

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Terveyden edistäminen/ Ylempi AMK

Tarja Männistö

SYDÄNPOTILAAN OHJAUKSEEN OSALLISTUVAN HOITOHENKILÖKUN-
NAN OHJAUSVALMIUDET

Opinnäytetyö 2011

TIIVISTELMÄ

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Ylempi AMK/Terveysten edistäminen

MÄNNISTÖ TARJA

Sydänpotilaan ohjaukseen osallistuvan hoitohenkilökunnan ohjausvalmiudet

Opinnäytetyö

158 sivua + 4 liitesivua

Työn ohjaaja

Eeva-Liisa Frilander-Paavilainen, yliopettaja, SHO, KT

Toimeksiantaja

Carea

Maaliskuu 2011

Avainsanat

ohjaus, valmiudet, hoitohenkilöstö, sydänpotilaat

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata Kymenlaakson keskussairaalan sydänpotilaiden hoitamiseen osallistuvan hoitohenkilökunnan tiedollisia, taidollisia ja asenteellisia potilasohjausvalmiuksia. Lisäksi on tarkoitettu selvittää hoitohenkilökunnan arviota ohjauksen lähtökohdista, puitteista, vaikuttavuudesta sekä ohjaustilanteiden toteutumisesta. Tutkimus on osa potilasohjauksen kehittämistyötä tutkimuksen kohteena olevassa keskussairaalassa.

Tutkimuksen aineisto (N=35) kerättiin kyselylomakkeella erään keskussairaalan hoitohenkilökunnalta lokakuussa 2010. Vastausprosentti oli 87,5. Aineisto analysoitiin SPSS PASW Statistics 18 for Windows -tilasto-ohjelmalla. Potilasohjausmittarin osiosta muodostettiin summamuuttujat mittarin laatijan ohjeiden mukaan ja niiden sisäistä johdonmukaisuutta tarkasteltiin Crohnbachin alpha -kertoimen avulla.

Hoitohenkilökunnan tiedolliset ja asenteelliset valmiudet olivat hyvät, mutta taidolliset valmiudet olivat tyydyttävät. Ohjauksen lähtökohdat arvioitiin kaikilta osiltaan hyväksi, mutta ohjauksen resurssit tyydyttäväksi. Ohjauksen toteutuminen näkyi asiakaslähtöisenä ja vuorovaikutteisena toimintana. Ohjauksella arvioitiin olevan myönteisiä vaikutuksia kaikilla ohjauksen osa-alueilla. Ohjaustoiminnan kehittämisehdotuksissa nousivat keskeisesti esiin sen organisoiminen, vuorovaikutuksellisen ja moniammatillisen yhteistyön lisääminen eri työyksiköiden välillä. Ohjausvastuun jakaminen sekä ohjauskäytäntöjen yhdistäminen nähtiin potentiaalisina keinoina hyvän potilasohjaustoiminnan onnistumiselle. Ohjauskäytäntöjen yhtenäistäminen ja kirjaaminen yhtenäiseksi toimintaohjeiksi sekä ohjausrungon laatimista ohjaustoiminnan tueksi katsottiin parantavan ohjauksen toteutumista.

ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences

Health Promotion

MÄNNISTÖ TARJA

Counseling skills of Nursing Staff Participating in a Heart Patient`s Counseling

Master`s Thesis

158 pages + 4 pages of appendices

Supervisor

Eeva-Liisa Frilander-Paavilainen, Principal lecturer

Commissioned by

Carea

March 2011

Keywords

counseling, capabilities, nursing staff, heart patients

The primary objective of this Master`s thesis was to describe the cognitive-, skill- and attitude- based patient counseling skills of nursing staff in providing counseling for heart patients in Kymenlaakso central hospital. The secondary purpose was to clarify the estimation of the nursing staff with relation to the bases and impressiveness of the counseling, the implementation and the resources of the patient counseling. The study was part of the development work in patient counseling in Kymenlaakso Central Hospital.

The research material (N=35) was collected by questionnaires given to the nursing staff working in one central hospital in September 2011. The response rate was 87.5. SPSS PASW Statistics 18 for Windows was used in analyzing the material. Sum variables were formed using the collected material in order to examine the internal consistency.

The cognitive and attitude based patient counseling skills of the nursing staff were found to be good, but the skill-based ones were satisfactory. The bases of the counseling were assessed good in all fields. The implementation of the counseling appeared as patient-oriented and interactive action. Counseling was assessed to have a positive influence on all the fields of counseling. Organizing, adding interactive and multiprofessional teamwork between the work units was suggested for a development target. Sharing the counseling responsibility and the harmonization of the counseling practice were regarded as a possibility to develop patient counseling. The harmonization of counseling and recording it as a common directive and establishing the framework of counseling were estimated to improve the patient education.

SISÄLTÖ

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	TAUSTA JA TARKOITUS	7
2	SYDÄNPOTILAAN OHJAUKSEN LÄHTÖKOHDAT	9
	2.1 Kansalliset ohjelmat ja suositukset ohjauksen perustana	9
	2.2 Ohjauksen lainsäädännölliset lähtökohdat	11
	2.3 Eettiset lähtökohdat	13
	2.3.1 Etiikka hoitotyössä	13
	2.3.2 Etiikka ohjauksen taustalla	17
3	SYDÄNPOTILAAN OHJAUKSEN LAADUN OSATEKIJÄT	21
	3.1 Ohjauksen määrittelyä	21
	3.2 Ammatillinen osaaminen ja pätevyys	22
	3.3 Tiedolliset valmiudet potilaan ohjaamisessa	32
	3.3.1 Valmiuden määrittelyä	32
	3.3.2 Tiedon merkitys sydänpotilaalle	32
	3.3.3 Sydänpotilaan tiedontarpeet	38
	3.3.4 Tiedon antamisen ajoitus	41
	3.3.5 Tutkimuksia tiedollisista valmiuksista	43
	3.4 Taidolliset valmiudet potilaan ohjaamisessa	45
	3.4.1 Ohjausvalmiudet	46
	3.4.2 Ohjaustarpeiden arviointitaidot	47
	3.4.3 Vuorovaikutustaidot	48
	3.4.4 Motivoivan ohjauksen taidot	52
	3.4.5 Ohjauksen suunnittelu- ja koordinoititaidot	55
	3.4.6 Ohjausmenetelmien hallinta	58
	3.4.7 Tutkimuksia taidollisista valmiuksista	65
	3.5 Asenteelliset valmiudet potilaan ohjaamisessa	66
	3.6 Ohjauksen resurssit	68

3.7 Ohjauksen vaikuttavuus	70
4 TUTKIMUSONGELMAT	72
5 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN	73
5.1 Tutkimuksen metodologiset lähtökohdat	73
5.2 Mittarin valinta	74
5.3 Kohderyhmä ja aineiston keruu	76
5.4 Aineiston analyysi	78
6 TUTKIMUKSEN TULOKSET	83
6.1 Vastaajien taustatiedot	83
6.2 Ohjauksen resurssit	85
6.3 Ohjauksen lähtökohdat	86
6.4 Hoitohenkilökunnan ohjausvalmiudet	88
6.4.1 Tiedolliset valmiudet	88
6.4.2 Taidolliset valmiudet	90
6.4.3 Asenteelliset valmiudet	91
6.5 Ohjaustilanteiden toteutuminen	92
6.6 Ohjauksen vaikuttavuus	98
6.7 Ohjauksen kehittäminen	100
6.7.1 Ohjauksen ulkoisten tekijöiden kehittäminen	100
6.7.2 Ohjauksen tavoitteellisuuden kehittäminen	104
6.7.3 Moniammatillinen yhteistyö	105
7 POHDINTA	106
7.1 Tutkimustulosten tarkastelu	106
7.2 Tutkimuksen luotettavuus	120
7.3 Tutkimuksen eettisyys	124

7.4 Kehittäminen ja yhteenveto tutkimusongelmista	125
---	-----

8 LÄHTEET	129
-----------	-----

LIITTEET

Liite 1. Tutkimustaulukko

Liite 2. Tutkimuslupa

Liite 3. Saatekirje

Liite 4. Esimerkki sisällön analyysistä

TAUSTA JA TARKOITUS

Potilasohjaus on hoitotyön ydinalue (Sanford 2000, 1 - 15), jonka merkitys on korostunut ja tullut haasteellisemmaksi terveystalouden rakennemuutosten ja hoitoaikojen lyhentyessä (Johansson, Nuutila, Virtanen, Katajisto & Salanterä 2005, 212 - 223). Sydänpotilaan sairaalahoitovaihe on usein ensimmäinen vaihe sydänpotilaan pitkäänkin kestävässä hoitoprosessissa, mikä korostaa toipilasvaiheeseen sijoittuvan ohjauksen ja seurannan tärkeyttä (Hämäläinen & Röberg 2007a, 134). Sydänpotilaan yksilöllinen, potilaan tarpeesta lähtevä ohjaus on yksi keskeinen hoidon laadun osatekijä, mutta kiire ja lyhenevät hoitajakset vähentävät yksilöllisyyden kokemuksia. Hoitoketjussa tieto ei kulje riittävän kattavasti ja nopeasti eri toimijoiden välillä sisäisessä tiedonkulussa sekä organisaatioiden välillä (Ensio & Ryyänen 2007, 70). Koordinaation puute näkyy erityisen hyvin sydänpotilaan hoitoprosessissa. Sairaalahoitovaiheet ovat teknologisesti korkeatasoisia ja edistyneitä, mutta potilaan näkökulmasta ne ovat kiireisiä ja lyhyitä. (Hämäläinen & Röberg 2007b, 3774). Lyhyessä ajassa annetun ohjauksen vähimmäistavoitteena on mahdollistaa potilaan selviytyminen ja itsensä hoitaminen kotona (Johansson, Hupli & Salanterä 2002, 634 - 639). Siksi hyvin toteutuneessa ohjauksessa ohjaajalta vaaditaan tiedollisia, taidollisia ja asenteellisia ohjausvalmiuksia sekä tietoa ohjattavista asioista, oppimisen periaatteista sekä ohjausmenetelmistä. (Kyngäs & Hentinen 2009, 92.) Ohjaajan motivaatiolla ja positiivisella asennoitumisella on vaikutusta elintapamuutosten tekemiseen, mutta ohjaajalta vaaditaan myös ohjauksen kehittämistä sekä moniammatillisen yhteistyön taitoja (Absetz, Hankonen, Yoshida & Valve 2008, 255).

Sepelvaltimotauti pitkäaikaissairautena on merkittävä kansansairaus ja kuolinsyy kaikissa länsimaissa. Suomalaisten sairastuvuus sydän- ja verisuonitauteihin on kansainvälisesti vertailtuna korkea. Vuosittain Suomessa sairastuu noin 50 000 henkilöä sepelvaltimotautiin (Kattainen 2004, 17; Iivanainen, Jauhiainen & Syväoja 2010, 176) ja se on suomalaisten työikäisten miesten toiseksi yleisin ja naisten viidenneksi yleisin kuolinsyy (Kuolemansyyt, 2009). Noin 30 000 henkilöä sairastuu akuuttiin sepelvaltimokohtaukseen ja näistä noin 25 000 sairastaa sydäninfarktin. 13 000 sydäninfarktiin sairastuneista kuolee jo sairauden ensi- ja akuuttivaiheessa. (Iivanainen ym. 2010, 176.) Vaikka taudin esiintyvyys lisääntyy vanhemmissa ikäryhmissä, tautia ja taudin riskitekijöitä esiintyy jo työikäisellä väestöllä (Salomaa, Laatikainen, Tapanainen, Jousilahti, Vartiainen 2003, 3187 - 91).

Suomalaisten sydänterveys on kuitenkin viime vuosikymmeninä kehittynyt myönteisesti. Työläisten miesten sepelvaltimotautikuolleisuus on laskenut lähes 80 prosenttia viimeisen kolmenkymmenen vuoden aikana (Toimenpideohjelma suomalaisten sydän- ja verisuoniterveyden edistämiseksi vuosille 2005 - 2011, ei sivua). Työikäisillä vakavien sepelvaltimotautikohtausten ilmaantuvuus on laskenut viime vuosina Suomessa 2 - 3 % vuodessa. Se on ollut kuitenkin hitaampaa kuin kuolleisuuden lasku, mikä on johtanut esiintyvyyden kasvuun ja hoidon tarpeen lisääntymiseen. Suurin osa tautitapauksista ja kuolemista tulee väestöryhmistä, jonka riskitekijätaso on vain lievästi tai kohtalaisesti koholla. Eri toimijoiden välisellä yhteistyöllä voidaan riskitekijöitä vähentää. (KTL 2008, 13 - 14.) Miehillä sepelvaltimotautikuolleisuuden kehitys on tasan laskeva ja myös naisilla on laskua havaittavissa, mutta muihin Euroopan maihin verrattuna sepelvaltimokuolleisuus on Suomessa erittäin korkea (KTL 2008, 13).

Sydän- ja verisuonisairaudet ovat osittain ehkäistävissä, ja niiden ilmaantuminen on lykättävissä myöhempään ajankohtaan. Suurin haaste on kuitenkin teorian saattaminen käytäntöön terveystyössä. Terveystyön edellytysten huomioiminen edellyttää niiden huomioimista kaikessa yhteiskunnan päätöksenteossa ja politiikoissa (Toimenpideohjelma suomalaisten sydän- ja verisuoniterveyden edistämiseksi vuosille 2005 - 2011). Sekundaariprevention vaikuttavuudessa on todettu huomattavaa vaihtelua (Reiman-Möttönen 2010). Siitä huolimatta sepelvaltimotautiin jo sairastuneiden riskitekijöiden hallintaa voidaan parantaa potilasohjauksella (Blek, Kiema, Karinen, Liimatainen & Heikkilä 2007, 9; Hämäläinen ym. 2007b, 3771 - 3775; KTL 2008, 14). Sepelvaltimotaudin tunnettuja riskitekijöitä ovat tupakointi, veren suuri kolesterolipitoisuus, kohonnut verenpaine ja diabetes (Kettunen 2005, 243), joihin potilaat voivat vaikuttaa sairautensa etenemiseen elintapamuutoksilla (Kayaniyil, Ardern, Winstanley, Parsons, Brister, Stewart & Grace 2008, 99 - 107; Hämäläinen 2007a ym. 254 - 260). Terveystyössä ennaltaehkäisevää työtä tehdään monella tasolla, mutta usein elintapaohjaukseen puututaan vasta kun riskitekijät ovat koholla. Sekundaari- ja tertiäripreventiolla voidaan kuitenkin edelleen saada väestölle terveyshyötyä. (Patja, Absetz, Kuronen & Lillrank 2009, 1351.)

Tutkimuksen tarkoituksena on tutkia Kymenlaakson keskussairaalan sydänpotilaiden hoitamiseen osallistuvan hoitohenkilökunnan potilasohjausvalmiuksia. Tutkimus on osa potilasohjauksen kehittämistyötä Kymenlaakson keskussairaalaossa. Tämän tutkimuksen tavoitteena on tuottaa ohjauksesta hoitohenkilökunnan näkökulmasta käsin

sellaista tietoa, jota voidaan käyttää hyödyksi potilasohjauksen kehittämisessä. Tutkimus on osa Oulun yliopiston terveystieteiden laitoksen Potilasohjauksen laadun arviointi -tutkimushanketta, jossa on tarkoituksena arvioida potilasohjauksen laatua, testata potilasohjauksen laatumallia sekä potilasohjauksen laatu -mittareita eri toimintaympäristössä. Sydänpotilaalla tarkoitetaan tässä työssä sepelvaltimotautiin sairastunutta potilasta. Sepelvaltimotauti on ateroskelroosin eli valtimonkovettumistaudin ilmentymä sydämen sepelvaltimoissa. Sen ilmenemismuotoja ovat angina pectoris, akuutti sepelvaltimotautikohtaus ja sydäninfarkti. (Mäkijärvi, Kettunen, Kivelä, Parikka & Ylimäyry 2008, 240 - 241.)

1 SYDÄNPOTILAAN OHJAUKSEN LÄHTÖKOHDAT

1.1 Kansalliset ohjelmat ja suositukset ohjauksen perustana

Valtionosuusuudistuksessa lainsäädännöllistä ohjausta kunnille vähennettiin 1990-luvun alussa ja samalla kuntien vastuu hyvinvointipolitiikasta lisääntyi oleellisesti. Tilalle kehitettiin erilaisia informaatio-ohjauksen keinoja, kuten valtion hallinnon strategisia asiakirjoja, tavoite- ja toimintaohjelmia sekä laatu- ja hoitosuosituksia. Informaatio-ohjauksella pyrittiin tasoittamaan kuntien välisiä eroja ja edistämään kansalaisten tasa-arvoa. Pyrkimyksenä on ollut luoda kuntarajoja ylittävää toimintaa. Terveystieteidenhuollossa on pyritty kuntarajoja ylittävään toimintaan esimerkiksi projekteissa, hankkeissa ja hoito-ohjelmissa. (Perttilä, Orre, Koskinen & Rimpelä 2004, 3, 5 - 10). Sosiaali- ja terveydenhuollon johtaminen on ensisijassa ohjelmajohtamista, jossa erilaisten ohjelmien avulla pyritään pääsemään tavoitteisiin. Ohjelmat eivät ole sitovia, vaan ne toimivat toimintasuosituksina sosiaali- ja terveydenhuollossa toimiville. Ne korostavat kuntien laaja-alaista toimintaa väestön terveyden edistämiseksi. (Iivanainen ym. 2010, 22, 48.)

Sepelvaltimosairaudet ja niiden ehkäisy ovat olleet monien suomalaisten terveysohjelmien keskeisenä painopistealueena. Valtakunnalliset, alueelliset ja paikalliset terveydenhuollon strategiset ohjelmat ovat perustana ja sisältävät yleiset toimintalinjat sekä sisältöalueet potilasohjaukselle. (Virtanen, Leino-Kilpi, Salanterä 2009, 8.) Kansalliset terveydenhuollon kehittämisohjelmat korostavat potilaan aseman vahvistamista ja haastavat organisaatiot kehittämään hoidon laatua palvelujen käyttäjien näkökulmasta. Suomen hallituksen Terveystieteiden edistämisen politiikkaohjelmassa (2007) tähdennetään terveyttä edistävän tiedon levittämistä yhteiskunnan kaikilla päätöksien

tasoilla ja eri toiminta-alueilla kuten elintapoihin vaikuttamisessa, elinolosuhteiden luomisessa ja ylläpidossa ja sosiaali- ja terveyspalvelujen tuottamisessa sekä kulttuuri-toiminnassa.

Sosiaali- ja terveysministeriön laatima terveyspoliittinen Terveys 2015 - kansanterveysohjelma painottaa terveyden edistämistä. Ohjelma sisältää kansanterveyttä koskevia tavoitteita, joiden saavuttamisessa ohjauksella on merkittävä rooli. Ohjelmassa korostetaan, että terveysorientaation vahvistuminen jokapäiväisessä elämässä edellyttää potilaan autonomiaa kunnioittavaa ohjausta. (Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta, 2001.) Potilaiden ohjaus korostuu myös terveyspolitiikan tavoitteissa ja toteuttamisessa terveydenhuollon eri tasoilla. Suomen terveyspolitiikan ensisijaisena tavoitteena on se, että terveyspalvelujen tuottamisessa otetaan huomioon terveyden edistäminen ja sairauksien ehkäisy sekä vaikutetaan suomalaisten kansansairauksien syihin ja ennaltaehkäisyyn. (KASTE -ohjelma 2008 – 2011, 24 - 31.)

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisessa kehittämisohjelmassa (KASTE) määritellään sosiaali- ja terveydenhuollon yleiset kehittämistavoitteet ja toimenpiteet vuosille 2008 - 2011. Potilaiden ohjaus tulee ohjelmassa esille sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämistavoitteiden toimenpiteissä. Kehittämistoimenpiteinä mainitaan esimerkiksi terveysriskeihin varhaisen puuttumisen, ohjauksen toimintamuotojen vakiinnuttamisen ja mini-interventiotoiminnan. (KASTE -ohjelma 2008 - 2011, 24 - 31.) Erikoissairaanhoidon alueella potilasohjaus korostuu eri sairaanhoitopiirien strategisissa tavoitteissa.

Vuonna 2003 Sydänliitto antoi Toimenpideohjelman Suomalaisen sydän- ja verisuoniterveyden edistämiseksi vuosille 2005 - 2011. Sydän- ja verisuonisairaudet ovat ehkäistävissä tai ainakin niiden ilmaantuminen on lykättävissä. Tavoitteena on, että 20 vuoden kuluttua sydän- ja verisuonisairaudet eivät enää ole merkittävä kansanterveyden ongelma työikäisessä väestössä, ja että terveet ja toimintakykyiset elinvuodet jatkavat kasvuaan. Tavoitteen saavuttamiseksi on tehostettava keskeisiin sydän- ja verisuonisairauksien kehittymisen ja sen hoidon vaiheisiin vaikuttavia toimenpiteitä. (Toimenpideohjelma suomalaisten sydän- ja verisuoniterveyden edistämiseksi vuosille 2005 - 2011.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on laatinut terveyden edistämisen laatusuositukset kunnille informaatio-ohjauksen välineiksi. Niiden tarkoituksena on jäsentää terveyden edistämisen laajaa toimintakenttää sekä tukea kuntien terveyden edistämisen omaa laadunhallintatyötä. Tavoitteena on nostaa väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen kaikissa kunnissa yhdeksi toiminnan painopistealueeksi. Tähän tarvitaan terveyden edistämisen rakenteiden arviointia, johtamisen kehittämistä, voimavarojen suuntaamista ehkäisevään työhön, hyvinvointiosaamisen vahvistamista ja toiminnan säännöllistä seuranta. (Terveyden edistämisen laatusuositus 2006, 3.) Terveyden edistämisen laatusuosituksen kohteena on koko väestö, ja ne toimivat suosituksina tai suosituksen kaltaisina ohjeina kunnille. Suositus kannustaa ottamaan asiakkaat mukaan laadunhallintaan. Johdolla on vastuu laadunhallinnan eteenpäin viemisessä ja henkilöstö nähdään hyvän laadun edellytyksenä. (Teräväinen, Räikkönen, Heikkilä 2007, 3, 12.)

1.2 Ohjauksen lainsäädännölliset lähtökohdat

Potilasohjauksella on vahva lainsäädännöllinen perusta. Lainsäädännöllinen perusta takaa kaikille potilaille oikeuden saada tarvitsemaansa tietoa terveyteen ja sairauteen läheisesti liittyvistä asioista. Se ei ole kuitenkaan taannut sitä, että potilaiden tiedolliset odotukset olisi taattu. (Virtanen ym. 2009, 7.) Lait eivät suoraan viittaa hoitotyöhön liittyvään ohjaukseen, vaan ne määrittelevät yleisesti terveyteen liittyviä perustehäviä (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 13) ja ne luovat ohjaustilanteen toimimiselle pohjan ja velvoitteen (Lahtinen 2006, 6). Lainsäädäntö ja siihen pohjautuvat normit sekä taloudellinen ohjaus ja informaatio-ohjaus ovat valtion keinoja ohjata toimintaa. Valtion vahvuus ohjauksuhteessa on terveyden korkeatasoinen asiantuntemus terveyden alueelta, jota saadaan omista kehittämis- tutkimuslaitoksista. (Melkas 2010, 46.) Terveyskäyttäytyminen, sairastuminen, sairauden hoito ja kuntoutuminen herättävät potilaissa runsaasti kysymyksiä, joihin hän odottaa ohjausta ja vastauksia (Virtanen ym. 2009, 7).

Laillisen taustan ohjaustilanteeseen muodostavat hoitajaa ohjaavat sekä kansainväliset sopimukset että kansalliset lait ja asetukset. Perus- ja ihmisoikeudet, terveystoimeen, koulutukseen ja ammatinharjoittamiseen liittyvät sekä siviilioikeudelliset kohdat (potilasvahinko-, tasa-arvo- ja yhdenvertaisuuslaki) kohdat, ovat yhteydessä ohjaustilanteeseen. Lait ja asetukset toimivat pohjana sille, että ne antavat konkreettisen mahdol-

lisuuden ohjaukselle. Velvollisuus tulee esille siinä, että ne asettavat sekä hoitajalle että ohjaustilanteelle minimivaatimuksen: hoitajan on noudatettava tiettyjä laatuksiteereitä kyetäkseen toimimaan tehtävässään. (Lahtinen 2006,7.) Sydänpotilaiden lyhyt sairaalahoitovaihe ja nopea liikkuminen hoitoketjussa asettavat haasteita lainsäädännön vaatimusten mukaan toteutuvalla potilasohjaukselle. Ohjauksen toteutuminen edellyttää yhteistyötä hoitoketjun eri vaiheissa.

Valtioiden perustuslakiin on kirjattu eettiset periaatteet, joiden mukaan valtiota ja yhteiskuntaa halutaan rakentaa (Vuori-Kemilä, Lindroos, Nevala & Virtanen 2005, 69). Suomen perustuslaki (L 731/1999) ja kuntalaki (L 365/1995) ohjaavat valtion ja kuntien hyvinvointitehtäviä. Perustuslain 19. §:n 3. momentissa on julkiselle vallalle säädetty tavoite turvata jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut ja edistää väestön terveyttä (L 731/1999). Perustuslain uudistuksen myötä vuonna 2000 tuli terveyden edistäminen mukaan perustuslakiin. Tämä heijastaa parempaa ymmärrystä terveyttä vahvistavien ja sairauksia ehkäisevien toimien merkityksestä hyvän terveyden saavuttamisessa sekä yhteiskunnan mahdollisuuksista toimia tämän mukaan. (Melkas 2010, 45.) Kuntalaisissa (L 365/1995) kuntien tehtävänä on pyrkiä edistämään asiakkaidensa hyvinvointia ja kestävää kehitystä alueellaan. Vuori-Kemilän ym. (2005, 69) mukaan jokainen kunta voi itse päättää, miten ja missä laajuudessaan se toteuttaa lakia kuntalaisiaan parhaiten palvelevalla tavalla.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (L 785/1992) säätelee ja ohjaa terveydenhuoltohenkilöstöä potilasohjauksen antamiseen terveyspalveluorganisaatiossa. Potilas on oikeutettu saamaan tietoa hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, erilaisista hoitovaihtoehdoista sekä niiden vaikutuksista ja muista hoitoon vaikuttavista seikoista, joilla on merkitystä hoitopäätöstä tehdessä. Se velvoittaa terveydenhuollon henkilöstöä antamaan potilaille tietoa sairaudesta ja sen hoidosta niin, että potilas ymmärtää saamansa tiedon. Lain mukaan potilasta on kohdeltava siten, että hänen ihmisarvoaan loukata ja hänen vakaumustaan ja yksityisyyttään kunnioitetaan. Terveyden- ja sairaanhoitoa toteutettaessa on tarvittaessa laadittava tutkimusta ja hoitoa sekä kuntoutusta koskeva suunnitelma yhteisymmärryksessä potilaan, hänen omaisensa tai läheisensä kanssa. Kynkään ym. (2007, 16 - 17) mukaan keskusteltaessa asiakkaan kanssa palvelujen sisällöstä, huomioidaan hänen elämäntilanteensa, voimavaransa ja muut hyvälle hoidolle ominaiset tekijät sekä hoidolle asetetaan tavoitteet. Itsemääräämisoi-

keus liittyy olennaisesti kohteluun, yhteiseen suunnitteluun ja tiedon saantiin potilasta ohjatessa.

Terveydenhuollon ammattihenkilöistä säädetyssä laissa (L 1994/559) määritellään terveydenhuollon ammattihenkilön ammattitoiminnan päämääräksi terveyden edistämisen, sairauksien ehkäisyn sekä sairaiden parantamisen ja heidän kärsimyksiensä lievittämisen. Se painottaa ammattieettisissä velvollisuuksissaan potilaan etua. Terveydenhuollon ammattihenkilön on ammattitoiminnassa sovellettava yleisesti hyväksytyistä menettelytapoja. Lisäksi hänen on jatkuvasti pyrittävä täydentämään koulutusta. Ammattihenkilö on velvollinen myös ottamaan selvää, mitä potilaan oikeuksista säädetään.

Lisäksi kansanterveys- (L 66/1972) ja erikoissairaanhoidolaki (L 1062/1989) säätelevät terveystalvorganisaatiossa tapahtuvaa ohjaustoimintaa. Melkaan (2010, 47) mukaan kansanterveyslain lähtökohtana olivat suomalaisen aikuisen huono terveys ja erityisesti sydäntautikuolleisuus. Kansanterveyslaki (L 66/1972) velvoittaa kunnat järjestämään tarpeellisen ohjauksen myös työterveyshuollon ulkopuolelle jääville ja iäkkäille ihmisille. Kynkään ym. (2007, 14 - 15) mukaan nämä lait ovat ohjauksen osalta lähempänä käytännön toimintaa ja niiden sisältö voidaan helposti yhdistää asiakastyöhön sekä heidän kohtaamiseen. Näissä kaikissa laissa on kyse palvelujen määrän, riittävyyden ja järjestämistavan lisäksi laadusta.

Valmisteilla olevassa, kansanterveyslain ja erikoissairaanhoidolain korvaavassa uudessa terveydenhuoltolaissa (Uusi terveydenhuoltolaki 2008, 15) ehdotus sisältää pykälän terveyden ja hyvinvoinnin edistämisestä, joka velvoittaa kunnat laatimaan poikkihallinnollisen suunnitelman terveyttä edistävästä ja terveysongelmia ehkäisevistä toimenpiteistä ja niiden toteuttamisen seurannasta. Lisäksi terveyden edistämisen toteutus edellyttää kunnissa ja alueellisesti toimivia käytäntöjä ja alueellisesti toimivia rakenteita.

1.3 Eettiset lähtökohdat

1.3.1 Etiikka hoitotyössä

Eettiset kysymykset ovat yleinen puheenaihe terveydenhuollossa (Leino-Kilpi & Välimäki (2008, 3) ja terveydenhuollossa tarvitaan jatkuvaa keskustelua terveydenhuol-

lon yhteisistä periaatteista (Lindqvist 2001, 1). Lisäksi eettiset ongelmat ovat lisääntymässä ja sen vuoksi niihin tulisi kiinnittää huomiota (Kuokkanen, Leino-Kilpi & Katajisto 2010, 26 - 35). Terveysorientaation vahvistuminen ihmisten elämässä edellyttää uudistavaa toimintaa ja eettisten lähtökohtien arviointia. Autonomian kunnioittaminen ja sen edellytysten tukeminen on keskeisessä osassa terveysneuvonnassa. (Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015- kansanterveysohjelmasta, 22.) Väli-töntä potilastyötä tekevien on sovitettava hyväksyttävällä tavalla yhteen eettiset velvoitteet, lainsäädäntö sekä terveydenhuollon toimintaympäristön ja yhteiskunnan muutostekijät (Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet 2001, 4). Terveyttä edistävän toiminnan perustavana ovat arvot, käsitykset ihmisestä ja terveydestä sekä ammattietiikka. Yhtenä keskeisenä arvona pidetään ihmisarvon kunnioittamista. Etiikka auttaa tarkastelemaan terveyteen liittyviä kysymyksiä moniulotteisesti, se ei siis ratkaise sitä, miten on toimittava. Terveiden edistämässä tarvitaan taitoja, joita ammattieettinen perusta ohjaa. (Kylmä, Pietilä & Vehviläinen-Julkunen 2002, 62.)

Lainsäädännöllisten lähtökohtien lisäksi henkilöstön tulee tunnistaa eettisfilosofiset lähtökohtansa (Kääriäinen 2008, 10; Lipponen, Kanste, Kyngäs & Ukkola, 2008, 121). Eettiset arvot ilmenevät periaatteissa, arvioissa, päätöksissä ja toiminnassa (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 38 - 39). Airaksisen (1991) mukaan arvot määrittävät keskeisesti ammatillista toimintaa ja sen vuoksi ammattien edustajien tulisi toimia terveyden, hyvinvoinnin, turvallisuuden sekä tasa-arvon mukaisesti (Juujärvi, Myyry & Pessa 2007, 34). Ne määrittävät ihmisten käyttäytymistä ohjaavia ajatuksia ja tunteita, jotka liittyvät usein hänen tarpeisiinsa. Ne ohjaavat myös ihmisten toimintaa ja niiden pohjalta ihminen tekee valintoja. Siksi omien arvojen tunnistaminen antaa suunnan ja merkityksen toiminnalle. (Sydämaanlakka 2006, 220, 295.) Leino-Kilven ym. (2008, 92) toteavat, että hoitotyöntekijän on tunnettava oma arvoperustansa, omaa ammattikuntaa koskevat eettiset periaatteet sekä kunnioitettava potilaan arvoperustaa voidakseen toimia toisten ammattilaisten kanssa ongelmatilanteissa. Hoitotyön ammattilaiselta edellytetään sitoutumista alansa eettisiin arvoihin ja tämä näkyy motivaationa toimia oikein sekä taitoa havaita työssään eettisiä ongelmia. (Juujärvi, Myyry & Pessa 2007, 21.)

Hoitoetiikassa perimmäinen tavoite on taata ihmisarvo, potilaan ehdoton arvo ihmisenä ja hänen itsemääräämisoikeutensa. Eettisyyden toteutuminen hoitotilanteessa riip-

puu hoitoalan ammattilaisen kyvystä hahmottaa asiakkaan elämäntilanne ja toisaalta asiakkaana olevan ihmisen kykyä tuoda esiin omaa elämäntilannetta ja elämänsisällönsä. Eettisyys ilmenee konkreettisesti toisen ihmisen kohtaamisessa, johon sisältyy välitön vastuu. Parhaimmillaan eettiset säännöt tarjoavat lähtökohdan yksilöiden terveyden edistämiseksi. (Eriksson 1995, 9 - 40.) Eettisestä näkökulmasta katsottuna sydänsairaus voi uhata potilaan riippumattomuutta ja vaikuttaa sekä rooleihin että velvollisuuksiin. Potilas joutuu kamppailemaan säilyttääkseen yksilöllisyytensä. Oman roolin menettäminen ja uuden löytäminen voi olla vaikeaa, koska rooli liittyy usein oman arvon tunteeseen. (Johnson 1991, 13 - 18.) Whelton (2008, 77 - 88) korostaa ammatillisen hoitotyön lähtökohtana humanisuutta. Ihmisen inhimillisen luonteen kokonaisvaltainen ymmärtäminen ohjaa eettistä päätöksentekoa ja hoitamista. Hoitotyössä ihmisen, kuten hoitajan inhimillisellä olemuksella, kyvyillä ja arvoilla on merkittävä tehtävä hoitotyössä. Hoitotyöntekijöiden ja potilaiden interventiot onnistuvat parhaiten, jos niitä ohjaavat äly ja tahto. Hoitajan kunnioitus potilaan kykyyn käsitellä tietoa ja tehdä valintoja, toimii kuten neuvonantaja luottaen, että potilaan paras toteutuu sen myötä.

Hoitotyötä voidaan pitää moraalisenä toimintana, koska on oikein huolehtia muista ja auttaa heitä (Sarvimäki ym. 2009, 13 - 14; Haho 2009b, 36). Hoitotyön lähtökohtana ovat eettiset arvot, jotka antavat hoitotyön tekemiselle sen oikeutuksen. Hyvä huolenpito perustuu toisen ihmisen kunnioitukselle, huomioimiselle sekä hyväksynnälle. Se voidaan määritellä kahden ihmisen väliseksi suhteeksi, jossa toinen haluaa toiselle hyvää, hyväksyy toisen tämän tilanteen ehdoilla sekä haluaa käyttää omia voimavarojaan toisen hyväksi. (Sarvimäki 2009, 13- 16, 23 - 25.) Moraalisena ajatuksena hoitaminen on elämää suojelevaa ja ylläpitävää sekä toivoa virittävää, ja se edistää ihmisen terveyttä ja hyvää. Ammatillisuus moraalivalinnoissa ilmenee tietoisena toimintana. Herkkyys havaita eettisyyteen liittyviä ilmiöitä sekä tietoinen eettinen toiminta ovat osa ammatillisuutta. (Haho 2009, 36.) Eettinen herkkyys vaatii taitoa tunnistaa eettinen ongelma arkipäivän tilanteissa. Tähän kytkeytyy taito tunnistaa tilanteessa mukana olevien ihmisten erityispiirteet, tarpeet, velvollisuudet sekä oikeudet. (Juujärvi ym. 2007, 21.)

Terveydenhuollon ammattihenkilöiden ammattieettiset velvollisuudet on kirjattu lakiin terveydenhuollon ammattihenkilöistä. Siinä terveydenhuollon ammattihenkilön ammattitoiminnan päämääränä on terveyden ylläpitäminen ja edistäminen. (Kokkonen,

Holi & Vesantola 2004, 16.) Ammattietiikasta voidaan puhua, kun tarkastellaan eri ammatteihin ja ammattialoihin liittyvää moraalialueita ja sen tarkastelua (Vuori-Kemilä ym. 2005, 25). Hoitamisen ammatinharjoittamista säätelevät moraaliset normit eli ammattietiikka, joka velvoittaa siinä toimivaa ylläpitämään ja edistämään alansa asiantuntevuuksiaan. Ammattietiikan mukaan eettisten säännösten on perustuttava yhteiskunnan niille asettamiin tavoitteisiin ja päämääriin, joten ammattietiikan on oltava alisteinen yleiselle etiikalle. (Launis 1995, 77, 79 – 80.)

Eettinen päätöksenteko liittyy kiinteästi hoidon tarpeen arviointiin ja niiden arvioinnissa ollaan jatkuvasti tekemisissä ihmiselämän peruskysymysten kanssa, ja siksi etiikka tulee esiin konkreettiseksi ja käytännölliseksi arviointityössä. Etiikan tehtävänä hoitotyössä on auttaa hoitotyöntekijää tekemään valintoja, ohjaamaan ja arvioimaan omaa ja toisten toimintaa sekä tutkimaan toimintansa perusteita. Hoidon tarpeen arvioinnissa eettisyys tulee esille siinä, että hoitaja haluaa toimia terveyttä edistävasti ja sairauksia ehkäiseväksi sekä siinä, että hän huolehtii potilaan oikeuksien toteutumisesta. Hoitaja myös kartuttaa ja ylläpitää omia tietoja ja taitoja sekä huolehtii työn riittävästä laadusta. (Syväoja & Äijälä 2009, 64.)

Kun eettisistä periaatteista poiketaan, perusteluina ovat usein kiire, rutiinit tai yleisesti hyväksytyt toimintatavat (Kokkonen ym. 2004, 13) ja eettisistä kysymyksistä ei ole aikaa keskustella tai toteuttaa omasta mielestä eettisesti oikeana pitämäänsä hoitoa. Hoitoympäristön muuttumisen vuoksi eettisten ongelmien määrä ja luonne muuttuvat sen mukana. Työn organisointi kysymyksillä ja hyvillä johtamiskäytännöillä voidaan minimoida eettisten ongelmien kokemista. (Kuokkanen ym. 2010, 26 – 35.)

Millerin (2006, 116 - 120) mukaan työntekijän työssään kokema autonomia vaikuttaa paljon siihen, miten hän pystyy tuomaan eettisiä näkemyksiään perustellusti esiin. Hahmo (2006, 160) määrittelee hoitamaan asettautumisen tietoisesti eettiseksi valinnaksi, joka mahdollistaa hoitajan autonomian vahvistaen hoitajan itsenäistä toimintaa ja perustellen näkökulmaa potilaan hyvän näkökulmasta. Erlen (2004, 289 - 292) mukaan hoitajien kollegiaalisuus ja toistensa tukeminen on ensiarvoisen tärkeää. Kuokkasen ym. (2010, 26 - 35) mukaan se lisää hoitajien rohkeutta uusien ohjeistusten ja yhteisten periaatteiden luomiseen hoitotilanteessa.

1.3.2 Etiikka ohjauksen taustalla

Ohjauksessa on keskeistä sen eettisyys ja eettinen suhde toiseen ihmiseen (Levinas 1996 22, 26; Mattila 2002a, 23 - 24). Levinaksen (1985) mukaan ihmissuhteissa korostuu sen eettisyys ja toinen ihminen on aina ennen minua (Väisänen, Niemelä & Suua 2009, 16). Leino-Kilven (1999, 51 - 58) mukaan hoitotyö on ihmisten välistä toimintaa, jossa hoitamisen peruselementti on vuorovaikutus. Kaikissa vuorovaikutustilanteissa on läsnä kaksi eettistä perspektiiviä. Tämä merkitsee, että kaikessa hoitotyön toiminnassa on tarve niissä todentuvan arvoperustan arvioimiseen (Leino-Kilpi 1999, 51 - 58). Auttamisen eettisyys perustuu kriittiseen ajatteluun, dialogiin, todellisuuskäsityksiä kokeviin neuvotteluihin, suhteisiin ja halukkuuteen tunnistaa erilaisten ajattelutapojen olemassaolo. Vuorovaikutuksen laatu ja vastavuoroinen kohtaaminen ovat eettisten periaatteiden soveltamista käytäntöön. Eettinen työskentelytapa voi joko toteutua tai jäädä toteutumatta asiakkaan kohtaamisessa. (Peavy 2006, 33 - 34.) Potilaan henkilökohtaisen vakaumuksen kunnioittaminen edellyttää uskonnolliseen, yhteiskunnalliseen tai muuhun vakaumukseen perustuvan kannanoton huomioon ottamista hoitotilanteissa (Kokkonen ym. 2004, 29).

Eettistä taustaa ohjaustilanteessa määrittävät terveydenhuollon eettiset periaatteet (Lahtinen 2006, 7). Eri terveystalojen ammattilaisten säännöillä on tavoitteena taata eettisyys ammatillisessa toiminnassa: oikean ja hyvän tekeminen esimerkiksi terveyttä edistävässä toiminnassa (Silva 1996, 28 - 33). Terveydenhuollon eettiset periaatteet (Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet 2001, 4 - 15) ovat valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan asettamat. Periaatteet koskettavat kaikkia terveydenhuollossa toimivia ja niiden mukaan terveydenhuollon tehtävänä on terveyden edistäminen, sairauksien ehkäisy ja kärsimyksien lievittäminen. Sairaanhoitajien (1996) eettiset ohjeet ilmaisevat sairaanhoitajien periaatteet ja perustehtävän yhteiskunnassa sekä tukevat eettistä päätöksentekoa. Eettisissä ohjeissa esitetään selkeästi hoitotyön ammatilliset arvot, jotka ovat ammattikunnan yleisesti hyväksymiä laatuvaatimuksia. Niissä tulee esille terveyden edistämisen ja ylläpitämisen sekä sairauksien ehkäisemisen näkökulma. Leino-Kilpi ym. (2008, 90) toteaa, että sairaanhoitajan tehtävänä on tukea potilaita, lisätä heidän voimavarojaan sekä parantaa heidän elämisen laatua. Ohjeissa korostuu toiminnan inhimillisuus.

Lahtisen (2006,7) mukaan eettiset periaatteet määrittävät myös potilasohjauksen perustaa ja lisäävät tietoisuutta eettisesti oikeasta tavasta toimia potilasohjaustilanteessa. Eettisestä näkökulmasta katsoen, ohjauksessa on huomioitava potilaan näkemys ja kokemus. Ne velvoittavat hoitajan toimimaan potilaan parhaaksi yhteistyössä eri ammattiryhmien edustajien kanssa. Ohjauksen tavoitteena voidaan pitää potilaan hyvinvoinnin edistämistä. Kynkään & Hentisen (2009, 53) mukaan eettisesti katsottuna oikeudenmukaisuus edellyttää, että jokaisen potilaan tulisi saada tarpeensa mukaista kuntoutusta ja ohjausta. Eettisen ongelman aiheuttavat kuitenkin vähäiset voimavarat, joten ohjauksen kustannuksella voi jotakin muuta jäädä tekemättä tai vaihtoehtoisesti on päätettävä kenelle ohjausta annetaan. Oikeudenmukaisuuden periaate ei toteudu, jos hoitoon vähän sitoutuneet saavat huonompaa hoitoa ja ohjausta. Hahon (2009, 37 - 39) mukaan hoitajien tieto etiikasta ja eettisistä teorioista ei takaa eettisyyden toteutumista hoitamisessa. Oleellista on hoitajan tahto hoitaa potilasta. Kyngäs ym. (2009, 52) toteavat, että eettisten periaatteiden mukainen toiminta ei ole aina itsestään selvää ja ongelmatonta. Eettisiä ongelmia syntyy silloin, jos kahden arvon ja periaatteen välillä on ristiriitaa. Ongelman ratkaisu vaatii tuolloin keskustelua ja yksilöllistä ratkaisua. Eettisiä ongelmia voivat aiheuttaa mm. potilaan repsahdukset, itse aiheutettujen sairauksien hoito, niukkojen voimavarojen kohdentaminen sekä erilaiset näkemykset hyvästä ja pahasta.

Ammattietiikka on keskeisessä asemassa määriteltäessä ohjauksen eettistä taustaa. Ammattietiikan tarkoituksena ei ole vain tukea, vaan myös suojata ammattikunnan jäseniä omassa tehtävässään. Siinä määritellään ammatin tehtävä yhteiskunnassa, joka voi olla ristiriidassa kansalaisen vapauden ja yleisen etiikan kanssa (Airaksinen 1991, 133 - 140.) Potilasohjauksessa hoitajalla on ammattietiikan mukaiset perusteet toimia potilaan kanssa ja toisaalta tekee ymmärrettäväksi hoitajan toiminnan. Toisaalta hoitotoiminnassa voi joutua toimimaan tavalla, jota ei laillisin keinoin voisi yksityishenkilönä toimia. Tästä voi olla esimerkkinä elintapoihin puuttuminen, johon ammattietiikka antaa mahdollisuuden ja suojan. Potilaille hoitajan toiminta tulee ymmärretyksi juuri sen ammattisitoumuksen kautta. (Lahtinen 2006, 7; Louhiala & Launis 2009, 52.) Hoitohenkilökunnalla on sekä oikeus että velvollisuus potilaan ohjaukseen ja hoitoon. Ohjauksen oikeutus perustuu riskin käsitteeseen ja tämä kytkeytyy olemassa olevaan tietoon terveydestä ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Jos potilaalla on olemassa oleva riski, se antaa oikeuden ohjaukseen ja neuvontaan sairauksien ehkäisemiseksi ja terveyden edistämiseksi. (Kyngäs ym. 2009, 50 - 51.) Hoitohenkilökunnan tehtävä-

nä on edistää terveyttä silloinkin, kun joudutaan kohtaamaan sairauden aiheuttamia muutoksia potilaan terveyteen (Pietilä, Länsimies-Antikainen, Vähäkangas & Pirttilä 2010, 22).

Kynkään ym. (2008, 51) mukaan potilas kuitenkin itse päättää osallistumisesta ohjaustilanteeseen ja sitä seuraavaan muutokseen, sillä ilman potilaan motivaatiota ei ohjauksella saada tuloksia. Kyngäs ym. (2009, 47) toteavat, että eettiseksi ohjeiksi potilaan hoitoon sitoutumista ohjaavaan toimintaan sopivat itsemäärääminen ja siihen liittyvä vapaus. Sairaanhoitajalla on ammatillinen vastuu omasta toiminnastaan ja hänen hoitotyöstään riippuvaisista ihmisistä. Vastuullisesti toimivalta hoitajalta edellytetään, että pystyy tekemään valintoja ja näkemään toimintansa seuraukset. (Sarvimäki ym. 2009 133 - 134; Vuori-Kemilä ym. 2005, 40.) Eettisen periaatteen mukaan teko on moraalisesti hyvä, jos se tuottaa potilaalle hyvää, lisää onnellisuutta ja hyvinvointia sekä vähentää kärsimystä, pahaa oloa ja onnettomuutta. (Haho 2009, 38) Ohjauksen vuorovaikutustilanteessa ilmenevät sekä ohjaajan että ohjattavan eettinen näkemys. Potilaan eettisen näkökulman huomiotta jättäminen ohjaustilanteessa merkitsisi koko terveydenhuollon toiminnan sivuuttamista eli potilaan hyvinvoinnin turvaamisesta ja siitä huolehtimisesta pidättäytymistä. (Lahtinen 2006, 8.)

Ohjaukseen sisältyy myös terveyden edistäminen. Terveyden edistämässä terveys nähdään yksilön ja yhteisön voimavarana ja sen tavoitteena on auttaa potilasta tekemään omaa terveyttään koskevia päätöksiä ja valintoja. (Pietilä, Meriläinen, Tossavainen & Vehviläinen 1999, 325 - 333.) Demi & Warren (1995) mukaan terveyden edistäminen edellyttää aina eettisen puolen tarkastelua, koska terveyden edistämisen liittyvät aihepiirit voivat olla potilaalle sensitiivisiä asioita, kuten esimerkiksi yksityisyyden puuttuminen. Valistettaessa sensitiivisyyden huomioiminen edellyttää hienovaraisuutta potilaan ja hänen terveyteen liittyvien asioiden käsittelyssä. Terveyden edistämässä on kunnioitettava hänen elämäntilannettaan ja pyrittävä neuvottelevaan työotteeseen. (Kylmä, Pietiläinen & Vehviläinen-Julkunen 2002, 63; Kyngäs ym. 2009, 50 - 51.)

