päätöksenykytaitoa ohjaustarpeesta. Puutteita on esiintynyt suunnitelmallisuuden, havainnollistamisen ja kirjaamisen suhteen. Myös vuorovaikutussuhdetaidoissa on ollut kehittämisen tarvetta. Potilasohjausta tekevä hoitaja tarvitsee ammatillisen vastuun ja ohjausvalmiuksien lisäksi vuorovaikutteisuutta ja potilaslähtöisyyttä. Vuorovaikutus edellyttää muun muassa empatiaa, kuuntelutaitoja ja positiivisen palautteen antamista. Hoitajan tulisi myös havainnoida potilaan sanallisia ja sanattomia viestejä, jotta luottamus sekä oikea tieto välittyisi. (Kääriäinen, M. 2007.) Laadukas potilasohjaus mahdollistaa sairaudesta aiheutuvien kustannusten, lääkkeiden käytön ja hoitokäyntien vähenemistä. Hyvä ohjaus myös vähentää sairauden aiheuttamaa pelokkuutta, stressiä ja ahdistusta. (Vehmasalo & Rantovaara 2010, 6-7.)

Laadukas ohjaus tarvitsee tuekseen asianmukaisia resursseja, joita ovat esimerkiksi riittävät toimintamahdollisuuden. Näitä ovat esimerkiksi hoitohenkilöstömitoitus, aika, tilat ja hoitohenkilökunnan ohjausvalmiudet. Hyvin onnistunut ohjaus on potilaslähtöistä, vuorovaikutteista, riittävää sekä laadukasta. Nämä mahdollistavat hyvin tulosten syntymistä. Hoitajien tulisi auttaa asiakasta tutkimaan omia ajatuksiaan, toimintojaan ja etsimään vastauksia, jotka sopivat tämän arvoihin. Ohjausvalmiuksien turvaamiseksi hoitajilla tulisi olla enemmän koulutusta ja perehdytystä potilasohjauksesta. Tutkimusten mukaan koulutuksen on todettu parantavan ohjausvuorovaikutusta sekä hoidon laatua. Hoitaja - potilas vuorovaikutussuhteessa on oleellista pyrkiä tasa-arvoisuuteen sekä aktiiviseen että tavoitteelliseen toimintaan. (Kääriäinen 2007, 36,42, 133-134.)

Sosiaalisen tuen ohjaussuosituksset

Suosituksset emotionaaliseen tukemiseen	Suosituksset tiedolliseen tukemiseen	Suosituksset konkreettiseen tukemiseen
<ul style="list-style-type: none"> •Luo ystävällinen ja turvallinen ilmapiiri •Arvosta ja kunnioita potilasta •Hyväksy potilas sellaisena kuin on •Kuuntele ja vastaa kysymyksiin •Rohkaise ilmaisemaan tunteita •Auta löytämään myönteisiä asioita •Vahvista potilaan omia voimavaroja •Kannusta ystäviä ja perhettä tukemaan potilasta •Tarkkaile mahdollisia ongelmia ja keskustele niistä 	<ul style="list-style-type: none"> •Kartoita potilaan tiedon tarve ja hänelle sopiva tiedon välitystapa •Anna ymmärrettävää ja asianmukaista tietoa ongelmasta, sen ennusteesta, hoidosta, hoitojen sivuvaikutuksesta, jatkohoidosta, toipumisajan pituudesta sekä lääkityksestä •Anna suullista ja kirjallista tietoa •Kartoita tietoja ja tarkista, että potilas ymmärtää antamasi tiedon •Kerro, mihin voi ottaa yhteyttä ongelmatilanteissa •Tue päätöksenteossa •Kerro eri ammattiryhmistä 	<ul style="list-style-type: none"> •Anna kirjallista tietoa •Varaa tarvittaessa aika lääkärille •Auta hankkimaan apuvälineitä tai hoitotarvikkeita •Kysy lääkityksestä •Järjestä tarvittaessa jatkohoito •Järjestä tarvittaessa vertaistukea

Kuvio 1. Sosiaalisen tuen ohjaussuosituksset (Lipponen ym. 2006)

4.9 Ohjauksen vaikuttavuus

Laadukas ohjaus edistää terveyttä. Ohjauksen vaikuttavuutta voidaan tarkastella useista eri näkökulmista, koska ohjausta voidaan toteuttaa tavoitteellisesti, sisällöllisesti ja menetelmällisesti. Vaikuttavuutta voidaan myös tutkia yksilön näkökulmasta, jolloin tarkastellaan yksilön kokemusta ohjauksesta saadusta tiedosta ja tuesta. Yhteisönäkökulmasta tarkasteltuna ohjauksen vaikuttavuus tutkitaan kansanterveydelisten, taloudellisten ja yhteiskunnallisten hyötyjen osalta. (Kyngäs ym. 2007. 145.)

4.10 Potilasohjauksen vastuu

Potilasohjauksen toimivuuteen vaikuttaa saumaton yhteistyö koko palveluprosessin ajan. Huono ohjaus voi tuhota hyvänkin hoitotuloksen. Laadukkaaseen potilasohjaukseen vaikuttavat ohjaajien tiedot, taidot, asenteet, ohjausmenetelmien

käyttö, toimintamahdollisuudet sekä ohjauksen toteutus. Laadukas potilasohjaus on usein sidoksissa hoitajan ja asiakkaan taustatekijöihin, joita ovat esimerkiksi ikä, motivaatio ja arvot. Ohjauksella pyritään tukemaan asiakkaan omia voimavaroja niin, että hän pystyy ottamaan vastuuta toipumisestaan sekä saavuttamaan hoidon tavoitteet. Muita ohjaukseen vaikuttavia asioita ovat asianmukaiset tilat, ohjaukseen käytetty aika sekä välineet että ohjauksen lopputulos. (Lipponen, Kanste, Kyngäs & Ukkola 2008.)

Organisaatiolla ja hoitohenkilöstöllä on vastuu siitä, kuinka ohjausta arvostetaan hoitotyön työkaluna, ja mitkä keinot ja resurssit mahdollistavat ohjauksen. Hoitohenkilökunnan tulee myös tiedostaa se, mitä ohjaus on, miten ja miksi ohjaus on tärkeää, mitä vastualueita potilaalla itsellään on, ja millainen ammatillinen vastuu hoitajalla on asiakkaan valintojen edistämiseen. Ohjauksen mahdollistamiseen tarvitaan erilaisia resursseja, kuten aikaa, ohjausmateriaalia ja välineistöä. Hoitohenkilöstön kiire, tiedon puute sekä toimintaympäristön paineet ovat esteenä ohjauksen onnistumiselle. (Kääriäinen 2007, 133-134.)

5 Motivoiva haastattelu

Motivaatio kertoo meille syyn siihen, miksi käyttäydymme niin kuin käyttäydymme. Motivaatio on dynaaminen ja vaihteleva ilmiö, eikä sitä tule nähdä pysyvänä piirteenä. Jokaisella ihmisellä on mahdollisuuksia sisäsyntyisen motivaation kehitykseen. Motivaatiota voi tukea pysymään yllä, mutta sen voi myös tukahduttaa. (Ehrling 2012, 12.)

5.1 Sisäinen motivaatio

Motivoiva haastattelu on muutosmotivaation herättelyn ja muutosprosessin työmenetelmä, jonka ovat kehittäneet William R. Miller ja Stephen Rollnick. Motivoivan haastattelun menetelmää sovelletaan mielenterveys- ja riippuvuusongelmien hoidossa sekä terveyden edistämistyössä. Motivoivan haastattelun perusajatuksena on se, että muutoksen motivaatio lähtee ihmisen havaitsemasta ristiriidasta nykyisen ja toivotun olotilan välillä. Tämä taas johtaa muutoshaluun ja sisäisen motivaation syntymiseen. (Haarala, Honkanen & Mellin 2008, 141-142.) Motivoivan potilashaastattelun menetelmä on pyrkimys voimistaa yksilön sisäistä motivaatiota, jotta toivottu muutos voisi olla mahdollinen. Muutoksen motivaatio on aina asiakkaalla itsellään, ja siihen vai-

kuttavat asiakkaan oma myöntyvyys sekä halu ohjeiden noudattamiseen. Ongelmat jäävät ratkaisematta, jos asiakkaalla on muutosmotivaation puute. Ihmisten elämässä on jatkuva liike eteenpäin, kohti tai poispäin joitakin tavoitteita. Palaute saamattamme toiminnasta voi vaikuttaa tämän liikkeen muotoon ja suuntaan. Tavoitteiden saavuttamisen ehto on motivaatio tätä kohtaan. Tavoitteita voi syntyä omasta toiminnasta, tai ne voidaan oppia. Ihmisen tulisi kokea tavoite itselleen henkilökohtaisesti tärkeäksi. Sisäinen motivaatio on sitovampaa tavoitteen kannalta, kuin ulkoinen motivaatio. (Koski-Jännes, Riittinen & Saarnio 2008, 43 - 45.)

5.2 Viestintä motivoivassa haastattelussa

Jokainen ihminen tahtoo olla terve, jonka takia heillä nähdään olevan sisäinen motivaatio oman terveytensä edistämiseen. Tätä sisäistä motivaatiota voi pyrkiä tuomaan esiin taitavan kommunikaation kautta. Kuitenkin taitamaton pyrkimys motivaation herättämiseen voi heikentää asiakkaan motivoitumiskykyä. Ihmiset eivät halua kuulla toisten kertovan heille, miten tulisi elää. Tämä voi herätä kapina, jos potilaan itsemääräämisoikeutta rajoitetaan. Kun asiakas saa tarpeeksi informaatiota ja on itse osallisena omaan terveyteensä, kehittyy motivaatiota. (Mustajoki & Kunnamo 2009.) Motivoiva haastattelu on aina vuorovaikutuspainotteista, ja hoitajan vuorovaikutus-tyyli vaikuttaa suuresti asiakkaan motivaation kehitykseen. Hänen tärkeimpiä tehtäviään on pyrkiä herättämään asiakkaan sisäistä motivaatiota sekä voimistaa sitä. Hoitajan tulisi tarjota luottamusta ja turvaa, jotta asiakassuhteeseen voisi kehittyä avoin kommunikaatio. Jos hoitaja on kriittinen ja häneltä puuttuu käännytysinto, asiakas suhtautuu jo heti alussa kielteisesti muutokseen. (Koski-Jännes 2008, 5-6.)

Kun on kyse elämäntapojen muuttamisesta, tulee kiinnittää huomiota siihen, mitä asiakas itse ajattelee. Näin ollen motivoivan keskustelun keskeinen tavoite on kiinnittää potilaan huomio aiheeseen, koska asiakas on ainut, joka tietää millä tavalla muuttuvat asiat voivat toimia hänen elämässään. Motivoivan keskustelu käydään avoimilla kysymyksillä, jotka usein alkavat sanoilla mitä, miten ja miksi. Suljetut kysymykset, joihin on mahdollista vastata vain kyllä tai ei, eivät edistä asiakkaan luovaa ajattelua, mutta niillä voidaan tarvittaessa tarkentaa yksityiskohtia. Motivoivassa keskustelussa tuodaan esille eri vaihtoehtoja, muttei päätetä valmiiksi potilaan puolesta, ellei tämä itse sitä tahdo. (Mustajoki & Kunnamo 2009.)

Sisäinen motivaatio on muutoksessa oleva prosessi, johon asiakas itse voi vaikuttaa, ja jota ympäristö voi myös muovata. Hoitajalla on suuri vaikutus asiakkaan sisäisen motivaation syntymiseen. Vuorovaikutuksessa asiakkaan kanssa hoitaja voi herättää, kasvattaa, vahvistaa, heikentää tai tuhota asiakkaan motivaatiota. Ulkoinen motivaatio voi ohjata asiakasta toimimaan toivotulla tavalla, mutta se ei ole kuitenkaan kestävää, jos sisäinen motivaatio on käyttäytymisen vastainen. (Haarala ym. 2008, 142.)

5.3 Muutosprosessi

Muutosprosessin vaiheita ovat pohdintaa edeltävä vaihe, pohdintavaihe, valmisteluvaihe, toimintavaihe, ylläpitovaihe, lopetus sekä mahdollinen retkahdus. Esiharkintavaiheessa arvioidaan asiakkaan muutosvalmiutta, havahdutetaan häntä ja pyritään kiinnittämään hänen huomionsa tapojen seurauksiin. Harkintavaiheessa tutkitaan riskiä, muutoksen vaihtoehtoja sekä muutoksesta tulevia etuja ja haittoja. Tällöin hoitajan tulisi tukea asiakkaan itseluottamusta. Valmistautumisvaiheessa autetaan asiakasta suunnitelman laatimisessa, joka asetetaan kaiken muun edelle. Toimintavaiheessa etsitään hyviä ratkaisuja, ollaan asiakaskeskeisiä, harjoitellaan selviytymistaitoja, pyritään hyödyntämään muutosta tukevia sosiaalisia suhteita sekä voidaan käyttää palkitsemisen menetelmiä. Ylläpitovaiheessa tunnistetaan mielihaluja laukaisevia tekijöitä, sovelletaan retkahdusten ehkäisytekniikkaa ja pyritään vakiinnuttamaan uutta elämää. Retkahduksen tapahtuessa pyritään osoittamaan myötätuntoa, pidetään retkahdusta oppimiskokemuksena ja tuetaan uutta muutosyritystä. (Koski-Jännes 2008, 8-10.)

Motivoivan haastattelun muutosprosessi voidaan kuvata muun muassa portaikkona tai spiraalina. Se ei etene aina suoraviivaisesti vaiheesta toiseen, vaan ihminen on inhimillinen ja repsahdus asetetuista tavoitteista on mahdollinen, jolloin palataan muutosprosessin alkuvaiheeseen. Nämä repsahdukset eivät kuitenkaan tarkoita lopullista epäonnistumista, vaan ne ovat luonnollinen osa muutosprosessia ja uudenlaisten terveystottumusten opettelemista. (Haarala ym. 2008, 144.)

5.4 Motivoivan haastattelun keinot

Empatia, kongruenssi (mukauttaminen) ja positiivinen huomio ovat tärkeitä tekijöitä terapeutisille olosuhteille luoden turvallisen ja hyväksyvän ilmapiirin, jossa asiakas

voi tuntea itsensä vapaaksi tutkia ja muuttua. Nämä suhteelliset tekijät enteilevät positiivisen muutoksen edistymistä. (Miller 2008.)

Motivoivaan haastatteluun ei kuulu suorat muutosehdotukset, valmiit ratkaisut, tunkeileva kyseleminen tai taivuttelu. Nämä saattavat herättää asiakkaassa vastarintaa. Motivoivan haastattelun viisi keskeistä menetelmää ovat vahvistaminen ja tukeminen, avointen kysymysten esittäminen, heijastava kuunteleminen, muutospuheen vahvistaminen sekä yhteenvetojen tekeminen asiakkaan puheesta. (Haarala ym. 2008, 144-145.) Avointen kysymysten esittäminen auttaa käsittelemään ja selkiyttämään asiakkaan asioita sekä elämäntilannetta. Avoimia kysymyksiä tulee esittää. Jos vastaan tulee niin sanottu sulkutilanne, jolloin asiakas vastaa kyllä tai ei, kysytään jatko-kysymyksiä, jotka osoittavat hoitajan olevan aidosti kiinnostunut asiakkaan asioista. Asiakkaan valintoja tulee aina kunnioittaa ja vuorovaikutus ei saa loppua, vaikkei asiakkaan vastaus olisikaan hoitajan odotusten mukainen. Asiakaskontaktissa tulee usein esille erilaisia kuormittavia asioita, joiden uudelleenmäärittely auttaa jaksamaan arjen tilanteissa. Motivoivan haastattelun tarkoitus on esimerkiksi se, että hoitaja antaa tarpeeksi tarpeellista informaatiota kohdatusta ongelmasta, jolloin asiakkaalla on mahdollisuus jäsentää tietoa itse. (Mäkinen 2012.)

