



POTILAIDEN KOKEMUKSET VUODEOSASTOLLA SAAMASTAAN OHJAUKSESTA

Sarina Forsblom

Ida Sydänmaa

Opinnäytetyö
Lokakuu 2014
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihto-
toehto

TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

FORSBLOM, SARINA & SYDÄNMAA, IDA:
Potilaiden kokemukset vuodeosastolla saamastaan ohjauksesta

Opinnäytetyö 50 sivua, joista liitteitä 8 sivua
Lokakuu 2014

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata potilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta Nokian terveystieteiden Arviointi- ja kuntoutusosastolla. Opinnäytetyön avulla haluttiin selvittää potilaiden saaman ohjauksen sisältöä, heidän kokemuksiaan ohjauksesta sekä kotona selviytymistä osastolla olon jälkeen.

Menetelmäksi tähän opinnäytetyöhön valittiin kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimusmenetelmä. Tätä opinnäytetyötä varten on haastateltu kolmea keväällä 2014 Nokian terveystieteiden Arviointi- ja kuntoutusosastolla ollutta potilasta. Aineistonkeruumenetelmänä käytettiin teemahaastattelua, ja saatu aineisto analysoitiin induktiivisella eli aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

Opinnäytetyön tulosten perusteella ohjauksen sisältö vaihtelee riippuen potilaasta. Läheisessä ohjauksessa käsitellään kotiavun tarvetta ja riittävyyttä. Muita ohjauksen aiheita olivat lääkitys sekä fyysistä kuntoa ylläpitävät ja kohottavat jumppaohjeet. Kokemukset ohjauksesta ovat pääsääntöisesti positiivisia, vaikkakin hoitajien kiire näkyy vahvasti. Hoitajat koetaan mukaviksi ja kannustaviksi, mutta samalla toivotaan selkeämpää puhekieltä ohjaukseen. Osastolla olon jälkeen kaksi kolmasosaa vastaajista selviää kotona paremmin kuin aikaisemmin, ja fyysinen kunto on parantunut.

Opinnäytetyön avulla pyrittiin tuottamaan tietoa potilaiden saamasta ohjauksesta. Saatujen tulosten avulla voidaan kehittää Nokian terveystieteiden Arviointi- ja kuntoutusosaston potilasohjausta sekä sitä kautta myös hoitotyön laatua.

Vastausten osittain suureen vaihtelevuuteen vaikuttaa mahdollisesti haastateltavien erilaiset syyt osastolla oloon. Samankaltaisissa töissä otanta tulisi rajata tarkemmin tiettyyn potilasryhmään, jotta vastaukset olisivat paremmin verrattavissa toisiinsa. Jatko-tutkimusaiheena tälle opinnäytetyölle voisi olla ohjauksen toteuttaminen hoitajien näkökulmasta, sillä hoitajien kokemus ohjauksesta voi erota merkittävästi potilaiden kokemuksesta.

Asiasanat: potilasohjaus, ohjaus, potilaan kokemus, vuodeosasto

ABSTRACT

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

FORSBLOM, SARINA & SYDÄNMAA, IDA:
Patient Experiences Regarding Patient Counselling in the Clinical Ward

Bachelor's thesis 50 pages, appendices 8 pages
October 2014

The purpose of this study was to describe patient experiences concerning the counselling that patients had received at Nokia health care center. The aim of the project was to gain insight into what patient counselling entails, how patients experience the counselling and to evaluate how patients manage at home after discharge.

The data for the study were collected from three patients at Nokia health care center in spring 2014 using a focused interview format. Qualitative methods were applied in analyzing the data.

The results of the study indicate that what patient counselling consisted of varied depending on the patient. Counselling generally involved assessing the need for and the adequacy of domestic help. Patient experiences regarding counselling were mainly positive, though the nurses' busy schedule was apparent to the patients. Nurses were regarded as nice, but the patients did however wish that more plain, easy-to-follow language would be used in the counselling. Two thirds of the respondents felt they manage better at home than before.

The aim of this study was to generate knowledge about the counselling that patients receive. The results can be used to improve patient counselling practices at Nokia health care center. A follow-up study for the present thesis might involve studying counselling from the perspective of nurses, as their experience may differ greatly from that of the patients.

Key words: patient counselling, counselling, patient experience, ward

SISÄLLYS

1	JOHDANTO.....	6
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE	7
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	8
3.1	Potilaan ohjaus	9
3.1.1	Taustatekijät ohjauksessa	9
3.1.2	Vuorovaikutteinen ohjaussuhde	12
3.1.3	Ohjauksen sisältö	13
3.1.4	Kirjallinen ohjausmateriaali	14
3.2	Nokian terveystieteiden Arviointi- ja kuntoutusosasto.....	15
3.2.1	Osaston hoitotyön arvot	16
3.2.2	Geriatrinen kokonaisvaltainen arviointi.....	17
3.2.3	Geriatrinen kuntoutus.....	18
4	MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT	20
4.1	Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä.....	20
4.2	Aineistonkeruumenetelmä	22
4.3	Sisällönanalyysi	23
5	TUTKIMUSTULOKSET.....	26
5.1	Potilaille annetun ohjauksen sisältö.....	26
5.2	Potilaiden kokemukset hoitajan antamasta ohjauksesta	27
5.2.1	Kokemus ohjaustilanteesta.....	28
5.2.2	Kokemus hoitajien ammattitaidosta.....	28
5.2.3	Potilaan yksilöllisyyden tunne	29
5.2.4	Kokemus ajankäytöstä	30
5.3	Kotona selviytyminen osastolla olon jälkeen	31
6	JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	32
6.1	Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset.....	32
6.1.1	Ohjauksen sisältö	32
6.1.2	Kokemukset ohjauksesta.....	33
6.1.3	Kotona selviytyminen	35
6.2	Opinnäytetyön eettisyys.....	35
6.3	Opinnäytetyön luotettavuus	37
6.4	Kehittämissuhteet ja jatkotutkimusaiheet	39
	LÄHTEET.....	40
	LIITTEET	43
	Liite 1. Teemahaastattelu	43
	Liite 2. Suostumus haastateltavaksi.....	45

Liite 3. Saatekirje tutkimukseen osallistuvalla.....	46
Liite 4. Sisällönanalyysi: Ohjauksen sisältö.....	47
Liite 5. Sisällönanalyysi: Kokemus ohjauksesta	48
Liite 6. Sisällönanalyysi: Kotona selviytyminen.....	50

1 JOHDANTO

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) määritellään potilaan oikeus saada hänen hoitoonsa liittyvää tietoa riittävästi ja ymmärrettävästi. Ohjaus liittyy usein tilanteeseen, jossa on tapahtunut jokin muutos, kuten sairastuminen (Eloranta & Virkki 2011, 56). Ohjaus on tavanomaista keskustelua suunnitelmallisempaa ja sisältää myös tiedon antamista. Potilaan ohjauksella pyritään edistämään potilaan kykyä ja aloitteellisuutta elämänsä parantamiseksi. (Kyngäs ym. 2007, 25.) Ohjaus vähentää sairauteen liittyviä hoitokäyntejä, sairauspäiviä ja lääkkeiden käyttöä, joten sillä on kansantaloudellisia vaikutuksia (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 256).

Isola ym. (2007, 56) tutkimuksen mukaan ikäihmiset toivovat saavansa ohjauksessa tietoa etenkin tulevista tutkimuksista ja toimenpiteistä, sairaudesta ja sen hoidosta sekä lääkityksestä. Samassa tutkimuksessa tuli esille, että suurin osa vastanneista ikäihmisistä koki saaneensa riittävästi tietoa sairaudesta, sairauden hoidosta sekä toimenpiteistä ja tutkimuksista. Edellä mainitun tutkimuksen tuloksia puoltaa myös Kyngäksen, Kukkuraisen ja Mäkeläisen (2004, 228) tekemä tutkimus, jonka mukaan potilaat saivat eniten tietoa sairaudestaan ja sen hoidosta. Riittämättömintä ohjaus oli puolestaan kuntoutuksen, tukiryhmien ja sairauden syiden osalta (Isola ym. 2007, 56). Puutteita oli myös lääkkeiden sivuvaikutusten, ruokavalion, henkisen jaksamisen, seksuaalisuuden ja sosiaalietuuksien ohjauksessa (Kyngäs ym. 2004, 228). Toisaalta noin puolet ikäihmisistä ei kaivannut ohjausta sosiaalietuuksista tai tukiryhmistä (Isola ym. 2007, 56).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata Nokian terveyskeskuksen Arviointi- ja kuntoutusosastolla olleiden potilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta. Tavoitteena on työn tulosten avulla tuottaa tietoa potilaiden saamasta ohjauksesta vuodeosastolla. Saadun tiedon avulla voidaan kehittää potilaiden ohjausta ja parantaa hoitotyön laatua osastolla. Aineisto kerättiin haastatteleamalla kolmea potilasta keskimäärin viikko kotiutumisen jälkeen. Ohjaus koettiin tärkeäksi hyvän hoitotuloksen saavuttamiseksi ja potilaan turvallisuuden tunteen takaamiseksi. On mielenkiintoista saada tietää, mitä mieltä potilaat itse ovat ohjauksesta, sillä hoitajan kokemus antamastaan ohjauksesta saattaa olla ristiriidassa potilaan kokemuksen kanssa.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata Nokian terveyskeskuksen Arviointi- ja kuntoutusosastolla olleiden potilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta.

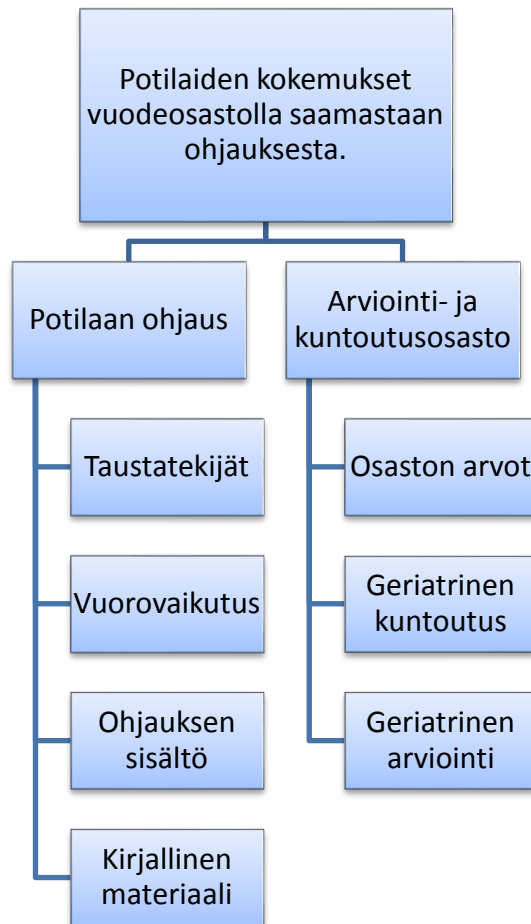
Tämän opinnäytetyön tehtävät ovat:

1. Mitä asioita potilaille ohjataan?
2. Miten potilaat kokevat hoitajan antaman ohjauksen?
3. Miten potilaat selviytyvät kotona osastolla olon jälkeen?

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on työn tulosten avulla tuottaa tietoa potilaiden saamasta ohjauksesta. Saadun tiedon avulla voidaan kehittää potilaiden ohjausta ja parantaa hoitotyön laatua Nokian terveyskeskuksen Arviointi- ja kuntoutusosastolla.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Tässä opinnäytetyössä selvitetään potilaiden kokemuksia heidän vuodeosastolla saamastaan ohjauksesta, joten teoreettisen lähtökohdan (kuvio 1) pääkäsitteiksi valittiin potilaan ohjaus sekä Arviointi- ja kuntoutusosasto. Pääkäsitteet sisältävät opinnäytetyön keskeisimmät asiat, jonka pohjalta työ muodostuu. Potilaan ohjauksen alakäsitteiksi puolestaan muodostui taustatekijät, vuorovaikutus, ohjauksen sisältö ja kirjallinen materiaali. Arviointi- ja kuntoutusosaston alakäsitteiksi tulivat osaston arvot, geriatrinen kuntoutus ja arviointi. Alakäsitteiden avulla pystytään jakamaan pääkäsitteiden sisältämä tieto pienemmiksi aihealueiksi.



KUVIO 1. Opinnäytetyön teoreettiset lähtökohdat.

3.1 Potilaan ohjaus

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) velvoittaa antamaan potilaalle tietoa hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista ja niiden vaikutuksista sekä muista hänen hoitoonsa liittyvistä asioista, joilla on hoidon kannalta merkitystä. Lain mukaan tietoa ei kuitenkaan saa antaa vastoin potilaan tahtoa tai silloin, jos sen ajatellaan aiheuttavan vaaraa potilaan hengelle tai terveydelle.

Ohjauksen avulla pyritään helpottamaan ihmisen sopeutumista muuttuneeseen tilanteeseen (Eloranta & Virkki 2011, 56). Potilaan ohjaus on hoitajan ja potilaan tasavertainen kohtaaminen vuoropuhelussa, jossa yhteisenä tavoitteena on potilaan oppiminen. Ohjauksessa potilas oppii käsittelemään kokemuksiaan, käyttämään resurssejaan, ratkaisemaan ongelmiaan sekä suuntaamaan oppimistaan. Tällöin myös potilas itse määrittelee ja muodostaa ohjauksen sisältöä. Ohjauksessa hoitaja tarjoaa potilaalle aikaa, huomiota ja kunnioitusta. Hoitoon sitoutumisen kannalta on tärkeää, että ohjauksen kautta potilas kokee tullessa kuulluksi ja ymmärtää hoidon merkityksen sekä kokee voivansa vaikuttaa hoitoonsa. (Eloranta & Virkki 2011, 19–20; Kettunen, Laitinen-Väänänen, Mäkelä & Vänskä 2011, 16.)

Käytännön hoitotyössä ohjaus on hoitajille tuttua, kuitenkin käsitteenä ohjaus saattaa olla hieman vieras. Hoitotyössä on tärkeää tuntea ohjaus käsitteenä sekä siihen liittyvät lähikäsitteet, joita ovat neuvonta, opetus ja tiedon antaminen (Eloranta & Virkki 2011, 19). Ohjauksesta poiketen neuvonnassa annetaan potilaalle suoria neuvoja. Neuvonnan perustana ovat potilaan tarpeet ja lähtökohdat ja siinä hyödynnetään hoitajan tietoja ja taitoja. Luonteeltaan neuvontaa voisi sanoa neuvotteluksi yhteisen tavoitteen saavuttamiseksi. (Eloranta & Virkki 2011, 21; Hentinen & Kyngäs 2009, 79.) Tässä opinnäytetyössä käytetään käsitettä ohjaus, mutta haastatteluiden yhteydessä on käytetty käsitettä neuvonta. Käsitteenä neuvonta saattaa olla haastateltaville tutumpi ja selkeämpi ymmärtää. Näin vältetään mahdollisilta väärinkäsityksiltä haastatteluiden aikana.