Terveyden edistämisen päämäärä on itsemääräämisen päämäärä huolimatta erilaisista rajoittavista terveysongelmista (Kylmä ym. 2002, 67). Käytännössä se tarkoittaa, että yksilölle jää mahdollisuus itsenäiseen päätöksentekoon terveyttä koskevissa asioissa. Tämä edellyttää riittäviä tietoja olemassa olevasta tilanteesta ja eri hoitovaihtoehto-

ta. Itsemääräämisen onnistuminen edellyttää, että vuorovaikutus ja hoitosuhde perustuvat luottamukseen ja ymmärtämiseen. (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 2001, 10, 13; Kyngäs ym. 2009, 47.) Yksilöllä itsellään on vastuu omaa elämää koskevien päätösten seurauksista ihmisellä itsellään. Eettisesti ongelmallista on puuttua normatiivisesti yksilön elintapoihin, yksilöllisiin ratkaisuihin ja niiden rajoittaminen. (Pietilä ym. 2010, 18 - 19; Kyngäs ym. 2009, 47.) Toisaalta monet fysiologiset, psykologiset ja yhteiskunnalliset syyt voivat olla heikentämässä yksilön mahdollisuuksia vastuunottamiseen. Jos yksilöllä itsellään ei ole mahdollisuuksia vastuunottoon, kykyä tai tietoa oman elämänsä ohjaamiseen, on vastuuta kannettava yhteiskunnan taholta. (Valtioneuvoston periaatepäätös terveys 2015 – kansanaterveysohjelmasta, 2001, 1-14, 20.)

Ohjauksen taustaan liittyy myös hoitajan omat henkilökohtaiset eettiset käsitykset, mutta ne eivät voi olla yksinomaan ohjauksen eettisenä perusteena. Tuolloin hän määritteli oman hoitamisen perustaa ainoastaan omista arvoistaan käsin. Vain ohjauksen laillinen, terveydenhuollon yhteinen ja ammatillinen lähtökohta tekevät toiminnasta ymmärrettävää ja perusteltua ohjauksen kontekstissa. Välittämisen etiikan merkityksellisyys tulee esille päivittäisissä ihmisten välisissä kohtaamisissa. Hoitajalla on oma eettinen perspektiivi, mutta samalla hän huomioi niin potilaiden kuin työtovereiden perspektiivin. (Lahtinen, Karhu & Backman 2004 133, 141 vrt. Kääriäinen & Kyngäs 2005a, 257.) Ohjaajan omat arvot ja asenteet voivat toimia esteenä tai suodattimena sille, miten ohjaaja kohtaa ohjattavansa. Ohjaaja, joka osaa kuunnella ohjattavaa aidoisti, voi välttää oman arvomaailmansa ja sen mukaisen tulkinnan tarjoamisen ohjattavalleen. (Pekkari 2008, 131.) Ohjauksen tai muun hoitoon sitoutumisen yhteydessä voi tulla esiin potilaan tuntema syyllisyys esimerkiksi epäterveellisten elintapojen muuttamisesta tai itse aiheutetuista sairauksista. Ohjaus voi siten lisätä potilaan syyllisyyttä ja vähentää potilaan voimavaroja tilanteesta selviämiseen ja elämänmuutokseen. (Kyngäs ym. 2009, 54.) Eettiseltä kannalta hoitaja on vastuussa potilaan ohjauksesta, motivoinnista ja tiedon antamisesta, mutta viime kädessä asiakas on itse vastuussa omaa elämäänsä koskevista valinnoista (Vuori-Kemilä ym. 2005, 96; Kääriäinen & Kyngäs 2009, 47).

2 SYDÄNPOTILAAN OHJAUKSEN LAADUN OSATEKIJÄT

2.1 Ohjauksen määrittelyä

Ohjaus-käsitettä käytetään runsaasti hoitotyössä ja hoitotieteissä (Kääriäinen & Kyngäs 2005a, 250 - 258) ja eri aikoina ohjauksella on ollut oma tarkoituksensa, koska monet teoreettiset, filosofiset, ammatilliset ja yhteiskunnalliset tekijät ovat vaikuttaneet määrittelemiseen (Kyngäs ym. 2009, 77). Ohjaus määritellään asiakkaan ja hoitajan väliseksi aktiiviseksi ja tavoitteelliseksi toiminnaksi, joka on sidoksissa heidän taustatekijöihinsä ja se tapahtuu vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa (Kääriäinen & Kyngäs 2005a, 250 - 258; Kääriäinen 2007, 134), ja siinä ohjattava osallistuu itse aktiivisesti ongelmien ratkaisemiseen (Onnismaa 2007, 26). Ohjauksessa pidättäytyään suorien neuvojen antamisesta (Vehviläinen 2001, 253) ja se auttaa ohjattavaa tekemään valintoja (Soohbany 1999, 35 - 40). Ohjaus on myös määritelty potilaan hoitoprosessiin liittyväksi vuorovaikutukseksi, potilaan auttamiseksi valintojen tekemisessä ja hoitotyön toiminnoksi (Kääriäinen & Kyngäs 2005a, 250 - 258; Kääriäinen 2007). Ohjauksessa sekä ohjaaja että ohjattava analysoivat yhdessä potilaan tilannetta, jotta hän voi ratkaista ongelmansa oman menettelytapansa mukaisesti. (Kyngäs ym. 2009, 79).

Potilaan ohjaus on tavoitteellista toimintaa, jonka tarkoituksena on edistää potilaan tiedonsaantia sekä tukea hänen terveyteen ja siihen liittyvien ongelmien ja hoidon hallinnassa. Hoitotyön toteutuksessa hoitajan keskeinen tehtävä on potilaiden ohjaus. (Kyngäs ym. 2007, 5; Kääriäinen ym. 2005a, 250.) Onnistunut potilasohjaus on sekä terveyspalvelujen että hoitotyön laatuun vaikuttava tekijä (Leino-Kilpi, Mäenpää, & Katajisto 1999, 16) ja nykyään sitä pidetään yleisesti yhtenä hoitotyön toimintona ja olennaisena osana potilaan asianmukaista ja laadukasta hoitoa. Potilaiden ohjaukseen on kiinnitetty huomiota muun muassa oikeudellisesta, ammatillisesta, sosiaalisesta ja päätöksenteon näkökulmasta. (Kessenich ym. 1997, 25 - 29; Glanville 2000, 57 - 66; Balmer 2005, 36 - 44.)

Ohjauksen velvollisuus on jokaisella hoitotyössä toimivalla hoitajalla. Ohjauksella tuetaan potilasta löytämään omat voimavaransa, kannustetaan vastuunottoon omasta terveydestään ja hoitamaan itseään parhaimmalla mahdollisella tavalla. (Kyngäs ym. 2009, 50; Kyngäs ym. 2007, 5.) Sillä edistetään potilaan tiedonsaantia sekä tuetaan potilasta terveytensä ja siihen liittyvien ongelmien ja hoidon hallinnassa (Hupli 2004).

Tieto on sekä potilaan subjektiivinen oikeus että keskeinen osa potilaan voimavaroja. Sen avulla potilas hallitsee omaa tilannettaan ja hoitoonsa liittyviä asioita sekä auttaa myös ratkaisujen tekemisessä omassa toiminnassaan. (Mattila 2002, 151; Leino-Kilpi 2009, 174.) Ohjauksella pyritään vaikuttamaan potilaan asenteisiin, omahoidon tukemiseen, potilaan itsenäiseen selviytymiseen ja päätöksentekoon sekä vastuun ottamiseen omasta hoidosta (Close 1998, 203 - 213; Soohbany 1999, 35 - 40).

Asiakaslähtöisyyteen perustuva ohjaus korostuu sosiaali- ja terveystalouden murroksessa, jossa avopalvelujen merkitys korostuu (Mattila 2002a, 39). Hoitoaikojen lyhentymisen vuoksi ohjauksen merkitys terveydenhuollossa korostuu, koska ohjaukselle jää yhä vähemmän aikaa. Ohjauksen tehostaminen on tullut yhä tärkeämmäksi, sillä potilailta odotetaan selviytymistä toipilasaikana kotona, muutoksia elintavoissa sekä ottamalla enemmän vastuuta oman terveystensa hoidosta. (Kyngäs ym. 2007, 5; Lipponen ym. 2008, 121 - 122.) Lyhyessä ajassa annetun ohjauksen vähimmäistavoitteena on mahdollistaa potilaan selviytyminen ja itsensä hoitaminen kotona (Johansson 2002, 634 - 639). Tämä asettaa enenevässä määrin hoitokontakteja sekä erikoissairaanhoidossa että perusterveydenhuollossa. Tästä syystä potilaan ohjauksen ja hoidon jatkuvuus on turvattava. (Lipponen ym. 2002, 122 - 123.) Potilaan saama laaja-alainen tieto edistää turvallisuutta ja laadukkaissa organisaatioissa potilaan tiedollinen turvallisuus on yksi keskeinen osa muita turvallisuusindikaattoreita (Leino-Kilpi 2009 177,179). Neuvonnan haaste on juuri muutoshaluttomien potilaiden motivaation synnyttäminen, ei niinkään lääketieteellisen tiedon antaminen (Jallinoja, Kuronen, Absetz & Patja 2009, 3557). Potilaat tietävät terveystensa liittyvistä asioista yhä enemmän ja heidän tiedontarpeensa ovat kasvamassa, joten potilasohjauksen kehittäminen on yhä tärkeää (Hupli 2004).

2.2 Ammatillinen osaaminen ja pätevyys

Tutkimuksessa käsitellään valmiuksia potilaan ohjaamisessa, mutta osaamista voidaan pitää valmiuden lähikäsitteenä. Suomen kielen perussanakirja (1996, 369) määrittelee osaamisen taitotiedoksi, jolla tarkoitetaan yksilön tietojen ja taitojen kokonaisuutta, joka kehittyy jatkuvasti koulutuksessa, työssä sekä muussa toiminnassa (vrt. Opetusministeriö 2007, 53; Sydänmaanlakka 2004, 150; Ojala 2008, 50). Osaamiseen tulee lisäksi lukea asenteet (Saranpää 2007, 11; Sydänmaanlakka 2004, 150; Ojala 2008, 50). Westerholm (2007, 24) määrittelee osaamisen tietojen ja taitojen soveltamiseksi

sosiaalisessa kontekstissa. Osaamiseen liittyy lisäksi hiljaista, tiedostamatonta tietoa. Eurooppalaisessa tutkintojen viitekehyksessä osaaminen määritellään tietoihin, taitoihin sekä pätevyyteen. Tiedoilla tarkoitetaan asioiden omaksumista oppimalla. Ne muodostuvat faktojen, periaatteiden, teorioiden ja käytäntöjen kokonaisuudesta. Taidoilla tarkoitetaan kykyä soveltaa tietoja sekä käyttää omaksuttua tietotaitoa tehtävien suorittamiseen ja ongelmien ratkaisuun.

Osaamisen lähikäsitteisiin voidaan lukea pätevyys, jolla (kvalifikaatio, kompetenssi) tarkoitetaan kykyä käyttää tietoja, taitoja sekä henkilökohtaisia, sosiaalisia tai menetelmällisiä valmiuksia työssä tai henkilökohtaiseen kehitykseen (Euroopan parlamentin ja neuvoston suositus eurooppalaisen viitekehysten perustamisesta elinikäisen oppimisen estämiseksi, 2008, 13) sekä kykyä suoriutua tehtävästä hyvin sekä oman itsensä että toisten arvioimana. Se voidaan määritellä taidoksi ja tahdoksi soveltaa monipuolisia tiedollisia, taidollisia ja asenteellisia valmiuksia sekä omaa persoonallisuuttaan siten, että työn lopputulos on mahdollisimman laadukas. (Hilden 1999; Hilden 2002, 33.) Kvalifikaatiovaatimukset ovat niitä vaatimuksia, joita työnantaja edellyttää työntekijältä. Kvalifikaatiot ovat puolestaan niitä ominaisuuksia, joilla työntekijä vastaa työnantajan kvalifikaatiovaatimuksista. (Metsämuuronen 1999, 140 - 150.) Ohjausvalmiuksilla tarkoitetaan tässä tutkimuksessa niitä tietoja, taitoja ja asenteita, joiden avulla hoitohenkilöstö osaa ohjata potilaitaan ja heidän omaisiaan.

Terveydenhuollossa toimivilta edellytetään monikerroksista osaamista, joka perustuu jatkuvasti uudistuvaan ja laaja-alaiseen, monitieteiseen tietoperustaan ja käytännölliseen osaamiseen sekä sosiaalisiin ja vuorovaikutuksellisiin taitoihin. (Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon 2006, 15.) Ammattikorkeakoulutuksen yhtenä tavoitteena on tuottaa työelämään osaava ammattihenkilöstö, jolla on sekä tiedolliset että taidolliset valmiudet toimia asiantuntijatehtävissä sekä valmiudet jatkuvaan koulutukseen (L 255/1995; A 256/1995). Ammattitaito, yksilöllinen pätevyys, työelämän laatuvaatimukset sekä asiantuntijuuteen kehittyminen ovat ammatillisen osaamisen edellytyksiä. Ammatilliseen pätevyyteen voidaan lukea yksilön kyky hallita ammattinsa toiminnallisia kokonaisuuksia. Terveydenhoitoalalla työskentely edellyttää riittävää ammatin tiedollista ja taidollista hallintaa, johon kuuluu valmius vastata potilaiden muuttuviin terveystarpeisiin sekä kykyä tehdä vastuullisia ja tilannekohtaisia päätöksiä. (Surakka 2009, 80 - 81.)

Sosiaali- ja terveysministeriö on määritellyt sairaanhoitajien osaamisvaatimukset. Hoitotyön tehtäväksi määritellään terveyden ylläpitäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä kärsimyksen lievittäminen. Siinä määritelty sairaanhoitajan osaaminen tarkoittaa, että hän auttaa kaikenikäisiä ihmisiä erilaisissa elämänvaiheissa sekä palvelee yksilöitä, perheitä ja yhteisöjä. Hoitotyötä tehdessään sairaanhoitajan tehtävänä on tukea ja lisätä ihmisten voimavaroja sekä parantaa heidän elämänsä laatua. (Sairaanhoitajan-terveydenhoitajan ja kättilön osaamisvaatimukset terveydenhuollossa 2000.) Lyon ja Boland (2002, 155 - 156) ovat määritelleet tutkimuksessaan pätevyyden ammattimaiseksi tai riittäväksi taidoksi, kyvyksi toimia tietyllä alalla tai tutkintojen kautta saavutetuksi tiedolliseksi pätevyudeksi. Heidän mukaansa pätevyys voidaan jakaa tiedollisiin, teknisiin, kulttuurisiin ja vuorovaikutuksellisiin taitoihin. (vrt. Surakka 2009, 81). Janhosen & Vanhanen-Nuutisen (2005, 15) mukaan asiantuntijuuteen kuuluu valmius käyttää, löytää ja rajata työssään esiin tulevia kysymyksiä ja etsiä niihin tutkittuun tietoon perustuvia vaihtoehtoisia ratkaisuja. Asiantuntijana on hallittava ammattiin ja tehtäviin kuuluvat tiedot ja taidot sekä asiantuntijuuteen liittyvät työprosessit ja työympäristö.

Sairaanhoitajan työn edellyttämä osaaminen pohjautuu hoitotyön ammatilliseen perusosaamiseen sekä hoitotyön vaihtoehtoihin ammattiopintoihin. Sairaanhoitajan tulee hallita ammattieettinen toiminta, kantaa vastuuta potilaan oikeuksien toteutumisesta sekä vastuuta työn sisällöstä. Työn edellyttämiin osaamisvaatimuksiin kuuluvat lisäksi kyky työskennellä laadukkaasti, huomioida kulttuurin vaikutus hoitotyöhön sekä oman työyhteisön ja työn kehittämisvaatimukset. (Sairaanhoitajan, terveydenhoitajan ja kättilön osaamisvaatimukset terveydenhuollossa 2000.) Asiantuntijuus kehittyy koulutuksen lisäksi myös työntekijän ja työtehtävien välisen suhteen pohjalta. Työntekijä tarvitsee valmiudet asiantuntijatehtävissä toimimista varten, alansa kehityksen seuraamiseen sekä ammattitaidon kehittämiseen. (Janhonen ym. 2005, 14 - 17.) Ohjaajan tulee reflektoida omia ammatillisia valmiuksiaan ja niiden kehittymistä koko työuran ajan. Myös holistinen reflektointi kollegoiden ja muiden asiantuntijoiden kanssa pitävät yllä ammatillista kasvua. (Pekkari 2008, 131.)

Teoreettiseen osaamiseen kuuluu teoreettisen tiedon hallinta ja sen käyttäminen ja soveltaminen käytännön hoitotyössä. Se on myös ongelmanratkaisun taitoa, lääketieteellistä osaamista sekä teoriatietoa liittyen potilaan erilasiin elämäntilanteisiin. Sairaanhoitajien osaamiseen kuuluu myös kyky tuottaa hoitotyön teoreettista tietoa hankkeiden

ja projektien avulla. Käytännölliseen osaamiseen katsotaan kuuluvan kädentaitoja vaativan osaamisen, potilaan kokonaisvaltaisen hoitotyön ja periaatteiden osaamisen sekä hoitotyön suunnitelmallisen osaamisen. Sairaanhoitajan osaamisvaatimuksiin kuuluvat lisäksi monipuoliset auttamismenetelmien hallinnat, valmiudet tehdä päätöksiä muuttuvissa tilanteissa sekä suunnitelmallisuutta vaativissa tehtävissä. Lisäksi työ edellyttää evidenssiosaamista, kuten valmiuksia käyttää ja soveltaa näyttöön perustuvaa tietoa kriittisesti hoitotyössä. Sen edellytyksiin kuuluvat riittävät tiedonhankintataidot sekä valmiutta arvioida tutkitun tiedon luotettavuutta. (Surakka 2009, 81.)

Ohjausosaaminen on osa terveydenhuoltohenkilöstön perusosaamista (Peltoniemi 2007, 17). Potilaan ohjauksen kokonaishallinta ilmenee potilastyössä vuorovaikutuksellisenä tapahtumana ja tietoperustan vahvistamisena. Oleellista on oppimaan oppiminen ja tiedon soveltaminen käytäntöön. Tärkeitä ominaisuuksia on valmius siirtyä tehtävästä toiseen sekä kykyä hallita uusia tilanteita. Nämä ominaisuudet perustuvat ammatilliseen laaja-alaisuuteen. (Aavarinne 1993, 134.) Ohjauksen ammattitaitoon kuuluvat vuorovaikutustaidot sekä kyky hallita erilaisia prosesseja, kuten oppimis-, päätöksenteko- ja tiedonhankintaprosesseja (Vehviläinen 2001, 13).

Hoitajien osaamisen vahvistaminen sydän- ja verisuonitauteja sairastavien potilaiden hoidossa on tärkeää sekä heidän ohjaus- ja opetustaitoihin tulisi kiinnittää huomiota (Ruotsalainen 2006, 169). Ohjausasiantuntijuuteen edellytetään ammatillisessa ohjaussuhteessa sellaista osaamista, jota ei voi korvata tietämyksellä, joka syntyy sosiaalisessa keskustelussa. Asiantunteva ohjaaja hallitsee sekä teoreettista tutkimukseen perustuvan tiedon että erilaisia ohjausmenetelmiä. Hän ohjaa potilasta prosessissa, jonka tarkoitus on, että potilas oppii itse käsittelemään kokemuksiaan, käyttämään resurssejaan, ratkaisemaan ongelmiaan ja suuntaamaan oppimistaan. Ohjaaja on substanssiasiantuntija ja ohjattava tuntee oman elämänsä. (Pekkari 2008, 11 - 12, 51.) Hoitohenkilöstön koulutusta on kehitettävä heidän nimeämistä osaamistarpeesta lähtien ja vahvistaa henkilöstön taitoja toimia entistä asiakaslähtöisemmin. Osaamisen tukemisena nähdään myös henkilöstön ja terveyden edistämisen eri toimintakenttien välisen yhteistyön. (Pietilä, Marjoranta & Matveinen 2009, 10.)

Terveyden edistämisen osaaminen voidaan nähdä yhtenä sairaanhoitajien osaamisen alueena. Tehtävässään hän osaa tunnistaa ja ennakoida yksilön ja yhteisön terveysongelmia ja uhkia. Hänellä on valmiudet tukea ja aktivoida yksilöä, perhettä ja yhteisöä

terveyden ja toimintakyvyn ylläpitämisessä ja edistämisessä. Terveyden edistämisessä hän toimii kuntouttavan hoitotyön periaatteita noudattaen sekä omaa valmiudet toimia asiantuntijana kestävästä kehitystä ja ympäristön terveyttä edistävällä työllä. (Opetusministeriö 2006, 64; Tuomi 2008, 134.) Se nähdään toimintana, jolla parannetaan ihmisen mahdollisuuksia ylläpitää ja edistää terveyttään. Terveydenhuollossa ammatillinen toiminta on pääasiassa tautien ehkäisyn näkökulmasta tapahtuvaa terveyden edistämistä. Oppiaineena terveyden edistäminen tarkoittaa tietopohjaa ja käytännön toimintaa, jolla pyritään auttamaan ihmistä muuttamaan elämäntapaansa optimaalista terveyttä kohti. (Kassara, Paloposki, Holmia, Murtonen, Lipponen, Ketola & Hietanen 2005, 29.) Terveyden edistämisen tietojen, taitojen ja toimintakäytäntöjen kehittäminen strategisella ja ammatillisella tasolla on henkilöstön osaamisen vahvistamista. Ammatilliseen osaamiseen kuuluu tutkimukseen perustuva tiedon ja menetelmien hallinta. Näiden hallinta antaa paremmat mahdollisuudet tehdä terveyteen myönteisesti vaikuttavia valintoja, ottaa vastuuta omasta sekä lähiyhteisön terveydestä sekä kehittää itsehoitovaihtoehtoja. (Terveyden edistämisen laatusuositus 2006, 23.)

Hyvin toteutetussa potilasohjauksessa hoitohenkilöstöllä on ammatillinen vastuu ylläpitää ja kehittää ammatillisia valmiuksia (Kääriäinen 2007, 121 - 122; Lipponen ym. 2008, 122; Sarvimäki ym. 2009, 134) sekä edistää potilaan valintoja (Kääriäinen 2008, 10). Hoitohenkilöstöllä on vastuu sekä potilaasta että hoitotoimenpiteestä. Vastuu ihmisestä ilmenee ihmisen kunnioittamisena ja toimimisesta eettisten periaatteiden mukaan. Vastuu hoitotoimenpiteestä tarkoittaa hoitotoimenpiteen teknistä taitamista, ja että hoitohenkilöstö toimii ajanmukaisen tiedon pohjalta. Tämä tarkoittaa, että sekä terveyttä koskeva tieto että hoitoon sitoutumista edistävät menetelmät ovat ajan tasalla olevia. (Kynänsä ym. 2009, 51; Pekkari 2008, 127.) Ohjaajan asiantuntijuus sekä hänen henkilökohtaiset ominaisuudet vaikuttavat ohjauksen onnistumiseen. Hyvässä potilasohjauksessa edellytetään hoitajalta ohjattavan asiasisällön hyvää tuntemusta. Lisäksi ohjaaja osaa jäsentää ohjattavan asian potilaan lähtökohdista käsin. Hän tarvitsee myös opetuksellista näkemystä eli hänellä on oltava tietoa ja kokemusta siitä, miten potilas oppii. (Torkkola, Heikkilä & Tiainen 2002, 29.) Sairaanhoidajan vastuu ei poistu, jos hoitotoiminnassa tapahtunut virhe johtuu puutteellisista tiedoista ja taidoista (Sarvimäki ym. 2009, 134). Sydänpotilaan ohjauksessa tulee hyödyntää näyttöön perustuvaa eli tutkittua tietoa, sillä se perustuu asiakaslähtöisyyteen ja parantaa samalla hoitotyön laatua ja tuloksia. Jokaisen hoitotyön ammattilaisen on kehitettävä osaamistaan. (Kaarela, Kaski-Martinviita & Kukkonen 2008, 31.)

Ammatillis-tekninen osaaminen on yksi potilastyytyväisyyttä mittaava tekijä (Johansson ym. 2002, 337 - 344). Hoitotyössä toimivilta edellytetään asiantuntijuutta, joka edellyttää hyvää tietoperustaa, vahvaa osaamista ja arvoperustaa sekä jatkuvaa osaamisen ylläpitoa ja työkokemusta (Haapa-Laakso, Tapaninen & Vallimies-Patomäki 2000, 12 - 18; Peltonen & Suominen 2008, 14) sekä tiedon hallitsemista, harkitsevuutta päätöksenteossa sekä eettistä herkkyyttä havaita ihmisyyteen liittyviä asioita ja eettistä toimintaa. Ne mahdollistavat itsenäisyyden ja itseluottamuksen. (Haho 2009, 38.) Lisäksi asiantuntija tarvitsee tutkivaa työotetta, sillä toisilta saadut ohjeet ja tiedot eivät riitä asiantuntijana toimimisen perustaksi (Mönkkönen 2005, 16).

Ruohotien & Hongan (2003, 67) mukaan asiantuntijan osaamiseen kuuluvat ammattispesifiset tiedot ja taidot sekä yleiset työelämätaidot sekä itsesäätelyvalmiudet (Kallberg 2009, 19). Spesifisten tietojen ja taitojen sekä auttamismenetelmien hallinnan lisäksi vaaditaan ammatillista laaja-alaisuutta, kuten joustavuutta ja soveltamiskykyä (Aavarinne 1993, 133). Siihen kuuluu lisäksi kyky parantaa ja kehittää työtään ja ratkaista ongelmia (Ojala, 2008, 47) sekä motivaatiota työhön (Lämsä & Uusitalo 2005, 162). Ammatillisen osaamisen katsotaan muodostuvan työelämäosaamisesta, ammatillista kehittymistä edistävästä itsesäätelyvalmiuksista sekä ammatin vaatimille tiedoille ja taidoille (Ruohotie ym. 2003, 67). Keurulaisen (2006, 24 - 25) mukaan ihmisellä voi olla pätevyys, johonkin, mutta ammatilliseen osaamiseen vaaditaan myös se, että pätevyys kohtaa työelämän asettavat pätevyysvaatimukset. Sydänmaanlakan (2004, 152) mukaan ammatillinen osaaminen tarkoittaa, että ihminen toimii tehtävässä, jossa hän suoriutuu hyvin ja kykenee mahdollisimman hyvin toteuttamaan itseään. Hän on motivoitunut, hänellä on selkeät tavoitteet sekä riittävä osaaminen. Hän pystyy kehittämään itseään palautteen kautta.

Ammatillisuuteen kuuluvia ominaisuuksia ovat asiantuntemus, itsenäisyys, sitoutuminen työhön sekä eettisyys ja siihen liittyvät ohjeet. Asiantuntijuuteen kuuluvia keskeisiä ominaisuuksia ovat lisäksi kykyä nähdä kokonaisuuksia niiden yksityiskohdilta, erottaa epäoleelliset asiat oleellisista ja yhdistellä erilaisia asioita toisiinsa. Ammatillinen itsenäisyys tarkoittaa kykyä tehdä päätöksiä yksin tai yhdessä oman ammattikunnan tai potilaiden kanssa. (Lauri & Kurki 1985, 78 - 94.)

Eettinen osaaminen on olennainen osa ammatillista asiantuntijuutta ja tutkinnon suorittaneen tulee osata soveltaa oman alansa arvoperustaa ja ammattieettisiä periaatteita

omassa työssään. Hän pystyy ottamaan vastuuta omasta toiminnastaan ja toimia sovittujen toimintatapojen mukaisesti sekä ottaa huomioon muut ihmiset. (Juujärvi, Myyry & Pessa 2007, 11.) Eettiselle kasvulle luovat edellytyksensä työ- ja elämäkokemus sekä koulutus, mutta kokemuksen lisäksi työntekijä tarvitsee refleksiivisyyttä eli pohittavaa työtötta. Refleksiivisyys mahdollistaa sen, että hoitotyöntekijä tulee tietoisiksi omista arvoistaan, oletuksistaan ja ennakkoluuloistaan. Vasta pohtivan työtöteen jälkeen hän voi kohdata asiakkaansa ja kunnioittaa tämän arvoja ja näkemyksiä. (Vuori-Kemilä ym. 2005, 42.)

Eettinen pätevyys on osa ammattikorkeakoulutuksen suorittaneilta vaadittavaa osaamista. Eettiseen osaamiseen kuuluu kyky soveltaa oman alansa arvoperustaa ja ammattieettisiä periaatteita omassa toiminnassaan, ottaa vastuuta omasta toiminnastaan ja taitoa toimia sovittujen toimintatapojen mukaisesti. Lisäksi tutkinnon suorittaneen tulee osata soveltaa kestävän kehityksen periaatteita ja ottaa muut huomioon toiminnassaan. (Airaksinen & Friman 2008, 7-8.) Ammatillisesti toimiva hoitaja hallitsee työn edellyttämät riittävät tiedot, taidot ja eettisen herkkyyden. Eettinen viisaus, joka sisältää siihen liittyvän tiedon, taidon ja herkkyyden ja näiden mukaan toimimisen taidon, tekee hoitamisesta vapaan. (Haho 2009, 40.) Sairaanhoidajan eettinen osaaminen vaatii, että sairaanhoitaja toimii sairaanhoitajan ammatinharjoittamista koskevan lainsäädännön ja etiikan mukaisesti. Hän myös vastaa omasta ammatillisesta kehittymisestään ja tuntee vastuunsa hoitotyön kehittäjänä. (Kassara ym. 2005,24.)

Hyvä kohtaaminen merkitsee vuorovaikutustilanteissa asiakaslähtöisyyttä. Empatiaosaamisen osa-alueiksi luetaan kyky kuunnella, ymmärtää toisen ihmisen ajatuksia tunteita ja käyttäytymistä. (Sydänmaanlakka 2004, 152 - 154; Vuori-Kemilä ym. 2005, 139.) Empatia perustuu kykyyn kuunnella potilasta, ja se ei perustu ainoastaan sanotun kuulemiseen, vaan myös sanattomien viestien ja tunteiden tavoittamiseen. Kuunteleminen merkitsee asiakkaan mielipiteiden ja ajatusten kuulemistä sekä ilmeiden, tunnetilojen ja hiljaisuuden huomioimista. Tämä edellyttää aitoa kiinnostusta asiakasta ja hänen näkemyksiään kohtaan. (Vuori-Kemilä ym. 2005, 140.) Ammatillisista taidoista juuri empatian taitoja tarvitaan hoitoalan työssä. Empaattisesti taitava keskustelija vaistoa herkästi keskustelun vuorovaikutuksen elementtejä, pystyy asettumaan toisen ihmisen asemaan tunteiden tasolla sekä kykenee ymmärtämään keskustelukumppaniansa ohjauskeskustelussa. (Pekkari 2009, 16; Lauri 2006, 94.)

Potilaalle turvallisuus merkitsee sekä tunnetta että tietoa. Potilaan saama tieto siitä, että hoitoympäristössä toimii koulutettuja ja päteviä ammattilaisia sekä että erilaiset laadunvarmistusjärjestelmät toimivat, viestivät potilasturvallisuudesta. (Leino-Kilpi 2009, 175.) Tietojen ja taitojen hallinta luo potilaalle turvallisen olon, ja siihen vaikuttavat henkilökunnan pätevyys ja asiantuntemus. (Hiidenhovi 2001, 61.) Hoitotyössä sairaanhoitajalla on vastuu hänen hoitoaan tarvitsevista potilaista (Sarvimäki ym. 2009, 134). Leino-Kilven (2004, 19) mukaan ammatillista hoitamista tapahtuu silloin, kun terveydenhuollon ammattihenkilö käyttää tietoonsa perustuvia auttamismenetelmiä, joiden päämääränä terveyspalvelujen terveyshyvän saavuttaminen. Hoitajalla on vastuu ihmisestä ja tehtävästä.

Auvisen (2005, 61 - 62) mukaan pätevyyttä käytetään puhuttaessa ammattitaidosta. Ammatillinen pätevyys saadaan koulutuksen ja työkokemuksen kautta. Koulutus antaa muodollisen pätevyyden, jota työkokemus myöhemmin täydentää. Hän määrittelee ammattilaisen pätevyyden kokemukseksi, tiedoiksi, taidoiksi, elinvoimaisuudeksi, henkilön luonteeksi sekä asioiden ymmärtämiskyvyksi. Ruohotien ym. (2003, 19) mukaan asiantuntijan osaaminen on tietojen ja taitojen lisäksi työelämätaitoja sekä itesesäätelyvalmiuksia. Nämä korostuvat yhteiskunnassa tapahtuvilla nopeilla muutoksilla sekä teknologian kehittymisellä. Linturin (2004, 22) mukaan pitkään työelämässä olleella yksilöllä osaamiseen liittyy aina hiljaista tietoa, joka näkyy ulospäin taitavana ja sujuvana toimintana. Hiljainen tieto on merkinä kokemuksen tuomasta osaamisesta, joka kasvaa jatkuvan oppimisen myötä.

Asiantuntemukseen kuuluu kyky toimia yhteistyössä sekä luoda laaja-alaista osaamista muiden asiantuntijoiden kanssa. (Sirviö 2010, 144.) Sosiaali- ja terveydenhuollossa moniammatillisuus on erityinen haaste. Vuorovaikutustilanteiden haasteita ovat ryhmän kokema sisäinen yhteenkuuluvuus sekä toisaalta eri ammattiryhmien kollektiivisuus. Yhteistyön haasteista huolimatta tavoitteen tulee olla yhteinen: potilaan terveyden edistäminen, sairauksien tutkiminen ja hoitaminen. Hyvät vuorovaikutustaidot antavat valmiuksia selviytyä haastavista tehtävistä. Ne ovat osa ammatillista osaamista. (Silvennoinen 2004, 17.) Asiakaslähtöisessä työssä ja moniammatillisessa tiimissä työskennellessä tarvitaan yhteistyötaitoja. Terveysalalla asiantuntijuuteen voi kehittyä vain yhteistyössä ja verkostoitumalla muiden kanssa. Yhteistoiminnallisuuteen kuuluu havainnoida sekä tunnistaa omia tietojaan, taitojaan ja tunteitaan sekä samalla arvostaa toisten tietoja, taitoja ja tunteita. Tasavertaisuus mahdollistaa asioiden jakamisen ja

niiden yhdessä työstämisen. (Janhonen ym. 2005, 16 - 17; vrt. Anttila 2006, 80 - 82, 91.) Moniammatillinen toiminta ja siihen liittyvät kehittämistarpeet edellyttävät oman ammatin erityisasiantuntijuutta että asiantuntijuuden laajenemista yhteistyöasiantuntijuudeksi (Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon 2006, 15). Ohjaustoimintaa tukevat hoitohenkilökunnan välillä toimiva yhteistyö (Lipponen 2008, 132 - 133).

Hoitoalan työyhteisöissä pidetään tärkeänä tiedon hallintaa ja sen soveltamiskykyä. Koulutuksen aikana saadut erikoistiedot eivät riitä, vaan sairaanhoitajan on koko työuransa ajan seurattava alansa kehitystä ja hyödyntää sitä asiantuntijana toimiessaan. (Hilden 2002, 55; Lahtonen, Johansson & Hupli 2010, 115.) Ruohotien ym. (2003) mukaan asiantuntijuuteen kehittymiseen yhtenä osa-alueena ammattikohtaiset tiedot ja taidot, joissa yhdistyvät ammatinharjoittamiseen liittyvät tietorakenteet ja ymmärrys sekä kykyä soveltaa niitä erilaisissa ympäristöissä. Hoitotyössä tapahtuu jatkuvasti tietojen ja taitojen yhteensovittamista, joka tapahtuu päätöksenteon avulla. (Haltia & Jaakkola 2009,19; vrt. Lauri 2006, 87, 95.) Airaksisen ym. (2008, 68) mukaan asiantuntija-ammateissa toimivilla on moraalinen velvollisuus tuntea oman alansa tieteesä perusteet ja kyetä soveltamaan niitä käytäntöön. On hallittava ajan tasalla oleva tieteellinen tieto, teoriat ja sovellukset. Sarajärven (2010) & Lahtosen ym. (2010) mukaan hoitotyöntekijöiltä edellytetään tieteellisen tiedon merkityksen ymmärtämistä oman työnsä kehittämisessä ja päätöksenteossa. Heillä on velvollisuus tuntea tutkimustuloksia ja hyödyntää niitä omassa työssään hoidon laadun parantamiseksi. (Lahtonen ym. 2010, 115; Sarajärvi 2010, 34.) Laadun parantamiseen voidaan vastata näyttöön perustuvan tiedon avulla käyttämällä yksilöllisesti potilaan tilanteen ja voimavarojen kannalta ajantasaista tietoa yhteistyössä potilaan kanssa (Lahtinen ym. 2010, 115).

Ammattitaidon ylläpito ja kehittäminen on jokaisen terveydenhuollossa toimivan oikeus ja velvollisuus. Ilman hyvää ammattitaitoa ei synny hyvää hoitoa. Ammattihenkilön on hallittava sisältöosaamisen lisäksi toimintaa koskevien säännösten ja suositusten hallintaa, eettisiä taitoja sekä vuorovaikutus- ja työyhteisövalmiuksia (Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet 2001,14) sekä osaamista toimintaperiaatteista ja työmenetelmistä, mutta myös työtä ohjaavista käsitteistä ja teorioista. (Mönkkönen 2007, 22.) Asiantuntijana toimiminen edellyttää taitoa kehittää omaa työtään monitahoisessa toimintajärjestelmässä työyhteisössä niin työntekijänä, johtajana kuin kehittäjänä toimiessaan. Näitä taitoja tarvitaan terveystieteen tehtävää to-

teutettaessa. (Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon 2006, 16.) Ammatillinen kehittyminen on alati muuttuva ja kehittyvä prosessi. Asiantuntijuuteen vaaditaan jatkuvaa kehittymistä ja kasvua. Se lisääntyy kokemuksen, mutta myös jatkuvan tiedonhankinnan ja oppimisen pohjalta. (Vanhanen & Janhonen-Nuutinen 2005, 16 - 17; Lauri 2006, 87; Tynjälä 2005, 160 - 179, Surakka 2009, 80; Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon 2006, 66.)

Sairaanhoitajat toimivat itsenäisinä asiantuntijoina, ja heidän toimintansa perustuu hoitotieteeseen. Työskennellessään hän toteuttaa ja kehittää hoitotyötä, joka on samalla terveyttä edistävää ja ylläpitävää, sairauksia ehkäisevää sekä parantavaa ja kuntouttavaa. (Aikaisemmin hankitun osaamisen tunnistaminen korkeakouluissa 2007, 63 - 71.) Kehittyminen ja kasvu, uudistuminen, ovat oman itsensä johtamisen ydinasioita. Uudistumisen kannalta on olennaista se, että uskaltaa poistua mukavuusalueelta. Uudistumiseen vaaditaan oppimista ja oppimisen esteiden poistamista (Sydänmaanlakka 2004, 33, 93), koska työelämässä edellytetään muutakin kuin sisältöosaamista, kuten työelämätaitoja tai -valmiuksia sekä osaamisen kehittymistä tukevia valmiuksia. (Auvinen 2005, 61 - 62).

Ammatillinen osaaminen, organisaation osaamispääoma sekä se millaista osaamista organisaatiossa edellytetään, nähdään yhä tärkeämpänä (Hilden 2002, 50). Osaamisen kehittäminen on asetettu useilla ammattialoilla tärkeäksi tavoitteeksi, sillä muutokset yhteiskunnassa edellyttävät uudenlaisia työ- ja ajattelutapoja. Terveydenhuoltoalalla arvostetaan sitä, että ammattilainen tietää ja tuntee alansa. Tämän substanssiosaamisen lisäksi ohjaaja tarvitsee prosessiosaamistaitoja, jolloin ohjaaja kykenee ohjaamaan prosessia oppimisen kannalta mielekkäällä tavalla. Vuorovaikutusosaaminen sisältää kaikki kommunikoinnin ja suhteiden luomisen taidot. Tuolloin ammattilainen onnistuu rakentamaan prosessimaisesti yhteistä ymmärrystä potilaan, tämän läheisten ja muiden asiantuntijoiden kanssa. (Mönkkönen 2007, 22 - 31.) Osaamisen kehittäminen on uuden oppimista ja vanhan poisoppimista. Poisoppiminen ei tarkoita asioiden unohtamista, vaan joidenkin asioiden siirtämistä sivuun, etteivät ne ohjaa käyttäytymistä. (Sydänmaanlakka 2004, 151.) Keskeinen edellytys potilasturvallisuuden takaamiselle on henkilöstön osaaminen ja ammattitaito. Koulutuksella ja perehdytyksellä taataan henkilöstön osaaminen ja on huolehdittava, että osaaminen ja henkilöstön määrä vastaavat tehtävien vaatimaa tasoa. (Potilasturvallisuuden työkalut -

työvaliokunta 2009, 181 - 183.) Osaava, riittävä ja hyvinvoiva työyhteisö turvaa hyvän palvelutason (Hilden 2002,21)

2.3 Tiedolliset valmiudet potilaan ohjaamisessa

2.3.1 Valmiuden määrittelyä

Suomenkielen perussanakirja (1996b, 470) määrittelee valmiuden tietojen ja taitojen hallinnaksi, halukkuudeksi ja mahdollisuudeksi auttaa, kykynä itsenäiseen ajatteluun sekä valmiuksiin toimia yllättävissäkin tilanteissa. Aavarinteen (1993, 127 - 135) mukaan valmiuden käsite hoitotyössä tarkoittaa kokonaisuuksien hahmottamista, tiedon käsittelyä, soveltamista ja yhdistämistä sekä uusien toimintamallien muodostumista. Valmiuksilla tarkoitetaan ammatinharjoittamiseen tarvittavia tietoja, taitoja, kykyjä ja asenteita (vrt. Peltoniemi 2007.) Ohjausvalmiuksilla tarkoitetaan niitä tietoja, taitoja ja asenteita, joiden avulla hoitohenkilöstö osaa ohjata potilaita (Peltoniemi 2007).

2.3.2 Tiedon merkitys sydänpotilaalle

Tiedoilla tarkoitetaan asioiden omaksumista oppimalla. Ne muodostuvat tosiasioiden ja periaatteiden lisäksi teorioiden ja käytäntöjen kokonaisuudesta. (Euroopan parlamentin ja neuvoston suositus eurooppalaisten tutkintojen viitekehysten perustamisesta elinikäisen oppimisen perustamiseksi 2008, 13.) Sillä tarkoitetaan lisäksi tietämistä ja jostakin selvillä olemista sekä tosiasioiden tuntemista (Suomenkielen sanakirja 1996b, 300). Tiedon antamisessa korostuu ohjattavan asian sisältö ja kirjallisen materiaalin käyttö, jolloin vuorovaikutus on vähäisempää kuin ohjauksessa ja neuvonnassa, ja tiedon antaminen on lyhyttä ja ajoittaista (Rycroft-Malone, Latter, Yerrell & Shaw 2000, 35 - 39; Kyngäs ym. 2009, 79). Tiedottamisessa asiakas etsii puuttuvaa tietoa, tuolloin asiakas on tiedon vastaanottaja ja tiedonantajana toimii työntekijä (Onnismaa 2007, 26). Ammatillisessa vuorovaikutuksessa työntekijän ote voi olla ohjaavampaa ja aktiivisempaa kuin asiakkaan. Silloin vuorovaikutus voi sisältää tiedottamista, neuvomista ja opettamista. (Vilen, Leppämäki & Ekström 2008, 11.)

Potilaat ovat nykyään tiedonhaluisia ja haluavat käyttää tiedonsaantioikeuttaan hyväkseen (Jarrett and Payne 1995, 72 - 78). Terveyttä edistävässä toiminnassa on oleellista tiedon välittäminen, koska se mahdollistaa terveyttä edistävien valintojen tekemisen (Pietilä ym. 2010, 23; Voutilainen 2010, 48). Potilasohjauksen keskeinen perusta on

terveyttä koskeva tieto: ilman tietoa toimiminen on vaikeaa (Heikkinen 2007) ja sen tavoitteena on edistää potilaan tiedonsaantia ja tukea häntä oman terveytensä, siihen liittyvien ongelmien ja hoidon hallinnassa (Paul 2008, 66 - 67; Eloranta, Vähätalo & Johansson 2009, 24; Kyngäs ym. 2009, 222) sekä parantaa itsehoitovalmiuksia (Fredericks & Sidani 2008, 422 - 433).

Potilaan itsemääräämisoikeuteen kuuluu saada palveluja, hoitoa ja huolenpitoa koskevaa tietoa. Potilaan oikeuksiin kuuluu saada tietoa terveydentilastaan, eri hoitovaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista sekä kuntoutukseen ja hoitoon liittyvistä asioista. (Vuori-Kemilä ym. 2005, 82.) Potilaille tiedon saaminen ei ole vain subjektiivinen oikeus, vaan se lisää myös potilaan voimavaroja. Saamansa tiedon avulla potilas saa mahdollisuuden hallita tilannettaan ja hoitoonsa liittyviä asioita, ja se voi myös luoda pohjaa potilaan omille ratkaisuille sekä auttaa potilasta suunnittelemaan omaa toimintaansa, auttaa potilasta asettamaan itselleen tavoitteita tai auttaa potilasta tekemään hoitoonsa kuuluvia tekoja. Tiedon avulla potilas voi arvioida hoitohenkilökunnan tekemiä suunnitelmia ja toteutunutta hoitoa. Sisällöltään monipuolinen tieto lisää potilaan turvallisuutta (Leino-Kilpi 2009, 176 - 177; vrt. Hirvonen 1992) ja vähentää sairautteen liittyvää ahdistusta ja pelkoa. (Palmu ym. 1999, 119 - 127.)

Potilaan ohjauksessa vastaanottama tieto auttaa häntä selviytymään sairauden kanssa sekä myös parempaan itsehoidon toteuttamiseen kotona ja tämän kautta yleiskunnan paranemiseen ja elämänlaadun kohenemiseen (Kyngäs ym. 2004, 225 - 34; Kääriäinen ym. 2005a, 16). Tiedon saannilla on ollut yhteyttä oireiden kokemiseen. Yksilöohjauksella on positiivisia vaikutuksia tiedonhallintaan ja sitä tukee kirjallisen materiaali, joka voi lisätä kiinnostusta myös lisätiedon hankintaan. (Buckley ym. 2008, 109 - 110.) Ohjauksella pyritään parantamaan ennustetta ja vähentämään sairaalakäyntejä (Partanen & Lommi 2006, 2009). Potilaan saama tieto omasta sairaudestaan sekä hoidostaan auttaa tukemaan potilaan sisäistä hallinnan tunnetta. Ohjaaja voi mahdollistaa potilaan tiedon omaksumista ja ymmärtämistä hyödyntämällä kokemuksellista tietoa sekä ohjauksen soveltamista potilaan jokapäiväiseen toimintaan. (Arvinen 2008, 66.) Potilasta voimavaraistavassa ohjauksessa potilaan yksilöllinen ja aktiivinen rooli korostuvat. Ohjaaja pyrkii helpottamaan potilaan yksilöllistä oppimisprosessia ohjaustilanteessa. Sekä hoitaja että ohjattava kohtaavat yhdessä potilaan todelliset oppimistarpeet, kyvyt, tiedon tason, asenteet sekä arvot, jotka huomioidaan ohjaustilanteessa. (Virtanen, Leino-Kilpi & Salanterä 2007, 140 - 146.)

Sydäninfarktin saanut potilas voi menettää ainakin hetkellisesti tilanteensa hallinnan. Tiedon puute voi heikentää voiman ja sisäisen hallinnan puutetta. Asiatiedon lisäksi potilas tarvitsee siis henkistä tukea. (Johnson 1991, 13 - 18; Hämäläinen & Röberg 2007a, 136; Furge 2009, 51 - 58.) Akuutisti sairastuneen potilaan hoidossa sairastumisen aiheuttaman epävarmuuden ja tiedon merkityksen oivaltaminen asettavat haasteita henkilökunnalle (Säämänen 1998, 110) ja etenkin tehohoidossa hoitohenkilökunta toimii potilaan edustajana vastavuoroisessa tapahtumassa, jossa potilaalta ja omaisilta saatu tieto auttaa toimimaan potilaan parhaaksi (Säämänen 1998, 110; Peltonen ym. 2008, 15). Sydänpotilaiden ryhmässä on tullut esille ensisijaisesti esille tiedollisen tuen tarve toivottuna hallinnan tukena, ja puuttuessaan se voi heikentää potilaiden voiman ja hallinnan tunnetta (Thompson, Ersser & Webster 1995, 707 - 714). Voimavaroja vahvistava neuvontakeskustelu edistää potilasta henkilökohtaisten ratkaisujen löytymisessä sekä osallistumista edistävän keskustelun muotoutumisessa (Kettunen, Karhila & Poskiparta 2002, 220).

Blekin ym. (2007, 13) mukaan sepelvaltimotautipotilaan ohjauksen haasteena on se, että ohjauksen tulisi olla potilaan ja hänen omaisensa voimavaroista lähtevää, ja sen tulisi tukea elintapamuutoksia erilaisia ohjausmenetelmiä käyttäen. Tiedon jakamisen ohella tulee varmistaa sen omaksuminen parantamalla ohjauksen ja oppimisen tavoitteellisuutta ja arviointia. (vrt. Säämänen 1998, 110.) Arvisen (2008, 68) tutkimuksessa tuli esille, että potilaan sisäistä hallintaa tukee se, että potilas on tietoinen omasta tilanteestaan ja saa riittävästi tietoa hoidostaan. Potilaan tulisi ymmärtää saamansa tieto ja kyetä sen avulla toimimaan omassa hoidossaan ja elämässään. Myös Kukkosen (2002, 52 - 54) tutkimuksessa potilaalle annettulla tiedolla oli merkitystä elämänhallintaa liittyvänä asiana, kuten sairauden hyväksymisenä, elämänuskona ja jatkuvuuden tunteena. Tieto toi positiivisia muutoksia elämään, kuten elintapojen muutoksia. Hiidenhovin (2001, 81) tutkimuksessa tuli esille, että tiedon saamisesta on tullut potilaille yhä merkittävämpi selviytymisen keino.