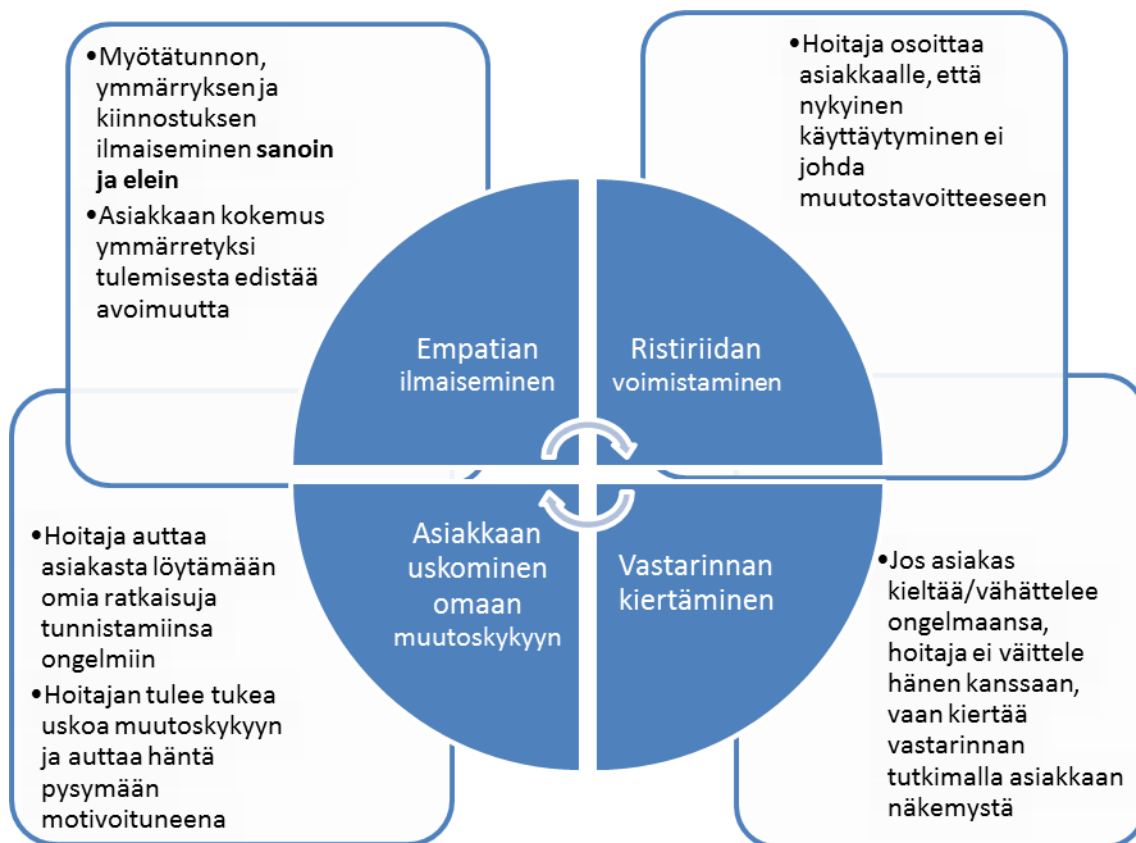
Motivoivassa potilashaastattelussa on neljä pääperiaatetta, jotka edistävät motivoitumista. Ensimmäinen on empatian osoittaminen, jolloin asiakas näkee hoitajan olevan kiinnostunut asiasta. Tärkeitä konkreettisia seikkoja ovat katsekontaktin ottaminen sekä aktiivisen kuuntelemisen ilmaisut sanoin ja elein. Toinen periaate on todistelun ja väittelyn välttäminen, jota voi ilmetä tilanteessa, jossa potilas luulee tietävänsä hoitajaa enemmän. Tällöin hoitajan tulisi pyrkiä saamaan tilannetta eteenpäin, koska liika argumentointi voi pahentaa potilashaastattelutilannetta. Toiseen vaiheeseen kuuluu myös nykytilanteen ristiriidan voimistaminen, joka auttaa asiakkaan sisäisen motivaation kehittymistä. (Haarala ym. 2008, 142-143.) Kolmas periaate on se, ettei hoitaja kritisoi tai moiti asiakasta, vaan myötäilee sekä selvittää asiakkaan tilannetta. Neljännen periaatteen mukaan hoitajan tulee tukea asiakkaan itseluottamusta ja uskoa muutoksen mahdollisuuteen (Mustajoki & Kunnamo 2009.)

Motivoivassa haastattelussa pyritään välttämään opetusten ja kasvatustietojen käyttämistä, hoitaja asiantuntijana - tyyliä sekä kieltämistä tai jyrkkää argumentointia. Hoitajan tehtävänä motivoivassa potilashaastattelussa on pyrkiä välittämään empatiaa, voimistaa ristiriitaa nykyisten ja tahdottujen tulosten välillä, vahvistaa asiak-

kaan uskoa muutoksen kykyyn sekä välttää väittelyä. (Koski-Jännes 2008, 12-13.) Konkreettisia menetelmiä motivoivaan potilashaastatteluun ovat esimerkiksi vahvistaminen sekä tukeminen verbaalisesti ja non-verbaalisesti, avointen kysymysten kysyminen, lisäkysymysten esittäminen sekä asiakkaan kertoman tiivistäminen. Asiakasta voidaan pyytää arvioimaan muutoksen tärkeyttä ja kykyä siihen asteikolla 0-10. Muutosmotivaation kehittäminen lähtee asiakkaan halusta, kyvystä ja valmiudesta muutokseen. (Koski-Jännes 2008, 13-16.)

Motivoivassa potilashaastattelussa hoitaja ohjaa keskustelua niin, että asiakas on pakotettu tarkastelemaan omia vaihtoehtojaan. Asiakkaan tulisi huomata ero nykytilan ja tavoitteidensa välillä, jotta motivaatio voi syntyä. On oleellista, että asiakas päätyy itse ajatukseen muutoksesta. Motivoivan haastattelun ohessa asiakkaat haluavat usein neuvoja ja ohjeita, joita hoitajan ei tulisi antaa heti alussa. Niitä voidaan antaa silloin, kun se on keskustelun edetessä luontevaa. Asiakkailla on erilaiset valmiudet ja halut muuttaa elintapojaan. Usein muutokseen ei ole suurta innostusta, vaan muutos on asteittainen prosessi. Elämäntapojen muuttaminen ei useinkaan etene suoraa janaa kohti parempaa, vaan taantuma kuuluu oleellisena osana prosessia. (Mustajoki & Kunnamo 2009.) Asiakkaalle voi ilmaantua vastarintaa motivoivaa haastattelua kohtaan. Tämä voi näkyä esimerkiksi väittelynä, vihamielisyytenä, kiistämisenä ja syyttämisenä. Hoitajalla tulee olla erilaisia keinoja, joilla käsitellä asiakkaan vastustusta. Hän voi tunnistaa asiakkaan vastustusta, tuntemuksia tai näkemyksiä reflektion avulla. Molempinpuolisen reflektion avulla hoitajan tulee tiedostaa, mitä asiakas on sanonut, sekä pyrkiä näyttämään toinen puoli asiakkaan ambivalenssista. Hoitajan tulisi pyrkiä selvittämään asiakkaalta, että on ymmärtänyt asiakkaan näkökulman asiasta. Jos jokin asia tuntuu olevan liian suuri kompastuskivi eteenpäin pääsemisen kannalta, tulisi hoitaja osata voida siirtää huomio muualle kyseisestä asiasta. Asiakkaan itsetunnon vahvistaminen on tärkeää, koska hänen tulee tehdä asiaan ja ongelmaan liittyvät päätökset sekä valinnat loppujenlopuksi itse. (Miller & Rollnick 2002.)

Motivoivasta haastattelusta saadut tulokset, ja niiden tehokkuus vahvistuvat, kun ne voidaan liittää muihin aktiivisiin hoitomenetelmiin. Tilanteissa, joissa asiakkaan ambivalenssi ja motivaatio ovat esteenä muutoksen syntymiselle, voi motivoiva haastattelu antaa lupaavia tuloksia kliinisen työn työkaluna, kun se yhdistetään muihin näyttöön perustuviin metodeihin. (Miller 2008.)



Kuvio 2. Motivoivan haastattelun pääpiirteet (Haarala ym. 2008, 143)

6 Lapsettomuus ja koeputkihedelmöitys (IVF)

6.1 Yleisyys

Tahattomasta lapsettomuudesta eli infertiliteetistä kärsii Suomessa noin 15 % kaikista pareista. Vuosittain tehdään yli 3000 diagnoosia raskauden alkamisen vaikeudesta, jonka yhtenä syynä voidaan pitää lasten hankkimisajankohdan siirtymistä myöhäisemmäksi. (Morin-Papunen, L. & Koivunen, R. 2012. Osa I; Tiitinen, A. 2011; Tiitinen, A. & al. 2011, 4). Yleisimmin infertiliteettiä aiheuttaa heikentynyt hedelmällisyys eli subfertiliteetti. Tällä tarkoitetaan sitä, että raskaus alkaa vasta yli vuoden yrittämisen jälkeen. Suurin osa lasta yrittävistä pareista ei kuitenkaan tarvitse minkäänlaista hoitoja raskauden alkuun saattamiseksi, sillä 80-85% naisista tulee raskaaksi vuoden sisällä ehkäisyn jättämisestä. Yli vuoden yrittäneistä vielä noin 50 % naisista tulee raskaaksi ilman hoitoja seuraavan vuoden sisällä. (Tiitinen, A. 2011; Tiitinen, A. & al. 2011, 4.)

6.2 Lapsettomuuden syitä

Lapsettomuus voi olla sekä naisesta että miehestä johtuvaa. Naisesta johtuvaa lapsettomuutta on noin 25 %, miehestä johtuvaa noin 25 % sekä molemmista johtuvaa 25 % kaikista lapsettomuustapauksista. Lopuilla 25 % lapsettomuudesta kärsivistä pareista selkeää syytä ei löydetä. Tavallisimpia syitä naisilla ovat munarakkulakehityksen häiriöt, endometrioosi, munajohdinvauriot, kohtuperäiset syyt sekä seksuaaliset vaikeudet. Miehillä taas syyt lapsettomuuteen ovat laskeutumattomat kivekset, kivestulehduksen jälkitila, varikoseele eli kiveskohju, hormonaaliset syyt, geneettiset syyt, lisäkivesten tai siemenjohdinten tukokset, siittiövasta-aineet, siittiöiden rakennepoikkeavuudet sekä seksuaaliset vaikeudet. Jos selvää syytä lapsettomuudella ei löydetä, on mahdollista, että taustalla voi olla vikaa munasolussa, hedelmöitymisen tai alkion varhaisjakautumisen häiriö, erilaiset psyykkiset kuormittavuustekijät tai elämäntapatekijät, kuten tupakointi tai ylipaino. (Tiitinen, A. 2011; Tiitinen, A. 2012. Naisen lapsettomuus; Tiitinen, A. 2012. Miehen lapsettomuus.)

Suurinta osaa lapsettomista pareista voidaan auttaa hedelmöityshoidoilla. Vuonna 2010 tehtiin noin 14 400 hedelmöityshoitoa, joka oli 5,9 % enemmän kuin vuonna 2009. Kaikista vuoden 2010 hedelmöityshoidoista noin vajaat 3400 oli koeputkihedelmöitys- eli IVF-hoitoja. Määrä on kasvanut reilut 21 % viimeisen kymmenen vuoden aikana. (Heino, A. & Gissler, M. 2012.)

6.3 Hoitopolku

Kun raskaus ei ole alkanut vuoden yrittämisen jälkeen alkanut, on pariskunnan mahdollista hakeutua avoterveydenhuollon, yleensä oman terveystieteiskeskukseksi, kautta hormoni- ja lapsettomuuspoliklinikalle. Avoterveydenhuollossa selvitetään ensiksi lasta haluavan pariskunnan yleinen terveydentila, perussairaudet sekä lääkitykset. Myös psykososiaalinen tilanteen kartoitus sekä gynekologisen ja seksuaalihistorian tutkimukset ovat tärkeitä. Näillä pyritään selvittämään, tapahtuuko ovulaatiota, kohdun ja munajohdinten kunto sekä sperman laadun riittävyys. Tutkimukset kuitenkin toteutetaan jokaisen parin tilanteen mukaan, jolloin laajuus sekä kiireellisyys määräytyvät esitietojen sekä kliinisten löydösten mukaan. Kliinisistä tutkimuksissa avoterveydenhuollossa tärkeimpinä voidaan ajatella olevan verenpaineen kartoitus, pituuden ja painon suhteen selvittäminen sekä karvoituksen ja sekundaaristen sukupuoliominaisuuksien määrittäminen. Laboratoriotutkimuksissa katsotaan lähes poik-

keuksetta perusverenkuva, tyreotropiini sekä prolaktiini. Naisesta otetaan myös gynekologisen tutkimuksen yhteydessä myös Papa- sekä klamydianäytteet. Muita näytteitä saatetaan näiden lisäksi tutkia riippuen pariskunnan tilanteesta. (Tiitinen, A. 2009; Tiitinen, A & al 2011, 11.)

Lääkäri voi tehdä avoterveydenhuollosta lähetteen erikoissairaanhoidon tarkempiin lapsettomuustutkimuksiin sekä -hoitoihin, kun perustutkimuksia on suoritettu, ja tämä nähdään tarpeellisena. (Tiitinen, A. 2009). Lapsettomuustutkimukset sekä -hoidot kuuluvat hoitotakuun piiriin, mutta ne luokitellaan kiireettömiksi. Tällä tarkoitetaan sitä, että hoidontarpeen arviointi tulee suorittaa kolmen viikon kuluessa lähetteen saapumisesta. Arvioinnin kannalta oleelliset tutkimukset sekä varsinainen erikoislääkärin tekemä arviointi tulee tehdä kolmen kuukauden sisällä lähetteen saapumisesta. Jos tutkimuksissa tullaan siihen tulokseen, että pariskunta tarvitsee erikoissairaanhoidon lapsettomuuden hoitoon, tulee heidän päästä varsinaisen hoidon piiriin viimeistään kuuden kuukauden päästä hoidon tarpeen toteamisesta. (Tiitinen, A. 2012. Hedelmöityshoidot; Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013.)

6.4 Lapsettomuustutkimukset erikoissairaanhoidossa

Erikoissairaanhoidossa laajennetaan sekä syvennetään lapsettomuustutkimuksia. Näiden avulla pyritään selvittämään syy sille, miksei raskaus ole vielä alkanut. Lapsettomuustutkimukset ovat tärkeitä myös siitä syystä, että voitaisiin löytää parille paras mahdollinen hoitomuoto. Tutkimuksissa selvitetään pariskunnan molempien osapuolten yleinen terveydentila, jolloin keskustellaan elintavoista, ravitsemuksesta, tupakoinnista sekä alkoholin ja muiden päihteiden käytöstä. Tärkeää on selvittää myös aiemmin sairastetut sairaudet, tehdyt leikkaukset sekä sairaalahoidot ja käytössä olevat lääkkeet. Puberteetin aikaisen kehityksen selvittäminen kuuluu myös tärkeänä osana lapsettomuustutkimuksia. Kuukautiskierto ja oireet, jotka viittaavat endokriinisiin tai muihin pitkäaikaisiin sairauksiin, tutkitaan, kuten myös sukutiedot. Keskustelua käydään sekä ehkäisyn lopettamisen ajankohtaa, raskauden yrittämisen kestoja sekä sukupuolielämän mahdollisia ongelmia. (Tiitinen, A. 2011; Tiitinen, A. & al. 2011, 11.)

Varsinaisia kliinisiä tutkimuksia hormoni- ja lapsettomuuspoliklinikalla tehdään sekä miehelle että naiselle. Naisista johtuvat syyt lapsettomuuteen voidaan jakaa karkeasti neljään osaan, joita ovat munanrakkulan kypsymishäiriöt, munanjohdinvauriot,

kohtuviat sekä endometrioosi. Lapsettomuustutkimuksissa naisilta tutkitaan emättimen kautta tehtävällä kaikututkimuksilla synnytyselinten rakennetta sekä toimintaa, jolloin voidaan havaita mahdollisia rakennepoikkeavuudet esimerkiksi munanjohtimissa. Jos kaikututkimuksella ei päästä täyteen varmuuteen kohtuontelon rakenteesta ja toiminnasta, voidaan tutkimuksia tehostaa hysterosonografialla eli kohtuontelon keittosuolatäytöllä. Myös sonosalpingosonografiaa, eli ilman ja keittosuolaliuosseoksen ruiskuttamista munanjohtimiin, voidaan käyttää tutkimusmenetelmänä munanjohtinten aukiolon varmistamiseksi. Laparoskopia tehdään naisille, joilla epäillään olevan endometrioosia tai sonosalpingosonografian tulos ei ole täysin normaali. Hormonitasoja ja -toimintaa tutkitaan myös veri- ja virtsakokein, jolloin saadaan selville, onko hormonitoiminta riittävä ylläpitämään kuukautiskiertoa. Esimerkiksi gonadotropiinin pitoisuuksia kartoittamalla voidaan saada tietoa sukupuolirauhasten toiminnasta. Myös seerumin lutenisoivan hormonin tasoa seurataan, jotta pystyttäisiin ennustamaan ovulaatiota ja sen ajankohtaa. (Tiitinen, A. 2009; Tiitinen, A. & al. 2011. 13-15; Tiitinen, A. 2012. Naisen lapsettomuus.)

Miehelle voidaan erikoissairaanhoidossa tehdä useita erilaisia tutkimuksia hedelmällisyyden arvioimiseksi. Miehellä tehtävät tutkimukset ovat yleensä naiselle tehtäviä tutkimuksia helpompia ja vähemmän aikaa vieviä. Yleisimmin miehestä johtuva hedelmättömyys johtuu siemennesteen heikosta laadusta tai ejakulaatiohäiriöistä. Miehellä tehtävistä tutkimuksista ensimmäisenä on sperma-analyysi, jonka tarkoituksena on määrittää siemennesteenäytteen tilavuus, siittiöiden määrä, muoto ja liikkuvuus, siittiövasta-aineet sekä merkit infektiosta. Siemennesteanalyysi tehdään aina kahden kertaan, koska siihen voivat vaikuttaa monet asiat kuten stressi, ja sen tulos voi vaihdella ajankohdan mukaan. Jos siemennesteanalyysissä on toistonkin poikkeavaa, voidaan tehdä hormonimittauksia sekä kromosomianalyysi. Hormoneista tutkitaan follikkelia stimuloiva hormoni, testosteroni sekä lutenisoiva hormoni. Kromosomitutkimuksessa taas selvitetään Y-kromosomin mikroleetiota, jonka tarkoituksena on diagnoosin tarkentaminen sen jälkeen, kun hormonitutkimuksessa on todettu follikkelia stimuloivan hormonin tasonnousu. Nämä eivät kuitenkaan ole tyypillisiä tutkimuksia, koska vain harvassa tapauksessa miehestä johtuvan lapsettomuuden syyt löytyvät hormonitoiminnasta. Kliinisenä tutkimuksena miehelle voidaan tehdä myös yleinen tarkastus, jonka pääpainona on kivesten, eturauhasen, rakkularauhasten sekä esinahan tutkiminen, varikoseelen selvittäminen sekä kivesten koon tarkastaminen. Myös erilaiset kaikukuvaukset ovat mahdollisia, jos halutaan esimerkiksi poissulkea kas-

vainten mahdollisuus kiveksissä tai siementiehyiden tukokset. (Tiitinen, A. 2009; Tiitinen, A. & al. 2011. 12; Tiitinen, A. 2012. Miehen lapsettomuus.)