3.1.1 Taustatekijät ohjauksessa

Onnistunut ohjaus pohjautuu riittäviin taustatietoihin. Taustatietojen selvittämiseksi potilasta voidaan pyytää kertomaan terveysongelmastaan, sen syistä ja vaikutuksista

sekä ohjaukseen liittyvistä toiveista. (Kyngäs ym. 2007, 47.) Taustatekijät voidaan jakaa fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin ja ympäristöön liittyviin taustatekijöihin. Taustatekijöiden huomioon ottaminen vaikuttaa ohjauksen onnistumiseen. Ohjauksesta tehdään yksilöllistä potilaan tarpeiden huomioimisella. (Hentinen & Kyngäs 2009, 83; Kyngäs ym. 2007, 28.)

Fyysisiin taustatekijöihin kuuluvat esimerkiksi ikä, sukupuoli, sairauden laatu ja terveydentila (Hentinen & Kyngäs 2009, 84; Kyngäs ym. 2007, 29). Ohjauksessa fyysiset taustatekijät määrittelevät sen miten potilas kykenee ottamaan vastaan hänelle annettavaa tietoa. Esimerkiksi juuri diagnosoitu vakava sairaus heikentää potilaan vastaanotto-kykyä. Tällöin potilaalle ohjattavat asiat tulee laittaa tärkeysjärjestykseen ja tarvittaessa järjestää useampi ohjaustilanne. (Kyngäs ym. 2007, 30.) Aikuinen on itse vastuussa hoidostaan ja siihen sitoutumisestaan, sillä hän on yleensä kykeneväinen huolehtimaan itsestään (Hentinen & Kyngäs 2009, 85). Ikääntyneiden ohjauksessa tulee ottaa huomioon mahdolliset fyysiset rajoitteet, kuten heikentynyt näkökyky tai muistiongelmat. Tarvittaessa ohjauksen tulee keskittyä ydinasioihin, olla lyhytkestoista ja usein toistuvaa. Tilanteen mukaan myös omaiset on hyvä ottaa ohjaukseen mukaan. (Kyngäs ym. 2007, 29–30.)

Motivaatio, odotukset, kokemukset, mieltymykset, tarpeet sekä oppimistyylit ovat osa psyykkisiä taustatekijöitä. Potilaan motivaatio hoitoon sitoutumiseen riippuu muun muassa riittävän selkeistä tavoitteista, potilaan omista odotuksista ja oikeasta tunnetilasta. Motivointi on helpompaa heti hoidon alussa kuin myöhemmin. Selkeät tavoitteet ovat konkreettisia ja tekemistä kuvaavia, ei pelkästään lopputulos. Tärkeää motivoinnissa on myös potilaan mahdollisuus osallistua hoidon suunnitteluun ja päätöksentekoon. Odotukset pitävät sisällään potilaan oman käsityksen siitä, pystyykö hän saavuttamaan tavoitteita ja miten hänen elinympäristönsä mahdollistaa sen. Tärkeää on, että potilas kokee tullessa kuulluksi ja ymmärretyksi tilanteessaan. (Hentinen & Kyngäs 2009, 87–92; Kyngäs ym. 2007, 32–35.) Erään ikäihmisiin kohdistuneen tutkimuksen mukaan 74 % vastanneista koki saaneensa mahdollisuuden esittää omia mielipiteitään ehdotetuista hoito-ohjeista (Isola ym. 2007, 58). Vastaavasti pitkäaikaissairaisiin kohdistetussa tutkimuksessa vain puolet vastaajista kertoi ohjauksen olleen suunnitelmallista (Kaakinen 2013, 48). Aikaisemmat kokemukset saattavat vaikeuttaa ohjausta sekä hoitoon sitoutumista. Potilaalla saattaa olla jo aikaisempia huonoja kokemuksia hoidosta tai lääkkeestä. Hänellä saattaa myös olla vahvoja mieltymyksiä jotakin asiaa kohtaan, joka ei

hänen sairautensa tai sen hoidon kanssa sovi yhteen, kuten saunominen vaikean sydän-sairauden yhteydessä. (Hentinen & Kyngäs 2009, 87–92; Kyngäs ym. 2007, 32–35.)

Psyykkisiin taustatekijöihin liittyvät ohjaustarpeet ovat yksilöllisiä ja niistä olisi hyvä keskustella ohjaustilanteessa. Osa potilaista on aktiivisia oman sairautensa kanssa ja tietävät mihin asioihin tarvitsevat ohjausta, toiset taas eivät tiedä mihin ohjausta tarvitsevat tai eivät sitä halua. Potilaat oppivat asioita erilailla ja oppimistyyleistä kannattaa kertoa ohjaajalle, jotta ohjaaminen olisi mahdollisimman hyvää. Toiset oppivat näkemällä, jolloin kuviot ja kuvat voivat sopia heille. Toiset taas kuuntelemalla, jolloin he oppivat keskustelemalla. Kolmannet taas oppivat tekemällä, jolloin he tarvitsevat oppiakseen jotain konkreettista. Näihin kaikkiin liittyy vahvasti myös hoitajan valmius tunnistaa ja selvittää potilaan psyykkiset taustatekijät ohjauksen onnistumiseksi. (Hentinen & Kyngäs 2009, 87–92; Kyngäs ym. 2007, 32–35.) Eräässä tutkimuksessa tuotiin esiin ohjauksen rutiinimaisuus, jossa potilaat kokivat ohjauksen pintapuoliseksi. Potilaille jäi myös vaikutelma, että hoitajat olettivat heidän jo tietävän sairaudestaan ja sen vaatimista hoidoista. (Karvonen 2012, 40.)

Omaisten tuki parantaa hoitoon sitoutumista, joten sosiaalisten taustatekijöiden selvittäminen on ohjauksen kannalta tärkeää (Hentinen & Kyngäs 2009, 94). Sosiaaliset taustatekijät pitävät sisällään sosiaalisuuden lisäksi kulttuuritaustan, uskonnollisuuden sekä eettisyyden. Potilaalta tulee selvittää millainen tukiverkosto hänellä on ja miten hän haluaa heidän osallistuvan ohjaukseen. (Hentinen & Kyngäs 2009, 94; Kyngäs ym. 2007, 35–36.) Sairastuminen saattaa muuttaa potilaan ja hänen omaistensa sosiaalista suhdetta. Tämän vuoksi sekä potilas että hänen omaisensa tarvitsevat apua, ymmärtääkseen muuttunutta tilannetta ja ylläpitääkseen sosiaalista suhdettaan. (Kaila 2009, 9.) Isolan ym. (2007, 58) tutkimuksen mukaan 16 % ikäihmisistä koki, ettei heidän omaisiinsa oltu otettu mukaan ohjaustilanteeseen heidän toiveestaan huolimatta. Sirkan (2010, 33) omaisiin kohdistuneessa tutkimuksessa tuli esille omaisten kokemus liian vähäisestä ohjauksesta. Tutkimuksessa omaiset kokivat hoitohenkilökunnan asenteen olevan negatiivinen heitä kohtaan. Kulttuuritausta, uskonto sekä etiikka saattavat ohjata voimakkaasti potilaan käyttäytymistä ja siksi ne tulee ottaa huomioon potilaan ohjauksessa (Hentinen & Kyngäs 2009, 96).

Myös ympäristön taustatekijät vaikuttavat ohjauksen onnistumiseen. Ympäristöön liittyviä taustatekijöitä ovat hoitotyön kulttuuri sekä fyysinen, psyykkinen ja sosiaalinen

ympäristö. Ensimmäisenä potilasta on ohjaustilanteessa vastassa hoitotyön kulttuuri, joka näkyy osaston ilmapiirissä, siisteydessä ja viihtyvyydessä. Fyysinen ympäristö kattaa tilan, jossa ohjaus tapahtuu. Tilan tulee olla sellainen, jossa ohjaus voi tapahtua keskeytyksettä ja siellä on valmiiksi kaikki ohjaamiseen tarvittava materiaali. Psykkisen ilmapiirin tulee olla kiireetön, jotta potilas uskaltaa kysyä häntä mietityttävistä asioista ja tuntee itsenä kunnioitetuksi. Valoisa ja äänieristetty tila rauhoittaa ohjaustilannetta. (Kyngäs ym. 2007, 37–38.) Tutkimuksen mukaan iäkkäät ovat tyytymättömiä ohjaustilanteisiin, joissa ohjaustilanne toteutetaan meluisassa ja liian pienessä tilassa, myös ohjaukseen käytetty aika koettiin liian lyhyeksi (Isola ym. 2007, 56). Toisaalta taas nivelreumaan sairastuneisiin kohdistetussa tutkimuksessa, potilaat kokivat hoitopaikan ilmapiirin myönteiseksi. He kertoivat hoitoyksikössä vallitsevasta omanlaisesta hengestä ja että ympäristön viihtyvyyteen oli kiinnitetty huomiota. (Vihijärvi 2006, 46.) Sosiaalisella ympäristöllä tarkoitetaan potilaan ja hoitajan välistä vuorovaikutusta. Hoitajan tulisi olla lähellä potilasta samassa tasossa hänen kanssaan. (Kyngäs ym. 2007, 37–38.)

3.1.2 Vuorovaikutteinen ohjaussuhde

Vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa on tyypillistä vastavuoroisuus, luottamus, jaettu asiantuntijuus, aktiivisuus, vastuullisuus ja yhteistyö. Ohjaussuhteessa molemmilla osapuolilla niin hoitajalla kuin potilaalla on vastuu ohjausprosessin kulusta, vastuullisuus on siis aktiivista. (Eloranta & Virkki 2011, 54.) Sanallinen viestintä edustaa pientä osaa vuorovaikutuksessa, joten sanattomiin viesteihin on kiinnitettävä huomiota (Hentinen & Kyngäs 2009, 97; Kyngäs ym. 2007, 39). Sanattomia viestejä ovat ilmeet, eleet, teot ja kehon kieli. Niiden avulla ihminen tukee, painottaa, täydentää sekä kumoaa sanallista viestintäänsä. Tyypillistä vuorovaikutteiselle ohjaussuhteelle on hoitajan vastuu vuorovaikutuksesta, kuitenkin niin, että tavoitteista neuvotellaan yhdessä potilaan kanssa. Vuorovaikutuksella on myös rakenne ja tavoite, mutta sen eteneminen on joustavaa. (Kyngäs ym. 2007, 39.) Linnajärven (2010, 31) tutkimuksen mukaan hoitajat arvioivat taidollisista potilasohjausvalmiuksistaan hyviksi vastavuoroisen keskustelun potilaan kanssa sekä potilaan sanattomien viestien havainnoinnin.

Heti kohtaamisen ensihetkillä potilas muodostaa käsityksensä tulevasta ohjaustapahtumasta. Ensikontaktiin on hyvä kiinnittää huomiota, sillä myönteinen ilmapiiri antaa hy-

vän pohjan tulevalle ohjaussuhteelle. (Eloranta & Virkki 2011, 54.) Vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa hoitaja on ammattinsa asiantuntija ja potilas puolestaan oman elämänsä asiantuntija (Eloranta & Virkki 2011, 55; Kyngäs ym. 2007, 39). Edellytys toimivalle ohjaussuhteelle onkin kunnioitus toisen osapuolen asiantuntijuutta kohtaan (Kyngäs ym. 2007, 39).

Vuorovaikutuksen toimivuuteen vaikuttaa osapuolten aito läsnäolo, joka kertoo osapuolten olevan kiinnostuneita toisistaan. Vuorovaikutuksellisessa ohjaussuhteessa hoitajan ja potilaan aito läsnäolo tulee esiin heidän kykynä sulkea mielestään muut asiat ja keskittyä ohjattavaan asiaan. Aitoa läsnäoloa voi ilmaista muun muassa hymyilemällä, myötäilemällä sekä katsekontaktilla. Edetäkseen vuorovaikutuksessa osapuolten tulee tehdä aloitteita kuten kysymyksiä tai kommentteja, johon taas toisen osapuolen on vastattava. Aloitteisiin vastaaminen osoittaa, että toinen pitää asiaa merkityksellisenä ja haluaa jatkaa vuorovaikutusta. (Hentinen & Kyngäs 2009, 98.)

Potilaalle tulee antaa oikeaa tietoa kattavasti, jotta potilas pystyy tekemään päätöksensä sen seuraukset huomioon ottaen. Eri mahdollisuudet tulee myös esittää tasavertaisina, jotta hoitajan johdattelu ei vaikuta potilaan valitsemaan ratkaisuun. (Eloranta & Virkki 2011, 55.) Vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa potilas ja hoitaja pyrkivät yhteisymmärrykseen. Jotta yhteisymmärrykseen päästään, on molempien osapuolten tehtävä tarkentavia kysymyksiä väärinymmärrysten välttämiseksi. (Hentinen & Kyngäs 2009, 99.)

3.1.3 Ohjauksen sisältö

Ohjauksen tulee rakentua asiakkaan oppimistarpeille ja olla potilaslähtöistä. Ohjauksen tulee lähteä potilaan taustatekijöistä, joihin ohjattava asia pohjautuu. (Hentinen & Kyngäs 2009, 82.) Isola ym. (2007, 56) tutkimuksen mukaan iäkkäät potilaan haluavat ohjausta tulevista toimenpiteistä, sairaudestaan ja sen hoidosta, lääkityksestään sekä mahdollisista kelakorvauksista. He haluavat myös konkreettista tietoa liikkumisesta sairaalan sisällä hoitajakson aikana. Noin puolet vastanneista ei koe tarvitsevansa ohjausta sosiaalietuuksista ja tukiryhmistä. Kaakisen (2013, 48) tutkimuksessa tuli vastaavasti ilmi, että 75 % vastaajista ei saanut riittävästi tietoa sosiaalisesta tuesta. Tässä tapauksessa sosiaalinen tuki piti sisällään kuntoutuspalvelut, sosiaalietuudet, tukiryhmät sekä vaikutukset omaisiin. Salminen-Tuomaala ym. (2010, 24) tutkimuksen mukaan vastaa-

jat olivat tyytyväisimpiä saamastaan tiedosta muun muassa tulevista tutkimuksista sekä lääkkeiden vaikutuksista. Tyytymättömiä oltiin puolestaan mahdollisuudesta pitää yhteyttä sairaalan ulkopuolelle.