Tiedollisesti tarkasteltuna sydänpotilas tarvitsee runsaasti ohjausta muun muassa riskitekijöistä, joita hän voi omalla toiminnallaan vähentää (Leino-Kilpi 1999, 54). Tiedon on oltava realistista ja asiallista (Gallagher, McKinley, & Dracup 2004, 160 - 165). Riittävän tiedonsaannin yhtenä edellytyksenä on, että hoitohenkilökunta tietää, mitä tietoa potilas tarvitsee huomioiden potilaiden yksilölliset tarpeet sekä tavat kommunikoida ja oppia (Attebring, Herlitz & Ekman 2005, 153 -159; Juvonen & Lauri 1994,

45; Koivunen 2003, 63; Kääriäinen ym. 2005a, 255; Leino-Kilpi ym. 2008; 142, 144; Siimeslehto 2009, 63). Potilaan tiedon saantia tulisi arvioida ohjaustilanteen kuluessa kysymysten avulla sekä tarkkailemalla potilaan kiinnostusta ja saatua palautetta sekä arvioida lisäksi ohjauksen sisältöä ja käyttämiään ohjausmenetelmiä. Potilaan kanssa käydyn arviointikeskustelun kautta voidaan saada palautetta potilaan omasta oppimisesta sekä ohjauksen toteutuksesta. (Best 2001, 46 - 52.)

Potilasta ohjattaessa häntä voidaan tukea tiedollisesti, emotionaalisesti sekä konkreettisesti. Tiedollisella tuella tarkoitetaan sitä, miten hyvin ja ymmärrettävästi potilas on saanut hoidon ja sairauden kannalta välttämätöntä tietoa ja miten hyvin hän on sisäistänyt ne itselleen. Se sisältää myös valmiuden itsensä hoitamiseen (Koivunen 2003, 71; Kyngäs ym. 2009, 76; Aujoulat, d'Hour & Deccache 2007, 13 - 20; Furge ym. 51 - 58; Sarvimäki-Stenbobb ym. 2009, 144 - 145, 148; Nevalainen, Kaunonen & Åstedt-Kurki 2007, 199) sekä vastuunottoon sairautensa hoidosta. (Kääriäinen, Kyngäs, Ukkola & Torppa 2005, 14.) Tiedon perusteella hän joko ottaa tiedon vastaan tai torjuu sen. Ymmärtämisen perusteella hän päättää suostumisestaan hoitoon. Potilaalla on itsemääräämisoikeus, mutta hoitohenkilökunnalla on vastuu kuunnella potilasta, antaa tietoa sekä tukea potilasta tämän päätöksissä. Myös läheisten tulee saada ymmärrettävää tietoa sekä esittää kysymyksiä. (Sarvimäki ym. 2009, 144 - 145, 148; Nevalainen, Kaunonen & Åstedt-Kurki 2007, 199.) Tieto auttaa jäsentämään tilannettaan, ymmärtämään hoidon merkityksen ja lopulta hyväksymään sairautensa ja tilanteensa. Sen pitää olla kuitenkin ymmärrettävää muuttuakseen toiminnaksi. Potilaan kanssa työskennellessä myös kognitiiviset tekijät, kuten muisti ja aistitoiminnot, voivat olla ratkaisevia. (Kyngäs ym. 2009, 29.)

Annettavan tiedon tulisi olla tarkoituksenmukaista, ja tietoa tulisi antaa tasavertaisessa vuorovaikutussuhteessa sellaisella tavalla, jotta potilas sen ymmärtää (Leinonen, Leino-Kilpi & Katajisto 1996, 836 - 842; Kääriäinen ym. 2005a, 257). Potilaat arvioivat ohjaustarpeensa omasta näkökulmastaan ja hoitohenkilökunta oman ammatillisen osaamisensa kautta. Tuolloin voi syntyä ristiriitainen näkemys ohjauksesta ja ohjaustarpeiden arviointi voi olla vaativaa. (Kääriäinen ym. 2005b, 208, 213.) Epälooginen tieto voi lisäksi hämmentää potilasta (Attebring 2005, 153 - 159). Haasteita ohjaukseen tuo lisäksi itsemääräämisoikeuden ja yksityisyyden turvaaminen ohjaustilanteessa, jossa potilaan auttaminen edellyttää hänen henkilökohtaiseen elämäänsä liittyvien asioiden käsittelyä (Kääriäinen ym. 2005a, 256 - 257). Potilaan saamat tiedot sairau-

desta, omasta tilanteestaan sekä hoidosta ovat välttämättömiä hoitoon sitoutumiselle (Kyngäs ym. 2009, 29).

Potilasohjauksessa korostuu ohjaajan rooli ajantasaisen sekä tutkimuksella tai käytännön kokemuksella oikeaksi todistetun tiedon kertojana potilaalle. Tuolloin ohjaaja antaa ammatillisen osaamisensa potilaan käyttöön ja voimaannuttaa potilasta tiedollisesti. (Tegnlund 2007, 197 - 207.) Tiedon antaminen on vastavuoroinen tapahtuma, jossa hoitaja sekä antaa että saa tietoa potilaalta, omaiselta ja potilaan hoitoon osallistuvilta (Peltonen & Suominen 2008, 10). Peltoniemen (2007, 94) tutkimuksessa tuli esiin, että terveydenhuoltohenkilöstön erikoistiedon hallinta mahdollisti luottamuksen syntyneen ammattilaisten ja perheiden välille. Hartikaisen ja Visamon (2000) tutkimuksessa hoito-ohjeiden noudattamista edistivät läheisten tuki ja sosiaalisen tukiverkoston toimivuus sekä riittävä tieto ja ohjaus (vrt. Strömberg 2002, 33 - 40). Omaisten osallistuminen ohjaukseen edistää potilaiden tietojen ja taitojen hallintaa sekä mahdollistaa selviytymisen kotona (Kääriäinen ym. 2005b, 213; Ganske 2006, 8 - 13). Koivusen, Isolan & Lukkarisen (2003,71) tutkimuksessa ohitusleikkauspotilaiden ohjauksessa tulisi huomioida myös vertaisryhmien tuen yhteys potilaiden kuntoutumiseen voimavaroja lisäävänä tekijänä (Ganske 2006, 8 - 13).

Onnistuneeseen ohjaukseen vaikuttavat potilaan kyky ottaa vastaan tietoa, sairaalajakson kesto sekä omaisten aktiivisuus. Ohjauksen sisällön tärkeys vaihtelevat potilaiden ja ohjauksen antajien välillä. (Hagenhoff ym. 1994, 685 - 90; Wehby & Brenner 1999, 31 - 40). Potilaan tiedontarpeeseen vaikuttavat hänen sairautensa, fyysinen kuntonsa ja selviytymiskeinonsa. Tiedon tulisi olla sellaista, että potilaat pystyvät arvioimaan mahdollisen sairauden vaikutuksia omaan elämäänsä (Cortis & Lacey 1996, 674 - 681) sen vuoksi potilaan taustatekijät sekä terveydentila tulee huomioida (Koivunen 2003, 63; Kääriäinen ym.2005a, 257; Kääriäinen & Kyngäs 2005b, 208).

Sepelvaltimotautipotilaan kuntoutusprosessi alkaa sairaalan tai perusterveydenhuollon todettua sydänsairauden (Hämäläinen & Röberg 2007a, 134). Sydänkuntoutuksella tarkoitetaan suunnitelmallista sekä moniammatillisesti toteutettua kuntoutusohjelmaa potilaan toipumisen edistämiseksi (Taylor, Brown, Ebrahim, Joliffe, Noorani, Rees, Skidmore, Stone & Oldridge, 2004, 682 - 92). Ohjaus voidaan nähdä terveydenhuollon asiakkaan tietojen ja taitojen kehittymisen prosessina, joka käynnistyy potilaan saapuessa sairaalaan jatkuen koko hoitajakson ajan. Sen tulisi jatkuvaa myös potilaan

kotiutumisen jälkeen, sillä potilaat eivät pysty aina sairaalassa osallistumaan riittävästi ohjaukseen väsymyksen ja kriisivaiheen vuoksi. (Strömberg 2002, 33 -40; Attebring ym. 2005, 153 - 159; Edwardson 2007, 244 - 254; Partanen ym. 2006, 2009.) Sekundääripreveniolla on ollut myönteisiä pitkän aikavälin elämäntapojen muutoksiin, tavoitteiden saavuttamiseen ja lääkityksen optimoimiseen, joten yhteistyötä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä tulisi kehittää (Mainie, Moore, Riddel & Adgey 2005, 308 - 313).

Kattaisen (2004, 114) tutkimuksessa ohitusleikkauspotilaat tarvitsivat ennen ja jälkeen pallolaajennusta ja leikkausta tietoa fyysiseen kuntoutumiseen liittyvistä asioista sekä psykososiaalisesta toimintakyvystä (Gallagher ym. 2004, 160 - 165; vrt. Goodman, Davison, Preedy, Peters, Waters, Persaud-Rai, Shuldham, Pepper & Cowie 2009, 67 - 73). Potilaat arvostavat hoitohenkilökunnan tukea, mutta vuorovaikutuksen ja fyysisen toiminnan arviointia tulisi parantaa (Goodman ym. 2009, 67 -73; Partanen & Lommi 2006, 2012). Koivulan (2002, 77 - 78; 2007, 189) tutkimuksessa ohitusleikkauspotilaiden tiedolliset tarpeet sekä sosiaalisen tuen tarpeet olivat voimakkaimmillaan ennen ohitusleikkausta. Potilaat saivat moniammatillista ohjausta sekä sosiaalista tukea hoitajilta, jotka vastasivat potilaiden odotuksia. Sosiaalisen tuen sekä tiedon tarpeet jatkuvat kuntoutumisen edetessä, sillä potilailla oli edelleen depressiivisiä oireita. Potilaat kokivat sosiaalisen tuen olleen kuitenkin riittämätöntä. Lopezin, Chairin, Poon ja Wain (2007, 1304 - 15) mukaan ohitusleikkauspotilaiden ensimmäiset neljä viikkoa ovat vaikeinta aikaa. He tarvitsevat sekä pre- että postoperatiivista kuntoutusta ja ohjausta, sillä heikko fyysinen ja sosiaalinen kunto lisäävät masennusta kolmeen kuukauteen saakka.

Elintapamuutosten tekemisessä potilaan henkilökohtaiset ominaisuudet, kuten motivaation puute, saamattomuus ja luonteen heikkous voivat olla esteitä muutokselle (Jalilinoja ym. 2009, 3558 - 60). Annetut ohjeet on pyrittävä perustelemaan mahdollisimman hyvin, koska potilas voi kokea annetut ohjeet kielteisiksi sekä omaa elämänlaatua huonontaviksi. Keskeisen tiedon antaminen kirjallisena voi parantaa tiedon omaksumista. (Partanen ym. 2006, 2012.) Ohjauksessa ongelmana voi olla se, että potilas on kykenemätön arvioimaan omia tiedon tarpeitaan. Tiedontarpeet voivat tulla esiin vasta myöhemmin sairaalavaiheen jälkeen. Potilaat eivät välttämättä ole ymmärtäneet saamaansa tietoa tai mieltäneet tiedon jakamista ohjaukseksi. (Kääriäinen 2007, 91; Kayaniyil ym. 2008, 99 - 107.) Asiantuntijoina hoitohenkilökunnan on autettava poti-

lasta tunnistamaan tarpeitaan ohjaukselle (Kääriäinen ym. 2005a, 213). Potilaalle tieto sydänsairaudesta kroonisesta luonteesta voi jäädä epäselväksi kuntoutukseen ja jatko-hoitoon ohjautumattomille potilaille, ja sen myötä itsehoidon kuntoutumisen motivaatio voi jäädä syntymättä (Hämäläinen ym. 2007b, 3771 - 75). Potilaiden tulisi olla myös itse aktiivisia oman terveytensä hoidossa (Paul 2008, 66). Omatoimisuus tiedonhankinnassa ilmenee siten, että aktiivisesti tietoa hakevat saavat riittävästi tietoa, mutta passiiviset potilaat kokevat jäävänsä vaille tarvitsemaansa tietoa (Häggman-Laitila 1994, 83 - 92).

2.3.3 Sydänpotilaan tiedontarpeet

Sydänpotilaan ohjauksen tavoitteena on saada potilas osallistumaan alusta asti aktiivisesti sydänsairautensa hoitoon ja sen edellyttämään seurantaan (Paul 2008, 66; Partanen & Lommi 2009, 2012). Ohjauksella estetään uusien sairaustapahtumien uusiutumista ja edistetään muutoksien tekemistä elämätavoissa (Clark, Hartling, Vandemeer & McAlister 2005, 659 - 72). Ohjauksen tärkeimmiksi sisältöalueiksi luokitellaan biofyysiset, toiminnalliset ja tiedolliset kysymykset. Vähemmän huomiota saavat sosiaaliseen, kokemusperäisiin, eettisiin ja taloudellisiin asioihin liittyvät kysymykset. Laadukkaan ohjauksen toteutumiseen potilaat tarvitsevat tietoa potilaan päivittäisistä toiminnoista selviämiseen liittyvistä asioista, sairaudesta ja sen oireista, lääkkeistä sekä mahdollisista komplikaatioista. (Borgsteede, Karapinar-Carpit, Hoffmann, Zoer & van den Bemt 2010, 25 - 26; Paananen 2004, 20 - 23; Kattainen 2004, 115; Johansson 2006, 41 - 43; Paul 2008, 66; Hölttä 2004, 11; Nevalainen ym. 2007, 192 - 201.) Varjolan (2007) tutkimuksessa ilmeni, että potilaiden elämäntilanteen kokemisella oli eniten yhteyttä kokemukseen tiedon saannin riittävyydestä. Hoitajat sen sijaan kokivat, että ohjaukseen käytettävällä ajalla oli yhteyttä ohjauksen saamaan riittävyyteen.

Sydänpotilaan ohjauksessa saamaa tietoa on tutkittu useissa tutkimuksissa. Jo sairastumisvaiheessa on tärkeää saada riittävästi tietoa sydämen anatomiasta ja fysiologiasta sekä sepelvaltimotaudin toteamiseen liittyvistä tutkimuksista. (Kayaniyil ym. 2008, 99 - 107; Paananen, Kuusisto, Heikkilä 2004, 29 - 32; Vanhatalo & Siljamäki 2005, 29 - 32.) Hoitoon sitoutumiselle on tärkeää, että potilas saa tietoa sairaudestaan, sairauden tilanteesta tai hoidosta (Kyngäs ym. 2009, 29; Mills & Sullivan 1999, 631 - 42; Buckley ym. 2006, 109 - 110) ja hoitovaihtoehtoista, diagnoosista, tutkimustuloksista ja ennusteesta (Mills & Sullivan 1999, 631 - 42; Buckley ym. 2006, 109 - 110) sekä elin-

tapoihin liittyvistä asioista, kuten terveellisestä ruokavaliosta ja tupakasta (Arvela 2004, 84; Paananen 2004, 20 - 23; Koivunen 2003; 70 - 71).

Paanasen tutkimuksessa (2004, 20 - 23) kuitenkin ilmeni, että vain kolmannes oli saanut elintapojen muuttamiseen liittyvää tietoa, vaikka tutkittavat pitivät tärkeänä ruokavaliota, liikunta- ja tupakointitottumusten muuttamista. Itseohjautuvuus tiedon saannissa nousi tärkeäksi tekijäksi. Sydäninfarktipotilaiden on tutkimusten mukaan ollut tarpeellista saada tietoa oireista, jotta hän osaa hakeutua ilman viivettä hoitoon (Khraim & Carey 2008, 155; Buckley ym. 2006, 109 - 110; Hölttä 2002, 11), sillä nopealla päätöksenteolla on merkitystä selviytymiseen (Khraim ym. 2008, 155). Sydänpotilaan tiedontarpeet ovat liittyneet myös tupakkaan, henkiseen jaksamiseen ja arjessa selviytymiseen (Paananen 2004, 19; Siimeslehto 2009, 63). Lisäksi sairastuneet ovat tutkimusten mukaan tarvinneet tietoa sepelvaltimotaudista, lääkehoidosta, pallolaajennuksesta, ravinnosta pysyvän muutoksen vahvistamiseksi (Paananen 2004, 30 - 32; Smith & Liles 2008, 1536 - 38) sekä tietoa nopean hoitoon hakeutumisen lisäksi siitä psykologisesta prosessista, joka oireiden alkamisesta voi seurata (Khraim ym. 2008, 155 - 161; Ruotsalainen 2006, 165; Partanen ym. 2006, 2012; Buckley ym. 2006, 109 - 110; Säämänen 1998, 109 - 110). Tietoa tarvitaan myös kuntoutuksesta ennen ja jälkeen toimenpiteen, itse toimenpiteistä (Karjalainen 2006, 30; Paananen 2004, 20 - 23; Kattainen, 2004, 114). Gallagherin ym. (2004, 160 - 165) ohitusleikatut naiset kokivat preoperatiivisesti annetun tiedon mahdollisista leikkauksen jälkeisistä ongelmista erittäin tärkeäksi.

Ohjausta on tutkittu suhteessa tiedontarpeisiin. Arvisen (2008, 60 - 63, 67) sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan ohjauksesta sairaalassa koskevassa tutkimuksessa potilaan ohjaus keskittyi sisällöllisesti potilaan bio-fysiologista voimavaraisuutta tukevaan tietoon. Potilaat saivat tietoa sairauden hoitoon liittyvistä asioista, kuten sydämen vajaatoiminnan potilaskohtaisista syistä, lääkehoidosta, oireista ja niiden seurannasta. Pelkästään tieto sairaudesta ja sen hoidosta ei kuitenkaan riitä, vaan potilaan tarpeet ja voimavarat tulisi huomioida kokonaisvaltaisesti. Potilaan, heidän omaistensa kanssa ja moniammatillisen työryhmän tukemana, potilas voi löytää keinoja kotona selviytymiseen. Sydämen vajaatoimintaa potilaan ohjaaminen vaatii tämän tutkimuksen mukaan hoitajalta erikoisalueen osaamista ja tietämystä sekä potilasohjausosaamista. Laineen (2005, 62 - 63) tutkimuksessa sydämen vajaatoimintaa sairastavat potilaat saivat parhaiten tietoa nesterajoituksista, painon seurannasta ja ruokavalion merkitykses-

tä. Huonoiten potilaat saivat tietoa lääkehoitoon liittyvistä asioista, kuten lääkkeiden nimistä, vaikutuksista sekä annostuksista. Ohjauksessa painotetaan terveellisiin elämäntapoihin liittyviä tekijöitä ja potilaiden tulisi saada tietoa lääkehoidon vaikutuksista, sivuvaikutuksista, annostelusta ja hoidon tavoitteista.

Sairaalavaiheen aikana annettavalla ohjauksella on ollut puutteita. Potilaat ovat toivoneet ohjausta sairauden syistä, ennusteesta ja hoitovaihtoehdoista. Ohjaus on ollut riittämätöntä hoidon jälkeisistä ongelmista, joiden tunnistamiseen ja ennaltaehkäisyyn tarvittavaa tietoa tarvitaan kotiutusvaiheessa. (Kääriäinen ym. 2005a, 213; Kääriäinen 2008, 5-6.) Sen sijaan Varjolan (2007, tiivistelmä) tutkimuksessa toteutui hyvin koti-hoidon osa-alueelta saatu tieto, kun taas sairastumiseen liittyvän tunne-elämän osa-alueelta ei saatu riittävästi tietoa. Paanasen (2004, 20 - 23) tutkimuksessa tuli esille, että tiedon tarve vuoden kuluttua oli vähentynyt, mutta tietoa haluttiin edelleen lääkehoidosta ja sepelvaltimotaudista ja henkinen jaksaminen oli noussut uudeksi tiedon tarpeen saamisessa.

Koivusen ym. (2003, 70 - 71) tutkimuksessa tuli esiin, että ohitusleikkattujen potilaiden kuntoutuminen oli pitkäaikainen prosessi, jossa heidän fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset voimavaransa joutuvat koetukselle. Ohjauksen ja tuen tarve vaihtelivat kuntoutusprosessin eri vaiheissa. Naisilla kuntoutuminen taantui vuoden kuluttua leikkauksesta ja heillä esiintyi monenlaisia kuntoutumiseen liittyviä ongelmia, kuten masennus, turvattuus sekä yksinäisyys. Miehillä kuntoutuminen oli tasapainoisempaa. Kuntoutumisvaiheessa olevat potilaat toivoivat hoitohenkilökunnalta sekä tiedollista tukea että henkistä tukea. Potilaat kokivat vertaisryhmien tuen merkitykselliseksi, mutta vain harvat osallistuivat niihin aktiivisesti.

Rantasen (2009,16) tutkimuksessa potilaat saivat tietoa toipumisesta, päätöksenteon tukea, kuten tietoa sairauden hoidosta ja ohitusleikkauksesta toipumisesta sekä koti-hoidosta, mutta vähemmän tietoa arkielämän tilanteiden ratkaisemiseen. Myöskään sosiaalisesta tuesta ei useiden tutkimusten mukaan ole saatu riittävästi tietoa (Kääriäinen ym. 2005a, 213; Kääriäinen 2008, 5 - 6; Varjola 2007; Siimeslehto 2009.) Arvisen (2008, 60 - 67) tutkimuksessa ilmeni, että sairauden ennusteesta potilaat eivät saaneet riittävästi tietoa. Lipposen (2006, 23) mukaan sairaanhoitajat tarvitsevat lisää tietoa ainakin potilaiden lääkehoidosta, toipumisajasta, sosiaalietuuksista, hoito- ja kuntoutusvaihtoehdoista sekä sairauksien merkityksestä potilaan arkeen. Erityistyöntekijöi-

den ja potilasjärjestöjen asiantuntijoiden hyödyntämistä potilasohjauksessa tulisi kehittää. Hoitajilla tulisi olla sosiaali- ja kuntoutusvaihtoehdoista perustiedot sekä mistä potilas voi saada näistä lisätietoa. Peltoniemen (2007, 99) tutkimuksessa tiedot sairaudesta ja sen hoidosta, etenkin lääkehoidosta tai liikunnan sallimisesta olivat puutteelliset.

Siimeslehdon (2009, 63) tutkimuksessa potilaiden tiedontarpeet liittyivät kotiutumiseen liittyviin asioihin, lääketurvallisuuteen sekä jatkohoitoon liittyvästä ohjeistuksesta (Attebring 2005 ym. 2008, 1536 - 38; vrt. Kattainen 2004, 114 - 115). Kattaisen (2004, 115, 120) tutkimuksessa ohitusleikatuilla miehillä neuvonnan tarpeet kohdistuivat seksuaalielämään liittyviin asioihin sekä fyysiseen toimintakykyyn. Partasen ym. mukaan (2006, 2012 - 13) sydänpotilaan on tärkeää saada tietoa oireiden seurannasta, liikunnan ja levon merkityksestä, ja kuinka hoitoon hakeudutaan sydäntilanteen vaikeutuessa. Myös etukäteen annettu tieto lääkehoidon sivuvaikutuksista on oleellista, koska muutoin jopa ohimenevät haitat voivat johtaa lääkehoidon lopettamiseen sekä vaikeuttavat sitoutumista hoitoon. Onnistuneen ohjauksen vaikutuksesta potilas ymmärtää elintapojensa vaikutukset sairauteensa sekä pystyy tietojensa pohjalta tekemään valintoja arkitilanteessa. (vrt. Paul 2008, 66). Potilailla voi olla tarvetta saada tietoa myös lääkkeiden sivuvaikutuksista sekä liian suuren annostelun merkityksestä (Arvinen 2008, 60 - 67). Borgsteeden ym. (2010, 25 - 26) tutkimuksessa tuli esiin, että kaikki eivät halua tietoa lääkkeiden sivuvaikutuksista, koska se voi vaikuttaa heidän asenteisiin kohtaan. Potilaat kuitenkin halusivat perustietoa lääkkeistä, sivuvaikutuksista ja vaihtoehtoisista lääkkeistä. Paananen (2004, 29 - 30) esittää, että tiedon ja tuen saaminen tulee liittää laadulliseen ajatteluun, sillä toisen ihmisen elintapoihin vaikuttaminen on pitkäjänteistä, haastavaa ja usein moniammatillista osaamista vaativaa toimintaa, jossa potilas on tasavertainen toimija. Muutostarpeen tulee lähteä hänestä itsestään.

2.3.4 Tiedon antamisen ajoitus

Tietojen saaminen jo ennen hoidon alkamista koetaan tärkeäksi potilaille (Laitinen & Åstedt-Kurki 1996, 167 - 174; Paananen 2004, 20 - 23). Sepelvaltimotautipotilaat tarvitsevat riittävästi ohjausta sepelvaltimotautiin liittyvistä tekijöistä kyetäkseen selviytymään sairautensa kanssa (Säämänen 1998, 109 - 110; Hämäläinen & Röberg 2007b, 3771 - 3775; Ruotsalainen 2006, 167 - 168). Lisäksi he tarvitsevat laaja-alaisempaa

tietoa sairauteen ja sen hoitoon liittyvissä asioissa jo ennen sairaalaan tuloa, kun taas sairaalavaiheen aikana he tarvitsevat enemmän sosiaalisen tuen ohjausta (Kääriäinen 2005, 16.). Sairaalassa tapahtuvalla asianmukaisella potilaan ohjauksella ja jatkohoidon järjestämisellä voidaan saavuttaa parempi hoidon taso sekä vähentää epätarkoituksenmukaista akuutin sairaanhoidon käyttöä (Rosswurm & Lanham 1998, 14 - 21; Partanen & Lommi 2006, 2009).

Ennen kotiutusta annettavalla sydänpotilaan ohjauksella edistetään itsehoitoa, vähennetään uudelleen käyntejä sekä autetaan potilasta huomaamaan ongelmat ajoissa (Paul 2008, 67). Sepelvaltimotautipotilaan kotiutumisen lähestyessä korostuvat tuen ja arkielämässä tarvittavien neuvojen merkitys, sillä potilaiden ja heidän omaistensa toivotaan osallistuvan avokuntoutukseen (Paananen 2004, 5; Siimeslehto 2009, 63). Siimeslehdon (2009) tutkimuksessa potilaiden mukaan turvalliseen kotiutumiseen liittyi psyykinen kokemus selviytymisen tunteesta eikä välttämättä aina annettu ohjaus. Potilaille ei ollut varmaa tietoa jatkohoitosuunnitelmastaan tai jatkopaikastaan kotiutumistilanteessa. Attebringin ym. (2005, 153 - 159) tutkimuksessa tuli esiin, että ennen kotiutusta potilailla on oikeus riittävään tiedonsaantiin ja että hänellä tulisi olla selville, mihin hän ottaa yhteyttä epäselvissä tapauksissa. Lien ym. tutkimuksessa (2007, 411 - 18) tutkimuksessa ohitusleikatut potilaat hyötyivät kotona tapahtuvasta interventiosta etenkin, jos he kärsivät psyykkisestä stressistä ja ahdistuksesta. Kotiin tarjottavia tukipalveluja tulisi parantaa (Lopez ym. 2007, 1304 - 15). Partanen & Lommin (2006, 2013) mukaan sydämen vajaatoimintapotilaiden seurantasoirot kotiin ovat osoittautuneet tehokkaiksi. Yhteydenoton aikana potilaalta on mahdollisuus tiedustella selviytymistä arkielämässä sekä omaseurannan toteutumista kotona.

Sydäninfarktipotilaat tarvitsevat tietoa ja tukea itsehoidon toteuttamiseksi etenkin kotiutumisen jälkeen, mutta jo ennen sairaalaan hakeutumista. Potilaita hoidetaan sairaalavaiheen aikana monissa eri organisaatioissa, joten ohjausprosessin eteneminen tulisi suunnitella hoito- ja palveluketjukuvauksiin. Kaikkien osapuolten tulisi olla tietoisia ohjausprosessin etenemisestä. Potilaalle tieto ja sen välittäminen ovat yhteydessä omaan hoitoon sekä päätöksentekoon osallistumiseen. (Hämäläinen & Röberg 2007a, 136; Ruotsalainen 2006, 168.) Partanen & Lommi (2006, 2013) toteavat, että potilaiden ja heidän omaistensa saama ohjaus sairaalan poliklinikalla on tärkeää, koska tuolloin potilaat ovat paremmassa kunnossa ja motivoituneimpia ottamaan vastaan tietoa. Paananen ym. (2004, 30) mukaan elintapamuutosten ohjaamiseen ei ole kuitenkaan

riittävästi mahdollisuuksia ja potilaiden kyky omaksua tietoa sairaalavaiheen aikana ei ole optimaalinen. Hämäläisen ym. (2007, 134) tutkimuksen mukaan lyhyeen ja kiireiseen sairaalavaiheeseen ei voi sisällyttää kaikkea sitä tietomäärää, jota potilas ja hänen omaisensa tarvitsevat toipumiseen, vastuun ottamiseen hoidosta sekä kuntoutuksen sujumiseen hyvin (vrt. Partanen & Lommi 2006, 2010). Lyhyessä ajassa annetun ohjauksen vähimmäistavoitteena on mahdollistaa potilaan selviytyminen sekä itsensä hoitaminen kotiutumisen jälkeen (Kääriäinen & Kyngäs 2005b, 213).

Sepelvaltimotauti on pitkäaikaissairaus, jonka hallitsemiseen potilas tarvitsee jatkuvaa seurantaa, tarkastuksia ja tilanteenmukaista neuvontaa, joten hoidon jatkuvuus erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon välillä tulisi turvata (Hämäläinen ym. 2007a, 134). Tiedon sujuva kulkeminen työntekijöiden välillä, omaisten aktiivisuus, henkilökunnan helppo lähestyttävyyys sekä potilaan toiveiden huomiointi parantavat vuorovaikutusta. Annetun tiedon tulisi olla ajantasaista ja selkeää tietoa sairaudesta, jotta se helpottaisi myös omaisten sekä hoitajien välistä yhteistyötä. (Hopia ym. 2004, 14.) Potilas tarvitsee tietoa osallistuakseen ja sitoutuakseen omaan hoitoonsa. Lisäksi tieto on hänen itsemääräämisen ja oman hallinnan perusta. Hoitotyössä potilaan hallintaa tukevassa ohjauksessa potilas nähdään ammattilaisen rinnalla. Ohjauksessa korostetaan sekä potilaan että hoitajan kykyä ja asiantuntemusta. Ammattilaiset uskovat potilaan tietoihin, taitoihin sekä muuttumisen mahdollisuuksiin. Tiedon antamisessa huomio kohdistetaan potilaan arkipäiväsiin tarpeisiin, selviytymiseen, piileviin voimavaroihin, toimintatyyleihin sekä tukiverkkoihin. (Poskiparta, Liimatainen, Kettunen & Karhila 2001, 69 - 79; Kettunen, Poskiparta & Kerlander 2002, 101 - 113.; Virtanen, Leino-Kilpi & Salanterä 2007, 140 - 146.)

2.3.5 Tutkimuksia tiedollisista valmiuksista

Hoitohenkilöstön tiedollisia valmiuksia on tutkittu useissa tutkimuksissa. Kääriäisen (2007, 96 - 97) tutkimuksessa hoitohenkilöstön tiedolliset valmiudet olivat hyvät, mutta tietoa hoidon jälkeisestä voinnista tarvitaan enemmän. Parhaiten hallittu tiedon osa-alue oli sairauden hoitoa koskevat tiedot. Parhaiten hoitohenkilökunta hallitsi sairautta ja sen oireita, tutkimuksia ja hoitotoimenpiteitä, tutkimustuloksia koskevia asioita. Myös tutkimustuloksia, lääkkeiden käyttöä sekä hoitoon mahdollisesti liittyviä riskejä koskevaa tietoa hallittiin hyvin. Sairauden merkityksestä potilaan arkeen hallittiin hyvin tai kohtalaisesti. Hyvää osaamista tiedoissa selittivät tehtävänimike, ohjaustaidot

sekä ohjaukseen työpäivän aikana käytetty aika sekä hoitoon mahdollisesti liittyvät riskit. Ervastin (2004, 27) tutkimuksessa saatiin samankaltaisia tuloksia. Hyvät tiedot omattiin sairaudesta ja sen hoidosta, hoitotoimenpiteistä, lääkkeiden käytöstä. Tiedot potilaan kotiutumisen jälkeisestä voinnista, toipumisesta ja ongelmista oli vähiten. Tiedon puutteita havaittiin sosiaalietuuksista, jatkohoitopaikoista sekä kuntoutuspalveluista.

Tähtisen (2007, 32 - 34) tutkimuksen mukaan tiedollista valmiuksista hallittiin parhaiten tiedon antaminen sairauksista, oireista, sairauden mahdollisista vaaratekijöistä sekä rajoituksista ja hoitotoimenpiteistä. Hoitajat kokivat, että potilaan jatkohoitoon liittyvistä tiedoista, kuten sairauden merkityksestä potilaan arkeen, sairauksien vaikutusta perheen arkeen sekä perhesuhteisiin tiedettiin vähemmän. Myös kuntoutuspalveluista sekä sosiaalietuuksista ja hoitovaihtoehdoista oli vähemmän tietoa. Hoitohenkilökunnan pitemmällä työkokemuksella oli yhteyttä potilaan saamaan tietoon sairaudesta ja hoidosta.

Lipposen ym. (2008, 127) tutkimuksessa hoitohenkilöstön tiedolliset valmiudet arvioitiin pääosin hyvät. Parhaiten tiedettiin sairauksista ja niiden oireista sekä sairauksien aiheuttamista rajoituksista. Kuntoutumista koskevia tietoja pidettiin myös hyvin etenkin paljon ohjaukseen aikaa käyttävien keskuudessa. Sosiaaliturvaan liittyvät tiedot olivat heikommalla ja huonoiten hallittiin tiedot hoidon jälkeisestä voinnista. Blek (2007, 13) on tutkimuksessaan osoittanut, että sepelvaltimotautia sairastavien ja heidän omaistensa tiedon saannissa ja ohjauksessa on parannettavaa. Sairaalavaiheen aikainen ohjaus painottuu sairauden fysiologiaan sekä lääkkeelliseen hoitoon. Ohjausta saaneiden keskuudessa riskitekijöitä pidettiin merkittävänä sepelvaltimotaudin synnyssä ja ehkäisyssä potilaille, joilla oli hyvä terveyskäyttäytyminen. Linnajärven (2010, 25 - 26, 44) tutkimustulosten mukaan tiedollisten valmiuksien osalta hallittiin parhaiten sairauksien merkitystä potilaan arkeen käsittelevät asiat sekä sairauksien hoitoa, oireita ja vaaratekijöitä koskevia tietoja. Taidot olivat hyvät sairauksien aiheuttamien rajoitusten tai niiden merkityksestä arkeen sekä potilaiden lääkkeiden käyttöä käsittelevillä osa-alueilla. Hoidon jälkeisestä voinnista olevat tiedot hallittiin heikoin.

2.4 Taidolliset valmiudet potilaan ohjaamisessa

Taidoilla tarkoitetaan kykyä soveltaa tietoja sekä käyttää omaksuttua tietotaitoa tehtävien suorittamiseen ja ongelmien ratkaisuun (Euroopan parlamentin ja neuvoston suositus eurooppalaisten tutkintojen viitekehysten perustamisesta elinikäisen oppimisen edistämiseksi, 2008, 13; Lauri 2006, 92 - 93). Taitojen oppiminen tapahtuu asteittain yksittäisten osavaiheiden oppimisesta taidon kokonaisvaltaiseen hallintaan (Lauri 2006, 93). Potilasohjauksessa tarvitaan monenlaisia taitoja. Hoitotyön toiminnan eri vaiheissa tarvitaan mm. kommunikointi- ja vuorovaikutustaitoja sekä havainnointitaitoja, joita tarvitaan potilaan hoitotyön ongelmien ja voimavarojen määrittelyyn. Hoitotyön toiminnan suunnitteluun ja toteuttamiseen tarvitaan etenkin reflektointia, priorisointia, päätöksen teko taitoja. (Lauri 2006, 93.) Kokeneella hoitajalla on monenlaisia taitoja, joista osa intuitiivista tietotaitoa toteuttaa asioita. Tällaista hiljaista tietoa on sekä yksilöillä että työyhteisöissä. Työn kokonaisvaltainen osaaminen muodostuu sekä julkisesta että hiljaisesta osaamisesta. (Väisänen, Niemelä & Suua 2009, 37, 39.)

Terveydenhuoltoalalla kokonaistehtävää toteutettaessa korostuvat erityisesti taidot, joita tarvitaan vastattaessa potilaan tarpeisiin asiakaslähtöisesti ja yksilön turvallisuuden takaavasti (Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon 2006, 16, vrt. Hilden 2002, 54). Hoitotyössä päätöksen teko edellyttää lisäksi kriittistä ajattelua sekä ongelmanratkaisu- ja dokumentointitaitoja. Sairaanhoitaja osaa toimia asiakaslähtöisesti ja tavoitteellisesti ollessaan vuorovaikutuksessa potilaan, perheen tai yhteisön kanssa. Hän osaa vastata hoitotyön tarpeen määrittelystä ja toteutuksesta yhdessä potilaan ja hänen läheistensä kanssa. Dokumentoidessaan hän osaa toimia tietosuojan ja -turvan mukaisesti. (Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon 2006, 65). Hoitoalan työssä vaaditaan erityisalan tiedon hallintaa ja sen soveltamiskykyä, sillä eri erikoisaloilla vaaditaan tietynlaista erikoisalan osaamista. Ammatillista osaamista osoittavat hoitoalan työssä taidot suunnitelmalliseen hoitamiseen ja toimintaa. Työyhteisöissä pidetään tärkeänä lisäksi kehittämis- ja arviointitaitoja, joita tarvitaan suunnitelmien tekemisessä. Suunnitelmien pohjalta kehitetään potilaan hoitoa sekä kuntoutusta unohtamatta sairaanhoitajan omaa työtä sekä hoitotyötä. (Hilden 2002, 55; Surakka 2009, 81.)

2.4.1 Ohjausvalmiudet

Hyvät ohjausvalmiudet ovat osa laadukasta potilasohjausta ja niitä pidetään hoitajien osaamisvaatimusten ydin alueena (Sairaanhoitajien, terveydenhoitajien ja kättilöiden osaamisvaatimukset terveydenhuollossa 2002,18; Hilden 2002, 57 - 58), koska lähes kaikkeen hoitamiseen sisältyy opetusta ja ohjausta. Ohjauksen onnistumiseksi ohjaaja tarvitsee riittävän tietomäärän ohjauksen rakentamiseksi loogiseksi kokonaisuudeksi. (Hilden 2002, 57 - 58.) Ohjausvalmiudet ovat lisäksi tärkeä osa potilasta ohjaavan hoitajan psyykkisistä taustatekijöistä, joten hyvin toteutuneessa ohjauksessa ohjaajalta vaaditaan tiedollisia, taidollisia ja asenteellisia ohjausvalmiuksia. Hänellä on hyvä olla tietoinen ohjattavista asioista, oppimisen periaatteista sekä ohjausmenetelmistä. (Kynäs ym. 2009, 92.) Sairaanhoitajalta edellytetään, että hän osaa ohjata potilasta ja hänen omaisiaan hoitotyön suunnitelman mukaisesti ja hallitsee sähköisen potilasohjauksen tuntemuksen. Hyvin toimiessaan hän ohjaa ja tukee potilasta itsehoidossa sekä potilaan terveysongelmien hallinnassa ja käyttää ja tuottaa potilasohjausmateriaalia ohjauksensa tueksi. (Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon 2006, 65.)

Hoitaja vaikuttaa potilaan päätöksentekoon tai elämäntapaan ohjaamisen avulla. Hän käyttää ohjausta neuvontaa ja tukemista vaikuttaakseen potilaan käsityksiin ja käyttäytymiseen. Sillä vaikutetaan potilaan näkemyksiin ja sitä kautta päätöksentekoon. (Vuori-Kemilä ym. 2005, 94; Pekkari 2008, 29, 32; Kynäs ym. 2009, 222.) Ohjaajan tehtävänä on auttaa ohjattavaa tavoitteiden saavuttamisessa, selkiyttämässä ja suunnittelussa vuorovaikutuksen keinoin. Ohjaajan asiantuntijuus näkyy prosessissa, jonka tarkoituksena on, että asiakas oppii käsittelemään kokemuksiaan, ratkaisemaan ongelmiaan. (Pekkari 2008, 51.)

Bond (2000, 31 - 35) näkee eron ohjauksen ja ohjauksellisten taitojen välillä. Ohjauksellisiksi taidoiksi hän lukee aktiivisen kuuntelun, avointen kysymysten käyttämisen, reflektiivisen vastaamisen sekä asioiden ilmaisemisen toisin. Näitä taitoja voi olla vaikeaa erottaa sosiaalisista ja ihmisten välisistä vuorovaikutustaidoista. Laurin (2006, 94) mukaan terveyden edistäminen ja omatoimisuuteen kannustaminen ovat osa hoitotyötä sen kaikilla eri toiminta-alueilla. Hoitajan on osattava arvioida ihmisten voimavaroja ja mahdollisuutta osallistua omaan hoitoonsa. Hoitotyön toteuttamiseen ja sen suunnitteluun tarvitaan ohjaus- ja opetustaitoja sekä kykyä tukea potilasta omatoimisuuteen sekä terveyttä edistävään elämäntapaan. (Lauri 2006, 94.) Keskusteleva sekä

potilaan tilanteen aistiva keskustelu auttaa tavoittamaan potilaan äänen hoidon kaikissa vaiheissa (Mattila 2002, 151). Kettusen (2002, 220) tutkimuksessa tuli esille, että tunnusteleva puhe sekä tuntemuskysymykset osoittivat potilaille hienotunteisuutta ja helpottivat osallistumista neuvontatilanteeseen. Kuunteleminen ja heijastava puhe rohkaisivat potilasta jatkamaan keskustelua, joka mahdollisti potilaan asiantuntemuksen esille pääsyn.

2.4.2 Ohjaustarpeiden arviointitaidot

Hyvässä ohjauksessa potilaan yksilölliset ohjaustarpeet selvitetään (Koivunen 2003, 71; Kääriäinen ym. 2005b, 213; Kyngäs ym. 2007, 47; Gallagher ym. 2004, 160 - 165; Arvinen 2008, 60 - 63, 67), jotta potilaan voimavarat ja itsehoitoon tarvittavien voimavarojen puute tulisi huomioitua (Arvinen 2008, 60 - 63, 67). Onnistunut ohjaus rakentuu ohjaajan asiakkaasta saatujen riittävien taustatietojen varaan. Kun ohjaus perustuu ohjaajan ja potilaan yhteiseen näkemykseen hoidosta, se lisää potilaan tyytyväisyyttä ja hoitoon sitoutumista (Kääriäinen & Kyngäs 2005b, 213; Kyngäs ym. 2007, 47). Ohjaus, joka toteutetaan rutiininomaisesti, ei vastaa potilaan tarpeita eikä tue hänen selviytymistään sairautensa kanssa (Kääriäinen ym. 2005b, 213). Potilaan sairaushistoriaan sekä tutkimustuloksiin perustuva potilaslähtöisen neuvonnan tavoitteena on saada potilas ja hänen omaisensa ymmärtämään taudinkulkua sekä osallistumaan hoitoonsa (Partanen ym. 2006, 2009). Sydänpotilaan riittävän tehokas kuntoutus arvioidaan aina yksilöllisesti potilaan lähtökohdista alkaen sekä saavutettujen välitavoitteiden kautta (Rantala & Virtanen 2008, 259). Hoitaja antaa sekä yksilöllistä että yleistä tietoa ohjatessaan potilaita (Hyytiäinen 2010, 75).

Potilaan ja ohjaajan ohjaukselle asettamat tarpeet ja odotukset voivat vaihdella, ja siksi niistä keskusteleminen on tarpeellista. Hoitohenkilöstöllä on omat odotuksensa suhteessa ammatilliseen osaamiseensa ja siihen, mitä uskoo potilaan tarvitsevan hoitoon sitoutuakseen. Potilas tarkastelee ohjaustarvettaan puolestaan omasta todellisuudestaan. Potilasta ohjatessa tulisi paremmin huomioida sairauden merkitys potilaan kokonaistilanteeseen. (Kyngäs ym. 2009, 90; Makkonen, Hupli & Suhonen 2010, 138; vrt Hagenhoff ym. 1994, 685 - 90; Wehby ym. 1999, 31 - 40.) Hoitajan on ohjaustilanteessa hyvä arvioida potilaan oppimiseen vaikuttavat yksilölliset taustatekijät. Potilaan terveyden- tai sairaudentila, yksilöllisyys sekä sosiaaliset suhteet voivat vaikuttaa oppimiseen. Myös ympäristölliset tekijät, kuten koulutustaso ja kotiolot, voivat olla vai-

kuttamassa uuden tiedon ja toimintatapojen omaksumiseen. (Falvo 1994, Rankin & Stallings 1996, Wehby & Brenner 1999; Paananen 2004, 29 - 32; Boyde, Tuckett, Peters, Thompson, Turner & Stewart 2009, 316 - 322; Kyngäs ym. 2009, 77, 81 - 82.) Kuitenkin tutkimusten mukaan potilaiden oppimiskykyä ei riittävästi huomioida, eikä potilasta oteta riittävästi mukaan ohjauksen suunnitteluun (Peltoniemi 2007, 99; Boyde 2009, 316 - 22).

Sydäninfarktipotilaat tarvitsevat ohjausta, joka ottaa huomioon heidän yksilölliset tiedon tarpeensa (Ruotsalainen 2006, 168; Buckley ym. 2006, 110). Potilaan tilanteen aistiva ja keskusteleva ohjaus tavoittavat potilaan missä tahansa hoidon vaiheessa (Mattila 2002, 51; Kettunen 2002, 220; Kyngäs ym. 2009, 90). Ohjaajalla on ammatillinen vastuu siitä, että hän tiedostaa, missä vaiheessa sairastumisestaan ohjattava on ja mitä tietoa hän tarvitsee (Kyngäs ym. 2009, 90) sekä pystyttävä arvioimaan potilaan henkinen ja tiedollinen taso ottaa vastaan tietoa, jotta potilas pystyisi ymmärtämään annetun tiedon ja jotta sen määrä olisi oikea (Makkonen, Hupli & Suhonen 2010, 139). Tietosisällön lisäksi on kiinnitettävä huomiota tiedon välittämistapaan sekä ajankohtaan, jotta varmistetaan potilaan vastaanottokyky osallistua aktiivisesti omaan hoitoonsa. Lisäksi hänen sosiaalinen verkostonsa olisi hyvä ottaa mukaan ohjaukseen. (Ruotsalainen 2006, 168). Potilaan saama tiedon määrä ja sen sopivuus hänen tilanteeseensa ovat yhteydessä potilastyytyväisyyteen (Johansson ym. 2002, 337 - 344). Asiakslähtöisyys tavoitteiden taustalla on sosiaali- ja terveysalanytyössä tärkeää. Asiakkaan tarpeita vastaavat vastaukset, ratkaisut ja oikeat tukimuodot muodostetaan yhdessä asiakkaan kanssa ja niillä tähdätään ihmisen tukemiseen sekä terveyden, elämäntahallinnan kasvamiseen. (Vilen, Leppämäki & Ekström 2002, 52.)

2.4.3 Vuorovaikutustaidot

Inhimillinen kanssakäyminen on merkittävä osa potilastyytyväisyyttä, ja potilasopetus ja tiedon välitys ovat yksi inhimillisen vuorovaikutuksen osa (Johansson, Oleni & Frilund 2002, 337 - 44). Hyvässä potilasohjauksessa korostuu potilaan ja sairaanhoitajan välinen tasa-vertainen ja kaksisuuntainen vuorovaikutussuhde, jossa pyritään tietojen ja psykososiaalisen tuen antamiseen usein olemassa olevassa kriisissä olevalle potilaalle ja hänen omaisilleen (Kyngäs ym. 2007, 39 - 40; Hänninen 2007, 15). Ohjaus on työtä, jota tehdään etenkin kuuntelemalla ja olemalla vuorovaikutuksessa. Sille asetetut tavoitteet eivät voi toteutua ilman kohtaamista, jossa molemmat osapuolet voivat

tuoda esiin omia näkemyksiään ja kuulla toistensa ajatuksia. (Vehviläinen 2001, 12; Kyngäs ym. 2009, 98.) Aktiivinen kuuntelu, jossa ohjaaja saa tietoa sekä suullisesti että havainnoimalla ohjattavan sanatonta viestintää. Tuolloin ohjattava voi aistia, että hänen asioihinsa paneudutaan ja hän tulee ymmärretyksi. (Pekkari 2008, 15; Kyngäs ym. 2009, 98.) Ohjaustilanteessa sekä hoitajalta että ohjattavalta edellytetään osallistumista käytävään keskusteluun. Potilaan valmius ja motivaatio oppia perustuvat niiden tekijöiden tunnistamiseen, jotka liittyvät sen hetkiseen tilanteeseen. Potilaalla tulisi olla mahdollisuus ilmaista tietojaan terveydestään ja sairaudesta sekä erityisesti omista tunteistaan. (Johansson, Leino-Kilpi, Salanterä, Lehtikunnas, Elomaa & Salmela 2003, 239 - 45; Poskiparta, Liimatainen, Kettunen & Karhila 2001, 69 - 79.)

