

Anni Ikäläinen
Sofia Joutsenvirta

Ihotautia sairastavan potilaan hoitoon sitoutuminen

Opinnäytetyö

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoidtaja AMK

Hoitotyön koulutusohjelma

Opinnäytetyö

25.4.2014

Tekijät	Anni Ikäläinen 1100340 Sofia Joutsenvirta 1100913
Otsikko	Ihotautia sairastavan potilaan hoitoon sitoutuminen
Sivumäärä	42 sivua + 7 liitettä
Tutkinto	Sairaanhoitaja AMK
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Sairaanhoitaja
Ohjaaja	Lehtori Marjatta Kelo

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kehittämistyön kautta selvittää ihotautia sairastavan potilaan hoitoon sitoutumista estäviä ja edistäviä tekijöitä. Lisäksi tutkimme, miten hoitajat voivat omalla toiminnallaan ihotautia sairastavien potilaiden hoitoon sitoutumista tukea. Opinnäytetyön tavoitteena oli, että hoitohenkilökunta hyötyy työn tuloksista sekä soveltaa tuloksia hoitotyön käytäntöön ja sitä kautta potilaiden hoitoon sitoutuminen paranee. Opinnäytetyö tehtiin yhteistyössä HUS Medisiinisen tulosyksikön Iho- ja allergiasairaalan kanssa. Aineisto koottiin hoitotieteellisistä tietokannoista Cinahl sekä Medic. Tutkimusten lisäksi käytimme kehittämistyössämme aineistona asiantuntijahaastattelua. Asiantuntijalle esitimme tutkimuksissa esiin nousseiden asioiden pohjalta kysymyksiä, jonka jälkeen purimme haastattelun opinnäytetyöhömmme. Opinnäytetyön pohdinnassa vertasimme tutkittua tietoa asiantuntijahaastattelusta saatuun aineistoon.

Opinnäytetyön tuloksista ilmeni että hoitoon sitoutumista edistävän hoidon tulisi toteutua yhteisymmärryksessä potilaan kanssa, hoidon tulee olla tavoitteellista ja tavoitteet tulisi luoda yhdessä potilaan kanssa, hoitosuhteen tulisi olla luottamuksellinen, hoidon jatkuvaa sekä hoitoon pääsemisen kynnyksen matala. Hoitohenkilökunnan tulee olla puolueetonta ja hyväksyä potilaan arvomaailma, tukea omahoitoa sekä edesauttaa potilaan voimaantumista ja autonomiaa, sekä vahvistaa tämän motivaatiota. Hoito tulisi rakentaa potilaslähtöisesti, ja potilaan tulisi kokea saavansa yksilöllistä hoitoa ja tukea. Potilaalle tulisi antaa pystyvyyden tunne päätöksentekoon sekä terveysongelmien ratkomiseen. Potilaiden tulisi saada tarpeeksi tietoa hoidostaan ja sen vaikutuksista, suullisesti ja kirjallisesti. Hoitoon sitoutumista estävät hoitohenkilökunnan negatiiviset asenteet potilasta kohtaan, huonot tavoitteet, joihin potilas ei kykene sitoutumaan, puutteellinen ohjaus, liian vaativat hoidot, vähäinen informaatio sekä hoitohenkilökunnan kiire. Potilaasta itsestään johtuvia tekijöitä ovat huonot selviytymisstrategiat, huono motivaatio, masentuminen, hoitoväsymys, huono sosiaalinen tukiverkosto, hoidon tarpeellisuuden ymmärtämättömyys, negatiiviset asenteet hoitoa kohtaan sekä omahoidon toteutumattomuus.

Avainsanat	Ihotaudit, hoitoon, sitoutuminen, tukeminen, estävät, edistävät
------------	---

Authors	Anni Ikäläinen, Sofia Joutsenvirta
Title	Commitment to Care for patients with skin disease
Number of Pages	42 pages + 7 appendices
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructor	Marjatta Kelo, Senior Lecture
<p>The purpose of our our final project was to describe the factors that influenced patients' commitment to care. The objective of our our final project was to find out factors that helped patients to commit themselves to care. Moreover, the nursing staff shall benefit from our study results and find ways to use the results in daily work. Our final project was made in co-operation with HUCH Skin and Allergy Hospital, Helsinki, Finland. Our final project was made by applying the principles of the methods of a literature review, and by interviewing an authority from the HUCH Skin and Allergy Hospital. The material was collected from nursing science databases such as Cinahl and Medic. The data consisted of eighteen scientific nursing research articles.</p> <p>The results showed that patients' commitment to care and treatment should be carried out in consensus with the patient. Likewise, the treatment should have goals that had been made together with the patient and the nurse-patient relationship should be confidential as well as the treatment should be an ongoing process and the threshold getting into care low. The nursing staff should be neutral and approving to patients' values, support self-care, help the patients' empowerment and autonomy, and reassert motivation. The care and treatment should patient-centred and patients should feel that they receive individual care and support. The nursing staff should create the patient a feeling of capability to make decisions and to solve health problems. Patients should have enough oral and written information on the care and treatment and its effects. The factors preventing patients' commitment to care were the negative attitudes of the nursing staff towards patients, poorly set treatment goals that patients were unable to commit themselves to, defective patient guidance, too demanding treatments, too little information and a busy nursing staff. Moreover, patients might have poor coping mechanisms and a weak motivation and they might have difficulties with understanding the necessity of the treatment and negative attitudes toward the treatment. Some patients might have a poor social network and a lack of interest in self-care. They might be depressed and suffer from treatment fatigue.</p>	
Keywords	patients, skin disease, commitment to care, support, nurse-patient relationship, empowerment

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Opinnäytetyön tarkoitus ja toteutus	2
2.1	Työn tarkoitus ja työelämäyhteys	2
2.2	Työn toteutus ja julkistaminen	3
3	Kehittämistyö opinnäytetyönä	3
4	Ihotautia sairastava potilas	4
4.1	Ihotaudit	4
4.2	Ekseemat	5
4.3	Ihotautien hoito	6
5	Hoitoon sitoutuminen	9
5.1	Mitä on hoitoon sitoutuminen	9
5.2	Hoitoväsymys	10
6	Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat tekijät	12
6.1	Hoitoon sitoutumista edistävät	13
6.2	Hoitoon sitoutumista estävät	14
7	Potilaan ohjaus	15
7.1	Ohjauksessa huomioitavat tekijät	17
7.2	Ohjausprosessi	18
7.3	Ohjausmenetelmät	20
7.4	Vuorovaikutus ohjaussuhteessa	21
8	Opinnäytetyön toteutus	23
8.1	Työn toteutus	23
8.2	Tiedonhakuprosessi	23
8.3	Asiantuntijahaastattelu tiedonhankinnan menetelmänä	23
9	Asiantuntijahaastattelu	24
9.1	Asiantuntijahaastattelun yhteenveto	25
10	Tulokset	29

11	Pohdinta	31
11.1	Tulosten tarkastelu	31
11.2	Eettisyys	32
11.3	Luotettavuus	34
11.4	Ammatillinen kehittyminen prosessissa	34
11.5	Opinnäytetyön tulosten hyödynnettävyys ja merkitys hoitotyölle sekä kehittämisehdotukset	35
	Lähteet	36

Liitteet

Liite 1	Tiedonhakukaavio 1
Liite 2	Tiedonhakukaavio 2
Liite 3	Tiedonhakukaavio 3
Liite 4	Tiedonhakukaavio 4
Liite 5	Haastattelurunko
Liite 6	Tutkimuslupahakemus
Liite 7	Juliste
Liite 8	Tutkimustaulukko

1 Johdanto

Ihotaudit ovat pitkäaikaissairauksia, ja niiden hoidossa on usein huomattavissa hoitoväsymystä. Potilaat väsyvät omahoitoonsa, eivätkä sitoudu hoitoon. Huonolla hoitoon sitoutumisella on näkyvät vaikutukset potilaiden ihon kunnon huonontumisessa. Huono hoitoon sitoutuminen on tärkeä syy siihen miksi hoidolla ei saavuteta täyttä kliinistä hyötyä. (WHO 2003).

Hoitohenkilökunta voi omalla toiminnallaan vaikuttaa paljon potilaiden hoitoon sitoutumiseen, sillä hoitoon sitoutumisen lähtökohtana on hyvä ja luottamuksellinen hoitosuhde, ja parhaiten hoitoon sitoutumista ennustaa hoitajilta saatu tuki (Kyngäs 2005: 55). Hoitoon sitoutumiseen vaikuttaa se, millaista on terveydenhuoltohenkilöstön ja potilaan välinen vuorovaikutus, miten terveydenhuoltojärjestelmä toimii ja onko potilaalla mahdollisuuksia vaikuttaa hoitoonsa (Kyngäs 2005: 57).

Opinnäytetyössämme määritämme ihotautipotilaan hoitoon sitoutumista edistäviä sekä estäviä tekijöitä. Tarkoituksena on löytää yhtenäisiä tekijöitä, jotka auttavat potilaita sitoutumaan hoitoonsa, sekä pohtia sitä miten hoitajat voivat omalla toiminnallaan niitä tukea. Opinnäytetyö toteutetaan kehittämistyön muodossa. Työstä on hyötyä niin potilaille kuin hoitohenkilökunnalle. Opinnäytetyö edesauttaa pitkällä tähtäimellä hoitokustannusten alentamisessa, sillä hyvin hoitoonsa sitoutuvat potilaat sekä hyvin omahoitoaan toteuttavat potilaat tarvitsevat vähemmän hoitotoimenpiteitä ja hoitokäyntejä. Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavia tekijöitä tarkastelemme potilaslähtöisesti.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli löytää hoitoon sitoutumista tukevia asioita, sekä esittää ne työssä niin, että niitä voidaan helposti toteuttaa käytännön hoitotyössä. Opinnäytetyössä teimme ohjeen hoitohenkilökunnalle, jonka avulla he voivat hoitoon sitoutumista tuoda päivittäisessä työssä esiin. Ohjeen toteutimme julisteen muodossa (liite 7).

2 Opinnäytetyön tarkoitus ja toteutus

Työn tavoitteena oli löytää näyttöön perustuvia toimintamalleja, jotka edesauttavat potilaiden hoitoon sitoutumista ja kehittävät hoitosuhteiden potilaslähtöisyyttä. Hoitoon sitoutumisella on merkittäviä vaikutuksia myös terveydenhuollon kustannusten alenemiseksi. Työssä tulemme osoittamaan, kuinka hoitohenkilökunta voi toiminnallaan edesauttaa ja tukea potilaiden hoitoon sitoutumista, ja mitä hyötyä siitä on. Työn tavoitteena on luoda toimintamalleja, joita hoitajat voivat hyödyntää jokapäiväisessä työssä. Toimintamalleja noudattamalla hoitajat luovat edullisen ympäristön potilaiden hoitoon sitoutumiselle. Työssä kartoitamme myös hoitoon sitoutumista estäviä tekijöitä, ja sitä miten niitä voidaan välttää.

Opinnäytetyömme kehittämiskysymyksiksi muodostui

1. Miten hoitohenkilökunta voi toiminnallaan edistää ihotautia sairastavien potilaiden hoitoon sitoutumista
2. Miten hoitoon sitoutumista voidaan päivittäisessä työssä tukea potilaslähtöisesti

2.1 Työn tarkoitus ja työelämäyhteys

Aihe on tärkeä, sillä hyvällä hoitoon sitoutumisella sekä hoitosuosituksen noudattamisella on mahdollista saada sairauksia hyvään hallintaan, jolla saadaan vähennettyä hoitokustannuksia. Työelämän kannalta opinnäytetyöstämme on hyötyä, sillä pyrimme sen kautta luomaan yhtenäisen toimintamallin osastolle, jota noudattamalla saadaan parempia hoitotuloksia, ja säästetään hoitokustannuksissa.

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli löytää ihotautia sairastavien potilaiden hoitoon sitoutumisen keskeiset haasteet, ja pohtia miten hoitajat voivat omalla toiminnallaan potilaiden hoitoon sitoutumista edistää. Teemme yhteistyösastolle ohjeen, johon tiivistämme työmme keskeiset tulokset. Ohjeen toteutamme julisteen (liite 7) muodossa, joka tulee esille yhteistyösastolle jokapäiväistä käyttöä varten.

2.2 Työn toteutus ja julkistaminen

Opinnäytetyössämme olemme ensin määrittäneet, mitä ihosairauksilla tarkoitetaan sekä sitä, kuinka ihotautia sairastavan potilaan iho eroaa terveestä ihosta. Työssämme kerromme hoitoon sitoutumisesta sekä sitä edistävästä ja estävästä tekijöistä. Kerromme myös potilaan ohjauksesta, sillä se vaikuttaa suuresti hoitoon sitoutumiseen. Opinnäytetyötämme varten olemme tehneet tiedonhakuja suomeksi ja englanniksi. Opinnäytetyömme liitteissä (1, 2, 3 ja 4) on kuvattuna kaavion muodossa tiedonhakuprosessimme. Tiedonhakua teimme tietokannoista Medic sekä Cinahl.

Työmme on kehittämistyyppinen, siinä tieteellisen tiedon rinnalla käytimme asiantuntijätietoa, joiden pohjalta loimme toimintaohjeen. Asiantuntijana toimi medisiinisen tulosyksikön meille nimeämä asiantuntija. Asiantuntijahaastattelun toteutimme yhtenä iltapäivänä yhteistyöosastolla. Asiantuntijakysymykset hyväksytimme opinnäytetyöohjaajallamme ennen haastattelua. Kysymykset lähetimme haastattelijalle etukäteen. Työn teimme yhteistyössä medisiinisen tulosyksikön kanssa, ja julkistaminen tapahtuu osastotunnin muodossa yhteistyöosastolla. Lisäksi työmme julkaistaan verkossa ammattikorkeakoulujen yhteisessä Theseus tietokannassa.

3 Kehittämistyö opinnäytetyönä

Ammattikorkeakouluissa opinnäyte on monella tavalla tiimityötä, se on tilaajan, tekijöiden sekä ohjaajan yhteinen hanke. Tiimi sopii yhdessä työhön liittyvistä perusasioista, kuten aiheen tarkennuksesta, työn aikatauluista, tietosuojasta sekä ohjauksesta. Ammattikorkeakoulussa opinnäytetyö voi olla osana laajempaa tutkimusprojektia, jolloin toimeksiantajat tekevät sopimuksen ammattikorkeakoulun kanssa. (Anttila 2007: 154). Työelämäyhteydessä toteutettu kehittämishanke suunnataan tuloksineen suoraan toimeksiantajalle. (Anttila 2007: 150.)

Kehittämistyö perustuu sille asetettuihin tavoitteisiin, ja tavoitteiden saavuttamisen arviointiin. (Anttila 2007: 15.) Tutkimus- ja kehittämisprojektit ovat tapa kehittää asiakkaiden tarpeisiin sopivia ratkaisuja jotka ovat käytettävämpiä sekä kustannustehokkaampia. (Anttila 2007: 40.)

Kehittämistyö on toiminnallinen työ, jossa opinnäytetyön tuotoksena voidaan esittää uusi työväline tai vastaava toiminnallinen toteutus. Toteutuksen tuottamisen prosessi esitetään kirjallisesti raportoituna. Kehittämistyö muodostuu yleensä kahdesta osasta: kehitettävästä tuotteesta ja prosessia kuvailevasta kirjallisesta raportista. Raportissa esitellään se tietoperusta, joka on opinnäytetyön lähtökohtana. (Liukko 2012).

Opinnäytetyön teimme yhteistyössä HUS Medisiinisen tulosyksikön kanssa. Opinnäytetyöhöme meille oli nimetty koulun puolelta ohjaava opettaja, jota tapasimme säännöllisin väliajoin. Yhteistyötahon kanssa meille oli sovittu yhteistyöhenkilö, jonka kanssa tapasimme ja olimme yhteydessä sähköpostin välityksellä. Valmis opinnäytetyö sekä juliste tulevat yhteistyöosastolle päivittäistä käyttöä varten.

Opinnäytetyön tuotoksena syntyi juliste hoitohenkilökunnalle (liite 7). Tuotostamme varten keräsimme tietoa alan kirjallisuudesta sekä tieteellisistä tietokannoista. Opinnäytetyössä haastattelimme asiantuntijaa, jolta saatua tietoa vertasimme keräämäämme aineistoon. Kirjallisuuden sekä asiantuntijahaastattelun pohjalta saimme kokonaiskuvan siitä, miten yhteistyöosaston toimintaa voitaisiin kehittää, jotta se olisi potilaan hoitoon sitoutumista edistävää.

4 Ihotautia sairastava potilas

4.1 Ihotaudit

Ihotauteja on monenlaisia, kuten myös niiden aiheuttajia. Ihotautiin liitetään usein kutiava punainen iho. Kutina ja kutinataudit liittyvät usein allergisiin reaktioihin sekä ihotulehduksiin. Kutinalla tarkoitetaan epämiellyttävää tunnetta, pientä pistelyä tai poltetta iholla silmissä tai ylähengitysteiden limakalvoilla, sen tunnetuin aiheuttava aine on histamiini. (Remitz – Reitamo 2004: 26–29). Ihotaudeista eksanteema on punaläiskäinen ihon tulehdus, joka syntyy sisältäpäin. Suurin osa aiheutuu lääkkeiden haittavaikutuksesta, mutta ne saattavat liittyä myös virus tai bakteeritulehduksiin. Siihen kuuluvat mm. kyhmyruusu ja punatäplähilseily. (Remitz ym. 2004: 26–29).

Tunnettu ja hyvin näkyvä ihotauti, psoriaasi on krooninen, immunologinen tulehdustauti, jonka puhkeamisen taustalla on perinnöllisyys tai selittämätön ympäristötekijä. Pso-

riasis aiheuttaa punoittavia, hilseen peittämiä läiskiä iholla. Ihoinfektioita, kuten märkärupia ja paiseita, aiheuttavat bakteerit, silsasienet sekä virukset. Psoriaasin tavoin hyvin näkyvä ja tunnettu ihosairaus, akne on talirauhasen karvatupen krooninen, tulehduksellinen sairaus, jota esiintyy yleisesti nuoruudessa mutta myös aikuisiässä. (Remitz ym. 2004: 26–29).

Iho oireita ilmenee usein yleissairauksien yhteydessä. Diabetespotilaista vähintään kolmanneksella on tautiin liittyviä iho-ongelmia, jotka liittyvät yleisesti mikroangiopatiaan taudin edetessä. Kihtiin ja erityisesti kihtikohtaukseen liittyvät näkyvät iho-oireet kuten isovarpaan tyvinivelen turpoaminen ja punoitus sekä vaaleat helmimäiset uraattikertymät iholla. Aliravitsemuksen iho-oireisiin kuuluvat ihon kuivuminen, kynsien haurastuminen sekä hiustenlähtö. Maksa- sekä munuaissairauksiin liittyy usein kutinaa. Moniin psyykkisiin sairauksiin voi myös liittyä iho-oireita. (Remitz ym. 2004: 26–29).