Itsehoidon onnistumiseksi potilas tarvitsee ohjausta. Potilaan tulee ymmärtää omaan terveyteensä vaikuttavat tekijät sekä se, että omaan terveydentilaan on mahdollista vaikuttaa itselle mielekkäällä tavalla. Jo pienikin muutos voi olla terveyden kannalta merkityksellinen. Potilaan tulee kokea saavutettava hyöty itselleen arvokkaaksi. Jotta muutos olisi pysyvää, tulee ohjausta jatkaa suunnitelmallisesti. (Turku 2007, 26, 48, 78.) Itsehoito pitää sisällään lääkehoidon toteuttamisen annettujen ohjeiden mukaisesti, terveyttä edistävät elintavat ja seurantakäynneistä huolehtimisen. Lisäksi potilaan tulee tarvittaessa seurata oireitaan ja tehdä mittauksia kotiooloissa kuten verenpaineen tai verenokerin mittaamista. (Ahonen ym. 2013, 97.) Edellytyksenä itsehoidolle on potilaan kyky kohdentaa omia voimavarojaan oikein sekä tunnistaa omat rajoitukset ja avun tarpeet (Routasalo, Airaksinen, Mäntyranta & Pitkälä 2009).

3.1.4 Kirjallinen ohjausmateriaali

Nykyään ohjaukselle jää yhä vähemmän aikaa, joten kirjallisten ohjausmateriaalien merkitys korostuu (Hentinen & Kyngäs 2009, 115). Kirjallista ohjausmateriaalia ovat erilaiset kirjalliset ohjeet ja oppaat. Ne voivat olla useampi sivuisia pieniä kirjoja ja oppaita tai yhden sivun mittaisia ohjeita ja lehtisiä. (Kyngäs ym. 2007, 124.) Kirjallisen ohjausmateriaalin tarkoituksena on antaa tietoa sairaudesta ja sen riskitekijöistä, hoidosta ja tutkimuksista sekä toipumisesta (Eloranta & Virkki 2011, 73). Hyvin laadittu, ohjaustilanteeseen sopiva ja yksilöllistä ohjausta tukeva kirjallinen ohjausmateriaali vaikuttaa potilaan hoitoon sitoutumiseen (Hentinen & Kyngäs 2009, 115). Salminen-Tuomaalan ym. (2010, 24–25) tutkimuksen mukaan 90 %:a potilaista pitää kirjallista ohjausmateriaalia välttämättömänä. Etenkin yli 50-vuotiaiden kohdalla kirjallisen ohjausmateriaalin merkitys korostui. Tutkimukseen osallistuneet kokivat kirjallisen materiaalin myös edistävän itseluottamusta kotona selviytymiseen.

Kirjallisen ohjausmateriaalin tulee olla suunnattu potilaalle ja siinä käytetyn kielen tulee tukea tätä. Ohjausmateriaalissa tulee siis käyttää selkeää yleiskieltä, ammattisanastoa välttäen. (Eloranta & Virkki 2011, 74–76.) Kirjasintyyppin ja –koon tulee olla selkeät ja

tarkoituksen mukaiset, esimerkiksi ikääntyneille suunnatussa materiaalissa kirjasinkoon tulee olla riittävän suuri. Ohjattava asia on esitettävä loogisessa järjestyksessä niin, että yhdessä kappaleessa kerrotaan vain yksi asia. Sanojen ja virkkeiden on hyvä olla lyhyitä ja tekstiä voi ryhmittää erilaisilla otsikoilla ja korostuksilla. (Eloranta & Virkki 2011, 75–76; Kyngäs ym. 2007, 126–127.) Kirjallisessa ohjausmateriaalissa suoraan puhuttelu passiivin sijaan on suositeltavaa turhien väärinymmärtämisen estämiseksi (Eloranta & Virkki 2011, 74). Salminen-Tuomaalan ym. (2010, 25) tutkimuksen mukaan 84 %:a vastaajista piti saamiaan kirjallisia ohjausmateriaalejaan selkeinä ja ymmärrettävinä.

Potilaille annettavan kirjallisen ohjausmateriaalin tulee perustua ajantasaiseen ja virheettömään tietoon alueella voimassa olevista hoitokäytännöistä. Sen tulee vastata potilaan tarpeeseen vastaamalla potilaalle kysymyksiin mitä, miksi, milloin ja missä. Myös kirjallisessa ohjausmateriaalissa ohjattava asia tulee perustella, jotta potilas pystyy sisäistämään asian paremmin ja sitoutumaan hoitoonsa. (Eloranta & Virkki 2011, 75–76.) Annettaessa kirjallista ohjausmateriaalia potilaalle, tulee miettiä koska ja missä materiaalin antaa. Kotihoito-ohjeiden kohdalla sopiva ajankohta riippuu ohjattavasta asiasta. Jos asia vaatii harjoittelua, tulee ohje antaa potilaalle riittävän ajoissa. Tosin, jos ohje on suullisen ohjauksen tueksi, voidaan se antaa suullisen ohjauksen yhteydessä. Kirjallisessa ohjausmateriaalissa on hyvä olla tietoa myös mistä potilas voi hankkia lisätietoa tai mihin hän ongelmatilanteissa voi ottaa yhteyttä. (Kyngäs ym. 2007, 125.)

3.2 Nokian terveystieteiden Arviointi- ja kuntoutusosasto

Nokian terveystieteiden Arviointi- ja kuntoutusosastolla on yhteensä 36 potilaspaikkaa. Osastolla toimii kaksi lääkäriä, osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja, sairaanhoitajia, perushoitajia, osastosihteeri ja laitoshuoltajia. Potilaiden lääketieteellisestä hoidosta vastaa ikäihmisten sairauksiin erikoistunut lääkäri eli geriatri. Osastolle tullaan lääkärin läheteellä oman terveystieteiden ensiapuvastaanotolta, erikoissairaanhoidosta, alueen omalääkäriltä tai sovitusti Tampereen yliopistollisesta sairaalasta ja muista hoitopaikoista. Osaston potilaat ovat äkillisesti sairastuneita, aivoverenkiertohäiriöpotilaita, saattohoitopotilaita, moniammatillista geriatriasta arviointia ja kuntoutusta sekä perusterveydenhuollon osastohoitoa tarvitsevia. (Nokian terveystieteiden keskus 2011.)

Hoitotyön periaatteena osastolla on yksilövästainen hoitotyö ja kuntouttava työote. Periaatteiden toteutumisen kannalta on erityisen tärkeää tehdä tiivistä yhteistyötä omaisten, fysioterapeuttien, sosiaalityöntekijöiden, puheterapeuttien, kotihoidon henkilöstön ja muiden sidosryhmien jäsenten kanssa. Hoidon tavoitteena on potilaan sairauksien hoito ja toimintakyvyn edistäminen, jotta potilas selviytyisi omassa kodissaan. Saattohoitopotilaiden kohdalla tavoitteena on mahdollisimman laadukas loppuelämä. (Nokian terveyskeskus 2011.)

3.2.1 Osaston hoitotyön arvot

Nokian terveyskeskuksen Arviointi- ja kuntoutusosaston toiminta perustuu heidän hoitotyönsä arvoihin, jotka ovat: Ihmisen kunnioittaminen, potilas-/asiakaslähtöisyys, perhekeskeisyys sekä ammatillisuus (Arviointi- ja kuntoutusosasto 2013, 4). Arvot kuvaavat henkilön, yhteiskunnan tai organisaation itsensä kokemusta siitä, mikä on arvokasta. Ne ovat pysyviä päämääriä tai ihanteita. Terveystuhoon ohjaavat arvot perustuvat eettiset ohjeet. (Laaksonen, Niskanen, Ollila & Risku 2005, 40–41.)

Osaston arvojen mukaan jokaisella ihmisellä on ainutkertainen ihmisarvo, jota tulee kunnioittaa. Ihmisen kunnioittaminen ohjaa hoitajia kunnioittamaan potilaan yksilöllisyyttä ja itsemääräämisoikeutta. Kunnioituksen tulee näkyä myös suhteessa potilaan omaisiin sekä työyhteisön muihin jäseniin. (Arviointi- ja kuntoutusosasto 2013, 4.)

Potilas-/asiakaslähtöisyyden takana on ajatus potilaan yksilöllisistä voimavaroista ja tarpeista hoitajien toiminnan lähtökohtana. Potilas tulee kohdata tasavertaisena ja häntä tulee auttaa vahvistamalla hänen omia voimavarojaan sekä osaamistaan. Osaston toimintamallina toimii omahoitajuus. (Arviointi- ja kuntoutusosasto 2013, 4.) Omahoitajana voi toimia niin sairaanhoitaja kuin lähihoitajakin. Hän toimii yhdessä potilaan, hänen omaistensa, lääkärin ja muun hoitoryhmän jäsenten kanssa. Omahoitajan tehtävänä on koordinoita ja toteuttaa potilaan hoitoa hoitajakson ajan. (Iivanainen & Syväoja 2011, 435.)

Potilaan hoitoon voidaan ottaa mukaan hänen omaisensa potilaan suostumuksella, jolloin toteutuu perhekeskeisyyden arvo. Tällöin hoitajan tulee toimia yhteistyössä niin potilaan kuin hänen omaistensa kanssa ja heitä tulee tukea hoitoon osallistumisessa.

Potilasta ja hänen omaisiaan tulee ohjata ja neuvoa potilaslähtöisesti. (Arviointi- ja kuntoutusosasto 2013, 4.)

Ammatillisuuden arvon täyttääkseen hoitajan tulee osata soveltaa hoitotyön arvoperustaa ja hoitotyön eettisiä periaatteita omassa toiminnassaan. Hänen tulee ottaa vastuu omasta toiminnastaan ja toimia sovittujen toimintamallien mukaisesti. Potilaat on kohdattava niin, että he kokevat tulleen kuulluiksi ja ymmärretyiksi. Hoitajan toiminnan tavoitteena on luottamuksellinen ja turvallinen hoitosuhde. (Arviointi- ja kuntoutusosasto 2013, 4.)

3.2.2 Geriatriinen kokonaisvaltainen arviointi

Geriatrisessa kokonaisvaltaisessa arvioinnissa ikääntyneen fyysisistä, sosiaalista, psyykkistä ja kognitiivista toimintakykyä arvioidaan kliinisten tutkimuksien rinnalla. Toimintakyvyllä tarkoitetaan, että ihminen selviytyy päivittäisistä toiminnoistaan omassa ympäristössään hänelle tyydyttävällä tavalla. (Voutilainen 2010, 125.) Geriatriinen arviointi on moniulotteista, jota tekee koko hoitohenkilökunta. Geriatriksen arvioinnin apuna käytetään iäkkäille validoituja mittareita (Pitkälä, Valvanne & Huusko 2010, 442). Toimintakyvyn arviointimenetelmien valintaan vaikuttaa asiayhteys, sekä toiminnan tavoitteet ja saatavilla olevat arviointimenetelmät (Heikkinen, Laukkanen & Rantanen 2013, 279). Arvioinnin tavoitteena on saada selville ongelmien aiheuttaja ja siihen ratkaisu selvittämällä, miksi ikääntyneen toimintakyky ei riitä (Tilvis 2010, 87).

Fyysisellä toimintakyvyllä tarkoitetaan selviytymistä päivittäisten toimintojen fyysisistä vaatimuksista. Keskeistä fyysisen toimintakyvyn kannalta on hengitys- ja verenkiertoelimistön, tuki- ja liikuntaelinten sekä aistielinten toimintakyky. (Voutilainen 2010, 125.) Iäkkäiden toimintakyvyn arvioinnissa keskitytään päivittäisiin perustoimintoihin, kuten kotiaskareisiin, pukeutumiseen, peseytymiseen, syömiseen sekä liikkumiseen sisällä ja ulkona (Pitkälä ym. 2010, 438; Voutilainen 2010, 125). Arvioinnissa korostuu toiminnan vajavuus eli negatiivinen lähestymistapa toimintakykyyn. Arviointia tehdessä selvitetään, missä osa-alueissa iäkkään toiminta on vajavaista ja missä hän tarvitsee apua. (Voutilainen 2010, 125.)

Kyky toimia ja olla sosiaalisessa vuorovaikutuksessa yhteiskunnallisesti, yhteisöllisesti ja ihmisten välisesti kuuluvat sosiaaliseen toimintakykyyn (Tiikkainen 2013, 284; Voutilainen 2010, 126). Sosiaalista toimintakykyä arvioidaan sen perusteella, miten iäkäs kokee vuorovaikutussuhteidensa vastaavan tarpeitaan ja odotuksiaan. Kun vuorovaikutussuhteet ovat ristiriidassa ikääntyneen tarpeiden ja odotusten kanssa, hän eristyy sosiaalisesti ja kokee itsensä yksinäiseksi. (Tiikkainen 2013, 287.)

Psyykkiseen toimintakykyyn kuuluvat ikääntyneen elämänhallinta, mielenterveys ja psyykinen hyvinvointi. Myös itsearvostus, mieliala, emotionaaliset voimavarat ja erilaisista haasteista selviäminen kuuluvat psyykkisen toimintakyvyn kokonaisuuteen. Psyykkistä toimintakykyä arvioidessa käytetään apuna erilaisia mittareita, esimerkiksi Geriatric Depression Screening Scale (GDS) sekä muistihäiriöisille soveltuvaa Cornellmittaria ja The Neuropsychiatric Inventory (NPI). (Voutilainen 2010, 126, 134–135.)

Kognitiivisen toimintakyvyn toiminta-alueita ovat päättely- ja muistitoiminnot sekä kielelliset, visuaaliset ja motoriset toiminnot. Kognitiivista toimintakykyä arvioidaan erilaisten testien avulla, kuten MiniMental State Examination (MMSE), Clinical Dementia Rating (CDR) sekä CERAD-tehtäväsarjalla. Mittareilla kerätään tietoa iäkkäältä sekä hänen omaisiltaan. (Voutilainen 2010, 126, 132.)

3.2.3 Geriatriinen kuntoutus

Geriatriinen kuntoutus perustuu toiminnalliseen lähestymistapaan, sillä toimintakyvyn takana on lähes aina jokin sairaus. Geriatriksen kuntoutuksen tarkoituksena on parantaa tai ylläpitää ikääntyneen toimintakykyä edistävää terveyttä. Joissakin tapauksissa kuntoutus voi olla myös ennaltaehkäisevää toimintaa. (Pitkälä ym. 2010, 439.) Tavoitteena on parhaan mahdollisen toimintakyvyn palauttaminen tai säilyttäminen sekä riskitekijöihin puuttuminen ja hyvän elämänlaadun saavuttaminen. Kuntoutuksella pyritään myös ikääntyneen omanarvon tunteen ja itsetunnon säilyttämiseen itsenäisen selviytymisen avulla. (Vähäkangas 2010, 145.) Geriatriinen arviointi, fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky, toiminnan vajaukset, moniammatillinen tiimityö ja voimavara- lähtöiset toimintatavat ovat keskeisiä käsitteitä geriatriisessa kuntoutuksessa (Pitkälä ym. 2010, 439).