Potilaan ohjaus sairaalassa on potilaan ja terveydenhuoltoalan ammattilaisen välinen vuorovaikutustilanne, jossa molemmat edustavat omaa asiantuntijuuttaan (Kääriäinen & Kaakinen 2008, 14; Isola, Backman, Saarnio, Kääriäinen & Kyngäs 2007, 56, 59; Pekkari 2008, 11 - 12; Haltia 2008). Sairaanhoidajilta vaaditaan asiakaspalvelutaitoja, jolloin hoitajan on kyettävä tekemään yhteistyötä niin asiakkaan kuin omaisten kanssa käyttäen aktiivisesti erilaisia vuorovaikutustapoja käyttäen (Hilden 2002, 56). Hoitajien on kyettävä kommunikoimaan myös toistensa kanssa (Goodman ym. 2009, 67 - 73), sillä sydänpotilaan kuntoutuksessa toimitaan moniammatillisessa ryhmässä tiiviissä yhteistyössä (Rantala & Virtanen 2008, 259). Ammatillisen osaamisen keskeisiä lähtökohtia ovat ihmissuhdetaidot sekä valmiudet joustavaan ja tasavertaiseen yhteistyöhön potilaiden, heidän läheistensä ja moniammatillisen työryhmän kanssa (Isoherranen 2005, 14; Surakka 2009, 80). Vuorovaikutusprosessissa muodostetaan yhteinen tavoite sekä yhteinen käsitys tarvittavista toimenpiteistä tai ongelmien ratkaisusta. Moniammatillisesti toimiessaan hoitotyöntekijän toiminnassa korostuu asiakaslähtöisyys, tiedon ja näkökulmien välinen yhteen kokoaminen, vuorovaikutteinen yhteistyö sekä verkostojen luominen. (Isoherranen 2005, 14.) Vuorovaikutusosaamiseen kuuluu avoimuus, joka on kykyä olla oma itsensä ja jatkuvasti uudistua hyväksymällä palautetta ja uusia ideoita muilta (Sydänmaanlakka 2004, 154). Moniammatilliset tiimit voivat palvella asiakkaitaan heidän tarpeistaan lähtien asiakkaan liikkeessä eri palvelupisteiden lähellä. Keskeistä on koordinoida asiakkaiden kanssa työskentelevien tieto ja työ yhteen, poistaa päällekkäistä työtä sekä pyrkiä muodostamaan kokonaisnäkemys tilanteesta asiakkaan liikkeessä polun eri vaiheissa. (Isoherranen 2005, 72.)

Laadukas ohjaus on vuorovaikutteista (Kääriäinen 2007, 134; Kääriäinen 2008, 10). Potilaan ja hoitajan välinen toimiva vuorovaikutus on edellytys onnistuneelle terveysneuvonnalle, ja siinä korostuu yksilön kokonaisvaltainen huomioiminen sekä luottamuksellisuus (Voutilainen 2010, 48). Terveysvalintojen muutosprosessia edistää potilaslähtöinen vuorovaikutusprosessi, jossa ohjaaja on helposti lähestyttävä persoona ja häneltä voi tarkentaa epäselviä asioita pelkäämättä hänen reaktioitaan (Hyytiäinen 2010, 75). Dialogissa huolellinen paneutuminen etukäteistietoihin tukee keskustelun syntymistä eikä suinkaan estä sitä. Työntekijä sulkee pois tietonsa ja aloittaa keskustelun avoimella asenteella. Jos asenteet ovat ennakkoluuloiset, ei vuoropuhelua synny. Ennakkoasentein suuntautunut työntekijä ei näe asiakkaansa voimavaroja, vaan menettää toivon työssään. (Väisänen, Niemelä & Suua 2009, 17.) Hoitotyössä puhutaan interventioista sekä asiakkaan vastuusta ongelmiansa suhteen, jolloin korostetaan neuvonnan ja ohjauksen merkitystä. Dialogisemmin asiaa lähestyvää odottaa, että oikeutus ottaa kantaa syntyy hyvän suhteen syntymisen myötä. Tämä mahdollistaa asiakkaan ottamaan vastaan annetun tiedon merkityksellisenä käyttöönsä. (Mönkkönen 2005, 93.) Hyytiäisen tutkimuksen (2010, 68) mukaan potilaiden muutosprosessia edisti potilaslähtöinen vuorovaikutus, jossa ohjattava kohtaa potilaan yksilöllisesti, hyväksyvästi ja kannustavasti. Muutosprosessin etenemistä vaikeutti ohjaajan asiantuntijakeskeisyys sekä jännittänyt ilmapiiri. (vrt. Pekkari 2008, 9.)

Kaksisuuntaisessa vuorovaikutustilanteessa sekä ohjaaja että ohjattava ovat aktiivisia. Aktiivisuus edellyttää potilaalta vastuullisuutta omasta toiminnastaan. (McCann & Winman 1996, 227 - 234.) Ohjaajan oletetaan olevan sellainen prosessin asiantuntija, jossa ohjattava oppii itse käsittelemään kokemuksiaan, käyttämään resurssejaan, ratkaisemaan ongelmiaan sekä suuntamaan oppimistaan (Vehviläinen 2001, 13). Jaetussa päätöksenteossa tiedonjako on kaksisuuntaista. Potilaalla saattaa olla jo sairauteensa ja hoitovaihtoehtoihin liittyvää tietoa, mutta hänellä voi olla myös virheellistä tietoa. Terveystieteiden ammattilainen tarkentaa tuota tietoa. Informaation saatuaan potilas voi osallistua omaa hoitoaan koskevaan jaettuun päätöksentekoon. (Elwyn, Edwards, Wensing, Hibbs, Wilkinson & Grol 2001, 211 - 221; vrt. Kyngäs ym. 2007, 47; vrt. Virtanen, Leino-Kilpi & Salanterä 2007, 140 - 146.) Potilaan mahdollisuus osallistua päätöksentekoon on mahdollistettava ja sen tulisi koskea hoitoa kokonaisuudessaan (Ruotsalainen 2006, 168). Päätöksentekoon osallistumisen on todettu olevan yhteydessä potilaiden parempaan hoitotyytyväisyyteen, itsehoidon onnistumiseen sekä parempiin hoitotuloksiin (Poskiparta 2006, 179). Hiidenhovin (2001, 77) mukaan vuoro-

vaikutuksen laatu, asiakkaan yksilöllinen huomiointi sekä kunnioittava kohtelu ovat tärkeimpiä potilastyytyväisyyden osa-alueita.

Laadukkaimmillaan ohjauksessa pyritään korkealaatuiseen dialogiin. Rakentava dialogi merkitsee etenemistä kohti ymmärrettävää oppimista. Ymmärtävään oppimiseen tarvitaan kielellistä vuorovaikutusta sekä uuden tiedon synnyttämistä. Ohjaajan tunne omasta vaikuttavuudestaan, tietoisuus itsestään sekä omasta merkityksellisyydestään ovat keskeisiä tekijöitä ohjausprosessissa. (Ojanen 2000, 9.) Dialogi, jossa ohjauksen osapuolet ovat jatkuvasti avoimia toistensa vaikutuksille, on vastakohtaisuus alistamiselle (Onnismaa 2007, 44 - 45; Sydänmaanlakka 2006, 295). Dialogisessa orientaatioissa vuorovaikutus näkyy vastavuoroisena suhteena, jossa molemmat vaikuttavat. Dialoginen ja asiakkaasta lähtevä vuorovaikutus edellyttää refleksiivisiä kysymyksiä. Ne mahdollistavat potilaan ja hoitajan tasavertaisen osallistumisen ja vuorovaikutuksen. Lisäksi dialogisuus on asiakaslähtöisyyden ehtona moniammatillisessa työssä. (Haarala ym. 2008, 109, 139). Dialogisen keskustelun taito on ammatillista tietoista toimintaa, jossa olennaista on se, mitä puhumme toinen toisillemme. Se tarkoittaa yhdessä ajattelemisen tilaa, joka muodostuu vuorovaikutuksesta ja kuuntelusta. (Väisänen, Niemelä & Suua 2009, 11.) Mönkkösen (2005, 86 - 87, 89) mukaan asiakastyön dialogisuudella tarkoitetaan pyrkimystä yhteisen ymmärryksen rakentumiseen sekä taitoa edesauttaa vuorovaikutuksen kulkua siihen suuntaan. Sen tärkeä elementti on vastavuoroisuus, jossa kumpikin osapuoli voi päästä luomaan tilannetta ja vaikuttamaan yhteisiin askeliin. Dialogiselle suhteelle ei synny oikeutusta ilman luottamuksellista suhdetta.

Vuorovaikutuksessa tulee tunnistaa roolit. Haltian ym. (2009) mukaan ”ohjaussuhde on aina vuorovaikutussuhde”, jossa suhde voi perustua asiantuntijan ja asiakkaan suhteeseen. Parhaimmillaan asiakas saa oman tarpeensa mukaiset tulokset, mutta hän voi olla myös passiivinen vastaanottaja. (Haltia ym 2009,42.) Asiakassuhteessa hoitotyön asiantuntijan ei ole syytä ottaa liian asiantuntijamaista roolia neuvojana ja tietäjänä, sillä silloin tilanne voi helposti muistuttaa asiantuntijakeskeistä suhdetta. Liian neutraali ja varovainen suhde voi puolestaan johtaa siihen, että työntekijä ei uskalla ottaa omaa rooliaan vastuullisena toimijana. (Mönkkönen 2005, 84.) Vuorovaikutustaitoihin liittyy olennaisesti oman roolin tunnistaminen ja vuorovaikutuksen sävyjen hallinta. Nämä ovat merkittäviä etenkin ryhmässä, jossa sen jäsenet ovat monenlaisessa riippuvuussuhteessa toisiinsa. Roolien on oltava selkeät, että vuorovaikutus onnistuu. (Sil-

vennoinen 2004, 16.) Hoitajan ja ohjattavan välinen vuorovaikutussuhde tekee ohjaus-tilanteesta ainutkertaisen. Potilaat odottavat ohjaajilta luotettavuutta ja turvallisuutta, vaikka heillä olisi keskinäisiä erimielisyyksiä. Hoitaja puolestaan kunnioittaa potilaan autonomiaa, arvostaa ja ymmärtää potilasta. Onnistunut vuorovaikutus edellyttää molemmilta halua työskennellä yhdessä ja molemmilla on samoja odotuksia, tavoitteita ja uskoa auttamisen mahdollisuuksiin. (Kyngäs ym. 2007, 48.)

2.4.4 Motivoivan ohjauksen taidot

Hyvän ohjauksen tunnuspiirteitä ovat motivoiva ohjaustapa, jossa potilasta ohjataan käsittelemään nykyisen toimintatavan ja terveyden kannalta tavoiteltavan toiminnan välistä ristiriitaa (Kyngäs ym. 2007, 49; Korkiakangas, Alahuhta & Laitinen 2010, 49 - 50). Terveyden ylläpitämisessä ja elämäntapamuutosten tekemisessä on potilaan motivaatio merkittävässä roolissa (Ellis-Stoll & Popkess-Vawter 1998, 62 - 68; Kyngäs ym. 2009, 216; Korkiakangas ym. 2010, 49). Potilaan motivoiminen onkin eräs hoitajan tärkeimmistä tehtävistä terveyden edistämiseksi (Levensky, Forcehimes, O'Donohue & Beitz 2007, 50 - 58) sekä hoitoon sitouttamiseksi (Kyngäs ym. 2009, 28). Potilas tulisi saada motivoitumaan oman terveytensä hoitamiseen. Elämäntapojen muutos ei tapahdu helposti, vaan se vaatii motivoitumista, tietoa ja tukea. (Koivunen 2003, 71; Korkiakangas 2010, 49 - 50.) Elintapamuutosten tekeminen ja niihin sitoutuminen on pitkäaikainen prosessi (Korkiakangas ym. 2010, 49; vrt. Kyngäs ym. 2009, 209). Potilaan ulkoista motivaatiota kuvaa se, että potilas tekee elintapamuutoksen tavoitellessaan jotakin tai välttääkseen sanktion, kun taas sisäisessä motivaatiossa kuvastetaan sen toimintaa sen oman merkityksen vuoksi (Ryan & Deci 2000, 68 - 78). Sisäisten motivaatiotekijöiden ottaminen mukaan ohjaukseen voi auttaa pysyvän elintapamuutoksen tekemisessä (Alahuhta 2009, 259 - 68; Kyngäs ym. 2009, 29). Motivoivassa ohjauksessa hyötyjen ja haittojen pohtiminen on tärkeää, koska niissä tulevat esille potilaan asenteet, arvot sekä uskomukset, jotka ovat motivoitumisen taustalla. Niiden pohtimista voidaan tehdä kaikissa muutosprosessin vaiheissa. (Korkiakangas 2010, 50.)

Motivaatio on ajan ja tilanteiden mukaan vaihteleva muuttuva tila, ei niinkään pysyvä ominaisuus (Goodman ym. 2009, 67 - 73; Korkiakangas 2010, 49 -50; Koski-Jännes, Riittinen & Saarnio 2008, 19; Turku 2007, 43) ja se edellyttää ongelman tajuamista, muutoskeinojen etenemistä ja valitus muutosstrategian käynnistämistä sekä siinä pi-

täytymistä (Miller 1995, 16). Motivaation tunnuspiirteet vaihtelevat eri ohjauskerroilla (Kääriäinen 2010). Ohjauksessa muutostarve etenee alkaen muutostarpeesta edeten muutosvalmiuteen. Motivoiva ohjaaja painottaa ohjauksen eri tekijöitä muutosprosessivaiheen mukaisesti. (Turku 2007, 43.) Omahoito on laajempi kokonaisuus kuin elintavat. Sairastumisessa on kyseessä muutosprosessi, jossa uusi elämäntilanne vaatii sopeutumista ja sairauden ottamista huomioon arkielämässä. Motivoituakseen elintapojen muuttamiseen potilaan on havahduttava siihen, että hänellä on vakava sairaus ja siihen liittyviä riskitekijöitä, joilla on taas merkittäviä niin koettavissakin olevia vaikutuksia toimintakykyyn ja elämänlaatuun. (Absetz ym.2008, 248 - 57.) Muutosaikokomuksen syntymisen edellytyksiä ovat yleinen usko toiminnan tuloksellisuuteen sekä pystyvyyden tunteen (Leimumäki & Pärkkä 2010,19). Hoitoon sitoutumista edistävä motivoituminen ohjaukselle mahdollistuu sopivan haasteellisilla tavoitteilla, yhdessä suunnitellulla tavalla toteuttaa hoitoa sekä potilaan tuntema onnistumisodotus ja sopiva tunnetila (Kyngäs ym. 2009, 88). Ammatilliselle epäonnistunut motivointi näytetään potilaiden muutoshaluttomuutena, jota he pitävät keskeisenä esteenä elintapamuutoksella (Jallinoja, Kuronen, Absetz & Patja 2006, 3747- 51).

Ohjaajan oma sisäinen motivaatio toimintaan vaikuttaa myös ohjattavien motivoitumiseen (Absetz ym. 2008, 255; Kyngäs ym. 2009, 88, 222). Hoitoon sitoutumiseen edistävä ohjaus mahdollistuu vain, jos ohjaajan motivoitumista ja ohjattavan sitoutumista hoitoon tarkastellaan yhdessä kriittisesti. Ohjaajan motivaatio vaikuttaa merkittävästi siihen millainen ohjaussuhteesta kokonaisuudessaan muodostuu. Lisäksi koko työyhteisön sitoutumisella on vaikutusta motivoitumiseen. Motivoitumisen taustalla vaikuttavat myös ohjaajan kokonaisvaltainen sitoutuminen työhönsä, ohjaukseen ja asiakaslähtöiseen työskentelyyn. (Kyngäs ym. 2009, 88.) Motivoituminen on ennen kaikkea vuorovaikutuksen ja motivoitumisen mahdollistavan vastaanottotilanteen rakentamista. Motivaatio on sisäsyntyinen prosessi, jossa ohjattavan usko omiin kykyihin ja mahdollisuuksiin synnyttää sisäistä motivaatiota. Ohjaaja voi näiden uskomusten tukemisessa tehdä paljon. Ohjaajan omat teot, kuten asiantuntijuusroolin riisuminen, positiivisen palautteen antaminen ja ohjaustilanteen rauhoittaminen, ohjaavat potilasta voimaantumista mahdollistavaan suuntaan. (Turku 2007, 34 – 36.) Voimavaralähtöisessä ohjauksessa motivoimisella ja kannustamisella on merkittävä rooli. Hoitajan rooli on olla henkisenä tukena ja kannustajana, jotta ohjattava pystyisi toimimaan terveytensä ylläpitämiseksi. (Aujoulat ym. 2007, 13 - 20; Kyngäs ym. 2009, 222 - 223.)

Motivoituakseen elintapojen muuttamiseen potilaan on havahduttava siihen, että hänellä on vakava sairaus ja siihen liittyviä riskitekijöitä, joilla on taas merkittäviä niin koettavissakin olevia vaikutuksia toimintakykyyn ja elämänlaatuun (Abstez ym. 2008, 248 - 57). Muutosaikomuksen syntymisen edellytyksiä ovat yleinen usko toiminnan tuloksellisuuteen sekä pystyvyyden tunteen (Leimumäki & Pärkkä 2010,19). Motivoivassa ohjauksessa korostetaan muutoksen mahdollisuutta, ei pakon kautta tapahtuvaa muutosta. Ohjattava kokee elämäntapamuutoksen mahdollisuutena vaikuttaa omaan elämäänsä. Motivoivassa ilmapiirissä käytetään vuorovaikutuksellisia keinoja ja ohjaus on tyyliltään muutoksen houkuttelevaa ja valmentavaa. (Turku 2007, 41 - 42.)

Potilaat kokevat, että ohjaus motivoi itsehoitoon ja vastuunottoon terveydestä, jos he voivat itse osallistua päätöksentekoon muutosprosessissa (Hyytiäinen 2010, 79). Vaikka muutos on asiakkaan vastuulla, hoitaja voi voimistaa asiakkaan kiinnostusta myönteistä muutosta kohtaan muutosprosessin eri vaiheissa. (Sobell, 1993, 217 - 224; Korkiakangas ym. 2010, 49 - 50). Millerin ja Rollnickin (1991) mukaan hoitajan tehtävä ei ole vain ohjauksen antaminen, vaan hän rohkaisee asiakasta tunnistamaan käyttäytymisensä ja näkemään, että luopuminen on hänen etujensa mukaista. Hän auttaa asiakasta tekemään muutossuunnitelman ja aloittamaan sen toteutuksen. Sensitiivisyys asiakkaan kulttuuritaustaa kohtaan on tärkeää, sillä tuntemuksen puute voi vaikuttaa asiakkaan motivaatioon. (Korkiakangas ym. 2010, 49 -50.) Ohjattavan kannustaminen, palautteen antaminen sekä mahdollisuuksien etsiminen yhdessä ohjattavan kanssa edistävät ohjattavan motivoitumista. Konkreettiset osatavoitteet auttavat ohjattavaa sekä ajankäytön suunnittelussa että motivoitumisessa. (Koivunen 2003, 71; Pekkari 2008, 170; Kyngäs ym. 2009, 223.) Muutosprosessissa (Miller & Rollnick 2002) on keskeistä oman toiminnan muutostarpeen seuranta, jossa arvioidaan muutostarve, muutosten suunnittelu, toteutus sekä arviointi ja näiden toistuvasta kehästä (Patja ym. 2002, 1355; vrt. Taylor ym. 2004, 682 - 92). Hyytiäisen (2010, 69) tutkimuksessa potilaiden mielestä motivoiva ohjaustapa on havainnollista ja konkreettista ja siinä käytetään havainnollistamiseen tarkoitettua materiaalia. Motivoivaan ohjaukseen liitettiin lisäksi potilaan ottaminen päätöksentekoon, realistiset tavoitteet sekä kannustaminen pienistäkin saavutuksista.

2.4.5 Ohjauksen suunnittelu- ja koordinoititaidot

Terveysthuoltoalalla on hallittava potilashoidon ja ohjauksen suunnittelu. Hämäläisen ym. (2007, 136) mukaan sepelvaltimotautipotilas tarvitsee kuntoutusjakson alkajalla henkilökohtaiset tavoitteet, jotta päästään tuloksiin (vrt. Kääriäinen & Kaakinen 2008, 13 - 16). Ohjaus kirjataan potilaskertomukseen hoitoprosessin mukaisesti ja siinä suunnitellaan potilaan ohjaustarve, lyhyen ja pitkän aikavälin tavoitteet sekä hoitotyötoiminnot tavoitteiden saavuttamiseksi. Hyvin suunniteltu ja kirjattu ohjaus mahdollistaa ohjauksen vaikutusten ja arvioinnin kirjauksen. (Kääriäinen ym. 2008, 13 - 16.) Ohjaustoimintaa tulee arvioida sekä tavoitteiden että ohjausprosessin sujuvuutena, jotta voidaan arvioida sen vaikuttavuutta ja hoitoon sitoutumista (Kyngäs ym. 2009, 104).

Heikkilän & Partasen (2005, 151 - 165) mukaan erityisesti sydänpotilaiden ohjauksessa koetaan ongelmaksi se, hoidon tavoitteet on asetettu vain sairaalahoitajaksoille, vaikka se aikana ei kyetä riittävästi arvioimaan potilaan tilannetta ja selviytymistä kotona. Ohjausprosessi etenee systemaattisesti eri vaiheiden kautta, joihin kuuluvat valmistautuminen, tavoitteiden asettaminen, ohjausprosessin edistymisen seuraaminen sekä ohjauksen päättymisen (vrt. Kääriäinen 2008, 13 - 16). Ohjauksen on oltava systemaattista ja jatkuvaa ja sen on perustuttava ohjattavan yksilöllisiin oppimistyyliin ja näitä parhaiten tukeviin ohjausmenetelmiin. Ohjaajan on edistettävä ohjausprosessia tarkoituksellisesti omin toimenpitein. Ohjaaja auttaa ohjattavaa etenemään prosessissaan, mutta ei suoranaisesti vaikuta ohjattavan tavoitteisiin. Päävastuu tavoitteista on kuitenkin ohjattavalla. (Pekkari 2008, 160 - 161.) Sepelvaltimotautipotilaan elintapamuutosten toteuttamiseksi tarvitaan tavoitteiden asettamista sekä konkreettisia suunnitelmia toiminnan täytäntöön panemiseksi. Suunnittelun on havaittu edistävän tavoitteiden saavuttamisessa, muutosten ylläpitämisessä sekä repsahdusten ehkäisyssä. (Taylor 2004, 682 - 92; Leimumäki ym. 2010, 19; Hämäläinen ym. 2007, 136.)

Torkkolan, Heikkisen ja Tiaisen (2002, 26) mukaan hoitajan kyky ottaa neuvonnan ohjaus käsiinsä on onnistuneen ohjauksen perustana ja se edellyttää hyvin suunniteltua ja valmisteltua ohjaustilannetta. Ohjaustilanteen suunnittelu alkaa potilaiden tarpeiden arvioinnilla ja tavoitteiden asettamisella. Tuolloin ohjaus vastaa potilaan yksilöllisiä tarpeita ja vältetään ohjauksen päällekkäisyys. Kynkään, Mäkeläisen & Kukkuraisten (2004, 231) mukaan ohjauksen kehittämisessä tulisi huomioida puitteet, henkilökun-

tamitoitus, ohjaukseen käytettävän ajan mahdollisuus sekä ohjauksen sisällölliset painopistealueet. Blekin (2007, 13) tutkimuksessa sepelvaltimotautipotilaiden saama ohjauksen sisältö on epätasaista ja vaihtelevaa, joten se asettaa potilaat ohjauksen suhteen epätasa-arvoiseen asemaan. Sepelvaltimotautipotilaan ohjausrunkojen sisältöjen tulisi olla yhteneväisiä ja sisältää monialaista tietoa.

Hoitotyössä toimiessaan sairaanhoitaja osaa vastata kokonaishoidon koordinoinnista hoidon jatkuvuuden edellyttämällä tavalla (Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon, 66). Kokonaisvaltaisesti toteutetussa potilasohjauksessa kotiutussuunnitelman tekeminen, jatkohoidon toteuttaminen, potilaan voinnin ja kotona selviytymisen seuraaminen ovat tärkeitä potilasohjaukseen vaikuttavia tekijöitä. Sosiaalisen tuen merkitys korostuu erityisesti potilaan ollessa iäkkäitä. Myös uupumus ja sairauden aiheuttamat esteet voivat vähentää potilaan sosiaalista kanssakäymistä. Omaisten ottaminen ohjaustilanteeseen sekä hoidon suunnitteluun ja toteutukseen on koettu hyväksi. (Strömberg 2002, 33 - 40; Strömberg 2005, 263 - 269; Ruotsalainen 2006, 167 - 68.) Sepelvaltimotautia sairastavan pallolaajennettupotilas tulee sitouttaa jo sairaalassa toimenpidejakson aikana jälkihoitoonsa siten, että hän kykenee ja ymmärtää hakeutua interventioiden piiriin riittävän tiedon ja tuen saamiseksi sekä jälkiseurannan toteuttamiseksi. Tärkeätä ohjaustilanteissa on osata tunnistaa muuttuvia tiedontarpeita. (Paananen 2004, 32; vrt. Partanen ym. 2006, 2015.) Yhteydenpito sairaalavaiheen jälkeen tukipalveluihin sekä kirjallinen tieto annetusta ohjauksesta jatkohoidosta vastaavalle yksikölle on tärkeää. Potilaalle on tärkeää tietää, mihin hän ottaa yhteyttä ja mikä on jatkohoidosta vastaava yksikkö ongelmatilanteissa. (Partanen ym. 2006, 2015). Sydänpotilaan hoidossa on ollut ongelmana kuntoutukseen ohjautumisen epävarmuus (Rantala & Virtanen 2008, 259). Sepelvaltimotautipotilaan hoidon koordinointi perusterveydenhuoltoon tulee turvata, sillä potilaiden sairaalavaiheen jälkeistä aikaa luonnehtivat epävarmuus jatkohoidon tasosta sekä arjen jatkumisesta. (Ruotsalainen 2006, 167). Kerran toteutunut ohjaushetki ei ole riittävä asioiden ymmärtämiseen, vaan säännöllinen asioiden kertaus kotiutumisen jälkeen on tarpeen (Dracup, Baker, Keating & Doidge 2006, 1442 - 46).

Paanasen (2004, 28 - 32) mielestä kotiutumisen jälkeinen ohjaus on ollut vähäistä ja potilaat ovat kokeneet tietojen saamisen riittämättömäksi (vrt. Taylor 2004, 682 - 92). Rantanen (2009, 69) esittää, että potilaat arvostavat sitä, että terveydenhoitohenkilöstö ottaisi heihin yhteyttä kotiutumisen jälkeen. Turvallisuudentunnetta lisää myös se, että

tietää kehen voi ottaa yhteyttä. Miettisen (2008, 54) tutkimuksessa tuli esille, että ihanteellinen potilasohjaus sisältää potilasohjauksen suunnittelun ja kirjaamisen. Säännöllinen yhteys tai tieto siitä, keneen voi ottaa yhteyttä kotiutumisen jälkeen lisää potilaan turvallisuuden tunnetta ja mahdollistaa ohjauksen jatkumisen sekä potilaan itsehoitovalmiuksien tukemisen. Seuranta voidaan mahdollistaa puhelimitse, kotikäynneillä tai potilaan poliklinikkakäynneillä. (Strömberg 2002, 33 - 40; Strömberg 2005, 263 - 69; Paananen 2004, 29 - 32.) Sydän kuntoutuksen osatavoitteiden on tärkeää olla tietoisesti asetettu ja kokonaistavoitteena tulisi olla sairastuneen mahdollisimman hyvä fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen toimintakyky (Taylor ym. 2004, 682 - 92). Hoidon laatu toteutuu heikoiten niiden potilaiden mielestä, jotka eivät tiedä hoidosta vastaavaa henkilöä (Ruotsalainen 2006, 165, 168).

Sepelvaltimotautia sairastava potilas on sitoutettava jo sairaalassa jälkihoitoonsa siten, että hän omaisineen osaa ja ymmärtää hakeutua interventioiden piiriin riittävän tiedon ja tarpeellisen tuen saamiseksi ja jälkiseurannan toteutumiseksi. Valtaosa sepelvaltimotautia sairastavista pallolaajennuspotilaista ovat hyvin voivia ja työ- ja toimintakykyisiä sekä itsenäisesti selviytyviä. Terveystilansa säilyttämiseksi ja mahdollisten ongelmatilanteiden varalle tulisi turvata osaava ja aukoton jälkiseuranta. (Paananen ym. 2004, 32.) Vastuu jatkohoitoon, seurantaan sekä ohjaukseen hakeutumisesta jää kuitenkin potilaan itsensä vastuulle ilman kunnollista ohjausta palveluihin hakeutumisesta, käytöstä ja sisällöstä. Hoidon jatkuvuudessa sekä tiedonsaannissa on puutteita akuuttihoiton päättymisen jälkeen. (Ruotsalainen 2006, 85 - 86.) Huonosti suunniteltu tai puutteellisesti toteutettu kotiutussuunnitelma voi aiheuttaa potilaan voinnin huononemisen sekä uusintakäyntejä sairaalaan, jos potilaalla ei ole riittävästi tietoa oireista ja itsehoitomahdollisuuksista (Lesperance 2005, 287 - 293.) Kolmannen sektorin panosta vertaistuen sekä ohjauksen antajan olisi hyvä lisätä. Sydänpotilaan ensitietokursseilla annettavassa ohjauksessa tulisi painottaa niitä tiedon alueita, jotka ovat sairaalavaiheen aikana jääneet vähemmälle. (Blek 2007, 13.) Systemaattisesti toteutettu ohjaus ja seuranta voivat lisätä potilaan itsehoitovalmiuksia, omaseurantaan motivoitumista. Pitemmällä tähtäimellä se voi parantaa potilaan elämänlaatua, vähentää uusintakäyntejä sairaalassa sekä enneaikaisia kuolemia. (Strömberg 2002, 33 - 40; Strömberg 2005, 263 - 269.)

Ekolan (2007, 48 - 49) sydämen vajaatoimintaa sairastavien potilaiden ohjausta ja seuranta koskevassa tutkimuksessa hoitajat kehittäisivät ohjausta ja seuranta luomalla

uuden systemaattisen ohjauksen toimintamallin, hoitajavastaanoton sekä kehittämällä yhteistyötä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kanssa, jotta ohjauksen ja seurannan jatkuvuus turvattaisiin. Ohjaukoulutusta lisäämällä ja potilaan akuutin vaiheen ohjausta kehittämällä ja tehostamalla parannettaisiin potilasohjausta. Ihannetapauksessa potilaan kanssa tapahtuva yhteydenpito jatkuisi sairaalavaiheen jälkeen eikä potilas putoaisi sairaalavaiheen jälkeen väliinputoajaksi vaille seurantaa ja hoitoa.

2.4.6 Ohjausmenetelmien hallinta

Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan ohjauksessa käytettäviä menetelmiä ovat yksilö-, ryhmä-, puhelin- ja sähköisten viestimien avulla tehtävä ohjaus. Tavallisimmin potilaalle annettava ohjaus on suullista yksilöohjausta, jossa potilas ja hoitohenkilökunnan edustaja ovat vuorovaikutuksessa keskenään. Yksilöohjaus menetelmänä on potilaista suosituin ja he kokevat hyötyvänsä siitä eniten. Yksilöohjauksessa toteutuvaa vuorovaikutusta pidetään tärkeänä hoitoon sitoutumisessa. (Kyngäs ym. 2009, 110.) Yksilöohjaus korostuu etenkin sairastumisen alkuvaiheessa, jolloin potilaalla on mahdollisuus aktiivisuuden ja motivaation tukemiseen, jatkuvan palautteen antamiseen sekä kommunikoinnin helppouteen (Kääriäinen 2010). Yksilöohjaukseen sisältyy teoreettinen tieto, mahdollisuus keskusteluun sekä kysymysten esittämiseen. Lisäksi potilaalle annetaan kirjallista ohjausmateriaalia. (Kähkönen 2009, 31 - 33.) Yksilöohjauksen etuna on se, että siinä voidaan selvittää ohjattavan taustatekijät ja pystytään paremmin vastaamaan potilaan yksilöllisiin ohjaustarpeisiin. Siinä voidaan arvioida paremmin potilaan sitoutuminen, koska potilaalta itseltään voidaan tiedustella avoimesti hänen hoitoon sitoutumistaan. Myös non-verbaalinen viestintä mahdollistuu, toisin kuin se ei mahdollistu muissa ohjaustavoissa. Vuorovaikutteista ohjausta voidaan arvioida tehokkaasti. (Kyngäs ym. 2009, 111; Kyngäs 2010.)

Hyvässä yksilöohjauksessa hoitaja kutsuu potilaan osallistujaksi esimerkiksi esittämällä kysymyksiä potilaan voinnista, kokemuksista ja tuntemuksista. Tuolloin läheinen keskustelu auttaa luomaan turvallisen ja yhteisyyttä kokevan ilmapiirin. Potilaan kuunteleminen on keskeisessä asemassa. Hoitaja auttaa potilasta selventämään ajatustiaan ja kannustaa häntä tarkastelemaan asioitaan uudesta näkökulmasta. Yksilöllinen ohjaus lähtee aina potilaan taustatekijöistä, kuten arvoista ja näkemyksistä. Tällaisella tarpeen mukaisella tiedon antamisella voidaan tukea potilaan päätöksentekoa ja itsearviointia. Hyvässä yksilöohjauksessa potilaalla on mahdollisuus tuoda esille omia tieto-

jaan sekä tuntemuksiaan, ja hän voi esittää myös omia kysymyksiään. Ohjattavan asian käsittely tapahtuu dialogisessa vuorovaikutussuhteessa. Hoitaja vahvistaa potilaan osaamista ja kehottaa tätä pohtimaan asioitaan. (Kyngäs ym. 2007, 79 - 83.)

Ryhmäohjaus on keskeinen osa pitkäaikaissairaiden hoitoa ja ohjausta ja sen tavoitteena on antaa potilaille laadukas ja yhtenäinen tietopohja. Ryhmäneuvonta on omahoitoa tukeva ohjausmuoto, jossa potilaalla on mahdollisuus saada monipuolista tietoa ja vertaistukea. Teemoittain annetuissa ohjauksessa on tavoitteena elintapojen muuttaminen. (Suurnäkki, Leppäkoski & Pellikka 2010, 39.) Ryhmäohjauksen etuna voidaan pitää sosiaalisten suhteiden luomisen mahdollisuutta sekä sen taloudellisuutta (Kyngäs 2010). Sitä annetaan ensisijaisesti joko tiettyä sairautta sairastaville tai jostain tietyistä asiasta, kuten esim. lääkehoidosta tai ruokavaliosta (Kyngäs ym. 2009, 112). Yleisimmin käsiteltävät alueet ovat elämäntapoihin (tupakoimattomuuteen, verenpaineeseen ja kolesterolitason hallintaan) liittyvät ohjeet. Ryhmäkeskusteluissa on myös mahdollisuus vertaiskeskusteluun muiden potilaiden kanssa sekä tukihenkilön tapaaminen henkisen tuen saamiseksi. Hoitajavetoisten ohjausryhmien vaikutuksesta on saatu hyviä tuloksia. (Kähkönen 2009, 31 - 33; Kyngäs ym. 2009, 112.) Sen on myös todettu tukevan hoitoon sitoutumista, mutta ei niin merkittävästi kuin omaisten ja hoitohenkilökunnan tuki. Sen huonona puolena on asiakaslähtöisyyden ja yksilöllisyyden puute. Hoitoon sitoutumisen tukemiseksi ja edistämiseksi tarvitaan riittävän konkreettiset ja yksilölliset tavoitteet, jotka ryhmäohjauksessa jäävät yleensä yleiselle tasolle. (Kyngäs ym. 2009, 112.)

Terveydenhuollossa annettavassa ryhmäohjaustilanteessa hoitajan rooli on yleensä ulkoapäin annettu. Siinä hoitaja toiminta perustuu asiantuntemukseen ja ohjattavien asioiden hallintaan. Ohjaustilanteessa hoitajalla on oltava ryhmäohjaustaitoja, kuten ryhmädynamiikan osaamista sekä ryhmäilmiöistä. Hänen täytyy kyetä havaitsemaan ryhmän tarpeita ja kehitysvaiheita. Koska ryhmällä on yleensä tavoitteet, hoitaja toimii ryhmässä suunnannäyttäjänä ja auttaa ryhmää työskentelemään päämäärää kohti. Ryhmän jäsenten yksilölliset tavoitteet tulee huomioida sovellettaessa yhteisiin päämääriin. Ryhmäohjaus vaatii myös vuorovaikutustaitoja. (Kyngäs ym. 2007, 104 - 110.) Ryhmän ohjaamista pidetään haastavana ja ammatillisesti kehittävänä, sillä ohjaajalla on vastuu ryhmän toimivuudesta (Absetz ym. 2008) sekä ryhmäkeskustelujen laatiminen on vaikeaa. Lisäksi haasteita tuovat ryhmän jäsenten sitoutumisen vaihtelevuus, ryhmädynamiikan toimivuus sekä ryhmän toiminnan ennakoimattomuus.

(Kyngäs 2010.) Elintapamuutosten tekemisessä ryhmäohjaukseen motivoituneella ammattilaisella on tärkeä merkitys. Ryhmäohjaustilanteeseen vaikuttaa vuorovaikutusprosessi, jossa ohjaaja ja ryhmä pyrkivät yhdessä hyviin tuloksiin. (Absetz ym. 2008, 248 - 256.)

Salmisen (2005, 86) tutkimuksen mukaan neuvonta- ja ryhmäohjaustoimintaohjelmalla pystyttiin vaikuttamaan myönteisesti iäkkäiden sepelvaltimotautia sairastavien lipidi-lääkkeiden käyttöön sekä tämän vuoksi myös kokonais- ja LDL-kolesteroliarvoihin. Neuvonta- ja ryhmäohjaustoiminnalla oli myönteisiä vaikutuksia iäkkäiden miesten depressiivisiin oireisiin. Perhekeskeisellä neuvonnalla pystytään vaikuttamaan positiivisesti sydän- ja verisuonisairauksien riskisukuihin kuuluvien lasten- ja nuorten liikuntakäyttäytymiseen, erityisesti rasvojen ja suolan käyttöön. Kyngäs ym. (2009, 112) pitävät sen etuna vertaistuen saamisen ryhmäohjaustilanteessa ja sillä on positiivisia vaikutuksia pitkäaikaissairaahan hoitoon sitoutumisessa. Gansken (2006, 8 - 13) tutkimuksessa hoitajan ja vertaistukihenkilön kanssa toteutettu ohjaus edisti aktiivista osallistumista sydänkuntoutusohjelmiin ja vähensi sairaalahoitojaksoja ikääntyvien yksinelävien keskuudessa. Vertaistukihenkilön tuki vähensi virheellisiä käsityksiä sydänkuntoutusohjelmasta ja lisäsi tietoa ohjelmien hyödyllisyydestä. Sosiaalinen tuki ja pystyvyyden tunne vahvistivat fyysistä ja psyykkistä terveyttä.

Ryhmäohjaustilanteen onnistumiselle ja vakiintumiselle on edellytyksenä se, että sillä on vahva taustaorganisaation tuki sekä lähijohtajan kannustus yksittäiselle ohjaajalle. Ohjaaja tarvitsee taustatukea lisäksi moniammatilliselta taustatiimiltä sekä työyhteisön positiivista suhtautumista ryhmäohjaajien työnkuvan muutoksiin. Ohjaajana toimivalle tulee ohjata riittävästi resursseja ohjaustoiminnan suunnitteluun, kehittämiseen sekä kehittämiseen liittyvään tiedonhakuun. Koulutustarpeet ja tilat on huomioitava ohjaajien sitoutuessa toimintamallin toteuttamiseen. (Kraft-Oksala 2010, 64 - 65.)

Teknologiaa hyödynnetään nykyään ohjauksessa. Ohjauksessa voidaan käyttää erilaisia teknisiä ohjausvälineitä, kuten videoita, tietokoneohjelmia, äänikasetteja, puhelinta ja Internetiä. Osaan näistä sisältyy vuorovaikutusta potilaan kanssa, kun taas osa on potilaan itsenäistä palvelujen käyttöä. Teknologia mahdollistaa hyvin tiedon antamisen, mutta emotionaalinen tuki on siinä vähäistä. (Kyngäs ym. 2009, 113.) Puhelinohjaus voi olla palveluohjausta, jolloin potilaalle tiedotetaan saatavilla olevista palveluista ja potilas voidaan ohjata selkeästi terveydenhuoltojärjestelmään. Puhelinohjaukses-

sa annettavalla terveyden- ja sairaanhoidon ohjauksella puolestaan annetaan asiakkaan yksityiskohtaista tai yleistä terveydentilaan liittyvää ohjausta. (Kyngäs 2010.) Video-ohjauksella voidaan potilaalle esitellä ohjeiden lisäksi paikkoja, kokemuksia ja tilanteita. Ne soveltuvat potilaille, joiden on vaikeaa omaksua kirjallista tietoa. (Kyngäs ym. 2007, 122.) Pitkäaikaissairaiden ohjauksessa puhelinohjauksen toteuttaminen on todettu olevan kustannustehokasta ja se on helposti ilman uusia rakenteita istutettavissa olemassa oleviin käytäntöihin (Gallagher ym. 2004, 160 - 165).

Pitkäaikaissairaiden, kuten sepelvaltiotautia sairastavien, hoidon kehittämiseksi on kehitetty sähköinen asiointipalvelu, joka mahdollistaa luotettavan ja paikasta riippumattoman vuorovaikutuksen potilaan ja hoitotyön ammattilaisen välillä. Kuntalainen, jolla on pysyvä hoitosuhde terveysasemaan pitkäaikaissairauden vuoksi, voi kirjautua sähköiseen asiointipalveluun omahoidon verkkosivuilla. Hoitaja toimii palvelussa kumppanin tai valmentajan roolissa ja potilas voi saada palvelun kautta vastauksia mm. hoito-ohjeisiin. Hoitomallin on todettu tukevan ja aktivoivan potilasta omahoidossa, parantavan monisairaiden tilan hallintaa sekä seurantaa. Mallilla on todettu olevan myönteisiä vaikutuksia ammattilaisten keskinäisen työn järjeistämässä ja ajankäytössä. Se on standardoinut hoitoa työntekijöiden vaihtuessa. (Suurnäkki ym. 2010, 40 - 42; Jylhä 2008, 13 - 14.) Ohjelmissa käyttäjän voi olla mahdollista saada ohjeita ja neuvoja palautteen muodossa (Kyngäs ym. 2009, 223).

Ajasta ja paikasta riippumattoman hoidon lisäksi, tietotekniikka voi syrjäseudulla asuvien mahdollisuuksia tiedon ja palvelujen saamiseen (Åkesson, Saveman & Nilsson 2007, 633 - 645). Ikääntyneille, perheettömille ja sosiaalisen verkoston omaaville henkilöille kotiin annettavan ohjauksen tuki on tärkeää, koska sepelvaltimotautiin sairastuneiden osuus kasvaa väestön ikärakenteen painottuessa vanhempiin ikäluokkiin (Kähkönen 2009, 47). Asiakkaat ovat kokeneet palvelusta saadun tiedon lisänneen heidän tietoisuuttaan sairaudesta sekä terveyteen liittyvistä asioista. He ovat pystyneet paremmin noudattamaan myös kotihoito-ohjeita. (Jylhä 2008, 13 - 14.)

Pitkäaikaissairauksien hoidon tukena sekä sairausriskien ehkäisyssä voivat palvella omahoidon verkkosivut. Verkkosivuilta voi saada tietoa elintapoihin liittyvää ja niiden muuttamiseen tukevaa aineistoa sekä tietoa paikallisista omahoitoa tukevista palveluista. Sivuilta potilas voi saada myös linkkejä luottavien asiantuntijoiden kirjoittamiin artikkeleihin sekä luotettaviin organisaatioihin. (Suurnäkki ym. 2010, 40.) Teknologi-

sia sovelluksia voidaan käyttää terveyden edistämiseen. Monenlaiset testit, mittarit, tietokoneohjelmat ja nettisivustot palveluineen voivat saada niiden käyttäjän tekemään muutoksia elintavoissaan. Testeillä käyttäjä voi arvioida esim. omia elintapojaan, sairastumisriskiään, ruokailutottumuksiaan sekä liikunnan riittävyyttä. (Kyngäs ym. 2009, 223 - 224.) Tietokoneavusteinen ohjaus soveltuu etenkin nuorille sekä nuorille aikuisille. Sen käytössä on huomioitava kuitenkin potilaan tarpeet, aikaisemmat tiedot sekä tietokoneen käyttämiseen liittyvät taidot. Tietokoneavusteisen ohjauksen tiedetään lisäävän potilaiden tietoa ja edistävän potilaan hoitokäyttäytymistä. Sen on todettu vähentävän lisäksi sairaalakäyntejä ja sosiaalista eristäytyneisyyttä. (Kyngäs ym. 2009, 113; Kyngäs ym. 2007, 122.) Verkkopalveluiden käytön yleistymisen edellyttää käyttäjiltä teknisten taitojen lisäksi myös halua ottaa enemmän vastuuta omasta terveydestään ja hyvinvoinnistaan. Tietotekniikka voi tarjota käyttäjille luotettavaa ja ajan tasalla olevaa tietoa ja sen avulla voidaan luoda hyvät tiedolliset valmiudet omavastuuseen terveydestään. (Kuusi, Ryynänen, Myllykangas & Lammintakanen 2006.) Sosiaalinen vuorovaikutus ja inhimillinen kohtaaminen ovat olennainen osa terveyspalveluja, joten verkkopalvelut eivät koskaan voi korvata täysin sosiaali- ja terveydenhuollon palveluita (Taavila 2000, 13 - 15; Leskinen 2008, 94 - 95).

Kirjallinen ohjausmateriaali tukee suullista ohjausta etenkin, jos suulliseen ohjaukseen käytettävä aika on rajallinen yhä lyhenevien hoitajaksojen aikana. Kirjallisen materiaalin tulisi täyttää potilaan yksilölliset tiedot ja tarpeet. Yksinkertaisesti ja ymmärrettävästi kirjoitetut ohjeet hyödyttävät potilasta parhaiten. Parhaimmillaan potilas voi käyttää kirjallista materiaalia itseopiskeluun, jos se on potilaan oppimiskyvyt huomioiva oikein suunnattu ja hyvin suunniteltu. Sen etuna on se, että se voidaan lähettää potilaalle ennalta jo ennen hoitajakson alkamista ja välittää tietoa hoitoon liittyvistä asioista. Suullisen ohjauksen lisäksi kirjalliset ohjeet tukevat potilasta kotiutusvaiheessa, ja niihin voi myöhemmin palata ja tarkastaa saamiaan tietoja. (Kyngäs ym. 2007, 124 - 125; Paul 2008, 70; Kyngäs ym. 2009, 115.) Kirjallinen materiaali voi auttaa epävarmaa ja motivaatio-ongelmista kärsivää potilasta sitoutumaan paremmin omaan hoitoonsa, jos materiaalista saatava tieto on oikeaa ja yksilöllistä. Kirjallisen materiaalin on oltava yhdenmukaista muun annettavan ohjauksen kanssa. Sen avulla potilas voi analysoida omaa tilannettaan. (Kyngäs ym. 2009, 115.) Iäkkäiden potilaiden (Banning 2004; Ruholl 2003) suullista ohjausta tulisi tukea kirjallisella materiaallilla, heidän heikentyneiden aistitoimintojen vuoksi (Isola 2007, 60.) Potilaiden kyky muistaa ja ymmärtää mitä heille on opetettu voivat olla esteenä ohjauksen onnistumi-

selle kotiutettaessa. Suullisen ohjauksen lisäksi annettu kirjallinen materiaali, johon potilas voi myöhemmin palata ja yhdessä omaisten kanssa kerrata, voi auttaa muistamaan ohjattuja asioita. (Paul 2008, 72 - 74; Kaukonen 2010.)

Ohjauksessa voidaan käyttää apuna myös demonstrointia, joka tarkoittaa havainnollistamista ja konkretisoimista, ja jossa potilasta opetetaan näyttämällä. Se etenee aluksi potilasta havainnollistamalla ja päättyy potilaan itsensä tekemään harjoitteluun. Havainnollistamisen tarkoituksena on selkiyttää potilaalle, kuinka jokin asia esimerkiksi injektion antaminen tehdään. Sen toteuttamisessa on tärkeää, että potilaalle tiedotetaan esityksen tarkoituksesta, sen vaiheittaisesta etenemisestä sekä siihen tarvittavista välineistä ja toiminnasta. Hoitajan on hyvä valmistautua havainnollistamiseen hyvin. Harjoittelu sopii parhaiten motoristen taitojen kehittämiseksi, jolloin potilas saa omakohtaisen kokemuksen asian tekemisestä ja oppimisesta. Hoitajan tehtävä on myönteisen ilmapiirin luominen harjoittelutilanteessa kannustamalla ja rohkaisemalla. Potilaan on tärkeää saada myös arviointia ja palautetta oppiakseen. Harjoittelutilanteen toistaminen mahdollistaa potilaan itsenäisen selviytymisen motorisesta taidosta (Kyngäs ym. 2007, 128 -130).

