
POTILASOHJAUS JA TIEDONSAANTI POTILAIDEN KOKEMANA REUMA- JA MUNUAISTAUTIEN OSASTOLLA

Emma Liuha
Johanna Rautiainen

Opinnäytetyö

Ammattikorkeakoulututkinto



Koulutusala Sosiaali-, terveys- ja liikunta-ala	
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma	
Työn tekijä(t) Emma Liuha, Johanna Rautiainen	
Työn nimi Potilasohjaus ja tiedonsaanti potilaiden kokemana reuma- ja munuaistautien osastolla	
Päiväys 4.4.2011	Sivumäärä/Liitteet 64 / 2
Ohjaaja(t) Lehtori Marja-Anneli Hynynen	
Toimeksiantaja/Yhteistyökumppani(t) Kuopion yliopistollinen sairaala, reuma- ja munuaistautien osasto	
Tiivistelmä	
<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten Kuopion yliopistollisen sairaalan (KYS) reuma- ja munuaistautien osaston potilaat kokivat saamansa hoitajien antaman ohjauksen. Kyselylomakkeen avulla kartoitettiin hoitajien (sairaanhoitajat, lähihoitajat) ohjaustaitoja, saavatko potilaat tarpeitaan vastaavaa tietoa ja ovatko suulliset ja kirjalliset ohjausmenetelmät toimivia. Tutkimuksen teoreettisena viitekehystenä ovat potilasohjaus, reuma ja krooninen munuaisten vajaatoiminta.</p> <p>Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisena eli määrällisenä tutkimuksena. Mittarina oli strukturoitu kyselylomake, joka sisälsi viisi avointa kysymystä. Tutkimus kohdistettiin reuma- ja munuaistauteja sairastaviin potilaisiin. Vastaajien ikä vaihteli 18 vuodesta yli 75 vuotta täytäneisiin. Täytettyjä palauttekyseilyjä jätettiin 37 kappaletta. Analysointi suoritettiin SPSS -tilasto-ohjelman avulla laskemalla aineistosta lukumääriä. Tulokset esitetään sanallisesti, taulukoiden sekä graafisien kuvioiden avulla. Avoimet kysymykset kirjoitettiin auki ja luokiteltiin omiksi ryhmikseen.</p> <p>Kyselylomakkeen tuloksista kävi ilmi potilaiden olevan tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen. Kirjalliset ohjeet ovat koettu hyväksi tiedonsaantitavaksi ja hoitajat ovat toteuttaneet suullista ohjausta pääosin oikeassa kohdassa osastojaksoa ja ohjausympäristö on valittu oikein. Tyytymättömyyttä vastaajien keskuudessa ilmeni siinä, ettei heille ollut kerrottu tarpeeksi sairauden vaikutuksista heidän tulevaisuuteensa. Omaisten mukaan ottamisesta osaksi ohjaustilanteita, enemmistöllä vastaajista ei ollut mielipidettä asiaan. Avoimissa kysymyksissä esille nostettiin, että hoitojaksolla osa potilaista oli kokenut osastolla olevan kiireen ja pohti henkilökunnan riittävyttä. Yleisesti ottaen hoitajia oli kuitenkin helppoa lähestyä ja he varmistivat, että ohjattava on ymmärtänyt ohjauksen.</p> <p>Kuopion yliopistollisen sairaalan reuma- ja munuaistautien osasto voi hyödyntää tutkimustuloksia Hoitotyön kehittäminen 2010 –suunnitelmassaan toimintaansa kehittäessään. Tutkimustuloksia on mahdollista hyödyntää myös muilla terveydenhuollon erikoisaloilla.</p>	
Avainsanat potilasohjaus, potilasohjeet, tiedonsaanti, reumataudit, munuaistaudit	

Field of Study Social Services, Health and Sports			
Degree Programme Degree Programme of Nursing			
Author(s) Emma Liuha, Johanna Rautiainen			
Title of Thesis Patient education and access to information experienced by patients with rheumatic and kidney diseases in the department			
Date	4.4.2011	Pages/Appendices	64 / 2
Supervisor(s) Senior lecturer Marja-Anneli Hynynen			
Project/Partners Kuopio University Hospital, Rheumatic and kidney diseases department			
<p>Abstract</p> <p>The purpose of the study was to determine how the patients in arthritis and renal diseases ward in Kuopio University Hospital experienced the guidance they received from the nurses. With the help of questionnaires we studied the nurses; counselling skills, if the patients received similar information and whether the oral and written control methods work. The theoretical framework are patient education, arthritis and chronic renal failure.</p> <p>The study was conducted as a quantitative research. The measure was a structured questionnaire, which contained five open questions. The study focused on arthritis and kidney disease patients. The respondents' ages ranged from 18 years over 75 years of age. Returned questionnaires were filled with 37 pieces. The analysis was using the SPSS statistical program by adding the file numbers. The results are shown in words, tables and graphic patterns. Open-ended questions were written open and classified into homogeneous fractions.</p> <p>The questionnaire results showed that patients were satisfied with the guidance. Written instructions are perceived by the way of information and the nurses have taken the oral guidance primarily on the proper period and guidance department of the environment has been chosen correctly. Dissatisfaction among respondents revealed the fact that they were not told enough of the effects of their future. According to the introduction into conventional control situations, the majority of respondents had no opinion on the matter. Outstanding issues raised were that in the treatment period the patients had experienced the hurry in the department and considered the adequacy of the staff. Generally speaking, managers, however, were easy to approach and they made sure that the person under guidance.</p> <p>The rheumatic and kidney diseases department of nursing in Kuopio University Hospital can use the results in developing the 2010 plan for developing. These results should be possible to be used in other healthcare specialist areas.</p>			
Keywords Patient education, Patient guide, Access to information, Rheumatic diseases, Kidney diseases			

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO JA TUTKIMUKSEN TARKOITUS	7
2	POTILASOHJAUS.....	9
	2.1.1 Asiakaslähtöinen ohjausprosessi ja taustatekijät	9
	2.1.2 Ohjausmenetelmät	12
2.2	Potilaan ja heidän omaistensa kokemuksia ohjauksesta.....	14
	2.2.1 Ohjauksen sisältö	14
	2.2.2 Kokemuksia annetusta ohjauksesta	15
	2.2.3 Ohjauksen vaikuttavuus	17
	2.2.4 Omaisten kokemuksia ohjauksesta	18
2.3	Hoitajan ohjaustaidot ohjauksessa.....	18
	2.3.1 Vuorovaikutus ohjauksessa	19
	2.3.2 Ohjauksessa kehitystä vaativia alueita	19
3	REUMA JA MUNUAISTAUDIT SAIRAUTENA.....	21
3.1	Reuma sairautena	21
	3.1.1 Nivelreuma ja sen hoito	22
	3.1.2 Nivelreuman omahoito.....	23
3.2	Munuaistaudit sairautena.....	24
	3.2.1 Krooninen munuaisten vajaatoiminta ja sen hoito.....	24
	3.2.2 Kroonisen munuaisten vajaatoiminnan omahoito.....	27
4	TUTKIMUSTEHTÄVÄT	29
5	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN.....	30
	5.1 Tutkimusmenetelmä	30
	5.2 Tutkimuksen luotettavuus	31
	5.3 Kohderyhmä ja aineiston keruu	32
	5.4 Aineiston analysointi.....	32
	5.5 Tutkimusetiikka.....	33
6	TULOKSET	35
	6.1 Vastaajien taustatiedot	35
	6.2 Kokemukset hoitajien antamasta ohjauksesta	35
	6.3 Kokemukset kirjallisista ohjeista.....	37
	6.4 Kokemukset suullisesta ohjauksesta	39
7	POHDINTA.....	41
	7.1 Tulosten tarkastelu	41
	7.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys.....	46
	7.3 Suositukset ja jatkotutkimusaiheet	48
	7.4 Omat oppimiskokemukset ja ammatillisen kasvun kehitys	49

LIITTEET

Liite 1 Saatekirje

Liite 2 Kyselylomake

1 JOHDANTO JA TUTKIMUKSEN TARKOITUS

Potilasohjaus on osa sairaanhoitajan päivittäistä työtä. Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista sanotaan, että potilaalla on oikeus saada tietoa terveydentilastaan ja erilaisista hoitomuodoista, jotka vaikuttavat hänen hoitoonsa. Laki tuo myös esille sen, että terveydenhuollon ammattihenkilön on tietoa antaessaan varmistettava myös tiedon ymmärtäminen potilaalta. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992.) Toteuttaessaan ohjausta sairaanhoitajan tulisi varmistaa jollain tapaa ohjauksen ymmärrettävyys ja annettava potilaalle mahdollisuus kysyä ja nostaa esille asioita, jotka ovat jääneet epäselviksi. Lisäksi hoitajan tulisi ohjeistaa potilasta siitä, minne hän voi ottaa yhteyttä, jos kysymyksiä syntyy osastohoidon jälkeen.

Huolellisesti toteutettu potilasohjaus lisää potilaan tyytyväisyyttä saamaansa hoitoon ja vähentää potilaan pelkoja sairaudesta, tutkimuksista ja tulevaisuudesta. Sairaanhoitajan tulisi toteuttaa potilasohjausta rauhallisessa ympäristössä ja ohjaukseen tulisi varata riittävästi aikaa. Jos ohjausta joudutaan antamaan isoissa potilashuoneissa, tulisi hoitajan turvata potilaan yksityisyys ja mahdollistaa, että potilas uskaltaa kertoa mieltään askarruttavista asioista. Potilasohjausta toteutetaan eri tavoin, yksilöohjauksena ja ryhmissä. Hoitajan tulisi yksilöllisesti, potilaan tarpeet huomioiden valita kullekin potilaalle paras ohjausmenetelmä, ja ottaa potilas aktiivisena ja tasavertaisena osallistujana ohjaustilanteeseen mukaan.

Ohjausta toteuttaessaan sairaanhoitaja voi käyttää tukimateriaalina erilaisia opaslehtisiä ja audiovisuaalisia tallenteita, joista potilas pystyy helposti tarkistamaan asioita myös jälkeinpäin. Opaslehtiset myös tukevat hoitajan ohjausta ja niistä on helppoa tarkistaa, että kaikki tarpeellinen on käyty yhdessä potilaan kanssa läpi.

Aihe opinnäytetyöllemme on tullut Kuopion yliopistollisen sairaalan reuma- ja munuaistautien osastolta keväällä 2010. Osastolla on käytössään potilaspalautejärjestelmä, jossa potilaat voivat halutessaan antaa kirjallista palautetta hoitojaksostaan. Potilaspalautteiden perusteella oli noussut esille, että potilaat ovat yleisesti tyytyväisiä hoitoonsa ja tutkimuksiin, saamaansa kohteluun ja yleiseen viihtyvyyteen reuma- ja munuaistautien osastolla. Palautteista oli käynyt ilmi, että potilaat eivät omasta mielestään saa riittävästi tietoa niistä asioista, mistä he kaipaisivat. Potilaan ohjaaminen

on olennainen osa potilastyytyväisyyttä, jonka vuoksi reuma- ja munuaistautien osasto haluaa selvittää tarkemmin, mistä potilaat haluaisivat saada tietoa osastojaksonsa aikana. Tutkimuksemme on osa Hoitotyön kehittäminen 2010 -suunnitelmaa, koska reuma- ja munuaistautien osasto haluaa kehittää toimintaansa asiakaslähtöisemmäksi ja potilasta palvelevammaksi. Tutkimustulokset tullaan käsittelemään osastokokouksessa, ja niiden pohjalta tehdään suunnitelma, miten toimintaa voidaan muuttaa jatkossa, jotta potilastyytyväisyys tiedonsaannin ja ohjauksen alueilla kasvaisi. (Hoitotyön kehittäminen 2010.)

Tarkoituksena on selvittää potilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta osastojakson aikana. Kyselylomakkeen avulla osastolla hoidossa olevat reuma- ja munuaistauteja sairastavat potilaat voivat antaa anonyymisti palautetta omista kokemuksistaan saamastaan ohjauksesta. Tarkoituksena on selvittää, millaiseksi potilaat ovat kokeneet hoitajilta saamansa ohjauksen ja ohjauksen sisällön ja mikä ohjaustapa on potilaiden arvioimana sopivin. Tavoitteena tutkimuksellamme on, että reuma- ja munuaistautien osaston henkilökunta (sairaanhoitajat, lähihoitajat) pystyisi kehittämään ohjaustaan tutkimuksemme tulosten perusteella. Osaston henkilökunta voi hyödyntää tutkimuksemme tuloksia Hoitotyön kehittäminen 2010 -suunnitelmassaan.

2 POTILASOHJAUS

Potilasohjauksella tarkoitetaan potilaan ohjaamista ja neuvon antamista. Hoitaja tai lääkäri toteuttaa ohjausta yhdessä potilaan kanssa. Ohjauksen tulee olla vuorovaikutteista ja lähteä potilaan sen hetkisistä tarpeista. Ohjaus on rakenteeltaan suunnitelmallisempaa kuin muut keskustelut. Lisäksi ohjaus on tiedon antamista, mutta ei opettamista, jossa hoitaja siirtää vain tietoa potilaalle. Potilasohjauksen tavoitteena on auttaa potilasta omaksumaan hoidon edellyttämää tietoa ja taitoja sekä hoitajan antamaa tietoa, joka tukee potilasta sopeutumaan sairauteensa. Ohjauksen tavoitteena on myös antaa potilaalle valmiuksia osallistua omaan hoitoonsa ja sitä koskevaan päätöksen tekoon. (Kyngäs ym. 2007, 25; Kukkurainen & Kyngäs 2007, 30–31.)

Ohjauksessa ohjaaja perustelee ja tukee tiedon avulla ohjattavan päätöksentekoa. Pitkäaikaisesti sairaiden potilaiden sairauden kanssa selviytyminen edellyttää riittävästi tietoa sairaudesta ja sen hoidosta. Hoidon ohjaus on yksi keskeinen potilashoidon osa-alue. (Kyngäs, Kukkurainen & Mäkeläinen 2004, 226.)

Potilasohjauksella on merkitystä hoidon laatuun ja potilastyytyväisyyteen. Hyvällä potilasohjauksella pyritään edistämään paranemista ja välttymään toipumista hidastavilta tulehduksilta. Kun potilas saa riittävää ohjausta sairaudestaan, se tukee häntä sitoutumaan hoitoonsa ja sopeutumaan sairauteensa. Onnistuneessa vuorovaikutuksessa tapahtuva ohjaus vähentää potilaan sairauden mukanaan tuomaa epävarmuuden tunnetta, ahdistusta ja pelkoa. Sairastuminen voi aiheuttaa potilaalle epätasapainotilan, joka vaikeuttaa ohjauksen ymmärtämistä. (Hämäläinen, Jauhiainen & Jantunen 2010, 10; Ohtonen 2006, 3.)

2.1.1 Asiakslähtöinen ohjausprosessi ja taustatekijät

Asiakslähtöisellä ohjausprosessilla tarkoitetaan asiakkaan ja hoitajan aktiivista ja tavoitteellista toimintaa, joka voidaan prosessin omaisesti jakaa kolmeen pääluokkaan: suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Asiakslähtöisessä ohjausprosessissa asiakas yhdessä hoitajan kanssa arvioi, suunnittelee ja toteuttaa ohjausta. Tarkoituksena on suunnitella ja rakentaa ohjausprosessi, jossa edistetään asiakkaan tietoisuutta omasta toiminnastaan. (Kääriäinen, Lahdenperä & Kyngäs 2005b, 28.)

Suunnitteluvaiheessa hoitaja ja asiakas laativat yhdessä tavoitteita ohjaukselle. Tavoitteiden tulisi lähteä asiakkaan omista tarpeista ja siitä, mitä hän jo tietää, mitä hänen tulisi saada tietää ja mitä hän haluaa tietää. Tavoitteita luodessa määräytyvät asiakkaan ohjaustarpeet. Tavoitteiden tulisi olla realistisia ja lyhyessä ajassa saavutettavia. Tämä lisää asiakkaan motivaatiota hoitoon. (Kääriäinen ym. 2005b, 28.)

Kääriäisen (2008 12–14) mukaan potilaiden taustatekijöiden selvittäminen on yksi tärkeimmistä asioista, joita hoitajan tulisi selvittää ennen potilaslähtöisen ohjauksen toteuttamista. Taustatekijöillä, kuten iällä, sukupuolella, terveydentilalla ja perhetaustalla, on vaikutusta potilaan ohjauksen sisältöön ja tavoitteisiin. Näiden taustatekijöiden perusteella määräytyvät ohjauksen tarpeet.

Ohjaustilanteessa on hyvä huomioida potilaan psyykkisiä ominaisuuksia. Niitä ovat motivaatio, terveysuskomukset ja kokemukset, mieltymykset, odotukset ja tarpeet sekä oppimistyyli ja -valmiudet. Potilaan motivoituminen ohjaukseen vaikuttaa siihen, haluaako hän ottaa tietoa vastaan ja pitääkö hän ohjausta tärkeänä itselleen. Lisäksi hoitajan motivaatiolla on merkitystä potilaan motivoitumiseen ja ohjauksen onnistumiseen. (Kyngäs ym. 2006, 8.)

Terveysuskomukset ja aikaisemmat kokemukset vaikuttavat siihen, miten potilas suhtautuu ohjaukseen. Potilailla voi olla omia mieltymyksiään, joista he eivät välttämättä halua luopua ja näin ohjaus voi olla tehotonta. Näissä tilanteissa on hyvä, että hoitaja on perillä potilaan mieltymyksistä ja pystyy etsimään kompromisseja tilanteisiin. Keskusteleminen potilaan kanssa hänen odotuksistaan on ohjauksen toteuttamisen kannalta tärkeää, koska hoitajalla ja potilaalla voi olla erilaiset näkemykset ohjaustarpeista. (Kyngäs ym. 2006, 8.)

Toteutusvaiheessa hoitajalla on oltava riittävä tietoperusta ohjattavasta asiasta, oppimisen periaatteista ja erilaisista ohjausmenetelmistä. Ohjaustilanne tulisi olla rauhallinen, ja siihen pitäisi varata tarkoituksen mukaiset tilat. Ohjauksen sisällön tulisi olla näyttöön perustuvaa tutkimustietoa. Ohjausmenetelmän tulisi olla asiakkaan oppimista tukevaa. Ohjausta antaessaan hoitajan olisi hyvä muistaa, että yleisimmin ohjauksesta muistetaan ensimmäinen ja viimeinen asia, joka on kerrottu. Ohjausmenetelmiä valittaessa olisi hyvä valita useampia ohjaustapoja. Tämä tukisi myös asiakkaan oppimista. Potilaan ohjaustilanteeseen hoitaja voi tarvittaessa ottaa mukaan potilaan omaisen. (Kukkurainen ym. 2007, 30–31; Kääriäinen ym. 2005b, 29.)

Arviointivaiheella tarkoitetaan hoitajan ja asiakkaan toiminnan edellytysten ja vaikutuksen vertaamista. Arviointia on hyvä tehdä, kun lyhyen aikajakson tavoitteet on saavutettu. Tämä tuo onnistumisen tunnetta asiakkaalle. Lisäksi myös vastoinkäymiä on hyvä pohtia yhdessä. Tällöin hoitaja kannustaa asiakasta jatkamaan rohkaisemalla ja keskustelemalla asioista. (Kääriäinen ym. 2005b, 29.)