6.5 Lapsettomuushoidot

Hedelmöityshoidot voidaan aloittaa, kun lapsettomuustutkimukset ovat ohi, ja niistä saadut tulokset tukevat hedelmöityshoitojen mahdollisuutta. Jos on mahdollista, hedelmöityshoidot pyritään aloittamaan helpoimmasta päästä. Tämä tarkoittaa usein sitä, että ensimmäisenä kokeillaan ovulaation induktiota eli munarakkulan kypsytyshoitoa. Ovulaation induktiossa munasarjoja stimuloidaan tuottamaan munasolu hormonilääkityksen avulla, jolla olisi mahdollisuus hedelmöityä yhdynnän jälkeen. Hormonilääkkeenä yleisimmin käytetään alussa tablettimuodossa klomifeenisitraattia. Yhdyntä pyritään ajoittamaan ultraääni seurannan avulla munasolun irtoamisajankohtaan. Jos klomifeenihoidolla ei ole vastetta vaihdetaan tämä gonadotropiinihoitoihin, joita annetaan pistoksina. Tarkoituksena tällä on kasvattaa läpimitaltaan vähintään 18mm oleva munarakkula, jolloin ovulaatio saadaan aikaan hCG-pistoksella. Jos tälläkin hoidolla ei saada raskautta alkamaan, tai hoitojen edetessä nähdään riski monisikiöraskaudelle, voidaan siirtyä IVF-hoitoihin. (Tiitinen, A. & al. 2011. 16-18.)

Yksi mahdollisuus hedelmöityshoidoissa on myös inseminaatio, jossa naisen oman kuukautiskierron tai hormoneille stimuloitun kuukautiskierron aikana ruiskutetaan kohtuonteloon pestyjä siittiöitä. Pesemällä siittiöt, voidaan siemennesteestä erottaa parhaimmat siittiösolut. Jos inseminaatio tapahtuu naisen luonnollisen kuukautiskierron aikana, selvitetään virtsasta ovulaatiotestin avulla LH-pitoisuus. Kun testiliuska näyttää positiivista, ruiskutetaan siittiöt kohtuun 12-42 tunnin aikana. Paras tulos saavutetaan yleensä, jos luonnollisen kuukautiskierron yhdistetään hormonihoido. Kun taas käytössä on varsinainen hormonihoido, ultraäänen avulla pyritään valitsemaan ihanteellisin aika antaa hCG-pistos, jonka jälkeen inseminaatio toteutetaan 24-42 tunnin kuluttua. Jos tuloksettomia hoitokertoja kertyy 3-4, siirrytään IVF-hoitoihin. (Tiitinen, A. & al. 2011. 20-21.)

6.6 Koeputkihedelmöitys

IVF tulee sanoista in vitro fertilisaatio, jolla kirjaimellisesti tarkoitetaan hedelmöitymistä lasilla eli kehon ulkopuolella. (Human Fertilisation 2011). Maailman laajuisesti IVF-hoidot ovat käytetyimpiä hoitoja lapsettomuuteen. Suurin syy tähän lienee

sen käytettävyys, sillä sitä voidaan käyttää lähes kaikissa lapsettomuustilanteissa. IVF-hoitoja on mahdollista toteuttaa omista tai luovutetuista sukusoluista sekä luovutetuista alkioista. (Tiitinen, A. & al. 2011, 22; Tiitinen, A. 2011). Sitä on myös kehitetty paljon, sillä hoitomuotona se ei ole kovinkaan uusi. Ensimmäinen koeputkihedelmöityksen avulla alkunsa saanut lapsi syntyi vuonna 1978 Australiassa, joskin tutkimuksia aiheesta oli tehty jo 1930-luvulla Yhdysvalloissa. Onnistuneiden hoitojen jälkeen koeputkihedelmöitys hoitomuotona levisi maailmalla. (Cohen, J. & al. 2005, 439.)

Kun lapsettomuuden syy on selvitetty, alkavat varsinaiset hedelmöityshoidot. IVF-hoitoihin voidaan päätyä suoraan, tai niitä ennen on voitu kokeilla muitakin menetelmiä raskauden alkamiseksi. Tarkoituksena hoidoissa on se, että gonadotropiinin avulla stimuloidaan munasarjoja tuottamaan useampia munasoluja kerralla, jolloin hedelmöittymisen ja solunjakautumisen jälkeen olisi käytettävissä useampia hyvälaatuisia alkioita. Näistä yksi tai kaksi voidaan siirtää kohtuun, ja joitakin alkioita olisi mahdollista pakastaa mahdollista myöhäisempää käyttöä varten. IVF-hoidossa myös GnRH-hormonin vastavaikuttajahormoneilla voidaan estää munasolujen ennen aikaan tapahtuva kypsyminen sekä puhkeaminen, ennen kuin munasoluja on ehditty kerätä. Näin pystytään optimoimaan munasolujen keräyshetki. Tämä voidaan toteuttaa GnRH-agonistihoidolla tai vastaavasti GnRH-antagonistihoidolla. (Tiitinen, A. & al. 2011, 22; Morin-Papunen, L. & Koivunen, R. 2012. Osa II.)

IVF-hoitojen toteutuksessa on kaksi mahdollisuutta, joista toisessa käytetään niin sanottua pitkää hoitokaavaa ja toisessa niin sanottua lyhyttä hoitokaavaa. Pitkässä kaavassa nainen saa kahden viikon ajan GnRH-agonistilääkitystä, jonka jälkeen tähän lisätään gonadotropiini. Gonadotropiinihoito toteutetaan joko FSH- tai hMG-hormonien avulla. Näin naiselle aiheutetaan väliaikainen vaihdevuosien kaltainen tila. Pitkällä hoitokaavalla oikean munasolujen keräyshetken määrittäminen on helpompaa. (Tiitinen, A. & al. 2011, 22; Tiitinen, A. 2012.)

Lyhyessä hoitokaavassa gonadotropiini-injektiohoito alkaa naisella kuukautiskierron toisena tai kolmantena päivänä, jonka jälkeen useasti kuudentena päivänä mukaan otetaan GnRH-antagonisti. Tämä hoito kestää pääsääntöisesti neljästä kuuteen päivää. Hoito on nopeampi ja vähemmän sivuvaikutuksia aiheuttava kuin pitkän hoitokaavan mukainen hoito, mutta hoitokierrot eivät ole yhtä helposti ohjelmoitavissa.

Molemmissa vaihtoehtoissa hoitotulokset ovat kuitenkin samankaltaiset. (Tiitinen, A. & al. 2011, 22-23; Tiitinen, A. 2012.)

Molemmissa hoitovaihtoehtoissa on kuitenkin tarkoituksena kasvattaa munarakkuloita niin, että suurimmat ovat läpimitaltaan yli 17 mm. Kun tähän on päästy, annetaan hCG-injektio, jonka tarkoituksena on munarakkuloiden lopullinen kypsyttäminen. Noin 36 tunnin kuluttua injektioista munasolut kerätään ultraääniohjatuilla punktiolla, jossa munarakkulat imetään tyhjiksi emättimen seinämän läpi munarakkuloihin viedyin neulan avulla. Munarakkulanesteen mukana tulevat kypsät munasolut siirretään viljelymaljalle, jota voidaan säilyttää viljelykaapissa sen aikaa, kun miehen siemenneste tutkitaan. Laadukkaimmat siittiöt eristetään muista ja viedään viljelymaljalle hedelmöittämään munasolu. Siittiöitä tarvitaan noin 10 000 - 100 000 yhtä munasolua kohtaan. Kun tapahtumasta on kulunut 24 tuntia, voidaan maljalta hedelmöittyneet munasolut. 48 tunnin jälkeen osa näistä munasoluista on jakautunut kahdesti, jolloin niistä on tullut nelisoluisia alkioita. Näistä alkioista yksi tai maksimissaan kaksi voidaan viedä katetrin avulla kohtuun. (Tiitinen, A. 2011, 23-24; Tiitinen, A. 2012.)

Munasolukeräyksen sekä alkiosiiirron jälkeen naiselle aloitetaan keltarauhashormonihoito, eli niin kutsuttu luteraalivaiheen tukihoito. Tämä kestää koko loppukierron. Raskaaksi yhtä hoitokertaa kohden tulee noin 20-40% naisista, sillä kaikki alkioit eivät kuitenkaan kiinnity kohtuun ja lähde kehittymään edelleen. Ne hedelmöittyneet munasolut, joita ei siirretty kohtuun, voidaan pakastaa mahdollista uutta käyttöä varten. (Tiitinen, A. & al. 2011.)

6.7 Hedelmöityshoitolaki

Hedelmöityshoitoja ohjaa 1.9.2007 voimaan tullut laki hedelmöityshoidoista, jossa määrittää hedelmöityshoitojen antamisen, sukusolujen luovutuksen sekä varastoinnin edellytykset. Laissa säädetään myös hoidon tuloksena syntyvän lapsen oikeudesta saada tieto alkuperästään. Uusi hedelmöityshoitolaki sallii lapselle oikeuden tietää 18 vuotta täytettyään mahdollisen sukusolun luovuttajan tai sukusolujen luovuttajien henkilöllisyyden. Se, että luovutettuja sukusoluja voidaan käyttää, vaatii kuitenkin sen, että luovuttaja ei voi hyötyä taloudellisesti sukusolujen luovutuksesta. Hoitoa saavan tahon tulee myös kirjallisesti suostua hoitoihin. Myöskään hedelmöityshoitolaki ei salli sukusoluja tai alkioita käyttöä, joiden perimään on puututtu jollakin tapaa. (Laki hedelmöityshoidoista, 2006; Tiitinen, A. 2012. Hedelmöityshoidot.)

7 Laki potilaan oikeuksista ja asemasta

Jokaisella Suomen kansalaisella on oikeus ilman syrjintää oman terveydentilansa edellyttämään terveyden ja sairaanhoitoon. Kunnan ja valtion tulee järjestää terveydenhuollon palveluja. Potilalla tulee olla oikeus laadukkaaseen terveyden- ja sairaanhoitoon. Hänen hoitonsa tulee järjestää ja häntä tulee kohdella siten, ettei hänen yksilöllisyyttään, eikä vakaumustaan tai ihmisarvoaan loukata, vaan niitä kunnioitetaan. Potilasta tulee kohdella hyvin ottaen huomioon kulttuuriset seikat. Hoitoa tulee olla tarjolla suomen sekä ruotsin kielellä. (Finlex 1998.)

Potilaalle tulee ilmoittaa hoitoon pääsemisen ajankohta. Jos aika muuttuu, tulee ilmoittaa uusi ajankohta sekä muutoksen syy välittömästi. Terveyden- ja sairaanhoitoa toteutettaessa on laadittava suunnitelma, joka sisältää tutkimusta, hoitoa sekä lääkinnällistä kuntoutusta. Suunnitelmasta tulee ilmetä potilaan hoidon järjestäminen sekä toteuttamisaikataulu. Tämä on laadittava yhteisymmärryksessä potilaan kanssa. Potilaalle tulee antaa selvitys omasta terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, vaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä ne seikat, jotka vaikuttavat hänen hoitamiensa. Selvitys on annettava siten, että potilas sen ymmärtää. Potilaalla on oikeus tarkastaa häntä itseään koskevia potilasasiakirjoja. Potilasta tulee hoitaa yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Jos potilas kieltäytyy hoidosta, on häntä hoidettava yhteisymmärryksessä muilla lääketieteellisesti hyväksyttävillä tavoilla. Kohteluunsa tyytymättömällä potilaalla on oikeus tehdä muistutus terveydenhuollon toimintayksikön vastaavalle johtajalle. Muistutukseen tulee antaa selvitys kohtuullisessa ajassa. Muistutuksen tekeminen ei rajoita potilaan oikeutta kannella saadusta hoidosta terveyden- tai sairaanhoitoa valvovalle viranomaiselle. (Finlex 1998.)

Hoitajan tulee merkitä potilasasiakirjoihin potilaan hoidon järjestäminen, suunnittelu, toteutus ja seurannan kannalta turvaamiseksi tarpeelliset tiedot. Potilasasiakirjat sekä biologista materiaalia sisältävät näytteet tulee säilyttää ja hävittää vasta silloin, kun niiden säilyttämiselle ei ole enää tarkoitettua perustetta. Potilasasiakirjoihin sisältyvät tiedot ovat yleisesti salassa pidettäviä ja sen rikkominen on tuomittavaa. (Finlex 1998.)

8 Tutkimusmenetelmät

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmä on ollut monimenetelmäinen painottuen kuitenkin pääosin kvantitatiiviseen tutkimukseen. Tutkimustietoa kerättiin kyselylomakkeen avulla naistentautien poliklinikan hoitajilta, joita osastolla on 32. Kyselylomake sisälsi sekä strukturoituja että avoimia kysymyksiä, joihin hoitajat oli mahdollisuus vastata omien kokemustensa mukaan. Kyselylomakkeen alussa kartoitettiin haastateltavan taustatietoja. (Pohjanpää 2009; Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto 2010). Tämän jälkeen selvitettiin hoitajien omaa näkemystä poliklinikan tämänhetkisestä potilasohjauksen tasosta sekä heidän kehitysehdotuksiaan. Tarkoituksena on ollut myös kartoittaa, minkä verran naistentautien poliklinikan hoitajat tietävät entuudestaan motivoivasta haastattelusta.

8.1 Monimenetelmäinen tutkimusote

Tutkimusotteet, joilla on monta eri näkökulmaa, kutsutaan monimenetelmäisiksi. Niissä samaa tutkittavaa ilmiötä lähestytään monelta eri suunnalta ja käsitellään erilaisia teoreettisten aineistojen malleja rinnakkain. Monimenetelmäisellä mallilla pyritään nostamaan tutkimuksen luotettavuutta, ja näin pyritään osoittamaan, etteivät tulokset ole vain sattumanvaraisia, vaan sama tulos on mahdollista saada eri lähestymistapojen avulla. Kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus tutkii yleisellä tasolla ilmiötä, kun taas kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimustapa tutkii ilmiötä tarkemalla tasolla. (Lumme, Leinonen, Falenius & Sunqvist 2006.) Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen tutkimustapa täydentävät toisiaan. Kyselylomakkeen avulla selvitetään hoitajien omaa mielipidettä potilasohjauksesta. Lomakkeen rakenteessa on määrällisiä sekä laadullisia kysymyksiä. Kvalitatiivisten kysymysten avulla tutkimme laatua poliklinikalla yleisesti ja omakohtaisesti sekä potilasohjauksen heikkouksia ja vahvuuksia. Käytimme sisällön erittelyä eli kuvasimme kvantitatiivisesti tutkimuksen tuloksia ja teimme niistä päätelmiä. Kvantitatiivinen menetelmä ilmenee aineiston sisällön ja numeerisen tilastoitavuuden kannalta.

8.2 Kvantitatiivinen tutkimusote

Kyselylomake on tehty niin, että sen täyttäminen olisi mahdollisimman helppoa ja nopeaa. Vastaaminen oli hoitajille täysin vapaaehtoista, eikä kenenkään ollut siihen pakko osallistua. Kaikki tutkimusaineisto kerättiin nimettömänä. (Yhteiskuntatieteel-

linen tietoaarkisto 2010). Saadun aineisto analysoidaan Statistical Package for the Social Sciences- ohjelmistolla, jolloin pystytään tuottamaan tilastotietoa vastauksista. (Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto 2011). Saatua tietoa analysoitiin myös kirjallisuuskatsauksen avulla, jolloin tutkimusta on ollut mahdollista peilata myös aikaisemmin tehtyihin tutkimuksiin. Tutkimus on toteutettu niin, että se olisi mahdollista toistaa. (Hannula, L & Kaunonen, M. 2006.)

Alun perin tutkimuksen tarkoituksena oli koskea pelkästään IVF-hoitoja antavia hoitajia, mutta vähäisen henkilöstömäärän takia opinnäytetyö laajennettiin koskemaan koko poliklinikkaa. Käytännössä tämä tarkoittaa noin 32 hoitajaa. Tarkoituksena oli keskittyä erityisesti IVF-hoitajien potilasohjauksen parantamiseen, mutta tuottaa myös tietoa, jota muutkin alat voivat osaltaan hyödyntää. On tutkimuksen luotettavuuden kannalta olennaista, että otanta on mahdollisimman suuri, koska voidaan olettaa, ettemme kuitenkaan tavoita jokaista poliklinikalla työskentelevää hoitajaa. (Commonwealth of Learning 2004.)