Ohjausmenetelmien hallintaa on tutkittu monissa tutkimuksissa. Kääriäisen (2007, 100) tutkimuksessa ohjausmenetelmistä parhaiten hallittiin suullinen ja henkilökohtainen ohjaus. Ryhmäohjausta sekä audiovisuaalisia ja demonstrointia ohjausmenetelminä käytettiin vähemmän. Tähtisen (2007, 41) tutkimuksessa tuli esille, että ohjausmenetelminä käytettiin yksilö- ja ryhmäohjausta suullista ohjausta sekä ohjattavien asioiden demonstraatiota. Ohjausmateriaalia käytettiin, mutta teknisten apuvälineiden käyttö oli vähäistä ja niiden hallinta oli huonoa. Ruotsalaisen (2006, 169) tutkimuksen mukaan hoitajien tiedon välittämismenetelmät tarvitsevat vahvistamista sydän- ja verisuonitauteja sairastavien potilaiden hoidosta. Etenkin opetus- ja ohjaustaitoihin tulee kiinnittää enemmän huomiota.

Kähkösen (2009,44) tutkimustulosten mukaan potilasohjauksen antamisessa tulee huomioida yksilöllinen tiedon antaminen yksilöllisen vaaratekijöistä. Ohjauksen tulee olla yksinkertaista ja ymmärrettävää, jotta hoidon tavoitteet voidaan saavuttaa ja potilas sitoutuu paremmin hoitoonsa. Yksilölliseen, potilaan tarpeista ja taustasta lähtevään potilasohjaukseen kuuluvat tavoitteiden asettaminen, johdonmukainen tieto sekä potilaan saama mahdollisuus vaikuttaa ja osallistua aktiivisesti. Kirjallisuuskatsauksen

mukaan ryhmäohjaus keskeisten vaaratekijöiden hallinnassa ei ole tehokasta ja sen rinnalle tarvitaan ongelmaperustaista ryhmäohjausta sekä henkilökohtaukseen tai puhelinneuvontaan perustuvia yksilöohjausmenetelmiä. Sähköisten viestimien sekä puhelimen kautta tapahtuva viestintä on tehokasta.

Erilaisten ohjausmenetelmien hyödyntäminen ja yhdistäminen voivat parantaa potilaan ohjausta. Ekolan (2007, 54) mukaan Suomessa hyödynnetään huonosti erilaisia ohjausmenetelmiä. Kaukosen (2010) tutkimuksessa tuli esiin, että potilaat tarvitsevat ohjausta eri ohjausmenetelmillä yksilöllisesti. Myös Lipposen ym. (2008, 128) tutkimuksessa tuli esille erilaisten ohjausmenetelmien hyödyntäminen. Suullinen ja yksilöohjaus ohjausmenetelmistä hallittiin parhaiten. Sen sijaan puutteita oli audiovisuaalisen ja tietokonepohjaisen ohjauksen hallinnassa. Suullisen ohjauksen hallitseminen oli yhteydessä ohjauksen toteutumiseen. Ohjaajat, jotka hallitsivat suullisen ohjauksen parhaiten, huomioivat tunneulottuvuuden ja ohjaus oli potilaslähtöistä. Kääriäisen (2005, 14) mukaan erilaisten ohjausmenetelmien monipuolisempi käyttö voisi tukea potilaan yksilöllistä tapaa omaksua asioita (Fredericks ym. 2008, 422 - 431; vrt. Kaukonen 2010).

Johanssonin (2006, 42 - 43) tutkimustulosten mukaan ohjauksen sisältö ja menetelmät vaihtelevat. Ohjauksessa ei aina oteta huomioon potilaan tilannetta ja tiedontarpeita, vaan ohjauksessa keskitytään biofyysisiin kysymyksiin ja rutiiniohjeiden antamiseen tavallisimmin henkilökohtaisessa neuvonnassa sekä kirjallisia ohjausmateriaalia hyödyntäen. Ryhmäohjausta, videointia ja tietokoneen välityksellä tapahtuvaa ohjausta käytetään vain harvoin. (Johansson 2006, 42 - 43.) Sen hyödyntäminen potilasohjauksessa tulisi huomioida, koska potilaat hyötyvät ryhmäohjauksessa samastaan vertaistuesta ja samalla hoitajien ajankäyttö tehostuu (Lipponen 2006, 23). Paanasen (2004, 32) tutkimuksen mukaan sepelvaltimopotilaan hoitaminen on moniammatillista yhteistyötä vaativaa ja hoidon keskeisessä osassa tulisi olla potilaan ohjaus kohti itsestä ja toimivaa omahoitoa. Moniammatillisen yhteistyön avulla ohjausinterventioita tulisi kehittää monipuolisemmiksi ja vaikuttavuudeltaan paremmiksi. Ohjausinterventioiden kattavuus alueellisesti takaavat sen saavuttamisen. Vaikka sepelvaltimotautipotilaat ovat hyvin työ- ja toimintakykyisiä, he tarvitsevat osaavaa ja aukotonta jälki-seuranta ongelmatilanteiden varalla ja terveydentilan säilyttämiseksi. hyvin toimiva jälkihoito tukee ja kannustaa terveellisten elintapojen säilyttämisessä sekä mahdollistaa muutettujen elintapojen seurannan. Sepelvaltimotautipotilaan hoidossa keskeistä

tulisi olla potilaan ohjaus kohti itsenäistä ja toimivaa omahoitoa. (vrt. Vanhatalo ym. 2004, 29 – 32.)

Blekin (2007, 13) sepelvaltimotautipotilaille tekemässään tutkimuksessa tuli esille, että resurssien väheneminen pakottavat etsimään sydänpotilaiden ohjaukselle uusia toimintatapoja, kuten esimerkiksi tietokonepohjaisen ohjauksen toteuttamista. Strömbergin (2002, 33 - 40; 2005, 363 - 369) mukaan tietokonepohjaisilla ohjausmenetelmillä voidaan saavuttaa hyötyä potilaan iästä riippumatta ja puhelinohjausta voidaan toteuttaa vuodeosastolta tai poliklinikalta käsin. Pienenkin muutoksen toteuttaminen perinteisiin ohjaustapoihin on todettu tuottavan muutosta potilaiden sitoutumiseen ohjeiden noudattamisessa ja potilaiden itsehoitokäyttäytymisessä.

2.4.7 Tutkimuksia taidollisista valmiuksista

Ohjauksen taidollisia valmiuksia on tutkittu useissa eri tutkimuksissa. Linnajärven (2010, 31 - 34) tutkimusten mukaan hoitohenkilökunnan taidolliset potilasohjausvalmiudet olivat hyviä potilaan ohjaustarpeiden arvioinnissa, huomioidessaan potilaiden pelkoja sekä motivoidessaan potilaita osallistumaan omaan hoitoonsa. Ohjaajat arvioivat osaavansa keskustella vastavuoroisesti potilaan kanssa sekä tukea potilasta itsehoitoon. He osasivat kiinnittää huomiota ohjaustilanteen ilmapiiriin sekä huomioida potilaan antamia sanattomia ilmaisuja. Ohjaajat kokivat vuorovaikutustaitojen olevan hyvät. Vuorovaikutustaidot olivat paremmat potilasohjauskoulutukseen osallistuneilla ohjaajilla. Heikoimmaksi taidolliseksi osa-alueeksi arvioitiin itsehoidon tukemiseen liittyvät taidot. Lipposen ym. (2008, 127) tutkimuksessa hoitohenkilöstö arvioi taitonsa tyydyttäväiksi. Ohjausprosessia ylläpitävistä taidoista toteutuivat parhaiten hoitoon valmistamisen taidot. Ohjaukseen käytettävällä ajalla oli yhteys hyväksi arvioituihin ohjaustaitoihin. Ohjattavan hyvinvoinnin edistämisen taidot olivat jonkin verran huonommat.

Kääriäisen (2007, 97 - 98) tutkimuksen mukaan suurimmalla osalla hoitohenkilöstöstä oli hyvät taidolliset valmiudet ohjata potilasta. Parhaiten ohjaustaidoista toteutui vuorovaikutustaidot. Potilaan kanssa annettu ohjaus oli vastavuoroista huomioiden myös ohjausilmapiiri sekä potilaan antama nonverbaalinen viestintä. Heikoimmat ohjaustaidot koettiin itsehoidontukemiseen liittyen. Itsehoitoa tuettiin motivoimalla potilasta osallistumaan omaan hoitoonsa, ohjaamalla potilasta jatko- tai kotihoitoon. Itsehoitoa tuettiin myös huomioimalla potilaan ja omaisten ohjaustarpeet sekä suunnittelemalla

potilasohjausta potilaan kanssa. Kokonaisuutena hyvien ohjaustaitojen taustalla olivat hoitohenkilöstön tiedot, potilaslähtöinen ohjaustapa sekä ohjausmenetelmien hallinta. Myös ohjauksen resurssilla ja ohjaukseen käytettävällä ajalla oli yhteys ohjaustaitoihin. Ervastin (2004, 28 - 29) tutkimuksessa saatiin samankaltaisia tuloksia. Vuorovaikutuksellista taidoista vastavuoroinen keskustelut potilaan kanssa huomioitiin potilasohjauksessa. Potilaan ohjaamista itsehoitoon pidettiin vaikeimpana. Tähtisen (2007, 37) tutkimuksen mukaan hoitajien vuorovaikutukselliset taidot olivat hyvät. Hoitohenkilökunta huomioi potilaiden pelot, havaitsivat potilaiden non-verbaalisia ilmaisuja ja kiinnittivät huomiota ohjaustilanteen ilmapiiriin. Hoitohenkilökunta keskusteli vastavuoroisesti potilaiden kanssa ja arvioivat ohjatun asian oppimista yhdessä potilaan kanssa.

Tähtisen (2007, 35 - 39) tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunnan ohjaustaidot arvioitiin hyviksi potilasohjauksen tarpeiden arvioinnissa, omaisten mielipiteiden ottamisessa huomioon ohjauksessa sekä ohjauksen suunnittelussa potilaan kanssa. Omaiset saivat riittävästi tukea ohjauksessa. Potilaiden ohjaaminen itsehoitoon toteutui hyvin ja hoitohenkilökunta motivoi potilaita osallistumaan hoitoon. Potilaita ohjattiin myös vertaistukeen, jatko- ja kotihoitoon. Laurin (2006, 94) mukaan hoitotyössä edellytetään taitoa ohjata terveyden ylläpitämisessä, terveyden edistämässä sekä sairauden seurannassa, joita tarvitaan jatkohoitotarpeiden uudelleen määrittelyssä. Peltoniemen (2007, 99) tutkimuksessa heikot ohjaustaidot johtuivat heikoista tiedoista. Ervastin (2004, 28 - 29) tutkimuksen mukaan potilaiden ohjaustarpeet huomioitiin hyvin, ohjaus suunniteltiin yhdessä potilaan kanssa sekä ohjauksessa tuettiin omaisia. Potilasta myös motivoitiin osallistumaan hoitoonsa. Sen sijaan itsehoitoon tukemista, kuten koti- ja jatkohoitoon ohjaamista sekä psyykkistä tukemista pidettiin vaikeimpana alueena.

2.5 Asenteelliset valmiudet potilaan ohjaamisessa

Potilasturvallisuus rakentuu oikeasta toiminnasta, asenteista ja kulttuurista. Terveydenhuollon yksiköissä turvallisuuskulttuuri on sekä yksilöiden että yhteisön yhteinen arvoihin perustuva tapa toimia siten, että potilasturvallisuus ei vaarannu. Tällöin jokainen ammattilainen ottaa vastuun, asennoituu arvioimaan tilanteita ja työtään ja kehittämään toimintaa turvallisemmaksi. (Potilasturvallisuuden työkalut -työvaliokunta 2009, 182.) Hoitotyössä tarvitaan positiivista suhtautumista omaan työhön, korkeaa

työmoraalia sekä työmotivaatiota. Oman työn ja ammatin arvostus koetaan tärkeäksi. (Hilden 2002, 54.) Asenteitaan voi muuttaa ja ajoittain niitä pitäisi pysähtyä miettimään ja analysoimaan ja sitä, miten vertaamme itseämme muihin. Negatiiviset tunteet voi minimoida vaikuttamalla odotuksiinsa. (Sydänmaanlakka 2004, 188.) Hahon (2006, 160) mukaan hoitamaan asettautuminen on tietoinen eettinen valinta, jonka hoitaja tietoisesti tekee, ja joka tuottaa hyvää potilaalle.

Ohjausmotivaatio on yhteydessä ohjaustaitoihin, erityisosaamiseen ja erityisesti ohjaajan omaan ohjausasenteeseen. Motivaatio on myös riippuvaista siitä, miten miellämme oman roolimme ohjaussuhteessa. Potilaiden elämäntapaohjaus edellyttää ohjaajalta pitkäjänteisyyttä, sillä usein hitaaseen muutosprosessiin sitoutuminen on vaikeaa tehokkuutta ja terveyden vaalimista arvostaville ammattilaisille. (Turku 2007, 111-121.) Ohjaajan motivaatiolla ja positiivisella asenteella on vaikutusta ongelmalähtöiseen oppimiseen, kuten myös elintapamuutosten tekemisen oppimiseen (Absetz ym. 2008, 255). On motivoivaa harjoittaa ohjauskeskustelun taitoja ja ohjaaja oppii vastaanottavana ja antavana osapuolena ohjattavasta tilanteesta (Pekkari 2008, 12). Omiin ohjaustaitojen reflektointi ja arviointi voivat olla apuna muuttamassa omia ohjaustaitoja toimivammaksi. Omalta työyhteisöltä saatu kannustus ja rohkaisu haasteellisen ohjauksen toteutukseen ja kehittämiseen ovat ohjausmotivaatioon liitettäviä tekijöitä. Konkreettisuudessaan tarvittava tuki voi olla yhteisesti sovittujen kirjattujen ja selkeästi sovittujen toimintakäytäntöjen muodoista. (Turku 2007, 111 - 121.)

Asenteellisia valmiuksia on tutkittu monissa tutkimuksissa ja ne ovat olleet pääosin myönteisiä. Isolan ym. (2007, 56, 59) tutkimuksessa tuli esiin, että iäkkäillä oli kokemuksia ohjaajan ylimalkaisuudesta ja kiireisestä ohjaustilanteesta, jolloin potilaan kuunteleminen oli jäänyt vähäiseksi. Ohjaustilanne koettiin yleisesti asiantuntevaksi, luotettavaksi ja miellyttäväksi sekä hoitajien asennoitumisen hyväksi. Ohjaajien tulisi huomioida paremmin iäkkäiden vajavaiset aistitoiminnot. Kääriäisen (2007, 99 - 100, 120) tutkimuksen mukaan hoitohenkilöstön ohjausasenteet olivat myönteisiä. Myönteinen asennoituminen ilmeni ohjausmotivaationa, ohjaukseen sitoutumisena sekä ohjauksen arvostuksena. Ohjauksen koettiin parantavan hoitosuhdetta, mutta samalla vievän aikaa muiden potilaiden hoitamiselta. Ohjauksessa filosofisen ja eettisen perustan merkitys muodostui tärkeäksi. Hoitohenkilökunnan tulisi tiedostaa omat ohjaukseen koskevat lähtökohdansa, kuten miksi ja miten potilasta ohjataan sekä mitä potilasohjaus on. Lipposen ym. (2008, 121 - 135) tutkimuksessa hoitohenkilöstön positiiv-

vinen asennoituminen ohjaukseen näkyi ohjauksen arvostamisena ja myönteisenä asennoitumisena ohjaukseen. Hoitohenkilöstö koki potilaiden hyötyvän ohjauksesta, ja sen katsottiin syventävän hoitosuhdetta. Henkilöstö oli sitoutunut ja motivoitunut ohjaukseen.

Linnajärven (2010, 34 - 36) tutkimuksen mukaan ohjaajat suhtautuivat positiivisesti sekä potilaiden että omaisten ohjaamiseen, ja sillä koettiin olevan positiivista vaikutusta hoitosuhteen syntymiselle. Ohjaajat kokivat olevansa sitoutuneita ohjaustyöhön, ja he katsoivat sillä olevan merkitystä potilaan jatkossa selviämiselle. He arvioivat potilaan olevan avoimia ohjaukselle. Tähtisen (2007, 40 - 41) tutkimuksen mukaan ohjaukseen asennoituminen oli myönteistä. Potilaiden koettiin hyötyvän ohjauksesta ja sen koettiin syventävän hoitosuhdetta. Hoitohenkilökunta suhtautui ohjaukseen arvokkaana osana hoitotyötä ja he olivat sitoutuneita ohjaukseen. Ervastian (2004, 31) tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunnalla oli positiiviset asenteet ohjaukseen. Ohjauksen ei koettu olevan potilaan yksityisyyteen tunkeutumisenä eikä sen koettu vievän aikaa muulta potilaan hoidolta. Kun taas Ervastian (2004, 31, 40) tutkimuksessa hoitajien asenteelliset valmiudet olivat ristiriitaisia. Pääosin hoitajilla oli myönteinen suhtautuminen ohjaukseen, mutta lähes kolmasosalla hoitajista se oli negatiivinen. Ohjaus ei ollut kuitenkaan heidän mielestään yksityisyyteen tunkeutumista eivätkä he suhteutuneet kielteisesti omaisten ohjaamiseen.

2.6 Ohjauksen resurssit

Laadukkaaseen ohjaukseen kuuluu asianmukaisista resursseista huolehtiminen, koska sillä on yhteys potilaslähtöiseen, vuorovaikutteisesti rakennettuun, aktiiviseen ja tavoitteelliseen toimintaan (Kääriäinen 2008, 14; Kääriäinen 2007, 133). Resursseihin voidaan lukea henkilökuntamitoitus, ohjaukseen soveltuvat tilat sekä hoitohenkilöstön ohjausvalmiudet (Kääriäinen, Kyngäs, Ukkola & Torppa 2006, 11). Ohjauksen toteutumiseksi tarvitaan lisäksi aika- ja materiaaliresursseja (Kääriäinen ym. 2005, 14; Kyngäs ym. 2009, 92)

Ohjauksen tarkoituksenmukaisessa organisoinnissa on puutteita. Hoitotyön johtajilla ja hoitohenkilöstöllä on vastuu siitä, miten ohjausta arvostetaan hoitotyöhön kuuluvana asiana, ja miten ohjauksen resurssit, kuten aika, ohjausmateriaali, -välineistö ja ohjauksen järjestäminen mahdollistavat ohjauksen. (Kääriäinen 2008, 5; Kyngäs ym.

2009, 95.) Ohjauksen resursseita ohjaukseen varattu aika sairaalavaiheen jälkeen on riittämätöntä (Kähkönen 2009, 47).

Kääriäisen (2007, 93) tutkimuksen mukaan ohjauksen toimivuutta lisäsivät hoitohenkilökunnan välinen yhteistyö, ohjauksen kehittämisen mahdollisuus sekä ohjausmateriaalin ja tutkimustiedon saatavuus. Ohjauksen kehittämistarpeiksi ovat nousseet ohjausvastuun jakaminen sekä ohjauskäytäntöjen yhtenäistäminen. Ohjausvastuuta voitaisiin jakaa omahoitajalle tai -lääkärille, mutta myös koko ohjaukseen osallistuva hoitotiimi voisi tehosta yhdessä toteutettavaa ohjauskäytäntöä. (Kääriäinen 2008, 5.)

Ohjauksessa tavoiteltuun lopputulokseen pääsemiseen vaikuttaa hoitoympäristö (Lipponen 2006, 22). Kynkään (2007, 37) mukaan ohjaukseen soveltuva fyysinen ympäristö on parhaimmillaan sellainen, jossa voidaan keskeytyksettä ja häiriöttä keskittyä ohjaukseen. Fyysinen ympäristö on parhaimmillaan siihen tarkoitettu tila, jossa on saatavilla ohjaukseen tarvittava ohjausmateriaali. Kiireetön ja rauhallinen ympäristö ovat onnistuneen ohjauksen edellytyksiä. (vrt. Kyngäs ym. 2009, 94.) Rauhallinen hoitoympäristö on yksi hoitotyön laadun osatekijä (Ruotasalainen 2006, 161), sillä potilaat kaipaavat ohjaustilanteeseen kiireettömyyttä, riittävästi aikaa sen yksilöllisyyden toteutumiseksi sekä rauhallista ympäristöä, joka soveltuu ohjaukseen (Isola ym. 2007, 56). He arvostavat myös siistiä ja viihtyisää ohjausympäristöä, jossa ohjausmateriaali saatavilla ohjauksen toteuttamiseksi (Kyngäs ym. 2009, 94 - 95). Hoitohenkilöstön mukaan kiire haittaa ohjauksen toteuttamista ja suunnittelua. Jos työyhteisössä arvostetaan ohjausta ja sen vaikutuksia, sen mahdollistamiseksi tarvitaan siten aikaa. Ohjaus tulisi priorisoida tärkeäksi tehtäväksi ja organisoida tilanne sellaiseksi, että siihen on riittävästi aikaa keskittyä. (Kyngäs ym. 2009, 95.) Torkkolan ym.(2002, 30) mukaan meluisessa ympäristössä ja juuri ennen kotiutusta annettu ohjaus ei takaa ohjauksen onnistumista. Rauhallinen ja häiriötön paikka takaa ohjauksen lisäksi yksityisyyden toteutumisen. Pekkarin (2008, 54) mukaan ohjaajan tulee ohjaukselle sellainen ilmapiiri, että ohjattava voi rauhassa tutkia ajatuksiaan, tunteitaan ja toimintojaan sekä tehdä itseään koskevia päätöksiä. Kyngäs ym. (2009, 95) tähdentävät, että potilaan hoitoon sitoutumista voi vaikeuttaa se, että hän aistii ohjaustilanteessa vallitsevan kiireen ja turvattomuuden. Potilas ei näin uskalla kysyä häntä askarruttavista asioista.

2.7 Ohjauksen vaikuttavuus

Vaikuttavuutta (effect, effectiveness) on se, missä määrin saavutetut toimenpiteet toteutetaan ja tulokset saavutetaan (Laatusanasto 2008). Vaikuttavuus on moniulotteinen käsite, joka voidaan määritellä toiminnalla aikaansaaduksi tavoitteiden mukaiseksi muutokseksi. Tehokkuutta voidaan pitää aikaansaadun vaikuttavuuden suhteena, kuten esimerkiksi terveydellisen muutoksen sekä käytettyjen panosten suhteena. (Hakulinen-Viitanen & Pelkonen 2008, 339 - 340.) Sitä voidaan pitää kahden tai useamman muuttujan syynä ja seurauksena. Hoitotyön vaikuttavuus syntyy hoitotyöntekijän toiminnan tuloksena eri osatekijöiden muuttujien ja hoitotyöherkkien tunnuslukujen kautta. Sen osatekijöitä ovat hoitaja, potilas ja organisaatio. Hoitajamuuttujiin voidaan lukea koulutus ja kokemus sekä potilasmuuttujiin potilaan ikä, sairauden laatu ja hoidon kesto. Organisaatiomuuttujia ovat henkilöstö, kuormitus ja työympäristö (Pearson, Pallas, Douchette, Tucker, Wiechula, Long, Porrit & Jordan 2006, 2459 - 70; Doran, Sidani, Keatingss & Doidge 2002, 29 - 39).

Terveyden edistäminen on merkittävä yhteiskunnallinen tehtävä, jonka käytännön työhön sekä ydinolemuksen kuuluvat muutoksen aikaansaaminen ihmisten käyttäytymisessä ja elämänoloissa. Terveyden edistämiseltä edellytetään vaikuttavuutta ja sen puute määrittää terveyden edistämisen työn arvon. Muutoksiin pyritään sekä tietoisuutta lisäämällä, asenteisiin vaikuttamalla että ympäristöä muokkaamalla. Tällöin ihmiselle luodaan parhaimmat mahdollisuudet tehdä itse terveytensä kannalta parhaimmat valinnat. (Koskinen-Ollonqvist, Pelto-Huikko & Rouvinen-Wilenius 2005, 4 - 5.) Vaikuttavuutta voidaan tarkastella yksilön lähtökohdista käsin, jolloin tarkastelun kohteena on yksilön oma kokemus ohjauksen avulla saamasta tiedosta. Yhteisön lähtökohdista tarkasteltuna vaikuttavuus voi näkyä kansanterveydellisten, -taloudellisten ja yhteiskunnallisten hyötyjen osalta. Tuolloin ohjaus on ohjaus vähentänyt yksilöiden toistuvia oireita sekä lisäsairauksia. Ohjauksella voi olla vaikutusta myös hoitokäytien ja sairauspäivien vähenemiseen sekä lääkkeiden käyttöön. (Kynge ym. 2007, 145.)

Kummelin tutkimuksessa ohjauksella ja neuvonnalla oli myönteistä vaikutuksia seipervaltoimoiden ohitusleikkauksessa olleille potilaille etenkin alkoholin käytön tiheyteen, liikuntaharrastamisen tiheyteen sekä toimintakykyyn (Kummel 2008, 72 - 80). Ohjauksen ja neuvonnan on todettu vaikuttavan positiivisesti ohitusleikkauspotilaiden

elämänlaatuun, työhön paluuseen (Engblom, Hämäläinen & Rönnemaa 1994, 207 - 213), fyysiseen liikkuvuuteen, koettuun terveyteen (Engblom ym. 1997, 29 - 36) sekä pelkojen lieventymiseen ennen ohitusleikkausta (Koivula & Åstedt-Kurki 2004, 50 - 60). Moniammatillinen potilasohjaus vaikuttaa myönteisesti potilaan vointiin, elämänlaatuun ja ennusteeseen, ja sillä on vaikutusta toistuviin sairaalakäynteihin, kustannuksiin sekä ohjaustoiminnan kokonaishallintaan (Eriksson & Partanen 2005, 8; Ganske 2006, 8 - 13). Potilaat ovat kokeneet olleen ohjauksesta vähiten hyötyä heidän läheistensä tiedon saantiin, potilaan omaa hoitoa ja kuntoutusta koskevaan päätöksentekoon. Lisäksi ohjauksella on ollut vähän hyötyä hoitoon osallistumiseen sekä sitoutumiseen. (Isola ym. 2007, 58 - 59.) Fredericksin (2008, 422 - 433) tutkimuksessa tuli esiin monimuotoisen potilasohjauksen lisänneen itsehoitovalmiuksia.

Laadukkaan ja onnistuneen ohjauksen tulee olla riittävää. Potilaat tarvitsevat riittävästi ohjausta jo ennen sairaalavaihetta sekä sairaalassaolonsa aikana, jotta ohjauksella on vaikutusta heidän terveyden edistämiseen ja ylläpitämiseen. Jo ennen sairaalaan tuloa olisi kiinnitettävä huomiota ohjaukseen. Tällöin potilas voisi harkita erilaisia hoitovaihtoehtoja ja selvittää omaa tilannettaan etukäteen. Ennen sairaalaan tuloa annettulla ohjauksella on ollut vaikutusta potilastyytyväisyyteen sekä mielialaan. (Kääriäinen ym. 2005, 14; Kääriäinen 2008, 5.)

Hoitoon sitoutumisella tarkoitetaan potilaan itsensä toteuttamaa vastuullista ja tarkoituksenmukaista itsensä hoitamista terveydentilaansa edellyttämällä tavalla. Lyhytaikaista sairautta sairastavista potilaista hoitoonsa sitoutuu noin 90 - 95 % potilaista. Tutkimusten mukaan tiedetään, että mitä useampaan asiaan tulee sitoutua, sen vaikeampaa se on. (Kyngäs 2010.) Sitoutumista edistäviä sisäisiä tekijöitä ovat persoonallisuus, sairaus ja sen hoito. Ulkoisista tekijöistä aktiviteetti, sosiaaliset suhteet sekä terveydenhuollon henkilöstö edistävät sitoutumista. (Strömberg, 1999, 33 - 40). Sitoutumista voi edistää myös ohjausinterventioihin osallistuminen (Kemi, Kääriäinen & Kyngäs 2009, 181). Potilaan sitoutumista edistetään riittäväällä potilaan tukemisella. Tiedollinen, emotionaalinen ja konkreettinen tuki mahdollistavat sitoutumisen. Fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja ympäristölliset taustatekijät tulee huomioida hoitoon sitoutumista edistävässä ohjauksessa. Ohjaussuhteen muodostumiselle on ohjauksen vaikutuksella ratkaiseva merkitys. Yhteistyöhön perustuvalla ohjaussuhteella on ominaista, että ohjaukselle suunnitellaan sisältö ja tavoitteet, joihin ohjauksella halutaan pyrkiä. Ohjauksessa on otettava huomioon potilaan itsemääräämisoikeus ja yksilölli-

syyden kunnioittaminen sekä ohjattavan yksityisyyden tukeminen. Ohjattava kykenee tekemään päätöksiä ja vastaa valinnoistaan. (Kyngäs 2010.)

Hoitoon sitoutumista edistää myös motivaatio. Motivaation edistämiseksi potilaalle asetetaan hoitoon sitoutumisen tavoitteet, joiden tulee olla potilaan kannalta sopivan haasteelliset. Potilas tarvitsee jatkuvaa palautetta säilyttääkseen motivaationsa. Empatialla, ristiriitojen tuottamisella, väittelyn välttämällä sekä vastarinnan myötäilyllä voidaan vaikuttaa potilaan motivaatioon. Lisäksi potilaan pystyvyydentunnetta on tuettava ja osaamista kunnioitettava. (Kääriäinen 2010; Laine 2005, 62.) Tutkimuksessa käytettyjä potilasohjaukseen liittyviä tutkimuksia on esitetty tutkimuksen lopussa (liite 1).

3 TUTKIMUSONGELMAT

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää ja kuvailla Kymenlaakson keskussairaalan sydänpotilaiden hoitamiseen osallistuvan hoitohenkilökunnan omia potilasohjausvalmiuksia. Lisäksi on tarkoitus selvittää hoitohenkilökunnan arviota ohjauksen lähtökohdista, ohjauksen vaikuttavuudesta sekä ohjaustilanteiden toteutumisesta. Tutkimus on osa potilasohjauksen kehittämistyötä tutkimuksen kohteena olevassa keskussairaalassa. Tämän tutkimuksen tavoitteena on tuottaa ohjauksesta hoitohenkilökunnan näkökulmasta käsin sellaista tietoa, jota voidaan käyttää hyödyksi potilasohjauksen kehittämisessä sydänpotilaan hoitoprosessin eri vaiheissa.

Tutkimusongelmat:

1. Mitkä ovat hoitohenkilökunnan
 - 1.1 tiedolliset valmiudet ohjata potilasta?
 - 1.2 taidolliset valmiudet ohjata potilasta?
 - 1.3 asenteelliset valmiudet ohjata potilasta?
2. Mikä on hoitohenkilökunnan arvio ohjausmenetelmien hallinnasta?
3. Mikä on hoitohenkilökunnan arvio ohjaustilanteiden toteutumisesta?
4. Mikä on hoitohenkilökunnan arvio ohjauksen resursseista?

5. Mikä on hoitohenkilökunnan arvio ohjauksen vaikuttavuudesta?
6. Millaisia kehittämistarpeita työyksiköissä on ohjauksen toteuttamiseksi?

4 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

4.1 Tutkimuksen metodologiset lähtökohdat

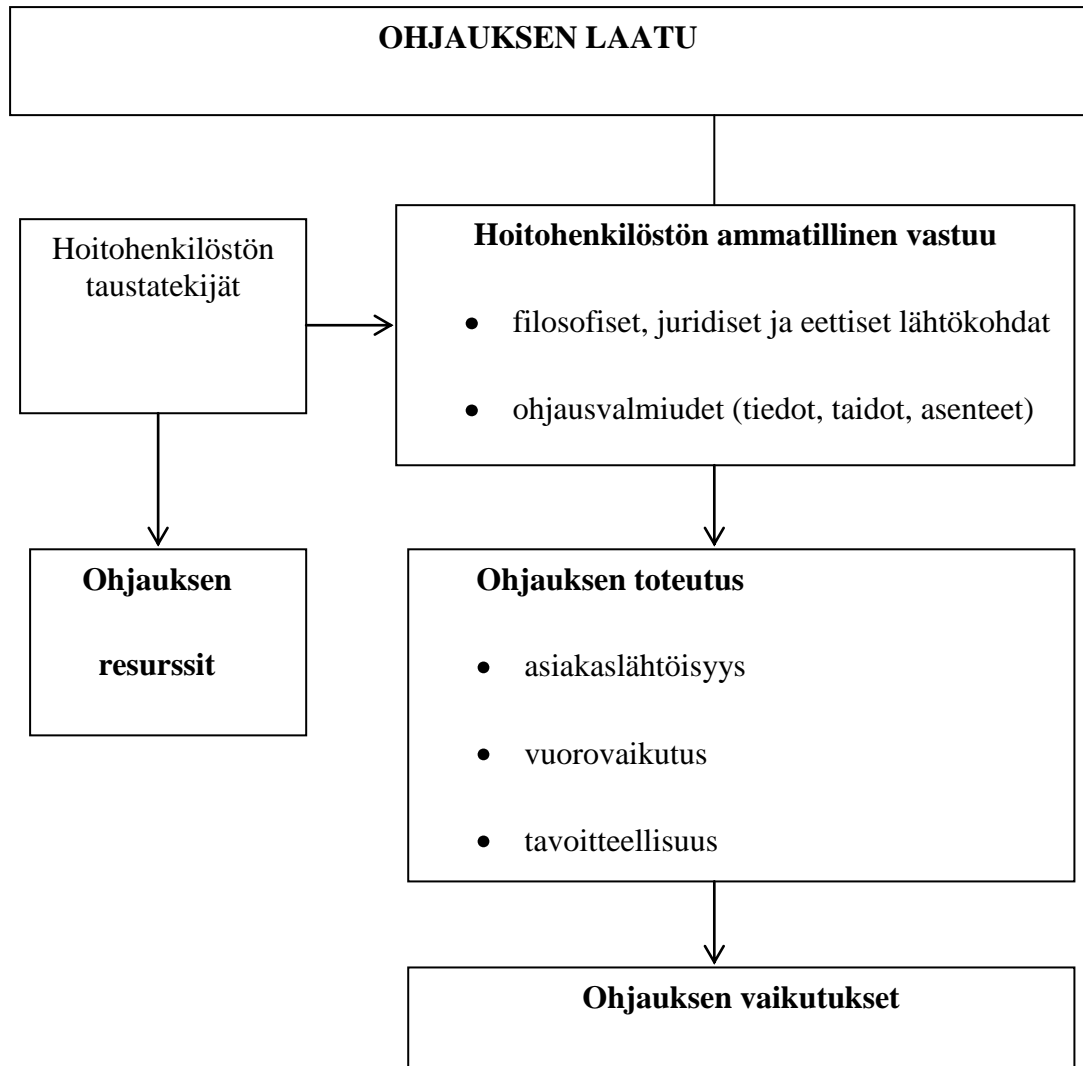
Tutkimus on kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus. Se on menetelmä, joka antaa yleisen kuvan muuttujien (mitattavat ominaisuudet) välisistä suhteista sekä eroista. Siinä tietoa tarkastellaan numeerisesti, jolloin tutkittavia asioita ja niiden ominaisuuksia käsitellään yleisesti kuvaillen numeroiden avulla (Vilkkä 2007, 13), ja sen avulla selvitetään lukumääriin ja prosentiosuuksiin liittyviä kysymyksiä. (Heikkilä 2008, 16.) Kvantitatiivisessa eli määrällisessä tutkimuksessa käsitellään mittauksen tuloksena saatua aineistoa tilastollisin menetelmin ja se edellyttää riittävää määrää otosta, jotta tulokset olisivat luotettavia. Sen tavoitteena on tuottaa perusteltua, luotettavaa ja yleistettävää tietoa. (Kananen 2008,10; Heikkilä 2008, 16.) Kvantitatiivisessa tutkimuksessa on keskeistä johtopäätökset aikaisemmista tutkimuksista, aikaisemmat teorit, hypoteesien esittäminen sekä käsitteiden määrittely (Hirsjärvi 2009, 140). ”Siinä selvitetään eri asioiden välisiä riippuvuuksia tai tutkittavassa ilmiössä tapahtuvia muutoksia” (Heikkilä 2008,16). Kvantitatiivinen tutkimusote soveltuu tilanteisiin, joissa pyritään kartoittamaan olemassa olevaa tilannetta ja kuvailemaan tiettyä ilmiötä (Heikkilä 2008,). Tutkimuksessa tutkimusote on kuvaileva, ja siinä pyritään kuvaamaan hoitohenkilökunnan potilasohjausvalmiuksia ja taustatekijöiden yhteyksiä näihin valmiuksiin. Lisäksi tutkimuksessa kuvataan potilasohjauksen lähtökohtien, vaikuttavuuden ja ohjaustilanteiden toteutumista.

Tutkimuksella on myös jonkin verran kvalitatiivisia eli laadullisia piirteitä, koska aineistonkeruumittarissa on yksi avoin kysymys, johon tutkimusjoukko voi vapaasti vastata esittämällä omia kehittämisehdotuksiaan. Heikkilän (2008, 16) mukaan kvalitatiivisessa tutkimuksessa käytetään ensisijassa avoimia kysymyksiä. Kyselytutkimuksessa voi olla mukana joitakin avoimia kysymyksiä, mutta niissä jossain määrin rajataan vastaajan ajatusten suuntaa. Avoimet kysymykset ovat tarkoituksenmukaisia silloin, kun vaihtoehtoja ei tarkasti tunneta etukäteen. Ne voivat antaa vastauksia kysymyksiin, joissa tuodaan esille näkökantoja tai varteenotettavia parannusehdotuksia. Tutkimuksessa olevalla avoimella kysymyksellä halutaan selvittää tutkimukseen osal-

listuneiden ja sydänpotilaan hoitotyössä työskentelevien hoitohenkilöstön arviota kehittämismahdollisuuksista omassa työyksikössä.

4.2 Mittarin valinta

Tutkimuksen mittariksi valittiin aineiston keruuta varten valmis Potilasohjauksen laatu -mittari (hoitohenkilöstömittari). Mittarin käyttämisestä tehtiin sopimus tutkimushankkeen tutkimusryhmään kuuluvien TtT, lehtori Maria Kääriäisen (ma.) sekä THT, professori Helvi Kynkään kanssa. Kyselylomake on tavallisin kvantitatiivisessa eli määrällisessä tutkimusmenetelmässä käytetty aineiston keräämisen tapa (Vilka 2005, 72) ja siinä käytetään aineistonkeruussa yleisesti standardoituja tutkimuslomakkeita valmiine vastausvaihtoehtoineen. (Heikkilä 2008, 16). Mittarin taustalla oleva malli on ohjauksen laatu, jolla tarkoitetaan hoitohenkilöstön tekemää ohjausta, joka on ammatilliseen vastuuseen perustuvaa, asianmukaisilla resursseilla, asiakaslähtöisesti, vuorovaikutteisesti ja tavoitteellisesti toteutettua ja vaikuttavaa ohjausta (Kääriäinen 2007, 116 - 117; Kääriäinen & Kyngäs 2009). Edellä oleva potilasohjauksen laatu kokonaisuus on esitetty graafisessa muodossa (kuva 1).



Kuva 1. Ohjauksen laadun osa-alueet hoitohenkilöstön näkökulmasta (Kääriäinen 2007)

Kyselylomake oli puolistrukturoitu kyselylomake, jossa 5-portainen Likert-asteikko, ja sen vastaamiseen kului aikaa noin 20 min. Alkuperäistä Potilasohjauksen laatu -mittaria muokattiin mittarin oikeudet omistavien luvalla soveltumaan paremmin kyselytutkimuksen kohteena olevaan joukkoon. Kyselylomakkeen ensimmäisessä osassa kartoitettiin seitsemällä kysymyksellä taustatietoja, kuten sukupuolta, ikää, koulustaustaa, tämänhetkistä tehtävänimikettä, työkokemusta terveydenhuollossa sekä työvuoron aikana potilasohjaukseen käytettävää aikaa. Tilasto-ohjelmaa varten kysymykset numeroitiin muuttujien ryhmittelyn havainnollistamiseksi uudelleen. Muuttujien nimeäminen tehtiin helpottamaan tilastomatemaattisten toimenpiteiden tekemistä PASW Statistics 18 -tilasto-ohjelmalla, ja se oli siten tutkimustulosten luotettavuutta lisäävänä tekijänä. Myös ”en osaa sanoa”-vaihtoehto muutettiin ”en samaa enkä eri

mieltä”-vastausvaihtoehdoksi, että ko. vastausvaihtoehtoa ei tarvitse poistaa 0-vaihtoehtona laskutoimituksista. Likert-asteikko koostui siten vastausvaihtoehdoista 5= täysin samaa mieltä, 4= osittain eri mieltä, 3= en samaa enkä eri mieltä, 2= osittain eri mieltä sekä 1= täysin eri mieltä.

Taustatietoja muokattiin siten, että koulutuksen osalta mittarista poistettiin koulutuksen kohdalta kysymysvaihtoehto ”yliopistollinen jatkotutkimus” sekä tehtävänimikkeen kohdalle jätettiin vastausvaihtoehdoiksi ”lähihoitaja/perushoitaja, sairaanhoitaja sekä muu/mikä?”. Tätä muutosta muokattiin sen vuoksi, että tutkimukseen osallistujien joukko koostui pääosin perus- ja lähihoitajista sekä sairaanhoitajista. Työyksikön kohdalla olevaa vastausvaihtoehtoa muutettiin siten, että siihen eriteltiin vastausvaihtoehdoiksi ”osasto, poliklinikka, sydänvalvonta, koronaariangio ja muu/mikä?”. Työyksiköt haluttiin eritellä, koska tutkimukseen osallistuivat kyseissä yksiköissä työskentelevä hoitohenkilöstö.

Kokonaisuudessaan potilasohjausvalmius mittarin toinen osio koostui kuudesta osiosta, joilla kartoitettiin ohjauksen resursseja, ohjauksen lähtökohtia sekä potilasohjausvalmiuksia, kuten tietoja, taitoja ja asenteita. Mittarin seuraavassa osassa kartoitettiin potilasohjauksen toteutumista sekä vaikutuksia. Kyselylomakkeen lopussa avoimessa kysymyksessä hoitohenkilöstöllä oli mahdollisuus tuoda esiin, miten asiakkaiden ohjausta voitaisiin kehittää omassa työyksikössä. Myös tässä osiossa potilasohjauksen laatu -mittaria muokattiin mittarin oikeudet omistavan luvalla ohjauksen lähtökohdat osiossa lisäämällä sinne yhden kysymyksen: ”ammattitaidon ylläpito ja kehittäminen ovat jokaisen ohjausta antavan velvollisuus”. Lisäksi potilasohjauksen toteutukseen lisättiin neljä uutta lisäkysymystä, jotka koskivat ”asiakkaan huomiointia muutosvaiheessa ohjausta toteutettaessa sekä asiakkaan vastaanottokykyä hoitoprosessin eri vaiheissa”. Lisäksi kohtaan lisättiin kysymykset koskien ”asiakkaan ohjaustapaamisen järjestämistä tarvittaessa kotiutustilanteessa tai jatkohoidossa sekä mihin asiakas voi ottaa yhteyttä ongelmatilanteissa”. Mittarin muutokset tulivat tutkimuksen tekijän omasta kehittämistarpeesta, jotka hän koki tarpeelliseksi oman ohjauskokemuksen sekä tieteelliseen kirjallisuuden perehtymisen pohjalta.

4.3 Kohderyhmä ja aineiston keruu

Kokonaistutkimuksessa tutkitaan kaikki perusjoukon jäsenet ja se kannattaa tehdä, jos perusjoukko on pieni, kuten kvantitatiivisessa eli määrällisessä tutkimuksessa (Heikki-

lä 2008,34). Otoksella tarkoitetaan havaintoyksiköiden joukkoa, joka on poimittu valittua otantamenetelmää käyttäen perusjoukosta (Vilkkä 2007, 51). Otoksen tulee olla pienoiskuva perusjoukosta, jotta otantatutkimuksen tulokset ovat luotettavia. Tutkimuksen kohdejoukko on se tutkittava perusjoukko, josta tutkimuksessa halutaan tietoa. Se on määritettävä tarkoin, jotta siitä pystytään valitsemaan mahdollisimman edustava otos. (Heikkilä 2008, 34.)

Tämän tutkimuksen tutkimuslupa haettiin tutkimuskohteena olevan keskussairaalan hallintoylihoitajalta. Kyselylomakkeet sovittiin jaettavaksi marraskuussa 2010. Tutkimuksen kohderyhmän muodostavat erään keskussairaalan sydänpotilaiden hoitoon osallistuva sydänvalvonnan (n= 14), koronaariangion (n=3), sisätautiosaston (n=22) sekä kardiologian poliklinikan (n=3) hoitohenkilöstö. Hoitohenkilöstöön kuuluvat tässä tutkimuksessa sairaanhoitajat, perushoitajat sekä fysioterapeutti, jotka ovat vakituksessa suhteessa tai heidän sijaisensa. Tutkimusjoukko valittiin tutkimuksen tekijän kiinnostuksesta sydänpotilaiden hoitoon osallistuneiden ohjausvalmiuksien tutkimiseen. Tutkimuskohteena olevassa keskussairaalassa on lisäksi aloitettu potilasohjauksen kehittämistyö, joten tällä aineistonkeruulla voidaan saada tietoa potilasohjauksen kehittämiseksi. Tutkimuslupa esitetään liitteenä tutkimuksen lopussa (liite 2).

Aineistonkeruu toteutettiin koko tutkimusjoukolle lokakuussa kahden viikon aikana 2010. Ennen aineistonkeruun käynnistymistä osastonhoitajille sekä kaikille tutkimusjoukkoon kuuluville (N=40) järjestettiin kussakin yksikössä osastotunti, jossa oli mahdollisuus kuulla tutkimuksesta ja aineistonkeruun toteuttamisesta. Osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja tai tutkimuksen tekijä jakoivat lomakkeet yksiköissä hoitohenkilökunnalle (N=40). Kyselylomake sisälsi saatekirjeen hoitohenkilökunnalle. Aineistonkeruu kesti kaksi viikkoa, jonka jälkeen vastausaikaa jatkettiin lomien sekä jakamatta jääneiden kyselylomakkeiden vuoksi vielä kaksi viikkoa. Täytetyt lomakkeet palautettiin suljetuissa kuorissa osastolla oleviin suljettuihin vastauslaatikoihin. Vastaukset palautuivat tutkijalle neljä viikkoa kestäneen vastausajan jälkeen. Määräaikaan mennessä palautettiin 35 lomaketta. Muutamissa lomakkeissa oli vastattu vain osaan kysymyksistä, mutta ne hyväksyttiin kuitenkin tutkimukseen. Vastausprosentti oli 87,5 (N=35). Kyselylomakkeen saatekirje esitetään liitteenä tutkimuksen lopussa (liite 3).

4.4 Aineiston analyysi

Kvantitatiivisessa eli määrällisessä tutkimuksessa tutkimusaineiston kerääminen ja tutkimusaineiston käsittely sekä analysointi ja tulkinta ovat erillisiä vaiheita. Aineiston käsittely alkaa, kun kyselyllä saatu aineisto on saatu koottua (Vilka 2007, 106; Heikkilä 2008, 123.) Aineiston kerääminen tapahtui tutkimuksessa kyselylomakkeella, jonka aineisto tallennettiin ja analysoitiin tilastollisin menetelmin PASW Statistics 18 -tilasto-ohjelmalla. Aluksi kyselylomakkeisiin lisättiin kooditunniste ja sen jälkeen vastaukset syötettiin tilasto-ohjelmaan. Vilkan (2007, 106 -107) mukaan aineiston käsittelyllä tarkoitetaan lomakkeilla saadun aineiston tarkistamista, tietojen syöttämistä ja tallentamista sellaiseen muotoon, että niitä voidaan tutkia numeraalisesti taulukko- ja tilasto-ohjelmia apuna käyttäen. Tutkimuksella saatu aineisto tarkastettiin ja kaikki lomakkeet hyväksyttiin tutkimukseen. Vilkan (2007, 106 - 107) lomakkeilla saatu aineisto tarkistetaan, vastausten laatu arvioidaan ja poistetaan asiattomasti täytetyt lomakkeet. Puutteellisesti täytetyt lomakkeet poistetaan. Aineiston tarkastuksen tärkein vaihe on arvioida tutkimuksen kato, joka tarkoittaa puuttuvien tietojen määrää tutkimuksessa. Määrällisessä tutkimuksessa kadon laatu on aina arvioitava (katoanalyysi).

Aineiston kuvailua ja analysointia varten taustamuuttujia luokiteltiin uudelleen ennen analysointia varten. Vastanneiden ikä jaoteltiin neljään eri luokkaan: alle 30 vuotta, 30 - 40 -vuotta, 41- 50 -vuotta sekä yli 50 vuotta. Työkokemus jaoteltiin uudelleen kolmeen luokkaan siten, että se muodostui luokista ”alle 5 - vuotta”, ”5-20 - vuotta” sekä ”yli 20 - vuotta”. Ohjausaika luokiteltiin siten, että ne muodostivat luokat ”0-1 h”, ”2-3 h” sekä ”yli 3 h”. Aineiston analysointivaiheessa Likert-asteikkoja yhdistettiin tulosten käsittelyn helpottamiseksi siten, että vaihtoehdot ”täysin samaa mieltä” ja ”osittain samaa mieltä” yhdistettiin luokaksi ”samaa mieltä” ja vaihtoehdot ”osittain eri mieltä” ja ”täysin eri mieltä” yhdistettiin luokaksi ”eri mieltä”. Vastausvaihtoehto ”en samaa enkä eri mieltä” säilyi ennallaan.