Potilaan voimavaraistumista tukevan ohjausmenetelmän on katsottu helpottavan potilaan itseohjautuvuutta, kun potilaalla on ollut tarve muuttaa käyttäytymistään. Alun perin voimavaraistumista tukeva ohjaus on kehitetty avuksi potilaalle, jotta hän voisi asettaa itselleen mielekkäitä ja realistisia tavoitteita. Potilaan voimavaraistumista tukevan ohjausmenetelmän on katsottu olevan käyttökelpoinen etenkin tyypin 2 diabetksen ohjauksessa, koska elintapojen muutosehdotukset liittyvät niin läheisesti potilaan päivittäiseen elämään. Voimavaraistumista tukevan ohjausmenetelmän yhteydessä puhutaan sisäisesti ja ulkoisesti motivoituneista potilaista. Esimerkiksi elintapamuutokset onnistuvat täysin, jos potilas on sisäisesti motivoitunut ja ymmärtää, että painon pudotuksella on todella merkitystä hänelle itselleen. Jos potilas on ulkoisesti motivoitunut, hän voi toimia tietyllä tavalla vain, koska lääkäri on niin määrännyt. (Anderson & Funnell 2009, 277.)

Voimavaraistumista tukevan lähestymistavan tulisi helpottaa ja tukea potilasta. Tämän toimiessa potilas pystyisi pohtimaan kokemuksiaan elämästä esimerkiksi diabetksen kanssa. Onnistuessaan ohjausmenetelmä saa aikaan potilaille positiivisia muutoksia käytöksessä, tunteissa ja asenteissa. Onnistunut itseohjautuminen ohjaa usein potilasta tehostamaan tietoisuuttaan ja ymmärrystään hänen itsehoitoratkaisujen seurauksista. (Anderson & Funnell 2009, 281.)

Voimavaraistuminen on yksi lähestymistapa sairauden hoitoon ja opetukseen muiden ohjaustapojen joukossa, mutta sen katsotaan olevan vaikuttava ja sovelias. Monesti terveydenhuollossa uskotaan käytettävän voimavaraistumista tukevaa ohjausmenetelmää, mutta todellisuudessa menetelmät ovat väärinä ja perustuvat yhteen tai useampaan väärinymmärrettyyn asiaan. Tämän seurauksena voidaan tehdä virheellisiä ratkaisuja voimavaraistumista tukevan lähestymistavan suhteen, vaikka itse asiassa päätökset perustuvat väärinymmärryksiin itse voimavaraistumisesta. (Anderson & Funnell 2009, 281.)

2.1.2 Ohjausmenetelmät

Ohjausmenetelmää valittaessa hoitajan tulisi tietää, miten potilas omaksuu asioita ja mikä on ohjauksen päämäärä. Tutkimusten mukaan asiakkaat muistavat 75 % siitä, mitä he näkevät, ja vain 10 % siitä, mitä he kuulevat. 90 % potilaista muistaa, mitä on käyty läpi, kun yhdistetään näkö- ja kuuloaistin käyttäminen. (Kyngäs ym. 2007, 73.)

Potilasohjauksessa käytetyimpiä ohjausmenetelmiä ovat olleet yksilö- ja ryhmäohjaus. Kirjallisia ohjeita on käytetty ohjauksen tukimateriaalina. Yksilöohjauksessa ohjattavan on helpompi havainnoida ohjauksen antajaa. Tällöin ohjaajan on helppo valita, millä tavalla hän lähestyy ohjattavaa ohjaustilanteessa. Yksilöohjauksessa hoitaja pystyy paneutumaan ohjattavan sen hetkisiin ongelmiin. Tällöin hoitaja voi samalla selvittää, minkälainen on potilaan tiedon vastaanottokyky jokaisessa ohjaustilanteessa. Yksilöohjauksen etuna pidetään muun muassa motivaation lisääntymistä. Potilaat voivat aktiivisesti osallistua ohjaukseen. Yksilöohjaukseen on hyvä varata riittävästi aikaa. Kirjalliset ohjeet on koettu hyväksi tueksi ohjaustilanteisiin. Jos ohjaus on jäänyt puutteelliseksi, kirjalliset ohjeet voivat hieman korjata sitä. Lisäksi potilaat voivat kotona ollessaan kerrata kirjallisia ohjeita uudelleen. (Kyngäs ym. 2007, 74; Kyngäs ym. 2004, 226, 233.)

Hoitajan kanssa kahden kesken tapahtuvaa suullista ohjaustilannetta on pidetty todella tärkeänä. Tilanne on koettu yksilöllisenä ja yksityisenä, mikä puolestaan on lisännyt turvallisuuden tunnetta. Toisaalta kehitysideoissa potilaat ovat nostaneet esille ohjaustapojen monipuolistamisen. On toivottu myös ryhmäohjaustilanteita, joissa toiset potilaat voisivat tuoda ilmi sellaisia asioita, mitä ei välttämättä huomaisi itse kysyä. Suullisella yksilöohjauksella on todettu olevan enemmän merkitystä kuin ryhmäohjauksella. Suullisen ja audiovisuaalisen ohjauksen lisäksi on annettu kirjallista ohjausmateriaalia, mikä on tukenut näitä kahta ohjausmuotoa. Osassa tutkimuksista kirjallinen ohjausmateriaali on koettu tärkeimpänä tiedonlähteenä. Toisaalta kirjallinen tietolähde yksinään oli vastanneiden mielestä liian laaja ja vaikea ymmärtää ensimmäisellä kerralla. Lisäksi hoitajan antamaa emotionaalista tukea on jääty kaipaamaan, kun ohjaus on tapahtunut kirjallisia ohjeita tai audiovisuaalisia ohjausvälineitä apuna käyttäen (Kaukonen 2010, 73.) Osassa tutkimuksista taas suullinen yksilöohjaus on ollut parhaiten hallittu ohjausmenetelmä ja menetelmiä, jotka on hallittu huonosti, ei ole käytetty juuri ollenkaan. (Muhonen 2006, 66–69; Sonninen 2006, 52;

Kääriäinen, Kyngäs, Ukkola & Torppa 2005a, 10–15; Kääriäinen & Kyngäs 2005, 208.)

Blek, Kiema, Karinen, Liimatainen & Heikkilä (2007) sekä Kyngäs ym. (2004) ovat saaneet hoitajan kanssa kahden kesken tapahtuvasta ohjauksesta muun muassa seuraavia tuloksia. Ohjaajalla on ollut sekä tiedollisia että taidollisia valmiuksia, ja nämä on koettu vahvuutena. Ohjaus on ollut ymmärrettävää, yksilöllistä ja asianmukaista. Hyvän ohjauksen tunnuspiirteiksi on nostettu asiantuntevuus ja yksilöllisyys. Potilas on tullut kuulluksi ja hänen tarpeisiinsa sekä kysymyksiinsä on vastattu. Tarvittaessa ohjausta on voitu antaa konkreettisesti kädestä pitäen. Ajallisesti on mahdollistettu asioiden omaksuminen ja hoitaja on varmistanut, että saatu ohjaus on myös ymmärretty. Ratkaisevaksi tekijäksi yksilöllisessä ohjauksessa on koettu omahoitaja. (Blek ym. 2007, 9, 11–13; Kyngäs ym. 2004, 230.)

Ryhmäohjauksella tavallisesti tarkoitetaan pitkäaikaista ohjausta, jolla on tavoitteet ja joka on suunnattu tietyille kohderyhmälle. Tarkoituksena on keskustelun, sosiaalisen tuen ja toiminnan avulla vahvistaa potilaan toimintakykyä. Ryhmäohjauksessa vertaistuki on tärkeää. Asiakas pystyy jakamaan omia kokemuksiaan toisten kanssa ja näin lisäämään omaa osaamistaan ja asiantuntevuutta. (Stenbäck 2005, 61.) Ryhmäohjauksen etuna pidetään sitä, että voidaan helposti jakaa tietoa yleisellä tasolla sairaudesta sekä hoidoista. Aikaisemmasta tutkimuksesta (Kyngäs ym. 2004) on käynyt kuitenkin ilmi, että ryhmäohjaukseen ei välttämättä haluta aina osallistua varsinkaan sairauden alkuvaiheessa. (Kyngäs ym. 2004, 226–227.)

Hoitajalla ryhmäohjauksen ohjaajana on vastuu ryhmän toimivuudesta ja turvallisuudesta. Hoitajalla on oltava tarvittavaa tietoa ja osaamista ryhmädynamiikasta, ohjauksesta ja ryhmäilmiöistä. Hänen tulee osata myös tarkkailla ja havainnoida ryhmän tarpeita ja kehitysvaiheita. (Kyngäs ym. 2007, 108.)

Ryhmäohjauksen ongelmina on pidetty liian isoja ryhmäkokoja ja suppeita aihealueita. Toisaalta ryhmäohjauksessa potilas on pystynyt saamaan tukea ja neuvoja toisilta potilailta. Ryhmäohjauksen lisääminen on noussut esille ohjauksen kehittämistavoitteista. Kuitenkin sen pitäisi olla potilaalle vapaaehtoinen ohjaustapa muiden joukossa. Aikaisempiin tutkimuksiin osallistuneiden mielestä ohjaustapoja tulisi monipuolistaa. Esimerkiksi juuri ryhmäohjauksessa potilaat jaettaisiin nuoriin aikuisiin ja ikäihmisiin ja kullekin ikäryhmälle olisi yksilöllistä ohjausta. Puhelinohjausta ja internetin välityksellä tapahtuvaa ohjausta voisi lisätä. Osa tutkittavista on kaivannut sairaanhoitajan pitämiä luentoja. Osa potilaista on kokenut tärkeäksi ryhmäohjauksillat, että he voisivat

tavata vertaisiaan. (Vihijärvi, Koivula & Åstedt–Kurki 2008, 19–20; Kyngäs ym. 2004, 230–233.) Osa potilaista on saanut ohjausta moniammatillisen työryhmän taholta. Tähän moniammatilliseen ryhmään ovat kuuluneet lääkäri, sairaanhoitaja, fysioterapeutti, sosiaalityöntekijä, toimintaterapeutti ja ravitsemusterapeutti. Tutkimukseen osallistuvat ovat arvioineet, että ohjaus on toteutunut hyvin sairaalassa. Pääosin ohjaukseen on oltu tyytyväisiä. (Kantola 2007, 58, 61.)

2.2 Potilaan ja heidän omaistensa kokemuksia ohjauksesta

2.2.1 Ohjauksen sisältö

Hyvän ohjauksen tunnuspiirteitä ovat muun muassa ohjauksen selkeys, riittävyys, kattavuus ja yhteneväisyys. Sisällöltään niukka ohjaus on koettu huonoksi. Potilaat ovat kokeneet saavansa liian vähän tietoa sairauden ennusteesta, hoitoon liittyvistä riskeistä ja toipumisajan kestosta. Sairauden syistä, vaaratekijöistä ja eri hoitovaihtoehtoista on saatu myös liian vähän tietoa. Ohjaus on ollut puutteellista tutkimustulosten ja hoidonjälkeisten ongelmien osalta. Potilaat ovat kokeneet saavansa vähiten ohjausta sosiaalietuuksista ja tukiryhmistä. (Kaukonen 2010, 68.) Blek ym. (2007) tuovat esille sen, että esimerkiksi osa sepelvaltimotautia sairastavista potilaista ei ole saanut ohjausta ollenkaan ruokavaliosta, liikunnasta tai riskitekijöistä (Blek ym. 2007, 9, 11–13). Myös nivelreumapotilailla ohjauksen ruokavaliosta on todettu olevan puutteellista. Näillä potilasryhmillä ravitsemuksen- ja liikunnanohjaus olisi tärkeää potilaan itsehoitoon motivoinninkin kannalta. Lisäksi ohjaus lääkkeitä ja niiden sivuvaikutuksista, seksuaalisuudesta ja henkisestä jaksamisesta on koettu riittämättömäksi. (Kaukonen 2010, 68; Kyngäs ym. 2004, 225, 228–231.)

Mäkeläisen (2009) tutkimuksessa kivun lääkkeettömät hoitomuodot saivat potilaat epävarmoiksi. Toisaalta samassa tutkimuksessa reumapotilaat ovat mielestään saaneet eniten ohjausta lääkehoidosta, verikokeista ja vuosittaisista seurantakontrolleista (Mäkeläinen 2009, 73). Myös leikkauksista, toimenpiteiden komplikaatioista ja apuvälineiden käytöstä on koettu saavan liian vähän tietoa. (Mäkeläinen 2009, 73; Blek ym. 2007, 9, 11–13; Kääriäinen & Kyngäs 2005, 208; Kääriäinen ym. 2005a, 10, 12–14; Kyngäs ym. 2004, 225, 228–231.)

Osa potilaista on pitänyt saamaansa kirjallista tietoa vanhana tai sisällöltään puutteellisenä. On käynyt myös ilmi, että potilaat ovat saaneet ristiriitaista ohjausta, koska tieto eri hoitavien yksikköjen välillä ei aina ole kulkenut. Ohjauksen antajalla ei näin ole ollut aina varmuutta, mitä tietoa toisessa paikassa on jo annettu. Sairauden ja hoidon mukanaan tuomista rajoituksista, jatkohoidosta ja sairauden kanssa selviytymisestä on annettu myös liian vähän ohjausta. Osalle potilaista on kuitenkin annettu ohjausta, miten selviytyä kotona sairauden kanssa. (Kaukonen 2010, 69; Kantola 2007, 60 – 61; Kyngäs ym. 2004, 225, 228–230, 230–233.)

Ohjauksen sisällön etenemiseen on kaivattu usein loogisuutta, ja sairauden ja sen hoidon alkuvaiheessa tietoa sairaudesta pitäisi saada paljon. Sisältöön on muun muassa silloin oltu enimmäkseen tyytyväisiä, kun potilaat ovat saaneet tietoa sairaudestaan ja sen hoidosta. On pohdittu, että potilaat pystyisivät osallistumaan enemmän ohjaukseensa ja kertomaan, mistä he erityisesti haluaisivat tietoa, kun heillä olisi ennalta riittävästi tietoa sairaudestaan ja sen hoidosta. (Kaukonen 2010, 76.) Riittävää ohjausta on koettu saavan myös toimenpiteistä, tutkimuksista ja valmistautumisesta hoitoon. (Kääriäinen ym. 2005a, 10, 12–14; Kääriäinen & Kyngäs 2005, 208; Kyngäs ym. 2004, 228–230.)

2.2.2 Kokemuksia annetusta ohjauksesta

Osassa tutkimuksista on todettu, että hoitajan antama ohjaus on rutiininomaista. Tämä on ollut potilaista turvallista, sillä potilaiden mielestä hoitaja on antanut oikeaa ja tarpeellista tietoa. (Muhonen 2006, 67; Kääriäinen & Kyngäs 2005, 208; Kääriäinen ym. 2005a, 10–15.) Potilaat ovat saaneet ohjausta sekä lääkäriltä että hoitajalta. Ohjauksen on osassa tapauksista koettu olevan potilaslähtöistä. Onnistuneimmiksi osaluokiksi ohjauksessa on koettu kysymysten esittäminen ohjattavalle, kuunteleminen ja ohjaajan ymmärrettävä ilmaisu. Potilaan tarpeet on huomioitu ja ohjausta on annettu siihen, mihin potilaat ovat sitä tarvinneet. Puutteina on taas koettu ohjauksen soveltumattomuus potilaan elämäntilanteeseen sekä omaisten poisjättäminen ohjauksesta. Myös se, ettei ongelmista ole voinut puhua ja ohjeita ei ole perusteltu, on lisännyt tyytymättömyyttä. Osassa tutkimuksista on tuotu esille, että osa potilaista on kokenut, ettei annettu tiedon määrä ole ollut riittävää. Osa taas on todennut, ettei heillä ole ollut mahdollisuutta esittää kysymyksiä kesken ohjauksen vaan ohjauksessa on edetty ohjaajan ehdoilla ja niin kuin hän on suunnitellut. On koettu myös, ettei

potilas ole voinut puhua tunteistaan ohjauksen aikana, vaikka olisi halunnut. Vastajat ovat kokeneet, että sosiaalietuudet ja sosiaalityöntekijän tapaaminen ovat olleet asioita, joista heitä on informoitu liian vähän. (Kääriäinen ym. 2005a, 10–15; Kyngäs ym. 2004, 225, 228–231.) Hoitohenkilökunta ei ole myöskään aina antanut tukea tunteiden käsittelyyn, jotka ovat liittyneet sairauteen. Potilaat ovat kokeneet, etteivät he ole pystyneet puhumaan peloistaan tai käsityksistään sairaudesta. (Mäkeläinen 2009, 73.)

Terveystieteiden tutkimuskeskuksen valmiudet käyttää ohjauksessa apunaan erilaista välineistöä on koettu puutteelliseksi. Ohjaajan tiedot ja taidot on arvioitu kiitettäväksi tai hyväksi, mutta asennoituminen ohjaukseen on ollut huonoa osasta potilaista. Potilaat ovat myös kokeneet ohjauksen toteutettavan kaavamaisesti, eikä vaihtoehtoisia toimintatapoja ole ollut. Kaikki ohjattavista eivät ole saaneet ohjausta edes omalla äidinkielellään. Aikaa ohjaukseen on resursoitu myös liian vähän. Ohjaustilassa on saattanut olla samanaikaisesti useita potilaita, ja potilas on kokenut, ettei yksilöohjaus ole toteutunut silloin. Ohjauksen ajoituksessakin on ollut puutteita. Potilaat ovat kokeneet, että olisivat tarvinneet myös enemmän tietoa kuin mitä he ovat saaneet. Vähäinen ohjaus on taas tehnyt potilaista epävarmoja kotiutusvaiheessa. Osa potilaista on kokenut asiaa tulevan liikaa yhdelle ohjauskerralle. Kaikkea tietoa ei ole pystynyt sisäistämään heti. Toisaalta osa potilaista ei ole saanut minkäänlaista ohjausta hoitajilta, kun heillä on todettu nivelreuma. He ovat kuitenkin olleet tyytyväisiä saamaansa hoitoon. Näiden potilaiden mielestä ohjausta ei vielä tässä vaiheessa ole ehkä tarvittukaan. Osa on taas toivonut, että hoitajat olisivat jakaneet tietoa aktiivisemmin ilman, että ohjattava kysyy. (Vihijärvi ym. 2008, 18–19; Sonninen 2006, 52; Kääriäinen ym. 2005a, 10–15; Kyngäs ym. 2004, 230–231.)

Potilaat ja heidän omaisensa ovat kokeneet ohjauksen ja tiedonsaannin riittämättömiksi. Naispotilaiden tyytymättömyyttä ohjauksen riittämättömyyteen on korostettu. Myös kiireinen ilmapiiri on nostettu haittapuoleksi. Silloin potilaan oma osallistuminen on vaikuttanut siihen, saako hän ohjauksesta riittävästi tietoa. (Blek ym. 2007, 9, 11–13; Kyngäs ym. 2004, 230.)

Kun tutkittavilta potilailta on kysytty kehittämissideoita, he ovat vastanneet, että lähtisivät kehittämään ohjausta resursoimalla ohjaukseen lisää aikaa ja työntekijöitä. Ohjaajan valintamahdollisuuksiin haluttaisiin itse vaikuttaa. Hoitoajan pidentyessä ohjatut asiat jäisivät paremmin mieleen ja epäselviin kohtiin olisi mahdollista palata kysymällä hoitajalta. Lääkärinkierroista luopumista on ehdotettu, sillä ne on koettu turhiksi.

(Kyngäs ym. 2004.) Hoitajakson alkuun ja loppuun on ehdotettu tapaamisia, joissa olisivat läsnä kaikki potilasta hoitaneet tahot ja itse potilas. Tämän tarkoituksena olisi antaa potilaalle kaikki mahdollinen tieto hänen sairauteensa liittyen. (Kyngäs ym. 2004, 230–233.)