8.3 Luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttavat useat seikat. Käsitteinä luotettavuuden arvioinnissa käytetään validiteettia eli pätevyyttä sekä reabiliateettia eli pysyvyyttä. Tutkimuksesta suunniteltaessa on otettu huomioon luotettavuus. Taustateoriaa on kerätty ja analysoitu runsaasti ennen tutkimuksen toteuttamista. Käsitteistö on määritelty kerätyn teorian pohjalta, jolloin kysymysten sisällöllinen kattavuus on saatu tutkimuksen kannalta riittäväksi. Kysymysten asetteluun on myös kiinnitetty huomiota, jotta vältetään johdattelevia tai muuten epämääräisiä kysymyksiä, jolloin objektiivisuus kärsisi. Mittarin, eli kyselylomakkeen, mittaussyky on myös etukäteen testattu ulkopuolisilla henkilöillä, jolloin siitä on pystytty tekemään toistettavissa oleva ja tarpeeksi selkeä. Tutkittavien on helppoa ja nopeaa vastata esitettyihin kysymyksiin. Testien avulla on pystytty myös minimoimaan sattumanvaraiset mittausvirheet, jolloin tutkimuksen reabiliateetti olisi mahdollisimman korkea. Tutkimuksessa on myös huomioitu se, ettei se ole ajasta tai paikasta riippuvainen, jolloin siirrettävyys toiseen yhteyteen on mahdollinen. (Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto 2008.)

Tutkimuksen otanta oli 25 henkilöä, jolloin vastausprosentti on reilut 78 % koko poliklinikan hoitohenkilökunnasta. Tällaisella vastaajamäärällä saadaan tutkimukselle jo kohtalainen ulkoinen validiteetti. (Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto 2008). Poli-

klinikan hoitajat tiesivät etukäteen, että tämänkaltainen tutkimus tullaan toteuttamaan, jolloin yllätyksen aiheuttama vastaajakato oli pyritty minimoimaan. Toisaalta etukäteisesittelyn avulla heitä oli myös motivoitu, jotta mahdollisimman moni osallistuisi tutkimukseen.

Tutkimuksessa on kiinnitetty runsaasti huomiota ulkoiseen sekä sisältö-, rakenne- ja kriteerivaliditeettiin, jotta tutkimustulokset olisivat käytettäviä. Myös rehabiliteetti on otettu huomioon niin, että mittarin pysyvyys, eli stability, ekvivalenssi sekä konsistenssi vastaisivat hyvän ja luotettavan tutkimuksen kriteereitä. (Yhteiskuntatieteellinen tietoaarkisto 2008.)

Opinnäytetyötä tehdessä tulee toimia hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti. Toimintatapoina tulee olla rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus. Tietoa tulee hankkia eettisin keinoin ja tutkimus- ja arviointimenetelmien tulee olla eettisesti hyväksyttäviä. Muiden tutkijoiden työt ja saavutukset tulee ottaa asianmukaisesti huomioon. Tutkimuksen suunnittelu, toteuttaminen ja raportointi on tehtävä asetettujen vaatimusten mukaisesti. Tarvittavat tutkimusluvut tulee hankkia. Vilppi, jolla tarkoitetaan sepittämistä, plagiointia tai anastamista, tai puutteellinen viittaaminen aikaisempiin tutkimuksiin ei ole sallittua.

Tutkittavilta henkilöiltä tulee pyytää lupa tutkimukseen ja heitä kohtaan tulee toimia eettisesti. Tutkimuksesta tulee myös saada tarpeeksi tietoa. Tutkittavan etu ja hyvinvointi tulee asettaa tieteen edelle. Tutkittaville jaettavasta informaatiosta tulee ilmetä tutkijoiden yhteystiedot, tutkimuksen säilyttäminen, tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja merkitys, tutkimusmuoto sekä, miten ja mihin tietoja aiotaan käyttää. Tutkimustiedot tulee olla luottamuksellisia ja osallistujat jäävät nimettömiksi (yksityisyyden suoja). Tiedot hävitetään tutkimuksen jälkeen. Laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta (621/1999) säätelee mm. opinnäytetöiden julkisuutta. Tutkimuksen tuloksille suunniteltu käyttötarkoitus esitetään tutkimuksen loppuraportissa. (Laurea 2007.)

9 Opinnäytetyön tavoitteet, tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Tutkimuksen tarkoitus oli pyrkiä parantamaan ja yhtenäistämään potilasohjauksen laatua polikliinisessa potilasohjauksessa, etenkin IVF - hoidon tilanteessa. Tutkimus tarkastelee potilasohjausta poliklinikalla työskentelevien hoitajien näkökulmasta. Tutkimuksesta ja tutkimustuloksista on hyötyä niin potilaille kuin hoitohenkilökunnalle.

Aihevalinta tuli osaston henkilökunnan toiveesta potilasohjauksen kehittämiseen. Eri-tyisesti IVF - hoitojen potilasohjaukseen kaivattiin päivitystä. Tutkimus tutkii potilasohjauksen lähtökohtia kyselylomakkeiden avulla muun muassa potilasohjauksen osaamisesta henkilökohtaisella ja yleisellä tasolla, ohjaustaidoista ja niiden sisällöistä sekä heidän omista parannusehdotuksistaan potilasohjaukseen. Näitä parannusehdotuksia rinnastettiin aiemmin tutkittuihin hyvän potilasohjaamisen teorioihin, ja esiteltiin ne hoitajille itselleen. Tavoitteena oli tuottaa uutta ja päivitettyä tietoa potilasohjauksesta polikliinisessä ympäristössä. Teoreettinen tieto rinnastettiin vanhan tiedon ohelle, jolloin se on helpompaa omaksua.

Tutkimuskysymykset ovat:

- Millaiseksi hoitajat arvioivat IVF - potilasohjauksen laadun?
- Millä tavoin potilasohjauksen laatua voidaan parantaa?

9.1 Toteutussuunnitelman aikataulu

Opinnäytetyön oppimisprosessi sisälsi neljä eri vaihetta: orientaatiovaiheen, suunnitelmavaiheen, toteutusvaiheen ja julkaisuvaiheen. Orientaatiovaihe alkoi toukokuussa 2012, jolloin Naistenklinikan naistentautien poliklinikan osastolta tuli pyyntö tehdä aiheesta opinnäytetyötä. Orientaatiovaiheeseen kuului opinnäytetyön ideointia, aiheen rajausta, tietopohjan kartoitusta, opinnäytetyön tekemisen keinojen kartoittamista, toteutusprosessin jäsenystä sekä alustavan työsuunnitelman tekoa. Orientaatiovaihe kesti puoli vuotta, jonka jälkeen marraskuussa 2012 siirryttiin suunnitelmavaiheeseen. Suunnitelmavaihe sisälsi lähteiden ja muiden aineistojen hankintaa, selvitysten tekemistä, tavoitteiden määrittelyä, kirjallisuuskatsausta, arviointikohteen ja käsitteiden määrittelyä, menetelmän hiomista sekä tutkimussuunnitelman laatimista tutkimuslupaa varten. Suunnitteluvaihe kesti 4kk, jonka jälkeen siirryttiin

opinnäytetyön toteutusvaiheeseen maaliskuussa 2013. Toteutusvaiheessa tehtiin konkreettinen tuotos, kerättiin kyselylomakkeet vastauksineen, hankittiin lisätietoja, tuotettiin ja analysoitiin aineistoja, kirjattiin havaintoja, tapahtumia ja tuloksia, sekä laadittiin tulosten perusteella hyödyllisiä ratkaisuja työelämälle. Toteutusvaiheen jälkeen huhtikuussa 2013 alkoi koontivaihe, jolloin arvioitiin omaa toimintaa ja oppimista, tuotos esitettiin koululla, jonka jälkeen tutkimus esitettiin Naistenlinikalla. Esityksen jälkeen kirjattiin ja julkaistiin raportti ja tehtiin kypsyyssnäyte toukokuussa 2013.

9.2 Tutkimusluvut

Tutkimusluvan opinnäytetyötämme varten hankimme Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin Internet-sivuilla olevalla lomakkeella, johon liitetään oppilaitoksessa hyväksytty opinnäytetyösuunnitelma. Tulosalueena oli naisten- ja lastentautien tulosyksikkö.

Opinnäytetyöaihe saatiin suoraan Naistenklinikan naistentautien poliklinikan osastohoitaja. Aihetta muokattiin sopivaksi ja hoitajien kannalta katsottavaksi. Työelämäyhdyshenkilönä toimi Naistentautien poliklinikan yksi sairaanhoitajista. Otimme yhteyttä Naistenklinikan opinnäytetyöpankki hallinnoivaan ylihoitajaan, jota tavattiin opinnäytetyön merkeissä. Hallinnoiva ylihoitaja kertoi meille johtavan ylihoitajan allekirjoittavan kaikki sopimukset ja tutkimusluvut. Tutkimuslupahakemuksen mukana lähetettiin opinnäytetyön tutkimussuunnitelma.

10 Tuloksia

Naistentautien poliklinikalla on 32 hoitajaa, joista 25 vastasi kyselylomakkeeseen. Kaikki lomakkeet hyväksyttiin eikä ainuttakaan tarvinnut hylätä. Vastausaikaa oli kahdeksan työpäivää.

Analysoimme saatua aineistoa niin, että keräsimme hormoni- ja lapsettomuushoitajien tutkimusyksiköstä saadut vastauslomakkeet ja gynekologisten syöpätautien sekä yleisgynekologian tutkimusyksiköiden vastauslomakkeet erikseen. Teimme taulukoita saaduista määrällisistä ja laadullisista vastauksista, mutta käsittelemme avoimia vastauksia yleisesti huomioiden vastaajien yksityisyyden.

10.1 Vastaajien taustatiedot

Kyselylomakkeen neljä ensimmäistä kysymystä koskivat hoitajien taustatietoja ja toimialaa - ja nimikettä poliklinikalla. Taustatiedoissa kysyttiin ikää, sukupuolta, ammattia sekä toimialaa Naistenklinikalla. Kaikkiin taustatietojen kysymyksiin vastasivat kaikki 25 hoitajaa. Vastanneista kaikki olivat sukupuoleltaan naisia. Ikäryhmiä oli viisi, jotka jakautuivat melko tasaisesti. Suurin osa vastaajista oli 25-35-vuotiaita. Vastaajista noin 3/4 oli kättilöitä (76 %) ja loput olivat sairaan- tai terveydenhoitajia. Poliklinikan toimialat jakautuvat kolmeen yksikköön: gynekologisten syöpäpotilaiden tutkimusyksikkö, lapsettomuus ja hormonipoliklinikan tutkimusyksikkö sekä gynekologian tutkimusyksikkö. Vastaajista suurin osa (68 %) työskenteli lapsettomuus - ja hormonipoliklinikalla ja loput gynekologian ja gynekologisten syöpätautien poliklinikalla.

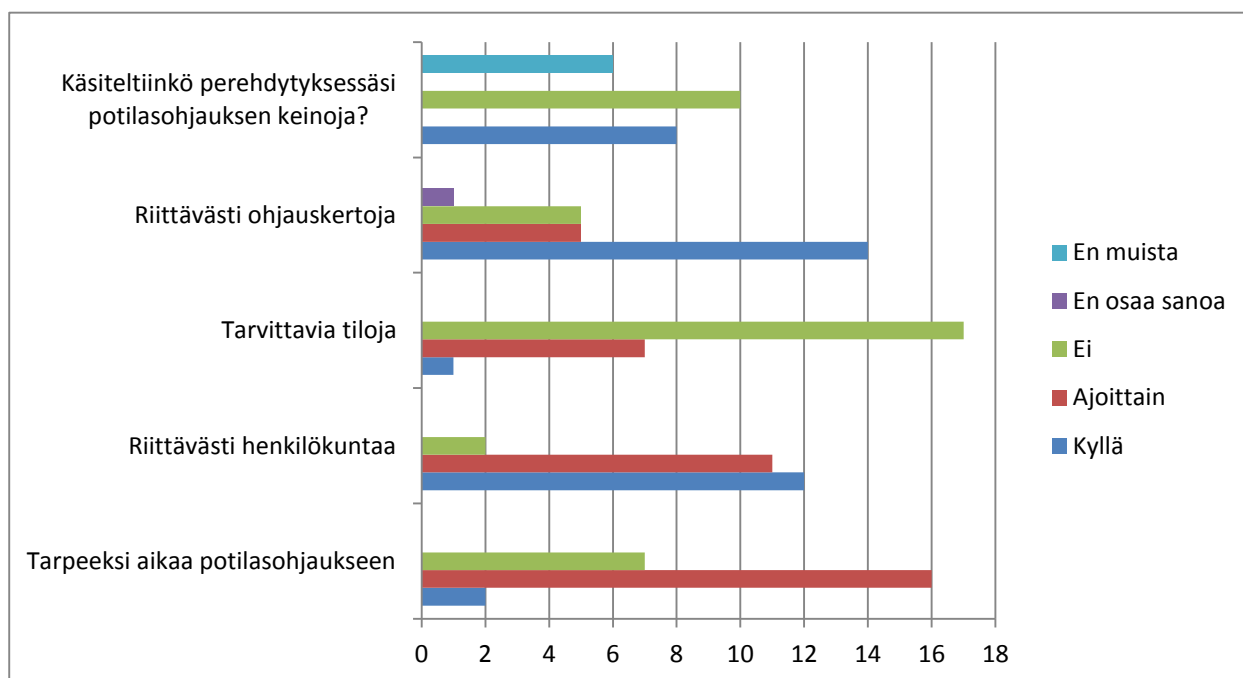
Muuttuja	N	%
Ikä	18 - 25	8 %
	25 - 35	36 %
	35 - 45	16 %
	45 - 55	24 %
	55 - 65	16 %
	Yli 65	0 %
Sukupuoli	Mies	0 %
	Nainen	100 %
Ammatti	Sairaanhoitaja	16 %
	Terveydenhoitaja	8 %
	Kättilö	76 %
	Perushoitaja	0 %
Toimiala	Gynekologisten syöpätautien tutkimusyksikkö	4 %
	Lapsettomuus ja hormonipoliklinikan tutkimusyksikkö	68 %
	Gynekologian poliklinikan tutkimusyksikkö	28 %
Yhteensä	25	100 %

Kuvio 3. Vastaajien taustatiedot

10.2 Vastaajien arvio potilasohjaamisen resursseista

Potilasohjauksen resursseja kyseltäessä pyrittiin selvittämään, onko hoitajilla tarpeeksi aikaa potilaskohtamiseen, riittävästi henkilökuntaa, tarvittavia tiloja sekä riittävästi ohjauksetoimia. Hoitajista kaikki 25 vastasivat näihin resursseja koskeviin kysymyksiin. Potilasohjaamisen resursseihin kuului vielä kysymys, jossa tahdottiin tietää, käsiteltiinkö perehdytyksessä potilasohjauksen keinoja. Tähän yksi ei vastannut, jolloin vastauksia tuli 24/25. Tarpeeksi aikaa potilaskohtamiseen oli hoitajista suurimman osan mukaan ajoittain. Henkilökuntaa koettiin olevan riittävästi tai ajoittain riittävästi. Suurin negatiivisuutta herättänyt seikka potilasohjauksen resursseissa oli tilojen riittämättömyys, jota mieltä oli melkein 70 % vastanneista. Tämä selittynee Naistenklinikalla tällä hetkellä käynnissä olevalla remontilla.

Ohjauksetoimien määrään oltiin melko tyytyväisiä. Kysymykseen ”käsiteltiinkö perehdytyksessä potilasohjauksen keinoja” vastaukset jakoutuivat melko tasaisesti, 42 % oli sitä mieltä, ettei perehdytyksessä käyty läpi potilasohjausta, 33 % mielestä perehdytyksessä käytiin potilasohjauksen keinoja ja loput 25 % eivät muista, käytiinkö potilasohjauksen keinoja läpi vai ei.



Kuvio 4. Potilasohjaamisen resurssit

10.3 Potilasohjaus yleisellä ja henkilökohtaisella tasolla

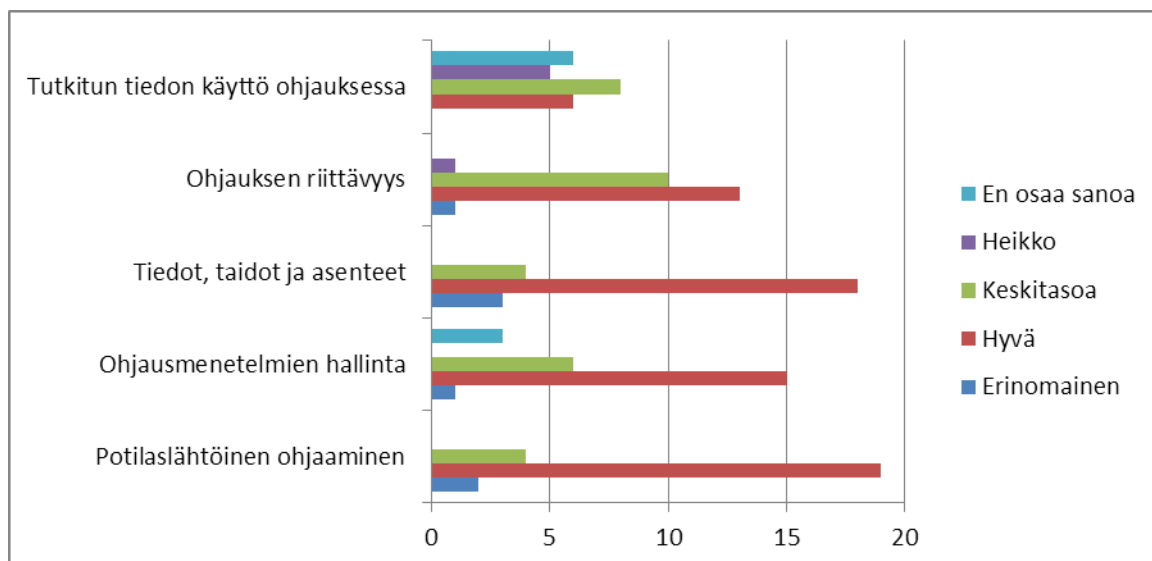
Halusimme selvittää hoitajien mielipiteitä naistentautien poliklinikalla tapahtuvasta potilasohjauksesta yleisellä ja henkilökohtaisella tasolla. Laitoimme viisi samaa kysymystä yleisen tason ja henkilökohtaisen tason alle. Näitä kysymyksiä olivat potilaslähtöinen ohjaaminen, ohjausmenetelmien hallinta, tiedot, taidot - ja asenteet, ohjauksen riittävyys sekä tutkitun tiedon käyttö ohjauksessa. Näihin kysymyksiin vastasivat kaikki 25 hoitajaa.