4.2 Ekseemat

Ekseeman diagnosointi on aina kliinistä, eli se perustuu ihottuman ulkonäköön. Ekseema tarkoittaa pinnallista tulehdusreaktiota iholla, jossa dermikseen kerääntyy valkosoluja, pääasiassa T-lymfosyyttejä. Alkuvaiheessa tämä näkyy iholla pieninä vesikkeloina. Ekseeman jatkuessa iho on yleensä alkuun vetistävä jonka jälkeen iho alkaa kuivua ja hilseillä. Ekseema on ihotaudeista yleisin ja ne voidaan vielä jakaa yhdeksään eri luokkaan, kosketusekseema, atooppinen ja seborrooinen ekseema, nummularinen ekseema ja infektioekseema, dyshidroosi, asteatoottinen ekseema, staasiekseema, neurodermatiitti sekä vaippaihottuma. (Remitz ym. 2004: 26–29).

Kosketusekseemat tyypillisesti vaativat kontaktin jonkin ulkoisen allergisoivan tai ärsyttävän tekijän kanssa. Joissain tapauksissa kosketusekseemat voivat myös syntyä herkistävän aineen sekä liiallisen UV-valon yhteisvaikutuksesta. Kosketusekseemat voidaan jakaa vielä tarkemmin neljään eri tyyppiin, ärsytyskosketusekseema, allerginen kosketusekseema, proteiinikosketusekseema sekä valokosketusekseema. (Remitz ym. 2004: 29–30).

Atooppinen ekseema on osana atooppista oireyhtymää, joissa oireina on usein myös allerginen nuha, silmäoireet ja astma. Taipumus atooppiseen ihoon on periytyvää, mutta myös ulkoisilla tekijöillä, kuten ilmastolla on vaikutusta taudin puhkeamiseen. Atooppinen ekseema voi puhjeta jo muutaman kuukauden ikäiselle lapselle. Myös ekseemal-

la on monta eri nimeä, riippuen sen ilmenemismuodosta; prurigo Besnier, maitorupi, taiveihottuma, atooppinen ihottuma sekä atooppinen ekseema dermatiittioireyhtymä eli AEDS. (Remitz ym. 2004: 42–46).

Dyshidroosi eli pomfolyx on äkillistä kämmenien ja jalkapohjien pientä vesirakkulakylvöä ja siihen voi myös mahdollisesti liittyä ekseemaa, johon ei kuitenkaan liity mitään tunnettua ulkopuolista altistavaa tekijää. Laukaisevia tekijöitä voivat mahdollisesti olla bakteeri- tai sieni-infektiot sekä mahdolliset allergiat. (Remitz ym. 2004: 82).

Asteatoottinen ekseema voi syntyä kun ihon talirauhasten aktiiviteetti on liian vähäistä. Tätä ekseeman muotoa esiintyy erityisesti vanhuksilla, koska iän myötä talirauhasten toiminta heikkenee. Lisäksi tautia on tutkittu edesauttavan ihon pesu voimakkailla pesuaineilla ja hankaaminen karhealla pesulapulla. (Remitz ym. 2004: 84–85). Staasiekseemaa esiintyy alaraajoissa ja sen taustalla on usein laskimoverenkierron heikentyminen. Raajat ovat usein turvonneita, mikä puolestaan heikentää ravinnon ja hapen kulkeutumista kudoksille. Säärihaavat voivat usein liittyä staasiekseemaan, sillä iho tulee ohuemmaksi, kireämmäksi ja helposti haavautuvaksi taudin myötä. (Remitz ym. 2004: 85). Neurodermatiitti on krooninen ekseema, joka on aiheutunut kutinasta ja sitä seuranneesta raapimisesta. Se on paikallista ja tavallisimmin sitä esiintyy sääriässä ja niskassa. Hoidossa keskeisintä on katkaista kutina-raapimis-kierre, käyttäen esimerkiksi keinoihoja suojana. (Remitz ym. 2004: 88). Seborrooinen ekseema eli taliköhnäihottuma liittyy yleensä lisääntyneeseen talineritykseen. Se on erittäin hilseilevää ekseemaa, jota esiintyy paikoilla joissa on runsaasti talirauhasia, kuten hiuspohja, kasvot, rinta ja selkä. Useimmiten seborrooinen ekseema alkaa vasta murrosiän jälkeen ja sitä esiintyy enemmän miehillä kuin naisilla. (Remitz ym. 2004: 71). Nummulaarinen ekseema eli läiskäihottuma/ infektiоекseema on taudin ulkonäköä kuvastava nimitys, sillä siihen kuuluu pyöreät kolikon kokoiset ekseemaläiskät, joita esiintyy pääasiassa raajoissa. Kuten nummulaarinen ekseema, voivat myös muut ekseemat infektoitua ja lähes aina ekseemasta voidaankin eristää stafylokokki bakteeri. (Remitz ym. 2004: 77–79).

4.3 Ihotautien hoito

Ihotauti potilaan hoito perustuu pääasiassa lääke- ja paikallishoitoon sekä muihin hoitoihin kuten valohoito, joiden lisäksi ihotautipotilaan kohdalla tulee huomioida myös

esimerkiksi potilaan ravinnonsaanti ja elämäntavat. (Kokkonen – Nylén – Reinikainen 2001: 87–90).

Pääasiassa ihotauteja hoidetaan paikallishoitovalmisteilla, joita saa apteekista kaupallistuotteina tai ex tempore-valmisteina. Näitä ovat erilaiset jauheet, ravistussekokset, rasvat, öljyt, pastat, emulsiovoiteet ja perusvoiteet. (Kokkonen ym. 2001:87-90). Näiden ulkoisesti käytettävien lääkehoito muotojen lisäksi ihotauteja voidaan hoitaa myös sisäisesti. Sisäisesti käytettävien lääkkeiden käyttö ihotaudin hoidossa on usein paikallista hoitoa tukevaa tai harvinaisemmissa tapauksissa yksinomaisen tehokas hoito. (Kokkonen ym. 2001:102). Ihotautien hoidossa käytettäviä sisäisiä lääkkeitä on mikrobilääkkeet, kuten erilaiset antibiootit, antihistamiinit, kortikosteroidit, retinoidit ja solunsalpaajat (Kokkonen ym. 2001: 102–105.)

Ihon puhdistaminen on yksi tärkeimmistä perusteista terveemmälle iholle ja siitä tuleekin huolehtia päivittäin. Ihon puhdistustarpeet voivat vaihdella hieman ihotaudista riippuen. Puhdistamisessa voi riittää pelkkä päivittäinen puhdistus ja paikallishoitovalmisteiden käyttö kuten aknessa tai tarvittaessa voidaan turvautua jopa hoitokylpyihin, joissa voidaan tarvittaessa käyttää lääkeluoksia tukena. (Kokkonen ym. 2001: 97–99).

Kompressit ovat ihotaudin hoidon yksi muoto, jossa käytetään kompresseja eli kosteita kääreitä ihottumien kuivattamiseen, tulehdusoireiden lievittämiseen ja rupien ja karstan irrottamiseen. Kompressit imevät myös eritteitä, viilentää ihoa ja vähentää kutinaa iholle. (Kokkonen ym. 2001: 99). Penslauksessa iholle sivellään penslausainetta siihen kostutetulla pumpulitikulla. Penslausta käytetään usein haavaumien ja vetistävien ihoalueiden hoitoon, esimerkiksi varpaiden väleihin ja taipesiin. (Kokkonen ym. 2001: 100). Okklusiohoidolla tarkoitetaan sitä kun paikallishoitovalmisteiden vaikutusta tehostetaan peittämällä ihoalue ohuella muovikalvolla. Muovikalvon sijaan voidaan käyttää myös kostetutta sitovia hydrokolloidisidoksia eli keinoihoja. (Kokkonen ym. 2001: 101).

Eryteisesti tulehduksellisten ihosairauksien hoitoon käytetään ultraviolettalohoitoa, joka vaimentaa ihossa olevaa tulehdusprosessia sekä lisää T-lymfosyyttien apoptoosia. Lisäksi se paksuntaa orvaskettä ja lisää veden haihtumista estävien keramidien tuottoa sarveiskerroksessa. (Hannuksela – Peltonen – Reunala – Suhonen 2011: 287–288). Helioterapia eli ilmastohoito on ihosairauksien vuoksi otettavia aurinkokylpyjä etelän rannoilla. Varsinkin psoriaksen ja atooppisen ihottuman hoidossa tästä on tutkittu olevan hyötyä. (Kokkonen ym. 2001: 112–113).

Ihosairauksia voidaan joissain tapauksissa hoitaa kirurgisilla menetelmillä, kuten ihokasvainten poisto tai ihon hionta. Ihoa voidaan korjata myös laserilla, jonka teho perustuu korkeaan lämpötilaan. Jäädytyshoitoa eli kryohoitoa käytetään myös esimerkiksi syylien ja joidenkin kasvainten poistoon. Ihotautien hoidossa käytetään näiden lisäksi sädehoitoa, diatermiaa ja röntgensäteilyä eli Bucky-hoitoa. (Kokkonen ym. 2001: 113–114).

Jotkut ihotaudit voivat esiintyä ainoastaan jalkapohjissa ja usein samanaikaisesti myös kämmenissä, esimerkiksi palmoplantaarinen pustuloosi sekä hyperkeratosis palmo-plantaris. Tämän vuoksi ihotautilta sairastavan tulisikin pitää päivittäin huolta myös jalkojensa ihosta ja pyrkiä näin ehkäisemään jalkavaivoja. (Kokkonen ym. 2001: 114–115).

Myös ravinnolla on tutkittu olevan vaikutteita ihotautien oireiluun. Ravinnon koostumuksella on esimerkiksi keskeinen merkitys ihokeliakian hoidossa. Luontaistuotteita voidaan lisäksi suositella ihotautien hoitoon tai niiden ehkäisyyn, kuten luontaiskosmetiikkaa, luonnonmukaisesti viljeltyjä elintarvikkeita ja luonnonlääkkeitä, joilla on todettu olevan lääkkeen kaltainen vaikutus tai käyttötarkoitus, mutta ne eivät kuitenkaan ole lääkkeen omaisia tuotteita. (Kokkonen ym. 2001: 117–119).

Ekseemojen kuten muidenkin ihotautien hoito perustuu aina alkuun, mikäli mahdollista, ulkoisten tekijöiden eliminointiin, kuten allergeenien ja muiden etiologisten tekijöiden. Oireiden hoitoon käytetään pääasiassa kortisonia sisältäviä voiteita, jotka on jaoteltu neljään eri teholuokkaan. Ekseeman sijainnista ja oireilun määrästä päätellään kuinka tehokasta kortisonivoidetta on tarvetta käyttää. Takrolimuusi- ja pimekrolimuusivoiteet on tarkoitettu ekseemoiden hoitoon, joihin tavalliset hoitomuodot eivät ole tehonneet tai sivuvaikutuksen vaaran vuoksi ei ole voitu käyttää. Ekseemoita voidaan lisäksi hoitaa erilaisilla valohoidoilla, sisäisillä kortisonikuureilla sekä harvemmin myös sisäisillä atsa-tiopriini kuureilla tai siklosporiinilla. Atooppiseen ekseemaan on myös mahdollista ko-keilla omalitsumabia. (Hannuksela ym. 2011: 39).

5 Hoitoon sitoutuminen

5.1 Mitä on hoitoon sitoutuminen

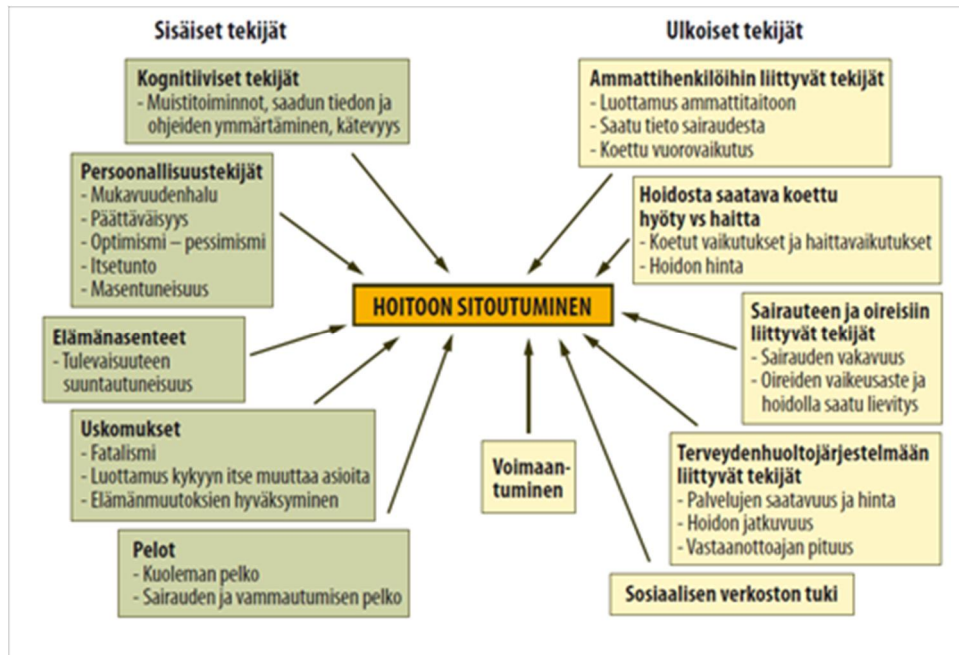
WHO:n 2003 työryhmä määritteli hoitoon sitoutumisen seuraavasti:

Se, kuinka henkilön käyttäytyminen - lääkkeiden ottaminen, ruokavalion noudattaminen ja/tai elämäntapojen muuttaminen - vastaa terveydenhuollon henkilön kanssa yhdessä sovittuja ohjeita. (WHO 2003).

Hoitoon sitoutuminen voidaan määritellä potilaan aktiiviseksi rooliksi hoidossaan. Tähän liittyy potilaan ja hoitohenkilökunnan välinen yhteisymmärrys hoidosta. Hoitoon sitoutuminen vaikuttaa myönteisesti niin potilaan hyvinvointiin, kuin terveydenhuollon resursseihin. Hoitoon sitoutumisen vaikutukset näkyvät erityisesti kroonisissa sairauksissa, joiden hoidossa painottuu omahoito sekä elintapamuutokset. (Pitkälä 2007).

Esimerkkinä kroonisesta sairaudesta voidaan tarkastella 2 tyypin diabetesta sairastavia. 2 tyypin diabetesta sairastavilla hoito-ohjeiden noudattaminen (ruokavalio, liikunta, savuttomuus) vähentää tehokkaasti komplikaatioita, parantaa elämänlaatua sekä ennustetta. (WHO 2003). Hoitohenkilökunnan tulee antaa potilaalle tämän tarvitsema tieto, sekä pohtia yhdessä potilaan kanssa millä tavoin, ja minkälaisia muutoksia pitäisi ryhtyä tekemään. Liian suuret muutokset lyhyellä aikavälillä eivät ole realistisia, ja saattavat kuormittaa potilasta. Potilaan vastuulle jää hoitosuosituksen toteuttaminen arkielämässä, johon hoitohenkilökunnan tulisi antaa tarvittavat välineet. Luottamuksellisessa hoitosuhteessa potilas uskaltaa kertoa rehellisesti kuinka omahoito on toteutunut, myös mahdolliset epäonnistumiset. (WHO 2003).

Hoitoon sitoutumisessa voidaan erotella viisi ulottuvuutta (kts. kuvio 1.): sosiaaliset/taloudelliset tekijät, terveydenhuollon järjestelmiin liittyvät tekijät, hoitoon liittyvät tekijät, potilaaseen liittyvät tekijät sekä tautiin liittyvät tekijät. (WHO 2003).



Kuvio 1. Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat tekijät. (Terveysportti)

Ihotautia sairastavan potilaan erityispiirteinä ovat sairauteen liittyvät tuntemukset, jotka ovat kehittyneet vuosien kokemusten perusteella. Moniin ihosairauksiin ei ole parannusta, joka vaikuttaa potilaiden psyykkeeseen. Elämä määrittyy sairauden hoidon ympärille. Potilaat tarvitsevat hyväksyntää, tukea, ja heitä tulee kohdella tasavertaisina, sekä arvostaa ihmisinä. Ihotautia sairastavan potilaan arvioimisessa tulee ottaa huomioon: potilaan ihon kunnan historia, arviointi yleistilasta, arvio ihon kunnosta, potilaan tieto ihonsa kunnosta sekä sen hoitamisesta. Ihon kunnan arvioimisessa tulee ottaa huomioon: kuinka kauan ihon kunto on ollut samanlainen, kuinka usein siinä tapahtuu muutoksia, tapahtuuko muutoksia vuodenajan mukaan, onko mukana geneettisiä tekijöitä, potilaan ammatti ja harrastukset, mitä lääkkeitä potilas käyttää, onko potilaalla allergioita, aiemmat hoidot ja niiden vaikuttavuus, mitä hoitoja on käytössä, ja miten ne ovat vaikuttaneet. (Lawson 2005).

5.2 Hoitoväsymys

Sanalle hoitoväsymys ei suomen kielessä löydy yksittäistä selitettä, mutta sen voisi määritellä voimakkaana väsymyksenä ja uupumuksena sairautta ja hoitoa kohtaan, joka ei mene ohitse nukkumalla tai lepäämällä. (Syöpäjärjestöt, 2010.) Englanninkieli-

nen vastike sanalle hoitoväsymys on fatigue, joka on vapaasti suomennettuna väsymys, uupumus, hoitoväsymys, krooninen väsymys tai jaksamattomuus.

Hoitoväsymys voi yksilöstä riippuen olla joko akuuttia tai kroonista. Akuutti väsymys ei kestä muutamaa viikkoa pidempään ja sillä on elimistöä suojeleva vaikutus, kun taas krooninen väsymys on pitkäaikaista ja voi vaikuttaa koko elimistöön. (Syöpäpotilaat, 2012.) Hoitoväsymys liitetään usein pitkäaikaissairauksiin ja pitkäaikaisiin sairauden hoitoihin, kuten ihotaudit ja syövä. Potilaat, jotka ovat kokeneet hoitoväsymystä, ovat kuvailleet uupumustaan muun muassa, yleisellä voimattomuudella, raskauden tunteella, vaikeudella ajatella selkeästi, keskittymisvaikeuksilla, yleiskunnon huonontumisella, hengenahdistuksella liikkeessa, hitaalla palautumisella rasituksen jälkeen, tunneherkyydellä, elämänhalun vähentymisellä sekä seksuaalisten halujen vähentymisellä. (Syöpäpotilaat, 2012).

Hoitoväsymystä voidaan hoitaa muiden sairauksien tavoin, ensin tulee kuitenkin selvittää väsymyksen syy potilaan kanssa yhdessä. Väsymystä voidaan hoitaa lääkkeillä, mutta ensin potilasta tulisi ohjeistaa lääkkeettömään vaihtoehtoiseen hoitoon. (Syöpäpotilaat, 2012). Potilasta tulee ohjeistaa toimimaan oman aikataulun mukaan ja tekemään välttämättömimmät työt omaan tahtiin ja omien voimavarojen mukaan. Toimintapäiväkirja voi auttaa joitain potilaita, sillä sieltä näkee helposti, mikä askare on ottanut eniten voimille, ja milloin hän on ollut virkeimmillään. Päivän ennalta suunnittelu voi myös auttaa, sillä näin potilas voi itse jaksottaa työn ja levon niin kuin itse parhaakseen kokee. (Syöpäpotilaat, 2012).