Potilailla on myös kokemuksia, että heistä ja heidän kokemuksistaan ei aina olla oltu kiinnostuneita, vaan ohjauksen antajat ovat halunneet tietää enemmän ohjattavan sairaudesta. Kun sairaudesta on annettu asiallista tietoa, se on rauhoittanut potilasta. Osa potilaista on pitänyt rauhoittavana myös puhumista elämäntyytyväisyydestä ja siihen vaikuttavista asioista. Elämäntyytyväisyydestä puhuminen on saanut osan potilaista huomaamaan, että sairaudesta huolimatta heillä on hyviäkin asioita elämässään. Osa on taas kokenut aiheesta puhumisen hankalana eikä ole kokenut, että asia on liittynyt omaan sen hetkiseen tilanteeseen lainkaan. (Sonninen 2006, 52.)

2.2.3 Ohjauksen vaikuttavuus

Ohjauksen vaikuttavuutta arvioitaessa osa potilaista on kokenut, että ohjaus on vaikuttanut paljon. Potilaiden positiivinen asennoituminen hoitoon on kasvanut, heillä on ollut enemmän tietoa ja vastuun ottaminen sairauden hoidosta on lisääntynyt. Toisaalta osa potilaista ei ole itse kokenut olevansa sen motivoituneempi huolehtimaan terveydestään saamansa ohjauksen jälkeen kuin ennen ohjausta. (Kääriäinen ym. 2005a, 10–15; Sonninen 2006, 53.)

Muhosen (2006) mukaan potilaat ovat pitäneet sairaanhoitajan antamaa ohjausta lääkehoidosta tärkeänä. Ohjauksen on todettu tukevan itsehoitoa. Sitoutuminen lääkehoidon toteutukseen kotona on onnistunut kertaamalla annettua ohjausta sairaalassa. Tarvittaessa on etsitty tietoa kirjallisesta ohjeesta. Kun ohjausta on annettu, potilaat ovat hankkineet myös itse lisää tietoa. Ohjauksella on katsottu olevan positiivisia vaikutuksia potilaan terveydentilaan. Potilaan elämänlaatu on kohentunut ja hoitoon sitoutuminen parantunut. Ohjauksella on katsottu myös olevan vaikutuksia itsehoitoon, ja tiedon määrä on kasvanut, kun ohjaus on onnistunut. (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 208; Muhonen 2006, 57, 66–69.)

2.2.4 Omaisten kokemuksia ohjauksesta

Potilaiden omaiset ovat kokeneet saavansa yleensä tarpeidensa mukaista ohjausta ja tukea. Osa on taas kokenut, että ohjausta ja tukea ei ole tullut tarpeeksi. Osalla omaisista on ollut turvattomuuden tunteita. He eivät yleensä ole osallistuneet ohjaustilanteisiin vaan ovat toimineet vain läheisensä kyyditsijänä. Tietoa sairaudesta ja sen hoidosta omaiselle on antanut potilas itse. Omaiset ovat tutkineet myös potilaan saamia oppaita. Omaisia ei myöskään ole ohjeistettu kunnolla, koska he eivät ole tienneet, saavatko mennä ohjaustilanteisiin potilaan mukana. Ryhmäohjauksilla ja ensitietopäivät on koettu paljon aikaa vieväksi. Toisaalta osa omaisista on kokenut kuitenkin tärkeäksi ryhmäohjauksilla tavataksaan vertaisiaan. Osa omaisista on jäänyt myös ohjaustilanteista pois oman terveydentilansa, töiden tai muiden velvollisuuksien vuoksi. Omaiset ovat itse hankkineet vaihtelevasti tietoa. Osa omaisistakaan ei ole kysellyt, miten potilasta on hoidettu. (Vihijärvi ym. 2008, 16–20.)

Vihijärven ym. (2008) mukaan omaiset ovat kertoneet, että ohjauksen ajankohtaa ja erilaisia ohjausmenetelmiä tulisi miettiä potilaan ja omaisen tarpeita vastaavaksi. Lisäksi omaiset ovat toivoneet ohjauksen antajien tarkastelevan sairauteen ja itsehoitoon liittyvää tiedon määrää. Suurin osa omaisista on ilmoittanut tiedoissaan olevan puutteita, ja koko henkilökuntaa on pyydetty järjestämään ohjaustilanteita, joihin omaiset ja itse potilas voisivat osallistua. Omaiset ovat nostaneet vielä toiveissaan esille perheohjauksen ja vertaisryhmien käytön. Omaiset ovat kokeneet, että yhdessä potilaan kanssa heillä olisi mahdollista saada enemmän irti ohjauksesta. (Vihijärvi ym. 2008, 19–20.)

2.3 Hoitajan ohjaustaidot ohjauksessa

Hyvässä potilasohjauksessa hoitaja on muodostanut käsityksen, mitä ohjaus on, miksi ja miten hän ohjaa potilaita ja onko potilaalla vastuu vallinnoistaan. Lisäksi hoitajan tulee tunnistaa, millainen ammatillinen vastuu hänellä on edistää potilaan valintoja. (Kyngäs & Kääriäinen 2006, 9.) Potilasohjauksessa hoitajan rooli on tunnistaa ja arvioida asiakkaan ohjaustarpeita yhdessä ohjattavan kanssa. Potilasohjaus edellyttää hoitajalta riittävää tiedon määrää ohjattavista asioista, ohjauksen rakentumisesta loogisessa järjestyksessä ja ohjauksen käyttämistä yksilöllisesti jokaiselle potilaalle. Hoitajalta edellytetään ohjauksen toteutumisessa ohjaus- ja opetustaitoja sekä läsnäoloa (Kyngäs ym. 2004, 232.)

Hoitajan eettiset lähtökohdat vaikuttavat hoitajan ohjaajana toimimiseen. Tietoisuus terveydenhuollon eettisistä perusteista ja ammattietiikasta antavat hyviä perusteita ohjaukselle sekä auttavat ymmärtämään hoitajan omaa toimintaa ohjaajana. Yhtä oikeaa tapaa ei ohjaustilanteeseen kuitenkaan ole. Tämän vuoksi hoitajan on hyvä työstää omia arvojaan, käsityksiään ja näkemyksiään siitä, miksi ohjaa potilaita. (Kääriäinen 2010, 27.)

2.3.1 Vuorovaikutus ohjauksessa

Hyvä vuorovaikutus ohjaussuhteessa luo luottamusta potilaalle. Hoitajan on hyvä olla ohjaustilanteessa kohtelias, ymmärtäväinen ja tukea antava. Nämä ilmenevät ohjauksessa välittämisenä, avoimuutena, aitoutena, iloisuutena, inhimillisyytenä, ystävällisyytenä ja hyväksyntänä. Ymmärtäminen vuorovaikutussuhteessa on empatiaa, kuuntelemista ja kysymistä. Tukemista ohjauksessa on auttaminen, rohkaiseminen ja vahvistaminen. Vuorovaikutus, jossa potilasta rohkaistaan keskustelemaan, antaa potilaalle mahdollisuuden kysyä. (Kääriäinen 2008, 12.) Kaksisuuntaisella vuorovaikutuksella pyritään rakentamaan ohjaussuhdetta. Kaksisuuntaisella vuorovaikutuksella tarkoitetaan tasa-arvoista vuorovaikutusta, jossa hoitaja ja potilas kunnioittavat toistensa asiantuntijuutta. Tällaista vuorovaikutusta ei synny, jos hoitaja ja potilas eivät ole aktiivisia hoitosuhteessa. (Kynäs ym. 2006, 9; Kääriäinen 2010, 29.)

Jos potilas ei pysty aktiivisesti osallistumaan ohjaukseen, tulee hoitajan ottaa vastuu ja käytävä läpi perusasiat, joita arvioi potilaan tarvitsevan vastatakseen omasta hoidostaan. Potilaan ja hoitajan ollessa aktiivisia ohjaussuhteessa he pystyvät yhdessä suunnittelemaan ohjausprosessin sekä asettamaan tavoitteet ohjaukselle. Ohjaustilanteen tavoitteiden asettamiseen vaikuttavat, mitä potilas tietää ennalta, mitä hänen täytyy tietää ja mitä hän haluaa tietää. Lisäksi hoitajan ja potilaan on hyvä yhdessä arvioida, mikä olisi paras ohjausmenetelmä, jotta potilas omaksuisi parhaiten ohjattavat asiat. (Kynäs ym. 2006, 9; Kääriäinen 2010, 29.)

2.3.2 Ohjauksessa kehitystä vaativia alueita

Sairaanhoitajien ohjaustaitoja on tutkittu melko laajasti. Yleisimmin sairaanhoitajat arvioivat omat ohjaustaitonsa hyväksi. Parhaiten sairaanhoitajat ovat osanneet ohjata potilaita heidän sairauksistaan, hoidoista ja tutkimuksista. Puutteellisinta sairaanhoitajien ohjauksessa on tukeminen vertaistoimintaan, omaisten tukeminen ja ohjaustar-

peiden huomioiminen. Parhaan tuloksen sairaanhoitajat saavat ohjauksessaan potilaan mahdollisuudesta ilmaista tunteitaan ohjaustilanteessa. Vaikka tutkimuksissa on tullut ilmi, että asioiden ymmärtämisen varmistaminen jää melko usein sairaanhoitajilta pois ohjauksessa. Ohjaukseen käytettävä aika ja tilat ovat yleisimmin puutteellisia. (Lipponen 2006, 24.)

Aikaisemmassa tutkimuksessa (Kyngäs ym. 2004) on tullut ilmi, että hoitohenkilökunnan on välillä ollut vaikea arvioida, millaista ohjausta potilas tarvitsee. On käynyt ilmi, että potilaat odottavat enemmän psyykkistä kuin tiedollista tukea. Hoitajien tulisi selvittää, miten potilas jaksaa ja kuinka hän pärjää kotona sairautensa kanssa. Hoitajien kiire heijastuu ohjaustilanteisiin. Potilaat aistivat helposti hoitajan kiireen ja tämän vuoksi voivat jättää kysymättä mieltään askarruttavia kysymyksiä. Puutteiksi hoitajien antamassa ohjauksessa on koettu epätasaisuus, ohjauksen epäjohdonmukaisuus sekä epäyksilöllisyys. (Kyngäs ym. 2004, 232–233.) On myös tullut esille, että usein sairaudesta keskustellaan lääkärikierrolla isoissa potilashuoneissa ja tällöin potilaat eivät uskalla tuoda esille mieltään askarruttavia asioita. Lisäksi hyvin usein hoitajat jättävät potilaille luettavaksi kirjallisia ohjeita, joita potilaat haluaisivat käydä enemmän yhdessä hoitajan kanssa läpi. (Sonninen, Kinnunen & Pietilä 2006, 20.)

3 REUMA JA MUNUAISTAUDIT SAIRAUTENA

Käsitlemme tässä opinnäytetyössämme myös lyhyesti reumaa ja munuaistauteja sairautena, koska suurin osa osaston potilaista sairastaa reuma- ja munuaissairauksia. Ohjauksen kannalta tärkeää on ymmärtää sairauden eri vaiheita, jotta voi tukea potilasta omahoitoon ja taudin etenemisen hidastamiseen.

3.1 Reuma sairautena

Reumasairauksiin kuuluvat tuki- ja liikuntaelimistön toiminnan häiriöt sekä sairaustilat. Reumasairaudet voidaan jakaa kolmeen pääryhmään; tulehdukselliset, degeneratiiviset ja pehmytkudosten reumasairaudet. Tulehduksellisiin tauteihin kuuluu esimerkiksi nivelreuma. Degeneratiivisiin eli rappeuttamiseen liittyviä sairauksia ovat nivelrikko, osteoporoosi ja selkäsairaudet. Pehmytkudossairauksista yleisin on fibromyalagia. Fibromyalagia aiheuttaa kipua lihaksissa ja sidekudoksissa. Nivelreuma, nivelrikko, osteoporoosi ja selkäsairaudet ovat yleisimmät reumasairaudet. (Martio, Karjalainen, Kauppi, Kukkurainen & Kyngäs 2007, 7–8.)

Elimistön immuunijärjestelmä suojelee normaalisti elimistöä tulehduksilta, mutta tulehduksellisessa reumasairaudessa elimistön oma immunologinen puolustusjärjestelmä hyökkää nivelkudosten kimppuun ja aiheuttaa näin tulehduksen nivelessä (Suomen reumaliitto ry 2010). Rappeutumiseen liittyvissä sairauksissa, kuten nivelrikossa, nivelrusto rappeutuu. Tyypillistä on myös nivelruston rikkoutuminen ja häviäminen. (Martio ym. 2007, 445.)

Reumatautien riskitekijöitä tunnetaan melko huonosti, mutta muutamilla tekijöillä epäillään olevan yhteyttä reumaan. Yleisimmät riskitekijät ovat liikapaino, vähäinen liikunta, tapaturmat, raskas ruumiillinen työ, tupakointi ja autolla ajaminen. Reumasairauksien ehkäisyssä tärkeintä ovat terveelliset elämäntavat, jotka edistävät myös tuki- ja liikuntaelimistön terveyttä. (Heliövaara 2007, 14–15; Heliövaara & Puolakka 2007, 17.) Nivelreuma on yksi yleisemmistä reumasairauksista. Siihen sairastuu vuosittain Suomessa noin 1 700 aikuista. Yleisesti sairastuneet ovat 60–70-vuotiaita naisia (Suomen reumaliitto ry 2010.)

3.1.1 Nivelreuma ja sen hoito

Nivelreuma (*arthritis rheumatoides*) on pitkäaikainen yleistauti, jossa nivelkalvo on tulehtunut. Tulehduksen aktiivisuus voi vaihdella ajan mittaan, mutta tauti kestää vuosia. Ajan kuluessa tauti johtaa nivelten tuhoon, virheasentoihin ja toiminnan vauriuksiin. Lisäksi nivelreuma aiheuttaa niveltenulkoisia vaurioita, kuten esimerkiksi reumakyhmyjä, vaskuliitteja ja neuropatiaa. Nivelreuman syntyä ei tunneta. (Isomäki 2002, 152–153.)

Nivelreuman yleisimpiä oireita ovat nivelten turvotus, kipu, aamujäykkyys, ruokahaluttomuus ja painonlasku. Yleisimmin niveloireet alkavat päkiöissä tuntuvana kävelyarkuatena ja sormien nivelten arkuatena ja turvotuksena. Tauti voi alkaa vähin oirein, mutta joskus se voi olla rajuoireinenkin. Rajuoireisen nivelreuman alussa potilaalle voi nousta kuume ja hänellä voi esiintyä voimakasta väsymystä, nivelten turpoamista ja joskus voi olla nivelen ulkoisia tulehduksia. Alusta lähtien voi sairastuneissa nivelissä esiintyä liikerajoituksia, jotka aluksi johtuvat kivusta ja turvotuksista. Myöhemmissä vaiheissa liikerajoitukset johtuvat nivelpintojen syöpymisestä, subluksatioista ja jänneaurioista. (Isomäki 2002, 153–154; Hakala 2007, 325.)

Käden ja ranteen nivelet tulehtuvat lähes aina nivelreumassa. Alussa voidaan todeta pehmeää, aristavaa ja sukkulamaista turvotusta sormien nivelissä. Ranteessa turvotusta esiintyy yleensä kynnärluunpäänseudussa, myös muualla ranteessa voi esiintyä turvotusta. Kun tauti etenee, nivelsiteet repeytyvät ja käteen syntyy tunnusomaisia virheasentoja. Ranteen syöpyessä se pyrkii kääntymään radiaalipuolelle. Ranneluut voivat syöpyä niin paljon, että ranne lyhenee useita senttejä. (Isomäki 2002, 154–156.)

Jalassa nivelten tulehdus on yleistä, mutta se voi olla vaikeaa todeta. Yleensä jalan sairas nivel paljastuu palpoimalla niveltä ja vertaamalla sen paksuutta ja arkuutta toisiinsa. Pitkälle edenneessä nivelreumassa varpaat voivat kääntyä pystyyn vasaravarpaiksi. Varpaissa tulehdukset ovat harvinaisia isovarvasta lukuun ottamatta. (Isomäki 2002, 156–157.)

Isoissa raajanivelissä nivelreumaa voi esiintyä. Yleensä polven niveltulehdukset ovat helppo havaita. Lonkkanivelen tulehdus on usein myöhäisoire. Tulehdus aiheuttaa kipua, joka voi säteillä polven mediaalisivulle ja pakaraan. Ontuminen ja liikerajoitukset ovat yleisimpiä merkkejä tulehduksesta. (Isomäki 2002, 158.)

Nivelreuman hoidon periaatteena on parantaa tulehdus, lievittää kipua, ylläpitää ja parantaa nivelten liikkuvuutta sekä parantaa potilaan sosiaalista tilaa, kuten myös tukea häntä psykologisesti pitkäaikaisen sairauden aiheuttamissa vaikeuksissa. Hoitokeinoina käytetään lääkehoitoa, fysio- ja toimintaterapiaa, niveliä tukevia lastoja, tukisidoksia, apuvälineitä ja leikkaushoitoa. Tautiin ei ole vielä pystytty kehittämään parantavaa hoitoa. Yksinään hoitokeinot ovat melko huonoja, mutta yhdistelemällä niitä voidaan saada hyviä tuloksia aikaan. (Isomäki 2002, 164–165.)

Lisäksi potilaan ohjaus on tärkeä hoitokeino. Ohjauksen tavoitteena on, että potilas saa tietoa sairauden kulusta, omahoidosta, lääkehoidosta, tulehduskipulääkkeiden oikeasta käytöstä ja liikunnasta (Hakala 2007, 338). Nivelreuma on pitkäaikainen sairaus ja se voi vaikuttaa potilaan elämänlaatuun. Ohjauksessa tarkoitus olisi saada potilas oppimaan mahdollisimman paljon omasta sairaudestaan, sen hoidosta ja hoitojen sivuvaikutuksista. Jos potilas havaitsisi itse uuden nivelen turvonneen, hän osaisi hakea oikeaan aikaan nivelinjektion, joka voisi estää vaikean niveltuhon. (Isomäki 2002, 165.)

3.1.2 Nivelreuman omahoito

Liikunnan harrastaminen, fyysisen kunnon ylläpitäminen sekä terveelliset elämäntavat ovat osa hoitoa. Vaikka olisi kyseessä aktiivinen, vaurioittava sairaus, voidaan oireita vähentää liikunnan avulla (Arkela-Kautiainen & Häkkinen 2007, 165).

Fysioterapeutit voivat laatia nivelreumaa sairastavalle oman voimisteluohjelman, jota potilas voi toteuttaa kotona. Voimisteluohjelman tavoitteena on lievittää kipua, lisätä nivelten liikkuvuutta ja ylläpitää lihaskuntoa. Lisäksi omatoimisella voimistelulla pystytään ehkäisemään ja korjaamaan virheasentoja. Fysioterapeutti laatii yksilöllisesti jokaiselle potilaalle oman voimisteluohjelman, ja sitä tarkistetaan ja muutetaan sairauden eri vaiheissa. Potilaan hyvä motivointi voimisteluohjelman suorittamiseen päivittäin on tärkeää. (Mikkelson, Kauppi & Honkanen 2008, 461–463.)

Nivelreumassa on hyvä kiinnittää huomiota ravitsemukseen. Kun elimistössä on tulehdus, aineenvaihdunta kiihtyy ja tällöin energian tarve kasvaa. Proteiinin kulutus

kasvaa tulehduksessa, jolloin nivelreumassa lihakset voivat heikentyä, mitä myös nivelten kipu ja huono toiminta voivat lisätä. Kroonisessa tulehduksessa on muitakin aineenvaihdunnan häiriöitä, jotka johtavat esimerkiksi luuston heikkenemiseen. Reumasairaudessa luuston heikkenemisen ehkäisy on tärkeää jo taudin alkuvaiheessa. (Martio 2007, 210.)