10.3.1 Vastaajien arvio potilasohjauksen osaamisesta yleisellä tasolla

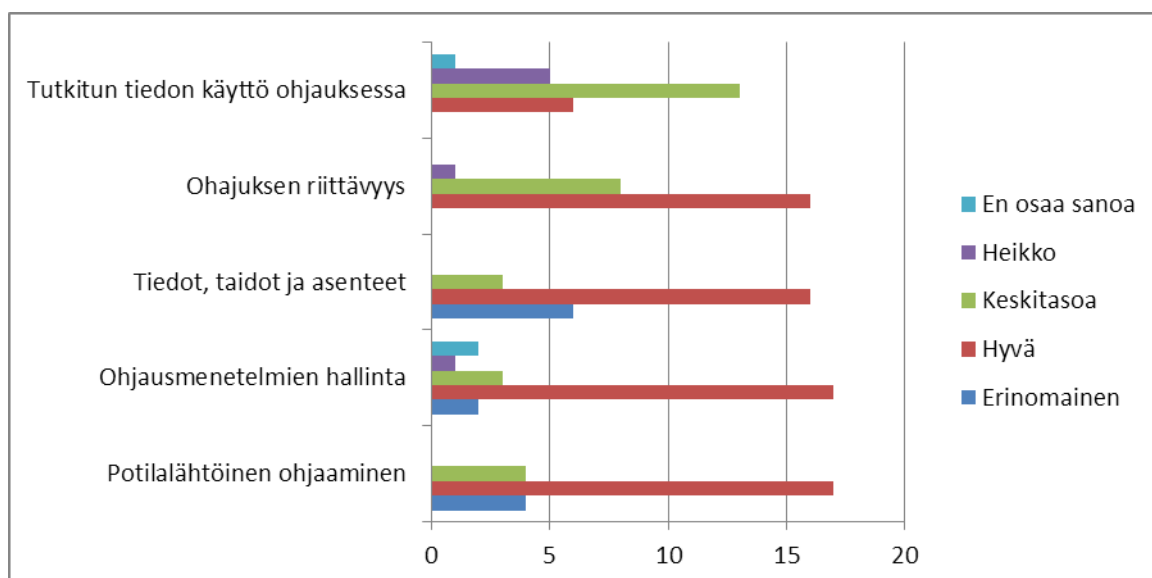
Potilaslähtöinen ohjaaminen koettiin hyväksi. Neljän vastaajan mielestä se oli keskitasoa, ja kahden vastaajan mukaan se olisi erinomaista. Ohjausmenetelmien hallinta koettiin suurimmaksi osaksi myös hyväksi, joskin kuuden vastaajan mielestä se oli keskitasoa. Hoitajien tiedot, taidot ja asenteet olivat 18 vastaajan mukaan hyvät, kolmen vastaajan mukaan jopa erinomaiset, kun taas neljän vastaajan mukaan ne olisivat keskitasoa. Ohjauksen riittävyys oli vastaajien mukaan hyvää tai keskitasois-ta. Tutkitun tiedon käyttö ohjauksessa antoi melko erimielisen tuloksen, koska kuusi vastaajaa mielsi sen hyväksi, kahdeksan vastaajaa keskitasoiseksi ja viisi vastaajaa taas heikoksi.

10.3.2 Vastaajien arvio potilasohjauksen osaamisesta henkilökohtaisella tasolla

Potilaslähtöisen osaamisen koki 17 vastaajaa hyväksi, kun taas neljä vastaajaa koki sen erinomaiseksi ja neljä vastaajaa keskitasoiseksi. Ohjausmenetelmien hallinta oli 17 vastaajan mukaan hyvä, kolmen vastaajan mukaan keskitasoa ja kahden mukaan erinomaista. Tiedot, taidot ja asenteet koettiin suurimmaksi osaksi hyväksi. Kuusi vastaajaa koki ne erinomaisiksi. Ohjauksen riittävyteen oltiin tyytyväisiä pääasiassa tyytyväisiä. 16 vastaajaa mielsi sen hyväksi ja kahdeksan vastaajaa keskitasoiseksi. Tutkitun tiedon käyttö oli 13 vastaajan mukaan keskitasoa, kuusi vastaajaa mielsi sen hyväksi, mutta viisi vastaajaa näki sen jopa heikoksi.



Kuvio 5. Potilasohjauksen osaaminen yleisellä tasolla



Kuvio 6. Potilasohjauksen osaaminen henkilökohtaisella tasolla

Vertaillen taulukoita hoitajien kokemasta potilasohjauksesta yleisellä ja henkilökohtaisella tasolla, voidaan nähdä pieniä eroavaisuuksia. Henkilökohtaisen potilasohjauksen arvioidaan olevan hieman parempaa ohjauksen riittävydessä ja ohjausmenetelmien hallinnassa. Tiedot, taidot ja asenteet sekä potilaslähtöinen ohjaaminen ajatellaan olevan parempaa yleisellä tasolla.

10.4 Kysymys motivoivasta haastattelusta

Halusimme tietää, onko motivoiva haastattelu tuttua poliklinikan hoitajille, ja kokevatko he tarpeelliseksi lisäkoulutuksen kyseisestä menetelmästä. Molempiin kysymyksiin kaksi hoitajaa jätti vastaamatta, jolloin molempiin kysymyksiin vastasi 23/25 hoitajasta. Näihin kahteen motivoivan haastattelun kysymyksiin oli lisäkysymys, jos vastaaja valitsi kyllä - vaihtoehdon.

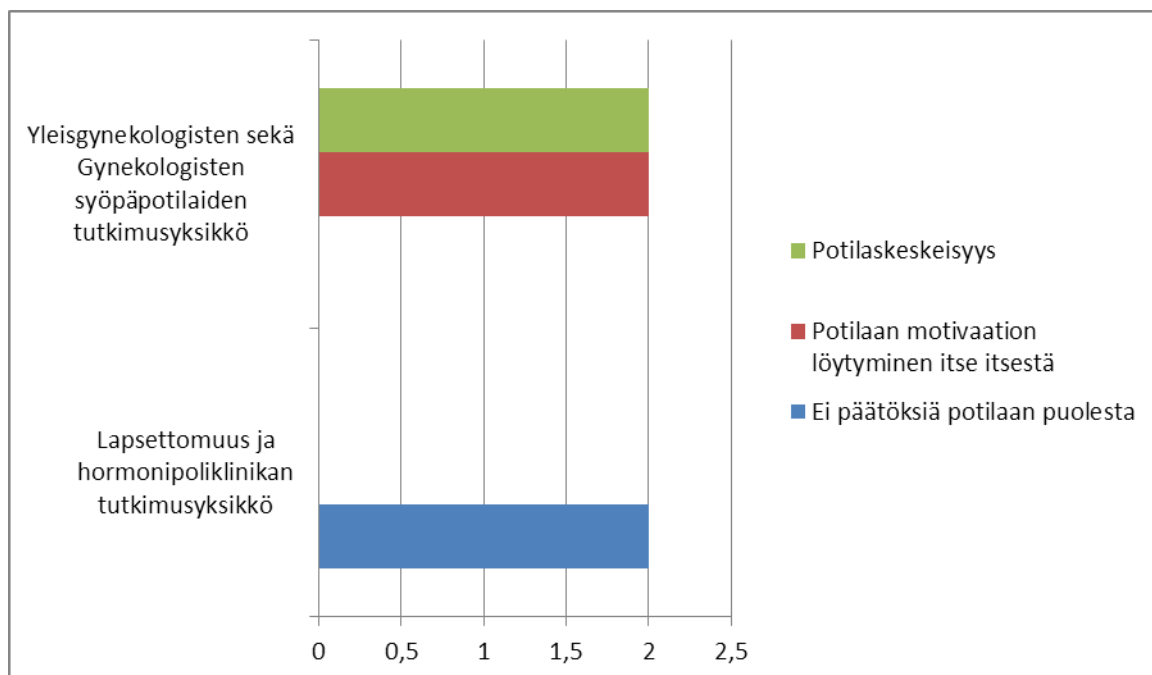
10.5 Tieto motivoivasta haastattelusta

Hoitajista 52 % vastasi tietävänsä, mitä motivoivalla haastattelulla tarkoitetaan, ja 48 % hoitajista koki, ettei tiedä tästä.

10.6 Kokemus motivoivasta haastattelusta

Motivoivassa haastattelussa hoitajat ajattelivat tärkeintä olevan sen, ettei hoitaja tee päätöksiä potilaan puolesta. Potilaan henkilökohtainen motivaatio koetaan olevan avainasemassa. Mainintana tuli myös potilaskeskeisyyden ja potilaan mukaan ottaminen keskusteluun. Motivoiva haastattelu on asiakkaasta lähtevää. Myös potilaan kielteisyyden muuttuminen, voimavarojen tukeminen, luottamuksellinen vuorovaikutussuhde olivat myös tärkeitä seikkoja. Alla on kommentteja aiheesta.

- *Se, että lääkäri/hoitaja ei anna vastauksia tai tee päätöksiä potilaan puolesta, vaan heittää ”pallon” potilaalle motivoimaan häntä ”parempaan” elämään.*
- *Siitä, ettei anna valmiita ratkaisumalleja, yksilöllisyys*
- *Potilaan mukaanotto keskusteluun (dialogi), potilaskeskeisyys. Potilaan on itse kiinnostuttava elintapojen tms. muuttamisesta.*
- *Asiakkaan tarpeista lähtevää.*
- *Potilaan kielteisyyden muuttaminen ja motivaation löytyminen potilaasta itsestään*
- *Luottamuksellinen vuorovaikutussuhde, jossa voidaan tukea potilaan omia voimavaroja ja tukea potilasta auttamaan itse itseään?*



Kuvio 7. Kokemus motivoivasta haastattelusta

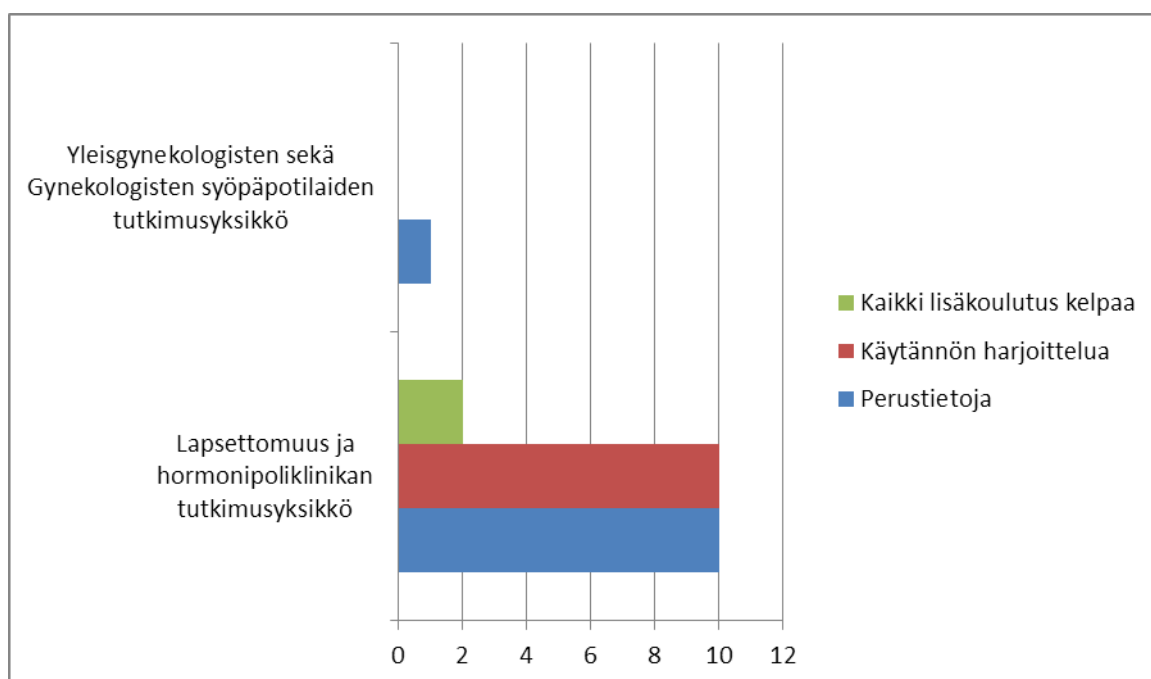
10.7 Tarve lisäkoulutukselle motivoivan haastattelun menetelmistä

Hoitajista 70 % vastasi kokevansa lisäkoulutuksen tarpeelliseksi, kun taas 30 % vastaajista koki, ettei tarvitse sitä.

10.8 Koulutuksen sisältötoiveet

Suurin osa kysymykseen vastanneista hoitajista kirjoitti tahtovansa perustietoja motivoivasta haastattelusta. Myös käytännön harjoittelua ja vinkkejä toivottiin. Muutaman vastaajan mukaan kaikki lisäkoulutukset ovat tervetulleita. Alla on kommentteja aiheesta.

- *Tietoa/koulutusta motivoivan haastattelun käytöstä, esimerkkejä. Yleisesti ”käyttökoulutusta”.*
- *Esim. hyvä luento joltakin asiantuntijalta*
- *Ihan perustavanlaista, mitä se on ja miten sitä voisi omassa työssään hyödyntää*
- *Kurssi/luento etenkin siitä, soveltuisiko menetelmä miten hyvin lapsettomuuspotilaan ohjaamiseen.*
- *Suhtaudun myönteisesti kaikkiin lisäkoulutuksiin.*



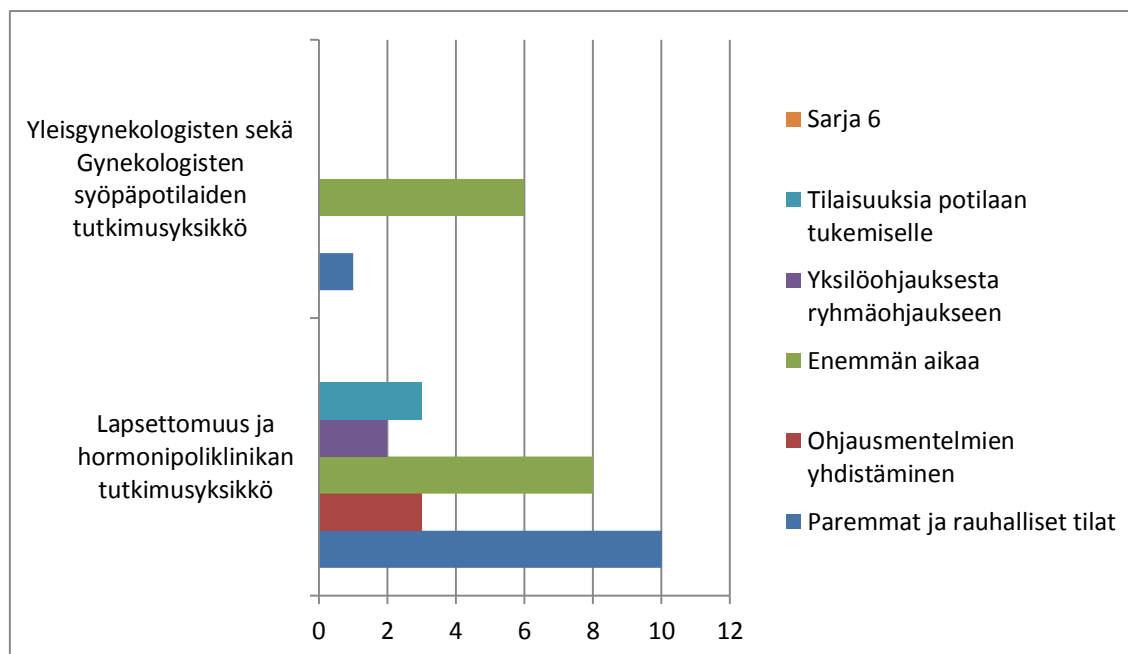
Kuvio 8. Koulutuksen sisältötoiveet

10.9 Kehittämissideat potilasohjaukselle

Suurin osa hoitajista kaipasi parempia ja rauhallisempia työskentelytiloja. Myös enemmän aikaa ohjaustilanteisiin koettiin olevan tarvetta. Potilasohjauksen eri ulottuvuuksiin kaivattiin parannuksia: ohjausmenetelmiä haluttaisiin yhtenäistää, yksilöohjauksesta voisi kehittää ryhmäohjausta sekä asiakkaalle haluttaisiin tarjota myös muunlaista tukea. Mainintoina tulivat myös tietoteknologian parantaminen, miesten parempi huomioiminen ja potilaslähtöisen ohjaamisen toiveet. Myös ohjauksen sisällön päivytystä toivottiin. Alla on kommentteja aiheesta.