Hoitoväsymyksestä kärsivän ei kuitenkaan pidä liioitella väsymystään, sillä tutkimukset ovat osoittaneet, että liiallinen lepo voi heikentää energiantuotanto kykyä. Tämän vuoksi potilaan tulisi kuitenkin huolehtia myös päivittäisestä liikunnasta, mutta niin että se edistää potilaan hyvinvointia eikä uuvuta enempiä. Itsensä hemmottelu voi myös auttaa jaksamaan uupumuksen kanssa paremmin, potilasta tulee ohjata tekemään niitä asioita mistä nauttii, koska tällöin ihminen usein on rennompi ja pirteämpi. Väsymyksestä johtuen ihminen voi toisinaan olla vetäytyvä ja etäisen oloinen, tällöinkin potilaan tulisi silti olla ystäviensä ja perheensä parissa, sillä läheisyydestä saa positiivista energiaa ja yhteenkuuluvuuden tunteen. (Syöpäpotilaat, 2012).

Nukkuminen ja uni sekä ravinnon saanti ovat tärkeä huomion kohde hoitoväsymystäkin hoidettaessa. Yönien tulisi olla katkeamattomat, jotta aamulla herää virkeämpänä.

Vaikka potilas lepäilisi useita kertoja päivässä, ei hänen tule nukkua liian pitkään, sillä se voi helposti uuvuttaa lisää, pieni lepo hetki välissä taas pitää energiatasoa yllä. Tasapainoinen ruokavalio ja riittävä nesteiden saanti taas puolestaan takaa riittävän energian ja ravintoaineiden saannin, joka myös vaikuttaa suurelta osalta uupumukseen. (Syöpäpotilaat, 2012). Oikeanlaisen ruokavalion suunnittelussa voi käyttää moniammatillista työyhteisöä avuksi ja potilaasta riippuen pyytää ravitsemusterapeuttia antamaan ohjausta, jotta ruokavalio olisi mahdollisimman jaksamista tukeva.

6 Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat tekijät

Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat tekijät voidaan jakaa karkeasti kahteen osaan, asiakkaasta johtuviin sekä asiakkaan ulkopuolisiin eli ympäristöstä johtuviin tekijöihin. (Kyngäs 2009: 26.) Demografisilla tekijöillä, eli iällä, sukupuolella ja koulutuksella, sekä arvostuksilla tai käsityksillä ei ole todettu suoranaista yhteyttä hoitoon sitoutumisen kannalta tai tutkimustulokset ovat olleet ristiriitaisia. Sen sijaan psyykkisillä, fyysisillä ja sosiaalisilla voimavaroilla on todettu olevan yhteys siihen, miten potilas hoitaa itseään. Motivaatio taas nähdään keskeisenä vaikuttavana tekijänä hoitoon sitoutumisen kannalta. Sen kuitenkin tulee olla sisäistä, itsestään lähtevää, jotta se kehittää positiivisen suhtautumisen hoitoon ja johtaa pysyviin tuloksiin. (Kyngäs 2009: 27–29).

Potilaan tieto sairaudesta ja sen hoidosta on yksi välttämättömistä ehdoista hoitoon sitoutumisen kannalta. Tieto auttaa potilasta ymmärtämään tilannetta, sairautta ja hoidon merkitystä paremmin, mikä on välttämätöntä myös motivaation syntymisen kannalta. Hoitoon sitoutumisen kannalta tiedon tulee kuitenkin oltava potilaalle helposti ymmärrettävää ja omaksuttavaa. Myös tiedon siirto käytännönelämään taitona on välttämätöntä, ja tähän voi usein tarvita ohjausta ja harjoittelua. (Kyngäs 2009: 29).

Sairaus itsessään, sekä totutusta elämästä poikkeavat elämäntilanteet, voivat myös vaikuttaa hoitoon sitoutumiseen. Sairauteen liittyvät tekijät, kuten oireet ja tunteet vaikuttavat potilaan kokemukseen ja näin voivat motivoida hoitoon tai vaikeuttaa sitä. Esimerkiksi oireen helpottuminen hoidon myötä voi motivoida hoitoon sitoutumiseen paremmin. Sairauteen tai sen hoitoon voi myös liittyä monia pelkoja, kuten leimautumi-

nen, sivuvaikutukset tai kuoleman pelko, jotka yksilökohtaisesti voivat joko motivoida tai estää sitoutumista. (Kyngäs 2009: 30).

Millainen hoito on, vaikuttaa myös omalta osaltaan sitoutumiseen, täytyykö jo rutiiniksi muodostuneet elämäntavat muuttaa toisenlaisiksi vai oppia joitain uusia taitoja, onko kyseessä pitkäkestoinen ja vaativa hoito vai onko kyseessä vain pienimuotoista muu-
tosta vaativa hoito. Tutkimusten mukaan potilaat sitoutuvat hoitoon usein paremmin lyhytkestoisessa hoidossa tai hoidossa, jossa ei tarvitse radikaalisti muuttaa jo omak-
suttuja elämäntapoja. (Kyngäs 2009: 31).

6.1 Hoitoon sitoutumista edistävät

Hyvässä hoitoon sitoutumista edistävässä hoitosuhteessa ammattihenkilö sopii hoi-
doista, ja niiden toteutumisesta, yhdessä potilaan kanssa, kannustaen ja motivoiden.
Potilas sitoutuu paremmin tavoitteisiin kun ne luodaan yhdessä, potilaan voimavara-
lähtöisesti niin että potilas kokee pystyvänsä niitä arjessa toteuttamaan. Hoitoon sitoutu-
mista edistävän hoitosuhteen tulisi olla luottamuksellinen, hoidon jatkuvaa sekä hoitoon
pääsemisen kynnyksen matala. Hoitohenkilökunnan tulisi pystyä antamaan puoluee-
tonta tietoa, olla optimistisia sekä kyetä luomaan hoitosuhteeseen hyväksyvä ilmapiiri.
(Pitkälä 2007).

Potilaalle olisi edullista, että hän kokee saavansa yksilöllistä hoitoa ja tukea. Hoitosuh-
teen luottamuksellisuus on avainasemassa, joka tulee erityisesti pitkissä hoitosuhteissa
esille. Hoito tulisi rakentaa potilaslähtöisesti, ja rohkaista potilasta pohtimaan omia läh-
tökohtiaan hoidossa. Potilaan arvomaailman ja tavoitteiden hyväksyminen auttaa luo-
maan hoitosuhteen, johon potilas voi sitoutua. (Pitkälä 2007).

Hoitohenkilökunnan tulisi omahoidon tukemiseksi edesauttaa potilaan voimaantumista ja
autonomiamia, sekä vahvistaa tämän motivaatiota. Potilaalle tulisi myös antaa pystyvyy-
den tunne päätöksentekoon sekä terveysongelmien ratkomiseen, joka vaatii tietoa hoi-
don tavoitteista sekä hoitokeinoista. (Routasalo 2009). Hoidon tavoitteiden tekemises-
sä korostuu tällöin potilaslähtöisyys, sillä potilaat sitoutuvat paremmin hoitoihin jotka on
suunniteltu heidän voimavarojensa perusteella. Hoitosuunnitelma räätälöidään realisti-
seksi ja potilaan arkielämään sopivaksi. (Routasalo 2009).

Hoitajan rooli ihotautia sairastavan potilaan hoidossa keskittyy usein fyysisiin toimenpiteisiin, kuten voiteiden levittämiseen, mutta hoitajan tulisi kiinnittää huomiota myös psyykkisiin oireisiin. Hoidot ovat usein aikaa vieviä sekä sotkuisia, tavoitteellista olisikin löytää hoito, jota olisi helppo toteuttaa kotona. Tärkeää on, ettei potilasta kuormiteta liikaa. (Lawson 2005).

Hoitajan tulisi yhdessä potilaan kanssa löytää potilaslähtöinen hoitomuoto. Kaikki neuvot ja ohjeet tulisi antaa potilaalle myös kirjallisena, sillä hoidot voivat olla monimutkaisia ja vaikeita muistaa. Hoitosuunnitelma auttaa ylläpitämään ja parantamaan kuntoa, lievittää oireita, edesauttaa mahdollistamaan aikaista ongelmiin puuttumista ja ennaltaehkäisee ongelmien pahentumista, näin parantaen elämänlaatua. Ohjauksen kautta hoitajan on annettava tietoa sekä tukea, vahvistamalla tietoa jota on jo usein annettu potilaalle aiemminkin. Potilaiden tiedonsaannin mahdollistaminen sekä tieto tukiryhmistä on tärkeää. (Lawson 2005).

Onnistuneeseen itsehoidon opettamiseen tulee ottaa huomioon potilaiden aikaisemmat kokemukset, henkinen tila, tavoitteet ja asenteet terveyttään kohtaan. On tärkeää käyttää virallisia opetusmenetelmiä, sillä siihen potilaat usein sitoutuvat parhaiten. On hyvin tärkeää että potilaan ohjaus tähtää potilaan voimaantumiseen. Hoidon tavoitteena on ylläpitää terveyttä antamalla potilaille tietoa itsehoidosta. (Nilsson 1999).

6.2 Hoitoon sitoutumista estävät

Sairauksien hoito vaatii potilailta usein elämäntapamuutoksia, jotka voivat olla hyvin vaativia. Elämäntapahoitoihin sitoudutaan heikosti. Suositusten mukaista liikuntaa harrastaa vain noin kolmannes, pysyvässä laihdutuksessa onnistuvat vain harvat ja lyhyellä välillä tupakoinnin onnistuu lopettamaan vain noin 10%. Kroonisia sairauksia sairastavien on vaikea sitoutua hoitoonsa. Huono hoitoon sitoutuminen on tärkeä syy siihen miksi hoidolla ei saavuteta täyttä kliinistä hyötyä. (WHO 2003.)

Hoitohenkilökunnan negatiiviset asenteet potilasta kohtaan heijastuvat suoraan hoitosuhteeseen. Jos potilas kokee ammattihenkilön moittivan tai pelottelevan häntä, turvautuu potilas usein valkoisiin valheisiin säästyäkseen moitteilta. Potilas saattaa kaudella kaudella tietoa, jolloin hoidon kannalta merkittäviä tietoja saattaa jäädä kertomatta. Poti-

laan huomiotta jättäminen hoitopäätöksiä tehdessä heijastuu hoitoon sitoutumiseen, sillä potilas ei sitoudu tavoitteisiin joita ei koe omakseen. (WHO 2003).

Ihosairaudet ovat harvoin hengenvaarallisia, mutta niillä voi olla sosiaalisia, fyysisiä, psyykkisiä sekä ammatillisia vaikutuksia elämänlaatuun. Potilaat ovat usein vaivaantuneita ja itsetietoisia ulkonäöstään ja saattavat tuntea olonsa vihaisiksi ja turhautuneiksi ihonsa kunnon vuoksi. Tätä ahdinkoa lisää ihmisten reaktiot, joka saattaa johtaa siihen että potilaat tuntevat olonsa arvottomiksi. Potilaat saattavat vältellä tilanteita, joissa ovat kokeneet negatiivisia reaktioita, tai uskovat niitä kokevansa. (Joseph 2010).

Huonot selviytymisstrategiat johtavat motivaation alenemiseen sekä masentumiseen. Alhaisella itsetunnolla voi olla vaikutuksia potilaan kykyyn pitää huolta itsestään, sillä kaikki tuntuu toivottomalta. Tämä vuorostaan johtaa ihon kunnon huononemiseen, jolla on vaikutusta potilaan elämänlaatuun. Itsetunto on sidoksissa kehonkuvaan, johon ihosairaudet vaikuttavat. Alentunut kehonkuva saattaa vaikuttaa ihmissuhteisiin sekä sosiaaliseen eristäytymiseen. Alentuneen mielialan tai masennuksen ilmentyessä potilaat tarvitsevat psykologista tukea. Hoitohenkilökunnan osalta tämä tarkoittaa potilaan tilan tarkkailua ja siihen reagointia. Hoitohenkilökunta voi antaa tietoa tukiryhmistä, Internet-sivustoista, antaa potilaalle kirjallista tai suullista tietoa sairaudesta sekä pohtia terapian tarvetta. (Joseph 2010).

Lääkehoitoon sitoutumista heikentävät monet yhtäaikaiset lääkkeet, kuten myös useana eri annoksena otettavat lääkkeet. Lääkkeiden kalleus, muutokset sekä epäselvyydet lääkkeissä, heikentävät myös hoitoon sitoutumista. (Pitkälä 2007). Jos potilas ei täysin ymmärrä lääkehoidon tarpeellisuutta, tai häntä ei ole ohjattu tarpeeksi niiden ottamisessa, heijastuvat nämä lääkehoitoon sitoutumiseen. Potilaat saattavat esimerkiksi itse muuttaa lääkemannosta, ottaa oireiden mukaan niitä lisää tai jättää kokonaan ottamatta. (Pitkälä 2007).

7 Potilaan ohjaus

Ohjaus pyrkii edistämään asiakkaan kykyä ja aloitteellisuutta parantaa elämäänsä haluamallaan tavalla. Ohjauksessa potilaalla on aktiivinen rooli ongelmien ratkaisemisessa. Hoitajan tulisi ohjauksen kautta tukea potilasta päätöksenteossa, välttämällä valmiiden

ratkaisujen tarjoamista. Ohjaus on vuorovaikutteellinen suhde, ja se perustuu tavoitteelliseen toimintaan. (Kyngäs 2007: 25). Sairaanhoidtajien kokemana potilasohjaus on työtä, jossa siirretään tietoa potilaalle eri menetelmien avulla. (Miettunen – Kääriäinen – Kyngäs 2012.)

Potilaan ohjauksessa keskeistä on potilaan oppiminen, ohjaustilanne on vuorovaikutusta hoitajan ja potilaan välillä. Ohjaustilanteessa potilas saa hoitonsa tai terveydentilansa kannalta olennaista tietoa, jonka välittäminen vaatii hoitajalta suunnitelmallisuutta sekä potilaan tiedontarpeen tunnistamista. Ohjaus ei kuitenkaan saa olla hoitajan yksinpuhelua, vaan potilas on otettava aktiivisena osallistujana mukaan. Ohjaus on täten rakennettava potilaan tiedontarpeen mukaan, antaen potilaalle mahdollisuus esittää kysymyksiä. (Montin 2008: 6–7). Potilaat kaipaavat potilaslähtöisempää ohjausta, jossa tulisi huomioida erityisesti yksin asuvat ja iäkkäät. (Kaakinen – Kääriäinen – Kyngäs 2013.)

Ohjauksen tarve määrittyy niiden asioiden ympärille, joita potilas nostaa ohjauksessa esiin. Tällaisia voivat olla terveysongelmat, elämäntaito-ongelmat, elämäntilanteen eri vaiheet tai elämäntilanteen muutokset. Ohjauksen toteutumisen kannalta on tärkeää että ohjauksen tavoitteet luodaan yksilöllisesti. Tavoitteisiin pääsemisen kannalta on välttämätöntä selvittää potilaan elämäntilanne sekä mahdollisuudet sitoutua tavoitteisiin. Tähän voidaan vaikuttaa muun muassa ohjausmateriaalin valinnan kautta. Hoitajan on ohjaustilanteissa kyettävä käsittelemään omia tuntemuksiaan sekä arvojaan, niin etteivät ne näy ohjaustilanteissa. (Kyngäs 2007: 26–27).

Ohjauksen onnistumiseen vaikuttaa aikaisemmat kokemukset sairaudesta ja sen hoidosta sekä terveysuskomukset. Potilas ei välttämättä halua tuoda julki ohjaustarpeitaan, jolloin hoitajan tehtävä on auttaa niiden esiin tuomisessa. Sopivien ohjaustyövälineiden löytäminen edellyttää tietämystä potilaan oppimistyyleistä. (Kyngäs 2007: 33). Potilaan oppimistyyleistä riippuen voidaan tiedonanto keskittää suulliseen tai kirjalliseen, hänen kanssaan voidaan käydä asioita yksityiskohtaisesti tai suurempien asiakokonaisuuksien kautta. Oppimiseen voidaan liittää musiikkia tai rytmiä. Potilas voi oppia parhaiten itse tekemällä, tai toimimalla yhteistyössä muiden samassa tilanteessa olevien kanssa. (Kyngäs 2007: 34).

Potilaat kaipaavat ohjauksessa eniten lisätietoa sairaudesta ja lääkehoidosta. Erityisesti tietoa kaivataan myös sairauden tai hoidon vaikutuksesta elämään, hoidosta kotona

ja siitä mitä kotona voi tehdä. Potilaat pitävät ohjauksessa tärkeimpinä asioina tietoa sairaudesta, hoidosta, komplikaatioista, kivusta ja lääkehoidosta, toimenpiteeseen liittyvistä toiminnoista, omahoidosta, kuntoutuksesta sekä vapaa-ajasta. (Heikkinen ym. 2005).

Potilaille tulee välittää enemmän tietoa biologis-fysiologiselta osa-alueelta sekä ekonomiselta osa-alueelta, kuten sosiaaliturvasta sekä maksu- ja vakuutusasioista. Potilaat kaipaavat tietoa sekä henkisestä että psyykkisestä ja fyysisestä tuesta. Olisi tärkeää etukäteen pohtia minkälaista ohjausta potilas missäkin vaiheessa sairauttaan tai hoitoaan saa ja miten ohjaukset tukisivat toisiaan hoidon eri vaiheissa. Erityisen tärkeää on kiinnittää huomiota potilaan omia voimavaroja tukevaan ohjaukseen ja näin ollen välittää potilaalle tietoa paitsi biologis-fysiologisesta myös toiminnallisesta, sosiaalis-yhteisöllisestä, kokemuksellisesta, eettisestä ja ekonomisesta osa-alueesta. (Heikkinen ym. 2005).

7.1 Ohjauksessa huomioitavat tekijät

Potilaan ohjaustarpeisiin vaikuttavat fyysiset tekijät, joita ovat ikä, sukupuoli, sairauden tyyppi ja terveydentila. Nuoren kanssa ohjauksen haasteena on huoltajien osuus hoidossa, ristiriitoja saattaa syntyä jos nuori ei halua huoltajaansa mukaan ohjaukseen. Tällöin tulee keskustella mahdollisuudesta ohjata huoltajia erikseen. Ikääntyneen ohjauksessa on huomioitava iän mukanaan tuomat fyysiset rajoitteet: heikentynyt näkö, kuulo tai muistihäiriöt. Taustatekijät on huomioitava ja ohjaus on rakennettava niiden pohjalta. Ikääntyneet tarvitsevat usein lyhytkestoista ohjausta useaan otteeseen, ja ydinasioita on painotettava huolella. Vasta diagnosoitu vakava sairaus voi estää ohjauksen onnistumisen. Potilaan ohjauksessa on otettava myös huomioon se, millaisia asioita potilas on valmis oppimaan milloinkin. Oman haasteensa ohjaukselle luovat potilaat, jotka kokevat olevansa terveitä, mutta joiden sairaus vaatii hoitoa. Tällöin esiin nousee motivoinnin tärkeys. (Kyngäs 2007: 30–31).