Runsasta kasvisten, marjojen ja hedelmien käyttöä suositellaan reumasairauksissa. Näillä on huomattu olevan hyödyllisiä vaikutuksia nivelreuman oireisiin. Lisäksi nivelreumaa sairastavan kannattaa suosia maitotuotteita, kananmunaa ja kalaa, koska nämä sisältävät reumasairauden kannalta tärkeitä ravintoaineita, kuten proteiinia, kalsiumia ja D-vitamiinia. (Helminen & Herranen-Kallio 2007, 218.)

3.2 Munuaistaudit sairautena

Kroonisessa munuaisten vajaatoiminnassa potilasohjauksen merkitys korostuu, koska sairaus on usein pitkäaikainen ja vaikuttaa potilaan elämään huomattavasti verrattuna akuuttiin munuaisten vajaatoimintaan. Luku käsittelee myös konservatiivisia hoitomuotoja ja ohjauksen merkitystä ruokavalion ja liikunnan toteutuksessa. Aktiivihoidoja, kuten dialyysihoitoa ja munuaisensiirtoa, ei luvussa käsitellä, koska reuma- ja munuaistautien osasto ei ole varsinainen dialyysiosasto ja munuaisensiirtopotilaat ovat pääosin vain tarkkailussa osastolla tullessaan munuaisensiirtoleikkauksesta Helsingistä.

3.2.1 Krooninen munuaisten vajaatoiminta ja sen hoito

Tavallisimpia kroonisen munuaisten vajaatoiminnan aiheuttajia ovat diabetes, verenpainetauti ja verisuonten kalkkeutuminen. Lisäksi myös kroonista munuaisten vajaatoimintaa aiheuttavat iskeeminen nefropatia, munuaiskerästulehdus eli glomerulonefriitti ja polykystinen munuaisdegeneraatio eli rakkulamunuaistauti. Rakkulamunuaistaudin katsotaan olevan yleisin perinnöllinen tauti, joka aiheuttaa munuaisten vajaatoimintaa. Munuaisten vajaatoimintaan voivat johtaa myös synnynnäiset anatomiset häiriöt muun muassa virtsatie-elimissä. (Munuais- ja maksaliitto ry 2010b, 9; Mustajoki & Saha 2009.)

Kroonisesta munuaisten vajaatoiminnasta puhuttaessa on munuaissairaus kestänyt useimmiten jo kuukausien tai vuosien ajan. Lisäksi kumpikin munuaisten on vaurioitunut ja toimivien nefronien lukumäärä on vähentynyt. Krooninen munuaistauti jaetaan viiteen eri vaiheeseen riippuen siitä, miten paljon glomerulussuodatusta on vielä jäljellä. Vaikka potilaan glomerulussuodatus olisi normaali tai koholla (90–134 ml/min), voidaan jo epäillä munuaisvauriota. Munuaisvauriosta puhutaan, kun glomerulussuodatus on lievästi alentunut (30–59 ml/min). Kohtalaisesti alentuneessa glomerulussuodatuksessa suodatusnopeus on 30–59 ml/min. Uremiaa, jossa glomerulussuodatusta on enää alle 15 millilitraa minuutissa edeltää voimakkaasti alentunut glomerulussuodatus (15–29 ml/min). Elimistö on pystynyt sopeutumaan esimerkiksi häiriöihin aineenvaihdunnassa ja selkeitä oireita ei näin ollen pystytä aina tunnistamaan. Poikkeava virtsalöydös, erilaiset laboratoriotulokset tai ultraäänitutkimuksessa löydetty munuaismuutos voivat herättää epäilyn munuaistaudista. Kohonneen verenpaineen syytä selvitellessä voi taustalta paljastua munuaistauti. (Alahuhta, Hyväri, Linnanvuo, Kylmäaho & Mukka 2008, 36, 38; Munuais- ja maksaliitto ry 2010a.)

Vaikka vajaatoiminnan taustalta löytyy erilaisia munuaistauteja, oireet ja niiden eteneminen ovat usein samankaltaisia. Yksilöllisiä vaihteluita löytyy. (Alahuhta ym. 2008, 36.) Potilaalla voi olla munuaisvaurio, vaikka glomerulussuodatus on vielä täysin normaalia tai koholla. Tällöin potilaalla on pysyvä proteinuria (Pasternack, 2009). Potilas voi olla oireeton, kun hänellä on lievä vajaatoiminta ja glomerulussuodatus on lievästi alentunut. Oireita ja löydöksiä esiintyy useissa elimissä, kun vajaatoiminta on edennyt ja taudinkuva vaikeutunut. Tällöin glomerulussuodatus on kohtalaisesti tai voimakkaasti alentunut. Elimistöön kertyy toksisia eli myrkyllisiä aineita, potilaalla esiintyy suola- ja nestetasapainon häiriöitä ja hormonaalisia muutoksia. Suolatasapainon häiriöiden seurauksena potilaalle voi syntyä turvotuksia. Turvotuksia voi aiheuttaa myös runsas proteinuria, koska proteiinimäärä veressä laskee ja kudoksiin kertyy nestettä verenkierrosta. (Alahuhta ym. 2008, 36.)

Yleisenä oireena kroonisissa munuaistaudeissa voidaan pitää virtsan väkevöitymis-
kyvyn häiriötä. Kun munuaistauti on edennyt pitkälle, alkaa virtsan erityis laskea. Myös anemiaa esiintyy munuaistaudeissa. Anemian oireita ovat väsymys ja heikentyneet suorituskyky. Jos munuaispotilaalla on sydänoireita, voi anemia pahentaa niitä ilmenemällä hengenahdistuksena. Usein munuaistaudin oireista viestii lisäksi kohonnut verenpaine. Kohonneeseen verenpaineeseen liitetään väsymystä, päänsärkyä, hengenahdistusta ja sydänoireita. Häiriöt rasva-aineenvaihdunnassa ovat yleisiä munuaispotilailla ja riski sairastua sepelvaltimotautiin kasvaa. Munuaistaudin seurauksena voi myös sairastua valtimoverisuonitauteihin, jotka vaihtelevat muodoiltaan.

Luuston aineenvaihduntahäiriöt oireilevat useimmin vasta vaikeissa vajaatoimintatapauksissa. Metabolisesta asidoosista johtuva hengenahdistus rasituksen yhteydessä voidaan sotkea anemiaan ja sydäntautiin liittyväksi oireeksi. (Alahuhta ym. 2008, 36–37.)

Pitkälle edenneen munuaisten vajaatoiminnan yleisiä oireita ovat huono ruokahalu, huonovointisuus ja oksentelu. Oireista johtuen potilaan paino voi laskea. Vaikeasteisessa munuaisten vajaatoiminnassa esiintyy ihon kutinaa. Alaraajojen hermo-oireistossa eli perifeerisessä polyneuropatiassa esiintyy jalkojen polttelua, kipua, puutumista, pistelyä ja tunnottomuutta. Myös jaloista heikkenevät lihasvoimat, pahimmillaan säären alaosan lihakset surkastuvat. Refleksit voivat huonontua munuaistaudin edetessä pitkälle. Kun munuaisten vajaatoiminta on edennyt viimeiseen vaiheeseen, uremiaan, potilaan elämän jatkumisen kannalta välttämätöntä on aloittaa dialyysihoidot tai tehdä munuaisensiirto. (Alahuhta ym. 2008, 37–38.)

Munuaistautien diagnosoinnissa ja seurannassa käytetään apuna erilaisia laboratoriotutkimuksia ja kuvantamistutkimuksia. Munuaisten toiminnasta saadaan viitteitä mitaamalla kreatiniini- ja ureapitoisuuksia sekä kystatiini C:n pitoisuuksia. Munuaispotilaalta tutkitaan useimmiten myös pientä verenkuvaa, kalsium- ja fosfaattiarvoja, kalium- ja natriumarvoja, seerumin albumiinia, veren rasva-arvoja, verikaasuanalyysi ja verensokeri. Virtsaasta tehdään perustutkimuksia ja viljelyitä sekä määritetään valkuaisarvoja. Munuaisten vajaatoiminnan vaikeusastetta arvioitaessa voidaan mitata glomerulusten suodatusnopeutta, joka kertoo minuutissa muodostuvan alkuvirtsan määrän. (Alahuhta ym. 2008, 39–45.)

Kroonisia munuaissairauksia hoidetaan konservatiivisin keinoin. Tavoitteena on hidastaa munuaistaudin etenemistä ja korjata metabolisia häiriöitä ja niiden oireita. Potilaan ohjauksella on tärkeä merkitys, koska se vaikuttaa myös potilaan omaan hoitoonsa sitoutumiseen ja liitännäissairauksien syntymiseen. Potilaan eri perussairaudet vaikuttavat munuaistaudin etenemiseen, mutta hoitolinjaukset ovat pääosin samankaltaisia. Monesti munuaistautia sairastavalla on kohonnut verenpaine, mikä puolestaan nopeuttaa diabeettisen nefropatian etenemistä (Diabeettinen nefropatia 2007). Etenemistä hidastavien hoitojen tarkoituksena on, että koholla oleva systeeminen verenpaine ja munuaiskerästen sisäinen paine laskevat. Verenpaineen hoidolla pyritään ehkäisemään mahdollisia sydän- ja verisuonisairauksia. Hoitoon voidaan käyttää lääkeyhdistelmiä, jotta hoidosta saataisiin tarpeeksi tehokasta. (Alahuhta ym. 2008, 64–65.) Myös lääkkeetön hoito ruokavaliota muuttamalla on mahdollinen (Iivainen, Jauhiainen & Syväoja 2010, 594).

Hidastettaessa munuaistaudin etenemistä proteinuriaa yritetään vähentää ja rasva-arvoja pyritään saamaan normaaliksi. Nefroottisessa oireyhtymässä kokonais- ja LDL-kolesterolipitoisuus voivat olla korkeita. (Alahuhta ym. 2008, 65.) Ruokavalion muutoksilla ja lääkehoidolla normalisoidaan rasva-arvoja. Siksi on tärkeää ohjata potilasta ruokavalion suhteen. Ruokavaliomuutoksilla pyritään lisäksi siihen, että proteiinia ja fosfaattia saataisiin vähemmän. Normaali kalsiumpitoisuus varmistetaan kalsiumvalmisteilla yhdessä D-vitamiinin kanssa. On tärkeää hoitaa myös mahdollisia suola- ja nestetasapainoa, happo -emästasapainoa ja ravitsemushäiriöitä. Sydämen ja munuaisten vaikeassa vajaatoiminnassa ja nefroottisessa oireyhtymässä natriumin saantia on syytä rajoittaa. (Alahuhta ym. 2008, 65.)

Munuaistaudista mahdollisesti aiheutuvaa anemiaa hoidetaan, jottei sydämen vasempaan kammioon tulisi liikakasvua. Lisäksi hoidolla kohennetaan potilaan elämänlaatua, kun esimerkiksi fyysinen suorituskyky normalisoituu. Tärkeää on myös kiinnittää huomiota lääkehoitoon, sillä kaikki lääkkeet, kuten tulehduskipulääkkeet eivät sovi munuaisen vajaatoimintaa sairastavalle ihmiselle. Varjoaineet voivat myös olla haitallisia munuaisille. (Alahuhta ym. 2008, 66–67.)

3.2.2 Kroonisen munuaisten vajaatoiminnan omahoito

Munuaispotilaille on laadittu Hyvän Hoidon kriteerit Suomen Nefrologiyhdistyksen ja Munuaisalan sairaanhoitohenkilöstön toimesta. Kriteereissä mainitaan muun muassa, että munuaispotilas täytyy ottaa osaksi hänen omaa hoidon suunnitteluaan. Lisäksi on tärkeää, että omahoitoa ja sitoutumista hoitoon tuetaan esimerkiksi ohjauksen avulla. (Munuais- ja siirtopotilaiden liitto Ry 2010b, 4.)

Ravitsemusohjauksen antajan tulisi olla henkilö, joka on perehtynyt munuaissairauksiin ja tietää, millaiset ravitsemustarpeet ovat tyypillisiä sairauden eri vaiheissa. Kansainvälisissä suosituksissa munuaispotilaan ruokavaliosta on määritelty muun muassa proteiinin, nesteen ja suolan saannin tarpeita. (Alahuhta ym. 2008, 118.)

Terveen ihmisen ruokavalio sisältää yleensä riittävästi proteiinia. Erilaiset infektiot, tulehdustilat ja asidoosi laskevat proteiinipitoisuutta elimistössä. Kroonista munuaisten vajaatoimintaa sairastavalla liiallinen proteiinin saanti on vaarallista, koska se nostaa veren ureapitoisuutta. On tärkeää ohjeistaa potilasta syömään niin, että proteiinin määrää, joka saadaan eläinkunnan proteiinilähteistä esimerkiksi lihasta, on rajoit-

tettu. Myös munuaiskeräsen verisuoniston ja sen sisäisen paineen on huomattu laskevan, kun proteiinia on vähennetty. (Alahuhta ym. 2008, 118; Kylliäinen 2009, 12.)

Munuaisten vajaatoimintaa sairastavan on tärkeää huolehtia suola- ja nestetasapainosta. Natriumia saadaan ruokavaliosta tavallisimmin ruokasuolasta natriumkloridin muodossa. Ravitsemusohjauksessa tulisi kiinnittää huomiota potilaan suolan käyttöön ja saada potilas ymmärtämään, että natriumin rajoittaminen vaikuttaa myös verenpaineeseen. Jos potilaalla on käytössään verenpaineelääkitys, parantaa natriumin saannin rajoittaminen myös lääkkeen tehoa. Suolan saannin rinnalla kulkee myös elimistön vedensaanti. Tiedettävästi suolan sitoessa elimistöön nestettä, turvotus lisääntyy. Potilasta on tärkeää ohjeistaa tarkkailemaan nesteensaantiaan ja saada hänet ymmärtämään, miten paljon esimerkiksi marjat ja hedelmät itsessään sisältävät nestettä. Tällöin potilas osaa paremmin arvioida omaa päivittäistä nesteiden kulutustaan ja huolehtia nestetasapainostaan. Liiallinen makean syöminen voi myös edesauttaa nesteen kertymistä elimistöön. Munuaistautia sairastavan potilaan täytyy terveellistä ruokavaliota toteuttaessaan olla tietoinen rasvan saannin rajoittamisesta, koska lipidiaineenvaihdunnan häiriöt liittyvät monesti krooniseen munuaisten vajaatoimintaan. (Alahuhta ym. 2008, 121–123.)

Ravitsemusneuvonnan lisäksi munuaistautipotilas tarvitsee myös neuvontaa liikunnasta, koska liikunnalla on merkitystä kohonneen verenpaineen hoidossa. Liikunnalla on veren rasva-arvoihin positiivisia vaikutuksia. Liikunta on apuna painonhallinnassa ja auttaa potilasta voimaan hyvin myös psyykkisesti. On tärkeää ohjata potilasta liikumaan ja etsiä sopivaa liikuntamuotoa yhdessä hoitajan kanssa, ottaen huomioon potilaan sen hetkisen fyysisen kunnon ja suorituskyvyn. Esimerkiksi rintakipu voi olla vasta-aihe liikunnalle. Erikoistilanteissa pyydetään hoitavalta lääkäriltä tarkempia ohjeita ja ohjataan potilasta niiden mukaan. Lääkäri arvioi sopivat nesteytysohjeet liikuntasuoritusten ajaksi, jotta potilaan nestetasapaino säilyisi normaalina. Liikunnan harrastamisella katsotaan olevan munuaispotilaan terveydentilaan enemmän positiivisia kuin negatiivisia vaikutuksia. (Alahuhta ym. 2008, 132, 134–135.)

4 TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tutkimuksemme tarkoituksena on saada tietoa Kuopion yliopistollisen sairaalan reuma- ja munuaistautien osaston potilaiden kokemuksista potilasohjauksesta. Tavoitteenamme on kuvata kyselylomakkeen avulla, millaisista asioista potilaat haluavat saada ohjausta osastojaksollaan. Opinnäytetyömme tavoitteena on, että hoitajat pystyisivät kehittämään ohjaustaan tutkimuksemme tulosten perusteella. Haemme vastauksia ohjauksen sisällöstä ja hoitajien antamasta ohjauksesta kolmen aihealueen avulla, joissa on tarkentavia kysymyksiä. Tutkimustehtävänä on kuvata, millaiseksi reuma- ja munuaistautien osaston potilaat ovat kokeneet:

1. Hoitajien (sairaanhoitajien, lähihoitajien) antaman ohjauksen
2. Ohjauksen sisällön ja ohjausmenetelmän
3. Hoitajien (sairaanhoitajien, lähihoitajien) tiedot ja taidot ohjaustilanteessa

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTTAMINEN

5.1 Tutkimusmenetelmä

Toteutimme opinnäytetyömme kvantitatiivisena eli määrällisenä tutkimuksena. Kvantitatiivisesta tutkimuksesta käytetään myös nimeä tilastollinen tutkimus (Heikkilä 2008, 16). Määrällisessä tutkimuksessa tietoa tarkastellaan yleensä numeraalisesti, jolloin tutkimuskohde on yleensä tarkkaan rajattu ja tulosten tarkastelu tulee soveltua numeraaliseen mittaukseen. Tuloksia ja päätelmiä pystytään havainnollistamaan taulukoilla ja kuvioilla. (Vilka 2007, 19, 23; Heikkilä 2004, 16.) Tutkimuksessamme tutkimuskohteena ovat Kuopion yliopistollisen sairaalan reuma- ja munuaistautien osaston potilaat, jotka sairastavat joko reumaa tai munuaistautia.

Määrällisen tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, kuvata, kartoittaa, vertailla tai ennustaa ihmisiä koskevia asioita. Selittävässä tutkimuksessa tutkija selvittää tutkittavasta asiasta perusteltua lisätietoa. Selvittävä tutkimus antaa tietoa, kuinka esimerkiksi tapahtumat, käsitykset ja mielipiteet eroavat tai liittyvät toisiinsa. Tällaisessa tutkimuksessa aineiston keruuseen sopii parhaiten strukturoidut posti- tai Internetkyselyt (Vilka 2007, 19). Kvantitatiivisessa tutkimuksessa käytetään yleisemmin aineistonkeruumenetelmänä kyselylomakkeita. Kyselylomakkeesta voidaan myös puhua käsitteellä mittausväline. Mittausvälineen laatimisen on todettu olevan vaikein vaihe koko kvantitatiivisen tutkimusprosessin aikana. Mittausvälineen tulisi mitata kattavasti tutkimusilmiötä ja olla mahdollisimman tarkka. Ennen kyselylomakkeen laatimista tulisi tehdä riittävän laaja kirjallisuuskatsaus, joka on perustana kyselylomakkeelle. Myös tutkimuksessa käytettävät käsitteet täytyy määritellä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 87.) Tutkimuksessamme käytettäviä käsitteitä ovat potilasohjaus, tiedonanto, tiedonsaanti, reuma- ja munuaissairaudet.

Käsitteiden määrittelyn jälkeen käsitteet operationalisoidaan. Operationalisoinnilla käsite puretaan sellaisiksi muuttujiksi, jotka mahdollistavat tutkittavan ilmiön mittauksen. (Kankkunen ym. 2009, 87.) Muuttujat eli kysymykset tulee numeroida. Myös täytetyt kyselylomakkeet numeroidaan juoksevalla numeroinnilla, havaintoyksiköiksi. Kun numerointi on tehty, pystytään sekä lomake että havaintoyksikkö identifioimaan mahdollisia näppäilyvirheitä tarkistettaessa. (Kananen 2008, 36, 39.)