Aineiston analysointi aloitettiin tarkastelemalla frekvenssi- ja prosenttijakaumia taustamuuttujien ja väittämien osalta. Tämän jälkeen aineiston analysointia jatkettiin tarkastelemalla muuttujien sijainti- ja hajonta lukuja, kuten keskiarvoja ja keskihajontaa. Muuttujien informaatio voidaan pelkistää muutamaa muuttujaa kuvaamaan tunnuslukuun, joten suurtenkin aineistojen tieto voidaan saada tiivistettyyn muotoon. (Heikkilä 2008, 82.) Kvantitatiivisessa tutkimuksessa selvitetään määriä, riippuvuuksia sekä

syy-seuraus suhteita. Tilastollisessa päättelyssä saadut tulokset voidaan yleistää koskemaan perusjoukkoa, josta havaintoyksiköt on poimittu. Saatujen tulosten tilastolliset jakaumat toistuvat ja vastaavat perusjoukon jakaumia. Johtopäätökset muodostetaan perusjoukon mukaan. (Kananen 2008, 51 - 52.) Tutkimusaineisto käsiteltiin SPSS PASW Statistics 18 for Windows -tilasto-ohjelmalla, joka soveltuu kvantitatiivisen eli määrällisen tutkimuksen analysointiin. Tutkimuslomakkeen tiedot syötetään havaintomatriisin muotoon tilasto-ohjelman datalomakkeelle. Heikkilän (2008, 123) mukaan havaintomatriisi on taulukko, jossa vaakarivit vastaavat tilastoyksiköitä ja pystysarakkeet muuttujia.

Tutkimustulosten analysointia jatkettiin ristiintaulukoinnilla. Tutkimuksessa ristiintaulukointia käytettiin suhteessa osaan taustamuuttujista, kuten ikään, työkokemukseen sekä potilasohjaukseen käytettävään aikaan. Muihin taustamuuttujiin ei ristiintaulukointia tehty. Tutkimustulosten analyysissä käytetään myös ristiintaulukointia, joka on yksinkertainen tapa tarkastella kahden muuttujan välistä yhteyttä. Riippuvuus tarkoittaa, että jokin muuttuja vaikuttaa toiseen muuttujaan. (Vilka 2008, 129.) Tutkimukseen osallistuneissa työyksiköissä työskenteli vain yksi mieshenkilö, joten tutkimus etiikan mukaisesti tutkija päätyi olla tekemättä ristiintaulukointia sukupuoleen. Samoin ristiintaulukointi jätettiin tekemättä työyksikön suhteen, koska osassa yksiköistä työskenteli vain kaksi tai kolme henkilöä. Ristiintaulukoinnissa heidän henkilöllisyytensä olisi voinut paljastua. Tehtävänimikkeen kohdalla ristiintaulukointi jätettiin tekemättä tutkimus eettisistä syistä henkilöiden paljastumiseen liittyen. Koulutuksen osalta ristiintaulukointia ei tehty, koska suurin osa vastaajista (n=33) oli opisto- ja ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneita, vain kahdella (n=2) vastaajista oli koulutai nuorisosaasteen ammatillinen tutkinto.

Analysointia jatkettiin aineiston tiivistämisellä muodostamalla summamuuttujia analysoinnin helpottamiseksi. Summamuuttujat muodostettiin mittarin kehittäjän laatu-mallin mukaisesti (Kääriäinen 2007). Summamuuttujat muodostettiin kaikista potilasohjauksen laatu mittarin osa-alueista lukuun ottamatta asenteita. Aineistossa ei saatu riittävästi vaihtelua näissä muuttujissa, joten niiden tarkastelu suoritettiin yksittäisten väittämien mukaisesti frekvensseinä sekä prosentteina. Asenneväittämien kohdalla on sekä positiivisia että negatiivisia väittämiä, jotka voivat korreloida negatiivisesti summamuuttujien muiden osioiden kanssa. Summamuuttujat soveltuvat hoitotieteessä moniulotteisten ilmiöiden kuvaamiseen ja analysointiin. Summa-asteikot erottelevat

vastaajat kattavammin kuin yksittäiset kysymykset. (Laijärvi & Kaunonen 2005.) Summamuuttujien muodostamisen jälkeen niille määriteltiin keskiarvojen luokittelurajat mittarin kehittäjän antamien ohjeiden mukaisesti. Luokittelurajat määriteltiin seuraavasti: 1 - 2,49 huono, 2,50 - 3,49 tyydyttävä sekä 3,50 - 5,00 hyvä. Summamuuttujia tarkasteltiin frekvenssien ja prosenttien avulla.

Summamuuttujien tulosten analysoinnin jälkeen aineiston analysointia jatkettiin tutkimalla lukumäärien eron merkitsevyyttä, Kruskal-Wallis testillä (Chi-Square Test) summamuuttujista, joka soveltuu pienten aineistojen analysointiin. Khiin neliö-testi testaa sitä, ovatko tutkitut muuttujat toisistaan riippumattomia. Riippumattomissa muuttujissa tulee olla 3 - 5 ryhmää. Testillä tutkittiin, kuinka suuri on riski, että ryhmien välillä ei ole eroa. Mitä suurempi odotusarvojen ja havaittujen arvojen ero on, sitä pienempi riski on, että ero johtuu sattumasta. Riskitason on oltava alle 0,05, jotta lukumäärien ero on merkitsevä. Toisin sanoen riski, että ero johtuu sattumasta, on oltava alle 5 % (Metsämuuronen 2000, 53; Heikkilä 2008, 194.) Riippuvuutta muuttujien välillä voidaan sanoa olevan vain, jos siitä on tarpeeksi vahvaa näyttöä (Heikkilä 2008, 194). Hoitohenkilöstön iän, työkokemuksen ja ohjausajan suhteen mitkään summamuuttujat eivät eronneet toisistaan tilastollisessa mielessä. Khiin neliön arvot vaihtelivat iän suhteen välillä $p=0,145 - 0,909$, työkokemuksen suhteen välillä $p=0,152 - 0,59$ ja ohjausajan suhteen välillä $p=0,119 - 0,929$ ($p = \text{probability}$).

Mittauksen reliabiliteettia voidaan tarkastella mittauksen jälkeen. Reliabiliteetti määritellään käytännössä kahden riippumattoman mittauksen korrelaatioksi. Käytettäessä summamuuttujaa, joka koostuu useasta samaa asiaa mittaavista osiimuuttujista, voi korrelaatiota tutkia korrelaatiokertoimen avulla. Lisäksi jätetään pois osio, joka korreloi huonosti yhdistettyyn muuttujaan. (Heikkilä 2008, 187.)

Summamuuttujien reliabiliteettia tarkasteltiin Cronbachin alfa-kertoimen avulla. Mittauksen reliabiliteetti määritellään kyvyksi tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia (Heikkilä 2008, 187). Cronbachin alfaa käytetään mittarin sisäisen yhtenäisyyden mittarina ja näin reliabiliteetin mittarina. Reliabiliteettikerroin on välillä $[0,1]$, ja suuret kertoimen arvot kertovat korkeasta reliabiliteetista, mikä puolestaan osoittaa, että mittarin osiot mittaavat samantyyppistä asiaa. Lisäksi korkeat reliabiliteettiluvut kuvaavat sitä, että samat ihmiset vastaisivat samalla mittarilla samalla tavalla. Se kertoo myös, että mittari erottelee luotettavasti ja tehokkaasti mitattavat yksilöt toisistaan. (Metsämuu-

ronen 2000, 52.) Crohbachin alpha -kertoimelle ei ole määritelty yksiselitteistä raja-arvoa, miten suuri kertoimen pitäisi olla, mutta raja-arvon olisi hyvä olla yli 0,7. (Heikkilä 2008, 187.) Crohbachin alpha-kertoimen arvo kuitenkin vaihtelee eri aineistoissa (Waltz et al. 2005) ja Nunnally (1994) pitää kerrointa 0,60 hyväksyttävänä (Kääriäinen 2007). Tässä tutkimuksessa Crohbachin alpha-kertoimen arvot olivat hyvät, joten ne kertovat mittarin luotettavuudesta. Asenteiden kohdalla summamuuttujaa ei kannattanut tehdä, koska väittämien määrä oli pieni. Lisäksi väittämät voivat olla muotoilultaan sellaisia, että niillä ei välttämättä saada aikaiseksi hajontaa. Kielteisessä muodossa olevien väittämien poistaminen väittämistä ei parantanut Crohbachin alpha-kertoimen arvoa. Väittämät käsiteltiin siten yksittäisinä vastauksina. Metsämuurosen (2000, 36) mukaan matalan alphan korjaamiseksi jonkin osion jättäminen pois auttaa.

Tutkimuksessa ohjauksen lähtökohtia mittaavan väittämän 2.2 poistaminen olisi nostanut Crohbachin alpha kerrointa hieman, mutta sitä ei kuitenkaan haluttu jättää pois, koska arvo oli siitä huolimatta tilastollisesti luotettava. Myös asenteita mittavista väittämistä yritettiin poistaa kielteisessä muodossa olevia väittämiä, mutta niillä ei ollut vaikutusta Crohbachin alpha -kertoimen arvoon ilmeisesti väittämien pienen lukumäärän vuoksi. Crohbachin alpha-kertoimet vaihtelivat 0,70 ja 0,95 välillä, mitä voidaan pitää riittävänä luotettavuuden kannalta (Nunnally 1994; Metsämuuronen 2000, 63; Waltz et al. 2005). Summamuuttujien reliabiliteetti-arvot on esitetty taulukossa 1.

Taulukko 1. Summamuuttujien Crohbachin alfa -kertoimet

Summamuuttuja	Osiot	Crohbachin alfa -kerroin
Ohjauksen resurssit	15	0,813
Ohjauksen lähtökohdat	11	0,696
Tiedot	15	0,855
Taidot	21	0,881
Asenteet	13	-
Ohjauksen toteutus		
-asiakaslähtöisyys	12	0,868
-vuorovaikutus	22	0,934
-tavoitteellinen toiminta	19	0,907
Vaikutukset	22	0,947

Tutkimus tulokset esiteltiin tutkimuksessa keskiarvoja ja keskihajontaa kuvaamina taulukoina. Lisäksi summamuuttujista muodostettiin omat aihe kokonaisuuksia ilmai-

sevat taulukot. Taulukko on taloudellinen sekä objektiivinen tapa esittää monia lukuja pienessä tilassa. Sen avulla lukija voi vertailla lukuja ja niiden suhteita. Suuret tietomassat saadaan taulukon avulla helpommin järjestettyyn muotoon. (Heikkilä 2008, 149.) Tilastollisessa päättelyssä esitetään tutkimusongelman kannalta oleelliset jakaumaluvut. Näitä käytetään tulosten yleistämiseksi perusjoukkoon. (Kananen 2008, 52.) Summamuuttujien frekvenssit esitetään taulukossa 2.

Taulukko 2. Summamuuttujat ja niiden frekvenssit (n=35)

Summamuuttuja	Hyvät n (%)	Tyydyttävät n (%)	Huonot n (%)	Yhteensä n
Ohjauksen resurssit	4 (11,4)	28 (80)	3 (8,6)	35
Ohjauksen lähtökohdat	24 (68,6)	11 (31,4)		35
Tiedolliset valmiudet	21 (60,0)	14 (40,0)		35
Taidolliset valmiudet	13 (37,1)	20 (57,1)	2 (5,7)	35
Ohjauksen toteutuminen				
Asiakaslähtöisyys	23 (65,7)	10 (28,6)	1 (2,9)	35
Vuorovaikutus	27 (77,1)	7 (20,0)	1 (2,9)	35
Tavoitteellinen toiminta	13 (37,1)	20 (57,1)	2 (5,7)	35
Ohjauksen vaikuttavuus	31 (88,6)	2 (5,7)	2 (5,7)	35

Hoitohenkilöstömittarin avoin kysymys analysoitiin sisällönanalyysillä. Avoimen kysymyksen tarkoituksena oli selvittää oman työyhteisön potilasohjauksen kehittämismahdollisuuksia. Sisällönanalyysi on menettelytapa, jolla voidaan analysoida dokumentteja systemaattisesti ja objektiivisesti. (Kyngäs & Vanhanen 1999, 3.) Tutkimuksessa avoimella kysymyksellä pyrittiin saamaan tutkimuksesta esiin laadullisia piirteitä. Useimmat laadullisen tutkimuksen analyysimenetelmät perustuvat sisällön analyysiin. Tutkimuksen aineisto kuvaa tutkittavaa ilmiötä ja analyysin tarkoituksena on luoda sanallinen ja selkeä kuvaus tutkittavasta ilmiöstä. (Tuomi & Sarajärvi 1999, 91, 108 - 110.) Tutkimuksen sisällönanalyysi tehtiin induktiivisesti eli aineistosta lähtien.

Analyysiyksiköksi valittiin lause tai lauseen osa. Sisällönanalyysissä tulee ennen analyysin aloittamista määrittää analyysiyksikkö, joka voi olla esimerkiksi lause tai lauseen osa (Tuomi ym. 1999, 112). Aineiston analyysiä jatkettiin aineistosta lähtevänä analyysiprosessina, johon kuuluivat aineiston pelkistäminen, ryhmittely ja abstrahointi (Kyngäs ym. 1999, 5). Tämän jälkeen avoimien kysymysten auki kirjoitetut vastaukset pelkistettiin koodaamalla ilmaisuja, jotka liittyivät tutkimusongelmiin. Pelkistämällä tarkoitetaan sitä, että aineistosta koodataan ilmaisuja, jotka liittyvät tutkimustehtävään. (Kyngäs ym. 1999, 5.) Aineisto ryhmiteltiin siten, että pelkistetyistä ilmaisuista yhdistettiin ne asiat, jotka näyttivät kuuluvan yhteen. Pelkistetyt ilmaisut ryhmiteltiin tämän jälkeen tutkimusongelmittain. Aineistoa pelkistetään kysymällä aineistolta tutkimustehtävän nimisiä kysymyksiä. Aineiston ryhmittelyssä aineistosta koodatut alkuperäisilmaisut käydään läpi tarkasti, ja aineistosta etistään samankaltaisuuksia tai eroavuuksia kuvaavia käsitteitä. (Tuomi ym. 1999, 112; Kyngäs ym. 1999, 5.)

Aineiston analysointi jatkui samaa tarkoittavien ilmaisujen yhdistämisenä alakategorioiden muodostamiseen. Aineiston analyysiä jatkettiin yhdistämällä samansisältöiset kategoriat toisiinsa ja muodostettiin niistä yläkategorioita. Yläkategorioille annettiin niiden sisältöä hyvin kuvaava nimi. Abstrahointivaihetta jatkettiin sisällön kannalta niin kauan, kuin se oli mahdollista. Lopuksi kategorioille annettiin nimi, joka on aikaisemmin tuttu käsite. (Kyngäs ym. 1999, 6; Vilka 2009, 91- 93; Tuomi ym. 2009, 92 - 93, 96 - 97.) Esimerkki sisällönanalyysistä esitetään liitteenä tutkimuksen lopussa (liite 4).

5 TUTKIMUKSEN TULOKSET

5.1 Vastaajien taustatiedot

Tutkimukseen osallistuneiden eli hyväksytysti kyselylomakkeen täytti 35 hoitotyöntekijää neljästä eri yksiköstä. Vastausprosentiksi muodostui 87,5. Vastaajista naisia oli 34 kappaletta, vain yksi vastaajista (n=1) oli mies. Vastaajien ikä jakaantuma oli laaja. Vastaajista seitsemän oli alle 30-vuotiaita (n=7), kymmenen (n=10) 30 - 40 vuotiaita, kahdeksan (n=8) 41 - 50-vuotiaita ja kahdeksan (n=8) yli 50-vuotiaita. Vastaajista suurin osa työskenteli sairaanhoitajan tai erikoissairaanhoitajan tehtävissä (n=27), neljällä (n=4) vastanneista oli perus- tai lähihoitajan tutkinto, ja loput neljä (n=4) työskentelivät fysioterapeuttina, osastonhoitajana ja apulaisosastonhoitajana. Enemmistö vastanneista (n=32) oli suorittanut opistoasteen- tai ammattikorkeakoulututkinnon, jotka toimivat sairaanhoitajien, fysioterapeuttien, apulaisosastonhoitajan ja osastonhoi-

tajan tehtävissä. Vähemmistöllä (n=2) hoitajista oli perus- tai lähihoitajan tutkinto. Yksi vastanneista lähihoitajista ilmoitti suorittaneensa opistoasteen tutkinnon. Tutkimukseen osallistuneiden määrä vaihteli työyksiköissä siten, että suurin osa (n=17) työskenteli osastolla ja sydänvalvonnassa (n=13). Kolme vastanneista (n=3) työskenteli koronaariangiossa ja kaksi (n=2) vastanneista poliklinikalla. Vastanneista 34 %:lla (n=12) oli työkokemusta alla viisi vuotta, 31 %:lla (n=11) 5-20 vuotta ja 34 %:lla yli 20 -vuotta. Ohjaukseen käytti aikaa 37 % (n=13) alle 45 minuuttia, 34 % (n=12) 45 minuuttia -1,5 h sekä 26 % (n=9) yli 1,5 h. Hoitohenkilökunnan (n=35) taustatiedot esitetään taulukossa 3.

Taulukko 3. Hoitohenkilöstön taustatiedot (n=35)

Taustamuuttuja	Muuttujan arvo	n	%
Sukupuoli	Nainen	34	97
	Mies	1	3
Ikä	<30 v.	7	20
	30 - 40 v.	10	29
	41 - 50 v.	8	23
	>50 v.	9	27
Koulutus	Kouluaste/nuorisoasteen ammatillinen tutkinto	2	6
	Opistoasteen/amk tutkinto	33	94
Tehtävänimike	Lähihoitaja/perushoitaja	3	9
	Sairaanhoitaja	28	80
	Fysioterapeutti	1	3
	Apulaisosastonhoitaja	2	6
	Osastonhoitaja	1	3
Työkokemus terveydenhuollossa	<5 v.	12	34
	5-20 v.	11	31
	yli 20v.	12	34
Työyksikkö	Osasto	17	49
	Poliklinikka	2	6
	Koronaariangio	3	9
	Sydänvalvonta	13	37
Ohjausaika työpäivänä	<45 min	13	37
	45 min-1,5 h	12	34
	yli 1,5 h	9	26

5.2 Ohjauksen resurssit

Ohjauksen resursseja tutkittiin 15 muuttujalla ja niistä muodostettiin yksi summa-
muuttuja. Vastanneista 80 % (n=28) pitivät ohjauksen resursseja tyydyttävinä ja 8,6
% (n=3) huonoina. Taustamuuttujista iällä, työkokemuksella ja ohjaukseen käytettä-
vällä ajalla ei ollut tilastollista merkitystä suhteessa ohjauksen resursseihin.

Keskiarvovertailujen perusteella ohjauksen toimintamahdollisuuksissa oli hyvää se,
että ohjauksessa oli käytettävissä siihen tarvitsemaa välineistöä (ka= 4,49), ohjausma-
teriaalia oli helposti saatavilla (ka= 4,31) sekä se, että työilmapiiri kannusti ohjaamaan
asiakasta (ka= 4,20). Ohjauksen toimintamahdollisuuksia paransivat myös mahdolli-
suus kehittää asiakkaan ohjausta työssä (ka= 3,69) sekä mahdollisuus kehittää asiak-
kaan ohjausta työssään (ka=3,69).

Tyydyttäväksi toimintamahdollisuuksiksi katsottiin käytettävissä oleva tutkimustieto
ohjauksen perustaksi (ka=3,46), mahdollisuus osallistua ohjaustaitoa lisääviin koulu-
tuksiin (ka=3,43), ohjauksen selkeä työnjako ohjausasioissa (ka=3,20) sekä yksikössä
tehtävä aktiivinen kehittämistyö (ka=3,20). Kyselyyn vastanneet arvioivat, että ohja-
uskäytäntöjen kirjaaminen (ka=3,15) oli tyydyttävää tasoa ja ohjaukseen osallistuvat
henkilökunnan työnjako oli tyydyttävästi toimiva (ka=3,14). Kaikkein heikoiten re-
sursseista toteutuivat asianmukaiset tilat ohjaamiseen (ka=2,31), jotka katsottiin hu-
noiksi. Lisäksi henkilöstön mitoitus arvioitiin ohjauksen kannalta tyydyttäväksi
(ka=2,80). Ohjauksen resursseja keskiarvo- ja keskihajontalukujen perusteella esitel-
lään taulukossa 4.

Taulukko 4. Ohjauksen resurssit (n=35)

Muuttuja	ka	kh	n
Käytettävissäni on ohjauksen tarvitsemaani välineistöä	4,49	0,66	35
Käytettävissä ajan tasalla olevaa ohjausmateriaalia	4,34	0,77	35
Ohjausmateriaalia on helposti saatavilla	4,31	0,76	35
Työyksikköni ilmapiiri kannustaa ohjaamaan	4,2	0,8	35
Mahdollisuus kehittää asiakkaan ohjausta työssäni	3,69	1,05	35
Käytettävissäni on tutkimustietoja ohjauksen perustaksi	3,46	1,04	35
Mahdollisuus osallistua ohjaustaitoa lisääviin koulutuksiin	3,43	1,07	35
Työnjako ohjausasioissa on jaettu selkeästi	3,2	0,99	35
Yksikössäni tehdään aktiivisesti ohjauksen kehittämistyötä	3,2	1,13	35
Ohjauksen käytännöt on kirjattu toimintaohjeiksi	3,15	1,11	35
Ohjauksen osallistuvan henkilökunnan työnjako on toimiva	3,14	1,14	35
Uudet työntekijät perehdytetään asiakkaiden ohjaukseen	3	1,2	35
Minulla on riittävästi aikaa asiakkaiden ohjaukseen	3	1,18	35
Henkilöstön mitoitus on ohjauksen kannalta riittävää	2,8	1,3	35
Yksikössäni on asianmukaiset tilat ohjaukseen	2,31	1,18	35

Vastanneista 66 % (n=23) oli eri mieltä siitä, että yksikössä on asianmukaiset tilat ja vain 14 % (n=5) pitivät tiloja huonoina. Ohjaukseen käytettävän ajan suhteen hoitohenkilöstön mielipiteet kuitenkin jakautuivat kahtia. Lähes puolella vastanneista oli ohjaukseen riittävästi aikaa (43 %), mutta toisaalta ohjausaikaa arvioitiin olevan liian vähän (46 %). Myös työjaon toteutumisen suhteen vastaukset jakaantuivat. Vastanneista puolet (51 %) arvioi työjaon hyvin toimivaksi, mutta kolmanneksen (31 %) mielestä työjako ei toiminut toivotulla tavalla. Ohjauksen kirjaamiseen liittyvät arviot poikkesivat vastanneiden kesken. Vastanneista kolmanneksen (34 %) mielestä kirjaaminen oli riittävää, mutta 40 % arvio kirjaamisen olevan puutteellista. Ohjaustaitoa lisääviin koulutuksiin pääsi 51 % (n=18) vastanneista, kuitenkin reilu neljännes jäi vaille koulutuksen tuomaa hyötyä.

5.3 Ohjauksen lähtökohdat

Ohjauksen lähtökohtia mitattiin 12 muuttujalla. Ohjauksen lähtökohdista muodostettiin yksi summamuuttuja (taulukko 1). Potilasohjauksen lähtökohdat arvioitiin kokonaisuutena hyviksi. Vastanneista 67 % (n=24) piti ohjauksen lähtökohtia hyvinä ja 31 % (n=11) tyydyttävänä. Taustamuuttujista iällä, työkokemuksella ja potilasohjaukseen käytettävällä ajalla ei ollut tilastollista merkittävyyttä suhteessa ohjaustilanteiden lähtökohtiin.

Keskiarvotarkastelujen perusteella potilasohjauksen lähtökohdat arvioitiin kaikilta osiltaan hyviksi. Vastanneiden mielestä ammattitaidon ylläpitäminen ja kehittäminen on jokaisen ohjausta antavan velvollisuus (ka= 4,6). Kyselyyn vastanneet olivat sitä mieltä, että ohjaajalla on myös ammatillinen vastuu ohjauksen antamisesta (ka= 4,69), ohjaajan ammattietiikka vaikuttaa asiakkaan ohjaustilanteen toteutumiseen (ka= 4,46), ja vastaajat tiedostavat omat henkilökohtaiset arvonsa, jotka voivat vaikuttaa ohjaustilanteessa (ka= 4,20). Ohjausta antaessaan he pyrkivät varmistamaan, että asiakkaalla oli riittävät tiedot tehdä itsenäisiä päätöksiä (ka=4,49), ja että ohjaustilanteessa asiakkaalla oli lähtökohtaisesti vastuu omista valinnoistaan ja toiminnastaan (ka=4,44). Vastanneiden mielestä ohjauksessa asiakas on aktiivinen ja vastuuta kantava osapuoli (ka=3,9). Ohjatessaan tietoisuus ammattietiikasta antoi perusteita ohjaukselle ja auttaa ymmärtämään omaa toimintaa ohjaajana (ka=4,26) ja se vaikutti asiakkaan ohjaustilanteen toteutumiseen (ka=4,46). Keskiarvo- ja keskihajonta vertailuja ohjauksen lähtökohdista esitetään taulukossa 5.

Taulukko 5. Ohjauksen lähtökohdat (n=35)

Muuttuja	ka	kh	n
Ammatillinen vastuu ohjauksen antamisesta	4,69	0,58	35
Ammattitaidon ylläpidon ja kehittämisen velvollisuus	4,65	0,54	34
Varmistan että asiakkaalla riittävät tiedot tehdä päätöksiä	4,49	0,66	35
Ammattietiikka vaikuttaa ohjaustilanteen toteutumiseen	4,46	0,66	35
Asiakkaalla on vastuu omista valinnoistaan/toiminnastaan	4,44	0,71	34
Tietoisuus ammattietiikasta antaa perusteita ohjaukselle	4,26	0,62	34
Tunnistan henkilökohtaiset arvot	4,2	0,72	35
Omien arvojen tiedostaminen helpottaa	4,14	0,81	35
Omat mielipiteet eivät yksin riitä perustelemaan	4,06	1,01	34
Ohjauksessa asiakas on aktiivinen/vastuuta kantava osapuoli	3,89	1,08	35
Toimintani perustuu lainsäädäntöön	3,74	0,98	35
Terveydenhuollon lainsäädäntö antaa vähimmäisvaatimukset	3,65	0,88	34

Vastanneiden arviot terveydenhuollon lainsäädännön ohjaavasta vaikutuksesta jakaantuivat. Lähes puolet (49 %; n= 17) oli sitä mieltä, että terveydenhuollon lainsäädäntö antaa ohjaukselle vähimmäisvaatimukset, mutta lähes puolet eli 43 % (n=15) ei tiedostanut lainsäädännön ohjaavaa vaikutusta ja kaksi vastanneista (6 %) ei osannut arvioida sen ohjaavaa vaikutusta lainkaan. Yli puolet vastanneista (60 %; n= 21) kuitenkin arvioi, että oma toiminta perustuu ohjausta säätelevään lainsäädäntöön (esim. laki po-

tilaan asemasta ja oikeuksista), kymmenesosa (11 %; n=4) ei arvioinut lainsäädännön ohjaavan potilasohjausta.

5.4 Hoitohenkilökunnan ohjausvalmiudet

5.4.1 Tiedolliset valmiudet

Tiedollisia valmiuksia mitattiin 15 osiolla. Tiedollisista osioista muodostettiin yksi summamuuttuja. Tiedolliset valmiudet olivat pääosiltaan hyvät. Vastanneista 60 % (n=21) arvioivat tiedolliset valmiutensa hyväksi ja 40 % (n=14) tyydyttäväksi. Taustamuuttujilla, kuten työkokemuksella, iällä ja potilasohjaukseen käytettävällä ajalla ei ollut tilastollista merkittävyyttä suhteessa tiedollisiin valmiuksiin.

Yksittäisiä osioita keskiarvojen perusteella tarkasteltaessa suurin osa vastaajista piti tiedollisia valmiuksia hyvinä vaaratekijöistä (ka=4,43), sairaudesta ja sen kehittymisestä (ka=4,40), liitännäissairauksista (ka=4,09), missä järjestyksessä tutkimus ja hoito hoitokäynnillä tapahtuivat (ka= 4,06) sekä lääkehoitomenetelmistä (ka=4,00). Hyviä tiedollisia valmiuksia tukivat myös tiedot jatkohoidosta ja seurannasta (ka=3,89), toimimisennusteesta (ka=3,83), sairauden merkityksestä asiakkaan arkeen (ka=3,83), sairauden vaikutuksesta perheeseen tai parisuhteeseen (ka=3,46) sekä hoidon ongelmista (ka= 3,80).

Kaikkein heikoimmin toteutunut alue olivat tiedot sosiaalipalveluista, kuten esim. sosiaaliturvasta, työllisyys- ja talousasioista (ka=2,74), vertaistukiryhmistä (ka=3,29) sekä potilasoikeuksista (ka=3,35). Näissä tiedot osoittautuivat tyydyttäväksi. Tyydyttävät tiedot olivat lisäksi tiedot hoidon järjestämisestä, kuten jonoista, hoitotakuusta sekä hoitoketjusta (ka=3,40). Hoitohenkilöstön tiedollisia valmiuksia esitetään taulukossa 6.

Taulukko 6. Hoitohenkilökunnan tiedolliset valmiudet (n=35)

Muuttuja	ka	kh	n
Tiedot sairauksien mahdollisista vaaratekijöistä	4,43	0,66	35
Tiedot sairaudesta	4,4	0,65	35
Tiedot liitännäissairauksista	4,09	0,85	35
Tiedot hoidon etenemisestä	4,06	0,84	35
Tiedot lääkehoitomenetelmistä	4	0,87	35
Tiedot jatkohoidosta ja seurannasta	3,89	0,93	35
Tiedot toipumisennusteesta	3,83	0,92	35
Tiedot sairauden merkityksestä potilaan arkeen	3,83	0,92	35
Tiedot mahdollisista hoitovaihtoehdoista	3,83	1,01	35
Tiedot hoidon mahdollisista ongelmista	3,8	0,9	35
Tiedot sairauden vaikutuksesta perheeseen	3,46	0,98	35
Tiedot hoidon järjestämisestä	3,4	1,12	35
Tiedot potilasoikeuksista	3,35	1,23	34
Tiedot vertaistukiryhmistä	3,29	1,2	35
Tiedot sosiaaliturvasta	2,74	1,04	35

Vastanneista tiedot sairauden vaikutuksesta perheeseen ja parisuhteeseen jakaantuivat, sillä yli puolet (54 %; n=19) arvioi sairaudella olevan vaikutusta ja 17 % (n=6) arvioi, että sillä ei ole vaikutusta perheeseen ja parisuhteeseen. Vastanneista 29 % (n=10) ei osannut arvioida tietojään ko. asian vaikutuksia potilaaseen. Tiedot mahdollisista hoitovaihtoehdoista jakaantuivat siten, että reilu kaksi kolmasosaa (77 %, n=27) arvioivat tiedot mahdollisista hoitovaihtoehdoista hyväiksi, kun 14,3 % (n=5) tiedot niistä huonoiksi. Tiedot sosiaalipalveluista jakaantuivat siten, että vain vajaa kolmannes (29 %; n= 10) arvioi tiedollisista valmiudet sosiaalisten asioiden suhteen hyväiksi ja lähes puolet (49 %; n=17) arvio ne huonoiksi.

Tiedolliset valmiudet vertaistukiryhmistä ilmeni siten, että yli puolet (54 %, n= 19) arvioivat tiedolliset valmiudet ohjata potilaita vertaistukiryhmiin hyväiksi ja lähes kolmannes (n=12) arvioi taitonsa huonoiksi. Potilasoikeuksien suhteen vastaukset jakaantuivat. Vastanneista reilu kolmannes (37,1 %, n=13) arvioi tiedolliset valmiudet huonoiksi potilasoikeuksien suhteen ja lähes puolet (49 %, n=17) arvioi ne hyväiksi. Hoidon järjestämisestä, kuten hoitojonot, hoitotakuu sekä hoitoketju, noin puolet (51 %, n=18) arvioi tietävänsä riittävästi ja 26 % (n=9) huonosti, kun arvioitiin tiedollisia valmiuksia.

5.4.2 Taidolliset valmiudet

Hoitohenkilöstön taidollisia valmiuksia tutkittiin 21 muuttujalla. Niistä muodostettiin yksi summamuuttuja, jonka mukaan taidolliset valmiudet olivat tyydyttävät. Vastanneista reilu puolet (57 %, n=20) arvioi taidolliset valmiutensa tyydyttäväksi ja hieman yli kolmannes (37 %; n=13) hyväksi. Huonoiksi taidolliset valmiutensa arvioi 6 % (n=2). Taustamuuttujista iällä, työkokemuksella ja potilasohjaukseen käytettävällä ajalla ei ollut tilastollista merkittävyyttä suhteessa taidollisiin valmiuksiin.

Yksittäisiä osioita keskiarvojen perusteella tarkasteltaessa hyviä ohjaustaitoja kuvasivat taidot arvioida sairauden oireita (ka= 4,34), sairauden vaaratekijöitä (ka= 4,2), sekä taidot ohjata asiakasta missä järjestyksessä asiakkaan tutkimus ja hoito hoitokäynnillä tapahtuvat (ka=0,43). Hyviä ohjaustaitoja selittivät myös kyky arvioida asiakkaan sairautta ja sen kehittymistä (ka=3,89), hoidon mahdollisia ongelmia (ka=3,80), taito suunnitella jatkohoitoa (ka= 3,62), kyky arvioida lääkehoitomenetelmiä (ka=3,57), sairauden merkitystä asiakkaan arkeen (ka= 3,51) sekä toipumisennustetta (ka=3,50).

Tyydyttävät ohjaustaidot arvioitiin kyvyissä hyödyntää audiovisuaalista ohjausta (ka= 3,14), arvioida sairauden vaikutusta perheeseen tai parisuhteeseen (ka=3,09), ohjata asiakasta potilasoikeuksista (ka=3,09) sekä hoidon järjestämisestä kuten esimerkiksi jonot, hoitotakuu, hoitoketju (ka=3,17). Ohjausmenetelmistä parhaimmiksi arvioitiin taidot käyttää suullista ohjausmenetelmää (ka= 4,40), kirjallista ohjausmenetelmää (ka= 4,18), puhelinohjausta (ka= 4,00) sekä asioiden havainnollistaminen (ka= 3,80). Heikoimmat ohjausmenetelmien taidot arvioitiin ryhmäohjauksen (ka=2,91) sekä Internetin välityksellä tapahtuvan ohjauksen (ka=2,79) suhteen. Hoitohenkilöstön taidollisia valmiuksia keskiarvojen ja -hajonnan perusteella esitetään taulukossa 7.

Taulukko 7. Hoitohenkilökunnan taidolliset valmiudet (n=35)

Muuttuja	ka	kh	n
Osaan...			
Käyttää suullista ohjausmenetelmää	4,4	0,7	35
Arvioida sairauden oireita	4,34	0,59	35
Arvioida sairauden vaaratekijöitä	4,2	0,76	35
Käyttää kirjallista ohjausmenetelmää	4,18	0,66	35
Missä järjestyksessä tutkimus ja hoito tapahtuvat	4,03	0,96	35
Antaa puhelinohjausta	4	1,03	35
Arvioida sairautta ja sen kehittymistä	3,89	0,76	35
Arvioida hoidon mahdollisia ongelmia	3,8	0,87	35
Havainnollistaa ohjattavia asioita	3,8	0,99	35
Suunnitella jatkohoitoa	3,62	0,92	35
Arvioida lääkehoitomenetelmiä	3,57	0,88	35
Arvioida sairauden merkitystä asiakkaan arkeen	3,51	0,98	35
Arvioida toipumisennustetta	3,5	0,86	35
Ohjata vertaistukiryhmiin	3,46	1,27	35
Hyödyntää audiovisuaalista ohjausta	3,14	1,12	35
Arvioida sairauden vaikutusta perheeseen/parisuhteeseen	3,09	0,95	35
Asiakasta potilasoikeuksista	3,09	1,17	35
Käyttää ryhmäohjausmenetelmää	2,91	1,12	35
Antaa ohjausta Internetin välityksellä	2,79	1,04	35

Vastanneiden mielipiteet jakaantuivat ryhmäohjausmenetelmien hallinnasta, sillä vain reilu kolmannes (37 %, n= 13) arvioi ryhmäohjaustaitonsa hyväksi ja vastanneista 43 % (n=15) arvioi ne huonoiksi. Ohjauksen toteuttaminen Internetin välityksellä jakoi mielipiteet kyvyistä. Vastanneista 40 % (n= 14) arvioi ne huonoiksi ja vain alle kolmannes (31 %, n=11) hyväksi. Hoidon järjestämisestä ja potilasoikeuksista vastaukset jakaantuivat. Molemmissa 40 % (n=14) oli samaa mieltä ja 34 % (n=12) eri mieltä taidoistaan ohjata näitä osioita.

5.4.3 Asenteelliset valmiudet

Asenteellisia valmiuksia mitattiin 13 muuttujalla. Niitä tarkasteltiin yksittäisinä muuttujina, koska tässä aineistossa muuttujista ei kannattanut muodostaa summamuuttujaa niiden vähäisen määrän ja vaihtelun vuoksi. Työkokemuksella, iällä ja potilasohjaukseen käytettävällä ajalla ei ollut tilastollista merkittävyyttä suhteessa asenteisiin. Keskiarvovertailujen perusteella hoitohenkilöstön asenteet olivat myönteisiä lähes kaikilla

osa-alueilla. Hoitohenkilökunta arvioi, että asiakkaat hyötyvät ohjauksesta hyvin (ka=4,80), asenteet asiakkaan ohjaukseen olivat myönteiset (ka=4,69), ohjaus arvioitiin tärkeäksi osaksi työtä (ka=4,60) sekä hoitohenkilökunnalla oli myönteinen asenne omaisten ohjaamiseen (ka=4,7). Positiivinen asennoituminen ilmeni myös motivaatioita ohjata asiakkaita (ka=4,46) sekä sitoutumisena asiakkaan ohjaukseen (ka=3,97). Hoitohenkilöstön (n=35) asenteellisista valmiuksista esitetään keskiarvojen ja -hajonnan perusteella taulukossa 8.

Taulukko 8. Hoitohenkilökunnan asenteet (n=35)

Muuttuja	ka	kh	n
Asiakkaat hyötyvät ohjauksesta	4,8	0,41	35
Asenteet asiakkaan ohjausta kohtaan myönteiset	4,69	0,47	35
Asennoidun myönteisesti omaisten ohjaamiseen	4,69	0,53	35
Ohjaus on tärkeä osa työtäni	4,6	0,81	35
Minulla on motivaatiota ohjata	4,46	0,78	35
Sitoudun asiakkaan ohjaamiseen	3,97	0,95	35
Jätän ohjauksen vähemmäksi kiireessä	3,86	1,03	35
Asiakkaat suhtautuvat avoimesti ohjaukseen	3,74	0,98	35
Ohjaus vähentää aikaa hoitaa muita asiakkaita	3,2	1,37	35
Ohjaus vie ison osan asiakkaan hoitokäynnistä	3,14	1,22	35
Ohjaus on asiakkaan yksityisyyteen tunkeutumista	2,31	1,37	35
Ohjaan vain jos asiakas on kiinnostunut ohjauksesta	2,2	1,15	35
Ohjaus on turhauttavaa	1,86	1,03	35

Vastanneista noin puolet (51 %; n=18) oli sitä mieltä, että asiakkaat hyötyvät ohjauksesta, mutta kuitenkin 40 % (n=14) arvioi ohjauksen hyödyllisyyden kielteisesti. Kuitenkin viidesosavastanneista (23 %; n= 8) ohjaavat asiakasta vain, jos hän on siitä kiinnostunut ja jättävät potilasohjauksen kiireessä vähemmälle (80 %; n= 28). Lähes puolet (46 %; n=16) vastanneista arvioi, että potilasohjaus vie ison osan asiakkaan hoitokäynnistä mutta vajaan kolmanneksen (31 %) mielestä ohjauksen ei koettu vievän aikaa muulta hoidolta. Reilu neljännes (26 %; n=9) vastaajista katsoo, että ohjaus on asiakkaan yksityisyyteen tunkeutumista, kun taas lähes 60 % (n=20) esitti eriävän arvion.

5.5 Ohjaustilanteiden toteutuminen

Ohjauksen toteutumista mitattiin 51 muuttujalla ja sen toteutumista arvioitiin asiakaslähtöisyyden, vuorovaikutuksellisuuden ja tavoitteellisen toiminnan osalta. Sisällöllisesti toisiinsa liittyvistä muuttujista muodostettiin kolme summamuuttujaa. Summa-

muuttujista asiakaslähtöisyyttä tarkasteltiin 12 eri väittämän osalta, vuorovaikutusta 22 eri väittämän osalta sekä tavoitteellista toimintaa 19 eri väittämän osalta.

Yli puolet vastaajista (66 %; n=23) arvioivat ohjauksen asiakaslähtöisyyden toteutumisen hyväksi, ja 29 % (n=10) arvioi asiakaslähtöisyyden toteutumisen tyydyttäväksi. Vain 2,9 % (n=1) arvioi asiakaslähtöisyyden toteutuvan huonosti potilaan ohjaamisessa. Taustamuuttujista iällä, työkokemuksella ja potilasohjaukseen käytettävällä ajalla ei ollut tilastollista yhteyttä suhteessa asiakaslähtöisyyteen.

Keskiarvotarkastelujen perusteella ohjauksen asiakaslähtöisyyden toteutuminen näkyi asiakkaan vastaanottokyvyn huomioimisena hoitoprosessin eri vaiheissa (ka= 4,24)- Asiakkaalta selvitettiin ohjauksessa, mitä hän tietää ohjattavista asioista etukäteen (ka= 4,09) sekä asiakkaan sen hetkistä elämäntilannetta selvitetään ohjauksen aikana (ka= 4,06). Asiakaslähtöistä toimintaa selittivät myös se, että omaiset otettiin mukaan ohjaukseen tarvittaessa (ka= 4,03), asiakkaan tilannetta kartoitettiin kokonaisvaltaisesti, kuten fyysisestä, psyykkisestä sekä sosiaalisesta ulottuvuudesta käsin (ka=3,94). Lisäksi asiakkaan elinoloja ja muita ympäristön olosuhteita kartoitettiin ohjauksen aikana (ka=3,94) sekä asiakkaalta selvitettiin, mitä asiakas itse pitää tärkeänä omassa tilanteessaan (ka= 3,74).

Asiakaslähtöisyyden toteutuminen arvioitiin tyydyttäväksi siinä, että ohjausta toteuttaessa huomioitiin asiakkaan muutosvaihe (ka=3,65) ja sovellettiin ohjattavia asioita asiakkaan elämäntilanteeseen nähden (ka= 3,38; kh=1,18). Heikoiten asiakaslähtöinen toiminta näkyi siinä, että selvitetään asiakkaan tapaa oppia asioita (ka= 2,62; kh=0,96). Vastanneista (49 %; n=17) ei selvitä asiakkaan tapaa oppia asioita ja vain noin viidesosa (23 %; n=8) selvittää asiakkaan tavan oppia. Vastaajista noin puolet (54 %; n=19) arvioi soveltavansa ohjattavia asioita asiakkaan elämäntilanteeseen ja vajaa kolmasosa (31 %, n=11) ei arvioivat soveltavansa. Ohjauksen asiakaslähtöisyyttä tarkastellaan taulukossa 9.

Taulukko 9. Ohjauksen toteutus; summamuuttuja asiakaslähtöisyys (n=35)

Muuttuja	ka	kh	n
Huomioin asiakkaan vastaanottokyvyn kokonaisvaltaisesti	4,24	0,82	34
Selvitän, mitä asiakas tietää ohjattavista asioista	4,09	0,97	34
Selvitän asiakkaan tämänhetkistä elämäntilannetta	4,06	0,74	34
Otan asiakkaan omaiset tarvittaessa mukaan ohjaukseen	4,03	0,97	34
Selvitän asiakkaan elintapoja	3,97	0,97	34
Kartoitan asiakkaan tilannetta kokonaisvaltaisesti	3,94	0,95	34
Kartoitan asiakkaan elinoloja ja ympäristön olosuhteita	3,94	0,95	34
Kartoitan asiakkaan tarpeet ohjauksen lähtökohdaksi	3,88	1,15	34
Selvitän mitä asiakas itse pitää tärkeänä omassa tilanteessaan	3,74	1,14	34
Huomioin asiakkaan muutosvaiheen	3,65	1,01	34
Sovellan ohjattavia asioita asiakkaan elämäntilanteeseen	3,38	1,18	34
Selvitän, mikä on asiakkaan tapa oppia asioita	2,62	0,99	34

Vuorovaikutuksen toteutuminen oli hyvää suurimman osan vastaajien arvioimana (86 %; n=34) ja vain kymmenesosa (11 %; n=4) arvioi vuorovaikutuksen toteutumisen tyydyttäväksi. Taustamuuttujista iällä, työkokemuksella ja potilasohjaukseen käytettävällä ajalla ei ollut tilastollista yhteyttä suhteessa vuorovaikutuksen toteutumiseen. Keskiarvotarkastelujen perusteella vuorovaikutus toteutui hyvin kaikilla osa-alueilla. Niiden perusteella hoitohenkilöstö arvioi vuorovaikutuksellisuuden toteutuvan asiakkaan mahdollisuutena ilmaista tunteita (ka= 4,74), mahdollisuutena esittää kysymyksiä ohjaustilanteessa (ka= 4,65), sekä sellaisena toimintana, että asiakas kokee olevansa arvostettu ohjaustilanteessa (ka= 4,62). Hyvää vuorovaikutuksen toteutumisessa oli myös se, että vuorovaikutus auttoi luomaan yhteistyösuhteen asiakkaan kanssa (ka= 4,59), asiakkaalle tarjottiin hänen tilanteensa kannalta tarpeellisia tietoja ja tukea ohjauksessa (ka=4,50) ja ohjauksessa tunnistettiin erot asiakkaan ja ohjaajan rooleissa siten, että asiakas oli oman tilanteensa ja tavoitteensa asiantuntija ja ohjaaja ohjauksen asiantuntija (ka=4,44). Vastanneet arvioivat, että asiakkaalta varmistettiin, että hän on ymmärtänyt keskustelun (ka= 4,29) ja häntä motivoitiin osallistumaan keskusteluun (ka= 4,26). Ohjauksen vuorovaikutuksen toteutumisesta tarkastellaan taulukossa 10.

Taulukko 10. Ohjauksen toteutuminen; summamuuttuja vuorovaikutus (n=35)

Muuttuja			
Asiakkaalla on mahdollisuus ilmaista tunteita	4,74	0,45	34
Asiakkaalla on mahdollisuus esittää kysymyksiä	4,65	0,49	34
Asiakas kokee olevansa arvostettu ohjaussuhteessa	4,62	0,55	34
Vuorovaikutus auttaa luomaan yhteistyösuhteen asiakkaan kanssa	4,59	0,56	34
Tarjoan asiakkaalle tilanteen kannalta tarpeellisia...	4,5	0,75	34
Käytän ohjauksessa selkeää ja ymmärrettävää kieltä	4,44	0,66	34
Tunnistan erot asiakkaan ja ohjaajan rooleissa	4,44	0,71	34
Varmistan, miten asiakas on ymmärtänyt keskustelun	4,29	0,76	34
Motivoin asiakasta osallistumaan ohjaukseen	4,26	0,86	34
Vastuu vuorovaikutuksen etenemisestä on minulla...	4,21	0,67	34
Annan asiakkaalle myönteistä palautetta ...	4,18	0,8	34
Ohjaus toteutuu vastavuoroisessa ohjaussuhteessa	4,12	0,91	34
Arvioin asiakkaan sanomia ja kuulemiani asioita...	4,12	0,96	33
Käyn kerralla läpi 1-3 keskeistä asiaa	4,03	0,94	34
Havannoin/arvioin asiakkaan sanallista ja sanatonta...	4	0,99	34
Esitän asiakkaalle avoimia kysymyksiä	4	0,99	34
Kiinnitän huomiota ohjaustilanteen ilmapiiriin	3,94	1,01	34
Osoitan asiakkaan puheen ja tekojen välisen...	3,91	0,93	34
Kertaan keskeiset asiat ohjauksen loppuksi	3,88	1,07	34
Vuorovaikutus on tavoitteellista toimintaa...	3,88	0,98	34
Rohkaisen asiakasta esittämään ohjaustoiveita	3,71	1,12	34

Vastaajista reilu puolet (54 %; n=19) rohkaisee asiakasta esittämään ohjaustoiveita ja viidesosa (20 %; n=7) ei rohkaise asiakasta esittämään ohjaustoiveita. Myös ohjattavien asioiden soveltaminen potilaan elämäntilanteeseen jakoi mielipiteitä. Yli puolet vastaajista (54 %; n=19) sovelsi ohjattavia asioita asiakkaan elämäntilanteeseen ja lähes kolmannes (31 %; n=11) oli eri mieltä asiasta. Yli puolet vastaajista (66 %; n=23) huomioi potilaan muutosvaiheen ohjausta toteuttaessaan, mutta viidesosa (20 %; n=7) jättää sen huomiotta.

Ohjauksen tavoitteellinen toiminta toteutui suurimmaksi osaksi tyydyttävällä tavalla. Vastaajista 57 % (n=20) katsoi ohjauksen tavoitteellisen toiminnan toteutumisen tyydyttäväksi ja 37 % (n=13) katsoi sen toteutumisen hyväksi. Vain yksi vastanneista (2,9 %) katsoi tavoitteellisen toiminnan toteutuvan huonosti. Taustamuuttujista iällä, työkokemuksella eikä potilasohjaukseen käytettävällä ajalla ei ollut tilastollista merkittävyyttä suhteessa tavoitteelliseen toimintaan.