Ohjauksessa huomioitavia psyykkisiä tekijöitä ovat: käsitys omasta terveydentilasta, terveystuskomukset, kokemukset, mieltymykset, odotukset, tarpeet, oppimistavat ja -valmiudet sekä motivaatio. Potilaan motivaatio vaikuttaa siihen, haluaako hän omaksua hoitoonsa liittyviä asioita ja kokeeko hän ohjauksessa esitettävät asiat itselleen tärkeiksi. Hoitajan tulisikin kysymysten ja keskustelun kautta selvittää mitkä asiat saattaisivat

motivoida potilasta hoitoonsa. Motivoimista edesauttavat selkeät konkreettiset tavoitteet, tavoitteen tulee olla tekemistä eikä vain tekemisen lopputulos. Potilaan oma tunnetila, onnistumisodotukset, elämäntilanne, ja se onko häntä kuunneltu ja ymmärretty vaikuttavat hänen motivaatioonsa. Myös hoitajan motivaatiolla ja asennoitumisella on merkittävä osuus, ja potilaat toivovatkin hoitajalta aloitteellisuutta ja herkkyyttä tiedon ja ohjeiden antamisessa. (Kyngäs 2007 :32).

Ohjauksen kannalta merkittävät sosiaaliset taustatekijät koostuvat sosiaalisista, kulttuurisista, etnisistä, uskonnollisista ja eettisistä tekijöistä. Hoitajan tulisi kartoittaa potilaan tukiverkosto, ja yhdessä potilaan kanssa pohtia kuinka omaisten tuki voi potilasta auttaa. Ohjauksessa on otettava huomioon kulttuuriin ja uskontoon liittyvät uskomukset ja tabut, jotka vaikuttavat hoitoon. (Kyngäs 2007: 35–36). Ohjauksessa on muistettava myös eettinen näkökulma. Tämä käsittää potilaan näkemyksen ja kokemuksen huomioiden. Hoitaja on eettisesti velvoitettu toimimaan potilaan parhaaksi yhteistyössä toisten saman ja muiden ammattinedustajien kanssa. Ohjauksen tavoite on ymmärrettävissä terveydenhuollon etiikan tehtävän kanssa: tavoitteena on potilaan hyvinvoinnin edistäminen (Montin 2008: 7).

Hoitajan toimintaa ohjaa laajempi ammattikunta. Hoitajilla on sen kautta turva siitä, ettei hän ole eettisten pohdintojen kanssa yksin tai suojaton. Yhteinen tausta tuo toimintaan ymmärrystä, yhdistää työtovereihin ja antaa yhteisen päämäärän. Hoitajien toiminnan turvaamiseksi olisi erittäin tärkeää, että jokaisessa hoitoyksikössä pohdittaisiin oman yksikön toimintaa ohjaavat eettiset periaatteet. Yksikön yhtenäiset eettiset periaatteet tukevat hoitajia toiminnassaan ja valinnoissaan sekä turvaavat potilaalle mahdollisimman yhdenmukaisen ja samalta perustalta lähtevän potilasohjauksen. (Montin 2008: 8).

7.2 Ohjausprosessi

Ohjausprosessi koostuu ohjauksen tarpeen määrittelystä, ohjauksen kulun suunnittelusta, ohjauksen toteutuksesta ja ohjauksen onnistumisen ja vaikuttavuuden arvioimisesta. Tutkimusten mukaan tiedon saaminen sairaudesta sekä odotettavissa olevista tutkimuksista ja hoidoista mahdollistaa ja rohkaisee potilasta osallistumaan päätöksentekoon ja edistää valmiuksia itsensä hoitamiseen. Lisäksi opetus ja ohjaus vähentävät ahdistusta ja pelkoa. Ohjauksen lähtökohtana tulee olla potilaan tarpeet, on tärkeä ottaa huomioon mitä potilas jo tietää sairaudestaan ja kuinka kauan hän on sairastanut.

Vastasairastunut saattaa olla kriisivaiheessa, jolloin vastaanottokyky on heikentynyt. (Montin 2008: 10).

Sairastumisvaiheessa ohjauksen tulisi painottua potilaan vastaanottoon, sekä tulosityn ja -tilanteen selvitykseen taustatietoineen. Potilasta ja omaista tulee tukea ja rauhoitella sekä tunnistaa potilaan ohjaustarpeet. Sairastumisvaiheessa on tärkeää että sairaanhoitaja kertoo rauhallisesti potilaalle mitä tehdään ja miksi. Tällöin tunnistetaan potilaan välittömän ohjauksen tarve ja asetetaan ohjauksen tavoitteet. Tällaisissa tilanteissa toteutetaan tilannekohtaista ohjausta. Potilaalle tulisi aina kertoa mitä tutkimuksia ja toimenpiteitä tehdään, missä aikataulussa, miten ne toteutetaan, mitä asioita niihin liittyy ja miten potilaan tulee toimia. (Montin 2008: 14).

Sairastuessaan potilaat tuntevat pelkoa ja ahdistusta. Tämä johtuu usein tiedonpuutteesta, jota voidaan lievittää antamalla tietoa sairaudesta, tulevista tutkimuksista ja toimenpiteistä. Ohjaus tulisi aloittaa heti potilaan tullessa hoitoon. Potilasohjausta suunniteltaessa ja toteuttaessa täytyy ottaa potilaan omat tarpeet ja elämäntilanne huomioon. Haasteellista laadukkaan potilasohjauksen toteuttamisen kannalta on se, mistä saadaan aikaa ja tilaa henkilökohtaiseen ohjaukseen. Hyvä potilasohjaus maksaisi kansantaloudellisesti ajateltuna tarvitsemansa resurssit säästyvinä kuluina. Potilaille on tärkeää saada oikeanlaista ja yksilöllistä ohjausta, jonka vuoksi on tärkeää kirjata hoitosuunnitelmaan tarkasti, minkälaista potilasohjausta potilas on saanut, sekä arvioida ohjauksen vaikuttavuutta. Osaston henkilökunnalla tulee olla ajantasaista tietoa sekä osastoilla olla selkeät ohjeet siitä, mitä materiaalia ja minkälaista suullista ohjeistusta kullekin potilasryhmälle tulisi antaa. (Montin 2008: 16).

Muuttuneessa elämäntilanteessa ohjauksessa korostuu sairauden hoidon vaatimat muutokset potilaan elämässä. Tavoitteena on potilaan itsehoitovalmiuksien lisääminen ja vastuunottoon kannustaminen sairautensa hoidossa (Montin 2008: 14). Esille tulleiden ohjaustarpeiden ja tavoitteiden tarpeellisuus tulee arvioida uudelleen ja niitä tulee täsmentää sekä asettaa uudet tavoitteet. Ohjaus tulee suunnitella yhdessä potilaan kanssa niin että on otettu huomioon elintavat, sairauteen liittyvät riskitekijät, selviytyminen ja avuntarve. Uudet toimintatavat tulee ohjata potilaalle huomioiden hänen elämäntilanteensa ja mahdollisuutensa. Tämä tulee toteuttaa yhteistyössä potilaan kanssa keskustellen, sillä potilas on oman elämänsä asiantuntija. (Montin 2008: 15).

Sairaalasta poistuttaessa korostuu ohjauksessa omanlaisensa tavoitteet. Useimmiten sairaalassaoloajat ovat lyhyitä, eikä potilas useimmiten kykene ymmärtämään tapahtunutta ja käsittelemään elämäntilanteeseensa liittyviä uusia haasteita, kun vasta pitkän ajan kuluttua. Siksi potilaan varmistaminen avohoitoon on erityisen tärkeää. Potilaan kanssa tulee sairaalasta lähdettäessä käydä yhdessä sairauden erityispiirteet sekä jatkohoito läpi. Tässä hyödynnetään kirjallisia ohjeita, verkostoitumista ja yhteishenkilötoimintaa avopuolen terveydenhuollon organisaatioiden kanssa sekä potilasjärjestöjä. (Montin 2008: 15).

Sairaalasta lähtövaiheessa korostuu potilaan jatkohoidon tai kotihoidon ohjauksen tarpeet ja tavoitteet. Lähtövaiheessa tulee suunnitella jatkohoidon mukainen ohjaus. Tähän kuuluvat sairauden hoito, elintavat, sairauteen liittyvät riskitekijät, selviytyminen ja avuntarve sekä tiedon tarve, jotka määritellään yhdessä potilaan kanssa. Lähtövaiheessa annetaan potilaalle mukaan kirjallinen materiaali, mahdolliset kontrolliajat sekä yhteystiedot asianomaisiin paikkoihin. Potilaalle tulisi kertoa vertaistuen mahdollisuudesta ja antaa mukaan tarvittavat yhteystiedot. Potilaan kanssa tulisi yhdessä selvittää epäselvät asiat sekä arvioida ohjauksen toteutuminen sairaalassa olon aikana. (Montin 2008: 15).

7.3 Ohjausmenetelmät

Yksi potilasohjauksen osa-alueista on demonstraatio eli kädentaitojen opettaminen. Demonstraatio on ohjausta, joka tehdään havainnollistamalla. Demonstraation tarkoituksena on näyttää potilaille konkreettisesti miten toimenpide suoritetaan ja tukea potilaan sitoutumista hoitoon. Demonstraation avulla hoitaja näyttää potilaalle miten toimenpide tehdään, samalla kertoen miksi näin toimitaan. Tavoitteena on potilaan motivoituminen hoitoonsa sekä potilaan itsenäinen selviytyminen kotona. (Montin 2008: 57). Demonstroinnin tarkoituksena on antaa potilaalle selvä kuva siitä, kuinka toimenpide suoritetaan. Samalla potilaan kanssa tulisi yhdessä keskustella epäselvistä käsitteistä, sairauden ja sen hoidon aiheuttamista tunteista sekä antaa lisätietoa. Potilas voi itse harjoitella valvotusti suoriutumaan hoitotoimenpiteistä. Harjoittelun tulisi sisältyä ohjaukseen, siinä on tärkeää antaa palautetta potilaalle kertomalla mitä potilas tekee väärin sekä kannustaa niissä mitä hän tekee oikein. (Montin 2008 :59).

Kirjallisen tiedon käyttäminen ohjaustilanteessa on suositeltavaa, sillä potilas ei kykene muistamaan ulkoa kaikkia hänelle annettuja ohjeita ja neuvoja. Kirjallisen materiaalin avulla potilas saa tarvitsemaansa tietoa vielä hoitokontaktin päättymisen jälkeenkin. Potilas voi täten tutustua kotona annettuun tietoon, silloin kun kokee olevansa valmis sitä vastaanottamaan. Kirjallisten ohjeiden avulla pyritään tyydyttämään potilaan tiedon tarpeita, välttämään ja korjaamaan väärinkäsityksiä sekä auttaa potilasta sopeutumaan elämään sairauden kanssa. Lähettämällä kotiin kirjallista materiaalia ennen tutkimuksia ja toimenpiteitä voidaan valmistaa potilasta niihin. (Montin 2008: 66).

Puhelinohjaus ohjauksen menetelmänä vaatii hoitajalta erilaisia vuorovaikutustaitoja, kuin kasvotusten keskusteltaessa. Hoitajan tulee puhelinkeskustelussa tiedostaa oma äänensävyensä sekä se, mitä sanoja hän käyttää puhelinohjauksen aikana. Hoitaja ei saisi väheksyä soittajaa, tuomita häntä tai väitellä hänen kanssaan, sillä ne vähentävät hoidon vaikuttavuutta. Ohjaus on tehotonta, jos hoitaja kuulostaa kiireiseltä, tyyneeltä, epäystävälliseltä, kiinnostumattomalta tai turhautuneelta. (Montin 2008: 78).

Ohjauksen tilan suhteen potilaat kokevat myönteisenä turvallisen ja häiriöttömän tilan. Ilmapiiriin tulisi olla rauhallinen, jotta se mahdollistaa kahdenkeskisen keskustelun. Ohjaustilanteen tulisi vastata mahdollisimman hyvin arkea sekä potilaan omaa fyysistä ympäristöä, jolloin potilas on mahdollisimman rentoutunut. (Montin 2008:59). Ohjauksessa on tärkeää kannustaa potilasta sekä antaa hänelle positiivista palautetta. Näin lisätään potilaan itseluottamusta ja halua kokeilla asiaa uudelleen. (Montin 2008: 63).

7.4 Vuorovaikutus ohjaussuhteessa

Ohjaussuhteessa vuorovaikutuksen tavoitteena on potilaan hoitoon sitoutumisen edistäminen. Ohjauksessa hoitaja luo potilaan kanssa yhdessä hoidon tavoitteet, ja auttaa potilasta saavuttamaan ne. Vuorovaikutuksen tulisi olla vuoron perään tapahtuvaan toimintaan. Vuorovaikutuksellisessa ohjaussuhteessa kumpikin osapuoli on samankaltaisesti aktiivinen toimija. Vuorovaikutusta ei tapahdu, jos vain toisella on mahdollisuus puhua tai muuten vaikuttaa, ei. (Montin 2008: 24).

Onnistuneen vuorovaikutuksen edellytyksiä ovat hoitajan ja potilaan keskinäinen kunnioitus sekä vilpitön kiinnostus toista ihmistä ja hänen asiaansa kohtaan. Vuorovaikutuksessa tulisi korostua asiallisuus sekä taito ilmaista ajatuksensa selkeästi, kyky tehdä

kysymyksiä ja havaintoja sekä taito kuunnella. Myönteinen hoitokokemus sisältää potilaiden mukaan kunnioittavaa kohtelua, kuulluksi tulemistä, vakavasti ottamista, potilaaseen luottamista ja omaan hoitoon osallistumista. Hyvän ohjaussuhteen kulmakivinä ovat empatia, välittäminen sekä luottamus. Näiden syntymiseen vaikuttaa rehellisyys, johdonmukaisuus sekä hoitajan luotettavuus. Sellainen hoitaja, jota potilaat arvostavat omaa aikaan keskittyä potilaaseen sekä kykenee vapautuneeseen vuorovaikutukseen. Hyvän ja tasa-arvoisen ohjaussuhteen ominaisuuteen kuuluu potilaan tunne turvallisuudesta ilmaista tunteitaan, kuten huolestuneisuutta. (Montin 2008: 25).

Vuorovaikutussuhde vaatii onnistuakseen sujuvaa viestintää. Viestintätilanteeseen osallistujat tuovat mukanaan omia käsityksiä, mielikuvia, tunteita, kokemuksia ja odotuksia. Viestintäsuhteen onnistumiseen vaikuttavat aikaisemmat tapahtumat. Sanallisen viestinnän lisäksi viestintätapoihin kuuluu sanaton viestintä, johon kuuluvat eleet, ilmeet, teot ja kehon kieli. (Montin 2008: 25–26). Jos sanallinen ja sanaton viestintä ovat ristiriidassa keskenään vie se uskottavuutta sisällöstä tai se voi jopa estää vuorovaikutustilanteen onnistumisen.

Fyysinen ympäristö, kuten huone tai tila, jossa ohjauskeskustelu käydään, vaikuttaa ohjaustilanteen onnistumiseen. Ohjaustilanteen onnistuminen edellyttää rauhallista ja kiireetöntä ympäristöä: huoneen tulisi olla valoisa, rauhallinen, sekä äänieristetty. Hoitajan tulisi istua sopivalla etäisyydellä sekä samalla tasolla potilaan kanssa. (Montin 2008: 26).

Toimivan ohjaussuhteen edellytyksenä on molemminpuolinen kunnioitus toisen asiantuntijuutta kohtaan: potilas on oman elämänsä asiantuntija ja hoitaja oman ammattinsa. Hoitajan vastuulle kuuluu se, että potilas tunnistaa oman asiantuntijuutensa. (Kyngäs 2007: 39). Hoitajan ja potilaan on molempien oltava aktiivisia toimijoita ohjaussuhteessa, jotta ohjaus olisi onnistunut (Kyngäs 2007: 40.) Hoitajan tulee rohkaista potilasta ottamaan vastuuta hoidostaan, sillä jos potilas tuntee olevansa riippuvainen hoitajasta, ei hän usko omiin vaikutusmahdollisuuksiinsa (Kyngäs 2007: 41.) Ohjauksen tulee aina olla tavoitteellista, ja tavoitteiden olla realistisia (Kyngäs 2007: 42.) Ohjausta suunniteltaessa on olennaista tunnistaa mitä potilas jo tietää, mitä tietoja ja taitoja hän tarvitsee, mitä hän haluaa tietää ja millä tavalla hän oppii parhaiten (Kyngäs 2007: 43.)

8 Opinnäytetyön toteutus

8.1 Työn toteutus

Opinnäytetyömme on kehittämistyö, jossa tiedollisen tiedon sekä asiantuntijatiedon avulla loimme ohjeistuksen yhteistyöosastolle. Kehittämistyö on toiminnallinen työ, jossa opinnäytetyön tuotoksena voidaan esittää esimerkiksi uusi työväline tai vastaava toiminnallinen toteutus. Työssämme teimme tieteellisten artikkeleiden kautta saamamme tiedon pohjalta kysymyksiä, joihin yhteistyöosastolta saamamme asiantuntija vastasi. Näiden avulla teimme ohjeistuksen ihotautia sairastavan potilaan hoitoon sitoutumisen tukemiseksi. Ohjeistus auttaa osaston henkilökuntaa yhdenmukaiseen, hoitoon sitoutumista edistävään toimintaan. Ohjeen loimme käytännönläheisesti, jotta sitä on helppo noudattaa arjen työssä.

Tutkimuksista esiin nousevien haasteiden pohjalta teimme päätelmiä siitä, minkälaisiin asioihin ihotautia sairastavien potilaiden hoidossa tulisi kiinnittää huomiota. Teimme asiantuntijalle tutkimustiedon perusteella kysymyksiä, joihin hän antoi meille oman erityisosaamisensa pohjalta vastauksia. Yhdistämällä tieteellinen tieto sekä asiantuntijan antama tieto saimme kattavan perustan ohjeistuksellemme.

8.2 Tiedonhakuprosessi

Opinnäytetyömme tietoperustaa varten teimme tiedonhakua suomeksi sekä englanniksi Medic- ja Cinahl- tietokannoista. Työmme liitteenä (liitteet 1-4) on kuvattuna tiedonhakuprosessissa käyttämämme hakusanat sekä niiden avulla löytyneet tulokset. Rajasimme hakuamme tarpeen mukaan uusimpiin tutkimuksiin, ja valitsimme otsikoiden sekä tiivistelmien perusteella työhömmme sopivimmat artikkelit.

8.3 Asiantuntijahaastattelu tiedonhankinnan menetelmänä

Käytimme opinnäytetyössämme asiantuntijahaastattelua, soveltaen samalla teema- haastattelun piirteitä, osana aineistonkeruuta. Asiantuntijahaastattelussa haastateltava on tarkkaan valittu. He ovat usein vaikutusvaltaisia, koulutettuja ja oman alansa asian-

tuntijoita. He voivat myös edustaa jotakin organisaatiota tai laitosta. Asiantuntijahaastattelun tarkoituksena on koota heidän halussaan oleva erityistietämys. (Anttila 2000).