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan arvioida myös validiteetin ja reliabiliteetin avulla. Validiteetilla tarkoitetaan pätevyyttä: mittaako tutkimus juuri sitä, mitä halutaan saada selville. Oleellista on, että käsitteet on operationalisoitu muuttujiksi luotettavin tavoin. Validilla mittarilla saadut tulokset ovat yleensä luotettavia. Reliabiliteetti kuvastaa tulosten pysyvyyttä ja luotettavuutta. Puhuttaessa mittaamisen reliabiliteetista, tarkastellaan sitä tuottaako mittari ei-sattumanvaraisia tuloksia. Mittarin katsotaan olevan luotettava silloin, kun mitattaessa tutkimusilmiötä käytetään joka kerralla samaa mittaria, mutta aineisto vaihtuu ja kuitenkin tulokset pysyvät samanlaisina. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 152; Heikkilä 2008, 29–30.)

5.2 Tutkimuksen luotettavuus

Kysely-, havainnointi- tai haastattelulomakkeet tulee testata aina ennen tiedon keruuta. Lomakkeen testaaminen tarkoittaa, että lomake esitestataan esimerkiksi asiantuntijoilla (ohjaajat, kollegat) tai perusjoukkoon kuuluvalla henkilöllä. Tässä tutkimuksessa perusjoukkoon kuuluvaksi henkilöksi olisi voitu valita reuma- ja munuaistautien osastolta joko reumaa tai munuaistautia sairastava iäkkäämpi henkilö. Testaus ei ole pelkästään lomakkeen kommentoimista, vaan lomake täytetään kokonaan. (Vilka 2007, 78.) Esitestausta on erityisen tärkeää, kun on kehitetty uusi mittari kyseistä tutkimusta varten eikä aikaisempia käyttökokemuksia mittarista näin ollen ole. (Kankkunen ym. 2009, 154.)

Kyselylomakkeen luotettavuutta testattiin perheenjäsenillämme, ystävillämme sekä isovanhemmillamme, koska isovanhempamme edustavat osaston perusjoukkoa. Reuma- ja munuaistautien osaston potilaat ovat pääsääntöisesti vanhusväestöä. Testauksen pohjalta lomakkeessa huomattiin muutamia puutteita. Puutteena oli, että vastausvaihtoehtojen merkitys oli selitetty vain ensimmäisellä sivulla, ja vanhemmat henkilöt eivät muistaneet enää, mitä vastausvaihtoehdot tarkoittivat seuraavilla sivuilla. Tämän vuoksi jokaisen sivun ylälaitaan lisättiin vastausvaihtoehtojen merkitys. Lisäksi kaikki, paitsi avoimet kysymykset aseteltiin taulukkomuotoon, koska esitestauksessa kävi ilmi, että vanhempien henkilöiden on hieman hankalaa hahmottaa kysymystä ja sen vastausvaihtoehtoja.

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta lisää riittävän suuri otos. Lisäksi otoksen täytyy olla edustava. (Heikkilä 2008, 16.) Tutkimuksessamme tämä tarkoittaa sitä,

että vastattuja palautelomakkeita tulisi saada analysoitavaksi mahdollisimman paljon. Palautteiden tulisi olla myös huolellisesti täytettyjä, mahdollisimman moneen väittämään vastattuja. Esimerkiksi, jos saamme sata vastausta, mutta lomakkeet ovat vain osittain täytettyjä tai vastausvaihtoehdot ovat ympyröity epäselvästi, ei otos ole riittävän edustava.

5.3 Kohderyhmä ja aineiston keruu

Tutkimusaineisto koostuu Kuopion yliopistollisen sairaalan (KYS) reuma- ja munuaistautien osaston potilaista, jotka sairastavat reumaa tai munuaistauteja. Osastolla on aikaisemmin tullut esille potilaspalautteissa tyytymättömyyttä yleisesti tiedonsaantiin. Tämän vuoksi pyrimme selvittämään tutkimuksellamme, mitkä ovat niitä asioita, joista potilaat tahtovat saada enemmän tietoa ohjaustilanteissa. Olemme laatineet kyselylomakkeen (Liite 2.), jossa on strukturoituja kysymyksiä. Strukturoiduissa kysymyksissä kysymykset pystytään esittämään niin, että jokainen vastaaja ymmärtää kysymykset samalla tavalla. (Vilkkä 2007, 15.) Strukturoidun kyselylomakkeen vastausvaihtoehdot ovat valmiiksi valittuja (Kananen 2008, 26). Koska tutkimuksemme on palautekysely, jossa selvitetään potilaiden mielipiteitä muun muassa saamastaan ohjauksesta, olemme valinneet vastausvaihtoehdoiksi suljettuihin väittämiin Likertin asteikon. Likertin asteikko on yleensä 4- tai 5-portainen. Asteikon toinen ääripää edustaa yleensä *täysin eri mieltä* vastausta ja toinen ääripää on *täysin samaa mieltä*. Likertin asteikolla on tyypillisesti vastausvaihtoehdot, *en osaa sanoa* ja kyseinen vaihtoehdot on monesti vastaajalle houkutteleva. Tutkija voi tietoisesti jättää vaihtoehdon pois ja niin sanotusti pakottaa vastaajan valitsemaan omaa kantaansa parhaiten kuvaavan vaihtoehdon. (Heikkilä 2008, 52–53.)

5.4 Aineiston analysointi

Kyselylomakkeet olivat osastolla täytettävänä 15.11.2010–7.1.2011 välisen ajan. Vastauksia saimme 37 kappaletta. Kolme lomakkeista oli täytetty keskeneräisesti ja osittain täytettyjä lomakkeita emme pystyneet käyttämään tulosten analysoinnissa. Analysoitavia kyselylomakkeita oli näin ollen 34 kappaletta.

Kyselylomakkeiden kaikki vastaukset syötettiin ensin Excel-2007-tilastointiohjelmaan. Excelistä strukturoitujen kysymysten vastaukset kopioitiin vielä SPSS-tilasto-

ohjelmaan. SPSS:n avulla analysoimme tuloksia ristiintaulukoinnin avulla. Ristiintaulukointi on analyysimenetelmä, jolla selvitetään, miten kaksi eri muuttujaa ovat yhteydessä toisiinsa (Heikkilä 2010, 148). Ristiintaulukoimme tuloksia selvittäen, kuinka vastaajan ikä tai sukupuoli vaikuttavat hänen mielipiteeseensä eri väittämässä. (Grönroos 2003, 19).

Tyypillisesti opinnäytetyössä jakaumien ja sanallisen vertailun kirjoittaminen riittävät tulosten raportointiin. Ristiintaulukoinnissa on tärkeää kiinnittää huomiota suuriin ja pieniin arvoihin ja löytää tuloksille selityksiä. Raporttiin ei ole tarpeen kirjoittaa kaikkia prosenttilukuja auki. Tutkimuksen otos oli niin pieni, ettei tuloksia esitetä prosenttilukuina ollenkaan. Aina ristiintaulukoinnilla ei saada selville kahden muuttujan välistä riippuvuutta tai eroja. (Kananen 2008, 52–53, 57, 87.) Tutkimuksessamme tuloksia tarkasteltiin sanallisesti ja apuna käytettiin myös graafisia kuvioita. Suurin osa tuloksista esitettiin myös taulukkomuodossa.

5.5 Tutkimusetiikka

Hoitotieteellistä tutkimusta tehtäessä on tärkeää huomioida tutkimuksen eettisyys. Tutkimusetiikka on alun perin syntynyt lääketieteessä, ja on tärkeää huomioida etiikka, koska yleensä tutkittavat ovat ihmisiä. Hoitotieteellistä tutkimusta ohjaavat erilaiset lait, kuten henkilötietolaki ja laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Hoitotieteellistä tutkimusta tehtäessä tulisi tutkimusetiikan periaatteen mukaan lähtökohtana olla tutkimuksesta saatava hyöty. Useimmiten tutkimustuloksia voidaan hyödyntää vasta tulevaisuudessa hoidettaviin potilaisiin, ei tutkittaviin potilaisiin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172, 175.) Tutkimuslupaa haimme Kuopion yliopistollisesta sairaalasta elokuussa 2010, ja tutkimuslupa myönnettiin syyskuussa 2010.

Tutkimuksemme potilaat olivat reuma- ja munuaistauteja sairastavia potilaita. Edellä mainitut sairaudet ovat yleensä pitkäaikaissairauksia, joihin ei vielä tällä hetkellä ole täysin parantavaa hoitoa, paitsi kroonisen munuaistaudin edetessä uremiaan munuaisensiirto on mahdollinen. Potilaat tulevat olemaan hoitojaksoilla sairaalassa ja saamaan konservatiivista hoitoa. Osana tutkimusetiikkaa on, että tutkija minimoi mahdollisia tarpeettomia haittoja ja epämukavuuksia. Näihin kuuluvaksi luetaan esimerkiksi emotionaaliset ja taloudelliset haitat. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 177.)

Palautekysely toteutettiin kirjallisena. Kyselylomakkeeseen vastaaminen tapahtui osastolla, potilaan hoitajakson lopussa. Potilaat saivat kysymykset paperilla ja osastolla oli mahdollista antaa lainaan palautteen täyttöön tarvittavia kirjoitusvälineitä. Potilaille ei näin ollen syntynyt taloudellisia kuluja vastaamisesta. Vastaaminen oli lisäksi täysin vapaaehtoista ja tapahtui niin, ettei vastaajan henkilöllisyys paljastunut missään vaiheessa tutkimusta. Taustatiedoissa kysyimme vain sukupuolta ja ikää. Kyselylomakkeesta ei käy ilmi, sairastaako potilas reumaa vai munuaistauteja. Kyselylomake palautettiin nimettömänä, joko hoitajille tai osastolla olevaan postilaatikoon. Emme olleet tekemisissä tutkittavien kanssa, koska osastonhoitaja keräsi kirjekuoreen täytetyt kyselylomakkeet postilaatikosta ja hoitajilta. Haimme vastaukset analysoitaviksi suoraan osastonhoitajalta.

6 TULOKSET

Tutkimuksemme käsittelee KYS: n Reuma- ja munuaistautien osaston potilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta ja sen sisällöstä. Kyselylomakkeeseen vastasi yhteensä 37 reuma- ja munuaistauteja sairastavaa ihmistä. Kolme lomaketta oli täytetty osittain. Näitä lomakkeita emme pystyneet käyttämään analysoinnissa.

6.1 Vastaajien taustatiedot

Ensimmäiseksi kartoitimme vastaajien taustatietoja kysymällä heidän sukupuoltaan ja ikäänsä. Vastaajista 16 oli naisia ja 18 miehiä. Iältään vastaajat olivat 18–yli 75 -vuotiaita. Eniten vastaajia oli yli 75 vuotta täyttäneiden ikäryhmästä. (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Vastaajien ikäjakauma

Ikä vuosina	Vastaajien määrä
Alle 18	0 vastaajaa
18 – 40	7 vastaajaa
41 – 60	9 vastaajaa
61 – 75	8 vastaajaa
Yli 75	10 vastaajaa

6.2 Kokemukset hoitajien antamasta ohjauksesta

Kysyttäessä, oliko hoitajia helppo lähestyä osastojakson aikana omaan hoitoonsa liittyvissä asioissa, vastaajista 25 oli sitä mieltä, että hoitajia oli helppo lähestyä. Ainoastaan 1 vastaaja oli täysin eri mieltä. Väittämässä hoitaja toteutti ohjausta rauhallisessa ympäristössä, vastaajista 28 oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä. Ainostaan 5:llä vastaajista ei ollut mielipidettä väittämään. Suurin osa vastaajista (n = 31) on kokenut saavansa ohjausta oikeassa kohdassa osastojaksoaan. Lisäksi lähes kaikki (n = 32) kokivat, hoitajien antaman ohjauksen vastaavan heidän tarpeitaan.

Väittämässä kaksi tiedusteltiin, oliko keskustelutilanne hoitajan kanssa rauhallinen. Vastaajista 32 oli suunnilleen yhtä mieltä asiasta. Täysin eri mieltä oli ainoastaan kaksi vastaajista. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Keskustellessani hoitajan kanssa tilanne oli rauhallinen

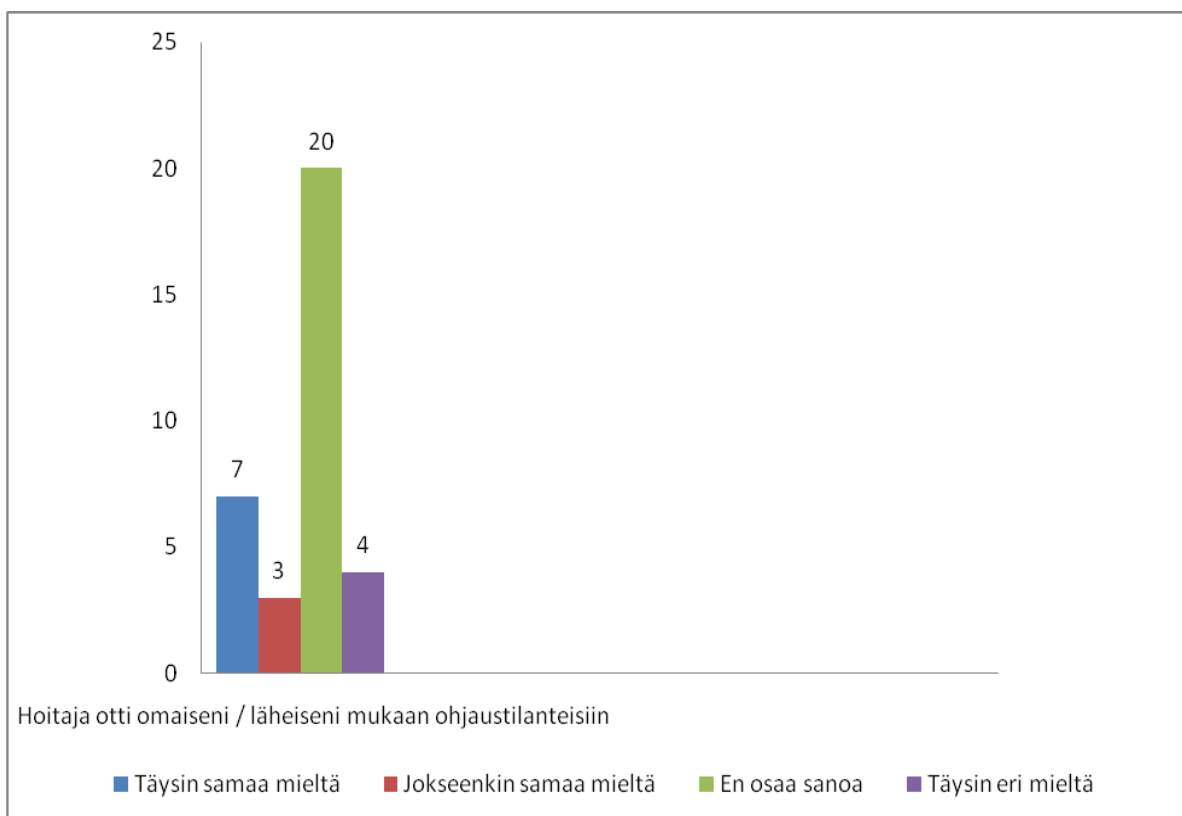
	Vastaajien määrä
Täysin samaa mieltä	27
Jokseenkin samaa mieltä	5
En osaa sanoa	0
Jokseenkin eri mieltä	0
Täysin eri mieltä	2

Esitimme myös väittämän hoitajien kiireestä keskustelutilanteessa potilaan kanssa. Tähän väittämään vastasi 16 potilasta siten, että hoitajalla ei ollut kiire. 13 vastaajaa taas koki hoitajalla olevan kiire. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Hoitajalla oli kiire, kun hän keskusteli kanssani minuun liittyvistä hoidoista

	Vastaajien määrä
Täysin samaa mieltä	2
Jokseenkin samaa mieltä	11
en osaa sanoa	5
Jokseenkin eri mieltä	5
Täysin eri mieltä	11

Vastaajista 27 on kokenut, että hoitajan kanssa kahden kesken keskustelu on hyvä tapa saada tietoa. Ainoastaan 2 mieshenkilöä on kokenut, ettei tämä tapa ole hyvä. Reilusti yli puolet (n = 20) vastaajista ei osannut sanoa, oliko heidän omaisen- sa/läheisensä otettu mukaan ohjaustilanteisiin. (Kuvio 1.)



Kuvio 1. Hoitaja otti omaiseni / läheiseni mukaan ohjaustilanteisiin

11 vastaajaa koki, että hoitaja on antanut riittävästi tietoa erilaisista vertaistukiryhmistä. Suurimmalla osalla ($n = 17$) ei ollut mielipidettä tähän väittämään. 6 vastaajaa oli kokenut, ettei ole saanut hoitajalta riittävästi tietoa erilaisista vertaistukiryhmistä. Viimeisenä väittämänä hoitajien antamassa ohjauksessa oli, hoitajan varmistaminen ohjaustilanteessa, että ohjattava on ymmärtänyt kaiken ohjauksessa annettavan tiedon. Tässä väittämässä 26 on kokenut, että hoitaja varmisti ymmärretyksi tulemisen, kun taas 3 vastaajaa oli täysin eri mieltä.

6.3 Kokemukset kirjallisista ohjeista

Kyselylomakkeessa oli kolme väittämää kirjallisista ohjeista. Kysyimme, ovatko kirjalliset ohjeet hyvä tapa saada tietoa sairaudesta, apuvälineistä ja ravitsemuksesta. Vastaajat kokivat näistä asioista kirjalliset ohjeet hyväksi. (Taulukot 4–6.)

Vastaajista vain kaksi koki kirjalliset ohjeet huonoksi tavaksi saada tietoa sairaudesta. Suurin osa ($n = 30$) oli sitä mieltä, että kirjalliset ohjeet hyväksi tavaksi saada tietoa sairaudesta. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Kirjalliset ohjeet ovat hyvä tapa saada tietoa sairaudestani

	Vastaajien määrä
Täysin samaa mieltä	22
Jokseenkin samaa mieltä	8
En osaa sanoa	2
Jokseenkin eri mieltä	1
Täysin eri mieltä	1

4:llä vastaajista ei ole ollut mielipidettä väittämään, ovatko kirjalliset ohjeet hyvä tapa saada tietoa apuvälineistä. 29 vastaajaa oli joko täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä väittämästä, kirjalliset ohjeet ovat hyvä tapa saada tietoa apuvälineistä. (Taulukko 5.)

Taulukko 5. Kirjalliset ohjeet ovat hyvä tapa saada tietoa apuvälineistä

	Vastaajien määrä
Täysin samaa mieltä	21
Jokseenkin samaa mieltä	8
En osaa sanoa	4
Jokseenkin eri mieltä	0
Täysin eri mieltä	1

Väittämässä kirjalliset ohjeet ovat hyvä tapa saada tietoa ravitsemuksesta, 29 vastaajasta oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä. Tässäkin väittämässä vain 2 vastaajaa koki kirjalliset ohjeet huonoksi tavaksi saada tietoa ravitsemuksesta. (Taulukko 6.)