- *Paremmat ohjaustilat, tilan rauhallisuus, riittävästi aikaa*
- *Ohjausmenetelmien yhtenäistäminen.*
- *Annettaisiin kunnon tilat, jolloin tilanne olisi selkeästi rauhallisempi. Ohjausta tulisi ns. laajentaa myös kokonaisvaltaisemmaksi (pot. jaksaminen jne.) eikä vain pistosohjaus*
- *Yksilöohjauksesta myös muihin ohjaustapoihin*
- *Enemmän ohjaustiloja ja niiden sisustaminen mielekkääksi. Enemmän tietoteknologian ja -hyödyntämistä, se on nykypäivää!*

- Kokonaisvaltaisempaa osaamista enemmän. Miehet otettava paremmin huomioon. Psyykkiselle tukemiselle paremmin aikaa.



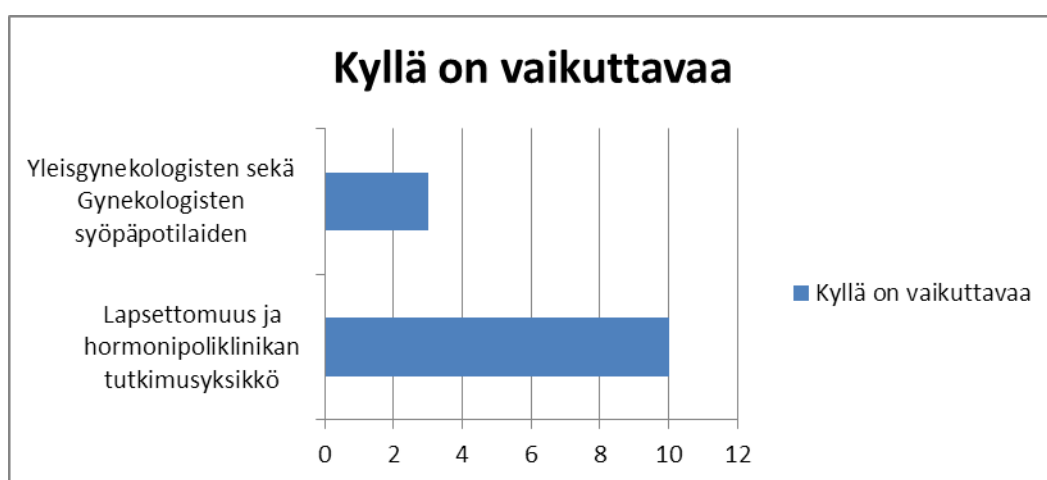
Kuvio 9. Kehittämisideat potilasohjaukselle

10.10 Potilasohjauksen vaikuttavuus

Suurin osa hoitajista oli sitä mieltä, että potilasohjaus on vaikuttavaa poliklinikalla. Useiden mielestä hoito ei voisi toimia, ellei se olisi vaikuttavaa jollakin tasolla. Potilasohjauksen vaikuttavuuden ajateltiin olevan myös tärkeää hoidon tulosten kannalta. Hoidon arveltiin olevan vaikuttavaa, koska asiakkaat antavat positiivista palautetta sekä konkreettisesti osaavat toimia seuraavassa vaiheessa. Hoitajan ja asiakkaan kahdenkeskeistä aikaa pidettiin myös tärkeänä hoidon onnistumisen kannalta. Alla on kommentteja aiheesta.

- *Kyllä. Potilas saa tarvittavat tiedot ja taidot, jotta voi toteuttaa hoitoaan (mm. pistokset) ja saa tukea lapsettomuuskriisissä.*
- *Hoitajan kahdenkeskeinen ohjaus on vaikuttavaa, potilaat ovat silloin tyytyväisempiä ja uskaltavat paremmin kysyä. Lääkärin vastaanotolla annettu ohjaus menee aika usein potilaalta ohi. Puhelinajalla on hyvä etteivät seuraavat soittajat odota linjalla.*

- *Ohjaus on vaikuttavaa, kun potilaat antavat positiivista palautetta, että heille on annettu aikaa. Ohjaus on vaikuttavaa, jos potilaat osaavat hoitoa oikein toteuttaa.*
- *Ensiarvoisesti tärkeää hoidon onnistumisen kannalta (tekninen sujuvuus, motivointi, tukeminen)*
- *Ohjauksen lopuksi pyrin varmistamaan, onko potilas ymmärtänyt ohjauksen keskeisen sisällön ja onko asiasta kysyttävää. Mikäli potilas osaa valmistautua tuleviin tutkimuksiin/toimenpiteisiin ja on saanut mielestään riittävästi informaatiota/tukea niin on.*



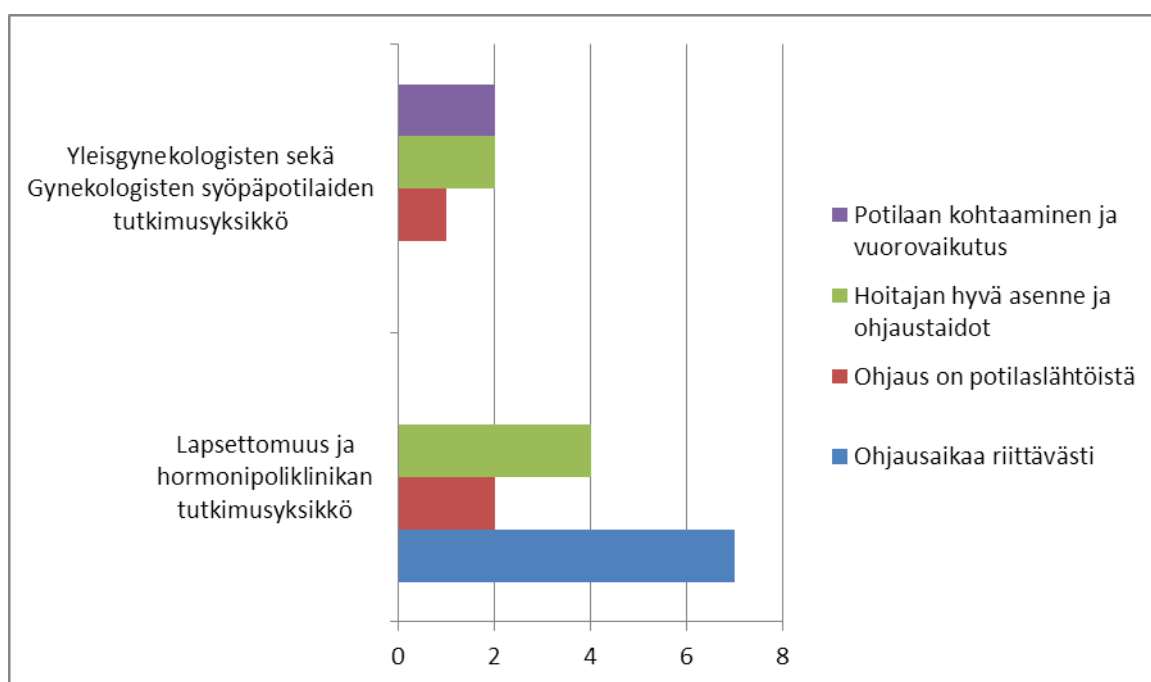
Kuvio 10. Potilasohjauksen vaikuttavuus

10.11 Tyytyväisyys potilasohjauksessa

Vaikka potilasohjauksen heikoissa puolissa mainittiin ajanpuute, se myös mainittiin hyvissä puolissa riittävänä. Hoitajien mielestä poliklinikan henkilökunnalla on hyvä asenne työhönsä, ja ohjaustaidot ovat kunnollisia. Ohjauksen potilaslähtöisyys nähtiin myös tyytyväisyyden kohteena. Myös lääkevalmistajien helppoihin välineisiin oltiin tyytyväisiä. Omatoiminen ja hoitajavetoinen työ mainittiin tyytyväisyyden kohteena. Myös asiakkaiden positiivisuus on yksi tyytyväisyyden aiheista. Tyytyväisiä ollaan myös ohjauksen odotusaikojen paranemiseen sekä puhelinohjauksen mahdollisuuteen. Potilaan kohtaaminen ja vuorovaikutus sekä kirjalliset materiaalit koettiin hyviksi poliklinikalla. Alla on kommentteja aiheesta.

- *Omatoiminen vastaanotto. Hoitajavetoinen. Ajoittain rauha ohjata (riittävästi aikaa per pot.)*

- *Hoitajat ovat motivoituneita työhönsä ja halua ohjata kunnolla potilaat on suuri.*
- *Ohjauksen odotusaikoja saatu paremmaksi*
- *Pistosohjaus ja IVF-hoidon ohjaukset ovat kattavia ja niihin on varattu aikaa. Myös puhelimesta annetaan paljon ohjausta.*
- *Ohjausaikaa annetaan potilaille riittävästi*
- *Asenteet, lyhyt aika -> tehokkuus.*
- *Puhelinneuvonnassa potilasohjaukseen on riittävästi aikaa*
- *Kirjallisia ohjeita löytyy aika hyvin*
- *Sairaanhoitajan vastaanotot (paikkavaraus ja anestesiahoitajan vo) joissa vuorovaikutus kahdestaan potilaan kanssa on parasta: oma tila, jossa ei häiriötekijöitä*
- *Henkilökunta motivoitunutta*



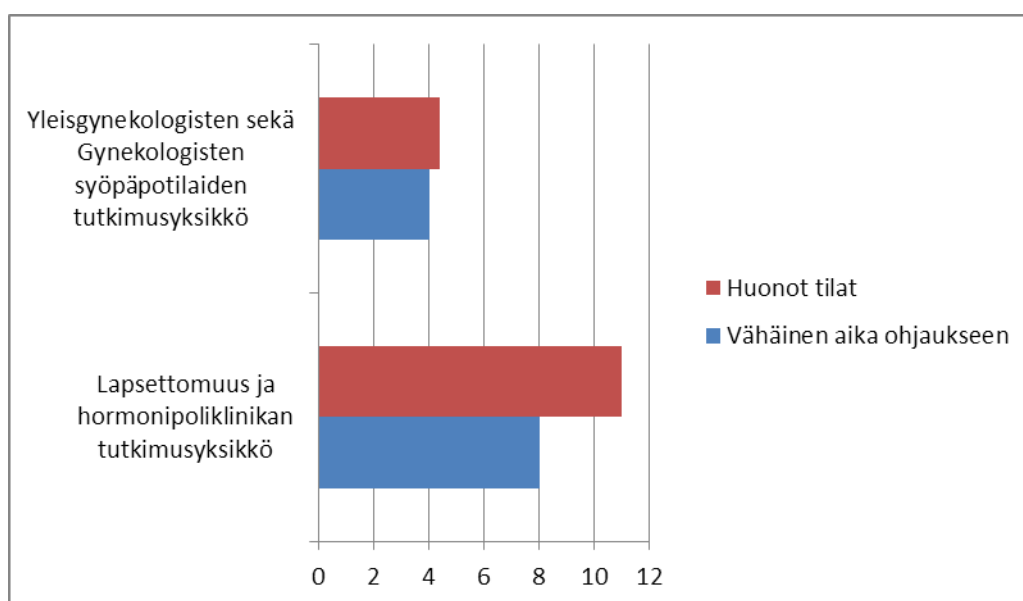
Kuvio 11. Tyytyväisyys potilasohjauksessa

10.12 Potilasohjauksen heikkoudet

Suurimpana potilasohjaamisen heikkona kohtana pidettiin tiloja, joissa ohjausta toteutetaan. Tilat miellettiin huonoiksi ja epäasiallisiksi. Ohjaushuone puuttuu kokonaan ja tilanpuutetta on usein. Mainintana oli myös ajoittainen ohjaajien vähyys. Toinen suurta negatiivisuutta herättänyt asia oli vähäinen aika annettavaan ohjauk-

seen. Uutta tietoa ja koulutusmahdollisuuksia toivottaisiin myös lisää. Asiakkaille haluttaisiin tarjota mahdollisuuksia saada hoitajilta aikaa myös muunlaiseen tukemiseen. Ohjausmääriä miellettiin olevan epätasaisesti päivien välillä. Potilasmateriaaliin toivottaisiin myös päivitystä. Alla on kommentteja aiheesta.

- *Tilan puutteeseen ja ohjausmäärien epätasaisuudesta päivien välillä.*
- *Liian vähän ohjaustiloja, välillä liian vähän ohjaajia. Ohjauksia pitäisi olla ihan keskustelutukea kaipaavillekin, ei vain pistosohjausta.*
- *Ei aikaa aina riittävästi, koulutusta lisää, uutta tietoa pitäisi saada*
- *Ajoittain kiire ja ajan puute. Asiallisten tilojen puuttuminen.*
- *Ajan ja tilan puute*
- *Ohjaustilanteisiin kesken vastaanoton, jos asiaa on paljon ja aikaa vähän*
- *Huonot tilat, potilasohjausmateriaali ei päivitettyä (pitäisi olla vuosittain)*



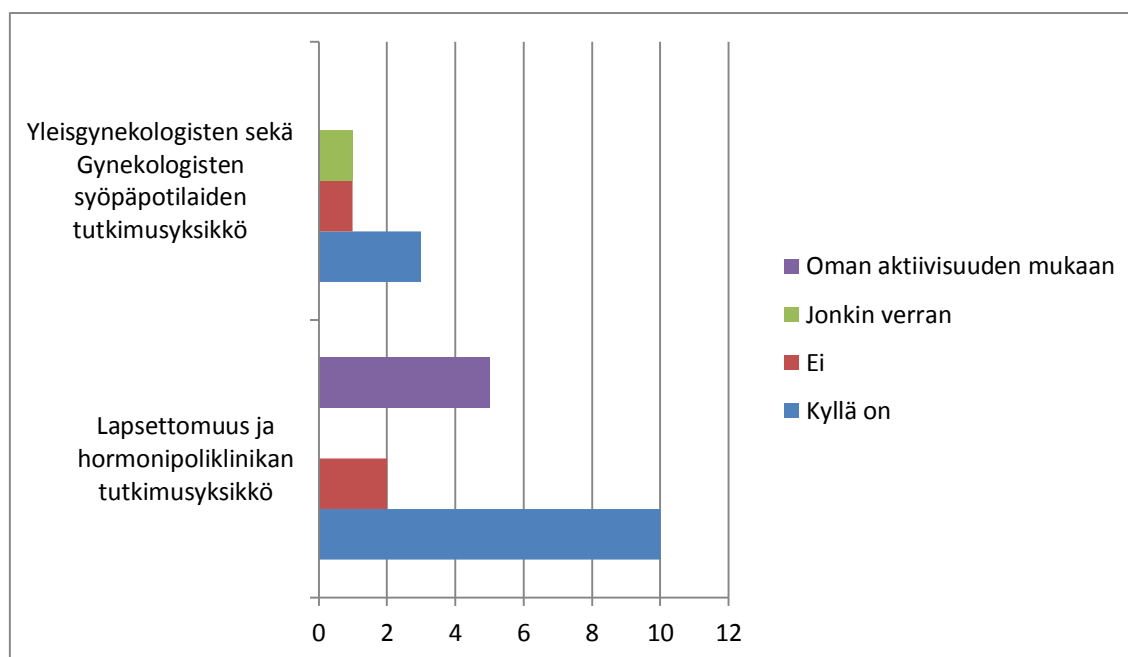
Kuvio 12. Potilasohjauksen heikkoudet

10.13 Mahdollisuudet kehittää potilasohjaustaitoja

Suurin osa hoitajista oli sitä mieltä, että potilasohjauksen taitoja on mahdollista kehittää poliklinikalla, mutta myös vastakkaisia mielipiteitä nousi esiin. Osa taas oli sitä mieltä, että oma aktiivisuus vaikuttaa koulutusmahdollisuuksiin. Ajatuksia myös heräsi siitä, että tekemällä oppii. Alla on kommentteja aiheesta.

- *Omien mieltymysten suhteen voi vaikuttaa omaan ohjaukseen*

- *Tekemällä oppii*
- *Kyllä koulutukseen pääsee, voi kokeilla eri tapoja jos intoa riittää*
- *Perehtyessäni uusiin työpisteisiin, saadessani lisää tietoa ja kokemusta myös ohjaustaitoni paranevat. Ajan puute välillä rajoittaa keskittymistäni.*

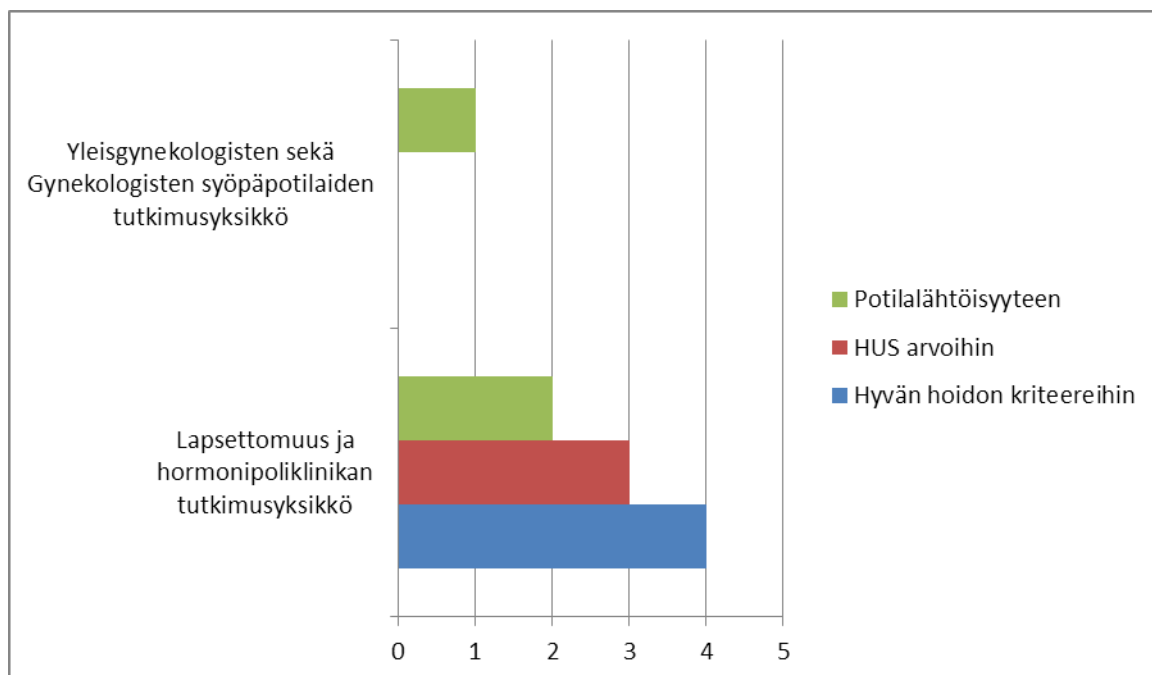


Kuvio 13. Potilasohjauksen kehittämismahdollisuudet

10.14 Potilasohjauksen viitekehys

Osa perustaa potilasohjauksensa ”hyvän hoidon kriteereihin” ja osa Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin arvoihin. Mainintana tuli myös potilaslähtöisyys sekä hoitajan oma malli, jonka on koettu olleen hyvä jo pidemmän aikaa. Alla on kommentteja aiheesta.