Keskiarvotarkastelujen perusteella tavoitteellinen toiminta ohjauksessa näkyi siinä, että asiakasta ohjataan, mihin hän voi ottaa yhteyttä ongelmatilanteissa ($ka=4,62$), asiakasta rohkaistaan ottamaan vastuuta omasta tilanteestaan ($ka=4,47$) ja asiakkaalle perustellaan annetut ohjeet ($ka=4,44$). Ohjauksen tavoitteellisuutta selittivät myös se, että huolimatta osallistumattomuudesta ohjaukseen asiakkaan kanssa käydään läpi välttämättömät asiat, jotta asiakas voi toteuttaa itsehoitoa niiden perusteella ($ka=4,26$). Lisäksi asiakkaalta varmistetaan, että hän oli ymmärtänyt ohjattavat asiat ($ka=4,21$; $kh=0,69$).

Tyydyttävästi ohjauksen tavoitteellisuus näkyi siinä, että asiakkaalta pyydettiin palautetta annetusta ohjauksesta ($ka=2,53$). Hoitohenkilöstön mielestä tyydyttävästi toteutui myös se, että asiakkaan kanssa käytiin läpi yhdessä tavoitteet ja niiden toteutuminen ($ka=2,88$), ohjauksen tavoitteiden kirjaaminen hoitosuunnitelmaan ($ka=2,91$) sekä ohjaukselle asetettujen lyhyen ja pitkän aikavälin tavoitteiden asettaminen ($ka=2,97$). Tavoitteellisen toiminnan toteutumista tarkastellaan taulukossa 11.

Taulukko 11. Ohjauksen toteutuminen; summamuuttuja tavoitteellinen toiminta (n=35)

Muuttuja	ka	kh	n
Mihin asiakas voi ottaa yhteyttä ongelmatilanteissa	4,62	0,49	34
Rohkaisen asiakasta ottamaan vastuuta omasta	4,47	0,93	34
Perustelen antamani ohjeet	4,44	0,56	34
Jos asiakas ei osallistu ohjaukseen, käyn läpi	4,26	0,83	34
Kysyn asiakkaalta, miten hän on ymmärtänyt	4,21	0,69	34
Annan asiakkaalle myönteistä palautetta	4,15	0,7	34
Asetettu tavoite on konkreettinen...	3,64	1,08	33
Järjestän asiakkaalle tarvittaessa uuden...	3,62	1,18	34
Annan asiakkaalle kehittämistä vaativaa palautetta	3,53	0,9	34
Tarkistan kysymällä, miten asiakas ymmärsi saamansa	3,38	1,07	34
Ohjaukselle asetetaan erilaisia tavoitteita	3,29	1,17	34
Asetan asiakkaan kanssa yhdessä tavoitteita ...	3,12	0,95	34
Arvioin itse miten ohjaus onnistui/mitä ohjaajana opin	3,12	1,12	34
Kirjaan ohjauksen arvioinnin potilaskertomukseen	3	1,03	33
Ohjaukselle asetetaan lyhyen ja pitkän aikavälin tavoitteita	2,97	1,09	34
Ohjaan kysymysten avulla asiakasta arvioimaan ohjausta	2,94	1,1	34
Kirjaan ohjauksen tavoitteet hoitosuunnitelmaan	2,91	1,03	34
Käyn asiakkaan kanssa yhdessä läpi tavoitteet ja niiden...	2,88	1,02	33
Pyydän asiakkaalta palautetta ohjauksesta	2,53	0,96	34

Vastanneista 60 % (n=21) hoitohenkilöstöstä ei pyytänyt asiakkaalta palautetta samastaan ohjauksesta ja vain kymmenesosa vastaajista (14 %; n=5) pyysi palautetta ohjauksesta asiakkaalta. Lähes puolet vastanneista (46 %; n= 16) ei kirjannut ohjauksen tavoitteita hoitosuunnitelmaan ja yli kolmannes (37 %; n=13) kirjasi ne hoitosuunnitelmaan. Vastaajista 40 % (n=14) arvioi, että he eivät asettaneet ohjauksessa lyhyen ja pitkän aikavälin tavoitteita ohjaukselle ja reilu kolmasosa (37 %) kuitenkin asetti tavoitteita sille. Asiakkaan kanssa käydään läpi tavoitteet ja niiden toteutumisen esimerkiksi ohjaustilanteen tai hoitajakson lopussa vajaa kolmannes (31 %; n=11) ja 40 % (n=14) ei käynyt lainkaan läpi ohjauksen tavoitteita ja niiden toteutumista. Ohjauksen aikana 40 % (n=14) ei ohjannut kysymysten avulla asiakasta arvioimaan itse ohjausta ja omaa oppimistaan. Vastaajista 43 % (n=15) arvioi miten ohjaaminen onnistui sekä mitä ohjaajana oppi. Asiakkaalta tarkistettiin kysymällä, miten asiakas ymmärsi saamansa palautteen noin puolen (51 %; n=18) vastaajien mielestä ja vajaa kolmannes (29 %; n=10) oli eri mieltä asiasta.

5.6 Ohjauksen vaikuttavuus

Ohjauksen vaikuttavuutta tarkasteltiin 22 osiolla ja niistä muodostettiin yksi summa-
muuttuja. Ohjauksen vaikuttavuuden arvioi hyväksi 87 % (n=31) vastaajista, ja kaksi
vastanneista (6 %) arvioi sen tyydyttäväksi, ja 6 % (n=2) arvioi sen huonoksi. Taus-
tamuuttujista iällä, työkokemuksella ja potilasohjaukseen käytettävällä ajalla ei ollut
tilastollista yhteyttä suhteessa ohjauksen vaikuttavuuteen.

Keskiarvotarkastelujen perusteella ohjauksen vaikuttavuus arvioitiin hyväksi kaikilta
osa-alueiltaan. Niiden perusteella ohjauksella katsottiin voivan vaikuttaa asiakkaiden
terveydentilaan (ka=4,77), tiedon määrään sairaudesta (ka=4,66), myönteiseen asen-
noitumiseen hoitoa kohtaan (ka=4,63), toimintakykyyn (ka=4,60), mielialaan (ka=4,6)
sekä hyvinvoinnin tunteeseen (ka=4,54). Ohjauksen vaikuttavuutta selittävät myös
sen vaikutus tiedon ymmärtämiseen (ka=4,51), itsehoitoon kotona (ka=4,49), kotona
selviytymiseen (ka=4,37), hoitoon sitoutumiseen (ka=4,34) sekä hoitoon osallistumi-
seen (ka=4,34). Ohjauksen vaikuttavuutta tarkastellaan keskiarvojen perusteella taulu-
kossa 12.

Taulukko 12. Ohjauksen vaikuttavuus (n=35)

Muuttuja	ka	kh	n
Ohjauksella voidaan vaikuttaa...			
...terveydentilaan	4,77	0,43	35
...tiedon määrään sairaudesta	4,66	0,64	35
...myönteiseen asennoitumiseen hoitoa kohtaan	4,63	0,69	35
...toimintakykyyn	4,6	0,65	35
...mielialaan	4,6	0,65	35
...hyvinvoinnin tunteeseen	4,54	0,7	35
...tiedon ymmärtämiseen	4,51	0,82	35
...vastuunottoon hoidosta	4,51	0,78	35
...itsehoitoon kotona	4,49	0,82	35
...selviytymiseen kotona	4,37	0,88	35
...hoitoon sitoutumiseen	4,34	0,84	35
...osallistumiseen hoitoon	4,34	0,8	35
...lääkkeiden käyttöön	4,31	0,93	35
...ruokavalioon sitoutumiseen	4,26	0,83	34
...liikuntaan sitoutumiseen	4,14	0,97	35
...lisäsairauksiin	4,03	1,1	35
...toistuviin oireisiin	4,03	1,1	35
...hoitokäyntien määrään	4,03	1,13	35
...asiakas- ja omaispuhelujen määrään	3,89	1,16	35
...terveyspalvelujen käyttöön	3,89	1,02	35
...terveyserojen kaventamiseen	3,59	1,21	34
...sairauspoissaolojen määrään	3,57	1,09	35

Heikoiten ohjauksen katsottiin vaikuttavan terveyserojen kaventumiseen. Vastanneista 57 % (n=20) oli sitä mieltä, että sillä pystytään vaikuttamaan terveyserojen kaventumiseen, mutta 29 % (n=10) ei arvioinut ohjauksella olevan vaikutusta terveyserojen kaventumiseen. Ohjauksen vaikutuksista sairauspoissaolojen määrään arvioinnit jakaantuivat. Vastanneista 20 % (n=7) ei katsonut sillä olevan vaikutusta poissaoloihin ja, 60 % (n=21) puolestaan arvioi ohjauksen vaikuttavan siihen. Ohjauksen vaikutuksista lisäsairauksiin vastaukset jakaantuivat. 77 % (n=27) vastaajista katsoi, että ohjauksella on vaikutusta lisäsairauksiin, ja 17 % (n=6) katsoi, ettei ohjauksella pystytä vaikuttamaan lisäsairauksiin.

5.7 Ohjauksen kehittäminen

Oman työyksikön ohjaukseen liittyviä kehittämissuhteita kartoitettiin yhdellä avoimella kysymyksellä. Ohjauksen katsottiin olevan keskiarvotarkastelujen perusteella tyydyttävää ($ka=3,45$; $kh=0,56$) omassa työyksikössä. Hoitohenkilöstö toivoi ohjauksen ulkoisten tekijöiden, ohjauksen tavoitteellisen toiminnan sekä moniammatillisen yhteistyön kehittämistä.

5.7.1 Ohjauksen ulkoisten tekijöiden kehittäminen

Ohjauksen ulkoisia tekijöitä tulisi hoitohenkilöstön osalta kehittää erilaisten resurssien eli ohjaukseen käytettävän ajan, ohjaustilojen, hoitohenkilöstöresurssien sekä ohjausmateriaalien osalta. Lisäksi toivottiin kehittämistä ohjauksen organisointiin, koulutukseen sekä perehdytykseen. Ohjauksen resursseista eniten toivottiin riittävästi aikaa toteuttaa ohjaustoimintaa.

Ajan käytön suunnitteluun ohjaustoiminnassa esitettiin resurssien jakamista toisin esimerkiksi työvuorojen uudelleen suunnittelulla sekä riittävällä hoitohenkilöstön määrällä, jota voi irrottaa ohjaustoimintaa varten. Työvuorosuunnittelussa esitettiin hoitajan nimeämistä ohjaustoimintaan työvuoron aikana. Ohjaustoiminnan uskottiin onnistuvan paremmin, jos esimiehillä ja ylemmillä esimiehillä olisi käsitys hoidon ja ohjauksen resursseista sekä heiltä saisi tukea ohjauksen kehittämiseen:

”Osaston kuormitus on korkea – aina ei ehdi hoitaa potilasta kuten pitäisi. Organisaatiotasolla potilaan kuorman tasaaminen, vaikuttaa mahdollisuuteen antaa parempaa hoitoa ja ohjausta sen osana. Tähän tavoitteeseen ei yksin hoitotyön keinoin päästä.” (k 5)

”Osastolla on huonot tilat ohjauksille ja useasti joudutaan ohjaamaan potilashuoneissa, ja joskus ohjaustilanteet rauhattomia.” (k 19)

Ohjauksen resurssien lisäämiseen esitettiin myös hoitohenkilöstön määrän mitoitusasteen, että ohjaukseen jäisi riittävästi aikaa. Työyksikössä todettiin olevan paljon muuta aikaa vievää hoitotyötä, joka vie aikaa hyvältä ohjaukselta. Myös asiantuntijuuden hyödyntämistä ohjaustilanteissa toivottiin hyödynnettävän. Sydänpotilaiden ohjaukseen käytettävän sydänhoitajan puuttuminen työyksiköistä nähtiin puutteena aikaisemmin hyvin toteutuneelle ohjaukselle. Myös Sydänpiirin sekä sosiaalipuolen asiantuntijoiden hyödyntämistä ohjauksen tueksi esitettiin:

”Lisää aikaa ohjaukseen esim. työvuorosuunnittelulla, resurssiomalla hoitajia nimenomaan siihen tehtävään.” (k 1)

”Resurssien jakaminen toisin = työvuorojen uudelleen sijoittelu – aikaa ohjaukselle.”(k5)

”Tarvitsemme sydänhoitajaa auttamaan ohjauksessa, koska meillä ei siihen ole tarpeeksi aikaa. Sydänhoitajan palvelut on nyt karsittu osastolta!”(k 20)

Ohjaustilanteeseen sopivien tilojen puuttuminen nähtiin ongelmalliseksi. Sitä hankaloittivat osaston kuormittuneisuus sekä ylipaikoilla olevien potilaiden määrä. Ohjaukseen sopivaa rauhallista tilaa, jossa potilaan yksityisyys toteutuisi toivotulla tavalla, ei ollut käytettävissä:

”Yksityisyyden puute voi haitata ainakin joskus ohjausta. Välillä on kurja puhua potilaan kanssa yksityisasioita, kun kaikki muutkin potilaat + mahdolliset omaiset kuulevat.”(k 35)

”Osasto on kuormittunut kiireen ja ylipaikoilla olevien potilaiden vuoksi. Rauhallista tilaa ei ole, jossa ohjausta voisi antaa. Lisää henkilöresursseja kaivataan laadukkaana potilasohjauksen kehittämiseksi.”(k 1)

Ohjausmateriaalia, kuten kirjallista ohjausmateriaalia ja audiovisuaalista materiaalia, toivottiin ohjauksen tueksi. Ohjausmateriaalien sekä kirjallisen ohjauspaketin kehittäminen ohjauksen tueksi katsottaisiin helpottavan ohjaukseen sitoutumista. Tällöin vällettäisiin toteuttavan ohjauksen päällekkäisyyden syntyminen. Lisäksi ohjausmateriaalin päivittäminen ja kehittäminen nähtiin osana kehittämistyötä. Ohjausmateriaalia toivottiin paremmin nähtäville:

”Kirjallisen ohjauspaketin kehittäminen ja ohjaamiseen tarvittava runko ohjauksen tueksi voisi helpottaa ohjaukseen sitoutumista.”(k 1)

”Yksikössämme on materiaalia kohtuullisesti. Kaikki materiaali on kuitenkin kirjallista, joten ohjaus voi toteutua raskaalta ja ajan puutteen vuoksi tietoa tulee paljon kerralla.”(k 10)

”Kehittämistä myös ohjausmateriaalin päivittäminen ja ajan tasalla pitäminen.”(k 19)

Ohjauksen organisointi koettiin ongelmalliseksi ja sen kehittäminen koettiin merkitykselliseksi. Sen osalta kehittämistarpeiksi esitettiin ohjausvastuun jakamista sekä ohjauskäytäntöjen yhtenäistämistä. Ohjausvastuun katsottiin kuuluvan koko hoitotoimintaan osallistuvalla tiimillä, ei vain sydänhoitajalle.

”Potilaan ohjausta tulisi kehittää eri työyksiköiden välillä siten, että olisi selkeät toimintamallit, työnjako. Kaikki uudet ja vanhat työntekijät sitoutuisivat tekemään ohjausta ja kokisivat sen tärkeänä osana hoitoa. Miten? – koulutus, motivointi...”(k 4)

”Yhteistyötä tulisi kehittää kaikilla tasoilla, niin myös ohjauksessa, jotta ohjauksen päällekkäisyys voitaisiin välttää. Myös selkeät ohjeet puuttuvat kuka ohjaa ja mitä. Tästä johtuen potilaan ohjaus ”kaatuu” samojen henkilöiden harteille.”(k 1)

Ohjauksessa tarvittavaa asenteellista valmiutta toivottiin jokaiselle ohjaukseen kuuluvana velvollisuutena. Ainoastaan sydänhoitajalle kuuluvana tehtävänä ei sen nähty kuuluvan. Ohjauksen potilaslähtöisyyttä korostettiin:

”Yhteisesti sovitut ohjauksen ”pelisäännöt”.”(k11)

”Keskustelulla asennemuutosta, aiemmin ohjaus oli tietoisesti kasattu yhdelle henkilölle. Muiden helppo ”irtisanoutua” ohjaus tehtävästä. Nyt edessä työnjaon selkeyttäminen ja henkilöstön rohkaiseminen ohjaamiseen.(k 5)

Ohjaukikäytäntöjen yhtenäistämistä voitaisiin parantaa eri työyksiköiden välisellä yhteistyöllä sekä oman yksikön potilasohjauksen palaverilla. Ohjaukikäytäntöjen yhtenäistäminen ja kirjaaminen yhtenäisiksi toimintaohjeiksi esimerkiksi ohjausrungoksi selkiyttäisi ohjaustoimintaan liittyvää päällekkäisyyttä sekä potilaan ohjauksen suunnitelmallista toteuttamista. Potilasohjauksen palaverit mahdollistaisivat hoitohenkilökunnan ajan tasalla olevien tietojen ja taitojen päivittämisen. Sen katsottiin lisäävän myös motivoitumista ohjaukseen. Ohjaukikäytäntöjen tueksi tarvittaisiin ohjaustoiminnasta vastaava hoitaja tai työryhmä, joka kehittäisi ohjaustoimintaa työyksiköissä ja sitouttaisi hoitohenkilöstöä ohjaustoimintaan:

”Oman yksikön potilasohjauksen palaveri, osastotuntiaika aika ajoin olisi hyvä idea. Motivoisi henkilökuntaa/täydentäisi tietoja ja taitoja.” (k 31).

”Ohjauksen työnjakoa tulisi kehittää yhdessä oman ja muiden työyksiköiden kanssa eli yhteistyötä lisäämällä. Eri yksiköissä tarvittaisiin ohjauksesta vastaava hoitaja tai työryhmä ohjaustoiminnan kehittämiseen ja henkilökunnan sitouttamiseen.” (k 1)

”Itse haluaisin, että ohjaukselle olisi selkeä runko(meillä ilmeisesti tekeillä) minkä mukaan ohjata ja ohjaus tulisi varmistettua.”(k 10)

Hoitohenkilökunta piti ohjauksen työnjaon kehittämistä tärkeänä ohjauksen sujumiselle. Ohjauksen työnjakoa voitaisiin hoitohenkilökunnan mielestä parantaa sekä työyksikön sisällä että eri työyksiköiden välillä yhteistyötä lisäämällä. Ohjauksen työnjaon tulisi olla selkeämpi. Yhteiset palaverit sekä käytännöt yksiköiden välillä koettiin tarpeelliseksi. Ohjaustoiminnan työnjakoa voisi kehittää sopimalla selkeästi ohjaustoiminnan eteneminen eri yksiköiden välillä:

”Ohjauksen työnjakoa tulisi kehittää yhdessä oman ja muiden työyksiköiden kanssa eli yhteistyötä lisäämällä.”(k 1)

”Ohjauksen työnjaon tulisi olla selkeämpi. Ohjausrungon tulisi olla selkeä ja materiaalia valmiina” (k 6)

Ohjauksen toteuttamisen ajankohta painottui osastolle ja kotiuttamisen jälkeen, jolloin potilas on vastaanottavaisempi. Ohjauksen jatkuvuus turvattaisiin hoitohenkilökunnan

mielestä ohjauksetoista lisäämällä ja ohjauksen järjestämisellä jatkohoitoon. Potilaan tulee olla selvillä, mihin hän ottaa yhteyttä ongelmatilanteissa. Ohjauksen jatkuvuus tulisi turvata kotiutumisen jälkeen poliklinikalla uusia ohjausmuotoja käyttäen, kuten esimerkiksi sähköisellä asiointipalvelulla sekä omahoitosivujen käyttöönotolla:

”Potilaan vastaanottokyky ei ole akuutissa vaiheessa hoitoa parhain ohjaukselle. Tärkeintä on tilanteen selkiyttäminen potilaalle. Sydänvalvonnan hoidon tavoitteena on saada potilas vuodeosastolle jatkohoitoon tietoisena siitä, mikä häntä vaivaa. Ohjauksen antamisen parhain ajankohta on vuodeosastolla ja kotiuttamisen jälkeen, kun tilanne on selkiytynyt. Sydänvalvonnassa pystytään hyvin harvoin järjestämään aikaa ohjaukselle tms. Ei järjestetä erillistä ohjaustilannetta. Ohjaus tapahtuu työnteon ohessa potilaan vuoteen ympärillä.”(k 32)

”Potilaan ohjaus jatkohoidossa tulisi turvata. Mihin potilas voi ottaa yhteyttä ongelmia kohdatessaan esim. lääkehoidon suhteen. Potilas tarvitsee jatkohoitoon ohjausajan ja paikan mihin potilas voi perusterveydenhuollossa ottaa yhteyttä.”(k 1)

”Ohjauksetoista tulisi olla useampia, jotta ohjauksen ymmärrettävyys ja sitoutuminen ohjeisiin voidaan selvittää.”(k 21)

Merkittäväksi kehittämiseksi tuotiin esille koulutustoiminnan lisääminen ohjaukseen. Hoitohenkilökunnan mielestä ohjaukseen tarvittaisiin lisää asianmukaista koulutusta sekä täydennyskoulutusta, jotta se toisi lisävalmiuksia ohjaustyöhön. Ohjauksen sisällöstä ja -menetelmistä toivottiin perehdytystä. Koulutusta tarvittaisiin ohjausmenetelmien hallintaan, ohjauksen sisältöön sekä vuorovaikutuksen lisäämiseksi moniammatillisissa tiimissä. Vuorovaikutuksen lisääminen eri ammattiryhmien kanssa lisäisi ohjaukseen liittyvää vuoropuhelua. Tämä mahdollistuisi esimerkiksi työnkieron mahdollisuudella:

”Säännöllisesti olisi hyvä järjestää koulutuksia.”(k 19)

”Myös ohjaajat eli rivityöntekijät tarvitsevat koulutusta ohjaukseen, kuten erilaisten ohjausmenetelmien hallintaan. Lisää koulutusta ohjattavista asioista säännöllisesti, jotta potilaalle annettava tieto olisi ajan tasalla olevaa. Näyttöön perustuvaa tietoa tulisi saada enemmän hoitajille. Toisaalta meillä on myös itsellämme vastuu ammattitaidosta.”(k 1)

Koulutuksen sisältöalueiksi nousivat sosiaaliturvaan liittyvät asiat, lääkkeet ja uudet lääkehoidon menetelmät, sydänpotilaan kuntoutus ja vertaisryhmät sekä eläkkeet. Lisäksi toivottiin koulutusta sydänpotilaan hoitomenetelmistä ja hoitosuosituksista sairaalan omilta lääkäreiltä. Koulutusta tulisi järjestää kaikille hoitotyössä toimiville säännöllisesti, jotta potilaalle annettava tieto olisi ajan tasalla olevaa. Toisaalta korostettiin omaa vastuuta ammattitaidon ylläpitämisestä:

”Hoitajien kouluttaminen/tietotaidon lisääminen toisi lisävalmiuksia ohjaustyöhön. Erityisesti lääkehoidolliset ja esim. ns. ”tuki asiat” (Kela-korvaukset tms.)”(k 33)

”Ohjauksen perehdytys on vajavaista ja tiedotteet esim. vertaistukiryhmistä.” (k 15)

”Tietoa myös hoitajille uusista lääkkeistä ja hoitomenetelmistä, hoitosuosituksista, lääkäreiden puolelta.” (k 10)

Ohjaukseen perehdyttäminen nähtiin tärkeänä osana ohjauksen onnistumista ja sen parantaminen onnistuisi perehdytysohjelman luomisella. Erityisesti uusien ja nuorten työntekijöiden perehdyttäminen sitouttavana tekijänä nähtiin tärkeänä. Työnkierto perehdyttämisen välineenä voisi parantaa ohjauksen laatua:

”Kouluttamalla uusia/nuoria työntekijöitä. Koko ajan kouluttamalla itseään.” (k 34)

”Uusien työntekijöiden perehdyttäminen ja heidän sitouttamisensa ohjaamiseen on tärkeää.” (k 1)

5.7.2 Ohjauksen tavoitteellisuuden kehittäminen

Ohjauksen tavoitteellisuuden toteutumiseksi pidettiin tärkeänä erilaisten ohjausmenetelmien hyödyntäminen ohjauksessa. Erityisesti ryhmäohjauksen lisäämistä ohjausmenetelmänä esitettiin ohjauksen tehostamiseksi. Ryhmäohjauksesta voisivat vastata osaston omat hoitajat asiantuntemuksensa ja vapaaehtoisuutensa mukaan. Myös ulkopuolisten asiantuntijoiden käyttöä ryhmäohjauksen antajana toivottiin. Sydänhoitajan, diabeteshoitajan, Sydänpiirin edustajan sekä sosiaalipuolen asiantuntijoiden osallistumista ryhmäohjauksen toteuttamiseen toivottiin potilasohjauksen kehittämiseksi. Ohjausmenetelminä voitaisiin käyttää enemmän lisäksi audiovisuaalista ohjausta, puhe-
linohjausta sekä Internet-ohjausta. Kirjallisen ohjausmateriaalin käyttö nähtiin tärkeänä, mutta sen runsas käyttö ohjauksessa voi tuntua raskaalta ja potilaalle ohjattavaa tietoa voi yhdellä kertaa tulla paljon:

”Ryhmäohjauksen kehittäminen uudestaan ohjelmaan, jotta voidaan säästää resursseja muuhun hoitotyöhön ja tehostaa ohjausta. Ryhmäohjauksesta voisivat vastata osaston omat hoitajat asiantuntemuksensa ja vapaaehtoisuutensa mukaan.” (k1)

”Ryhmäohjauksen voisiko ottaa käyttöön? TV, videot. Potilas, hoitaja ja omainen - keskustelu.” (k 8)

”Mutta myös ulkopuolisia asiantuntijoita esim. Sydänpiiriä, sydänhoitajaa, diabeteshoitajaa ja sosiaaliturvapuolen asiantuntijuutta tulisi hyödyntää. Asiantuntijuuden hyödyntäminen ohjauksessa.” (k 1)

Ohjauksen suunnittelun tulisi lähteä potilaan ohjaustarpeen kartoituksesta. Ohjauksen tavoitteellisuuden toteutumiseksi korostettiin ohjauksen yksilöllisyyden huomioimista ohjaustilanteen kartoituksessa. Erityisesti korostettiin potilaan vastaanottokyvyn huomioimista ohjaustilanteessa. Alkuvaiheen akuutissa tilanteessa vastaanottokyvyn ei

katsottu olevan aina parhaimmillaan, vaan tärkeää on aluksi selkiyttää tilanne potilaalle, tukea psyykkistä tilanteen hallintaa sekä motivoida ja voimavaraistaa potilasta toimimiseen:

”Sopimalla selkeämmin ohjattavat asiat ja tarpeet/kartoituksen – vrt. hoitoaika lyhyt; sairastuminen äkillinen ja hämmäntävä, sopeutuminen alussa, vastaanottokyky äkillisessä tilanteessa.” (k 34)

”Ohjaus on yksikössämme melko kaavamaista, yksilöllisyyttä voisi olla enemmän. Toisaalta yksilöllinen ohjaus vaatisi enemmän aikaa henkilökunnalta. Toisaalta yksilöllinen ohjaus vaatisi enemmän aikaa henkilökunnalta.” (k 10)

Ohjauksen toteutumista ja arviointia tulisi lisätä. Potilaalla ja hänen omaisellaan tulisi olla mahdollisuus arvioida ohjaamisen toteutumista. Ohjaajan tulee arvioida potilaan sitoutumista ohjaukseen. Lisäksi ohjaajan tulee arvioida omien ohjaamistaitojensa onnistumista

”Arviointia tehostamalla.” (k 34)

”Ohjauksen vaikutuksia potilaan ja hänen omaistensa selviytymiseen ja sitoutumiseen tulisi arvioida. Lisätuen antaminen potilaalle, jos on tarvetta. Meidän hoitajien tulisi arvioida myös omaa ohjaamistamme, ohjaammeko ja motivoimmeko vai annammeko neuvoja ja tietoa.” (k 1)

Ohjauksen tavoitteellisuuden toteutumisessa nähtiin tärkeänä lisäksi ohjauksen kirjaaminen hoitosuunnitelmaan osana tavoitteellisuutta. Tämä nähtiin helpottavan ohjauksen päällekkäisyyksien syntymistä sekä ohjauksesta vastuunottamista omassa työvuorossa osana hoitotyötä. Sähköinen ohjauskaavake nähtiin tarpeellisena ohjauksen jatkuvuuden turvaamiseksi ja kirjaamisen helpottamiseksi:

”Vaikka Whoikelle kirjataan pysyvä hoidon tarve (jos vaikka sairastanut I sydäninfarktin, koronaaritauti, HT, FA, saa tahdistimen, sydämen vajaatoiminta). Pysyvä ohjauksen tarve! Hoitaja työvuorossa ottaa jonkun ohjauksen osan ja antaa siitä ohjausta, joka kirjataan ylös, Toinen jatkaa siitä. Mitä materiaalia on annettu, mistä puhuttu...” (k 8)

”Kirjataanko ohjausta riittävästi, onko se kirjattu hoitosuunnitelmaan, arvioinnista puhumattakaan. Vältetään päällekkäisyyksien puhuminen ja ohjauksen tavoitteellisuus tulee esille.” (k 1)

5.7.3 Moniammatillinen yhteistyö

Moniammatillisen yhteistyön kehittäminen nähtiin tärkeänä monella eri tasolla. Yhteistyön kehittäminen nähtiin tärkeänä organisaation sisällä, eri ammattiryhmien välillä sekä yhdessä potilaan jatkohoidon kanssa. Yhteistyön parantaminen toteutuisi li-

säämillä yhteistyötä lääkärien, asiantuntijasairaanhoitajien, sosiaalipuolen sekä perusterveydenhuollon kanssa:

”Potilaan ohjausta tulisi kehittää eri työyksiköiden välillä siten, että olisi selkeät toimintamallit, työnjako. Kaikki uudet ja vanhat työntekijät sitoutuisivat tekemään ohjausta ja kokisivat sen tärkeänä osana hoitoa. Miten? – koulutus, motivointi...”(k 4)

”Yhteistyötä perusterveydenhuollon kanssa, jotta hoidon jatkuvuus turvattaisiin. Näin voitaisiin parantaa hoidon laatua, potilaan sitoutumista ja vähentää turhia sairaaläkäyntejä ja -soittoja. Potilas putoaa nyt sairaalavaiheen jälkeen tyhjän päälle. Jatkohoidon ja -ohjauksen puuttuminen iso puute”.(k 1)

6 POHDINTA

6.1 Tutkimustulosten tarkastelu

Tutkimuksessa selvitettiin Kymenlaakson keskussairaalassa sydänpotilaiden hoitamiseen osallistuvan hoitohenkilökunnan potilasohjausvalmiuksia, kuten tiedollisia, taidollisia ja asenteellisia valmiuksia ohjata potilaita sekä verrattiin niitä aiemmin tehtyihin tutkimuksiin. Lisäksi selvitettiin ohjauksen lähtökohtia, toteutumista, resursseja ja ohjauksen vaikuttavuutta hoitohenkilökunnan näkökulmasta käsin. Tutkimus oli osa potilasohjauksen kehittämistyötä tutkimuksen kohteena olevassa keskussairaalassa. Tavoitteena oli saada hoitohenkilökunnan näkökulmasta sellaista tietoa, jota voitaisiin käyttää hyödyksi potilasohjauksen kehittämistyössä. Tutkimuksen tarkoituksena oli myös osa Oulun yliopiston terveystieteiden laitoksen Potilasohjauksen laadun arviointi-tutkimushanketta, jossa oli tarkoituksena arvioida potilasohjauksen laatu -mittareita eri toimintaympäristöissä.

Hoitohenkilökunta käytti potilasohjaukseen aikaa työvuorossa keskimäärin 1 tunnin 35 minuuttia, mutta vain yksi tutkimukseen osallistuneista ei ollut arvioinut käyttämänsä ohjausaikaa. Potilasohjaukseen käytettävä aika osoittautui vähäisemmäksi verrattuna muihin tutkimuksiin. Perusterveydenhuollon tutkimuksessa ohjaukseen käytettiin aikaa noin 1 h ja 45 minuuttia (Linnajärvi 2010, 44). Lipposen ym. (2008, 126) tutkimuksessa perusterveydenhuollon vuodeosastolla potilasohjaukseen käytettiin aikaa hieman yli kolme tuntia. Erikoissairaanhoidossa toteutetuissa tutkimuksissa potilasohjaukseen käytettiin enemmän aikaa vaihdellen kahden ja kolmen tunnin välillä. (Kääriäinen ym. 2006, 4 - 13; Kääriäinen 2007; Tähtinen 2007, 59). Reunahuomautuksena ilmaistiin, että ohjausaika vaihtelee johtuen potilasvaihtuvuudesta ja potilasaineistosta. Lisäksi yksi tutkimukseen osallistuneista koki ohjaavansa potilasta koko työvuoron ajan. Neuvontaa mainittiin annettavan kuitenkin työn lomassa kaiken

aikaa. Potilasohjauksikäsitteen ymmärtämisessä saattoi olla epäselvyyttä, joten hoitohenkilökunnan saattoi olla vaikeaa arvioida ohjaukseen käyttämäänsä aikaa.

Tämän tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunnan tiedolliset valmiudet olivat yli puolella hyvät, mutta toisaalta reilu kolmannes kuvasi ne tyydyttäväiksi. Tutkimuksessa esiintulleiden hyvien tiedollisten valmiuksien taustalla saattavat olla potilasohjaustoimintaa hyvin tukevat kouluttautumismahdollisuudet sekä se, että ajan tasalla olevaa ohjausmateriaalia on helposti saatavilla ja heillä on tutkimustietoa sen tueksi. Aiemmissä tutkimuksissa tiedolliset potilasohjausvalmiudet olivat osoittautuneet myös hyväiksi (Kääriäinen 2006, 4 - 13; Lipponen ym. 2006; Kääriäinen 2007, 95; Lipponen ym. 2008, 127; Ervasti 2004, 27; Tähtinen 2007, 48). Linnajärven tutkimuksessa tiedolliset valmiudet olivat tyydyttävät (Linnajärvi 2010, 44). Isolan (2007, 56) tutkimuksessa potilasohjausvalmiudet olivat potilaiden mielestä kiitettävät.

Tutkimuksessa hyviä tiedollisia taitoja valmiuksia omattiin erityisesti sairauteen liittyvistä asioista, kuten vaaratekijöistä, sairaudesta ja sen kehittymisestä, liitännäissairauksista, hoidon etenemisestä sekä lääkehoitomenetelmistä. Myös muissa tutkimuksissa on saatu samankaltaisia tuloksia. Kääriäisen (2008, 96 - 97) tutkimuksessa parhaiten hallittu tiedon alue oli sairauden hoitoa koskevat tiedot, kuten tietoa sairaudesta, lääkkeiden käytöstä ja hoitotoimenpiteistä. Tähtisen (2007, 32) tutkimuksessa hoitohenkilökunnalla oli hyvin tietoa sairaudesta, vaaratekijöistä ja hoitotoimenpiteistä. Lipposen (2008, 127) tutkimuksessa parhaiten tiedettiin sairauksista ja niiden oireista sekä sairauksien aiheuttamista rajoituksista. Samoin Stenbäckin (2007, 48) tutkimuksessa parhaiten toteutunut tiedollinen osa-alue olivat sairauksiin liittyen vaaratekijät (vrt. Ervasti 2004, 27). Aikaisemmissä tutkimuksissa on tullutkin esiin, että potilaan hoitoon sitoutumiselle on tärkeää, että hän saa tietoa sairaudesta, omasta tilanteestaan ja siten ymmärtää hoidon merkityksen sekä viime kädessä hän pystyy hyväksymään sairautensa. Hän pystyy tiedon avulla tekemään terveyttä edistäviä valintoja ja hallitsemaan paremmin tilannettaan. Potilaat saattavat sitoutua itsehoitoon paremmin. (Pietilä ym. 2010, 23; Voutilainen 2010, 48; Paul 2008, 66 - 67; Eloranta, Vähätalo & Johansson 2009, 24; Kyngäs ym. 2009, 29; Kyngäs ym. 2004, 225 - 34; Kääriäinen & Kyngäs 2005b, 16.) Teoreettisen tiedon hallinta ja sen käyttäminen sekä soveltaminen käytännön hoitotyössä kuuluvat olennaisena osana sairaanhoitajien teoreettiseen osaamiseen (Surakka 2009, 81).

Huonoimmin toteutunut alue tiedollisten valmiuksien osalta tukee aikaisempien tutkimusten tuloksia. Huonoiten hallittiin potilaan kotiutumisen jälkeisistä jatkohoitoon

liittyvistä asioista kuten sosiaaliturvasta, vertaistukiryhmistä, hoidon järjestämisestä ja sairauden vaikutuksesta perheeseen. Huonoiten tiedettiin sosiaaliturvasta, kuten myös Tähtisen (2007, 33), Heinon (2009, 63) ja Stenbäckin (2007, 49) tutkimuksissa tuli esiin. Potilaalle tämä voi merkitä epävarmuutta omasta selviytymisestäään sekä se voi heikentää sisäistä hallinnan tunnettaan. Blek (2007, 13) on tutkimuksessaan osoittanut, että sepelvaltimotautia sairastavien ja heidän omaistensa tiedon saannissa ja ohjauksessa on parannettavaa. Sairaalavaiheen aikainen ohjaus painottuu sairauden fysiologiaan sekä lääkkeelliseen hoitoon. Tutkimuksissa on tullut lisäksi esiin, että potilaiden mielestä turvalliseen kotiutumiseen liittyi psyykkinen kokemus selviytymisen tunteesta eikä välttämättä aina annettu ohjaus. Potilailla ei ollut varmaa tietoa jatko-hoitosuunnitelmastaan tai jatkopaikastaan kotiutumistilanteessa. He tarvitsevatkin jo ennen kotiutusta riittävästi tietoa, mutta kotiutuessaan heillä tulisi olla selvillä, mihin hän ottaa yhteyttä epäselvissä tapauksissa. (Siimeslehto 2009; Attebring 2005, 153 - 159.)

Aikaisemmissa tutkimuksissa on tullut esiin, että vähemmän huomiota saavat sosiaali- seen, kokemusperäisiin, eettisiin ja taloudellisiin asioihin liittyvät kysymykset. Laadukkaan ohjauksen toteutumiseen potilaat tarvitsevat tietoa potilaan päivittäisistä toiminnoista selviämiseen liittyvistä asioista, sairaudesta ja sen oireista, lääkkeistä sekä mahdollisista komplikaatioista. (ks. Paananen 2004, 20 - 23; Kattainen 2004, 115; Johansson 2006, 41 - 43; Paul 2008, 66; Nevalainen, Kaunonen & Åstedt-Kurki 199.)

Myös tämä tutkimuksen tulokset vahvistavat sairauteen ja sen hoitoon liittyvien tietojen keskeisenä potilasohjausalueena. Toisaalta riittävä tieto sairauksista ja siihen liittyvistä asioista voi lisätä potilaan itsehoidon toteutumista auttaa potilasta hyväksymään sairautensa sekä sopeutumaan paremmin uuteen tilanteeseen. Tutkimusten mukaan potilaan ohjauksessa vastaanottama tieto auttaa häntä selviytymään sairauden kanssa sekä myös parempaan itsehoitoon kotona ja tämän kautta yleiskunnon paranemiseen ja elämänlaadun kohenemiseen. (Kyngäs ym. 2004, 225 - 34; Kääriäinen & Kyngäs 2005b, 16.) Ohjauksella pyritään parantamaan ennustetta, lievittämään oireita sekä vähentämään sairaalakäyntejä (Partanen ym. 2006, 2009). Potilaan saama tieto omasta sairaudestaan sekä hoidostaan auttaa tukemaan potilaan sisäistä hallinnan tunnetta. Ohjaaja voi mahdollistaa potilaan tiedon omaksumista ja ymmärtämistä hyödyntämällä kokemuksellista tietoa sekä ohjauksen soveltamista potilaan jokapäiväiseen toimintaan. (Arvila 2008, 66.)

Tyydyttävästi hallittiin tiedot potilaiden hoidon järjestämisestä, kuten jonoista, hoitotakuusta ja hoitoketjun toimivuudesta. Tulokset voivat osoittaa, että hoitohenkilökunnalla ei ole riittävästi tietoa potilaan hoitoprosessin etenemisestä ja tällä voi olla vaikutusta kokonaisuhoiton koordinointiin. Sairaanhoidtaja tehtäväkuvaan osaamiseen kuuluu vastata kokonaisuhoiton koordinoinnista hoidon jatkuvuuden edellyttämällä tavalla (Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon 2006, 66). Aikaisempien tutkimusten mukaan kokonaisvaltaisesti toteutetussa potilasohjauksessa kotiutussuunnitelman tekeminen, jatkohoidon toteuttaminen, potilaan voinnin ja kotona selviytymisen seuraaminen ovat tärkeitä potilasohjaukseen vaikuttavia tekijöitä. Omaisten ottaminen ohjaustilanteeseen sekä hoidon suunnitteluun ja toteutukseen on koettu hyväksi. (Strömberg 2002, 33 - 40; Strömberg 2005, 263 - 269; Ruotsalainen 2006, 167 - 68.) Sepelvaltimotautia sairastavan pallolaajennettupotilas tulee sitouttaa jo sairaalassa toimenpidejakson aikana jälkihoitoonsa siten, että hän kykenee ja ymmärtää hakeutua interventioiden piiriin riittävän tiedon ja tuen saamiseksi sekä jälkiseurannan toteutumiseksi. Tärkeitä ohjaustilanteissa on osata tunnistaa muuttuvia tiedontarpeita. (Paananen 2004, 32; vrt. Partanen ym. 2006, 2015.)

*Tämän tutkimuksen perusteella voidaan olettaa, että potilaiden ohjaaminen kotiutumisen jälkeiseen kuntoutukseen ja ohjaukseen vaatii kehittämistä. Kehittämistä koskevis-
sa ehdotuksissa tuli selkeästi esiin tiedontarpeet sydänpotilaiden vertaistukiryhmistä sekä kuntoutuksen jatkumisesta sairaalavaiheen jälkeen. Potilaan informoiminen hoidon toteutumisesta ja sen jatkuvuudesta voisi auttaa potilasta paremmin hakeutumaan hoidon pariin sekä olemaan tietoinen hänelle kuuluvista oikeuksista.*

Aikaisemmissa tutkimuksissa on tullut esiin, että kotiutumisen jälkeinen ohjaus on ollut vähäistä ja potilaat ovat kokeneet tietojen saamisen riittämättömäksi. Yhteydenpito sairaalavaiheen jälkeen tukipalveluihin sekä kirjallinen tieto annetusta ohjauksesta jatkohoidosta vastaavalle yksikölle on tärkeää. Potilaalle on tärkeää tietää, mihin hän ottaa yhteyttä ja mikä on jatkohoidosta vastaava yksikkö ongelmatilanteissa. Sydänpotilaan hoidossa on ollut ongelmana myös kuntoutukseen ohjautumisen epävarmuus. (Rantala & Vuorinen 2008, 259; Partanen 2006, 15; Paananen 2004, 28 – 32.) Sepelvaltimotautipotilaan hoidon koordinointi perusterveydenhuoltoon tulee turvata, sillä potilaiden sairaalavaiheen jälkeistä aikaa luonnehtivat epävarmuus jatkohoidon tasosta sekä arjen jatkumisesta. (Ruotsalainen 2006, 167; vrt. Taylor 2004, 682 - 92). Rantasen (2009, 69) mukaan potilaat arvostavat sitä, että terveydenhoitohenkilöstö ottaisi

heihin yhteyttä kotiutumisen jälkeen. Turvallisuudentunnetta lisää se, että tietää kehen voi ottaa yhteyttä.

Ohjauksen resurssit ja toimintamahdollisuudet olivat tyydyttävät. Hoitohenkilöstöltä kysyttiin avoimissa kysymyksissä oman työyksikön kehittämistarpeita. Hoitohenkilöstön mukaan toimintamahdollisuuksia rajoittivat ohjaukseen käytettävän ajan niukkuus, asianmukaisten ohjaukseen tarkoitettujen tilojen puuttuminen sekä se, että hoitohenkilöstön mitoitus ei ollut ohjauksen kannalta riittävää. Laadukkaasti ohjauksen toteuttamisen esteenä saattoi olla myös osaston kuormittuneisuus sekä yksityisyyden ja häiriöttömän ohjauksen mahdollistaminen. Myös muissa tutkimuksissa on saatu samankaltaisia tuloksia. Lipposen ym. (2008, 130) tutkimuksessa hoitohenkilöstö koki, että ohjaustoimintaa heikensivät ohjaukseen käytettävä vähäinen aika ja epäasialliset tilat ohjaukselle. Hyvään potilasohjaukseen vaikuttavat ohjaukseen mahdollistavat toimintaedellytykset, kuten käytettävissä oleva aika ja ohjaukseen käytettävän välineistön saatavuus.

Tutkimusten mukaan asianmukaiset toimintaedellytykset takaavat onnistuneen ohjauksen. Laadukkaaseen ohjaukseen kuuluu asianmukaisista resursseista huolehtiminen, koska sillä on yhteys potilaslähtöiseen, vuorovaikutteiseen, aktiiviseen ja tavoitteelliseen toimintaan. Resursseihin voidaan luetella kuuluvaksi riittävä henkilökuntamitoitus, sopivat tilat sekä hoitohenkilökunnan ohjausvalmiudet. (Kääriäinen 2007, 119; Kääriäinen 2008, 10 - 15; Lipponen ym. 2008, 132; Kääriäinen ym. 2005. 4 - 13 ; Kyngäs ym. 2009; 82, 92 - 93.)

Tutkimuksessa tuli esiin, että ohjaukseen tarvittavaa välineistöä oli riittävästi saatavilla. Toisaalta kehittämis ehdotuksiksi nousivat välineistön osalta kirjallisen ja audiovisuaalisen materiaalin saatavuus ohjauksen tueksi. Ohjausmateriaalin päivittäminen ja kehittäminen nähtiin osana ohjauksen kehittämistyötä. Aikaisempien tutkimustulosten mukaan kirjallinen ohjausmateriaali tukee suullista ohjausta etenkin, jos suulliseen ohjaukseen käytettävä aika on rajallinen lyhyiden hoitajaksojen aikana. Näin potilas voi tarvittaessa palata ohjeisiin kotiutumisen jälkeen, ja ne voivat parantaa potilaan sitoutumista (Kyngäs ym. 2007, 124 - 125).

On mahdollista, että potilaiden tiedonsaantia parantaisivat ohjauksen paremmat toimintamahdollisuudet, joita voitaisiin parantaa ohjauksen organisoimalla tehostamalla sekä suunnittelemalla paremmin ohjauksen toteuttamista esimerkiksi järjestämällä ohjaukseen aikaa. Tutkimusten mukaan ongelmana olivat myös tilojen asianmukaisuus

sekä ohjaukseen tarvittavan välineistön puuttuminen. Ohjauksessa tavoiteltuun lopputulokseen pääsemiseen vaikuttaa hoitoympäristö. (Lipponen 2006,22; Kääriäinen 2007, 119.) Kynkään (2007, 37) mukaan ohjaukseen soveltuva fyysinen ympäristö on parhaimmillaan sellainen, jossa voidaan keskeytyksettä ja häiriöttä keskittyä ohjaukseen ja se on parhaimmillaan siihen tarkoitettu tila, jossa on saatavilla ohjaukseen tarvittava ohjausmateriaali. Kiireetön ja rauhallinen ympäristö ovat onnistuneen ohjauksen edellytyksiä. Potilaan hoitoon sitoutumista voivaikeutta se, että hän aistii ympärillä olevan kiireen ja turvattomuuden, eikä hän uskalla kysyä askarruttavista asioista. (vrt. Kyngäs ym. 2009, 94 - 95.)

Taidolliset valmiudet arvioitiin tyydyttäväiksi, kuten myös Lipposen ym. (2008, 130) tutkimuksessa. Vain pieni osa arvioi ohjaustaitonsa huonoiksi. Muissa tutkimuksissa taidolliset valmiudet ovat olleet pääosin hyvät (Kääriäinen 2007, 97; Tähtinen 2007, 60; Ervasti 2004, 37; Stenbäck 2005, 37; Linnajärvi 2009, 45). Tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunnan hyviä ohjaustaitoja selittivät taidot arvioida sairauteen liittyviä asioita, jotka vaikuttavat oleellisesti potilaan hoitamiseen ja ohjaamiseen. Hoitohenkilökunta osasi arvioida potilaan hoitoprosessissa etenemistä arvioimalla potilaan hoidon etenemistä sekä jatkohoitoon liittyviä asioita, joten ohjausprosessin toteutumista voidaan pitää hyvänä. Toisaalta jo aiemmin tuli esiin se, että hoitohenkilökunnalla oli puutteita hoidon jatkuvuuden turvaamisesta koskien sairaalavaiheen jälkeistä aikaa.

Tutkimuksessa ohjauksen kehittämissuhteissa korostui koulutustoiminnan lisääminen ohjaukseen liittyvissä asioissa, huolimatta siitä, että hoitohenkilökunnalla oli hyvät mahdollisuudet saada koulutusta. Lisävalmiudet ohjaukseen mahdollistuisivat säännöllisillä koulutusmahdollisuuksilla sekä vuorovaikutuksen lisäämisellä eri ammattiryhmien kanssa sekä työnkierroilla. Vuorovaikutuksen lisääminen eri ammattiryhmien kesken lisäisi ohjaukseen liittyvää vuoropuhelua. Koulutustarpeiksi nousivat ohjausmenetelmien hallinta sekä potilaan ohjaukseen liittyvät sisällölliset asiat.