Taulukko 6. Kirjalliset ohjeet ovat hyvä tapa saada tietoa ravitsemuksesta

	Vastaajien määrä
Täysin samaa mieltä	24
Jokseenkin samaa mieltä	5
En osaa sanoa	3
Jokseenkin eri mieltä	0
Täysin eri mieltä	2

6.4 Kokemukset suullisesta ohjauksesta

Kyselylomakkeessa oli väittämiä hoitajan antamasta suullisesta ohjauksesta. Pyrimme näillä väittämillä selvittämään, saivatko potilaat tarpeeksi tietoa sairaudestaan ja siihen liittyvistä hoitomenetelmistä. 26 vastaajaa on kokenut saavansa hoitajalta suullisessa ohjauksessa tarpeeksi tietoa sairaudestaan sekä sen oireista. 2 naispotilasta koki, ettei saanut hoitajalta tarpeeksi tietoa sairaudestaan ja yksi ei saanut tietoa sairauteen liittyvistä oireista. 7 vastaajista oli sitä mieltä, ettei heille kerrottu kuinka sairaus voi vaikuttaa heidän tulevaisuuteensa, ja lisäksi 9 vastaajaa ei osannut vastata tähän väittämään. 18 vastaajaa taas koki, että heille kerrottiin, kuinka sairaus voi vaikuttaa heidän tulevaisuuteensa. Kyselylomakkeen lopussa kysyttiin potilailta avoimessa kysymyksessä, että mistä he haluaisivat saada enemmän ohjausta/tietoa. Kävi ilmi, että kysymykseen vastaajia askarrutti, kuinka sairaus vaikuttaa heidän tulevaisuuteensa. Alla potilaiden vastauksia avoimiin kysymyksiin.

”Miten sairauteni voi vaikuttaa elämääni jatkossa”

Avoimessa kysymyksessä Millaisista asioista haluaisitte enemmän saada ohjausta, on tullut esille myös tiedon puute liikunnasta. Jälkihoidosta ja toipumisesta toivottiin saavan enemmän ohjausta. 28 vastaajaa on ollut sitä mieltä, että he ovat saaneet tarpeeksi ohjausta sairauteen liittyvästä lääkehoidosta ja tutkimuksista. Avoimessa kysymyksessä on kuitenkin tullut esille, että tietoa haluttaisiin enemmän lääkkeiden ottoajankohdista. Myös tutkimuksen tarkoituksista ja tuloksista kaivataan enemmän tietoa. Seuraavaksi on potilaiden vastauksia aiheeseen liittyvästä avoimesta kysymyksestä.

”Lääkkeiden ottamisajat päivittäin. Esim. Ennen ruokailua, ruokailun jälkeen.”

”Mitä varten joitakin tutkimuksia tehty ja onko tutkittava asia ollut vakava.”

Sekä apuvälineistä että ravitsemuksesta annetussa ohjauksessa 5 vastaajaa on ollut sitä mieltä, ettei ole saanut tarpeeksi ohjausta. 11 ei ole osannut vastata väittämään, onko saanut riittävästi ohjausta apuvälineistä. 8 vastaajista ei ole taas osannut vastata väittämään, onko saanut riittävästi ohjausta ravitsemuksesta. Kuitenkin enemmistö

on kokenut saavansa riittävästi ohjausta apuvälineistä (n = 18) ja ravitsemuksesta (n = 21).

Kysyttäessä potilailta kokemuksia siitä, millaisia asioita he jäivät kaipaamaan osastojaksoltaan, vastauksissa ilmeni asioita laidasta laitaan. Hoitohenkilökunnan riittämättömyyttä oli ihmetelty. Toisaalta hoidosta kiitettiin ja siihen oltiin tyytyväisiä. Alla on kuvattu potilaiden kokemuksia osastojaksoltaan.

”Yöhoitajia liian vähän”

”Osasto vaikuttaa kiireelliseltä, onko henkilökuntaa liian vähän?”

”Henkilökunta oli ystävällistä ja mukavaa. Ei minulla ole mitään valitettavaa.”

Lopuksi oli avoimia kysymyksiä lääkäreiden antamasta ohjauksesta. Näillä kysymyksillä pyrimme saamaan tietoa hoitohenkilökunnalle. Hoitohenkilökunta halusi kartoittaa, millaista ohjausta lääkärit antavat potilaille. Näissä kysymyksissä tuli esille, että lääkärit ovat antaneet ohjausta tutkimuksista, tutkimustuloksista ja lääkehoidosta. Myös myöhemmästä jatko-hoidosta lääkärit ovat antaneet ohjausta. Seuraavaksi on potilaiden kokemuksia lääkärin antamasta ohjauksesta.

”Mitä kokeita otetaan ja mikä minua mahdollisesti vaivaa. Lääkäri antoi hoito-ohjeet ja myöhemmät tarkastukset”

”Tutkimusten tuloksista, lääkkeiden käytöstä”

”Seuraamukset sairaudestani”

”Sain tietoa, miten tutkimukset olivat menneet ja mitä tautia epäiltiin ja millä lääkkeillä minua hoidetaan.”

”Kierrolla lääkäri kertoi selkeästi tilanteen, labrat ym.”

7 POHDINTA

Tutkimuksemme tarkoituksena oli saada tietoa siitä, miten potilaat kokevat reuma- ja munuaistautien osastolla annettavan ohjauksen ja vastaako se heidän tarpeitaan. Tutkimuksessamme potilaat kokivat hoitajien antaman suullisen ohjauksen yleisesti hyväksi. Kirjalliset ohjeet koettiin myös hyväksi tavaksi saada tietoa sairaudesta, apuvälineistä ja ravitsemuksesta. Osaston hoitohenkilökunnan kerrottiin olevan ystävällistä ja mukavaa. Toisaalta vastauksista kävi ilmi, että potilaat ovat kokeneet hoitohenkilökuntaa olevan liian vähän ja hoitajilla on ollut kiire antaessaan ohjausta.

7.1 Tulosten tarkastelu

Täytettyjä palautelomakkeita saimme 37 kappaletta. Näistä kolme oli puutteellisesti täytettyjä, ja näin ollen emme pystyneet hyödyntämään niitä analysoinnissa. Pienen otoksen vuoksi tulokset ovat ainoastaan suuntaa antavia eikä yleistettävissä olevia. Tuloksia tarkasteltaessa potilaiden todettiin yleisesti olevan tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen ja sen sisältöön. Myös Sonnisen tutkimuksessa (2006, 52) on tullut esille potilaiden tyytyväisyys yleisesti saamaansa ohjaukseen. Merkittävin tulos osaston toiminnan kehittämisen kannalta on se, että tässä kyselyssä melkein puolet ($n = 13$) oli saanut ohjaustilanteessa sellaisen kuvan, että ohjaajalla on kiire. Avoimien kysymysten vastauksissa oli myös ihmetelty osaston kiirettä.

Kyselylomake oli suunnattu kartoittamaan reuma- ja munuaistautien osaston potilaiden kokemuksia hoitajien (sairaanhoitajien/ lähihoitajien) antamasta ohjauksesta. Osaston hoitohenkilökunta kuitenkin toivoi, että myös lääkärien antamaa ohjausta ja potilaiden kokemuksia siitä kartoitettaisiin. Hoitohenkilökunta halusi tietää, millaista tietoa lääkäri antaa ja kokevatko potilaat saavansa oikeaa tietoa lääkäreiltä ja hoitohenkilökunnalta. Kyselylomakkeen loppuun lisättiin näin ollen avoimia kysymyksiä lääkärien antamasta ohjauksesta. Lääkärin ammattitaitoa keuhuttiin. Lääkäri oli antanut tietoa tutkimuksista ja niiden tuloksista, sairaudesta ja sen seuraamuksista tulevaisuudessa. Lääkäri oli antanut ohjausta myös lääkehoidosta. Lääkäri kertoi, millaisilla lääkkeillä hoito aloitetaan ja mitä vaikutuksia lääkkeillä on. Potilaat ovat aiemmissa tutkimuksissa (Muhonen 2006, 57, 66–69) kokeneet erittäin arvokkaaksi sairaanhoitajien antaman lääkehoidon ohjauksen. Tutkimuksessammekin puolet vastaa-

jista (n = 18) olivat täysin samaa mieltä siitä, että suullisessa ohjaustilanteessa hoitaja oli antanut riittävästi tietoa lääkehoidosta. Emme selvittäneet palautekyselyssämme, miten hyvin annettu lääkehoidon ohjaus on saanut potilaat sitoutumaan oman lääkehoitonsa toteutukseen. Muhosen (2006, 66–69) johtopäätösten mukaan ohjaus on tukenut itsehoitoa ja potilaat ovat onnistuneet lääkehoidon toteutuksessa kotonaan, kertaamalla ohjausta kirjallisia ohjeita apuna käyttäen.

Blek ym. (2007) ovat aiemmassa tutkimuksessaan tuoneet esille, että naiset ovat olleet vähemmän tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen kuin miehet. Tutkimuksemme tulosten tarkastelun pohjalta esille nousi, että myös tutkimuksessamme naiset ovat kritisoineet enemmän toteutettua ohjausta. Miehet ovat olleet pääosin tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen.

Potilaat haluaisivat saada enemmän ohjausta liittyen heidän tulevaisuuteensa sairauden kanssa. He haluavat tietää, kuinka sairaus vaikuttaa heidän elämäänsä ja kuinka sairauden kanssa eläminen jatkossa sujuu. Kaukonen (2010, 68) on saanut yhteneviä tuloksia. Hänen tutkimuksessaan potilaat ovat kokeneet saavansa liian vähän tietoa sairauden ennusteesta, hoitoon liittyvistä riskeistä ja toipumisajan kestosta. Jos hoitaja on kertonut potilaalle tulevaisuudesta ja sairauden kanssa elämisestä, voi olla mahdollista, että potilas on kokenut sen riittämättömäksi eikä siksi ole ollut tyytyväinen. On hyvä muistaa, että hoitaja ei voi kertoa potilaalle diagnoosia tai sairauden ennustetta, koska niistä kertoo aina lääkäri. Lääkärillekin voi olla hyvin vaikeaa antaa tietoja ennusteesta, koska siihen vaikuttavat monet eri seikat ja jokainen potilastapaus on erilainen. Tulevaisuusväittämää ei ole tarkennettu, ja on mahdollista, että potilaat ovat kokeneet hoitajien antaman ohjauksen tulevaisuudesta juuri edellä mainittujen seikkojen tähden puutteelliseksi.

Yleensä sairausdiagnoosin kuuleminen on aina ihmiselle jonkinasteinen shokkitilanne. Päälimmäisenä voi olla mielessä pelko kuolemasta ja jäljellä olevasta elinajasta. Vaikka lääkäri tai hoitaja alkuvaiheessa ohjaisi potilasta, on mahdollista, ettei potilas järkytykseltään muista mitään ohjatuista asioista. Hoitajan on tärkeää miettiä, missä vaiheessa ja tilanteessa potilaalle voi antaa ohjausta ja tietoa. Vaikka tutkimuksessamme yli puolet (n = 21) vastaajista oli sitä mieltä, että hoitajan antama ohjaus toteutui sopivassa ajankohdassa, täytyy ohjauksen ajankohtaa aina hoitajana miettiä etukäteen ja tapauskohtaisesti.

Aiemmissa tutkimuksissa (Blek ym. 2007, 9, 11–13; Kääriäinen & Kyngäs 2005, 208; Kääriäinen ym. 2005a, 10, 12–14; Kyngäs ym. 2004, 225, 228–231; Mäkeläinen 2009, 73) on käynyt ilmi, että apuvälineistä ei ole annettu tarpeeksi tietoa. Tutkimuksemme potilaat kokivat ohjauksen apuvälineistä sekä kirjallisessa että suullisessa muodossa hyväksi. 21 vastaajaa koki, että kirjalliset ohjeet ovat hyvä tapa saada tietoa apuvälineistä. Suullisessa ohjauksessa 18 vastaajaa oli saanut tietoa apuvälineistä riittävästi.

Ristiriitaisuutta eri ohjaustilanteiden välillä ei kyselyssämme selvitetty. Osasto on suunnitellut ohjausta niin, että esimerkiksi sosiaalityönteistä antaa tietoa sairaalan oma sosiaalityöntekijä. Näin pystytään varmistamaan se, että potilas saa ajanmukaista ja oikeaa tietoa eri asiantuntijoilta. Sosiaalityöntekijän ja osaston hoitohenkilökunnan on myös hyvä tavata säännöllisesti ja puhua siitä, minkälaista tietoa esimerkiksi sosiaalityöntekijät potilaille antavat.

Kysymykseen, onko potilaiden omaiset otettu mukaan ohjaustilanteisiin, 20 kyselyyn vastanneista ei osannut kertoa mielipidettään. Näin suuresta vastaajamäärästä päättellen potilaat eivät välttämättä ole kokeneet tarvetta ottaa omaisia mukaan ohjaustilanteisiin. Lisäksi voi olla, että potilaat eivät osaa ehkä pyytää hoitajia ottamaan omaisia mukaan ohjaukseen. Lisäksi emme tulosten perusteella voi tietää, ovatko potilaat, joilla ei ole ollut mielipidettä väittämään, olleet vasta diagnoosinsa saaneita vai pidemmän aikaa tautia sairastaneita potilaita. Kyngäksen ym. (2004, 230–231) mukaan vasta diagnoosinsa saanut potilas ei välttämättä osakaan sanoa tai vaatia tarpeitaan vastaavaa tietoa ja ohjausta sairauden alkuvaiheessa. Aiemmat tutkimukset (Mäkeläinen 2009, 73; Muhonen 2006, 67; Kääriäinen & Kyngäs 2005, 208; Kääriäinen ym. 2005a, 10–15) kuitenkin osoittavat potilaiden toivoneen, että heidän omaisensa otettaisiin mukaan ohjaustilanteisiin.

Suurin osa vastanneista, (n = 27) on kokenut, että keskustelutilanne hoitajan kanssa on ollut rauhallinen, kun hoitaja on antanut ohjausta potilaalle hänen hoitoonsa liittyvistä asioista. Toisaalta 13 on tuonut esille, että hoitajalla on ollut kiire keskustellessaan potilaan kanssa hänen hoidoistaan. Vastausten välillä on havaittavissa ristiriitaa, koska enemmistön ohjaustilanne on ollut rauhallinen, mutta kuitenkin 13 on kokenut, että hoitaja on kiireinen ohjaustilanteessa.

Avoimissa kysymyksissä osa vastaajista on ihmetellyt osaston kiirettä ja tuonut esille sen, onko osastolla liian vähän hoitohenkilökuntaa töissä. Muutama vastaajista oli kokenut, että erityisesti yöllä hoitajia on liian vähän. Pääsääntöisesti osastoilla ei kui-

tenkaan toteuteta ohjausta yöaikaan. Vastaavia tuloksia hoitohenkilökunnan kiireestä, ovat saaneet ainakin Blek ym. (2007, 9, 11–13) ja Kyngäs ym. (2004, 230). Näiden kahden edellä mainittujen tutkimusten tuloksista on käynyt myös ilmi, että kiireessä toteutetussa ohjaustilanteessa vastuu siitä, että potilas saa riittävästi tietoa, on jäänyt potilaan oman aktiivisuuden varaan.

Pitkään samalla osastolla työskennellessä ja työvuosien karttuessa, hoitajat saavat kokemusta ohjauksesta ja pystyvät toteuttamaan sitä rutiininomaisesti. Kuitenkin jokaisen potilaan kohdalla ohjaustilanteen tulisi olla yksilöllinen ja juuri kyseisen potilaan tarpeet huomioonottava. Tämä voi rutinoituneella ohjaajalla monesti unohtua.

Ohjaustilanteessa on tärkeää, että hoitaja varmistaa potilaalta, onko hän ymmärtänyt heille kerrotut asiat. Jos ohjaus joudutaan antamaan kiiretilanteessa, olisi hoitajan hyvä palata vielä potilaan luo myöhemmin ja varmistaa, että hän on ymmärtänyt ohjattavan asian. Potilaalle voi vielä ohjaustilanteen jälkeen syntyä kysyttävää ja hänelle täytyy antaa mahdollisuus esittää kysymyksiä myöhemminkin. Kyselylomakkeessa pyydettiin potilaita kertomaan, oliko hoitaja varmistanut ohjaustilanteen jälkeen, että potilas on ymmärtänyt ohjattavan asian. 26 vastaajaa kertoi hoitajan varmistaneen ymmärretyksi tulemisen. 27 potilasta on kertonut hoitajan kanssa kahden kesken käytävän keskustelun olevan hyvä ohjaustapa. Lisäksi aiemmat tutkimustulokset (Blek ym. 2007, 9, 11–13; Kyngäs ym. 2004, 230) vahvistavat tätä saamaamme tulosta.

Aiempien tutkimusten (Blek ym. 2007, 9, 11–13; Kyngäs ym. 2004, 230) mukaan omahoitaja on koettu ratkaisevaksi tekijäksi ohjauksessa. Tutkimuksestamme ei käy ilmi, onko vastaajalla ollut omahoitaja, joka on toteuttanut ohjausta. Kun potilaalle nimetään omahoitaja, hoitosuhteen on mahdollista syventyä niin, että potilas kokee hoitajan turvalliseksi ja hänen on helppoa kertoa mieltään askarruttavista asioistaan hoitajalle.

Kyngäs ym. (2004, 230–233) ovat esittäneet tutkimustensa pohjalta, että potilaat haluaisivat itse vaikuttaa ohjaajansa valintamahdollisuuksiin. Käytännössä katsoen kyseinen järjestely ei varmasti monellakaan osastolla ole mahdollista. Hoitajat voidaan jo ennakoon, esimerkiksi edellisessä työvuorossa, jakaa tiettyihin potilashuoneisiin heidän vahvuuksien ja osaston sen hetkisen tilanteen perusteella. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista kuitenkin turvaa potilaan asemaa myös ohjaustilanteissa, koska potilaalla on lain mukaan oikeus laadultaan hyvään sairaanhoitoon. Lisäksi hän on oikeutettu saamaan ohjausta omalla äidinkielellään ja mahdollisuuksien mukaan on

huomioitava myös potilaan yksilöllisiä tarpeita hoidossa. (Laki potilaan asemasta oikeuksista 1992.) Jos potilas ei siis ole tyytyväinen saamaansa ohjaukseen, on hänellä oikeus kertoa tyytymättömyydestään esimerkiksi osastonhoitajalle. Ammattitaitoinen osastonhoitaja selvittää yleensä tilanteen potilaan parhaaksi vaikkapa ohjaavaa hoitajaa vaihtamalla niin, ettei potilaan tarvitse ottaa yhteyttä esimerkiksi potilasasiemieheen.

Osastolla potilaat ovat kokeneet, että hoitohenkilökuntaa on ollut helppoa lähestyä ja ohjausta toteuttava hoitaja on osannut valita ohjauspaikan rauhallisesta ympäristöstä. Ohjausta on myös koettu toteutettavan oikeassa kohtaa hoitajaksoa. Potilaiden mielestä hoitaja on antanut heille sellaista tietoa, mitä he ovat kaivanneet. Keskustelua hoitajan kanssa kahden kesken on pidetty toimivana ohjausmuotona. Siitä, onko ohjaus tapahtunut isossa potilashuoneessa vai erillisessä ohjaustilassa, ei ole tietoa. Kyselylomakkeessa olisi voitu kysyä, onko ohjaustilanne tapahtunut potilashuoneessa vai erillisessä tilassa.

Kirjalliset ohjeet on koettu hyväksi tavaksi saada tietoa. Niitä on hyvä käyttää suullisen ja muiden ohjausmenetelmien tukimateriaalina ja rinnalla. Kirjallisista ohjeista on helppo tarkistaa ja kertoa asioita, jotka ohjaustilanteessa eivät jää mieleen ja eikä potilas välttämättä muista kysyä kaikkea. Kirjalliset ohjeet tulisi pitää ajan tasalla ja niitä pitäisi löytyä osastolta. Kaukosen (2010, 69), Kantolan (2007, 60–61) ja Kyngäksen ym.: n (2004, 225, 228–230, 230–233) tutkimuksista on selvinnyt, että osastoilla on käytössään vanhaa ja sisällöltään puutteellista ohjausmateriaalia.