Geriatrinen työryhmä, johon kuuluvat lääkärin ja hoitohenkilökunnan lisäksi fysioterapeutti, toimintaterapeutti, sosiaalityöntekijä sekä tarvittaessa erityistyöntekijöitä esimerkiksi puheterapeutti, vastaavat geriatrisesta kuntoutusprosessista. Geriatrinen kuntoutus on aikaa vievää ja vaatii useita kliinisiä uudelleenarviointeja, sillä vanhat sairaudet voivat pahentua tai uusia ilmaantua. (Pitkälä ym. 2010, 444–445.) Kuntoutuksen tavoitteet tulee olla potilaslähtöisiä, yhdessä sovittuja, konkreettisia ja realistisia, jossa päätavoite saavutetaan välitavoitteita asettamalla (Vähäkangas 2010, 147). Tavoitteiden tulee myös olla tarkoituksenmukaisia ongelmiin nähden (Pitkälä ym. 2010, 448). Potilaat tarvitsevat hoitajan apua realististen tavoitteiden asettamisessa sekä aikaa sairauteen sopeutumiseen sekä kuntoutumiseen yksilöllisesti. Luottamuksellinen ja vastavuoroinen hoitosuhde edistää kuntoutumista. (Kaila 2009, 9.)

Geriatrisessa kuntoutuksessa hyödynnetään useita eri tekniikoita, jotka voidaan jakaa koviin ja pehmeisiin tekniikoihin. Koviin tekniikoihin lukeutuvat terapiahenkilöstön teettämät harjoitteet kuten fysioterapia ja puheterapia. Myös lääkkeet ja apuvälineet kuuluvat koviin tekniikoihin. Pehmeisiin tekniikoihin puolestaan kuuluvat esimerkiksi potilaan ohjaaminen, rohkaiseminen ja kuuntelu. (Pitkälä ym. 2010, 448, 450.) Hoitajan tulee antaa ikääntyneelle ymmärrettävästi tietoa hänen tilanteestaan ja kuntoutumisestaan hänen voimavaransa huomioiden (Vähäkangas 2010, 147). Osalle potilaista riittää pelkät pehmeät tekniikat, mutta usein potilaat hyötyvät molemmista (Pitkälä ym. 2010, 448).

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

Tähän opinnäytetyöhön on valittu kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimusmenetelmä ja aineisto on kerätty teemahaastattelua käyttäen. Teemahaastattelulla kerätty aineisto on käsitelty induktiivisella eli aineistolähtöisellä sisällönanalyysillä.

4.1 Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä

Lähtökohtana kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimuksessa on todellisen elämän kuvaaminen ajatuksella, että todellisuus on moninainen ja tavoitteena on tutkia kohdetta kokonaisvaltaisesti (Hirsijärvi, Remes & Sajavaara 2008, 157). Kvalitatiivinen tutkimus keskittyy yksilön tai yksilöiden kokemuksiin, tulkintoihin, käsityksiin sekä vaikutteisiin. Se kuvaa miten ihmiset näkevät asiat ja miksi, perustuen uskomuksiin, asenteisiin ja muuttuviin käytöksiin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 49.) Yleisesti ottaen kvalitatiivinen tutkimus pyrkii enemmän löytämään tai paljastamaan tosiasioita kuin todistamaan jo olemassa olevia väittämiä (Hirsijärvi ym. 2008, 157).

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa korostuvat kolme näkökulmaa tutkimuskohteeseen: konteksti, ilmiön intentio ja prosessi. Kontekstilla tarkoitetaan sitä, että tutkija kuvaa millaisiin yleisiin yhteyksiin tutkittava asia tai ilmiö liittyy. Yleisen asiayhteyden lisäksi tutkijan on kuvattava millainen on tutkimustilanne aineistoa kerätessä. Intentio taas tarkoittaa sitä, että tutkija tutkii millaisia motiiveja tai tarkoituksia kuten liioittelua tai kaunistelua tutkittavan ilmaisuun tai tekemiseen liittyy. Prosessiin sisältyy tutkimusai-kataulu sekä tutkittavan materiaalin määrä. Tutkimusaikataulu rajoittaa kuinka syvälle tutkittavaan asiaan tutkijalla on mahdollista päästä. Pitkässä tutkimusaikataulussa tulee ottaa huomioon olosuhteiden muutokset, kuten kulttuurin ja sosiaalisen verkoston muutokset. (Vilkkä 2005, 99–100.)

Otannon koon kvalitatiivisessa tutkimuksessa määrittää tutkimuksen tarkoitus. Yleensä kvalitatiivisen tutkimuksen otanta on kvantitatiivisen eli määrällisen tutkimuksen otantaa pienempi, sillä kvalitatiivisessa tutkimuksessa keskitytään kokemuksiin ja yksittäisiin tapauksiin eikä tutkittavien yksilöiden määrään. Perusteena osallistujien valinnalla on siis yksilön tiedon määrä. Otannon kokoon vaikuttavat tutkimuksen laajuus, tutkitta-

van ilmiön luonne, aineiston laatu sekä tutkimuksen asetelma. Tutkimusaiheen tarkalla rajaamisella saadaan vähennettyä tarvittavan aineiston määrää. Tutkittavan ilmiön luonteella tarkoitetaan tutkimuksen aiheen selkeyttä. Selkeä ja rajattu aihe helpottaa osallistujien vastaamista ja näin ollen otanta voi olla pienempi, kun yhdeltä osallistujalta saadaan enemmän tietoa kerralla. Laadukasta aineistoa saadaan kerättyä osallistujilta, jotka tietävät tutkittavasta aiheesta ja joilla on aikaa osallistua haastatteluun. Tutkimusasetelman valinnassa on puntaroitava eri asetelmien vahvuudet. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 83–85.)

Otannan valinnassa käytetään pääsääntöisesti kolmea menetelmää: tarkoituksenmukaisista otantaa, verkosto-otantaa sekä teoreettista otantaa. Tutkijan tulee perustella otannan valinta huolella, sillä se on keskeisessä osassa tutkimuksen laatua ja luotettavuutta arvioidessa. Tarkoituksenmukaisessa otannassa tutkija tietoisesti valitsee tietyt osallistujat tai tapahtumat tutkimuksensa aineistoksi. Tällöin tutkija pystyy valitsemaan joukosta ne, jotka tietävät tutkittavasta asiasta paljon. Verkosto-otannassa valitaan ensin tarkoituksenmukainen otanta ja tämän jälkeen otantaa laajennetaan sosiaalisten verkoston avulla. Tällöin tutkija ensimmäisten tiedonantajien avulla tavoittaa lisää tiedonantajia. Teoreettinen otanta on verkosto-otantaa suunnatumpi ja otos perustellaan kirjallisuuteen nojaamalla tai sen avulla pyritään vahvistamaan jo olemassa olevaa teoriaa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 85–86.)

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata potilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta ja tämän takia tutkimusmenetelmäksi on valittu kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä. Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä soveltuu hyvin, kun halutaan tutkia ihmisten kokemuksia, asenteita ja odotuksia. Otanta tätä työtä varten on tarkoituksenmukainen otanta, jotta saataisiin mahdollisimman kohdistettua tietoa. Potilaiden taustoista tai heidän saamastaan ohjauksesta ei ole tietoa ennalta, sillä otanta on ennalta määrätty yhteistyötaholta. Yhteistyötahon kanssa asetettiin otannalle tietyt kriteerit. Ensinnä potilaan tulee olla orientoitunut aikaan ja paikkaan ja näin ollen pois suljettiin mahdollisesti muistisairauksia sairastavat potilaat, jotta saataisiin mahdollisimman luotettavaa materiaalia. Toiseksi potilaan tulisi asua kotona ja selviytyä siellä vähällä ulkopuolisella avulla, jotta ohjauksen merkitys korostuisi. Näiden kriteerien perusteella haastateltavien valinta tapahtuu yhteistyötahon toimesta. Tätä opinnäytetyötä varten on haastateltu kolmea kevään 2014 Nokian terveystieteiden Arviointi- ja kuntoutusosastolla ollutta

potilasta. Kaikki haastatellut potilaat olivat naisia ja jokainen haastateltava oli ollut eri syystä osastohoidossa.

4.2 Aineistonkeruumenetelmä

Kvalitatiivisen tutkimuksen yleisimpiä aineistonkeruumenetelmiä ovat haastattelu, kysely, havainnointi ja dokumenteista peräisin oleva tieto. Näitä eri menetelmiä voidaan käyttää erikseen tai yhdisteltyinä. Tutkimusasetelmasta riippuen käytetään sopivinta aineistonkeruumenetelmää. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 71.)

Haastattelumenetelmiä on kolme: lomakehaastattelu, teemahaastattelu ja syvähaastattelu eli avoin haastattelu (Vilkka 2005, 101). Tutkimuksen luonteesta riippuen valitaan sopivin menetelmä. Tämän opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmänä käytetään teemahaastattelua (liite 1), joten suunnitelma keskittyy siihen. Teemahaastattelu on puoli-strukturoidu haastattelu eli lähellä syvähaastattelua, jota voidaan pitää lomakehaastattelun ja avoimen haastattelun välimuotona. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 74; Hirsijärvi ym. 2008, 203.) Teemahaastattelun ideana on edetä tiettyjen teemojen mukaan, jotka on valittu etukäteen. Näiden teemojen mukaan ja haastateltavan vastauksien perusteella haastattelija voi esittää lisäkysymyksiä kyseiseen teemaan liittyen. Kysymyksien on kuitenkin oltava teemaan liittyviä ja merkityksellisiä tutkittavaan tietoon nähden. Teemat määräytyvät tutkimuksen viitekehyksen mukaan, joten ihan mitä tahansa ei teemahaastattelussa voi kysyä. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 74–75.)

Haastattelua käytetään, kun halutaan tietää, mitä ihminen ajattelee tai miksi haastateltava tekee jonkin asian tietyllä tavalla. Haastattelu kasvokkain on joustavaa, koska haastattelija pystyy oikaisemaan mahdollisia väärinkäsityksiä, selventämään kysymyksen tarkoitusta sekä tarvittaessa toistamaan kysymyksen. Haastattelussa on myös mahdollista haastatella henkilöitä, joilla on ongelmia lukemisen kanssa esimerkiksi vaikeuksia nähdä kirjoitusta tai haastateltavalla on puutteellinen luku- tai kirjoitustaito. Haastattelussa on myös etuna haastateltavan nonverbaalinen havainnointi. Havainnoinnissa haastattelijan on kuitenkin harkittava, aikooko hän käyttää havainnoimalla saatua tietoa tutkimuksessaan. Haastattelun heikkoutena kuitenkin on raha ja aika, koska haastattelu vie haastattelijalta paljon aikaa ja materiaalit ja matkakustannukset voivat olla kalliita. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 73–74.) Haastattelun laadun kannalta on hyvä miettiä, missä

haastattelu toteutetaan. Haastattelupaikaksi on hyvä valita paikka, joka on tuttu haastateltavalle ja ympärillä ei ole ylimääräisiä häiriötekijöitä. Tutussa ympäristössä, esimerkiksi kotona, haastateltava kokee ympäristön turvalliseksi ja varmaksi. (Eskola & Vastamäki 2010, 29–30.)

Teemahaastattelu sopii opinnäytetyön luonteeseen, koska halutaan kuvata potilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta. Haastatteluiden teemat (liite 1) muodostettiin haastateltaville selkeiksi ja loogisiksi. Opinnäytetyötä varten haastateltiin kevään 2014 aikana kolmea Nokian terveystieteiden Arviointi- ja kuntoutusosastolla ollutta potilasta. Osastolla ollessaan potilaille kerrottiin opinnäytetyöstä ja pyydettiin kirjallinen suostumus (liite 2) opinnäytetyöhön osallistumista varten. Suostumuksen yhteydessä potilaat saivat myös kirjallisen saatekirjeen (liite 3) opinnäytetyöstä ja siihen osallistumisesta. Saatekirjeessä osallistujalle kerrottiin teemahaastattelun teemat, jotta osallistuja osaisi valmistautua tulevaan haastatteluun. Haastattelut tehtiin potilaan kotona keskimäärin viikon kuluttua kotiutumisesta. Välipäivien tarkoitus oli antaa potilaalle aikaa miettiä ja havaita mahdollisia puutteita hoitajan antamasta ohjauksesta, joita ei ehkä osastolla vielä tullut ajatelleeksi. Potilaskohteena olivat Arviointi- ja kuntoutusosastolla olleet potilaat, jotka selviytyvät kotona.

4.3 Sisällönanalyysi

Laadullisissa tutkimuksissa perusanalyysimenetelmänä on sisällönanalyysi. Sisällönanalyysi voidaan jakaa induktiiviseen ja deduktiiviseen analyysiin, jotka perustuvat tutkimuksessa käytetyn päättelyn tulkintaan. Sisällönanalyysin avulla aineisto vietään tiiviiseen ja selkeään muotoon, säilyttämällä aineiston informaatio. Sisällönanalyysin tarkoitus on lisätä informaatioarvoa, jotta saatu tieto olisi mielekästä, selkeää ja yhtenäistä. Laadullisessa tutkimuksessa aineisto hajotetaan aluksi osiin, käsitteellistetään ja kootaan uudelleen loogiseksi kokonaisuudeksi, analyysia tehdään siis tutkimusprosessin jokaisessa vaiheessa. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 91–108.)

Koska tässä opinnäytetyössä aineistonkeruumenetelmänä on teemahaastattelu, sisällönanalyysinä käytetään induktiivista eli aineistolähtöistä sisällönanalyysia. Induktiivinen sisällönanalyysi on kolmevaiheinen prosessi: 1) aineiston redusointi eli pelkistäminen,

2) aineiston klusterointi eli ryhmittely, sekä 3) abstrahointi eli teoreettisten käsitteiden luominen. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 108.)

Aineiston redusoinnissa eli pelkistämässä kerätty aineisto, esimerkiksi haastattelu, kirjoitetaan auki eli litteroidaan ja siitä karsitaan tutkimukselle epäolennainen pois (Tuomi & Sarajärvi 2013, 109). Litteroinnissa on tärkeää kirjoittaa haastattelu nauhalta sanatarkasti, se voidaan tehdä koko aineistosta tai valikoiden teemojen mukaan (Hirsjärvi ym. 2008, 217). Osittaista litterointia voidaan käyttää vain, jos aineiston analyysitapa ja -välineet sen sallivat. Haastattelun muuttaminen tekstiksi helpottaa aineiston analysointia, vaikka litterointi prosessina on työläs ja aikaa vievä. (Vilka 2005, 115–116.) Aineiston redusointiin vaikuttaa tutkimustehtävä, jonka mukaan aineisto joko tiivistetään tai pilkotaan osiin. Litteroidusta aineistosta etsitään kuvaavia ilmaisuja, jotka vastaavat tutkimustehtävän kysymyksiin. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 109.)