Haastattelijoiden tulee muistaa jättää, kyselytekniikasta huolimatta, vastaaminen kokonaan asiantuntijalle. Kysymyksiä ei saa esittää johdattelevaan tai ohjaavaan tapaan. Suositus on, että haastateltavilla on täydet vapaudet ilmaista henkilökohtaisia mielipiteitään ja antaa omia vastauksia, on haastattelijan tärkeää muistaa, että hän kuitenkin hallitsee tilanteen saadakseen tarpeellisen informaation. (Anttila 2000).

Haastattelua taas voi ajatella eräänä keskustelun muotona, ja yksinkertaisin tapaa määrittellä haastattelu on kutsua sitä keskusteluksi, jolla on ennalta määrätty tarkoitus. Keskusteluun ja niin myös haastatteluun sisältyy monia yhtäläisyyksiä, esimerkiksi verbaalinen ja non-verbaalinen kommunikaatio, joiden kautta voi välittyä haastattelijan ja haastateltavan asenteita, mielipiteitä, tietoja ja tunteita. Molemmissa näissä osallistujat vaikuttavat toinen toisiinsa. (Hirsijärvi 2008: 54).

Haastattelu kuitenkin eroaa keskustelusta hyvinkin oleellisella tavalla, sillä haastattelun tarkoituksena on informaation kerääminen, sekä se on suunniteltua ja tavoitehakuista, kun taas keskustelun perimmäinen tarkoitus voi olla vain yhdessä oleminen. Keskustelulle tavanomaista on myös pyöriä teemojen ympärillä, jotka kiinnostavat osallistujia, kun taas haastattelussa mennään haastattelijan ehdoilla tai johdolla. Ennen haastattelua tulee haastattelijan tietää, mitä kysyä, milloin kysyä ja miten kysyä tarvittavat kysymykset. (Hirsijärvi 2008: 55).

9 Asiantuntijahaastattelu

Itse haastattelu ja toteutus jaetaan kolmeen eri osaan. Ensimmäisessä vaiheessa tehdään taustatyö, johon kuuluu tulevan tutkimuksen suunnittelu. Toiseen vaiheeseen kuuluu itse haastattelu. Kolmanteen vaiheeseen, haastattelun jälkeen, kuuluu vielä analysointivaihe, johon kuuluu kerätyn materiaalin yhteenveto. (Hirsijärvi 2008: 58).

Ensimmäinen vaihe eli suunnitteluvaihe jaetaan myös vielä itsessään kolmeen eri vaiheeseen, johon kuuluu: 1. tutkimuksen yleisluontoinen suunnittelu, tavoitteiden hahmotelu sekä ratkaisuun tarvittavan tiedonhaun suunnittelu, 2. Varsinaisen haastattelun

toteutus, 3. Haastattelun jälkeisen työn suunnittelu. Suunnitteluvaiheen tärkeimpänä tehtävänä voidaan pitää haastatteluteeman suunnittelua. (Hirsjärvi 2008: 59).

Asiantuntijahaastattelussa käydään yleisesti läpi ennalta valikoituja teemoja. Puhumisjärjestys on vapaa ja jos haastateltavia on useampi, ei kaikkien haastateltavien kanssa tarvitse puhua kaikista asioista samassa mittakaavassa. Tutkija voi pitää haastattelussa mukanaan pieniä muistiinpanoja haastattelun teemoista, jotta myös haastattelija voi keskittyä keskusteluun papereiden tutkimisen sijaan. (Hirsjärvi 2008: 60).

Asiantuntijahaastattelulle tyypillistä on sen: 1. ennalta suunnittelu, 2. se on haastattelijan alulle panema sekä ohjaama, 3. siinä haastattelijan tehtävä on pitää keskustelua yllä ja motivoida haastateltavaa, 4. haastattelija tuntee roolinsa ja haastateltava oppii sen sekä 5. haastateltavan on luotettava siihen, että hänen kertomansa tieto on luotamuksellista. (Hirsjärvi 2008: 62).

Myös haastattelutilanteisiin voi liittyä tietynlaisia rooleja ja odotuksia. Molemmat osapuolet usein odottavat tietynlaista käyttäytymistä toiselta osapuolelta. Haastateltavan suurimpana tehtävänä on tietysti antaa haastattelijalle mahdollisimman kattavasti tämän tarvitsemaa tietoa. Haastattelija taas odottaa haastateltavan vastaavan kaikkiin kysymyksiin. Haastattelut voivat kestää jopa tunnista kahteen tuntiin, sekä myös monituntisia haastatteluja voi olla. Tähän vaikuttaa se, kuinka puheliaita tai lyhytsanaisia haastateltavat ovat. Luottamus on myös haastattelussa yksi tärkeimmistä tekijöistä ja haastattelun tulos voi olla riippuvainen siitä, saavutetaanko sitä. (Hirsjärvi 2008: 64-65).

Runsas asiantuntijahaastattelusta saatu aineisto voi tehdä analyysivaiheesta haastattelijan, mielenkiintoisen ja jopa työlään. Aineiston käsittely ja analyysivaihe tulisi aloittaa mahdollisimman pian aineiston keruuvaiheen jälkeen, koska tällöin aineisto on vielä haastattelijan muistissa. Tärkeää analyysivaiheessa on muistaa tarkastella aineistoa laajasta perspektiivistä ja kokonaisuudesta. (Hirsjärvi 2008: 66).

9.1 Asiantuntijahaastattelun yhteenveto

Haastattelun kävimme tekemässä Helsingissä, Iho- ja allergiasairaalassa, osastolla 4, jossa meillä oli sovittu tapaaminen projektin tilaajien ennalta määrätyn asiantuntijan kanssa. Helsingin ja uudenmaan sairaanhoitopiiriin alaisuuteen kuuluvan iho- ja aller-

giasairaalan vuodeosasto 4:llä hoidetaan vaikeaa ihotautia sairastavia potilaita. Osastolla on yhteensä 20 aikuispotilaille tarkoitettua ympärivuorokautista vuodepaikkaa, ja sinne on keskitetty vaativaa erikoissairaanhoidoa tarvitsevat haavanhoitopotilaat.

Tarkoituksenamme oli kerätä mahdollisimman hyvin tietoa siitä kuinka osastolla toimitaan ihotautia sairastavan potilaan hoitoon sitouttamiseksi. Olimme etukäteen koonneet haastattelua varten eri teemoja, joiden pohjalta muodostimme kysymyksiä (Liite 5.)

Osastolla toteutettavat hoitokaudet ovat pituudeltaan kuudesta kahdeksaan vuorokautta. Asiantuntija selventää, että kaudet ovat olleet aiemmin viikosta kahteen kuukauteen, mutta he ovat saaneet hoitoja tehokkaammaksi, jolloin hoitokaudet ovat lyhentyneet. Osastokaudojen tarve on hyvin henkilökohtaista, ja se on riippuvainen siitä, miten potilaat hoitavat itseään kotona. Poliklinikakäynneillä arvioidaan potilaan ihon kunto, ja jos ihon hoitaminen kotona on jäänyt vähemmälle ja iho on huonossa kunnossa, otetaan potilas osastolle hoitoon. Asiantuntija kertoo osastohoidon olevan kallista, joten sitä pidetään potilaiden kohdalla viimeisenä vaihtoehtona.

Hoidosta osastokaudojen välillä asiantuntija kertoo vastuun olevan potilaalla itsellään. Kontrollikäynnejä on poliklinikalla sekä perusterveydenhuollossa, mutta millään tavalla ei voida kontrolloida sitä, tekeekö potilas kotona niin kuin on osastolla neuvottu, asiantuntija selventää. Asiantuntija kertoo, että ainut miten voidaan kotona tapahtuvaa hoitoa kontrolloida, on kontrollikäynneillä tapahtuva ihon kunnan seuranta.

Osastolla ollessaan potilaan toteutunut hoito kirjataan Miranda-järjestelmään. Järjestelmään kirjataan aina sen päivän hoitotapahtumat eli mitä hoidossa on tapahtunut. Asiantuntija selventää, että kirjaamisessa painottuu suunnitelman toteutumisen seuranta sekä potilaan voinnin arviointi sekä mahdollisten ongelmien seulonta. Hoidon toimituutta arvioidaan myös kirjaamisen yhteydessä, asiantuntija kertoo. Osastolla on kaksikymmentä vuodepaikkaa, ja asiantuntija kertoo että heillä puhutaan alku ja loppupäästä, joiden hoidon hoitajat jakavat aamulla keskenään. Molemmissa päissä työskentelee aamuvuorossa kolme hoitajaa.

Kysyttäessä hoitoon sitoutumisen haasteista, asiantuntija nostaa esiin potilaaseen saatavan kontaktin, niin että potilas saataisiin ymmärtämään ihon hoitamisen merkitys sen kunnan säilyttämiseksi. Asiantuntijan mukaan haasteellisinta ihon hoidossa on se, että iho on tyypiltään niin monimutkainen elin, ettei se helposti parane.

Hän selventää että ihon anatomia on sellainen, että kestää oman aikansa, ennen kuin se alkaa paranemaan, joka aiheuttaa hankaluuksia ihosairauksien hoidossa ja niihin sitoutumisessa. Asiantuntija vertaa ihosairauksia sellaisiin sairauksiin, missä voidaan yhdellä tabletilla saada potilaan olo paremmaksi. Ihosairauksien hoidossa kun tähän ei pystytä, vaikuttaa se negatiivisesti potilaiden hoitoon sitoutumiseen. Asiantuntija kertoo potilaiden tulevan usein vastaanotolle ajatellen, että siellä hänet hoidetaan kuntoon saman tien. Kun näin ei tapahdu, ajattelevat potilaat usein ettei hoitohenkilökunta osaa tai välitä.

Asiantuntija pohtii, että hoitoon sitoutuminen edellyttää potilailta ymmärrystä siitä, että ihoa tulee itse hoitaa, jotta se paranee. Vastakohtaisesti hoitamatta jätetyn ihon kunto pahenee. Osastolla toteutettavissa hoitotilanteissa korostuu hoitajan rooli asiantuntijana, ja potilas on näissä tilanteissa passiivinen tiedon vastaanottaja. Hoitotilanteet ovat osastolla useimmiten rasvaushoitoja tai haavahoitoja, joissa hoitaja neuvoo potilasta miten ihoa rasvataan, millä ja mitä rasva tekee iholle. Asiantuntija kertoo että näissä tilanteissa on erittäin tärkeää, että hoitaja hallitsee tilanteen, tietää mitä tekee ja osaa antaa potilaalle oikeaa tietoa hoitotoimenpiteen yhteydessä.

Hoitoon sitoutumista estävistä tekijöistä asiantuntija tuo esille oman terveyden tiedostamisen. Asiantuntija mainitsee estävistä tekijöistä huonot elämäntavat, alkoholin sekä huumeiden käytön, huonon ravinnon saannin sekä taloudelliset tekijät. Hän mainitsee myös psyykkiset tekijät, kuten uskomukset terveydenhoidosta, joista ei pääse helpolla eroon ja jotka vaikuttavat negatiivisesti hoitoon. Eri hoitoihin sitoutumisesta asiantuntija ei osaa mainita merkittäviä eroja, hän pohtii että potilas sitoutuu sellaisiin hoitoihin, josta kokee olevan merkittävää hyötyä ihon kunnon kannalta. Asiantuntija näkee sisäisten tekijöiden vaikutukset ulkoisia tekijöitä vahvempina. Hän kertoo että potilaiden elämäntilanne vaikuttaa suurelta osin siihen, miten ihoa kotona hoidetaan. Jos kaikki ei ole kotona kunnossa, hoitavat potilaat itseään huonommin, kuin ne kenellä on vahva tukiverkosto, asiantuntija selventää.

Asiantuntija kertoo hoitoväsymyksen näkyvän suoraan siinä, etteivät potilaat jaksaa rasvata ihoaan kotona. Mitä useammin potilaan tulisi rasvata ihoaan päivässä, sitä helpommin hän väsy hoitoonsa, asiantuntija pohtii. Osastolla hoidetaan hoitoväsymystä niin, että potilaiden annetaan levätä osastohoidon aikana, ja hoitajat tekevät hoitotoimenpiteet heidän puolestaan. Hoitoväsymyksen ennaltaehkäisevistä keinoista asian-

tuntija mainitsee sen, että potilaita muistutetaan rasvaamaan edes vähän, jotta ei pääsisi huonoon kuntoon.

Kysyttäessä hoitajien väsymisestä, asiantuntija kertoo sitä näkyvän, erityisesti silloin kun hoitajat saavat potilaan ihon hyvään kuntoon, ja sen kunto pahenee taas kotona. Asiantuntija mainitsee hoitohenkilökuntaa erityisesti kuormittavan potilaat joilla näkyy psyykkistä pahoinvointia, joilla on perhe-elämän ongelmia sekä päihteiden väärinkäyttäjät. Psyykkiset voimavarat huomioidaan hoidossa kyselemällä sosiaalisesta turvaverkostosta, sekä pohtimalla heidän osuuttaan hoidossa, asiantuntija kertoo.

Potilaan ohjaustarpeet kartoitetaan osastolla hoitotilanteiden yhteydessä keskustelemalla siitä, miten potilas on tottunut hoitamaan ihoaan. Varsinaista ohjaussuunnitelmaa potilaille ei luoda, yksittäisiä asioita saatetaan kirjata seuraavan päivän hoitosuunnitelmaan, asiantuntija kertoo. Ohjaustilanteista kysyttäessä asiantuntija kertoo, ettei varsinaisia ohjaustilanteita varata erikseen, vaan ohjaus toteutetaan hoitotilanteiden yhteydessä. Ohjauksen keinoista asiantuntija mainitsee suullisen informaation antamisen sekä käden taitojen käytön, kuten rasvaustekniikan näyttämisen, kirjallista materiaalia potilaille annetaan kotiin lähdettäessä.

Tukipalveluista ja niihin ohjaamisesta kysyttäessä asiantuntija kertoo osastolla olevan käytössä sosiaalihoitaja, jolle voi esittää kysymyksiä tarvittaessa, sekä potilaille jaettavan Ihotautiliiton lehtisiä. Internet-sivuille tai muihin tukipalveluihin potilaita ei varsinaisesti ohjata. Hoitajat kehittävät osaamistaan käymällä talon sisäisiä ja ulkoisia koulutuksia, tutkitun tiedon käyttö käytännön työssä on harvinaista, asiantuntija kertoo.

Asiantuntija kertoo että kotona tapahtuvaa hoitoa ei varsinaisesti seurata, toteutuneen hoidon näkee siitä, missä kunnossa iho on kun potilas tulee seuraavalle kontrollikäynnille. Itsehoitoon ohjataan asiantuntijan mukaan itse hoitotilanteissa, näyttämällä miten ihoa tulisi hoitaa.

Kysyttäessä miten itsehoitoon kannustetaan, asiantuntija mainitsee potilaan hyvin toteutuneen hoidon esille nostamisen. Vastuu hoidosta jaetaan asiantuntijan mukaan niin, että aluksi hoitaja tekee kaiken, ja potilas otetaan vähitellen mukaan hoitoon osalliseksi. Kotona tapahtuvan hoidon lisäksi potilaan käyttävät perusterveydenhuollon sekä erikoissairaanhoidon palveluita, joiden kanssa osasto pyrkii asiantuntijan mukaan toimimaan tiiviisti.

10 Tulokset

Tässä työn osassa esittelemme jo edellä mainittuihin kehittämiskysymyksiin löytämämme vastaukset, jotka saavutettiin analysoimalla eri tieteellisiä tutkimuksia ja kirjallisia lähteitä sekä toteuttamalla asiantuntijahaastattelu. Tutkimamme aineisto on osoittanut, että varsinkin ihotautipotilaita hoidettaessa tärkeimmät hoitoon sitouttavat tekijät ovat motivaatio, luottamuksellinen ja potilaslähtöinen hoitosuhde, yksinkertainen hoitomuoto sekä hyvä potilasohjaus (Kynge 2009: 29 – Pitkälä 2007 – Routasalo 2009). Hoitoon sitoutumiseen estävistä tekijöistä taas nousi esille monet yhtäaikaiset hoidot, huono hoitosuhde, mahdolliset elämäntapamuutokset ja hoitoväsymys (Joseph 2010 – Pitkälä 2007).

Hoitoon sitoutumista edistäviä potilaasta itsestään lähtöisin olevia tekijöitä ovat motivaatio, psyykkiset voimavarat, sosiaalinen tukiverkosto, elämäntavat ja rutiinit. Hoitoon sitoutumiseen vaikuttaa merkittävästi potilaasta itsestään lähtevä motivaatio. (Kynge 2009: 27–29). Erityisesti motivaatio korostuu sairauden kotihoidossa, jossa hoitaja ei ole potilasta ohjaamassa ja neuvomassa. Psyykkiset voimavarat käsittävät potilaan asenteet hoitoja kohtaan sekä epäonnistumisten kokemusten sietäminen. (Lawson 2005). Hyvä sosiaalinen tukiverkosto auttaa potilasta käsittelemään sairaudesta ja sen hoidosta aiheutuvia tuntemuksia (Routasalo 2009.)

Hoitajasta lähtöisin olevat hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat tekijät ovat potilaalle annettu tieto sairaudesta ja sen hoidosta, hoitosuhteen laatu sekä ohjaus. Hoitajan tulisi antaa potilaalle tieto sairaudesta ja sen hoidosta helposti ymmärrettävästi sekä omaksettavasti (Kynge 2009: 29.) Hoitajan tulisi välttää ammattitermien käyttöä sekä asiantuntijan roolia hoitosuhteessa. Tiedonannon tulisi muodostua potilaan tiedontarpeen ympärille (Heikkinen ym. 2005). Hoitajan tulisi selvittää potilaan olemassa oleva tieto ja sen totuudenmukaisuus, sekä tiedonpuutteet. Mahdollisuuksien mukaan hoito-ohjeet tulisi antaa potilaalle kirjallisena ja käydä ne suullisesti läpi. (Lawson 2005).

Hoitosuhde tulisi rakentaa potilaslähtöisesti, niin että potilas kokisi saavansa yksilöllistä hoitoa ja tukea. Hoitosuhteen tulisi tähdätä potilaan voimaantumiseen, jolloin potilas saa pystyvyyden tunteen päätöksentekoon sekä terveysongelmien ratkomiseen. (Routasalo 2009). Jokaiselle potilaalle tulisi rakentaa yksilöllinen hoitosuunnitelma, johon määritellään hoidon tavoitteet. Tavoitteita tulisi arvioida säännöllisesti. Hoidon tavoitteet

tulisi luoda potilaslähtöisesti, niin että ne ovat realistisia ja potilaan arkielämään sopivia. (Kyngäs 2007: 42).

Hoitoon sitoutumista edistävän hoitosuhteen tulisi olla luottamuksellinen, hoidon jatkuvaa sekä hoitoon pääsemisen kynnyksen matala. Hoitohenkilökunnan tulisi pystyä antamaan puolueetonta tietoa, olla optimistisia sekä kyetä luomaan hoitosuhteeseen hyväksyvä ilmapiiri. Hoitajan tulee varoa potilaan tuomitsemista sekä negatiivisten asenteiden esille tuomista. (Pitkälä 2007). Tämä käsittää niin sanallisen kuin sanattoman viestinnän (Montin 2008: 25-26.)