Nykyään tutkimus hoitotieteessä ja lääketieteessä on lisääntynyt ja jatkuvasti tulee uutta näyttöön perustuvaa tietoa. Jos esimerkiksi osastolla ei ole nimetty erikseen kirjallisten ohjeiden ajantasaisuudesta vastaavaa henkilöä, voi ohjeet jäädä päivittämättä ja potilaat saavat virheellistä kirjallista ohjausta. Kyngäksen ym. (2004, 225–234) potilaat ovat kokeneet, että kirjalliset ohjeet ovat olleet sisällöltään puutteellisia ja vanhojakin. Koska Internet on nykyään niin monella käytettävissään, voisi olla mahdollista, että ohjeita laitettaisiin osaston kotisivuille. Siellä niiden päivityskin hoituisi kätevämmiin kuin kansioiden, joissa paperiversiot säilytetään. Sähköisiä ohjeita laadittaessa tulisi kuitenkin huomioida ne potilaat, joilla ei ole mahdollisuutta lukea ohjeita sähköisessä muodossa.

Myös Kaukosen (2010, 73) tutkimuksessa kirjalliset ohjeet on koettu hyvänä vaihtoehtona antaa potilaalle tietoa. Jos ohjaus jää pelkän kirjallisen ohjeen varaan, ei potilas saa usein kaipaamansa hoitajan emotionaalista tukea. Sonninen (2006, 52) puo-

lestaan on tuonut esille, että osa potilaista on kokenut ahdistavaksi puhumisen omasta elämäntyytyväisyydestä eikä ole edes nähnyt tarvetta sille senhetkisessä ohjaustilanteessa. Blekin ym. (2007, 9, 11–13) tiedetään todenneen, että naispotilaat ovat olleet vähemmän tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen kuin miehet. Omien kokemustemme perusteella miehet haluavat keskustella sairaudestaan ja yleisistä asioista ohjaustilanteessa, mutta ovat ehkä kuitenkin varautuneempia tunteistaan ja henkilökohtaisista asioistaan puhumisessa kuin naiset. Vaikka tutkimuksessamme vain 2 miestä oli kokenut, ettei kahdenkeskinen keskustelu hoitajan kanssa ole hyvä tapa saada tietoa, voi tämä osaltaan kertoa siitä, että miehet kokevat kahdenkeskisen ohjaustilanteen hoitajan kanssa ahdistavaksi. Lisäksi voi pohtia, onko ohjauksen antajan sukupuolella väliä, kun mietitään, millaiseksi ohjattava kokee ohjaustilanteen. Monilla osastoilla hoitohenkilökunta on edelleen naispainotteista, ja miespotilas voi kokea puhumisen sairauden vaikutuksista esimerkiksi seksuaalisuuteen, hyvin epämiellyttäväksi naishoitajan kanssa. Tällöin hän mieluummin ehkä hankkii tietoa aiheesta lukemalla kirjallisia ohjeita. Myös vertaistuki voisi olla toimiva tapa saada tietoa.

Tutkimuksemme pienen otoksen vuoksi ei käynyt ilmi, että tietyssä ikäryhmässä olisi noussut eniten esille tyytymättömyyttä saatuun ohjaukseen. Kokemustemme perusteella nuoremmat potilasryhmät, ovat entistä tietoisempia oikeuksistaan potilaina ja vaativat ehkä aiempaa enemmän tietoa ja laadukasta hoitoa. Potilaat ovat myös entistä kriittisempiä saadun tiedon suhteen, koska nykyaikana tietoa pystyy hankkimaan niin paljon itsenäisesti eri tietolähteitä apuna käyttäen. Tämä lisää entisestään myös hoitajan ohjaustaitojen vaatimuksia. Oman haasteensa ohjaukselle tuo myös lapsipotilaat ja dementoituneet tai potilaat, joilla on muuten vaikeuksia ymmärtää. Kaikilla potilasryhmillä on kuitenkin oikeus asianmukaiseen hoitoon ja ohjaukseen.

Kokonaisuutena palautekyselyn vastaukset olivat positiivisia. Tulos johtuu varmasti pienestä otoksesta ja vastaajien sattumanvaraisesta valinnasta. Kysely ei kerro, kuinka pitkään vastaaja on sairastanut reuma- tai munuaistauteja ja miten monta osastohoitojaksoa hänellä on takanaan. Palautekysely ei sisällöllisesti ollut kovin laaja, joten kaikki potilaiden kokemat epäkohdat eivät varmasti ole nousseetkaan esille.

7.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Aihe tutkimukselle tuli Kuopion yliopistollisen sairaalan reuma- ja munuaistautien osastolta. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää osaston potilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta. Lisäksi tutkimus selvitti, saavatko potilaat tarpeitaan vas-

taavaa tietoa. Valitsimme aiheen, koska potilasohjaus on osa sairaanhoitajan päivittäistä työtä. Tämän vuoksi on tärkeää osata ohjata potilaita. Hyvin toteutettu potilasohjaus vaikuttaa potilaan motivaatioon selviytyä elämästään sairauden kanssa ja ennaltaehkäisee myös mahdollisia tulevia hoitjaksoja sairaalassa. Esimerkiksi kun kroonista munuaistautia sairastava potilas saa kunnolliset ohjeet terveen ruokavalion toteutukseen, hän osaa toteuttaa ruokavaliotaan niin, että hän välttää erityisesti tyydyttyneiden rasvojen liiallista käyttöä ja suosii ruokavaliossaan enemmän tyydyttymättömiä rasvoja sekä syö lisäksi riittävästi kasviksia, marjoja ja hedelmiä. Näin hän voi pienentää riskiään sairastua kroonisen munuaistaudin liitännäissairauksiin, kuten sepelvaltimotautiin. Lisäksi haluamme kehittää omaa osaamistamme potilasohjauksessa ja ymmärtää millaisista asioista potilaat tahtoisivat saada tietoa ja millaiset ohjausmuodot olisivat toimivia.

Tässä tutkimuksessa käytettiin mittaria, jossa on strukturoituja kysymyksiä sekä lopussa viisi avointa kysymystä. Strukturoiduissa kysymyksissä oli valmiina vastausvaihtoehdot Likertin viisiportaisen asteikon mukaisesti. Yhdeksi vastausvaihtoehdoksi valittiin, *En osaa sanoa* -vaihtoehto. Vastaajia ei haluttu pakottaa valitsemaan neljän rajallisen vastausvaihtoehdon mukaan ja toivottiin, että kyseinen vastausvaihtoehto toisi hajontaa osaan kysymyksistä. *En osaa sanoa* -vaihtoehtoon oli vastattu vain osassa väittämistä ja yleensä tämän vaihtoehdon vastausprosentti oli silloin suuri. Tästä voisi päätellä, että vastaajat eivät ole silloin valinneet vaihtoehtoa sattumanvaraisesti. Heillä ei mahdollisesti ole ollut tietoa kyseisestä asiasta. Esimerkiksi kysyttäessä omaisten mukaan ottamisesta ohjaustilanteisiin *en osaa sanoa* - vastausvaihtoehtoon oli vastattu paljon ($n = 20$). Vastaajat ovat voineet kokea, ettei omaisten mukaan ottamiseen ohjaustilanteisiin ole ollut tarvetta. Reilu kymmenesosa ($n = 4$) vastaajista on kuitenkin sanonut, ettei heidän omaisiaan ole otettu mukaan ohjaustilanteisiin.

Tämän tutkimuksemme luotettavuuteen vaikuttaa huomattavasti pieni otos. Pieneen otokseen vaikutti oleellisesti opinnäytetyön aikataulu. Kyselylomakkeita ei voitu kerätä osastolla pidempään, koska vastausten analysointi täytyi aloittaa heti vuoden vaihteessa 2011, koska tarkoituksenamme on valmistua toukokuussa 2011. Jos kyselylomakkeiden vastausaikaa olisi jatkettu, tuloksia olisi voitu saada enemmän. Siitä, olisiko kyselylomakkeet täytetty huolellisesti, ei ole varmuutta. Vastaukset ovat ainoastaan suuntaa antavia, eikä niitä voida yleistää suuremmalle joukolle. Reuma- ja munuaistautien osasto saa kuitenkin tietoonsa, kuinka ohjaus koetaan osastolla ja millaisia epäkohtia tiedonannossa on noussut esille.

Reliabiliteetti eli saatujen tutkimustulosten pysyvyys tarkoittaa sitä, että tutkimusta toistettaessa siitä saadaan samoja tuloksia (Kananen 2008, 79). Tutkimuksen luotettavuutta lisää pienestä otannasta huolimatta se, että aiempien tutkimusten (mm. Kyngäs ym. (2004) ja Mäkeläinen (2010) taholta on saatu samankaltaisia tuloksia. Lisäksi mittari on rakennettu aiempien tutkimusten (Kaukonen 2010; Kantola 2009; Mäkeläinen 2009; Vihijärvi ym. 2008; Muhonen 2006; Sonninen 2006; Kääriäinen & Kyngäs 2005; Kääriäinen ym. 2005; Blek ym. 2004; Kyngäs ym. 2004) tulosten tarkastelussa nousseiden epäkohtien pohjalta reuma- ja munuaistautien osaston tarpeita vastaavaksi.

Mittari esitettiin ennen kuin se toimitettiin osastolle. Tällä tavalla pystyttiin vielä tarkastamaan, mittaako mittari juuri sitä, mitä tutkitaan. Lisäksi mittarille saatiin esitestauksessa muutamia kehittämissuhteita ja ne toteutettiin.

Mittariin laitettiin tietoisesti kaksi väittämää, jotka molemmat selvittivät lähes samaa asiaa. Ensimmäisessä väittämässä selvitettiin, oliko keskustelutilanne hoitajan kanssa ollut rauhallinen. Toinen väittämä kysyi, olivatko potilaat kokeneet hoitajalla olevan kiireen, kun hän keskusteli potilaan kanssa tämän hoidoista. Näiden väittämien tarkoituksena oli tarkastella yhden vastaajan yhdenmukaisuutta kahteen samankaltaiseen väittämään. Tuloksista nousi kuitenkin esille hyvin erilaisia mielipiteitä väittämiin.

7.3 Suositukset ja jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyömme tutkimustulokset tulevat KYS reuma- ja munuaistautien osasto 2106:n käyttöön. Tulosten avulla osaston henkilökunta pystyy suunnittelemaan ja kehittämään antamaansa ohjausta enemmän potilaita palvelevammaksi. Vaikka tutkimuksemme otos oli pieni ja tulokset ainoastaan suuntaa antavia, voi osasto hyödyntää niitä potilasohjauksaan kehittäessään. Tutkimuksesta nousi esille muutamia kehittämissuhteita ja jatkotutkimusaiheita.

- Kehittämissuhteena osastolle olisi, voisivatko he ottaa enemmän omaisia mukaan ohjaustilanteisiin. Uusi sairaus on kriisi ihmiselle. Kun potilaalle annetaan ohjausta sairauden toteamisvaiheessa, eivät he välttämättä pysty tuomaan esille kysymyksiään. Tässä omaiset voisivat ehkä osata kysellä enemmän hoitajalta kuin potilas itse.

- Hoitajien kiire ohjaustilanteessa nousi palautekyselyistä esille. Potilaat olivat kokeneet, että hoitajalla on kiire, kun hän on keskustellut potilaan kanssa tämän hoidoista. Voisiko osastolla kehittää potilaiden ohjausta niin, että hoitaja pystyy antamaan aikansa ja työpanoksensa rauhassa potilaalle ohjausta annettaessa? Ohjaustilanne on tärkeä ohjattavalle ja hoitajana voi vaikuttaa potilaan motivointiin siinä hetkessä. Kiireen taustalla voi usein olla hoitohenkilökunnasta riippumattomia tekijöitä, kuten liian pieni henkilöstömitoitus hoidettaviin potilaisiin nähden, mutta toisinaan kiire voidaan itse luoda. Jo pienikin potilaan huomioiminen ja ohjaustilanteen jälkeenkin ohjattavien asioiden varmistaminen voi luoda potilaalle tunteen, että hoitaja on aidosti kiinnostunut hänestä ja hänen tuntemuksistaan.
- Tulevaisuus nousi myös esille kyselystä. Potilaat halusivat enemmän tietää, kuinka sairaus vaikuttaa heidän tulevaisuuteensa. Lisäksi potilailla ei ollut mielipidettä vertaistuesta. Olisiko mahdollista, että he eivät tiedä vertaistuesta paljoa. Voisivatko vertaistukiryhmät olla hyvä tapa tuoda esille tulevaisuutta sairaudesta? Vasta diagnoosinsa saaneet potilaat voisivat tavata pidemmän aikaa sairastaneita potilaita ja saada näin tietoa itse sairauden kokeneelta henkilöltä. Näin vasta diagnoosinsa saaneet voisivat kysyä pidemmän aikaa sairastaneilta muun muassa seuraavia asioita. Mihin kaikkeen sairaus vaikuttaa ja millä keinoin he ovat selvinneet elämästään sairauden kanssa.
- Jatkotutkimusaiheena voisi olla myös tyypin 2 diabetespotilaiden ohjauksen tutkiminen ja kehittäminen, sillä tiedetään, että diabetes on yksi nopeimmin kasvavista sairauksista ja tämä tutkimus oli ensisijaisesti suunnattu reumaa ja kroonista munuaistautia sairastaville potilaille. (Alahuhta ym. 2008, 46–47.) Tyypin 2 diabetespotilailla tiedetään lisäksi olevan suuri riski sairastua diabeettiseen nefropatiaan, samoin kuin tyypin 1 diabeetikoilla. (Aho, Metsärinne & Puurunen 2007.) Tämän vuoksi olisi tärkeää tukea ja osata ohjata oikein myös näitä potilasryhmiä.

7.4 Omat oppimiskokemukset ja ammatillisen kasvun kehitys

Opinnäytetyön tarkoituksena on syventää ja kehittää omaa osaamistaan haluamastaan aiheesta. Savonia-ammattikorkeakoulun opetussuunnitelmassa sairaanhoitajan ammatillisissa osaamisalueissa yhdeksi alueeksi on nostettu ohjaus ja opetus. Savonia-ammattikorkeakoulussa nostetaan sairaanhoitajan tehtäväksi muun muassa poti-

laan ohjaaminen ja tukeminen itsehoitoon ja terveysongelmien hallintaan. Hoitotyön koulutusohjelmassa sairaanhoitajilla on opintojakso Asiakkaan ohjauksesta ja terveyden edistämisestä, jonka yhtenä osasuorituksena on Asiakkaan ohjaus -kurssi. Kursin tavoitteissa mainitaan, että opiskelijan tulisi ymmärtää, mitä ohjaus merkitsee asiakkaan hoito- ja palveluprosessissa ja mieltää ohjauksen suunnittelu osaksi hoitosuunnitelmaa. Tavoitteena on myös tutustua erilaisiin teoreettisiin lähestymistapoihin, joita käytetään asiakkaan ohjausprosessissa. Lisäksi opiskelijan tulisi saada sellaisia valmiuksia, että hän voi ohjata ja opettaa erilaisia asiakkaita ja heidän omaisiaan sekä erilaisia ryhmiä. (Savonia-ammattikorkeakoulu, 6–7, 42.)

Sairaanhoitajan koulutuksen aikana eri opintojaksoilla ja harjoitteluissa käydään läpi asiakkaan ohjausta vaihtelevissa määrin. Koska asiakkaan ohjaus on tärkeä osa kokonaisvaltaista hoitoa, täytyy ohjauksen antajan tietää ja ymmärtää, mitä kaikkea laadukas ohjaus vaatii onnistuakseen. Valmistumassa olevina sairaanhoitajina haluamme lähteä kehittämään omaa asiakkaan ohjausta niin, että se palvelisi asiakkaan toiveita mahdollisimman hyvin. Tämän takia päätimme perehtyä aiheeseen syvemmin potilasohjausta käsittelevän opinnäytetyön muodossa. Halusimme syventää osaamistamme potilaiden ohjauksessa. Tämän aihealueen ymmärtäminen ja osaaminen on tärkeää tulevassa työssämme, jossa tulemme ohjaamaan potilaita päivittäin, erilaisissa paikoissa ja tilanteissa. Halusimme myös selvittää, millaisista asioista potilaat haluvat saada ohjausta.

Opinnäytetyön kirjoittamisessa täytyy osata huomioida monia asioita. Tutkimusta tehdessä tutkimussuunnitelman tekeminen ja tutkimuslupien hankkiminen on tärkeää. Tutkimussuunnitelmassa tulee tuoda esille, mitä haluamme tutkia ja millä keinoilla. Näiden tekeminen on eettisesti hyvin tärkeää. Kirjallisuuskatsausta tehdessämme etsimme tietoa, mitä muissa tutkimuksissa oli tullut esille potilasohjauksesta. Tutkimusluvut saimme jo ennen varsinaisen kyselylomakkeen laatimista, koska tutkimuksemme oli osa reuma- ja munuaistautien osaston Hoitotyön kehittäminen 2010 -suunnitelmaa.

Aikaisempien tutkimusten pohjalta kokosimme kyselylomakkeen, jonka avulla oli tarkoitus kuvata, millaista ohjausta potilaat saavat ja millaista tietoa he haluaisivat ohjaustilanteissa. Lomakkeen suunnittelussa on tärkeää, että lomake vastaa osaston tutkimustarpeisiin. Siksi on tärkeää kirjoittaa teoriaa auki ennen mittarin laatimista, jotta pystyy sisäistämään, mitä kaikkea tutkittavasta ilmiöstä/ongelmasta jo tiedetään. Teoriaosan katsotaan myös kertovan siitä, kuinka kirjoittaja on perehtynyt aiheeseen. (Kananen 2008, 94.) Tuloksia tarkastellessamme, huomasimme muutamia kohtia

lomakkeessa, joissa olisimme voineet muotoilla väittämät hieman eri tavoin ja lisätä muutamia tarkentavia kysymyksiä.

Tieteellistä tutkimusta tehdessä, varsinkin jos kohteena ovat potilaat, on tärkeää, että vastaajien henkilötiedot eivät tule julki missään vaiheessa tutkimusta. Tietojen keruu ja aineiston analysointi tehdään nimettömästi. Tämän vuoksi kysyimme esitiedoissa vain ikää ja sukupuolta. Osastolla potilaat pystyivät palauttamaan lomakkeet postilaatikkoon, siten edes hoitajat eivät pystyneet identifioimaan vastaajia tai nähneet, mitä kukin on vastannut palautelomakkeeseen. Palautekyselyyn vastaaminen oli potilaille täysin vapaaehtoista, vaikka hoitajat pyrkivätkin jakamaan jokaiselle potilaalle lomakkeen hänen hoitajaksonsa lopulla. Vastaaminen tai vastaamatta jättäminen ei vaikuttanut millään tavoin potilaan saamaan hoitoon.