Aineiston klusteroinnissa eli ryhmittelyssä pelkistetty aineisto käydään tarkasti läpi ja etsitään samankaltaisia asioita kuvaavia käsitteitä. Samankaltaiset käsitteet yhdistetään luokiksi, jotka nimetään sisältöä kuvaavalla käsitteellä, näitä kutsutaan alaluokiksi. Luokittelu perusteena voi olla tutkittavan ilmiön ominaisuus, piirre tai käsitys. Klusteroinnilla luodaan tutkimuksen perusrakenteelle pohja sekä alustavia kuvauksia tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 110.)

Viimeinen vaihe on abstrahointi eli käsitteellistäminen, jossa tutkimuksen kannalta oleellisen tiedon perusteella muodostetaan teoreettisia käsitteitä. Abstrahoinnissa alaluokkia yhdistämällä muodostetaan yläluokkia ja näistä taas pääluokkia. Luokkien yhdistämistä jatketaan niin kauan kuin aineiston sisällön näkökulmasta se on mahdollista. Käsitteiden yhdistämisellä saadaan vastaus tutkimustehtävään. Empiirinen eli kokemusperäinen aineisto siis liitetään teoreettisiin käsitteisiin ja aineistosta muodostettu malli, käsitejärjestelmä, käsitteet tai teemat esitetään tuloksissa. Myös luokat ja niiden sisällöt esitellään tuloksissa. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 111–113.)

Tätä opinnäytetyötä varten tehdyt haastattelut litteroitiin mahdollisimman nopeasti haastatteluiden jälkeen, jolloin haastattelu oli vielä tuoreena mielessä. Nopeassa litteroinnissa nauhoitteet eivät myöskään pääse kerääntymään. Litterointi tapahtui hidastettua nauhaa kuunnellen ja samalla sitä sanasta sanaan auki kirjoittaen. Auki kirjoitettuun haastatteluun merkittiin selvästi kuka minkäkin asian oli sanonut. Haastetta litterointiin

toi haastateltavien toisinaan vaimea tai käheä ääni sekä haastattelijan ja haastateltavan päällekkäin puhuminen. Litterointi oli sisällönanalyysin aikaa vievin vaihe.

Litteroinnin jälkeen auki kirjoitetuista haastatteluista alleviivattiin eri väreillä kaikkiin kolmeen opinnäytetyön tehtävään liittyvät vastaukset. Haastattelut käytiin näin useaan kertaan läpi, jotta varmasti kaikki tarvittava aineisto tuli esille. Nämä vastauksen koottiin paperille tehtäväkohtaisesti ja ilmaukset pelkistettiin lyhyiksi ja kuvaaviksi (liite 4; liite 5; liite 6). Pelkistetyt ilmaukset jaoteltiin ryhmiin. Ryhmittely suoritettiin muutama kertaan eri päivinä, jotta siitä saatiin mahdollisimman selkeä. Ryhmittelyn ylimmät luokat on nimetty opinnäytetyön tehtävien mukaan. Ohjauksen sisällön ja kotona selviytymisen yläluokkiin muodostui vain muutama alaluokka (liite 4; liite 6). Vastavasti ohjauksen kokemuksia käsittelevään pääluokkaan löytyi enemmän vastauksia ja alaluokista on vielä muodostettu yläluokkia (liite 5).

5 TUTKIMUSTULOKSET

Tämän opinnäytetyön tulokset on jaoteltu opinnäytetyön tehtävien mukaisesti. Tulosten selkeyttämiseksi vastaukset on jaettu vielä pienempiin kokonaisuuksiin eli luokkiin. Riippuen vastausten laajuudesta on vastaukset jaoteltu ala- ja yläluokkiin.

5.1 Potilaille annetun ohjauksen sisältö

Haastateltavilta selvitettiin heidän saamansa ohjauksen sisältöä. Haastatteluiden perusteella vastaukset jakaantuivat aihealueiltaan viiteen alaluokkaan (liite 4). Ensimmäinen pitää sisällään hoidolle asetettuja tavoitteita. Haastateltavat kokivat tavoitteiden olevan heidän itsensä asettamia, hoitajien toimesta ei tavoitteita asetettu eikä niistä keskusteltu yhdessä. Yhdessä tapauksessa haastateltava koki lääkärin asettaneen tavoitteet osastohoidolle. Pääsääntöisesti hoidon tavoitteet pitivät sisällään toivomuksen fyysisen kunnon parantumisesta ja ylläpitämisestä. Yksi haastateltava toi ilmi tavoitteen kunnon ylläpitämisestä niin, että järki pysyisi.

Emmä tiä kun onko sillä paljon tavoitteita kun lääkäri määrää melkein ne päivät – –.

No, että tulis vähän parempi kunto. Tietenkin.

Toinen alaluokka muodostui turvallisuuteen ja liikkumiseen liittyvistä asioista. Tämä alaluokka piti sisällään apuvälineiden käytön sekä liikunnan. Yksi haastateltavista toi esiin, että liikkuminen osastolla oli kiellettyä ilman apuvälinettä. Häntä ohjattiin käyttämään rollaattoria osastolla liikkuessaan. Toinen kertoi osastolla järjestettävän kuntoa ylläpitävää jumppaa, josta on ollut hyötyä myös kotona. Jumppaliikkeet käytiin perusteellisesti läpi ja kerrottiin mitä hyötyä liikkeistä on.

– – kyl mä ilman rollaattoriakin käv-kävelen, mutta kun ei, ei saanu mennä ilman rollaattoria.

Lääkitykseen liittyvät asiat koottiin kolmanneksi alaluokaksi. Kahdessa tapauksessa lääkitystä lisättiin. Uusien lääkkeiden annostuksesta tai kestosta ei ollut täyttä selvyyttä ja tähän toivottiin selkeämpiä ohjeita. Kuitenkin kahdessa vastauksessa tuli ilmi, että

alkuperäistä lääkitystä ei tarkistettu. Haastateltavat olisivat halunneet, että lääkitys olisi tarkastettu ja tästä olisi kerrottu heille.

Ni ne tuli, epikriisi ja lääkemääräys ja mitähän siinä oli.

No ei. Mul on ne tavalliset lääkitykset mitä mul on täällä mul on kotonakin täällä dosetissa – –.

Kotiavun tarpeellisuudesta keskusteltiin kaikkien haastateltavien kanssa. Kotiavusta muodostettiin neljäs alaluokka. Tämä alaluokka piti sisällään keskustelun niin kotiavun lisäämisen tarpeesta että kotona selviytymisestä.

Nii semmosia oli kyllä, että pärjäänkö mä kotona, että ku täällä käy kaks kertaa viikossa noi – –.

Haastateltavista vain yksi oli saanut kirjallista ohjausmateriaalia ja ne oli käyty läpi yhdessä hoitajan kanssa. Muut haastateltavat eivät olleet saaneet kirjallista ohjausmateriaalia. Kuitenkin ne, jotka eivät kirjallista materiaalia saaneet, olisivat toivoneet saavansa jonkinlaista tietoa myös kirjallisesti. Muun muassa sairauksien ennaltaehkäisystä toivottiin kirjallisia ohjeita. Viides alaluokka muodostui näihin liittyvistä asioista.

Ainakin jollai sortilla ne, kyllä, kylä siinä hoitaja oli ja esitteli ne paperit justinsa – –.

Ei, ei, ei ollut mitään kirjallista.

No kyllä olis voinu – –.

5.2 Potilaiden kokemukset hoitajan antamasta ohjauksesta

Toinen haastateltavilta selvitetävistä asioista oli heidän kokemuksensa hoitajien antamasta ohjauksesta. Haastateltavien kokemuksista muodostui aihealueeltaan suurin kokonaisuus. Kokemukset ohjauksesta vaihtelivat suuresti. Haastatteluista selvisi, että kokemus ohjauksesta muodostuu monista eri tekijöistä ja tulokset on jaettu näiden mukaan neljään yläluokkaan (liite 5). Luokat pitävät sisällään kokemuksia varsinaisesta ohjaustilanteesta, hoitajien ammattitaidosta, potilaan yksilöllisyydestä sekä ohjauksen ajankäytöstä.

5.2.1 Kokemus ohjaustilanteesta

Ohjaustilanteeseen koottiin haastatteluiden perusteella kolmeen alaluokkaan: ohjauksen ymmärrettävyys, riittävyys ja ohjaustila. Kokemukset ohjauksen ymmärrettävyydestä olivat pääasiallisesti positiivisia. Ohjaus koettiin hyväksi eikä siitä jäänyt epäselvyyksiä. Haastatteluiden perusteella hoitajat perustelivat antamansa ohjauksensa. Kuitenkin ohjaukseen kaivattiin yksinkertaisempaa puhekieltä sekä perusteellisempia vastauksia potilaan esittämiin kysymyksiin.

Ei mulle jääny mitään sillai epäselvyyttä – –.

– – potilas kaipaa niin ku enemmän sitä semmosta yksinkertasta puhekieltä – –.

– – Ei kaikki ollu niin semmosia, kovin hyviä selostajia, ku toiset, toi. Siinä oli vähän, niissä vähän eroa niin ku ihmisissä yleensä on vähän eroa.

Kaikki haastateltavat kokivat saamansa ohjauksen riittäväksi. Ohjauksen riittävyys tuli ilmi siitä, ettei haastateltavalla jäänyt ohjauksesta kysyttävää tai puhuttavaa. Tietoa saatiin ohjauksessa tarpeeksi.

– – ettei mulle jääny mieleen sillälaila mittään, että mitä mä olisin olisin, puhunu.

Vastausten mukaan ohjaus tapahtui pääsääntöisesti potilashuoneessa. Yksi haastateltavista kertoi ohjauksen aikana potilashuoneessa olleen muita potilaita, toinen haastateltava puolestaan kertoi olleensa yksin potilashuoneessa ohjauksen aikana. Potilashuone koettiin ohjaukselle sopivaksi tilaksi, muista potilaista huolimatta. Ohjaus toteutettiin kaikissa tapauksissa yhden hoitajan toimesta.

Omassa huoneessa. – – Oli, oli hyvä.

Nii, ei siel ollu muuta ku mi-minä ja ohjaaja sitten.

5.2.2 Kokemus hoitajien ammattitaidosta

Haastatteluiden perusteella hoitajien ammattitaito jaoteltiin neljään eri alaluokkaan: hoitajien asenne potilasta kohtaan, hoitajien käytös, hoitajien kannustus ja hoitajien lä-

hestyttävyyttä. Kaikki haastateltavat kokivat hoitajien kunnioittavan heitä. Kunnioitus näkyi muun muassa välittämisenä.

Kyllä, kyllä ne välitti. Kyllä mun täytyy sanoa ainakin omalta kohdaltani, että välitti.

Vastausten perusteella kaikki haastateltavat olivat tyytyväisiä hoitajien käytökseen. Hoitajat koettiin miellyttäväiksi ja henkilökunnan toiminnan toivottiin pysyvän ennallaan.

Ihan hyviä. Ihan, ihan ok. – – ihan tyytyväinen oon.

Ihan ookoo. Hyvä kun vaan olis näin.

Haastateltavat kokivat hoitajien kannustuksen eri tavalla. Kaksi haastateltavista koki hoitajat kannustaviksi, etenkin kotona selviytymiseen kannustettiin. Yksi haastateltava ei kokenut saavansa minkäänlaista kannustusta. Haastateltavat toivat myös esiin hoitajien eron kannustuksessa, toiset hoitajat koettiin kannustavammiksi kuin toiset.

Toiset kyllä sillai, siis ka-kannustavia, tietenkin kaikki, mutta toiset oli paremmin vielä.

Ei mitään semmosta, ei.

Haastatteluiden mukaan hoitajat koettiin helposti lähestyttäväiksi. Haastateltavat kertoivat asioiden hoituvan puhumalla. He kertoivat uskaltavansa esittää hoitajille kysymyksiä, sekä pyytää tarvittaessa heiltä apua.

No, tavallaan mä uskalsin kuitenkin, jos mulla oli jotanki, nii mä uskalsin pyytää – –.

Ja tota, että näin hoitu kyllä, kun asioista puhutaan.

5.2.3 Potilaan yksilöllisyyden tunne

Yksilöllisyyden huomioiminen sekä kuulluksi tuleminen kokemus ohjauksessa liitettiin yhdeksi yläluokaksi potilaan yksilöllisyys. Vastaajat kokivat hoitajien huomioineen heidän yksilöllisyytensä ohjauksessa. Potilaan yksilöllisyyden huomioiminen näkyi

haastatteluiden mukaan potilaan virkeyden huomioimisena sekä omatoimisuuteen luottamisena. Aina ohjausta ei koettu yksilölliseksi, esimerkiksi hoitajien toivottiin kysyvän potilaan vointia ja huomioivan sen ohjaustilanteessa.

— — aikalailta ne luotti siihen, että mä oon niin semmonen itsetoiminen — —.

En mä semmosta mitenkään huomannut.

— — ei koskaan tultu kysymään multa, että miten minä voin.

Kysyttäessä, kokivatko haastateltavat hoitajien kuuntelevan heitä, kaksi haastateltavista koki tullessa kuulluksi ohjauksessa. Yhdessä vastauksessa tuli ilmi, että hoitajat eivät kuunnelleet potilasta. Haastateltavan hoitohistorian vuoksi hänelle oli tullut tunne, ettei hänen mielipiteitään enää kuunnella.

Kyllä kuunneltiin, mua ainakin.

— — mulla on aina semmonen tunne ollu pitkän aikaa, että mua ei enää kuunnella.

5.2.4 Kokemus ajankäytöstä

Saatujen vastausten perusteella ohjauksen ajankäyttöön vaikuttivat ohjaukseen varattu aika sekä hoitajien kiireisyyden näkyminen, joista muodostui ajankäytön alaluokat. Toisinaan ohjaukseen oli varattu riittävästi aikaa ja tänä aikana haastateltavat olivat ehtineet kertomaan hyvin asiansa. Toisinaan taas tuotiin vain paperit ja ilmapiiri tuntui kireältä. Näissä tapauksissa vastaajat olisivat toivoneet hoitajilta enemmän aikaa.

Ne toi paperit mulle vaan.

Kyllä se minusta kireetä oli sitten vähän semmosta.