Jotta potilaan ohjaus olisi hoitoon sitoutumista edistävää, tulisi hoitajan ja potilaan toimia tasavertaisina ja ohjauksen tulisi olla vuorovaikutteellista. (Montin 2008: 25.) Ohjaukselle tulisi asettaa konkreettiset tavoitteet, ja ne tulisi luoda yhdessä potilaan kanssa. Potilaat sitoutuvat tavoitteisiin paremmin silloin, kun ne on luotu yhdessä ja ne ovat lähtöisin potilaan tarpeista. (Kyngäs 2007: 42.) Ohjaustilanteessa hoitajan tulisi välttää valmiiden ratkaisumallien tarjoamista (Kyngäs 2007: 25.) Hoitaja voi keskustellen ohjata keskustelua oikeaan suuntaan, ja ehdottaa potilaalle vaihtoehtoja. Tärkeää on, että potilas itse pohtii miten voisi terveyskäyttäytymistään muuttaa (Pitkälä 2007.) Ohjaustilanteen tulisi olla rauhallinen, ja ympäristön siihen sopiva. (Montin 2008: 26.) Potilaan tulisi tuntea ohjaustilanne luontevana ja luottamuksellisena, jotta hän kykenisi tuomaan esille hoitoon liittyviä asioita ja tunteuksia. (Kyngäs 2007: 25).

Onnistunut potilasohjaus edellyttää hoitohenkilökunnalta tavoitteellista toimintaa. Kun ohjaukselle asetetaan tavoitteet, voidaan niiden avulla arvioida potilaan oppimista sekä tiedollisten ja taidollisten taitojen kehittymistä. Ohjausmenetelmien suhteen on tärkeää, että ne olisivat mahdollisimman monipuoliset, ja että henkilökunnalla olisi riittävät taidot niiden hallintaan. (Eloranta – Katajisto – Leino-Kilpi 2010).

Pitkäkestoiisiin ja vaativiin hoitoihin sitoudutaan heikosti. Hoitoihin, jotka vaativat potilaan omien rutiinien ja elämäntapojen muutoksia, sitoudutaan myös heikosti. Hoitosuhteen negatiivisuus, kuten potilaan moittiminen, vaikuttaa huonoon hoitoon sitoutumiseen. (Pitkälä 2007). Potilaan huomiotta jättäminen hoitopäätöksissä, sekä hoitajan toimiminen auktoriteettina alentavat potilaan hoitoon sitoutumista. Alentunut mieliala, huono itsetunto sekä hoitoväsymys ovat hoitoon sitoutumista estäviä tekijöitä. (Joseph 2010). Ihotaudit aiheuttavat potilaissa hoitoväsymystä, jonka vuoksi he eivät jaksu to-

teuttaa omahoitoa kotona. Hoitoväsymyksen hoidossa painottuu potilaan voimavarojen puitteissa toimiminen sekä fyysisen ja psyykkisen hyvinvoinnin tasapaino.

11 Pohdinta

Opinnäytetyö tehtiin kahden hengen ryhmässä, joka toi oman haasteensa opinnäytetyön tekemiseen, lähinnä ajankäytön suhteen. Ajoittain teimme opinnäytetyötä yksin, aikataulusyistä. Opinnäytetyön tekeminen kahdestaan opetti molemmille paljon, esimerkiksi kompromissien tekemisestä ja kasvatti molempien pitkäjänteisyyttä. Huomasimme, että oli helpompaa tehdä työtä, kun aikataulu oli jaoteltu lyhyempiin työskentelypätkiin useammin, kuin harvemmin, mutta pidemmät työskentelyajat. Uskomme, että tämän takia myös meidän yhteistyömme sujui saumattomasti aina opinnäytetyön loppuun asti. Opinnäytetyön tekeminen oli mielenkiintoista ja olimme molemmat ehdottoman tyytyväisiä toistemme työpanoksiin.

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli selvittää, kuinka ihotautipotilaita pystyttäisiin tulevaisuudessa sitouttamaan paremmin hoitoon. Tavoitteena oli tunnistaa hoitoon sitoutumisen edistäviä ja estäviä tekijöitä ja tuoda niitä paremmin julki hoitohenkilökunnalle, sekä varhaisen hoitoväsymyksen huomaaminen ja huomioiminen hoidossa. Pohdinnassamme olemme tarkastelleet tuloksia sekä sitä, miten niitä voidaan yhteistyöosastolla hyödyntää. Tarkastelemme myös opinnäytetyömme eettisyyttä ja luotettavuutta. Lopussa pohdimme myös miten opinnäytetyön tekeminen on vaikuttanut omaan ammatilliseen kasvuun ja osaamiseen.

11.1 Tulosten tarkastelu

Keräämässämme aineistossa sekä tekemässämme asiantuntijahaastattelussa korostuivat samat teemat hoitoon sitoutumiseen liittyen. Tuloksista nousi esiin hoitoon sitoutumista edistäviä keinoja, joista koemme yhteistyöosastomme hyötyvän. Tulosten perusteella potilaat kaipaavat tietoa sairaudesta ja sen hoidosta, erityisesti kirjallisessa

muodossa (Kyngäs 2009:29 – Lawson 2005 – Heikkinen ym. 2005). Tiedon omaksumista edesauttaa sen läpikäyminen suullisesti yhdessä potilaan kanssa (Lawson 2005.)

Yhteistyöosastolla ohjaus toteutetaan keskustelemalla hoitotoimenpiteiden yhteydessä. Toimenpidehuoneessa hoidetaan useita potilaita samanaikaisesti. Hoitoon sitoutumisen kannalta olisi tärkeää, että potilaille järjestettäisiin erillisiä ohjauskeskusteluja osastojaksojen aikana. Ohjauksen tulisi tapahtua suunnitellusti, niin että siihen on varattu hoitajalta tarpeeksi aikaa. Ohjausympäristön tulisi olla rauhallinen tila, jossa keskustelua ei häirittäisi tai keskeytetäisi. Tällainen tilanne on optimaalinen potilaalle, jolloin hän uskaltaa tuoda mielipiteensä ja ajatuksensa esille, ja esittää hoitajalle kysymyksiä.

Osastohoitojen välissä potilaiden hoito on heidän omalla vastuullaan. Yhteistyöosastolta annetaan ohjeita hoidon toteuttamiseen, mutta sen toteutumisen seuranta ei käytännössä tehdä. Hoitoon sitoutumisen kannalta olisi tärkeää, että hoito olisi jatkuvaa ja tavoitteellista, ja sitä arvioitaisiin jatkuvasti. Potilaan kanssa tulisi luoda yhdessä tavoitteet hoitajaksojen ulkopuolelle, ja ne tulisi kirjata ylös. Potilaan kanssa tulisi pohtia yhdessä keinoja tavoitteisiin pääsemiseksi. Tavoitteiden tulisi olla realistisia, arkielämässä toteutettavia, ja täten ne eivät saisi olla liian vaativia. Tavoitteisiin pääsemistä tulisi arvioida konkreettisesti, esimerkiksi numeerisella asteikolla.

Pitkäaikaissairaat kokevat muilta samassa tilanteessa olevilta saadun tuen hyödylliseksi. Kokemusten jakaminen sairauden hoidosta, sekä sen huomaaminen ettei ole yksin sairauden kanssa, auttaa potilaita motivoitumisessa sekä sairauden hyväksymisessä. Näkisimme että yhteistyöosastolle olisi edullista ohjata potilaita aktiivisemmin erilaisten tukipalveluiden pariin.

11.2 Eettisyys

Aineistonkeruun menetelmiä ohjaa valittu tutkimusongelma. Kun tutkitaan ihmisiä, on tutkimusaineiston luotettavuuden perustana tutkittavien yhteistyöhalu. Tutkimussuhde voi olla välitön tai välillinen, välittömällä tarkoitetaan esimerkiksi haastattelua ja välillisellä taas esimerkiksi kyselytutkimusta tai dokumenttien käyttöä. Tutkimusaineistoa kerätessä on tärkeää kiinnittää huomiota tutkittavien ihmisten oikeuksiin ja kohteluun,

jonka tulisi olla rehellistä ja kunnioittavaa. Yhtenä osana tätä on, että tutkittavalta pyydetään suostumus osallistumisestaan (Liite 6). (Leino-Kilpi 2009: 290).

Tutkimukseen suostuminen vaatii esimerkiksi, että tutkittava saa kaiken mahdollisen informaation etukäteen ja heidän oikeuksiaan ja velvollisuuksiaan noudatetaan mahdollisimman hyvin. Tutkittava saa kieltäytyä ja keskeyttää tutkimuksen halutessaan. Tutkittavalle voidaan hänen niin halutessaan myös taata anonymiteetti, jolloin tutkittavan henkilötietoja ei paljasteta missään tutkimuksen vaiheessa. (Leino-Kilpi 2009: 290).

Suomessa on vielä erikseen määritelty laissa tutkittavien oikeudet, laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 9.4.1999/488. Tutkittavien oikeuksiin kuuluu oikeus tutkimusta koskevaan tietoon ennen aineistonkeruun käynnistymistä ja koko sen ajan, oikeus esittää selventäviä kysymyksiä koko aineistonkeruun ajan, oikeus tietoiseen, mieluiten jopa kirjalliseen suostumukseen (Liite 6), oikeus tulla kohdelluksi kunnioittavasti ja rehellisesti koko aineistonkeruun ajan, oikeus anonymiteettiin koko tutkimusprojektin ajan, oikeus keskeyttää tutkimus sekä oikeus saada tutkimustuloksista tietoa. (Finlex 1999).

Hoitotyöntekijöihin kohdistuu usein paljon hoitotieteellisiä tutkimuksia ja myös tällöin hoitotyöntekijää koskee samat tutkittavan oikeudet kuin potilaille. Myös hoitotyöntekijältä tulee saada suostumus tutkimukseen osallistumisesta. Suomen Sairaanhoidajaliitto on liittokokouksessaan vuonna 1996 määrittänyt sairaanhoitajan eettiset ohjeet, jossa hoitotyöntekijän velvollisuuksiin kuuluu ammattitaidon kehittäminen. Mikäli hoitotyöntekijä kieltäytyy tutkimuksesta, vaikuttaa tähän usein se, kuinka hoitotyöntekijä kokee oman ammatillisen velvollisuuden. Hoitotieteellinen tutkimus kuitenkin tuottaa tietoa, jota voidaan soveltaa käytännön hoitotyössä ja ilman tutkimustietoa kehittäminen on erittäin haastavaa. Tätä tietoa taas saadaan alan ammattilaisilta. (Leino-Kilpi 2009: 292).

Opinnäytetyössämme käyttämämme aineisto koostui tieteellisistä artikkeleista sekä luotettavasta kirjallisuudesta. Asiantuntijahaastatteluumme valittu henkilö osallistui vapaaehtoisesti haastateltavaksi. Haastattelussa käytetyt kysymykset lähetimme haastateltavalle hyvissä ajoin ennen haastattelun toteutumista. Kysymykset hyväksyi opinnäytetyömme ohjaaja ennen niiden lähettämistä. Haastateltavan henkilötietoja ei missään paljasteta työssämme. Haastattelu tapahtui yhteisymmärryksessä, eikä haastatel-

tavan oikeuksia missään vaiheessa rikottu. Haastattelua varten meillä oli tutkimuslupa HUS:ilta (liite 6).

11.3 Luotettavuus

Opinnäytetyön luotettavuutta lisää se, että tekijöitä on ollut kaksi. Työtä olemme arvioineet sekä tarkastelleet jatkuvasti. Kahden henkilön tehdessä työtä, on sitä katsottu kahdesta eri näkökulmasta. Yksin työskentelyssä on vaarana se, ettei huomaa tekemiään virheitä tai ettei tuotostaan osaa arvioida kriittisesti.

Tutkimusprosessin vaiheisiin liittyy paljon eri virhemahdollisuuksia, joiden tiedostaminen heti alussa vaikuttaa työn laatuun sitä parantavasti. Esimerkkinä tästä on haastattelun nauhoittaminen, joka helpottaa huomattavasti analyysivaiheessa ja teknillistä tuloktavuutta. Kun arvioidaan tutkimuksen luotettavuutta, puhutaan usein validiteetista ja reliabiliteetista. Validiteetti jaetaan sisäiseen ja ulkoiseen osaan, jossa sisäinen osa kattaa tulkinnan ja käsitteiden virheettömyyden ja ulkoinen taas tulosten siirrettävyyden muihin vastaaviin tilanteisiin eli yleistettävyyden. Reliabiliteetti taas tarkoittaa tulosten pysyvyyttä eli toistettavuutta määrällisessä tutkimuksessa, kun taas laadullisessa tutkimuksessa se voidaan ymmärtää tulkinnan samanlaisuutena tulkitsijasta toiseen. Ratkaisujen ja päätelmien myöhemmän tarkastelun takaa huolellinen tutkimusmateriaalin, eri vaiheiden ja tulkintojen dokumentointi. Tällä tuodaan myös laadukkuutta työhön. Vaikka laadullisen tutkimuksen luotettavuuskriteereistä ei ollakaan kovin yksimielisiä, tulee työn tekijän kuitenkin ottaa kantaa laatukriteereihin. (Kananen 2008: 121–128).

11.4 Ammatillinen kehittyminen prosessissa

Opinnäytetyö projektimme lähti käyntiin mielestämme hieman hitaasti, sillä tietyn potilasryhmän määrittämisessä kesti kauemmin, kuin olimme aluksi osanneet odottaa. Tämän vuoksi koko opinnäytetyömme valmistuminen viivästyi alkuperäisistä aikataulusuunnitelmistamme, mutta päätimme, että haluamme tehdä työstämme näköisemme, emmekä siis huolehtineet liikaa aikataulumuutoksista. Aineiston keruu sekä yhteistyö HUS:n Iho- ja Allergiasairaalan osaston neljä kanssa sujui mutkattomasti ja olimme tyytyväisiä kaikkeen saamaamme tietoon sekä tarjottuun apuun.

Työmme tavoitteiden ja tarkoituksen löytäminen oli alkuun hankalaa, sillä totesimme aiheen olevan todella laaja vaikka olimme supistaneet potilasryhmän vain tiettyyn ihotautimuotoon. Saimme kuitenkin lopulta selvitettyä työmme tavoitteet ja tarkoituksen, rajaamalla omaa toimintaamme ja tekotapaamme suppeammaksi. Huomasimme kuitenkin jo heti alkuun, että tämä on aihe, jota on tulevaisuudessa helppo jatkaa ja jossa on vielä paljon tutkittavaa.

Meidän molempien ammatillinen kehittyminen ja osaaminen menivätkin projektia tehdessä huomattavasti eteenpäin. Lisäksi huomasimme, että mitä pidemmälle opinnäytetyötämme saimme tehtyä, sitä enemmän kasvoi myös oma osaamisemme työn tekemiseen ja varmuutemme siitä, että teemme oikein.

11.5 Opinnäytetyön tulosten hyödynnettävyys ja merkitys hoitotyölle sekä kehittämisehdotukset

Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää laajemmin pitkäaikaissairaiden hoitotyössä. Pitkäaikaissairaiden potilaiden hoidossa korostuvat samankaltaiset erityispiirteet kuin ihotautia sairastavien potilaiden hoidossa. Tuloksia voidaan hyödyntää vuodeosastoilla, jossa hoidetaan pitkäaikaissairaita potilaita sekä pitkäaikaisissa hoitosuhteissa muilla osastoilla. Opinnäytetyö on merkityksellinen hoitotyön kannalta, sillä sen avulla voidaan saada potilaita sitoutumaan paremmin hoitoonsa, jota kautta vältetään hoitoväsymystä sekä potilaiden useita peräkkäisiä hoitajaksoja sairaalassa. Hyvin hoitoonsa sitoutuneet potilaat kuormittavat myös vähemmän hoitohenkilökuntaa.

Mielestämme potilaiden hoitoon sitoutumisen tukemista olisi hyvä kehittää edelleen eteenpäin. Osastoilla tulisi kehittää ohjausta, ja ottaa sitä aktiivisemmin mukaan hoitotyöhön. Potilaiden kotihoitoon, sekä siihen ohjaamiseen olisi syytä kiinnittää huomiota entistä enemmän. Ohjauksen toteutumisesta sekä toteutuneen ohjauksen arviointia tulisi toteuttaa osastoilla enemmän. Lisäksi näkisimme että, sekä potilaat että henkilökunta, hyötyisivät aktiivisesta yhteistyöstä osaston ja mahdollisen jatkohoitopaikan välillä. Potilaat, jotka hoitavat itseään kotona osastojaksojen välillä, hyötyisivät hoidon jatkuvasta arvioinnista. Arvioinnin työvälineenä voisi käyttää erillistä arviointilomaketta, johon kirjattaisiin tavoitteet kotona tapahtuvalle hoidolle ja niihin pääseminen. Tavoitteet luotaisiin potilaslähtöisesti, niin että potilaat kykenisivät niitä kotona arjessa noudattamaan, ja sitoutuisivat niihin paremmin.

Lähteet

Annors Lerdal – Astrid K. Wahl – Tone RustØen – Berit R. Hanestad – Torbjørn Møum
2005. Fatigue in the general population: A translation and test of the psychometric
properties of the Norwegian version of the fatigue severity scale. *Scandinavian Journal
of Public Health* 33. 123–130.

Anttila Pirkko 2007. Realistinen evaluaatio ja tuloksellinen kehittämistyö. Tampere: Juvanes print.

Anttila, Pirkko 2000. Tutkimisen taito ja tiedonhankinta. Taito-, taide- ja muotoilualojen tutkimuksen työvälineet. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Eloranta, Sini – Katajisto, Jouko – Leino-Kilpi, Helena 2010. Hoitohenkilökunnan arviot potilasohjauksen toteutumisesta. Turku: Turun yliopisto.

Hannuksela, Matti – Peltonen, Sirkku – Reunala, Timo – Suhonen, Raimo 2011. Ihotaudit. Porvoo : Kustannus oy Duodecim.

Heikkinen, Katja – Johansson, Kirsi – Leino-Kilpi, Helena – Rankinen, Sirkku – Virtanen, Heli – Salanterä, Sanna 2005. Potilasohjaus tutkimuskohteena suomalaisissa hoitotieteellisissä opinnäytetöissä vuosina 1990-2003. Hoitotiede 18(3). 120.

Hirsjärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2012. Tutki ja kirjoita. Hämeenlinna: Tammi.

Hirsijärvi, Sirkka – Hurme, Helena 2008. Teemahaastattelun teoria ja käytäntö. Helsinki: Yliopistopaino Oy.

Jorgensen, Roberta 2008. Chronic fatigue: an evolutionary concept analysis. Journal of Advanced Nursing 63(2). 199–207.

Joseph, Diana 2010. The psychological impact of skin diseases. Practice nurse 39. 29.

Kaakiainen, Pirjo – Kääriäinen, Marja – Kyngäs, Helvi 2013. Pitkäaikaissairaalan aikuisen potilasohjauksen laatu sairaalassa. Oulu: Oulun yliopisto.

Kokkonen, Tuula – Nylén, Marja – Reinikainen, Tuija 2001. Ihopotilaan hoito ja tukeminen. Porvoo: Tammi.

Kyngäs, Helvi – Hentinen, Maija 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY

Kyngäs, Helvi 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. WSOY:Porvoo.