- *Hyvänhoidon kriteereihin, jotka löytyvät osastoltamme*
- *HUS:n arvot ohjaavat taustalla kaikkea toimintaa*
- *Oma malli, jolla ollut vaikuttavuutta viimeiset 26v.*
- *Potilasohjaus perustuu potilaslähtöisyyteen*



Kuvio 14. Potilasohjauksen viitekehys

11 Päätelmiä tuloksista

Tuloksista ilmeni, että hoitajat pitivät suurimpina kehitettävänä asioina potilasohjauksa-ajkojen riittämättömyyttä sekä kunnollisten ohjaustilojen puutetta. Tuloksista ilmeni, että hoitajat myös kaipasivat potilasohjauksen menetelmien yhtenäistämistä ja päivittämistä. Pääasiassa hoitajat olivat tyytyväisiä poliklinikan potilasohjauksen tasoon ja hoitajien työmotivaatioon. Potilasohjauksista pidettiin myös vaikuttavana tekijänä hoidon tulosten kannalta. Hoitajat kokivat, että tutkittua tietoa ei hyödynnetä tarpeeksi potilasohjauksessa. Hoitajilla on halu tarjota potilaille laadukasta ja asiakaslähtöistä potilasohjauksista. Suurin osa hoitajista koki tietävänsä ainakin joillain tasolla mitä motivoivalla haastattelulla tarkoitetaan, mutta kokivat lisäkoulutuksen aiheesta tarpeelliseksi. Avoimien kysymysten perusteella suurin osa poliklinikan hoitajista perustaa potilasohjauksensa hyvän hoidon kriteereihin, potilaslähtöisyyteen tai Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin arvoihin.

Naistenklinikalla on tällä hetkellä käynnissä remontti, joten tilaongelmiin tuskin tällä hetkellä voi paljoakaan vaikuttaa. Ajankäytöllisesti järkevää olisi ehkä toteuttaa lapsettomuushoidon aikana annettava pistosohjaus ryhmäohjauksena yksilöohjauksen sijaan. Tämä toisi myös taloudellisia säästöjä ja myös näin mahdollisesti vapautuisi tiloja muuhun käyttöön. Tämä myös antaisi lapsettomuushoidoissa oleville pareille

mahdollisuuden vertaistukeen, koska ohjaustilanteissa tapaisi myös samasta asiasta kärsiviä pariskuntia.

12 Motivoiva haastattelun soveltamishdotukset lapsettomuushoitoihin

Motivoivan haastattelun menetelmää ei ole ennen käytetty lapsettomuushoitojen potilasohjausmenetelmänä. Sitä on useimmin käytetty päihdehuollossa, mutta sen käyttö on lisääntynyt myös terveydenhuollossa. Motivoivaa haastattelua voidaan soveltaa lapsettomuushoidoissa asiakkaan elintapojen muuttamisen keinona. Sitä voi käyttää silloin, kun asiakkaalla esiintyy hedelmällisyyttä heikentäviä tekijöitä, joita ovat esimerkiksi paino-ongelmat ja tupakointi. Hedelmällisyyttä voi pyrkiä myös parantamaan suojautumalla sukupuolitaudeilta ja synnytyselinten tulehduksia välttämällä. Ehkäisystä tulisi huolehtia, kun raskaus ei ole toivottavaa. Lapsenhankintaan olisi ryhdyttävä ennen hedelmällisen iän loppuvaihetta. Lapsettomuushoitoihin tulisi sitoutua, jotta saataisiin hyviä tuloksia. Lapsettomuushoidoissa käytettävissä lääketoimissa tulisi olla tarkka ja käyttää niitä oikealla tavalla. Hoitaja voi pyrkiä käyttämään motivoivaa haastattelua lapsettomuushoitojen eri vaiheissa, joissa tulee esimerkiksi pidättäytyä seksistä ja ajoittaa yhdyntöjä. Tutkimusten mukaan, mitä useammin pariskunnan tulee käydä poliklinikalla saman asian vuoksi, sitä enemmän hoitomotivaatio heikentyy. Näin ollen motivoivan haastattelun menetelmää voisi käyttää pariskunnan kohdalla, jolla on aiemmin ollut tuloksettomia hoitokertoja.

Motivoiva haastattelu lapsettomuushoidoissa					
Ehkäisystä huolehtiminen, kun raskaus ei toivottava	Useat tuloksettomat hoitokerrat	Elintapojen muutos •Paino-ongelmat •Tupakointi •Päihteet	Hoitoon sitoutuminen •Yhdyntöjen ajoittaminen •Lääkehoito •Pidättäminen	Hedelmällisyyden parantaminen •Sukupuolitaudeilta suojautuminen •Synnytyselinten tulehdusten välttäminen	Lapsen hankinta ennen hedelmällisen iän loppuvaihetta

Taulukko 15. Motivoiva haastattelu lapsettomuushoidoissa

Muutospuheen taulukko

Motivoivassa haastattelussa muutospuheen tarkoitus on auttaa asiakasta kehittämään muutoksen puolesta puhuvia lauseita. Hoitaja rohkaisee asiakasta käymään läpi muutokseen liittyviä tunteita, ajatuksia, toiveita ja arvoja sekä tarkastelemaan haluttavan muutoksen etuja ja haittoja. Muutospuhe selventää ja rohkaisee asiakasta kullemaan oman sanomansa ja sen merkityksen.

Alla oleva malli on kehitetty Haaralan, Honkasen, Mellin & Tervaskanto-Mäentaustan muutospuhetaulukon mallia mukailien käytettäväksi lapsettomuushoitohen potilasohjauksessa. Yksi suurimmista haasteista on paino-ongelmat. Taulukkoon on sovellettu ylipainoisen asiakkaan muutospuhe.

Halu muuttua	• "Haluaisin pudottaa painoani"
Usko muutokseen	• "Uskon, että voin pudottaa painoani"
Muutossyy ilmaisu	• "Tiedän, että painonpudotus edistää hoitotuloksiani"
Muutostarpeen ilmaisu	• "Minun tarvitsee muuttaa elintapojani ja ruokavalioni"
Sitoutuminen	• "Aion pudottaa painoani"
Muutoksessa eteneminen	• "Olen pudottanut painoani jo muutaman kilon"

Taulukko 16. Muutospuheen taulukko (Haarala ym. 2008, 146-147.)

13 Pohdinta

Opinnäytetyössämme tutkimme Naistenklinikan naistentautien poliklinikan hoitajien arvioita omasta ja poliklinikan yhteisestä potilasohjauksen laadusta. Tarkoitus oli kehittää potilasohjausta saaden motivoivan haastattelun keino yhtenäistämään ohjausmenetelmiä.

Opinnäytetyön alussa koimme haasteeksi prosessin käynnistämisen, koska emme tieneet kunnolla, mistä työ tulisi aloittaa. Meille annettiin toive Naistenklinikalta siitä, että toteuttaisimme opinnäytetyömme potilasohjauksesta motivoivan haastattelun näkökulmasta. Entuudestaan emme paljoa tieneet motivoivan haastattelun keinoista tai siitä, miten sitä voisi soveltaa Naistenklinikan potilasohjaukseen. Aihe oli haasteellinen, koska motivoivan haastattelun menetelmiä käytetään useimmiten päihdehuollossa, eikä sitä ole aiemmin sovellettu lapsettomuushoitojen poliklinikatyöhön. Päätimme kuitenkin haluavamme tehdä tarpeellisen työn, jonka avulla voidaan mahdollisesti tuottaa uutta tietoa ja käytännön keinoja työelämään.

Teimme tutkimussuunnitelman, joka sisälsi viitekehyksen, avainsanat, tavoitteet ja tutkimuskysymykset sekä muita olennaisia asioita tulevasta opinnäytetyöstämme. Tutkimussuunnitelman mukaisesti oli helppo edetä ja toteuttaa opinnäytetyön eri vaiheita. Opinnäytetyön keskeisimmiksi käsitteiksi muodostuivat potilasohjaus, IVF-hoidot, naistentautien poliklinikka, gynekologisten syöpien poliklinikka, lapsettomuus- ja hormonipoliklinikka, gynekologisten tautien poliklinikka, polikliininen hoito, motivoiva haastattelu sekä monimenetelmäinen tutkimus. Koska potilaiden hoitoon liittyy myös lait ja säädökset, opinnäytetyössämme käsiteltiin myös niitä.

Tutkimuslupahakemusta varten tehty tutkimussuunnitelma antoi raamit työllemme. Etenimme tehdyn suunnitelman mukaisesti, joksikin hieman aikataulusta jäljessä. Paneuduimme teorian eri osa-alueisiin, muovaten niitä yhdenmukaisiksi ja toisiinsa sopiviksi. Tahdoimme mahdollisimman kattavan ja tutkimusta selittävän teoriaosuuden työhömmme. Keräsimme tietoa Internetistä, kirjoista, lehdistä, oppaista sekä tutkimuskohteena olleelta osastolta. Lähteinäimme käytimme mahdollisimman tuoretta tietoa, alle 10 vuotta vanhaa materiaalia. Lähteissä käytimme suomenkielisiä ja englanninkielisiä materiaaleja.

Kyselylomakkeiden takaisinkeräämisen jälkeen käytimme SPSS-järjestelmää tilastoidessamme kvantitatiivisia vastauksia. Analysoimme myös avoimien kysymysten vastauksia ja teimme niistä tilastoa. Yhdistelimme teoriaa ja saatuja vastauksia tehden taulukoita ja tilastoja, joita hoitohenkilöstö voi hyödyntää työssään.

Tuloksista ilmeni, että hoitajat arvioivat potilasohjauksen toimivan hyvin Naistenklinikalla. Potilasohjaukseen tarkoitetut tilat ja vähäinen aika asettaa omat haasteensa potilasohjauksen sujuvuudelle. Kuitenkin oli mielenkiintoista huomata, että kysyttäessä potilasohjauksen negatiivisia ja positiivisia puolia, monet hoitajat kuitenkin vastasi ajan olevan riittävää ohjauksessa. Tuloksista ilmeni, että hoitajat pitivät suurimpina kehitettävänä asioina potilasohjausaikojen riittämättömyyttä sekä kunnollisten ohjaustilojen puutetta. Hoitajat tahtoisivat potilasohjausmenetelmien yhtenäistämistä ja päivittämistä. Pääasiassa hoitajat olivat tyytyväisiä poliklinikan potilasohjauksen tasoon ja hoitajien työmotivaatioon. Potilasohjausta pidettiin myös vaikuttavana tekijänä hoidon tulosten kannalta. Hoitajat kokivat, että tutkittua tietoa ei hyödynnetä tarpeeksi potilasohjauksessa. Hoitajilla on halu tarjota potilaille laadukasta ja asiakaslähtöistä potilasohjausta. Suurin osa hoitajista koki tietävänsä ainakin jollain tasolla mitä motivoivalla haastattelulla tarkoitetaan, mutta kokivat lisäkoulutuksen aiheesta tarpeelliseksi. Avoimien kysymysten perusteella suurin osa poliklinikan hoitajista perustaa potilasohjauksensa hyvän hoidon kriteereihin, potilaslähtöisyyteen tai Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin arvoihin.

Tavoitteemme tutkimukselle olivat realistisia. Saavutimme opinnäytetyölle antamamme tavoitteet ja vastasimme myös asettamiimme tutkimuskysymyksiin ”millaiseksi hoitajat arvioivat IVF-potilasohjauksen laadun?” ja ”millä tavoin potilasohjauksen laatua voidaan parantaa?”. Pääasiassa olemme tyytyväisiä opinnäytetyön lopputuloksiin. Meille kuitenkin heräsi kysymyksiä siitä, että miksi ohjausta haluttiin parantaa, jos siihen ollaan Naistenklinikalla melko tyytyväisiä. Oliko kyseessä vain potilasohjauksen päivityksen tarve? Tähän olisimme voineet paneutua ennen kyselylomakkeiden antamista. Olisimme voineet kartoittaa hoitajien toiveita tarkemmin kysyen, mitä he olisivat halunneet ohjaukselta enemmän tai mitä he olisivat halunneet parannettavan. Jos tekisimme jotakin toisin, olisimme tarkastelleet potilasohjausta monen eri ohjaustyylin kautta, ei vain motivoivan haastattelun keinoin. Huomasimme myös jälkepäin kyselylomakkeen taustatietoja tilastoidessa, että vastaajien ikähaarukat menivät hieman limittäin toistensa päälle. Kuitenkin ikä ei ollut oleellinen asia tutkimuksemme kannalta, eikä se vaikuttanut lopputuloksiin millään tavoin.

Kehityimme tutkimuksen teon menetelmissä sekä saimme runsaasti uutta ja päivitettyä tietoa potilasohjauksesta, ja sen ohjausmenetelmistä, lapsettomuushoidoista, naistentautien poliklinikan toiminnasta sekä tutkimuksen teon vaiheista. Teoriaa ei voinut vain kirjoittaa opinnäytetyöhön tiedon vuoksi, vaan sitä tuli myös osata soveltaa aihealueiden yli. Tämä auttoi myös ymmärtämään ja selkeyttämään eri teorian osa-alueita. Opimme myös käyttämään SPSS-ohjelmaa, josta on hyötyä, jos tutkimuksia tulee tehtyä tulevaisuudessakin.

Potilasohjaus on hyvin tärkeä osa terveydenhoitajan ammatillista osaamista. Luottamus terveydenhoitajan ja asiakkaan välillä lähtee ohjauksesta ja ohjaustaidoista. Usein hoitaja - potilassuhde toimii, jos potilasohjaus on toimivaa ja laadukasta. Lapsettomuus ja lapsettomuushoidot ovat tärkeitä asioita tietää terveydenhoitajan kannalta, koska se koskettaa terveydenhoitajan eri työalueita. Esimerkiksi neuvolassa tai työterveyshuollossa voi tulla vastaan hedelmöityshoitaja läpikäyneitä tai läpikäyviä pariskuntia, jolloin terveydenhoitajan olisi hyvä tietää aihealueesta enemmän. Motivoiva haastattelu sopii terveydenhoitajan potilasohjauksen keinoihin, ja sitä voi hyödyntää kaikilla terveydenhoitajan työalueilla.

Yhteistyö opiskelutoverin kanssa sujui. Yhteisen ajanpuutteen vuoksi opimme organisoimaan työnjakoa opinnäytetyöprosessin ohella. Opinnäytetyötä tehdessä on hyvä, että tekijöitä on kaksi, jolloin saimme luotua eheämmän tutkimuksen, joka tarkastelee aihetta kahden eri ihmisen näkökulmasta. Tutkimuksesta saatiin myös laajempi ja selkeämpi, kun sitä tekemässä oli enemmän kuin yksi henkilö.

Jatkotutkimusaiheena voisi olla audiovisuaalisen materiaalin kehittäminen poliklinikan käyttöön esimerkiksi pistosohjauksen tueksi. Poliklinikan käyttöön voisi myös tutkia muita ohjausmenetelmiä laajasti selvittäen niiden sopivuutta poliklinikkatyöhön. Hoidon laatua ja ohjauksen onnistumista voisi tutkia asiakkaiden mielipiteiden kannalta. Asiakkaat ovat kuitenkin niitä, jotka ottavat ohjausta vastaan. Hoitajasta voi tuntua, että ohjaus on kunnossa, mutta se ei kuitenkaan kerro sitä, onko se potilaan mielestä kunnossa.

Lähteet

Cohen, J. & al. 27.5. 2005. The early days of IVF outside the UK. Oxford University Press.
Commonwealth of Learning. 2004. Practitioner Research and Evaluation Skills Training in
Open and Distance Learning - Getting and analysing qualitative data.

Ehrling, L. 2012. Motivoiva haastattelu ja sitoutuminen hoitoon.
http://www.vantaa.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/vantaa/embeds/vantaawwwstructure/75239_MotivoivaHaastattelu2011-12.pdf
Viitattu 10.02.2013

Finlex. 22.12.2006. Laki hedelmöityshoidoista.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2006/20061237>
Viitattu 21.02.2013

Haarala, P. Honkanen, H. Mellin, O-K. Tervaskanto-Mäentausta, T. 2008. Terveystoimittajan osaaminen. Helsinki: Edita.