Kaikki haastateltavat kokivat hoitajien olevan kiireisiä. Vastauksissa tuotiin esille hoitajien ohjaavan kiireesti vain tarvittavat asiat ja toisien hoitajien olevan ahkerampia ohjauksen toteuttamisessa kuin toiset. Yksi haastateltava koki, ettei hoitajilta voi kiireen vuoksi vaatia enempää, kuin he nyt tekevät.

Mutta tota, toiset oli vähän ahkerampia työssään ku toiset.

Ei hoitajiltakaan, ei niiltäkään enempää oikeen sovi vaatia, kun tota aina joku kello soi, aina soi.

Ne vaan teki sitä omaa työtänsä ja menivät kiireesti sitten.

5.3 Kotona selviytyminen osastolla olon jälkeen

Lopuksi haastateltavilta selvitettiin heidän kotona selviytymistään osastolla olon jälkeen. Tulokset jaoteltiin aihealueiltaan kolmeen alaluokkaan (liite 6). Ensimmäinen pitää sisällään haastateltavien kokemat muutokset fyysisessä kunnossa. Pääsääntöisesti haastateltavat kokivat fyysisen kunnan parantuneen osastolla olonsa jälkeen. Esimerkiksi liikkuminen yleisesti ja ylösnouseminen ovat olleet helpompaa. Fyysisen kunnan koettiin parantuneen osastolla saamien jumppaliikkeiden ansiosta. Kuitenkin yhdessä vastauksessa tuli ilmi, että kunto on huonontunut osastojakson jälkeen. Yhdessä tapauksessa koettiin myös, että käsiin ei ole tullut voimia toivotulla tavalla.

Vähän paremmin pääsen ylös, ku sillo ku mä sinne menin – –.

On huonompaa, o huonompaa. Kunto on huonontunu. Siittä se huononi. En tiä mitä tapahtu.

Haastateltavat huomasivat muutoksia myös mielialassaan. Haastateltavista kaksi kertoo mielialansa parantuneen osastolla olon jälkeen. Toinen vastaajista kertoo nukkuneensa paremmin ja sitä kautta piristyneensä. Toinen vastaavasti kertoo mielialan virkistyneen yleisesti kotiin päästyään. Näistä muodostui toinen alaluokka.

Mä oon piristynyt ja mä oon saanu nukkua hyvin – –.

Kolmanteen alaluokkaan koottiin haastateltavien kokemukset kotona selviytymisestä osastolla olon jälkeen. Kaksi vastaajista koki selviytyneensä kotona hyvin osastolla vietetyn jakson jälkeen. Yksi vastaajista ei kokenut selviytyvänsä kotona kauhean hyvin. Kuitenkin vastaaja kertoi, ettei olisi selviytynyt kotonakaan.

Kyllä mä oon pärjänny. – – Mulla on ihan eri olo – –.

En, en niin kauhean hyvin. Mut-mutta jotenkin. – – En mä ois kotona pärjännykkä.

6 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Aiheesta riippuen haastateltavien vastaukset saattoivat vaihdella suuresti. Tähän on mahdollisesti vaikuttanut se, että vastaajat olivat olleet osastolla hyvin eri syistä sekä vastaajien yksilölliset erot. Tämän vuoksi ohjauksen tarve ja kokemus siitä ovat olleet hyvin tapauskohtaisia.

6.1.1 Ohjauksen sisältö

Vuorovaikutteisessa potilassuhteessa tavoitteet hoidolle tulisi laatia yhteistyössä potilaan kanssa (Kyngä ym. 2007, 39). Selkeiden, konkreettisten ja saavutettavissa olevien tavoitteiden avulla lisätään potilaan motivaatiota hoitoon sitoutumiseen (Hentinen & Kyngäs 2009, 87–92; Kyngäs ym. 2007, 32–35). Tämän opinnäytetyön tulosten mukaan ohjaukselle asetetut tavoitteet olivat lähinnä potilaslähtöisiä, eikä niistä keskusteltu hoitajien kanssa. Yksi vastaajista koki myös, että tavoitteet oli jo ennalta asetettu lääkärin toimesta. Hieman samaa kertovat tutkimustulokset pitkäaikaissairaiden ohjauksesta, jossa vain puolet vastaajista koki ohjauksen olleen suunnitelmallista (Kaakinen 2013, 48). Tavoitteiden puutteellisuuteen on saattanut vaikuttaa haastateltavien erilainen hoidon tarve. Hoidettaessa potilasta, jolla on tietty sairaus tai vaiva, ei potilas välttämättä osaa hahmottaa hoidon tavoitteita. Osastohoidon mielekkyyden vuoksi potilaiden kanssa tulisi keskustella hoitojakson tavoitteista avoimesti ja niin, että sekä potilas että hoitaja ovat tietoisia asetetuista tavoitteista. Elorannan, Leino-Kilven sekä Katajiston (2014, 68) tutkimuksen mukaan vuonna 2010 hoitajat asettivat ohjaukselle tavoitteet harvemmin kuin vuonna 2001. He myös kertoivat tavoitteista potilaille harvemmin ja antoivat potilaiden kertoa mielipiteensä niistä harvemmin.

Kahdessa tapauksessa tämän opinnäytetyön vastauksissa tuli esiin, että potilaan lääkitystä ei ollut tarkistettu osastolla olon aikana. Kuitenkin kahdessa tapauksessa lääkitystä lisättiin. Tutkimuksen mukaan iäkkäät potilaat kaipaavat tietoa lääkityksestään (Isola ym. 2007, 56). Poiketen tämän opinnäytetyön tuloksista eräässä tutkimuksessa vastaajat olivat olleet tyytyväisimpiä saamaansa tietoon lääkkeidensä vaikutuksista (Salminen-

Tuomaala, ym. 2010, 24). Vaikka haastateltavista kaksi oli kokenut, ettei lääkityksestä keskusteltu osastolla, on lääkitys voitu osastolla tarkistaa heidän tietämättään. Lääkityksen tarkastamisesta tulisi kertoa potilaalle, jotta epäselvyyksiltä lääkehoidon kannalta ei syntyisi. Lisättäessä uusia lääkkeitä, tulisi niiden lisääminen perustella ja kertoa potilaille keskeisimmät vaikutukset.

Kolmesta haastateltavasta vain yksi oli saanut kirjallista ohjausmateriaalia, joka oli käyty läpi yhdessä potilaan ja hoitajan kanssa. Kuitenkin tutkimuksen mukaan 90 %:a potilaista pitää kirjallista ohjausmateriaalia tärkeänä (Salminen-Tuomaala ym. 2010, 24–25). Samaan tulokseen on päätenyt myös Vihijärvi (2006, 43) nivelreumaan sairastuneiden ohjausta käsittelevässä tutkimuksessaan. Tätä tukee myös tässä opinnäytetyössä haastateltavilta esiin tullut toive kirjallisen ohjausmateriaalin saamisesta. Kirjallisen ohjausmateriaalin puuttuminen saattaa johtua potilaan osastolla olo syystä. Etenkin, jos potilaan vaiva on osastolla jo hoidettu, ei hoitajan mielestä kirjallisille ohjeille ole välttämättä ollut tarvetta. Kaikkiin ohjaustilanteisiin ei mahdollisesti ole saatavilla kirjallista ohjausmateriaalia. Kirjalliselle ohjausmateriaalille olisi kuitenkin tarvetta, joten niiden saatavuuteen tulisi kiinnittää huomiota. Tarvittaessa potilaalle voi itse kirjoittaa lyhyet ohjeet mukaan. Kaakisen (2013, 49) tutkimuksessa tuli ilmi yli 60-vuotiaiden olevan tyytymättömämpiä ohjausmateriaaliin kuin heitä nuoremmat vastaajat.

6.1.2 Kokemukset ohjauksesta

Haastatteluissa tuli esille tarve yksinkertaisesta puhekielestä ohjauksessa. Hoitajien tulisi muistaa ohjauksessa käyttää mahdollisimman yksinkertaista yleiskieltä, jotta ohjaus olisi ymmärrettävää ja potilas kokisi ohjauksen mielekkääksi. Monimutkaisten lääketieteellisten termien käyttö saattaa hämmentää etenkin iäkkäämpiä ihmisiä. Potilaat eivät välttämättä uskalla kysyä termien merkitystä, jos hoitaja käyttää sujuvasti lääketieteellisiä termejä. Heille voi tulla tunne, että heidän tulisi tuntea käytetyt termit. Opinnäytetyön tuloksissa kaikki vastaajat olivat saaneet riittävästi ohjausta. Erään tutkimuksen mukaan hoitajat arvioivat potilaiden ohjauksen tarpeen suuremmaksi kuin potilaat itse (Wu ym. 2014, 192).

Tutkimuksen mukaan iäkkäät eivät koe ohjaustilannetta mielekkääksi, jos tila on meluisa ja ahdas (Isola ym. 2007, 56). Opinnäytetyön tulosten perusteella ohjaus on toteutu-

nut lähes poikkeuksetta potilashuoneessa. Kuitenkin edellä mainitusta tutkimuksesta poiketen potilashuone oli koettu ohjaukselle sopivaksi tilaksi. Potilaan ohjaus on haastateltavien kohdalla todennäköisesti tapahtunut hoitotoimenpiteiden aikana, joten ohjaus potilashuoneessa on tällöin ollut tilanteeseen sopiva paikka.

Jotta ohjaussuhde olisi toimiva, on molempien osapuolien kunnioitettava toisiaan (Kyn-gäs ym. 2007, 39). Hoitajan tulee ohjauksessa tarjota potilaalle huomiota ja kunnioitusta (Eloranta & Virkki 2011, 19–20; Kettunen, Laitinen-Väänänen, Mäkelä & Vänskä 2011, 16). Opinnäytetyön perusteella kaikki haastateltavat kokivat hoitajien kunnioittaneen heitä. Haastateltaville kunnioitetuksi tulemisen tunne on tullut hoitajien välittämisestä ja ystävällisyydestä. Potilaan kunnioitetuksi tulemisen tunne edistää myös potilaan käsitystä hoitajan ammattitaidosta ja edesauttaa täten luottamusta. Elorannan ja Virkin (2011, 54) mukaan ensikontaktiin tulee kiinnittää huomiota, sillä silloin potilas muodostaa käsityksensä tulevasta ohjaussuhteesta. Vuorovaikutuksen kannalta aito läsnäolo on tärkeää, sillä se kertoo hoitajan ja potilaan kiinnostuksesta toisiinsa (Hentinen & Kyn-gäs 2009, 98). Yksi Arviointi- ja kuntoutusosaston arvoista on ihmisen kunnioittaminen joten haastatteluiden perusteella osaston arvo toteutuu.

Erilaisiin kokemuksiin kannustamisesta on mahdollisesti osittain vaikuttanut hoitajien erilaiset persoonat. Jokainen hoitajista on erilainen ja toisilta kannustaminen sujuu luonnollisemmin kuin toisilta. Hoitajien eroavaisuudet ovat mahdollisesti vaikuttaneet myös haastateltavien kokemukseen heidän lähestyttävyydestään. Pääsääntöisesti hoitajille uskallettiin esittää kysymyksiä ja tarvittaessa pyytää apua. Myös osastolla olon syy on saattanut vaikuttaa kannustuksen laatuun ja määrään. Potilaan omalla asenteella on varmasti suuri merkitys kannustuksen laatuun ja siihen miten potilas sen kokee. Ammattitaitoinen hoitaja kohtaa kaikki potilaat tasavertaisina ja ohjauksen laatu tulisi olla tasaista hoitajasta ja potilaasta riippumatta. Arviointi- ja kuntoutusosaston arvoissa tuodaan esille ammatillisuus, joten arvon toteutumiseksi tulisi työntekijöiden kiinnittää tähän enemmän huomiota.

Isolan ym. (2007, 56) tutkimuksen mukaan ikäihmiset ovat tyytymättömiä, jos ohjaustilanteelle on varattu liian vähän aikaa. Toisaalta nykyään ohjaukselle on varattu liian vähän aikaa (Hentinen & Kyngäs 2009, 115). Opinnäytetyön tulosten perusteella ohjaukselle oli varattu tarpeeksi aikaa eikä ohjauksen jälkeen jäänyt kysyttävää. Haastateltavat kertoivat kiireen silti näkyvän osaston toiminnassa. Rytminsiirrosta olleita potilaita

tutkittaessa tuli esiin, että potilaat kokevat kiireen vaikuttavan ohjauksen sisältöön ja määrään. Kiireisinä hetkinä koettiin hoitajien ja lääkäreiden antamien ohjeiden olevan ristiriidassa keskenään. (Karvonen 2012, 41.) Kiireen näkyminen saattaa estää potilaita esittämästä hoitajalle kysymyksiä, sillä kokevat vievänsä liikaa hoitajan aikaa tai olevansa vaivaksi. Tämän vuoksi hoitajan tulisi kiireisinä päivinä piilottaa kiireensä potilaan kanssa ollessaan. Kirurgisten potilaiden ohjaustutkimuksessa asiantuntijasairaanhoitajat toivat esiin, että kiireettömyys, rauhallisuus ja potilaan huomioiminen lisäävät potilaan luottamusta (Saarela 2013, 30).

6.1.3 Kotona selviytyminen

Kaksi kolmesta haastateltavasta koki selviytyvänsä kotona paremmin osastohoidon jälkeen. He kokivat sekä fyysisen kunnon että mielialansa parantuneen. Yksi haastateltavista koki yleisesti tullessa huonompaan kuntoon. Itsehoidon onnistumisen kannalta potilas tarvitsee ohjausta. Potilaan on ymmärrettävä terveyteensä vaikuttavat tekijät ja oppia mielekäs tapa pitää huolta siitä. (Turku 2007, 26, 48, 78.) Tutkimuksen mukaan ohjauksella on vaikutusta potilaan itsehoitoon ja asenteisiin. Ohjaus lisää vastuuta itsehoidosta sekä hyvinvoinnin tunnetta ja myönteistä elämänsäntunnetta. (Kaakinen 2013, 49.)

Ohjauksen riittävyden ja kotona selviytymisen kokemukseen vaikuttaa haastateltavan lähtötilanne. Myös se, miten osastolla saatua ohjausta ja hoito-ohjeita on toteutettu kotona, vaikuttaa vahvasti saatuihin tuloksiin. Jotta voidaan varmistua ohjauksen ja jatkohoidon toteutumisesta myös kotona, on ohjausmenetelmien ja terveyden ylläpitämisen oltava mielekästä. Ohjauksen tulisi siis olla vuorovaikutuksellista, jotta myös potilas saisi omat toiveensa kuulluksi. Haastatteluiden perusteella osastolla toteutettu hoito on auttanut haastateltavia selviytymään paremmin kotona.