Kyngäs, Helvi 2005. Pitkäaikaisesti sairaiden nuorten hoitoon sitoutuminen ja sen tukeminen. Hoitotyön vuosikirja. 2005. Sipoo: Silverprint Oy.

Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 1999. Finlex. Verkkodokumentti.
<<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990488>> Luettu 20.1.2014.

Lawson, Sandra 2005. Assessing the patient with a skin condition. Practice Nurse 30. 23.

Liukko, Satu 2012. Opinnäytetyön raportointiohje. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Verkkodokumentti. <http://oppimateriaalit.jamk.fi/raportointiohje/tag/kehittamistyo/>. Luettu 23.4.2014.

Miettunen, Seija – Kääriäinen, Maria – Kyngäs, Helvi. 2012. Potilasohjaus hoitotyössä – sairaanhoitajien käsityksiä potilasohjauksesta ja kokemuksia potilaan ohjaamisesta. Oulu: Oulun yliopisto.

Montin, Liisa 2008. Potilasohjauksen lähtökohdat. Turku: Turun yliopisto.

Nilsson, Theodor – Klang, Birgitta – Berg, Mats 1999. Patient education for adults with chronic eczema. *Dermatology Nursing* 11(2). 117.

Pitkälä, Kaisu – Savikko, Niina 2007. Potilaan sitoutuminen hoitoon. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 123. 501-502. Saatavilla myös sähköisesti osoitteessa: <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.metropolia.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo96322&p_haku=potilaan%20hoitoon%20sitoutuminen >

Remitz, Anita – Reitamo, Sakari 2004. *Ekseemat*. Porvoo: WSOY.

Routasalo, Pirkko – Airaksinen, Marja – Mäntyranta, Taina – Pitkälä, Kaisu 2009. Potilaan omahoidon tukeminen. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 125. 2351-2359. Saatavilla myös sähköisesti osoitteessa: <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.metropolia.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo98401&p_haku=potilaan%20hoitoon%20sitoutuminen >

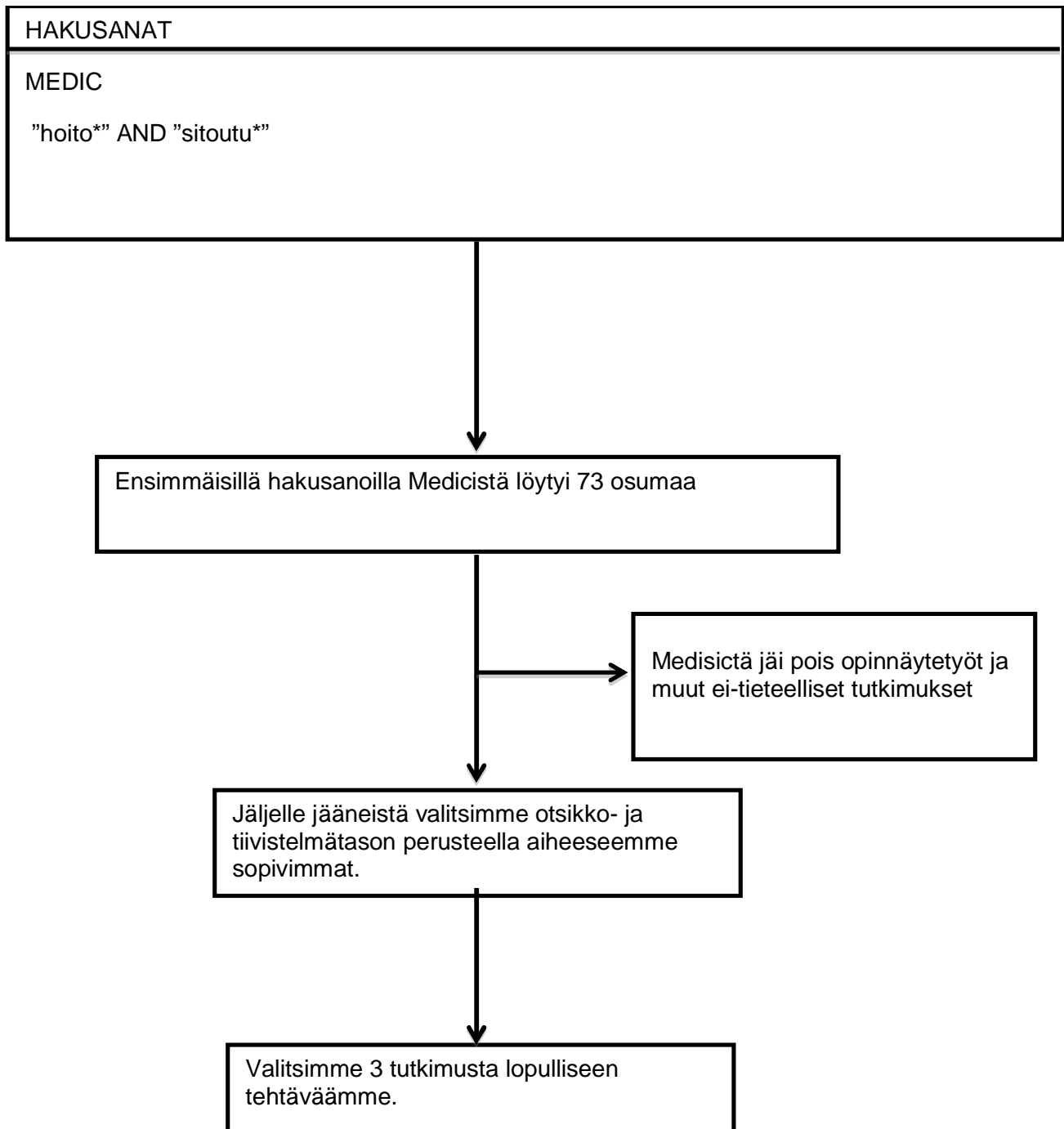
Savikko, Nina – Pitkälä, Kaisu 2006. Hoitoon sitoutumisen merkitys ja haasteet. *Lääkelaitos. Tabu* 5/ 2006. 4 -7.

Suomen Syöpäpotilaat ry 2002. *Fatigue eli hoitoväsymys*. Kotka: Painokotka Oy. Saatavilla myös sähköisesti osoitteessa: <<http://www.syopapotilaat.fi/pdf/fatiguefi.pdf>> Luettu: 3.5.2013

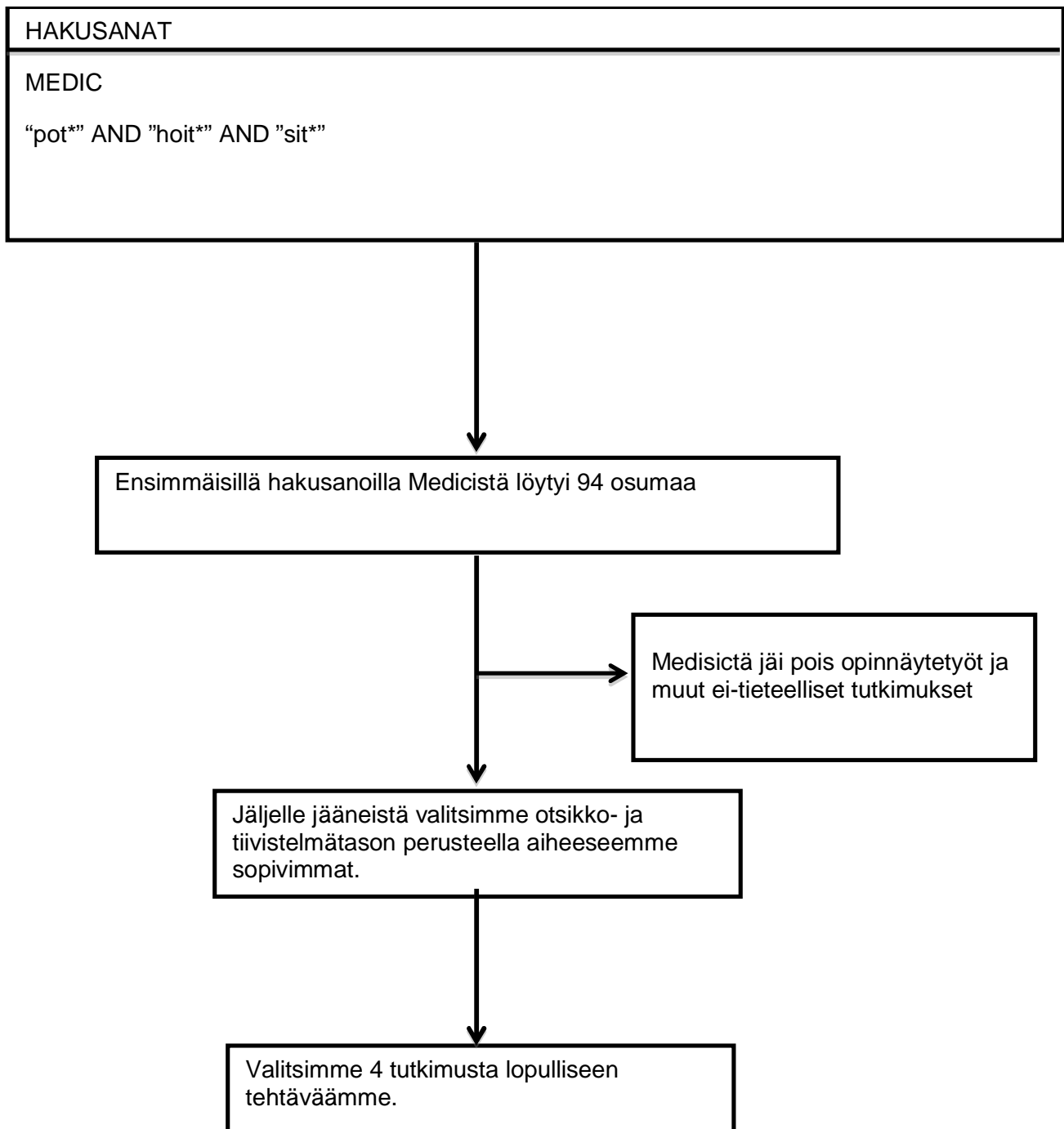
Tietoa syövästä. *Syöpäjärjestöt*. Verkkodokumentti. <<http://www.cancer.fi/tietoasyovasta/hoidot/hoitovasymys>> Luettu 06.10.2013

World Health Organisation 2003. Pitkäaikaisiin hoitoihin sitoutuminen. Näyttöä toiminnan tueksi. Helsinki: Lääketietokeskus Oy . Saatavilla myös sähköisesti osoitteessa: <http://www.who.int/chp/knowledge/publications/adherence_report_fin.pdf>

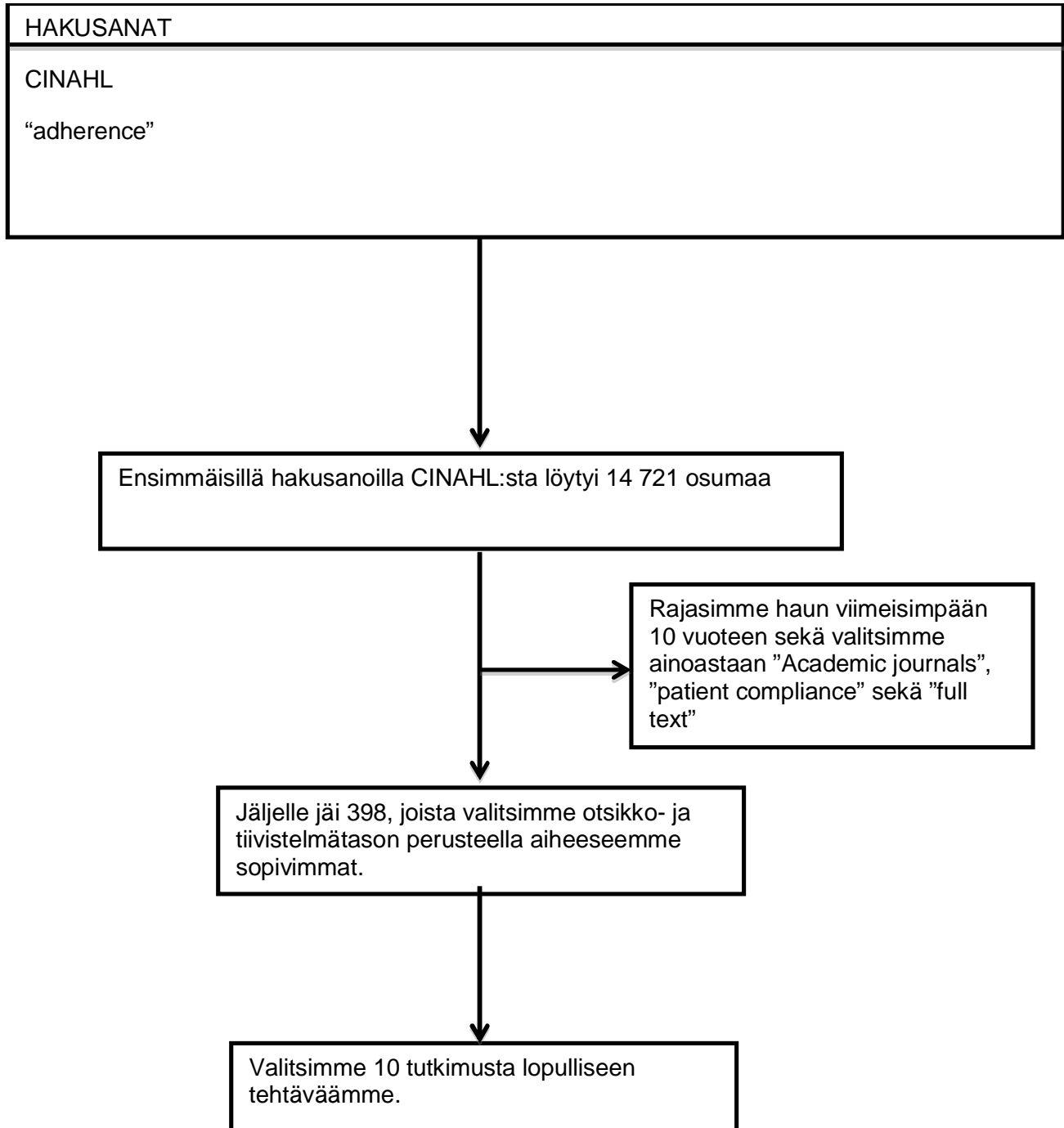
Liite 1 Tiedonhaku kaavio



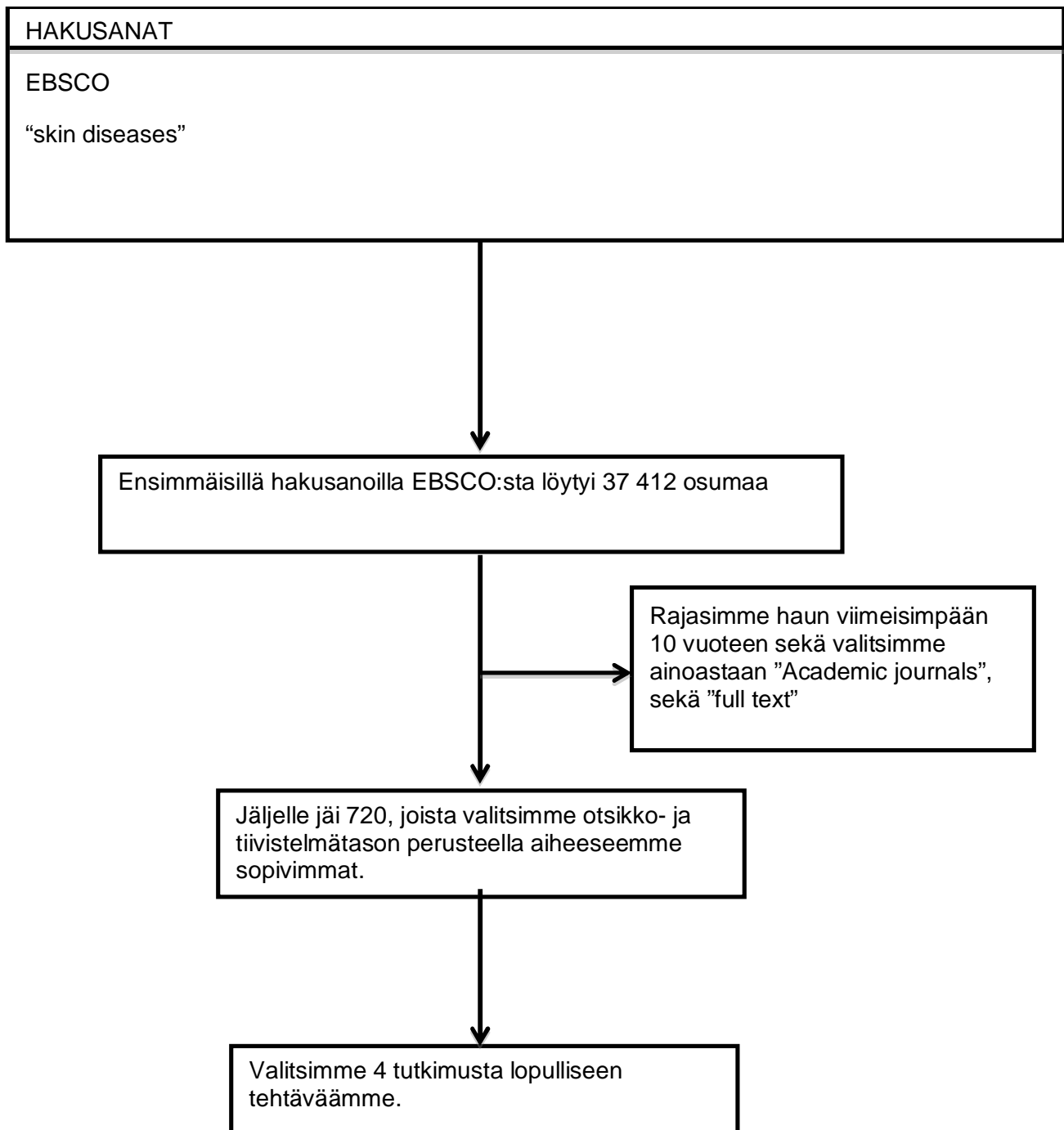
Liite 2 Tiedonhaku kaavio 2



Liite 3 Tiedonhaku kaavio 3



Liite 4 Tiedonhaku kaavio 4



Liite 5 Haastattelurunko

Kysymykset

Kysymysten avulla on tarkoitus selvittää, kuinka ihotauti potilaan hoitoon sitoutumista tuetaan osastolla. Ja löytää mahdolliset kehittämisalueet.

Sairaalassa toteutettava hoito

- Minkälaisia hoitosuhteita on?
 - Kuinka pitkiä hoitokausia osastolla ovat?
 - Miten usein osastokausia tarvitaan?
 - Minkälaista hoitoa on jaksojen välissä?
 - Millä tavalla sitä seurataan?
- Miten toteutunut hoito kirjataan?
- Miten potilaat jaetaan hoitajien kesken?