Valitsimme aiheen opinnäytetyöhömme sen perusteella, että potilasohjausta tullaan antamaan riippumatta paikasta, missä työskentelemme. Tämän vuoksi on tärkeää tietää, millaisista asioista potilaat kaipaavat ohjausta. Uutena ja nuorena hoitajana on hyvä tietää, millaisissa tilanteissa ohjausta antaa. On myös tärkeää osata valita ohjaustilanteeseen juuri sopiva paikka ja menetelmä, että se palvelisi eniten potilasta. Vastavalmistuneen hoitajan ohjaus voi olla alussa epävarmaa. Kun toistoa ohjaukseen tulee, niin kokemukkin karttuu. Potilailla voi ohjaustilanteissa olla monenlaisia kysymyksiä esitettävänä. On tärkeää rehellisesti myöntää potilaalle, jos ei itsekään tiedä vastausta. Asian voi selvittää yhdessä potilaan kanssa tai kysyä aina kokenemmalta työkaverilta. Tutkimustuloksia tarkasteltaessa, ymmärsimme, että tärkeintä on potilaan kokemus kuulluksi ja ymmärretyksi tulemisesta sekä hoitajana oman huomion antaminen täysipainotteisesti ohjaustilanteessa tai, kun muuten kohtaa potilaan.

Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää työelämässämme. Potilaiden tyytyväisyys saatuun hoitoon varmasti lisääntyy, kun hoitajakin osaa toteuttaa oikeanlaista ohjausta potilaalle. On tärkeää antaa potilaalle aikaa kysymysten esittämiseen ja lisäksi hoitajan on tärkeää varmistaa potilaalta, että hän on ymmärtänyt annetut ohjeet.

Useat liitännäissairaudet ovat mahdollisia kroonisessa munuaistaudissa. Jos kroonisesta munuaistaudista kärsivä potilas saadaan motivoitua toteuttamaan terveellistä ruokavaliota ja liikkumaan säännöllisesti, voidaan ennaltaehkäistä muita liitännäissairauksia ja munuaistaudin etenemistä. Toisaalta korkeasta verenpaineesta kärsivän ihmisen motivointi toteuttamaan esimerkiksi liikuntaa ja tupakanpolton lopettamista,

voi säästää hänet säännölliseltä lääkitykseltä ja mahdollisesti verenpainetaudin aiheuttamalta krooniselta munuaistaudilta. Lopulta päätös omasta terveydestään on kuitenkin potilaan itsensä käsissä, vaikka hoitajana tulee potilasta tukea ja motivoida niin paljon kuin se on mahdollista.

Vaikka tutkimuksemme on tehty reuma- ja munuaistautien osastolle uskomme, että tulosten perusteella ohjausta pystyttäisiin kehittämään jokaisella terveydenhuollon erikoisalalla. Opintojemme aikana on korostettu terveyden edistämistä ja sairauksien ennaltaehkäisemistä. Vaikka ihminen on yleensä jo sairastunut, kun hän on reuma- ja munuaistautien osastolla hoidossa, on ohjausta antavan hoitajan hyvä muistaa, että hyvällä potilasohjauksella on mahdollista saada potilas motivoitumaan oman sairauden hoitamisessa.

LÄHTEET

- Aho, T., Metsärinne, K. & Puurunen, M. 2007.** Diabeettinen nefropatia. Käypä hoito –suositus. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Viitattu 16.02.2011.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/khp00070>
- Anderson, R. & Funnell, M. 2009.** Patient empowerment: Myths and misconceptions. *Patient Education and Counselling* 79 (2010), 277–282.
- Alahuhta, M., Hyväri, T., Linnanvuo, M., Kylmäaho, R. & Mukka, H. 2008.** Munuaissairaahan hoito. Helsinki: Edita.
- Arkela-Kautiainen, M. & Häkkinen, A. 2007.** Toimintakyky, terveys ja liikunta. Teoksessa J. Martio, A. Karjalainen, M. Kauppi, M-L. Kukkurainen & H. Kyngäs (toim.) *Reuma*. 1. painos. Helsinki: Duodecim, 165–176.
- Blek, T., Kiema, M., Karinen, A., Liimatainen, L. & Heikkilä, J. 2007.** Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan ja hänen läheisensä tiedon saanti ja riskitekijöihin asennoitumisen yhteys terveyskäyttäytymiseen. *Tutkiva Hoitotyö* 5 (4), 9–14.
- Diabeettinen nefropatia. 2007.** Käypä hoito -suositus. Päivitetty 22.8.2007. Terveyskirjasto Duodecimin verkkosivut. Viitattu 25.11.2010.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50060>
- Grönroos, M. 2003.** Johdatus tilastotieteeseen – Kuvailu, mallit ja päättely. Helsinki: Oy Finn Lectura Ab. Viitattu 16.02.2011.
- Hakala, M. 2007.** Nivelreuman puhkeaminen ja yleisyys. Teoksessa J. Martio, A. Karjalainen, M. Kauppi, M-L. Kukkurainen & H. Kyngäs (toim.) *Reuma*. 1. painos. Helsinki: Duodecim, 323.
- Heikkilä, T. 2004.** Tilastollinen tutkimus. 5. uudistettu painos. Helsinki: Prima Oy.
- Heikkilä, T. 2008.** Tilastollinen tutkimus. 7. uudistettu painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

- Heikkilä, T.** 2010. Tilastollinen tutkimus. 7.–8. uudistettu painos. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Heliövaara & Puhakka.** 2007. Reumasairauksien ehkäisy. Teoksessa J. Martio, A. Karjalainen, M. Kauppi, M-L. Kukkurainen & H. Kyngäs (toim.) Reuma. 1. painos. Helsinki: Duodecim, 17.
- Helminen, T & Herranen- Kallio, M.** 2007. Tavoitteena täysipainoinen ruokavalio. Teoksessa J. Martio, A. Karjalainen, M. Kauppi, M-L. Kukkurainen & H. Kyngäs (toim.) Reuma. 1. painos. Helsinki: Duodecim, 217–218.
- Hoitotyön kehittäminen 2010.** 2010. Kuopion yliopistollinen sairaala. Reuma- ja munuaistautien osasto 2106. Word -asiakirja. Tulostettu 17.11.2010.
- Hämäläinen, S., Jauhiainen, A & Janatuinen, A-L.** 2010. Potilasohjauskoulutuksen tarve ja koulutuksen toteuttaminen. Teoksessa A. Jauhiainen (toim.) Osaamista ja vaikuttavuutta potilasohjaukseen. 1. painos. Kuopio: Savonia ammattikorkeakoulun julkaisusarja, 10–15.
- Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Syväoja, P.** 2010. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. Keuruu: Tammi.
- Isomäki, H.** 2002. Nivelreuma. Teoksessa M. Leirisalo-Repo, M. Hämäläinen & E. Moilanen (toim.) Reumataudit. 3. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim, 152–166.
- Kananen, J.** 2008. Kvantti. Kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja -sarja. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K.** 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Kantola, S.** 2007. Nivelreumapotilaan ohjaus. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Pro gradu - tutkielma.
- Kaukonen, J.** 2010. Päiväkirurgisessa kaiholeikkauksessa olleiden iäkkäiden potilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu - tutkielma.

- Kukkurainen, M-L & Kyngäs, H.** 2007. Hoidonohjaus. Teoksessa J. Martio, A. Karjalainen, M. Kauppi, M-L. Kukkurainen & H. Kyngäs (toim.) Reuma. 1. painos. Helsinki: Duodecim, 30–32.
- Kylliäinen, S.** 2009. Krooninen munuaisten vajaatoiminta ja kliininen ravitsemushoito. Suomalaiset hoitosuositukset 2009. Päivitetty 31.7.2009. Viitattu 20.1.2011 http://www.musili.fi/document.php?DOC_ID=363&SEC=124f37b5ef2ad715522c228fb402b31a&SID=1#munuaisten_vajaatoiminta_ja_kliininen_ravitsemushoito.pdf
- Kyngäs, H., Kukkurainen, M-L. & Mäkeläinen, P.** 2004. Potilasohjaus nivelreumaa sairastavien potilaiden arvioimana. Hoitotiede 16 (5), 225–234.
- Kyngäs, H. & Kääriäinen, M.** 2006. Ohjaus- tuttu, mutta epäselvä käsite. Sairaanhoidaja 79 (10), 6–9.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T.** 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. 1. painos. Porvoo: WSOY.
- Kääriäinen, M.** 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. Tutkiva hoitotyö. 6 (4).10–14.
- Kääriäinen, M.** 2010. Laadukkaan potilasohjauksen tunnusmerkit. Teoksessa A. Jauhiainen (toim.) Osaamista ja vaikuttavuutta potilasohjaukseen. 1. painos. Kuopio: Savonia ammattikorkeakoulu, 26–30.
- Kääriäinen, M. & Kyngäs, H.** 2005. Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995 - 2002. Hoitotiede 4 (17), 208–216.
- Kääriäinen, M., Kyngäs, H., Ukkola, L. & Torppa, K.** 2005a. Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta. Tutkiva Hoitotyö 3 (1), 10–15.
- Kääriäinen, M., Lahdenperä, T. & Kyngäs H.** 2005b. Asiakaslähtöinen ohjausprosessi. Tutkiva hoitotyö. 3 (3), 27–31.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista** 17.8.1992/785. Finlex. Päivitetty 21.12.2010. Viitattu 19.1.2011. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

- Lipponen, K.** 2006. Kirurgisen sairaanhoitajan valmiudet potilasohjauksessa. Sairaanhoitaja 79 (10), 22–24.
- Martio, J.** 2007. Aineenvaihdunta ja reumasairaudet. Teoksessa J. Martio, A. Karjalainen, M. Kauppi, M-L. Kukkurainen & H. Kyngäs (toim.) Reuma. 1. painos. Helsinki: Duodecim, 210–211.
- Mikkelsen, M., Kauppi, M & Honkanen, V.** 2008. Reumataudit. Teoksessa P. Rissanen, T. Kallaranta & A. Suikkanen (toim.) Kuntoutus. 2. painos. Helsinki: Duodecim, 458–471.
- Muhonen, R.** 2006. Nivelreumapotilaiden arvioita sairaanhoitajan toteuttamasta lääkehoidon ohjauksesta. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Pro gradu – tutkielma.
- Munuais- ja maksaliitto ry.** 2010a. Munuaistietoa. Taudin eteneminen. Päivitetty 1.4.2010. Viitattu 21.11.2010.
http://www.musili.fi/fin/munuaistietoa/taudin_eteneminen/
- Munuais- ja maksaliitto ry.** 2010b. Munuaispotilaan opas. Päivitetty 15.3.2010. Viitattu 20.11.2010.
http://www.musili.fi/document.php?DOC_ID=415&SEC=f5a148d99d2f873694fd9ebc2d0af4823&SID=1#munuaispotilaan_opas_2010.pdf
- Munuais- ja siirtopotilaiden liitto Ry.** Munuaispotilaan hyvän hoidon kriteerit Suomessa. Päivitetty 16.8.2006. Viitattu 21.11.2010.
http://www.musili.fi/document.php?DOC_ID=8&SEC=2149cd34b88e0d8771dadb0c504e4beb&SID=1#HYVA_HOITO_LR.pdf
- Mustajoki, P. & Saha, H.** 2009. Krooninen munuaisten vajaatoiminta (uremia). Terveyskirjasto. Lääkärikirja Duodecim. Helsinki. Päivitetty 13.10.2009. Viitattu 25.10.2010.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00587

- Mäkeläinen, P.** 2009. Rheumatoid Arthritis Patient Education and Self-Efficacy. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 167. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.
- Ohtonen, H.** 2006. Potilasohjaus–hoitotyön punainen lanka. Sairaanhoitaja 79(10), 3.
- Pasternack, A.** 2007. Munuaistaudit ja ravitseminen. Teoksessa A. Aro, M. Mutanen & M. Uusitupa (toim.) Ravitsemustiede. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. 496–520.
- Pasternack, A.** 2009. Krooninen munuaistauti – munuaisten krooninen vajaatoiminta. Duodecim Terveyskirjasto verkkosivut. Päivitetty 19.1.2009. Viitattu 10.3.2011. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=seh00095
- Savonia ammattikorkeakoulu.** Sairaanhoitaja AMK. Opetussuunnitelma kevät 2008. Kuopio: Savonia ammattikorkeakoulu.
- Sonninen, E.** 2006. Potilasohjaus elämänhallinnan tukena. Tulehduksellista suolistosairautta sairastavien potilaiden kokemuksia ohjauksesta. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Pro gradu – tutkielma.
- Sonninen, Kinnunen & Penttilä.** 2006. Elämänhallintaa tukevan ohjauksen kehittäminen. Sairaanhoitaja 79 (10), 18–21.
- Stenbäck, S.** 2005. Ryhmäohjauksen uudistaminen työyksikössä. Teoksessa L. Liimatainen, P. Hautala & U. Perko (toim.) Potilasohjausta kehittämässä – Innostusta ja innovaatiota. Jyväskylä: Jyväskylän yliopisto paino, 61–64.
- Suomen reumaliitto ry.** 2010. Nivelreuma (Arthritis rheumatoides). Viitattu 21.11.2010. http://www.reumaliitto.fi/reumaaapinen/reumataudit/nivelreuma_arthritis_rheumatoide/
- Vihijärvi, S., Koivula, M. & Åstedt - Kurki, P.** 2008. Perheiden kokemuksia ja toiveita nivelreuman hoidon ohjauksesta. Tutkiva hoitotyö 6 (4), 16–22.
- Vilka, H.** 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi.

Arvoisa kyselyyn vastaaja

Olemme Savonia ammattikorkeakoulusta keväällä 2011 valmistuvia sairaanhoitajaopiskelijoita. Teemme opinnäytetyönämme Kuopion yliopistollisen sairaalan reuma – ja munuaistautien osastolle palautekyselyn potilaiden tyytyväisyydestä saamaansa ohjaukseen ja tiedonsaantiin. Reuma- ja munuaistautien osasto 2106 haluaa kehittää potilastyytyväisyyttään sekä ohjauksen laatua. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on saada tietoa osaston Hoitotyön kehittämisen 2010 – suunnitelmaan potilaiden ohjauksesta ja ohjaukseen liittyvistä kehitystarpeista.

Kyselyyn vastaaminen on Teille vapaaehtoista. Vastaamalla voitte vaikuttaa hoitoonne ja sen laadun parantamiseen. Tutkimustulokset käsitellään nimettöminä, Teidän henkilöllisyytenne ei käy ilmi missään vaiheessa tutkimusta. Täytetyt kyselylomakkeet voitte palauttaa osaston henkilökunnalle tai osastonhoitajalle.

Mikäli Teillä on jotakin kysyttävää, annamme mielellämme lisää tietoa aiheeseen liittyen. Yhteystietomme ovat

Emma Liuha: (050-3477390) Emma.N.Liuha@student.savonia.fi

Johanna Rautiainen: (044-2978249) Johanna.L.Rautiainen@student.savonia.fi

Palautus

Osastonhoitaja
Päivi Tiainen
Os. 2106

Tutkijat

Emma Liuha
Johanna Rautiainen
Savonia ammattikorkeakoulu

Palautekysely reuma- ja munuaistauteja sairastavien potilaiden tyytyväisyydestä saamaansa ohjaukseen ja tiedonsaantiin osasto 2106:lla

Vastausohjeet: Pyydämme Teitä ystävällisesti vastaamaan kaikkiin alla oleviin kysymyksiin ja väittämiin ympyröimällä sopivin vaihtoehto.

1. Vastaaajan taustatiedot

Tämä kysely sisältää aluksi kaksi taustatietoa kartoittavaa kysymystä.

Ympyröikää Teitä parhaiten kuvaava vaihtoehto

Sukupuoli

Nainen	1
Mies	2

Ikä

Alle 18 vuotta	1
18-40	2
41-60	3
61-75	4
Yli 75 vuotta	5

2. Hoitajien antama ohjaus

Seuraavat väittämät liittyvät Teidän kokemukseenne saamastanne ohjauksesta ja tiedonsaannista osastojaksonne aikana sekä hoitajien (sairaanhoitajien / lähihoitajien) ohjaamiseen liittyvistä tiedoista ja taidoista.

Ympyröikää ruudussa oleva numero, joka parhaiten kuvaa Teidän omaa kokemustanne saamastanne ohjauksesta.

Väittämä	Täysin erimieltä	Jokseenkin eri mieltä	En osaa sanoa	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
1. Hoitajia oli helppo lähestyä hoitooni liittyvissä askarruttavissa asioissa	1	2	3	4	5
2. Keskustellessani hoitajan kanssa tilanne oli rauhallinen	1	2	3	4	5
3. Hoitaja toteutti ohjausta rauhallisessa ympäristössä	1	2	3	4	5
4. Koin, että hoitaja antoi tietoa oikeassa kohdassa osastojaksoani	1	2	3	4	5
5. Sain hoitajalta tietoa, joka vastasi tarpeitani tiedonsaannista	1	2	3	4	5
6. Hoitajalla oli kiire, kun hän keskusteli kanssani minuun liittyvistä hoidoista	1	2	3	4	5
7. Keskustelu kahden kesken hoitajan kanssa, oli hyvä tapa saada tietoa	1	2	3	4	5
8. Hoitaja otti omaiseni / läheiseni mukaan ohjaustilanteisiin	1	2	3	4	5
9. Sain hoitajalta tietoa riittävästi erilaisista vertaistukiryhmistä	1	2	3	4	5
10. Hoitaja varmisti ohjaustilanteessa, että olen ymmärtänyt asian	1	2	3	4	5

3. Kirjallinen ohjaus

Seuraavaksi on muutama väittämä kirjallisista ohjeista. Ympyröikää Teidän kokemustanne parhaiten kuvaava vaihtoehto.

Väittämä	Täysin erimielttä	Jokseenkin erimielttä	En osaa sanoa	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
11. Kirjalliset ohjeet ovat hyvä tapa saada tietoa sairaudestani	1	2	3	4	5
12. Kirjalliset ohjeet ovat hyvä tapa saada tietoa apuvälineistä	1	2	3	4	5
13. Kirjalliset ohjeet ovat hyvä tapa saada tietoa ravitsemuksesta	1	2	3	4	5

4. Suullinen ohjaus

Seuraavaksi on muutamia väittämiä hoitajien (sairaanhoitajien / lähihoitajien) antamasta suullisesta ohjauksesta. Ympyröikää Teidän kokemustanne parhaiten kuvaava vaihtoehto.

Väittämä	Täysin erimielttä	Jokseenkin erimielttä	En osaa sanoa	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä
14. Minulle kerrottiin riittävästi sairaudestani	1	2	3	4	5
15. Minulle kerrottiin riittävästi sairauteeni liittyvistä oireista	1	2	3	4	5
16. Minulle kerrottiin, miten sairaus vaikuttaa tulevaisuuteeni	1	2	3	4	5
17. Minulle kerrottiin riittävästi sairauteeni liittyvästä lääkehoidosta	1	2	3	4	5
18. Minulle kerrottiin riittävästi sairauteeni liittyvistä tutkimuksista	1	2	3	4	5

19. Minulle kerrottiin riittävästi apuvälineistä	1	2	3	4	5
20. Minulle kerrottiin riittävästi ravitsemuksesta	1	2	3	4	5

Seuraaviin avoimiin kysymyksiin voitte vastata omien kokemuksienne perusteella

21. Millaisia asioita jätitte kaipaamaan osastojaksoltanne?

22. Millaisista asioista tahtoisitte saada enemmän ohjausta/tietoa?

23. Mitä muuta haluaisitte kertoa saamastanne ohjauksesta osastojakson aikana

Lopuksi voitte kertoa kokemuksianne lääkäreiden antamasta ohjauksesta. Kysymykset liittyvät Osasto 2106:lla olevaan Hoitotyön kehittäminen 2010 - suunnitelmaan.

24. Millaista tietoa saitte lääkäriltä osastojaksonne aikana?

25. Mitä muuta haluaisitte kertoa lääkärin antamasta ohjauksesta?

Kiitos vastauksistanne!

www.savonia.fi