6.2 Opinnäytetyön eettisyys

Opinnäytetyön eettisyyteen liittyy läheisesti aiheen valinta. Tekijöiden tulee pohtia kehen ehdoilla aihe on valittu ja miksi opinnäytetyön tekoon ryhdytään. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 129.) Tämän opinnäytetyön aihe on lähtöisin työelämän tarpeesta. Aiheeseen

tartuttiin sen mielenkiintoisuuden ja ajankohtaisuuden vuoksi. Potilasohjaus koettiin hoitoon sitoutumisen ja terveyden edistämisen kannalta tärkeäksi.

Eettisyyteen kuuluu selvittää osallistujille heidän vapaaehtoisuutensa tutkimukseen osallistumiseen. Tähän liittyy heidän oikeutensa kieltäytyä tutkimuksesta tai keskeyttää osallistuminen missä vaiheessa tahansa. Tutkimukseen osallistujien tulee saada riittävästi tietoa tutkimuksesta, johon osallistuvat. Riittävä tieto tutkimuksesta pitää sisällään muun muassa tutkimuksen tavoitteet sekä menetelmät. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 131.) Ennen opinnäytetyöhön osallistumistaan, haastateltavat saivat tietoa opinnäytetyön menetelmistä ja tarkoituksesta sekä suullisesti että kirjallisesti saatekirjeen (liite 3) muodossa. Suostumus haastatteluihin (liite 2) pyydettiin kirjallisesti ennen opinnäytetyöhön osallistumista. Haastateltaville painotettiin vapaaehtoista osallistumista ja mahdollisuutta kieltäytyä vielä haastatteluiden alussakin.

Eettisyyden takaamiseksi on huolehdittava osallistujien hyvinvoinnista. Osallistujille ei tule tutkimuksen kustannuksella aiheuttaa vahinkoa tai tarpeetonta haittaa. Tutkimuksen osallistujille mahdollisesti aiheuttamat haitat tulee selvittää etukäteen ja ne on otettava huomioon tutkimusta tehtäessä. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 131.) Opinnäytetyön haastattelut suoritettiin haastateltavien omassa kodissa. Opinnäytetyöhön osallistuessa haastateltaville annettiin mahdollisuus haastatteluiden suorittamiseen myös jossain muualla kuin haastateltavan omassa kodissa. Kaikille haastateltaville oma koti oli kuitenkin sopiva paikka. Haastateltavien oma koti koettiin olevan haastateltaville mahdollisimman stressitön ja vaivaton paikka haastatteluiden suorittamiseen. Toki osa on voinut kokea sen vaivaksi, esimerkiksi ylimääräisen siivoamisen vuoksi, tällaista ei kuitenkaan tullut haastattelutilanteissa esiin. Haastatteluiden aikana varmistettiin haastatteluiden mielekkäys pitämällä keskustelu mahdollisimman luontevana, eikä haastateltavia painostettu vastaamaan kaikkiin kysymyksiin. Myös kysymysten (liite 1) selkeydestä huolehdittiin ja tarpeen vaatiessa niitä vielä tarkenettiin haastattelutilanteessa.

Tekijät ovat vastuussa, että he noudattavat tutkimussopimusta ja lunastavat lupauksensa. Tutkimuksessa saatuja tietoja ei tule luovuttaa ulkopuolisille ja niitä tulee käyttää vain siihen tarkoitukseen kuin on luvattu. Koko tutkimuksen ajan on huolehdittava osallistujien nimettömydestä, ellei toisin ole sovittu. Tämä tulee huomioida myös tulosten esille tuonnissa. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 131; Vilka 2005, 35.) Tätä opinnäytetyötä varten on haettu lupa yhteistyötaholta ja siinä on tuotu esille työn tarkoitus ja menetelmät.

Opinnäytetyö on valmistunut sopimuksen mukaisesti. Haastatteluiden kokoversiot ovat vain tekijöiden tiedossa ja niitä on alusta asti käsitelty nimettöminä. Opinnäytetyön valmistuttua tiedostot on hävitetty asianmukaisesti. Tuloksissa alkuperäisiä ilmauksia on katkaistu, jotta vastaajien henkilöllisyys ei paljastuisi. Haastateltavat ovat olleet tietoisia, että tulokset tullaan käsittelemään nimettöminä eikä heidän henkilötietojaan tuoda missään työn vaiheessa esiin.

Hyvään tieteelliseen käytäntöön kuuluu lähteiden tarkoituksen mukainen käyttö sekä niiden asiallinen merkitseminen. Tähän kuuluu lisäksi aikaisempien tutkimusten kunnioittaminen ja arvostaminen omassa työssään. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 132; Vilka 2005, 30–31.) Tässä opinnäytetyössä lähteisiin on viitattu selkeästi ja asianmukaisesti. Kaikki ulkopuolisista lähteistä otettu tieto on merkitty lähdeviitteillä ja lähteet ovat merkittyinä opinnäytetyön lopussa. Kappaleet on jaoteltu niin, että ulkopuolisista lähteistä otettu tieto olisi selkeästi erotettavissa tämän opinnäytetyön tuloksista ja tekijöiden omista johtopäätöksistä.

6.3 Opinnäytetyön luotettavuus

Tätä opinnäytetyötä varten haastateltiin vain kolmea potilasta, joten vastaukset eivät ole yleistettävissä. Vastaukset kuvaavat hyvin pientä joukkoa osaston potilaista, joten tämä tulee huomioida tuloksia tarkasteltaessa. Kaikki haastateltavat olivat suhteellisen iäkkäitä ja osalla oli taustalla jo useampia sairaalajaksoja. Muistot eri sairaalajaksoista olivat osittain sekoittuneen toisiinsa ja haastatteluiden aikana haastattelija joutui varmistamaan, että kokemukset olivat juuri edelliseltä hoitajaksolta Nokian terveyskeskuksen Arviointi- ja kuntoutusosastolta. Tästä johtuen vastausten analysoinnissa opinnäytetyön vastauksia jouduttiin tarkastelemaan erityisen tarkasti. Haastatteluissa tuli esille aiheen haasteellisuus. Haastatteluissa käytettiin ohjauksäsitteen sijasta neuvontakäsitettä, sillä sen ajateltiin olevan yksiselitteisempi. Kuitenkin haastatteluissa tuli ilmi, että haastateltavat eivät osanneet erotella varsinaista ohjausta hoitotoimenpiteistä. Etenkin ohjaukseen liittyvät subjektiiviset kokemukset kuten yksilöllisyyden kokemukset ja kuulluksi tulemisen tunne olivat haastateltaville haastavia ymmärtää.

Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttavat otannan valinta sekä tutkimuksen kesto. Luotettavuuden kannalta tulee miettiä, millä perusteella haastateltavat valitaan ja miten hei-

hin ollaan yhteydessä sekä montako henkilöä tutkimukseen valitaan. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 140–141.) Tämän opinnäytetyön haastateltavat on valinnut työn yhteistyötaho. Tekijät eivät ole nähneet haastatteluun suostuneiden tietoja ennen valintaa eivätkä ole vaikuttaneet haastateltavien valintaan. Opinnäytetyön luotettavuuden kannalta haastateltaville annettiin muutama päivä aikaa miettiä tulevia haastattelun teemoja kotiutumisen jälkeen. Samalla pidettiin huoli, ettei haastatteluja siirretty liian pitkälle kotiutuksesta, jolloin ohjaus olisi saattanut osittain unohtua.

Luotettavuuden kannalta aineiston keruuta tulee pohtia niin menetelmänä kuin tekniikanakin. Tähän liittyy muun muassa haastattelun toteutus ja muut tekijöiden mielestä tärkeät asiat. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 140.) Tutkijan on pystyttävä perustelevaan sekä kuvaamaan tekemänsä valinnat. Hänen on myös pystyttävä arvioimaan valintojensa tarkoituksenmukaisuutta tutkimuksen tavoitteiden kannalta. (Vilka 2005, 159.) Teemahaastattelun kysymykset rakennettiin opinnäytetyön teorian perusteella ja ovat sitä kautta perusteltuja. Haastateltavilta kysyttiin haastatteluiden yhteydessä esitiedot, joilla ei tehtävien kannalta ole varsinaista merkitystä. Näiden kysymysten tarkoitus oli lievittää jännitystä ja tehdä haastattelusta luontevampaa. Haastatteluiden luotettavuuden kannalta haastattelijana toimi kaikissa haastatteluissa sama opinnäytetyön tekijä ja toinen tekijöistä toimi havainnoitsijana. Tällä tavalla haastatteluista pyrittiin saamaan mahdollisimman tasalaatuisia ja keskenään vertailukelpoisia. Haastattelijalla ei ole aikaisempaa kokemusta haastattelemisesta, mikä on saattanut vaikuttaa haastatteluiden laatuun. Haastatteluiden aikana haastateltavia ei johdateltu mihinkään toivottuun lopputulokseen. Haastateltavia kannustettiin vastaamaan totuudenmukaisesti, jotta aineistosta saataisiin toivottu hyöty.

Tutkimuksen lukijoille tulee antaa tarpeeksi tietoa, miten tutkimusaineisto on kerätty ja analysoitu, jotta he voivat arvioida tuloksia (Tuomi & Sarajärvi 2013, 141). Opinnäytetyön aineiston kerääminen ja analysointi on kerrottu yksityiskohtaisesti menetelmällisissä lähtökohdissa, jotta lukija pystyy arvioimaan koko opinnäytetyöprosessia. Teoria osassa on käytetty tuoreita ja luotettavia lähteitä, jotta lukija saa kattavasti aiheesta tietoa. Samaa tietoa on haettu useista eri lähteistä luotettavuuden varmistamiseksi.

6.4 Kehittämisehdotukset ja jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyön tuloksia tarkasteltaessa tuli esille suuria eroavaisuuksia vastausten laajuudessa, riippuen mistä syystä haastateltavat olivat osastolla olleet. Ne haastateltavista, jotka olivat olleet osastolla jonkin tietyn sairauden tai vaivan vuoksi, saivat vähemmän ohjausta kuin ne, jotka olivat olleet arviointi- tai kuntoutusjaksolla. Opinnäytetyötä voisi täten kehittää kohdistamalla otanta tiettyyn potilasryhmään kuten niihin, jotka olivat olleet osastolla arviointi- tai kuntoutusjaksolla, jolloin saatu tulos olisi ohjauksen kannalta laajempi ja vastaukset toisiinsa nähden verrannollisempia.

Tässä opinnäytetyössä keskityttiin enemmän saatuun ohjaukseen kuin siihen liittyviin toiveisiin. Jotta osasto voisi hyödyntää opinnäytetyön tuloksia paremmin, tulisi selvittää tarkemmin haastateltavien toiveita ohjauksesta. Ohjauksen hyödyllisyyttä tarkasteltaessa, tulisi tietää kuinka saatuja ohjeita toteutetaan itsenäisesti kotiutumisen jälkeen. Jatkona tälle opinnäytetyölle voisikin selvittää kuinka saatua ohjausta toteutetaan kotona. Selvitettäessä ohjauksen toteutumista, saataisiin tarkempaa tietoa myös sen hyödyllisyydestä potilaalle.

Potilaat kokevat saamansa ohjauksen erilailla kuin ohjausta toteuttavat hoitajat. Jatkotutkimuksena tälle opinnäytetyölle voisikin olla hoitajien kokemukset antamastaan ohjauksesta. Hoitajien antamaa ohjausta voisi tarkastella sekä kyselytutkimuksena suoraan hoitajilta että seurantatutkimuksena. Potilasohjauksessa, etenkin ikäihmisten kanssa, korostuu myös omaisten rooli. Olisikin mielenkiintoista tietää myös potilaiden omaisten kokemuksia ohjauksesta.

LÄHTEET

Ahonen, O., Blek-Vehkaluoto, M., Ekola, S., Partamies, S., Sulosaari, V. & Uski-Tallqvist, T. 2013. Kliininen hoitotyö. Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Arviointi- ja kuntoutusosasto. 2013. Tervetuloa Arviointi- ja kuntoutusosastolle. Tietoa Arviointi- ja kuntoutusosaston toimintaan perehdyttämiseksi. PowerPoint-esitys 5.12.2013. Nokia.

Eloranta, S., Leino-Kilpi, H. & Katajisto, J. 2014. Toteutuuko potilaslähtöinen ohjaus hoitotyöntekijöiden näkökulmasta? *Hoitotiede* 26 (1), 63–73.

Eloranta, T. & Virkki, S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Eskola, J. & Vastamäki, J. 2010. Teemahaastattelu: opit ja opetukset. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.) Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Metodien valinta ja aineistonkeruu: virikkeitä aloittelevalle tutkijalle. 3. uudistettu ja täydennetty painos. Jyväskylä: PS – kustannus. 26–44.

Heikkinen, E., Laukkanen, P. & Rantanen, T. 2013. Toimintakyvyn käsitteet ja arvioinnin evoluutio ja kehittämistarpeet. Teoksessa Heikkinen, E., Jyrkämä, J. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. 3. uudistettu painos, 2013. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 278–283.

Hentinen, M. & Kyngäs, H. 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Hirsijärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2008. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Iivanainen, A. & Syväoja, P. 2011. Hoida ja kirjaa. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Isola, A., Backman, K., Saarnio, R., Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2007. Iäkkäiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta erikoissairaanhoidossa. *Hoitotiede* 19 (2), 51–62.

Kaakinen, P. 2013. Pitkäaikaissairaiden aikuisten ohjauksen laatu sairaalassa. Oulun yliopisto. Terveystieteiden laitos. Väitöskirja.

Kaila, A. 2009. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen ja hänen omaisensa tukeminen ja ohjaus hoitotyössä – metasynteesi. *Hoitotiede* 21 (1), 3–12.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.

Karvonen, K. 2012. Eteisvärinäpotilaiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta päivystyspoliklinikalla sähköisen rytminsiirron yhteydessä. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Pro gradu –tutkielma.

Kettunen, T., Laitinen-Väänänen, S., Mäkelä, J. & Vänskä, K. 2011. Onnistuuko ohjaus? Sosiaali- ja terveystieteiden ohjaustyössä kehittyminen. Helsinki: Edita.

Kyngäs, H., Kukkurainen, M. & Mäkeläinen, P. 2004. Potilasohjaus nivelreumaa sairastavien potilaiden arvioimana. *Hoitotiede* 16 (5), 225–234.

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

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2005. Käsiteanalyysi ohjaus-käsitteestä hoitotieteessä. *Hoitotiede* 17 (5), 250–258.

Laaksonen, H., Niskanen, J., Ollila, S. & Risku, A. 2005. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Helsinki: Edita.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Linnajärvi, U. 2010. Perusterveydenhuollon hoitohenkilökunnan yleiset potilasohjausvalmiudet sekä tiedolliset valmiudet sepelvaltimotautipotilaan ohjauksessa. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.