Hoitoon sitoutuminen

- Mitkä ovat hoitoon sitoutumisen haasteet?
- Miten haasteellisissa tilanteissa toimitaan?
- Mitkä tekijät edistävät potilaan hoitoon sitoutumista?
- Mitkä tekijät estävät potilaan hoitoon sitoutumista?
- Millaisia eroja on eri hoitoihin sitoutumisessa?
- Miten hoitoon sitoutumisen ulkoiset tekijät vaikuttavat hoitoon sitoutumiseen?
- Miten hoitoon sitoutumisen sisäiset tekijät vaikuttavat hoitoon sitoutumiseen?
- Miten hoitoväsymys näkyy potilaiden hoidossa?
- Kuinka hoitoväsymystä hoidetaan?
- Minkälaisia hoitoväsymystä ennaltaehkäiseviä keinoja teillä on käytössä?
- Näkyykö hoitohenkilöissä väsymistä?
- Minkälaiset tekijät kuormittavat eniten potilaita?
- Minkälaiset tekijät kuormittavat eniten hoitajia?
- Millä tavalla potilaan psyykkiset voimavarat huomioidaan hoidossa?
- Mikäli psyykkisissä voimavaroissa huomataan heikkenemistä, niin kuinka toimitaan?

Potilaan ohjaus

- Miten potilaan ohjaustarpeet kartoitetaan?

- Minkälainen ohjaussuunnitelma potilaalle laaditaan?
- Miten ohjaustilanteet rakennetaan?
- Minkälaista materiaalia ohjaustilanteissa käytetään?
- Minkälaisia ohjauksen keinoja teillä on käytössä?
- Miten potilaille annetaan tietoa?
- Kuinka ohjausta arvioidaan?
- Minkälaisia tukipalveluita potilaille on tarjolla?
- Miten niihin ohjataan?
- Kuinka hoitohenkilökunta kehittää osaamistaan?
- Millä tavalla tutkittua tietoa hyödynnetään käytännön työssä?

Kotona tapahtuva hoito

- Miten potilaat toteuttavat itsehoitoa hoitajaksojen ulkopuolella?
- Miten sitä seurataan?
- Kuinka itsehoitoon ohjataan ja kannustetaan?
- Mitkä ovat ihotautien itsehoidon haasteet?
- Miten hoito jaetaan hoitajan ja potilaan välillä?
- Mitä muita hoitotahoja potilaat käyttävät?
- Miten yhteistyö eri tahojen välillä toteutuu?

Liite 6 Tutkimuslupahakemus

15/2013

HELSINGIN JA UUDENMAAN
SAIRAANHOITOPIIRI

OPINNÄYTETYÖN TUTKIMUSLUPAHAKEMUS Liite 1

Opinnäytetyön tekijä koskevat tiedot	Suku- ja etunimet Sofia Irene Joutsenvirta, Anni Aleksandra Ikalainen
	Viran toimi tai oppintuokiosuudesta Sairaanhoitajaopiskelija Metropolia AMK
	HUS:n palveluksessa <input type="checkbox"/> Kyllä <input checked="" type="checkbox"/> Ei
	Sähköpostiosoitteet sofia.joutsenvirta@metropolia.fi / anni.ikalainen@metropolia.fi
	Kotiosoite Rummunröydänkatu 3 B 64 02600 Espoo / Päivärinnankatu 5 B A 4 00250 Helsinki
Opinnäytetyön ohjaaja opintotoimissa	Yhteisö ja laitos/Ammatillinen keskuksen/opettajan, jossa opiskelee Metropolia AMK, Hoitotyön koulutusohjelma, Tukholmankatu
	Yhteisön tarkempi/Ammatillinen keskuksen/opettajan osasto Tukholmankatu 10, Helsinki
	Opinnäytetyön ohjaaja, ohjaajan nimi ja yhteystiedot (sähköpostiosoite) Marjatta Kelo, FT, THM; marjatta.kelo@metropolia.fi, 040-630 2191
HUS:n vastuuhenkilö koskevat tiedot	Suku- ja etunimet/etunimi Stenroos Marja-Liisa
	Työpakan osoite Meilahdentie 2, Helsinki
Opinnäytetyön tekijä koskevat tiedot	HUS:n tutkailu: tutkayksikkö tai yksilöt, jossa vastuuhenkilö työskentelee Iho- ja allergiasairaus
	Opinnäytetyön nimi ja aiheesta muodossa Ihotautien sairastavien potilaiden hoitoon sitoutuminen
	Lyhyt selitys opinnäytetyön suorittamisesta HUS:ään julkaisemuodossa (kirjainkoko 10) Kehittämisryhmän johon sisältyy teoriaosuus sekä asiantuntijahaastattelu. Asiantuntijahaastattelu toteutetaan HUS:n iho- ja allergiasairausosastolla.
	Asiasanat (max 5 kpl) Ihotauti hoitoon sitoutuminen edistävät estävät
Opinnäytetyön laji <input type="checkbox"/> Lisensiaattitutkielma <input type="checkbox"/> Maisterin tutkielma <input type="checkbox"/> Ylempi AMK-tutkielma <input type="checkbox"/> Kandidatintutkielma <input checked="" type="checkbox"/> AMK-tutkielma <input type="checkbox"/> Muu, mikä?	Opinnäytetyön toteutus <input type="checkbox"/> Lääketiede <input type="checkbox"/> Hammaslääketiede <input checked="" type="checkbox"/> Hoitotiede <input type="checkbox"/> Terveystieteiden tutkimus <input checked="" type="checkbox"/> Muu, mikä? Sairaanhoito
Opinnäytetyö on osa laajempaa HUS-ajattelua? <input checked="" type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä, mistä?	Arvioitu aloituspäivä 1.1.2013
Opinnäytetyön suorituspaikat HUS:ään <input type="checkbox"/> HUS-konsernihallinto <input type="checkbox"/> HYKS-sairaanhoitola <input checked="" type="checkbox"/> HYKS-Medisiininen tutkimuskeskus <input type="checkbox"/> HYKS-Naisien ja lastenlääkärin tutkimuskeskus <input type="checkbox"/> HYKS-Oppimisen tutkimuskeskus <input type="checkbox"/> HYKS-Psyyttien tutkimuskeskus <input type="checkbox"/> HYKS-Sydän-keuhkokeskus <input type="checkbox"/> Hyvinvoinnin sairaanhoitola <input type="checkbox"/> Lohtjan sairaanhoitola <input type="checkbox"/> Länsi-Uudenmaan sairaanhoitola	Arvioitu päättämispäivä 31.5.2014
	<input type="checkbox"/> HUS-Apteekki <input type="checkbox"/> HUS-Desiko <input type="checkbox"/> HUS-Kinoplast Oy <input type="checkbox"/> HUS-Logistikka <input type="checkbox"/> HUS-Lääkintäteknologia <input type="checkbox"/> HUS-Kuvantaminen <input type="checkbox"/> HUS-Servis <input type="checkbox"/> HUS-Talous <input type="checkbox"/> HUSLAB <input type="checkbox"/> Ravit <input type="checkbox"/> Uudenmaan sairaalapesu Oy <input type="checkbox"/> Muu, mikä?

Korostyymä <input type="checkbox"/> Potilaat <input type="checkbox"/> Omaiset <input checked="" type="checkbox"/> Henkilökunta <input type="checkbox"/> Asukkaat <input type="checkbox"/> Muu, mikä?	Tutkittavien havaintoyhteisköiden määrä Yksi esiantuntijahaastattelu
Aineiston keruumenetelmä <input type="checkbox"/> Kytely <input checked="" type="checkbox"/> Haastattelu <input type="checkbox"/> Havainnointi <input type="checkbox"/> Asiakirja-analyysi <input type="checkbox"/> Muu, mikä?	
HUS:n ulkopuoliset yhteistyötahot	
Aiheitaako oppinaytö kustannuksia HUS:lle? <input type="checkbox"/> Kyllä (Kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma erillisinä liitteinä) <input checked="" type="checkbox"/> Ei (Tutkimusluvun myöntäjä voi vaatia selvitystä tapauskohtaisesti)	Oppinaytön hyödyt/vaikutukset HUS:n toimintaan <input type="checkbox"/> Valtion soveltuksien toimeen, mihin <input checked="" type="checkbox"/> Ei valtion sovellettävyyttä
Oppinaytön tekijä on sitouduttu noudattamaan saadun antamis ohjeita ja säätöjä ja raportoimaan oppinaytön tuloksista tutkimusluvun myöntäjälle.	
Päiväys 26.11.2013 Sofie Joutsen Oppinaytön tekijän nimesseilyys	Päiväys 11.12.2013 Marja-Liisa Stenroos Osastoryhmän päällikkö HUS:n vastuullinen nimesseilyys

Alla olevaa päätöskohtaa käytetään silloin, kun päätös voidaan antaa lomakepäätöksenä (ks. JY 1/2013, kohta 4.3).
 Helsingin yliopistollinen keskuslaboratorio
 IHD, SA, AHEP, OIMBAIRAALA
 Molekyyli- ja solubiokemian osasto
 PL 160
 00029 HUS

LOMAKE- PÄÄTÖS 15/ /2013	<input checked="" type="checkbox"/> Myöntöön hakemuksen mukaisesti
	<input type="checkbox"/> Myöntöön edellyttäen että <input type="checkbox"/> Hakemus hylätään seuraavin perustein *)
*) Oikeusvastausohje liitteenä	
Tutkimusluvun alkamispäivä 1.1.2014	Tutkimusluvun päättämispäivä 31.5.2014
Päiväys 30.12.2013 Juhani Kahri Tutkimusluvun myöntäjä nimesseilyys	Päiväys 12.12.13 Marja Renholm Tutkimusluvun post- nimesseilyys HYKS, Medisiininen tulosyksikkö

- Tarvittavat liitteet
- Oppinaytön suunnitelma ja seiosus oppinaytön suorittamisesta
 - HUS:aa
 - Aineiston keruumake
 - Kytelyhaastattelulomakkeen saatekirje
- Lisäksi tarvittaessa
- Oppinaytöä suorittava muu henkilö
 - Kustannusarvio ja rahoitussuunnitelma
 - Hakemuksen liitteiden saamiseksi saadun pidettävistä asiakirjoista
 - Valtiohoito-/soveltuksien ja kytelytoimintat
 - Tutkittavien sedot ja sijoitus
 - Eetöiden toimikunnan lausunto
 - STM:n lupa
 - Henkilökorttiseloste



Ihotautila sairastavan potilaan hoitoon sitoutumisen tukeminen

Runsaasti suullista ja kirjallista tietoa sairaudesta ja sen hoidosta

Omiin hoitopäätöksiin osallistuminen, tunne voimaantumisenesta

Hyvä motivaatio sairauden hoitoa kohtaan

Yksilöllisen hoitosuunnitelman luominen ja sen jatkuva arviointi

Potilaslähtöinen hoitotyö

Luottamuksellinen ja jatkuva hoitosuhde jossa toimitaan potilaan voimavarojen mukaan

Hyväksyvä ja motivoiva ilmapiiri, jossa potilasta ei tuomita vaan kannustetaan [Type a quote from the

Hoitoon sitoutunut potilas

Hoitoon sitouttava hoitotyö



Varaa ohjaukselle oma aika ja rauhallinen ympäristö

Tunne potilaasi, luokaa ohjauksen tavoitteet yhdessä

Varaa materiaalia potilaan tarpeen mukaan

Kirjaa tavoitteet ylös, sopikaa yhdessä välitavoitteet, joiden toteutumista seurataan

Kuuntele ja kuule potilasta, anna mahdollisuus kysyä ja kertoa

Vältä potilaan tuomitsemista, osoita olevasi aidosti kiinnostunut hänestä

Hoitoon
sitouttava
potilas-
ohjaus

Liite 8 Tutkimustaulukko

Tekijä(t), vuosi, maa, jossa tutki- mus tehty	Tarkoitus	Kohderyhmä	Aineiston ke- ruu ja analy- sointi	Keskeiset tu- loukset
Pitkälä, Kaisu & Savikko, Nina, 2007, Suomi.	Selvittää poti- laiden sitoutu- mista lääkehoi- toon.	Pitkäaikaissairaat.	Aineisto kerättiin useista tieteelli- sistä tutkimuk- sista.	Keskeisimpinä tuloksina oli, että vain noin puolet potilaista noudat- taa lääkehoidon ohjeita. Hoitoon sitoutuminen vaikuttaa suures- ti niin potilaa- seen kuin ter- veydenhuoltoon- kin. Potilaat ko- kevat yksinker- taisen ja edulli- sen lääkehoidon ihanteellisem- maksi ja lisäksi hoitoon helposti pääseminen, luottamukselli- nen hoitosuhde, puolueettomuus ja optimismi, hyväksyvyys hoitohenkilökun- nalta ja hoidon jatkuvuus lisää- vät hoitoon sitou- tumista.
Savikko, Nina & Pitkälä, Kaisu, 2006, Suomi.	Selvittää poti- laiden hoitoon sitoutumista ja sen merkitystä ja kehityshaas- teita.	Pitkäaikaissairaat.	Aineisto kerättiin useista tieteelli- sistä tutkimuk- sista.	Potilaiden on hankalampi si- toutua elämän- tapoja muuttaviin ja ennaltaehkäi- seviin hoitoihin. Hoidon tulisi olla potilaslähtöistä ja koetaan, että potilaasta on tullut tasavertai- sempi hoitavan

				tahon kanssa. Noin kolmasosa sairaalajaksoista johtuu huonosta hoitoon sitoutumisesta. Hoitoon sitoutumiseen vaikuttaa niin sisäiset kuin ulkoisetkin tekijät ja siksi esimerkiksi akuutin sairauden hoitoon sitoudutaan paremmin.
Annars Lerdal– Astrid K. Wahl– Tone RustØen – Berit R. Hanestad– Torbjørn Moum. 2005. Norja.	Tarkoituksena oli tutkia hoitoväsymyksen vakavuuden psykometrisiä ominaisuuksia (FSS asteikolla) sekä hoitoväsymyksen ja sosiodemograafisten muuttujien suhdetta väestössä.	Satunnaisjoukko pitkäaikaissairaita.	Tutkimukseen valittiin väestöä edustamaan 1893 satunnaisesti valittua Norjalaista 4000 joukosta, iältään 19-81 vuotiaita. Tutkimus tehtiin postikyselynä. Vastanneista 23,1 % kärsi korkeasta hoitoväsymyksestä, näistä suurempi osa oli naisia. Vastaaajista, joilla oli krooninen sairaus ilmoitettiin olevan korkeampi hoitoväsymys kuin lopulla otoksella. Käänteinen korrelaatio löytyi hoitoväsymyksen ja koulutuksen väliltä.	Psykometriset ominaisuudet Norjan tutkimuksessa olivat tyydyttävät. Välttääksään korkean hoitoväsymyksen yli diagnosointia, pitäisi kynnyksen olla FSS asteikolla korkeampi.
Roberta Jorgensen. 2008. USA.	Artikkelin/ tutkimuksen tarkoituksena on selvittää kroonisen hoitoväsymyksen käsitettä.	Pitkäaikaissairaat.	Aineistossa käytettiin kirjallisuuskatsausmenetelmää ja se kerättiin vuosilta 1966-2007. Lähteinä analyysissä käytettiin CINAHLia,	Lisätutkimuksia tarvittaisiin määrittämään kroonisen hoitoväsymyksen etiologiaa ja keskittymään sosiaaliseen kontekstiin niiden kohdalla,

			<p>Medlinea, PsychINFOa ja sosiaaliryöön tiivistelmiä, joiden haut tuottivat 66 hakutulosta. Kroonisen hoitoväsymyksen kokemukseen liittyy monia fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia tekijöitä. Ratkaisevat ominaisuudet kroonisessa hoitoväsymyksessä olivat muuttumattomuus, poikkeavuus, koko kehon kokemus, selittämättömyys ja invaliditeetti. Kroonisen hoitoväsymyksen edeltäjiä ovat fyysinen sairaus, psykopatologia, naisukupuoli sekä hyväksikäytön tausta. Seurauksina oli muun muassa sosiaalinen eristyneisyys ja leimautuminen, vähäinen liikunta, psyykkiset häiriöt ja elämänlaadun heikkeneminen.</p>	<p>joitka kärsivät tästä invalidisoivasta oireesta.</p>
<p>Miettunen, Seija – Kääriäinen, Maria – Kyngäs, Helvi. 2012.</p>	<p>Kuvata sairaanhoitajien käsitystä potilasohjauksesta ja kokemuksia potilaan ohjauksesta.</p>	<p>Sairaanhoitajat</p>	<p>Tutkimus oli luonteeltaan laadullinen, jossa selvitettiin sairaanhoitajilta millaisia käsityksiä ja kokemuksia sairaanhoitajilla on potilaan</p>	<p>Tulosten mukaan potilasohjaus on sairaanhoitajan ammatillista toimintaa, joka toteutetaan lähiyhteisöllisenä ja työyhteisöllisenä yhteistyönä. Sai-</p>

Suomi.			ohjaamisesta.	raanhoitajien käsitysten mukaan potilasohjaus, joka on osana hoitotyötä sisältää ihanteellisen ja todellisen ohjauksen.
Eloranta, Sini – Katajisto, Jouko – Leino-Kilpi, Helena 2010. Suomi.	Tarkoituksena arvioida hoitohenkilökunnan toteuttamaa potilasohjausta vuosina 2010 ja 2001.	Hoitohenkilökunta	Aineisto kerättiin NCE – mittarilla yhden yliopistolaisen keskussairaalan hoitohenkilökunnalta, johon vuonna 2010 vastasi 756 ja vuonna 2001 623 hoitotyöntekijää. Aineisto analysoitiin tilastollisilla menetelmillä.	Hoitohenkilökunta arvio kokonaisuutena ohjauksensa paremmaksi vuonna 2010. Potilasohjaus perustui vahvasti työkokemukseen eikä niinkään tutkituun tietoon. Vuonna 2010 ohjauksen sisältö oli moninaisempaa, mutta ohjaustarpeen arviointi ja tavoitteiden asettaminen sekä monipuolisten ohjausmenetelmien käyttö olivat heikenneet.
Kaakiaiainen, Pirjo – Kääriäinen, Marja – Kyngäs, Helvi 2013. Suomi.	Tarkoituksena oli kuvata pitkäaikaissairaiden potilasohjauksen laatua sairaalassa.	Kohderyhmänä olivat toukokuussa 2010 keskus- ja yliopistosairaalassa hoitettavan olleet pitkäaikaissairaat, n= 106. Pitkäaikaissairaat, joilla oli mielenterveysongelmia, rajattiin ulkopuolelle.	Aineisto kerättiin potilasohjauksen laatu- mittarilla pitkäaikais-sairailta kotiuttamispäätöksen jälkeen. Aineisto kerättiin kyselylomakkeella.	Sairaalassa pitkäaikaissairaat saivat mielestään tarpeeksi ohjausta oireista mutta riittämättömästi sosiaalisesta tuesta sekä sairauden ennusteesta. Noin puolet vastanneista arvioi ohjauksen toteutuneen suunnitellusti ja ilmapiiriä pidettiin positiivisena. Jopa 50 % vastaajista ei ollut saanut ohjausta potilaslähtöisesti. Lähes

				kaikki olivat olleet tyytyväisiä kuitenkin ohjasmateriaaleihin ja -menetelmiin. Hyvällä ohjauksella olikin todettu olevan positiivisia vaikutuksia pitkäaikaissairaiden sairauden hoitoon ja heidän asenteisiin.
--	--	--	--	--