Hakala, J. 2004. Opinnäytetyöopas ammattikorkeakouluille. Gaudeamus kirja. Helsinki: Yliopistokustannus.

Hannula, L. & Kaunonen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus osana hoitotyön suositusten laadintaa - Esimerkkinä imetysohjaus. Sairaanhoitaja- lehti 12/2006.
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/12_2006/muut_artikkelit/systemaattinen_kirjallisuuskatsa/
Viitattu 11.02.2013

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2012. Hedelmällisyyden parantaminen.
<http://www2.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/naistentaudit/lapsettomuushoidot/Sivut/Hedelmällisyys.aspx>
Viitattu 20.2.2013.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2012. Hormonipoliklinikka.
<http://www2.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/naistenklinikka/poliklinikat/hormonipoliklinikka/Sivut/default.aspx>
Viitattu 20.2.2013.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2012. Lapsettomuushoidot.
<http://www2.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/naistentaudit/lapsettomuushoidot/Sivut/default.aspx>
Viitattu 20.2.2013.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2012. Naistentaudit.
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,32,660,546,966,1336,1340>
Viitattu 20.2.2013.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2012. Naistentautien poliklinikka.
<http://www2.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/naistenklinikka/poliklinikat/naistentautien%20poliklinikka/Sivut/default.aspx>
Viitattu 20.2.2013.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2012. Naistentautien poliklinikka.
<http://www2.hus.fi/sairaanhoito/sairaanhoitopalvelut/naistentaudit/Sivut/default.aspx>
Viitattu 20.2.2013.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2012. Naistenklinikan rakennushanke.
<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,46,35880,39269,44911>
Viitattu 03.02.2013

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2012. Naistentautipotilaiden hoito. <http://www.hus.fi/default.asp?path=1,46,35880,39269,44911,44914>
Viitattu 20.2.2013.

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri. 2013. Urogynekologinen poliklinikka. <http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/hyvinkaan-sairaala/Poliklinikat/naistentautien-poliklinikka/hyvinkaa-urogynekologinen-poliklinikka/Sivut/default.aspx>
Viitattu 05.05.2013.

Heino, A. & Gissler, M. 2012. Hedelmöityshoidot 2010-2011. Tutkimusraportti. Terveyden ja hyvinvoinninlaitos.

Hiltunen, H-R. 2010. Pariskunnan koeputkihedelmöityshoidon (IVF) ohjauksen kehittäminen - audiovisuaalinen ohjausmateriaali koeputkihedelmöityksestä. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulu. Joensuu. Opinnäytetyö.

Human Fertilisation & Embrology Authority. 2011. IVF - What is in vitro fertilisation (IVF) and how does it work? <http://www.hfea.gov.uk/IVF.html>
Viitattu 03.02.2012

Häkkiä, M. & Keränen, L. 2010. Voimavaraista potilasohjaus polikliinisessä potilastyössä. Opinnäytetyö Laurea AMK, Otaniemi. http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/13268/Hakkila_Keranen.pdf?sequence=2
Viitattu 25.02.2013.

Javanainen, M. 2007. Syöpä. Terveyskirjasto. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=avv00022
Viitattu 25.02.2013

Jämsä, R. & Niemi, K. 2010. Polikliinisten potilaiden kokemuksia ohjauksesta koronaariangiografiatutkimuksessa. Opinnäytetyö Oulun seudun AMK. http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/22657/Jamsa_Riina-Niemi_Kaisa.pdf?sequence=1
Viitattu 25.02.2013

Koski-Jännes, A. 2008. Motivoiva haastattelu. Sosiologian ja sosiaalipsykologian laitos. Tampereen yliopisto. http://www.duodecim.fi/kotisivut/docs/f275002594/tup_luento030408.pdf
Viitattu 01.03.2013

Koski-Jännes, A., Riittinen, L., Saarnio, P. 2008. Kohti muutosta: motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin. Helsinki: Tammi.

Kvantitatiivisten menetelmien tietovaranto. Kyselylomakkeen laatiminen. 2010. Yhteiskuntatieteellinen tietoarkisto. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kyselylomake/laatiminen.html>
Viitattu 10.02.2013

Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Kyselylomakkeen laatiminen. Menetelmäopetuksen tietovaranto. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kyselylomake/laatiminen.html>
Viitattu 10.02.2013

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 10/2006. Ohjaus - tuttu mutta epäselvä käsite.

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

Viitattu 06.02.2013

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen, Oulun yliopisto; Oulun yliopistollinen sairaala. Lääketieteen tiedekunta, hoitotieteen ja terveystieteiden laitos.

<http://herkules oulu.fi/isbn9789514284984/isbn9789514284984>

Viitattu 6.2.2013.

Laki potilaan oikeuksista ja asemasta 17.8.1992/785.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Viitattu 02.03.2013

Lipponen, K., Kyngäs, H., Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet - käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulu: Oulun yliopistollinen sairaala. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos.

http://www.pps hp.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf

Viitattu 6.2.2013.

Lipponen, K., Kanste, O. Kyngäs, H. Ukkola, L. 2008. Henkilöstön käsitykset potilasohjauksen toimintaedellytyksistä ja toteutuksesta perusterveydenhuollossa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti.

<http://ojs.tsv.fi/index.php/SA/article/view/597>

Viitattu 25.02.2013.

Lumme, Leinonen, Falenius, Sunqvist. 2006. Triangulaatio tutkimusmenetelmänä.

<https://www.amk.fi/opintojaksot/0709019/1193463890749/1193464114103/1194104920968/1194107257373.html>

Viitattu 06.02.2013.

Lumme, Leinonen, Falenius, Sunqvist. 2006. Monimuotoinen/toiminnallinen opinnäytetyö.

<http://www.amk.fi/opintojaksot/030906/1113558655385/1154602577913/1154670359399/1154756862024.html>

Viitattu 06.02.2013.

Makkonen, M., Hautakomsi, A. & Antikainen, I. 2008. Raskaudenaikaisia häiriöitä - alkuraskaus. Savonia ammattikorkeakoulu.

<http://demo.seco.tkk.fi/terveysuomi/item/nn:256>

Viitattu 28.02.2013

Miller, W.R. Rose, G. 2010. Toward a Theory of Motivational Interviewing. US National Library of Medicine, National Institutes of Health.

<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2759607/>

Viitattu 12.02.2013.

Miller, W.R. & Rollnick, S. 2002. Motivational Interviewing: Preparing People to Change Health Behaviors. The Guilford Press.

<http://www.motivationalinterview.org/Documents/Skills%20Tip%20Sheet.pdf>

Viitattu 12.02.2013.

Morin-Papunen, L. & Koivunen, R. 2012. Hedelmättömyyden hoidot - osa I. Aikakausikirja Duodecim.

http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00644&p_haku=ivf

Viitattu 11.02.2013

Morin-Papunen, L. & Koivunen, R. 2012. Hedelmöityshoidot - osa II. Aikakausikirja Duodecim.

http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00644&p_haku=ivf

Viitattu 11.02.2013

Mustajoki, P & Kunnamo, I. 2009. Motivoiva potilashaastattelu, vaikuttava terveysneuvonta. Sairauksien ehkäisy.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00147

Viitattu 12.02.2013.

Mäkinen, A. 2012. Neuvolatyöllä vahvistetaan perheitä pysymään kiinni elämässä. Terveydenhoitaja-lehti/8.

Naistentautien poliklinikan infokirje opiskelijoille 2012.

Nieminen, P. 2007. Gynekologiset kasvaimet. TherapiaFennica.fi - sivusto.

http://therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Gynekologiset_kasvaimet_%28hyv%C3%A4n_ja_pahanlaatuiset%29

Viitattu 08.04.2013.

Opinnäytetyön ohje Laurea AMK. 2008. http://markkinointi.laurea.fi/laatu/ontohje_amk.pdf

Viitattu 03.04.2013

Pekkarinen, T. 2007. Toimiiko potilasohjaus? Suomen lääkirilehti/11.

<http://www.laakarilehti.fi/files/sv/SLL112007-1103.pdf>

Viitattu 08.04.2013.

Pellinen, S. 2004. Suomen syöpäpotilaat Ry, valtakunnallinen syöpäpotilaiden etujärjestö.

<http://www.syopapotilaat.fi/pdf/munasarjasyopaopas.pdf>

Viitattu 08.04.2013.

Pohjanpää, K. 2009. Ajat muuttuvat, muuttuvatko menetelmät? Tilastokeskus. Hyvinvointikat-saus. http://www.stat.fi/artikkelit/2009/art_2009-12-14_009.html?s=0

Viitattu 01.03.2013

Pohjola-Katajisto, A. 2008. Onnistuneen potilasohjauksen edellytykset. Opinnäytetyö Sata-kunnan AMK. https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/869/Pohjola-Katajisto_Anne.pdf?sequence=1

Viitattu 08.04.2013.

Sosiaali- ja terveysministeriö. 2013. Hoitoon pääsy (hoito takuu).

http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/asiakkaanoikeudet/hoitoon_paasy

Viitattu 11.03.2013

Säilä, Mattila, Kaunonen & Aalto. 7/2006. Polikliinisen hoidon kehittäminen. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri.

Tiitinen, A. 2012. Hedelmöityshoidot.

<http://www.kunnat.net/fi/tietopankit/tapahtumat/aineisto/2012/terveysfoorumi/Documents/2012-12-04-10-Tiitinen-Aila.pdf>

Viitattu 01.02.2013

Tiitinen, A. & al. 2011. Hedelmöityshoidot. Espoo: MSD.

Tiitinen, A. 2012. Koeputkihedelmöitys. Lääkirikirja Duodecim.

http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00870

Viitattu 01.02.2013

Tiitinen, A. 2007. Kuukautiskiertoon liittyvät häiriöt ja ongelmat. Therapia Fennica.

http://www.therapiafennica.fi/wiki/index.php?title=Kuukautiskiertoon_liittyv%C3%A4t_h%C3%A4iri%C3%B6t_ja_ongelmat

Viitattu 01.04.2013

Tiitinen, A. 2011. Lapsettomuus. Lääkärin käsikirja. Duodecim.

http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00644&p_haku=ivf

Viitattu 11.02.2013

Tiitinen, A. 2012. Tietoa potilaalle: Miehen lapsettomuus. Lääkärikirja Duodecim.

http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00644&p_haku=lapsettomuus

Viitattu 11.02.2013

Tiitinen, A. 2012. Tietoa potilaalle: Naisen lapsettomuus. Lääkärikirja Duodecim.

http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00644&p_haku=lapsettomuus

Viitattu 11.02.2013

Vehmasalo, H. & Rantovaara, L. 2010. Potilasohjaus hoitotyössä. Opinnäytetyö Turun AMK.

http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/29007/Rantovaara_Laura_Vehmasaho_Hanna-Kaisa.pdf?sequence=1

Viitattu 08.04.2013.

Yhteiskuntatieteellinen tietoarasto. 2008. Mittaaminen: Mittarin luotettavuus. Menetelmäopetuksen tietovaranto.

<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/mittaaminen/luotettavuus.html>

Viitattu 13.02.2013

Yhteiskuntatieteellinen tietoarasto. 2011. SPSS- oppimisympäristö. Menetelmäopetuksen tietovaranto. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/SPSS/spss.html>

Viitattu 13.02.2013

Yhtenäiset kiireettömän hoidon perusteet 2010. Hedelmättömyyden hoito s. 133.

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=39503&name=DLFE-8278.pdf

Viitattu 13.02.2013

Kuviot

Kuvio 1: Sosiaalisen tuen ohjaussuosituksset (Lipponen ym. 2006).....	22
Kuvio 2: Motivoivan haastattelun pääpiirteet (Haarala ym. 2008, 143).....	28
Kuvio 3: Vastaajien taustatiedot.....	41
Kuvio 4. Potilasohjaamisen resurssit.....	42
Kuvio 5. Potilasohjauksen osaaminen yleisellä tasolla.....	44
Kuvio 6. Potilasohjauksen osaaminen henkilökohtaisella tasolla.....	44
Kuvio 7. Kokemus motivoivasta haastattelusta.....	46
Kuvio 8. Koulutuksen sisältötoiveet.....	47
Kuvio 9. Kehittämissideat potilasohjaukselle.....	48
Kuvio 10. Kuvaile, onko potilasohjaus mielestäsi vaikuttavaa.....	49
Kuvio 11. Tyytyväisyys potilasohjauksessa.....	50
Kuvio 12. Potilasohjauksen heikkoudet.....	51
Kuvio 13. Potilasohjauksen kehitysmahdollisuudet.....	52
Kuvio 14. Potilasohjauksen viitekehys.....	53
Taulukko 15: Motivoiva haastattelu lapsettomuushoidoissa.....	54
Taulukko 16: Muutospuheen taulukko (Haarala ym. 2008, 146-147).....	55

Liite 1

Kyselylomake

Tämä lomake on tarkoitettu Naistenklinikan Naistentautien poliklinikan hoitohenkilökunnalle. Lomake kuuluu opinnäytetyön toiminnalliseen osuuteen ja sillä kerätään taustatietoja, kvalitatiivisia sekä kvantitatiivisia tietoja potilasohjauksesta.

Antamasi vastaukset tulevat vain tutkimuksen tekijöille ja hävitetään tietojen koonnin jälkeen. Kyselylomakkeesta saaduista tiedoista teemme tilastoja ja kokoamme avoimet kysymykset.

Opinnäytetyön tekijät ovat Otaniemen Laurea-ammattikorkeakoulun opiskelijat:

Lilli Julkunen lilli.julkunen@laurea.fi ja Miia-Maaria Viljanen miia-maaria.viljanen@laurea.fi

Ympyröi mielipidettäsi lähinnä oleva vaihtoehto

- | | | |
|-----------------|---|------------------|
| 1. Ikä vuosina: | 18-25 | 25-35 |
| | 35-45 | 45-55 |
| | 55-65 | Yli 65 |
| 2. Sukupuoli: | Mies | Nainen |
| 3. Ammatti: | Sairaanhoidtaja | Terveydenhoitaja |
| | Kätilö | Perushoitaja |
| 4. Toimiala: | Gynekologisten syöpäpotilaiden vastaanotto | |
| | Lapsettomuus ja hormonipoliklinikan vastaanotto | |
| | Gynekologian poliklinikan vastaanotto | |

Onko naistentautien poliklinikalla mielestäsi resursseja potilasohjaamiseen tarpeeksi

- | | |
|--|---------------------------------------|
| 5. Tarpeeksi aikaa potilaskohtamisessa | Kyllä / Ajoittain/ Ei / En osaa sanoa |
| 6. Riittävästi henkilökuntaa | Kyllä / Ajoittain/ Ei / En osaa sanoa |
| 7. Tarvittavia tiloja | Kyllä / Ajoittain/ Ei / En osaa sanoa |

8. Riittävästi ohjauksetoija Kyllä / Ajoittain/ Ei / En osaa sanoa

9. Käsiteltiinö perehdytyksessäi

potilasohjauksen keinoja? Kyllä / Ei / En muista

Mitä mieltä olet hoitajien potilasohjauksen osaamisesta yleisellä tasolla naistentautien poliklinikalla seuraavilla aihealueilla:

10. Potilaslähtöinen ohjaaminen Erinomainen/ Hyvä / Keskitasoa/ Heikko/ En osaa sanoa

11. Ohjausmenetelmien hallinta Erinomainen/ Hyvä / Keskitasoa/ Heikko/ En osaa sanoa

12. Tiedot, taidot ja asenteet Erinomainen/ Hyvä / Keskitasoa/ Heikko/ En osaa sanoa

13. Ohjauksen riittävyys Erinomainen/ Hyvä / Keskitasoa/ Heikko/ En osaa sanoa

14. Tutkitun tiedon käyttö ohjauksessa Erinomainen/ Hyvä / Keskitasoa/ Heikko/ En osaa sanoa

Millaiseksi arvioisit oman potilasohjauksen osaamisesi naistentautien poliklinikalla seuraavilla aihealueilla:

15. Potilaslähtöinen ohjaaminen Erinomainen/ Hyvä / Keskitasoa/ Heikko/ En osaa sanoa

16. Ohjausmenetelmien hallinta Erinomainen/ Hyvä / Keskitasoa/ Heikko/ En osaa sanoa

17. Tiedot, taidot ja asenteet Erinomainen/ Hyvä / Keskitasoa/ Heikko/ En osaa sanoa

18. Ohjauksen riittävyys Erinomainen/ Hyvä / Keskitasoa/ Heikko/ En osaa sanoa

19. Tutkitun tiedon käyttö ohjauksessa Erinomainen/ Hyvä / Keskitasoa/ Heikko/ En osaa sanoa

20. Millä tavoin kehittäisit potilasohjausta työpaikallasi?

21. Kuvaile, onko potilasohjaus mielestäsi vaikuttavaa?

22. Mihin olet erityisen tyytyväinen nykyisessä potilasohjaamisessa?

23. Mihin et ole tyytyväinen nykyisessä potilasohjaamisessa?

24. Onko sinulla mielestäsi mahdollisuuksia kehittää omia potilasohjaustaitojasi poliklinikalla?

25. Mihin viitekehukseen osaston potilasohjaus perustuu?

26. Tiedätkö mitä on motivoiva haastattelu? Kyllä Ei

27. Jos vastasit kyllä, niin minkä koet olevan motivoivassa haastattelussa tärkeintä?

28. Koetko tarvetta lisäkoulutukseen

motivoivan haastattelun menetelmistä? Kyllä Ei

29. Jos vastasit kyllä, niin minkälaista?