Nokian terveystieteiden keskus. 2011. Arviointi- ja kuntoutusosasto. Luettu 25.11.2013. http://www.nokiankaupunki.fi/palvelut/perusturva_ja_terveys/terveys/arviointi-ja-kuntoutusosasto/.

Pitkälä, K., Valvanne, J. & Huusko, T. 2010. Geriatriinen kuntoutus. Teoksessa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.) Geriatria. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 438–456.

Routasalo, P., Airaksinen, M., Mäntyranta, T. & Pitkälä, K. 2009. Potilaan omahoidon tukeminen. *Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim* 125 (21), 2351–2359.

Saarela, K. 2013. Kirurgisen potilaan ohjaus asiantuntijasairaanhoitajan kokemana. Tampereen yliopisto. Terveystieteiden yksikkö. Pro gradu –tutkielma.

Salminen-Tuomaala, M., Kaappola, A., Kurikka, S., Leikkola, P., Vanninen, J. & Paavilainen, E. 2010. Potilaiden käsityksiä ohjauksesta ja kirjallisten ohjeiden käytöstä päivystyspoliklinikalla. *Tutkiva Hoitotyö* 8 (4), 21–28.

Sirkka, J. 2010. Perheiden kokemuksia kotihemodialyysistä ja hoitohenkilökunnalta saamastaan ohjauksesta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.

Tiikkainen, P. 2013. Sosiaalinen toimintakyky. Teoksessa Heikkinen, E., Jyrkämä, J. & Rantanen, T. (toim.) Gerontologia. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 284–290.

Tilvis, R. 2010. Geriatriinen arviointi. Teoksessa Tilvis, R., Pitkälä, K., Strandberg, T., Sulkava, R. & Viitanen, M. (toim.) Geriatria. 2. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 87–94.

Tuomi, J. & Sarajärvi A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 10. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Turku, R. 2007. Muutosta tukemassa. Valmentava elämäntapaohjaus. Keuruu: Edita Publishing Oy.

Vihijärvi, S. 2006. Nivelreumapotilaan ohjaus potilaan ja hänen perheensä näkökulmasta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.

Vilka, H. 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi

Voutilainen, P. 2010. Toimintakyvyn ja voimavarojen arviointi. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.) Gerontologinen hoitotyö. 1.-2. painos. Helsinki: WSOYpro Oy. 124–144.

Vähäkangas, P. 2010. Toimintakykyä edistävä hoitotyö. Teoksessa Voutilainen, P. & Tiikkainen, P. (toim.) Gerontologinen hoitotyö. 1.-2. painos. Helsinki: WSOYpro Oy. 145–157.

Wu, S-F V., Tung, H-H., Liang, S-Y., Lee, M-C. & Yu, N-C. 2014. Differences in the perceptions of self-care, health education barriers and educational needs between diabetes patients and nurses. Contemporary Nurse 46 (2), 187–196.

LIITTEET

Liite 1. Teemahaastattelu

1 (2)

TAUSTATIEDOT

- Kuinka kauan olitte osastolla?
- Montako päivää sitten kotiuduitte?
- Miksi olitte osastolla?
- Miten teitä hoidettiin osastolla?
- Onko teillä näkö- tai kuulorajoitteita?

OSASTOLLA ANNETTU OHJAUS

- Minkälaisia asioita hoitaja neuvoi teille, jotta pärjäisitte kotonanne hoitojakson jälkeen?
 - o Liikkuminen, ravitsemus, lääkitys, apuvälineet
- Minkälaisia ennakkokäsityksiä teillä oli hoitajien antamasta kotona selviytymiseen liittyvästä neuvonnasta?
- Millaiseksi koitte osaston ilmapiirin ja viihtyvyyden?
- Minkälaisessa tilassa hoitaja keskusteli teidän kanssaan kuntoutumisesta?
 - o Oliko tila rauhallinen?
 - o Poistuiko hoitaja kesken keskustelun tilasta esim. hakeakseen jotain?
- Mitä asioita pidätte tärkeänä, jotta pärjätte kotona?
 - o Miten hoitaja auttoi näiden asioiden kohdalla?
- Kysyttiin teiltä / kerroitteko hoitajille mistä tarvitsette lisää tietoa?
 - o Millaisista asioista kysyitte lisätietoa?
- Ymmärsittekö teille neuvotut asiat?
- Minkälaisia tavoitteita te hoitajan kanssa asetitte kuntoutumisellenne?
 - o Minkä aikavälin tavoitteita?
 - o Miten koette asetetut tavoitteet?
- Miten teidän virkeytenne (esim. väsymys ja kivut) otettiin huomioon teitä neuvottaessa?
- Miten hoitaja kannusti teitä kuntoutumaan ja pärjäämään kotona?

(jatkuu)

- Koitteko, että hoitaja oli neuvontatilanteissa vain teitä varten?
 - o Saitteko itse tehdä ja harjoitella, käytettiinkö apuna kuvia tai videoita?
 - o Koitteko tulleenne kuunnelluiksi?
 - o Annettiin teille mahdollisuus esittää kysymyksiä?
 - o Käyttikö hoitaja ymmärrettävää kieltä?
- Koitteko, että hoitaja kunnioitti teitä?
 - o Millä tavalla hoitajan kunnioitus/kunnioittamattomuus näkyi?
- Oliko neuvonnalle varattu tarpeeksi aikaa?
- Oliko teillä osastolla mukana omaisia, kun teitä neuvottiin kotona selviytymiseen liittyvissä asioissa?
 - o Miten koitte omaisten mukana/poissa olon?
 - o Olisitteko halunneet ettei omaisen olisi mukana? / Olisitteko halunneet omaiset mukaan?

- Minkälaista kirjallista materiaalia saitte?
 - o Jos ei, olisitteko halunneet ja minkälaista?
 - o Missä vaiheessa saitte kirjallisen materiaalin?
- Millä tavalla kirjallinen materiaali käytiin hoitajan kanssa läpi?
- Mitä hyötyä teille on ollut kirjallisesta materiaalista?
- Oliko kirjallinen materiaali teistä ymmärrettävää?
- Millä tavalla kirjallista materiaalia voisi kehittää paremmaksi?
- Minkä tahojen yhteystietoja saitte?

KOTONA SELVIYTYMINEN

- Miten olette hyödyntäneet kirjallista materiaalia kotona?
- Miten koette pärjänneenne kotona hoitajakson jälkeen?
- Millaista hyötyä osastolla saamistanne neuvoista on ollut kotona?
- Millaista tietoa olisitte tarvinneet enemmän selviytyäkseen paremmin kotona?

YLEISTÄ KESKUSTELUA HOITAJAN OHJAUKSESTA

- Mitä olisitte toivoneet enemmän hoitajan neuvonnalta osastolla oloaikana?
- Mitä muuta haluaisitte kertoa osastolla tapahtuneesta neuvonnasta?

Liite 2. Suostumus haastateltavaksi

SUOSTUMUS HAASTATELTAVAKSI



Suostun haastateltavaksi Tampereen ammattikorkeakoulun opinnäytetyöhön, joka käsittelee Nokian terveyskeskuksen Arviointi- ja kuntoutusosastolla olleiden potilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta kevään 2014 aikana.

Olen tietoinen, että haastattelu tullaan nauhoittamaan tutkimuksen luotettavuuden vuoksi. Henkilöllisyyteni pysyy salassa ja antamiani tietoja käsitellään luottamuksellisesti.

Olen saanut saatekirjeen ja tutustunut siihen.

Aika ja paikka

Haastateltavan allekirjoitus ja nimenselvennys

Haastateltavan puhelinnumero (Haastattelun ajankohdan ja paikan sopimiseksi)

Liite 3. Saatekirje tutkimukseen osallistuvalla

SAATEKIRJE TUTKIMUKSEEN OSALLISTUVALLE

Arvoisa potilas!



Olemme kaksi sairaanhoitajaopiskelijaa Tampereen ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä, jonka tarkoituksena on kuvata Nokian terveyskeskuksen Arviointi- ja kuntoutusosastolla olleiden potilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta. Opinnäytetyöllä pyritään kehittämään potilaiden saamaa ohjausta ja sitä kautta parantamaan hoitotyön laatua.

Pyydämme Teitä osallistumaan opinnäytetyöhömmme. Opinnäytetyön tutkimusaineisto tullaan keräämään haastattelemalla Arviointi- ja kuntoutusosastolla olleita potilaita. Teidän haastattelunne tullaan toteuttamaan kevään 2014 aikana Teidän kanssanne sovittuna ajankohtana kotonanne. Haastattelut pyritään tekemään noin viikon kuluttua kotiutumisesiänne. Haastattelut tulevat käsittelemään osastolla oloanne, osastolla Teille annettua ohjausta ja neuvontaa sekä Teidän kotona pärjäämistänne osastohoidon jälkeen.

Opinnäytetyön luotettavuuden vuoksi haastattelut tullaan nauhoittamaan, nauhat tulevat vain opinnäytetyön tekijöiden käyttöön. Opinnäytetyön valmistuttua nauhat hävitetään asianmukaisella tavalla. Opinnäytetyöhön osallistuvien henkilöllisyys pidetään salassa ja kerättyjä tietoja käsitellään luottamuksellisesti.

Osallistumalla haastatteluun Teillä on mahdollisuus antaa arvokasta tietoa kokemuksistanne, joiden avulla voidaan kehittää osaston toimintaa potilaiden tarpeita vastaaviksi. Haastatteluun osallistuminen on Teille vapaaehtoista eikä se tule vaikuttamaan saamane hoitoon. Voitte halutessanne keskeyttää opinnäytetyöhön osallistumisenne missä vaiheessa tahansa. Pyydämme Teitä jättämään suostumuslomakkeen täytettynä, allekirjoitettuna ja kirjekuoreen suljettuna hoitajallenne. Lisätietoja voitte kysellä hoitajaltanne.

Kiitämme etukäteen yhteistyöstänne.

Sarina Forsblom

Ida Sydänmaa

Liite 4. Sisällönanalyysi: Ohjauksen sisältö

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	
Tavoitteena parempi kunto	Tavoitteet hoidolle	Potilaille annetun ohjauksen sisältö	
Toivoo järjen pelaavan			
Tulisi parempi kunto			
Tavoitteena parempi liikkuvuus			
Ei ollut tavoitteita			
Toivoo voimien kertymistä			
Tavoitteet asetettiin lääkärin toimesta			
Kulkeminen ilman apuvälineitä oli kiellettyä	Turvallisuus ja liikkuminen		
Lisää jumppaa			
Lääkitystä ei katsottu	Lääkitys		
Lääkitystä ei tarkistettu			
Lääkitystä lisättiin			
Tuli lääkemääräys			
Kotiavun lisäämisestä keskusteltiin	Kotiapu		
Kotona selviytymisestä keskusteltiin			
Kotona tarvittavasta avusta keskusteltiin			
Kirjallista materiaalia ei ollut	Kirjallinen ohjausmateriaali		
Ennaltaehkäisystä ei saatu ohjeita			
Olisi halunnut saada ohjeita			
Ei saanut kirjallista materiaalia			
Kirjallinen materiaali käytiin läpi			

Liite 5. Sisällönanalyysi: Kokemus ohjauksesta

1 (2)

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Päälouokka		
Hoitajat kertoivat asiansa hyvin	Ohjauksen ymmärrettävyys	Kokemus ohjaustilanteesta	Potilaiden kokemukset hoitajan antamasta ohjauksesta		
Toiset hoitajista osasivat vastata kysymyksiin paremmin					
Kaipaa yksinkertaista puhekieltä					
Ohjaus perusteltiin					
Ei jäänyt epäselvyyksiä					
Ohjaus oli hyvää					
Ei jäänyt kysyttävää	Ohjauksen riittävyys	Kokemus hoitajien ammattitaidosta			
Ei jäänyt puhuttavaa					
Sai tarpeeksi tietoa					
Yksi hoitaja kerrallaan	Ohjaustila				
Oltiin yksin hoitajan kanssa					
Ohjauksen aikana oli kolme potilasta huoneessa					
Oma huone oli hyvä ohjaukseen					
Hoitajat välittivät	Hoitajien asenne potilasta kohtaan	Kokemus hoitajien ammattitaidosta			
Koki tullessa kunnioitukseksi					
Hoitajat eivät halveksineet					
Tyytyväinen hoitajien käyttäytymiseen	Hoitajien käytös				
Hoitaja oli miellyttävä					
Osaston toiminta oli hyvää					
Eivät olleet kannustavia	Hoitajien kannustus				
Hoitajat kannustivat					
Osa hoitajista oli kannustavampia					
Hoitajat kannustivat kotona selviytymiseen					
Uskalsi esittää kysymyksiä	Hoitajien lähestyttävyys				
Uskalsi pyytää apua					
Asiat hoituivat puhumalla					

(jatkuu)

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka	Pääloukka
Luottivat omatoimisuuteen	Yksilöllisyyden huomioiminen	Potilaan yksilöllisyyden tunne	Potilaiden kokemukset hoitajan antamasta ohjauksesta
Hoitajat huomioivat virkeyden			
Yksilöllisyys ei näkynyt			
Ei kysytty miten voi			
Hoitajat kuuntelivat	Kokemus kuuluksi tulemisesta		
Koki tulleen kuulluksi			
Hoitajat eivät kuunnelleet			
Ilmapiiri oli kireä	Ohjaukseen varattu aika	Kokemus ajankäytöstä	
Paljon kiirettä			
Ohjaukselle oli varattu riittävästi aikaa			
Tuotiin vain paperit			
Kerkesi kertomaan asiansa			
Tekivät vain mitä tarvitsi	Hoitajien kiireisyyden näkyminen		
Toiset hoitajat olivat ahkerampia työssään			
Hoitajilta ei voi enempää vaatia			
Hoitajat hoitivat välttämättömät ja tarpeelliset asiat			
Tekivät vaan kiireellä oman työnsä			

Liite 6. Sisällönanalyysi: Kotona selviytyminen

Pelkistetty ilmaus	Alaluokka	Yläluokka
Liikkuminen on kevyempää	Muutokset fyysisessä kunnossa	Kotona selviytyminen osastolla olon jälkeen
Ylösouseminen on parempaa		
Kunto on huonontunut		
Mennyt huomattavasti parempaan suuntaan		
Käsiin ei kertynyt voimia		
Kotona on virkistynyt	Muutokset mielialassa	
On piristynyt ja nukkunut hyvin		
Kotona on pärjätty hyvin	Kotona selviytyminen	
Kotona pärjännyt		
Ei ole kauhean hyvin pärjännyt		