Tutkimusten mukaan hyvät ohjausvalmiudet ovat osa laadukasta potilasohjausta ja niitä pidetään hoitajien osaamisvaatimusten ydin alueina (Peltoniemi 2007, 17; Sairaanhoitajien, terveydenhoitajien ja kättilöiden osaamisvaatimukset terveydenhuollossa 2002,18). Asiantunteva ohjaaja hallitsee sekä teoreettista tutkimukseen perustuvan tiedon että erilaisia ohjausmenetelmiä. Ohjaaja asiantuntijana ohjaa potilasta prosessissa, jonka tarkoitus on, että potilas oppii itse käsittelemään kokemuksiaan, käyttämään resurssejaan, ratkaisemaan ongelmiaan ja suuntaamaan oppimistaan. (Pekkari

2009, 11 - 12, 51.) Hoitajien osaamisen vahvistaminen sydän- ja verisuonitauteja sairastavien potilaiden hoidossa on tärkeää sekä heidän ohjaus- ja opetustaitoihin tulisi kiinnittää huomiota (Ruotsalainen 2006, 169). Hoitohenkilöstön koulutusta on kehitettävä heidän nimeämistä osaamistarpeesta lähtien ja vahvistaa henkilöstön taitoja toimia entistä asiakaslähtöisemmin. Osaamisen tukemisenä nähdään myös henkilöstön ja terveyden edistämisen eri toimintakenttien välisen yhteistyön. (Pietilä ym. 2009, 10.)

Ohjausmenetelmien hallinta oli yksipuolista, kuten myös Kääriäisen (2007,119), Lipposen ym. (2008, 131) sekä Ekolan (2007, 54) tutkimuksissa. Parhaiten hallittiin vuorovaikutukselliset ohjausmenetelmät. Hoitohenkilökunta käytti erityisesti suullista ohjausmenetelmää potilasta ohjatessaan sekä täydensi sitä kirjallisilla ohjausmateriaaleilla sekä potilaalle annettavalla puhelinohjauksella. Sen sijaan ryhmäohjausmenetelmien sekä Internetin välityksellä tapahtuvaan ohjaukseen perustuvia ohjausmenetelmiä ei käytetty muita ohjausmenetelmiä tukevina. Hoitohenkilökunta ilmaisi kehittämissä ehdotuksissaan erilaisten ohjausmenetelmien, kuten ryhmäohjauksen ja audiovisuaalisen ohjauksen hyödyntämisen ohjauksessa ohjauksen tavoitteellisuuden toteutumiseksi. Erilaisten ohjausmenetelmien käyttäminen voisi mahdollistaa potilaiden yksilöllisten oppimistyylien huomioimisen ohjauksessa. Ohjauksessa käytettävien asiantuntijoiden käyttäminen ohjauksessa voisi hyödyttää potilaiden lisäksi myös hoitohenkilökunnan tietoja ja taitoja sekä ohjaukseen sitoutumista sekä motivoitumista.

Tutkimusten mukaan Suomessa hyödynnetään huonosti erilaisia ohjausmenetelmiä Ekolan (2007, 54). Kääriäisen (2005, 14) mukaan erilaisten ohjausmenetelmien monipuolisempi käyttö voisi tukea potilaan yksilöllistä tapaa omaksua asioita. Johanssonin (2006, 42 - 43) tutkimustulosten mukaan ohjauksen sisältö ja menetelmät vaihtelevat. Ohjauksessa ei aina oteta huomioon potilaan tilannetta ja tiedontarpeita, vaan ohjauksessa keskitytään biofyysisiin kysymyksiin ja rutiiniohjeiden antamiseen tavallisimmin henkilökohtaisessa neuvonnassa sekä kirjallisia ohjausmateriaalia hyödyntäen. Ryhmäohjausta, videointia ja tietokoneen välityksellä tapahtuvaa ohjausta käytetään vain harvoin. (Johansson 2006, 42 - 43.) Sen hyödyntäminen potilasohjauksessa tulisi huomioida, koska potilaat hyötyvät ryhmäohjauksessa samastaan vertaistuesta ja samalla hoitajien ajankäyttö tehostuu (Lipponen 2006, 23).

Hoitohenkilöstö arvioi asenteelliset valmiudet hyväksi, kuten myös muissa aikaisemmissa tutkimuksissa on tullut esiin (Stenbäck 2005, 49; Kääriäinen ym. 2006, 10 - 15;

Kääriäinen 2007, 99; Tähtinen 2007; 61; Lipponen 2008, 128). *Kuitenkin asenteellisissa valmiuksissa esiintyi ristiriitaisuuksia*, kuten myös muissa tutkimuksissa on saatu samankaltaisia tuloksia (Ervasti 2004, 38; Stenbäck 2005, 49; Kääriäinen 2007, 120; Tähtinen 2007, 61; Lipponen 2008, 131) *Hoitajien suhtautuminen ohjaukseen, ja sen hyötyyn olivat myönteisiä ja ohjaus koettiin tärkeänä osana omaa työtä. Positiivinen asennoituminen näkyi hoitohenkilöstön arvioimana sitoutuneena motivaationa ohjata asiakkaita, eikä kiireen annettu vaikuttavan motivaatioon. Toisaalta potilaita ohjaamiseen suhtauduttiin kielteisesti, koska sen todettiin vievän aikaa potilaan muulta hoidolta, sen koettiin olevan jopa turhauttavaa ja todettiin sen olevaan potilaan yksityisyyteen tunkeutumista. Kehittämisehdotuksissa nousi esille myös asenteiden merkitys ohjauksessa. Kuitenkin ohjauksen tulisi olla kaikkien velvollisuus huolimatta kiireestä eikä sitä voida yksilöidä kenenkään tehtäväksi.* Tutkimusten mukaan ohjauksen velvollisuus on jokaisella hoitotyössä toimivalla hoitajalla. Ohjauksella tuetaan potilasta löytämään omat voimavaransa, kannustetaan vastuunottoon omasta terveydestään ja hoitamaan itseään parhaimmalla mahdollisella tavalla. (Kyngäs ym. 2007, 5.) Hoitotyötä ohjaava ovat eettiset arvot, jotka antavat hoitotyön tekemiselle sen oikeutuksen (Sarvimäki ym.2009, 13 - 16). Airaksisen (1991) mukaan arvot määrittävät keskeisesti ammatillista toimintaa ja sen vuoksi ammattien edustajien tulisi toimia terveyden, hyvinvoinnin, turvallisuuden sekä tasa-arvon mukaisesti (Juujärvi 2007, 34).

Ohjaamatta jättäminen voi selittyä kiireellä ja vähäisellä hoitohenkilökunnan määrällä, mutta se voi johtua myös ohjaamiseen liittyvistä asenteista. Potilaan yksityisyyteen puuttuminen voi osoittaa potilaan itsemääräämisen kunnioittamista. Tutkimuksessa tuli esiin, että potilaan ohjausta toteutettiin vain, jos hän oli kiinnostunut asiasta. Potilaat voivat joutua tässä suhteessa epätasa-arvoiseen asemaan, koska ohjausta toteutetaan eri tavalla eri ohjaajien taholta. Eettisesti katsottuna oikeudenmukaisuus edellyttäisi, että jokaisen potilaan tulisi saada tarpeensa mukaista hoitoa, kuntoutusta ja ohjausta. Eettisen ongelman voivat aiheuttaa vähäiset voimavarat. Ohjauksen kustannuksella voi jotakin muuta jäädä tekemättä. (Lipponen ym. 2008, 131; Kyngäs ym. 2009, 53.) Lahtisen (2006,7) mukaan sairaanhoitajien eettiset periaatteet määrittävät myös potilasohjauksen perustaa ja lisäävät tietoisuutta eettisesti oikeasta tavasta toimia potilasohjaustilanteessa. Eettisestä näkökulmasta katsoen, ohjauksessa on huomioitava potilaan näkemys ja kokemus. Ne velvoittavat hoitajan toimimaan potilaan parhaaksi yhteistyössä eri ammattiryhmien edustajien kanssa. Ohjauksen tavoitteena voi-

daan pitää potilaan hyvinvoinnin edistämistä tai vaihtoehtoisesti on päätettävä kenelle ohjausta annetaan. Oikeudenmukaisuuden periaate ei toteudu, jos hoitoon vähän sitoutuneet saavat huonompaa hoitoa ja ohjausta.

Tutkimuksessa tuli esiin moniammatillisuuden hyödyntäminen potilasohjauksessa. Moniammatillisuuden lisäämiseksi esitettiin eri työyksiköiden asiantuntijuuden hyödyntämistä sekä erikoisosaajien, kuten sydänhoitajan, sosiaalihoitajan ja lääkärin hyödyntämistä niin koulutuksen kuin itse ohjaamiseen osallistumisen kanssa. Tämä tukeekin sen hyödyntämistä sydänpotilaan kuntoutuksessa, koska siinä toimitaan moniammatillisessa ryhmässä tiiviissä yhteistyössä jotta potilas saisi hoitonsa kannalta oleellisen tiedon käyttöönsä (vrt. Rantala ym. 2008, 259). Tutkimusten mukaan ammatillisen osaamisen keskeisiä lähtökohtia ovat ihmissuhdetaidot sekä valmiudet joustavaan ja tasavertaiseen yhteistyöhön potilaiden, heidän läheistensä ja moniammatillisen työryhmän kanssa (Isoherranen 2005, 14; Surakka 2009, 80). Asiantuntemukseen kuuluu kyky toimia yhteistyössä sekä luoda laaja-alaista osaamista muiden asiantuntijoiden kanssa (Sirviö 2010, 144). Vuorovaikutustilanteiden haasteita ovat ryhmän kokema sisäinen yhteenkuuluvuus sekä toisaalta eri ammattiryhmien kollektiivisuus. Yhteistyön haasteista huolimatta tavoitteen tulee olla yhteinen: potilaan terveyden edistäminen, sairauksien tutkiminen ja hoitaminen. Hyvät vuorovaikutustaidot antavat valmiuksia selviytyä haastavista tehtävistä. Ne ovat osa ammatillista osaamista. (Silvennoinen 2004, 17.) Terveysalalla asiantuntijuuteen voi kehittyä vain yhteistyössä ja verkostoitumalla muiden kanssa. Yhteistoiminnallisuuteen kuuluu havainnoida sekä tunnistaa omia tietojaan, taitojaan ja tunteitaan sekä samalla arvostaa toisten tietoja, taitoja ja tunteita. Tasavertaisuus mahdollistaa asioiden jakamisen ja niiden yhdessä työstämisen. (Janhonen ym. 2005, 16 - 17; vrt. Anttila 2006, 80 - 82, 91.)

Ohjauksen organisointi koettiin ongelmalliseksi ja sen kehittäminen merkitykselliseksi, koska ohjausvastuun jakamisessa esiintyi epäselvyyksiä sekä ohjauskäytännöt olivat määrittämättä sydänpotilaan hoitoprosessissa. Ohjauksen toteuttamisen tueksi kaivattiin osastoille sydänhoitajaa ja muita asiantuntijoita, mutta toisaalta ohjausvastuun koettiin olevan kaikilla. Ohjaustoiminnan kokonaisvaltaisen toimivuuden puuttuminen saattaa heikentää koko ohjaustoiminnan toteutumista ja viime kädessä potilaan asianmukaisen ohjauksen saamista. Myös Peltoniemen (2007, 99) tutkimuksessa vastuun jakaminen ohjauksessa eri osapuolten kesken oli puutteellista ja tästä johtuen päätöksenteko ei ollut johdonmukaista. Lipposen (2008, 130) tutkimuksessa kuitenkin

yhteistyön toimivuutta pidettiin hyvänä. Kääriäisen (2008, 5) & Kynkään ym. (2009, 95) mukaan ohjauksen tarkoituksenmukaisessa organisoinnissa on puutteita. Hoitotyön johtajilla ja hoitohenkilöstöllä on vastuu siitä, miten ohjausta arvostetaan hoitotyöhön kuuluvana asiana, ja miten ohjauksen resurssit ja ohjauksen järjestäminen mahdollistavat ohjauksen.

Tutkimuksessa tuli esiin, että ohjauksikäytäntöjen yhtenäistämistä voisi olla mahdollista parantaa lisäämällä potilasohjauksen kehittämiseen enemmän yhteistyötä työyksiköiden välillä. Vuorovaikutusprosessissa voitaisiin muodostaa yhteinen tavoite sekä yhteinen käsitys tarvittavista toimenpiteistä tai ongelmien ratkaisusta. Yhteistyön puuttuessa ohjauksen kokonaisvastuu voi jäädä toteutumatta ja hoidon jatkuvuus ei toteudu vaaditulla tavalla.

Yhteistyö ja työn kehittämismahdollisuudet parantavat osaltaan potilasohjauksen tasoa (Partanen 2004, 43 - 44; Lipponen ym. 2008, 132 - 133). Kääriäisen (2007, 93) mukaan ohjauksen toimivuutta lisäävät hoitohenkilökunnan välinen yhteistyö, ohjauksen kehittämisen mahdollisuus sekä ohjausmateriaalin ja tutkimustiedon saatavuus. Ohjauksen kehittämistarpeiksi ovat nousseet ohjausvastuun jakaminen sekä ohjauksikäytäntöjen yhtenäistäminen. Ohjausvastuuta voitaisiin jakaa omahoitajalle tai -lääkärille, mutta myös koko ohjaukseen osallistuva hoitotiimi voisi tehosta yhdessä toteutettavaa ohjauksikäytäntöä. (Kääriäinen 2008, 5.) Moniammatillisesti toimiessaan hoitotyöntekijän toiminnassa korostuu asiakaslähtöisyys, tiedon ja näkökulmien välinen yhteen koaminen, vuorovaikutteinen yhteistyö sekä verkostojen luominen (Isoherranen 2005, 14).

Hoitohenkilöstön mielestä heillä oli hyvät mahdollisuudet potilasohjauksen kehittämiseen omassa työyksikössään, joten se ei voi olla esteenä yhteistyön toteutumiselle. Kehittämistä koskevissa ehdotuksissa tuotiin esiin vuorovaikutuksen lisäämistä eri yksiköiden välillä, kuten Lipposen (2008, 131) tutkimuksessa tuli esiin. Yhteistyön toimimattomuutta saattoivat osoittaa hoitohenkilöstön esille tuomat asenteet ohjausta kohtaan etenkin ohjausvastuun kohdalla. Yhteistyön lisääminen voisi lisätä niin oman kuin muiden työn arvostamista ja tämä saattaisi parantaa potilasohjauksen laatua. Isoherranen (2005, 72) toteaaakin, että moniammatilliset tiimit voivat palvella asiakkaitaan heidän tarpeistaan lähtien asiakkaan liikkeessa eri palvelupisteiden lähellä. Keskeistä on koordinoita asiakkaiden kanssa työskentelevien tieto ja työ yhteen, poistaa

päällekkäistä työtä sekä pyrkiä muodostamaan kokonaisnäkemys tilanteesta asiakkaan liikkussa polun eri vaiheissa.

Asiantuntemukseen kuuluu kyky toimia yhteistyössä sekä luoda laaja-alaista osaamista muiden asiantuntijoiden kanssa (Sirviö 2010, 144). Sosiaali- ja terveydenhuollossa moniammatillisuus on erityinen haaste. Vuorovaikutustilanteiden haasteita ovat ryhmän kokemaa sisäinen yhteenkuuluvuus sekä toisaalta eri ammattiryhmien kollektiivisuus. Yhteistyön haasteista huolimatta tavoitteen tulee olla yhteinen: potilaan terveyden edistäminen, sairauksien tutkiminen ja hoitaminen. Hyvät vuorovaikutustaidot antavat valmiuksia selviytyä haastavista tehtävistä. Ne ovat osa ammatillista osaamista. (Silvennoinen 2004, 17.) Asiakaslähtöisessä työssä ja moniammatillisessa tiimissä työskennellessä tarvitaan yhteistyötaitoja. Terveysalalla asiantuntijuuteen voi kehittyä vain yhteistyössä ja verkostoitumalla muiden kanssa. Yhteistoiminnallisuuteen kuuluu havainnoida sekä tunnistaa omia tietojaan, taitojaan ja tunteitaan sekä samalla arvostaa toisten tietoja, taitoja ja tunteita. Tasavertaisuus mahdollistaa asioiden jakamisen ja niiden yhdessä työstämisen. (Janhonen ym. 2005, 16 - 17; vrt. Anttila 2006, 80 - 81, 91.)

Tutkimuksessa yhtenäisten ohjaukikäytäntöjen puuttuminen saattaa huonontaa potilasohjauksen laatua, koska se voi heikentää hoitohenkilökunnan motivaatiota ohjata potilaita. Selkeiden käytäntöjen puuttuminen voi mahdollisesti heikentää vastuun ottamista ohjauksen toteuttamisesta ja sen tavoitteellisuudessa. Hoitohenkilökunta kuitenkin motivoi potilaita osallistumaan ohjaukseen. Ohjatussa he tunnistivat erot potilaan ja ohjaajan rooleissa, joka vahvistaa tasavertaisen ohjaussuhteen toteutumista. Ohjausmotivaatio on yhteydessä ohjaustaitoihin, erityisosaamiseen ja erityisesti ohjaajan omaan ohjausasenteeseen. Motivaatio on myös riippuvaista siitä, miten miellämme oman roolimme ohjaussuhteessa. Potilaiden elämäntapaohjaus edellyttää ohjaajalta pitkäjänteisyyttä, sillä usein hitaaseen muutosprosessiin sitoutuminen on vaikeaa tehokkuutta ja terveyden vaalimista arvostaville ammattilaisille. (Turku 2007, 111-121.)

Ohjaustilanteiden toteutuminen toteutui hyvin asiakaslähtöisyyden ja vuorovaikutuksellisten taitojen alueella. Nämä tukevat osaltaan ohjauksen tavoitteellista toimintaa. Hoitohenkilökunnan vuorovaikutustaidot olivat hyvät, kuten myös muissa aikaisemmissa tutkimuksissa tuli esiin. (Ervasti 2004, 37; Kääriäinen 2007, 98; Tähtinen 2007,

60; Linnajärvi 2010, 45.) *Vuorovaikutustaidot ilmenivät kaikilla osa-alueilla potilaan kohtaamisessa hoitosuhteessa.* Tutkimukset ovatkin osoittaneet, että hyvin toteutunut ohjaus on vuorovaikutteista ja potilaan tarpeista lähtevää (Kääriäinen 2007, 134; Kääriäinen 2008, 10). Potilaan ja hoitajan välinen toimiva vuorovaikutus on edellytys onnistuneelle terveysterveystoiminnalle. Vuorovaikutuksessa korostuu yksilön kokonaisvaltaisen huomioiminen sekä luottamuksellisuus. (Voutilainen 2010, 48.) Terveystoimintojen muutosprosessia edistää potilaslähtöinen vuorovaikutusprosessi, jossa ohjaaja on helposti lähestyttävä persoona ja häneltä voi tarkentaa epäselviä asioita pelkäämättä hänen reaktioitaan (Hyytiäinen 2010, 75).

Hyvät vuorovaikutustaidot tulivat esiin mm. vuorovaikutuksellisten ohjausmenetelmien hallintana, potilaslähtöisenä ja yksilöllisyyden huomioivana toimintana ohjaussuhteessa. Asiakaslähtöisyyden toteutuminen näkyi potilaan vastaanottokyvyn huomioimisena hoitoprosessin eri vaiheissa. Asiakkaalta selvitettiin etukäteen, mitä hän tietää ohjattavista asioista ja ohjauksen aikana huomioitiin hänen elämäntilanteensa sekä hänen tilannettaan selvittiin kokonaisvaltaisesti.

Aikaisempien tutkimusten mukaan hyvässä ohjauksessa potilaan yksilölliset ohjaustarpeet selvitetään (Koivunen 2003, 71; Kääriäinen ym. 2005b, 213; Kyngäs ym. 2007, 47), se mikä on hänen paras tapansa omaksua asia. Onnistunut ohjaus rakentuu ohjaajan asiakkaasta saatujen riittävien taustatietojen varaan. Kun ohjaus perustuu ohjaajan ja potilaan yhteiseen näkemykseen hoidosta, se lisää potilaan tyytyväisyyttä ja hoitoon sitoutumista. (Kääriäinen 2005b, 213; Kyngäs ym. 2007, 47.) Ohjaus, joka toteutetaan rutiininomaisesti, ei vastaa potilaan tarpeita eikä tue hänen selviytymistään sairautensa kanssa (Kääriäinen & Kyngäs 2005b, 213).

Myös asiakkaan muutosvaihe huomioitiin ohjausta annettaessa. Potilaan muutosvaiheen huomioiminen edellyttäisi kuitenkin potilasohjauksen koordinoinnin sujuvuutta, jotta muutosvaihe tulisi huomioitua ja potilaan ohjaus toteutuisi potilaalle kaikkein parhaimpana ajankohtana. Aikaisemmissa tutkimuksissa on potilaan tilanteen aistivan ja keskustelevan ohjauksen todettu tavoittavan potilaan, missä tahansa hoidon vaiheessa (Mattila 2002, 51; Kettunen 2002, 220; Kyngäs ym. 2009, 90). Ohjaajalla on ammatillinen vastuu siitä, että hän tiedostaa missä vaiheessa sairastumistaan ohjattava on ja mitä tietoa hän tarvitsee (Kyngäs ym. 2009, 90) sekä ohjaajan on pystyttävä arvioimaan potilaan henkinen ja tiedollinen taso ottaa vastaan tietoa, jotta potilas pys-

tyisi ymmärtämään annetun tiedon ja sen määrä olisi oikea (Makkonen ym. 2010, 139).

Kuitenkaan potilaan oppimistyyliä ei selvitetty riittävästi tämän tutkimuksen perusteella. Oppimistyylien vähäinen huomiointi voi johtua ohjaukseen käytettävien resursien vähäisyydestä tai oppimistyylien tunnistamisen puutteesta, jolloin hoitohenkilökunnalle jää vähäiset mahdollisuudet hyödyntää erilaisia ohjausmenetelmiä. Tutkimusten mukaan hoitajan on ohjaustilanteessa hyvä arvioida potilaan oppimiseen vaikuttavat yksilölliset taustatekijät ja lisäksi potilaan terveyden- tai sairaudentila, yksilöllisyys sekä sosiaaliset suhteet voivat vaikuttaa oppimiseen. Myös ympäristölliset tekijät, kuten koulutustaso ja kotiolot, voivat olla vaikuttamassa uuden tiedon ja toimintatapojen omaksumiseen. (Falvo 1994, Rankin ym. 1996, Wehby ym. 1999; Paaananen 2004, 29 - 32; Boyde, ym. 2009, 316 - 322.) Potilaiden oppimiskykyä ei riittävästi huomioida, eikä potilasta oteta riittävästi mukaan ohjauksen suunnitteluun (Peltoniemi 2007, 99; Boyde 2009, 316 - 22).

Tavoitteellinen toiminta ohjauksessa toteutui hoitohenkilökunnan mukaan tyydyttävästi. Ohjauksessa potilasta tuettiin aktiivisuuteen ottamalla vastuuta omasta toiminnasta. Asiakkaan hoidon jatkuvuuden turvaamista tuettiin ohjaamalla potilasta yhteydenottoon ongelmatilanteissa. Tavoitteellisuuden toteutumista heikensivät kuitenkin ohjauksen muut tavoitteellisuuden puutteet. Potilaan ohjaukselle ei asetettu lyhyen- ja pitkän aikavälin tavoitteita, eikä niitä suunniteltu yhdessä potilaan kanssa. Ohjauksen tavoitteita ei kirjattu riittävästi hoitosuunnitelmaan, vaikka se voisi parantaa ohjauksen systemaattista toteuttamista ja myös hoitajan vastuuta antaa potilaalle ohjausta. Ohjauksen tavoitteellisuus voisi parantaa myös potilaan mahdollisuutta osallistua tasavertaisena omien tavoitteidensa kautta. Hoitohenkilöstön mielestä he ottivat omaiset mukaan ohjaukseen, joka voi ottaa kriisivaiheessa olevaa potilasta hoidon myöhemmissä vaiheissa tukeutumaan omaisiin.

Tutkimuksissa on todettu, että sydänpotilaan riittävän tehokas kuntoutus arvioidaan aina yksilöllisesti potilaan lähtökohdista alkaen sekä saavutettujen välitavoitteiden kautta (Rantala ym. 2008, 259). Potilaan ja ohjaajan ohjaukselle asettamat tarpeet ja odotukset voivat vaihdella, ja siksi niistä keskusteleminen on tarpeellista. Hoitohenkilöstöllä on omat odotuksensa suhteessa ammatilliseen osaamiseensa ja siihen, mitä uskoo potilaan tarvitsevan hoitoon sitoutuakseen. Potilas tarkastelee ohjaustarvettaan

puolestaan omasta todellisuudestaan. Hoitotilanteessa ja potilasta ohjatessa tulisi paremmin huomioida sairauden merkitys potilaan kokonaistilanteeseen. (Kyngäs ym. 2009, 90; Makkonen ym. 2010, 138; vrt Hagenhoff ym. 1994, 685 - 90; Wehby ym. 1999, 31 - 40.) Lisäksi hänen sosiaalinen verkostonsa olisi hyvä ottaa mukaan ohjaukseen. (Ruotsalainen 2006, 168).

Hoitohenkilökunta arvioi ohjauksella olevan kokonaisvaltaista merkitystä potilaan terveydentilaan, sairaudesta toipumiseen ja selviytymiseen, mikä voi olla osoituksena siitä, että hoitohenkilökunta luottaa potilasohjauksen vaikutuksiin. Myös hoitohenkilökunnan myönteisellä asenteella ohjausta kohtaan, voi olla vaikutusta ohjauksen tarpeellisuuden kokemiseen. Ohjauksella onkin todettu interventiotutkimuksissa todettu olevan myönteisiä vaikutuksia, vaikka ohjauksen vaikutuksia on vaikea osoittaa (Kääriäinen & 2005b, 213). Ohjauksessa saaman tiedon avulla on voitu vaikuttaa siihen, miten potilaat suhtautuvat oireisiinsa, eli he oppivat taitoja, joiden avulla he voivat selviytyä hankalista oireista (Jaarsma 2000, 319 - 30; Rantala ym. 2008, 254; Laine 2005, 61).

Myös sairauden hoitoon ja potilaan itsehoitoon ja sitoutumiseen arvioitiin sillä olevan vaikutusta, mikä kertoo hoitohenkilökunnan luottamuksesta potilasohjauksen vaikutuksesta potilaan arkipäivän tilanteista selviämiseen sekä heidän antaman ohjauksen hyödyllisyydestä. Ohjauksen on todettu edistävän mm. potilaan terveyttä, toimintakykyä ja elämänlaatua. Sillä on ollut vaikutusta myös potilaan hoitoon sitoutumiseen, itsehoitoon ja selviytymiseen kotona sekä se on lisännyt potilaan itsenäistä päätöksentekoa. Ohjauksella on todettu olevan parantavaa vaikutusta potilaan mielialaan sekä yksinäisyyden tunteeseen. (Kääriäinen ym. 2005, 213; Kyngäs ym. 2007, 145; Ohtonen 2006, 3; Rantala ym. 2008, 254.) Ohjauksen on todettu vaikuttavan potilaan myönteiseen asennoitumiseen hoitoon, sekä tiedon määrän kasvuun (Isola ym. 2007, 59). Sillä on todettu olevan positiivisia vaikutuksia potilaiden sairauteen sekä hoitoon liittyvän tiedon ymmärtämisessä sekä hoidon laatuun ja potilastyytyväisyyteen (Ohtonen 2006, 3).

Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää potilasohjaustoiminnan kehittämisessä tutkimuksen kohteena olevassa keskussairaalassa. Tulokset voivat antaa tietoa siitä, mihin potilasohjauksessa tulisi kiinnittää enemmän huomiota ja kuinka potilasohjausta tulisi tulevaisuudessa kehittää vastaamaan paremmin sekä potilaiden että hoi-

tohenkilökunnan tarpeita. Tuloksista voi olla hyötyä myös muiden erikoissairaanhoidossa toimivien potilasohjaustoiminnan kehittämistyössä.

6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Mittauksen reliabiliteetti (luotettavuus) on määritelty kyvyksi tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia (Heikkilä 2008, 187; Heikkilä 2008, 30) ja mittaustulosten toistettavuutta (Hirsjärvi 2009, 231). Tutkimustulosten validiteetilla eli pätevyydellä tarkoitetaan tutkimusmenetelmän kykyä mitata sitä, mitä on tarkoituskin mitata. Luotettavuudessa arvioidaan, miten tutkija on onnistunut siirtämään tutkimuksessa käytetyn teorian käsitteet sekä ajatuskokonaisuuden mittariin. (Vilka 2007, 150.)

Tutkimuksessa käytetyn mittarin sisältö- ja rakenne validiteetti sekä sisäinen johdonmukaisuus on varmistettu aikaisemmissa tutkimuksissa. Mittarin sisällön validiteetti on aikaisemmin arvioitu kolmivaiheisesti. Aluksi hoitotyön (n=2) ja hoitotieteen asiantuntijat (n=3) ovat arvioineet mittarin sisältöä suullisesti. Sen jälkeen hoitotieteen opiskelijat (n=21) ovat arvioineet mittarin sisältöä kirjallisilla lomakkeilla ja lopuksi vielä samat hoitotyön (n=2) ja hoitotieteen (n=3) asiantuntijat kuin alussa suullisesti. Mittarin rakennevaliditeettia ja sisäistä johdonmukaisuutta on testattu tilastollisesti erikoissairaanhoidon henkilökunnalla (n=110) ja (n=916), perusterveydenhuollon hoitohenkilökunnalla (n=377, n=74) sekä A-klinikkasäätiön päihdetyöntekijöillä (n=101). Mittarin sisältö- ja rakennevaliditeettia sekä sisäistä johdonmukaisuutta on pidetty hyvinä. (Kääriäinen 2007, Lipponen ym. 2008, Kääriäinen & Kyngäs 2009, Jurmu 2010, Myllymäki 2010). Aiemmissä tutkimuksissa Crohnbachin alpha-kertoimet ovat vaihdelleet välillä 0,61 - 0,92. Tutkimuksessa käytettyä mittaria ei testattu ennen tutkimuksen tekemistä, koska sitä on testattu ja aikaisemmin useissa eri tutkimuksissa.

Mittaria muokattiin taustatietojen osalta mittarin oikeudet omistavan luvalla paremmin vastaamaan kyselytutkimuksen kohteena olevaa joukkoa. Tilasto-ohjelmaa varten muuttujat numeroitiin ryhmittelyn havainnollistamiseksi. Muuttujien nimeäminen tehtiin myös helpottamaan tilastomatemaattisten toimenpiteiden tekemistä PASW Statistics -tilasto-ohjelmalla luotettavuuden lisäämiseksi. Myös ”en osaa sanoa” vaihtoehto muutettiin ”en samaa en eri mieltä” vastausvaihtoehdoksi, että ko. vastausvaihtoehtoa ei tarvitse poistaa 0-vaihtoehtona laskutoimituksista. Nämä toimenpiteet saattoivat lisätä tutkimuksen luotettavuutta. Tämän kyselylomakkeen eräissä vaihtoehdoissa kysyttiin kuitenkin kahta asiaa. Tämä voi heikentää osaltaan kyselylomakkeen luotetta-

vuotta, koska vastaaja ei pysty luotettavasti vastaamaan kuin toiseen kysymyksen samassa väittämässä olevasta vaihtoehdosta. Heikkilän (2008, 55 - 59) mukaan mittarin luotettavuuteen vaikuttaa väittämien selkeys ja ymmärrettävyys. Luotettavuutta voi heikentää se, että vastaajat tulkitsevat kysymykset eri tavoin. Kyselylomakkeessa tulee kysyä yhdessä kysymyksessä kysyä vain yhtä asiaa.

Tutkimuksen luotettavuutta lisää tutkijan tarkka selostus tutkimuksen toteuttamisesta (Hirsjärvi 2009, 232). Hoitohenkilökunta sai kyselylomakkeet vastatakseen osastonhoitajan, apulaisosastonhoitajan tai tutkijan itsensä jakamana ja heillä oli edeltävästi osastotunnilla mahdollisuus tehtävän tutkimuksen tarkoitukseen ja sisältöön. Heillä oli mahdollisuus vastata kyselyyn työaikana, jolloin aikaa tutkimuslomakkeen täyttämiseen saattoi olla vähän ja vastaukseen käytettävä tila rauhaton. Tämä voi olla vaikuttamassa tutkimuksen luotettavuuteen. Hoitohenkilöstö palautti kyselylomakkeensa suljettuun vastauslaatikkoon suljetussa kirjekuussa. Osaan kysymyksistä oli jätetty vastaamatta, mikä voi kertoa siitä, että kysymysten tarkoitusta ei ole ymmärretty. Hirsjärven (2009, 195) mukaan vastaajilta ei ole tuolloin mahdollisuutta kontrolloida väärinymmärryksiä. Toisaalta lomakkeen pituus saattaa heikentää vastaajien halukkuutta vastata täysipainoisesti kaikkiin kysymyksiin.

Mittarin aineisto kerättiin hoitohenkilökunnan itsearviointi-lomakkeella, joten tulokset perustuvat heidän subjektiivisiin arviointeihin potilasohjauksen toteutumisesta. Tämä saattaa olla vaikuttamassa siihen, että hoitohenkilökunta antoi sosiaalisesti toivottavia vastauksia. (Burns & Grove 2005; Kääriäinen 2007, 126.) Kyselylomakkeen heikkoutena voi olla se, että ei ole mahdollisuutta varmistaa, ovatko tutkimukseen osallistujat suhtautuneet tutkimukseen vakavasti. Lisäksi tutkimuksen tekijän tuttuus voivat heikentää tutkimuksen luotettavuutta, koska he voivat tuolloin antaa tunnistamisen vuoksi ihannelanteen mukaisia vastauksia. Hirsjärvi (2009, 195.)

Kyselylomake on tehokas ja taloudellinen tapa kerätä tietoa suurilta joukoilta. Menetelmänä sillä on kuitenkin omat heikkoutensa. Tutkijalla ei ole mahdollisuutta varmistua siitä, miten vakavasti vastaajat ovat tutkimukseen suhtautuneet ja väärinymmärryksen kontrolli on vaikeaa. Asenteita ja arvoja mitattaessa tulee korostaa sitä, että vastaajat vastaavat kysymyksiin sen mukaan, mitä todella asiasta ajattelevat. (Heikkilä 2008, 19 - 20, 56). Tämän tutkimuksen saatekirjeessä luotettavuutta vastausten luotettavuutta pyrittiin lisäämään pyytämällä kyselytutkimuksen osallistujia vastaamaan kyselytutkimukseen” juuri niin kuin itse potilasohjauksessa toimivat eikä niin kuin ohja-

uksessa toivoisivat toimivan”. Kyselytutkimuksessa validiteettiä vaikuttaa, voidaan kysymysten avulla saada vastaus tutkimusongelmiin (Heikkilä 2008, 186). Validiteetti voidaan varmistaa käyttämällä oikeaa tutkimusmenetelmää, oikeaa mittaria ja mittaamalla oikeita asioita (Kananen 2008, 81). Tutkimus on luotettava ja tarkka, jos toistetussa mittauksessa saadaan täsmälleen sama tulos (Vilkkä 2007, 149).

Ulkoiset validiteetti liittyy saatujen tulosten yleistettävyyteen eli myös muut tutkijat tulkitsevat kyseiset tutkimustulokset samalla tavalla (Kananen 2008,81; Heikkilä 2008, 186). Tutkimukseen osallistuneiden vastausprosentti oli hyvä (87,5 %). Korkeaan vastausprosenttiin saattoi olla vaikuttamassa se, että jaettiin henkilökohtaisesti tutkimusjoukko. Aineiston keruun luotettavuutta lisäsi se, että vastanneista vain viisi (n=5) jätti vastaamatta kyselytutkimukseen Tutkimukseen vastanneiden joukko oli taustaltaan ja kokemuksiltaan hyvin erilaisia muun muassa työkokemuksen ja iän suhteen, joten he edustivat perusjoukkoa sydänpotilaan hoitamiseen osallistuvista henkilöistä. Kyselytutkimuksen osallistuneiden määrään vaikuttaa se, että tutkimuksen kohteena olevassa sairaalassa työskentelee yhteensä 40 sydänpotilaan hoitamiseen osallistuvaa henkilöä.

Tämän tutkimuksen tuloksia ei voida yleistää koskemaan muiden sairaaloiden hoitohenkilöstön potilasohjausvalmiuksia tutkimuksen kohderyhmän pienuuden vuoksi (N=40). Tulokset voivat kuitenkin antaa tietoa siitä, mihin potilasohjauksessa tulisi kiinnittää enemmän huomiota ja kuinka potilasohjausta tulisi tulevaisuudessa kehittää. Mitä tarkemmin otoksen avulla saatujen tulosten halutaan vastaavan perusjoukon lukuja, sitä suurempi on otoksen oltava (Hirsjärvi ym. 2009, 180). Tutkimuksen luotettavuutta lisää kuitenkin se, että tutkimukseen käytettävällä mittarilla saatiin samankaltaisia tuloksia kuin suuremmille joukoille aiemmissa tutkimuksissa ko. mittarilla on saatu. Tutkimuksen tuloksia verrattiin aikaisemmin samalla potilasohjauksen laatu mittareilla tehtyihin tutkimuksiin.

Tämän tutkimusaineiston analysoinnin luotettavuutta arvioitaessa tulee kiinnittää huomiota induktiivisen sisällön analyysin luotettavuuteen sekä pohtia tutkimustulosten analysoinnissa käytettyjen menetelmien valintaa. Kvantitatiivisen tutkimuksen analyysissä käytettiin tilastollisia menetelmiä. Tilastollisten menetelmien avulla suoritettujen aineiston analyysin luotettavuudessa merkityksellistä on aineiston kannalta relevanttien menetelmien valinta ja valittujen menetelmien tuntemus. (Heikkilä 2008, 210.) Tutkimuksen luotettavuutta lisäsivät tutkimuksessa käytetyt tilasto-ohjelmat.

Tutkimustulokset analysoitiin tilastollisin menetelmin PASW Statistics 18 -tilasto-ohjelmalla. Ristiintaulukoinnilla selvitetään kahden muuttujan välistä yhteyttä, millä tavalla ne vaikuttavat toisiinsa (Heikkilä 2008, 210). Ristiintaulukointi soveltui hyvin muuttujien välisten riippuvuuksien selvittämiseen, joten sitä käytettiin osaan taustamuuttujista. Ristiintaulukoinnilla ei saatu merkittäviä eroja, joten summamuuttujien välistä riippuvuuden tarkastelua jatkettiin Kruskal-Wallis-testillä luotettavuuden lisäämiseksi. Testi soveltuu hyvin pienten aineistojen muuttujien väliseen riippuvuuden tarkasteluun. (Metsämuuronen 2000, 51.)

Tutkimuksessa käytettyä sisällönanalyysiä tulee arvioida luotettavuuden kannalta. Luotettavuuden kannalta sisällönanalyysin ongelmana on pidetty sitä, että tutkija ei pysty tarkastelemaan analyysiprosessia objektiivisesti. Tuolloin tulos voi perustua tutkijan subjektiiviseen näkemykseen asiasta. (Hickey & Kipping 1996, 81 - 91.) Sisällönanalyysin haasteena pidetään myös sitä, miten tutkija onnistuu pelkistämään aineiston ja muodostamaan siitä kategorioita, jotka kuvaisivat mahdollisimman luotettavasti tutkittavaa ilmiötä. Tuloksen kannalta luotettavuutta lisää, jos tutkija pystyy osoittamaan yhteyden tuloksen ja aineiston välillä. (Hickey & Kipping 1996, 81 - 91.)

Avoimeen kysymykseen sisällönanalyysin käsittelyä varten tuli melko runsaasti vastauksia. Osa vastauksista oli hyvin pitkiä, joten niiden analysointi tuotti alussa haasteita. Analysointi toteutettiin kuitenkin käyttämällä lauseita tai lauseenosia analyysiyksikkönä. Kaikista analyysiyksiköistä ei kuitenkaan pystytty tekemään analyysiä yläkategorioiden tai yhdistävien kategorioiden tasolle, joten ne eivät suoraan antaneet vastausta tutkimusongelmiin. Analyysissä ei kuitenkaan tarvitse analysoida kaikkea tietoa, vaan analyysissä haetaan tietoa vastausta tutkimusongelmiin ja tutkimustehtävään. (Kylmä & Juvakka 2007, 113). Tutkimuksen tekijällä oli aikaisempaa kokemusta induktiivisen sisällönanalyysin tekemisestä. Analyysin edetessä tekijä perehtyi esimerkeihin aikaisemmin tehdyistä analyyseistä sekä teoreettiseen kirjallisuuteen, joten se saattoi lisätä jonkin verran analyysin luotettavuutta. Tutkimuksen raportoinnissa käytettiin suoria lainauksia tutkittavien kehittämisehdotusten välittämiseksi ja siten tutkimuksen luotettavuuden lisäämiseksi. Lisäksi tutkimuksen kohteena olevalla hoitohenkilöstöllä oli ohjauskokemuksiensa vuoksi kokemusta potilasohjauksen tilasta ko. sairaalassa. Tutkimuksen liitteenä esitellään esimerkki tutkimuksen induktiivisesta sisällönanalyysistä (liite 4).

6.3 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimuksen eettiset kysymykset ovat läsnä tutkimusprosessin kaikissa vaiheissa alkaen aiheenvalinnasta (Kylmä & Juvakka 2007, 143- 155; Tuomi & Sarajärvi 2009, 129). Tutkimusaiheen valinta on ensimmäinen vaihe pohtia sen oikeutusta (Kylmä ym. 2007, 144). Oman tutkimusaiheen valintaa tehdessäni pohdin sen tarpeellisuutta. Tämän tutkimuksen aiheen lähtökohtana oli tunnistettu tarve kehittää potilasohjaustoimintaa tutkimuskohteena olevassa sairaalassa. Tutkimuksessa saatuja tuloksia voidaan hyödyntää potilasohjauksen kehittämässä tutkimuksen kohteena olevassa keskussairaalassa, mikä on hoidon laadun kannalta tärkeää. Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymässä ollaan parhaillaan kehittämässä potilasohjausta osana laadukasta hoitoa. Tutkimuksella voi olla jatkossa merkitystä potilaiden osallistumiseen ja itsenäiseen selviytymiseen ohjauksen avulla. Sydänpotilaiden hoitoaika sairaalavaiheen aikana on usein lyhyt, joten potilasohjauksen toteuttamiselle on rajallisesti aikaa. Tästä syystä potilasohjauksen kehittäminen ja potilasohjaustoiminnan tehostaminen on tärkeää sekä potilaan kokonaisvaltaisen hallinnan ja itsehoitoa lisäävän toiminnan kannalta.

Tutkijan tulee noudattaa tutkimusta toteuttaessaan hyvää ammattietiikkaa. Ammattietiikkaa määrittää tutkimustyötä koskevat pelisäännöt, jotka liittyvät kollegoihin, tutkimuskohteeseen, rahoittajiin, toimeksiantajaan sekä suureen yleisöön. Ammattietiikkaan kuuluvat eettiset periaatteet, kuten normit, arvot ja hyveet. Tutkimuksen kysymysten asettelu ja tavoitteet, aineiston kerääminen ja käsittely sekä tulosten esittäminen ja säilytys eivät loukkaa tutkimuksen kohderyhmää. (Vilkkä 2007, 89 - 90.) Tutkimuseettisiä ongelmakohtia voivat olla tutkimuslupaan liittyvät kysymykset (Eskola & Suoranta 2000, 52). Tutkimukselle haettiin asianmukainen lupa organisaation ohjeiden mukaisesti Sopimus opinnäytetyöstä -lomakkeella. Koska kyseessä oli hoitohenkilökunnalle kohdistettu kysely, eettisen toimikunnan lupaa tutkimuksen toteuttamiselle ei tarvittu. Tutkimuksen suorittaja sitoutui sen tehdessään lupapäätöksen mukaisia toimenpiteitä.

Kuulan (2006, 61) mukaan tutkimusta koskevat yksityisyyttä koskevat normit ovat yhteneväisiä lainsäädännön kanssa ja ne sitovat kaikkia tutkijoita. Tutkimusetiikan menetelmällisiä ratkaisuja on arvioitava tutkimusetiikan näkökulmasta. Tutkimusmenetelmää valittaessa on selvitettävä, voidaanko haluttu tieto saavuttaa valitulla menetelmällä. (Kylmä ym. 2007, 146.) Tutkimuskysymysten muodostaminen ja aineiston

hankinta liittyvät tutkimuksen toimijoiden aseman huomioimiseen. Tutkimusetiikan periaatteita ovat haitan välttäminen, ihmisoikeuksien kunnioittaminen, oikeudenmukaisuus sekä rehellisyys, luottamus ja kunnioitus. (Kylmä ym. 2007, 146 - 147; Hirjärvi ym. 2009, 25.)

Tähän tutkimukseen osallistuvien hoitohenkilökunnan osallistuminen tutkimukseen oli vapaaehtoista, jota korostettiin tutkimukseen osallistuneille lähetetyssä saatekirjeessä. Vastaaminen kyselyyn katsottiin suostumukseksi osallistua tutkimukseen. Tutkimukseen osallistuneille annettiin mahdollisuus osallistua kussakin työyksikössä järjestettävään osastotuntiin, jossa oli mahdollisuus saada tietoa tutkimuksesta ja aineistonkeruun toteuttamisesta. Saatekirjeessä esitettiin myös tutkimuksen tekijän saatetiedot myöhempää yhteydenottoa varten (liite 3).

Tutkimukseen osallistujien anonymiteetin säilymistä suojeltiin koko tutkimusvaiheen ajan. Taustatiedoissa kysyttyä työyksikköä, sukupuolta ja tehtävänimikettä ei ristiintaulukoitu eettisiin syihin vedoten, koska heidän henkilöllisyytensä olisi voinut paljastua osallistujien pienen määrän vuoksi. Tutkimuksen analyysivaiheessa suorissa lainauksissa vastaajat koodattiin kyselylomakkeen juoksevan numeron mukaan, jotta heidän henkilöllisyytensä ei paljastunut. Suorat lainaukset valittiin niin, ettei niiden tunnistaminen ei ollut mahdollista. Tutkimukseen osallistuneet palauttivat kyselylomakkeen suljetussa kuoressa työyksikössä oleviin suljettuihin palautuslaatikoihin, jotka noudettiin tutkijan toimesta vasta koko kyselytutkimuksen päätyttyä jatkoajan jälkeen. Tutkija ei osallistunut aineistonkeruuseen tutkimuksen aikana. Tutkimuksen raportointi anonymisti lisää tutkimuksen eettisyyttä tiedon hankinnan alueella. Huomiota tulee kiinnittää siihen, että tulokset tulee esittää sisällöstään huolimatta sellaisena kuin ne ovat. (Eskola & Suoranta 2005, 56 - 57; Hirjärvi & Remes 2009, 23 - 27.)

Hyvällä tieteellisellä käytännöllä tarkoitetaan, että tutkijat noudattavat eettisesti kestäviä tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmiä (Vilka 2005, 30). Omassa työssäni olen käyttänyt tiedonhankinnassa luotettavina pidettyjä lähteitä. Ne asettavat tieteelliselle tutkimukselle asetetut vaatimukset. Tutkimusten raportointivaiheessa on pohdittava eettisyyttä. Se merkitsee avoimuutta, rehellisyyttä ja tarkkuutta tutkimuksen kaikkien vaiheiden raportoinnissa. (Kylmä 2007, 154).

6.4 Kehittäminen ja yhteenveto tutkimusongelmista

1. Hoitohenkilökunnan tiedolliset potilasohjausvalmiudet olivat hyvät. Parhaiten toteutunut alue tiedollisten valmiuksien osalta olivat tiedot sairauten liittyvistä asioista,

kuten vaaratekijöistä, sairaudesta ja sen kehittymisestä, liitännäissairauksista, hoidon etenemisestä sekä lääkehoitomenetelmistä. Huonoiten toteutunut alue olivat potilaan jatkohoitoon liittyvät asiat, kuten sosiaaliturva, vertaistukiryhmät, hoidon järjestäminen sekä sairauden vaikutus perheeseen. Tutkimustulosten perusteella voidaan olettaa, että hoitohenkilökunta tarvitsee lisää tietoa potilaan kotiutuksen jälkeiseen liittyvään potilaan sosiaalisiin sekä taloudellisiin tukimuotoihin liittyvistä asioista sekä kuntoutuksista, joilla on merkitystä potilaan sairastumisen jälkeiseen selviytymiseen arjessa.

2. Hoitohenkilökunnan taidolliset valmiudet olivat tyydyttävät. Taidolliset valmiudet ilmenivät hyvinä vuorovaikutus- sekä ohjaustaitoina. Hyviä ohjaustaitoja selittivät taidot arvioida sairauteen liittyviä asioita, mutta toisaalta ohjaustaitoja heikensivät ohjausmenetelmien yksipuolinen käyttö. Parhaiten ohjausmenetelmistä hallittiin suullinen ohjausmenetelmä sekä kirjallinen ohjausmenetelmä. Hyvät vuorovaikutukselliset taidot tukivat ohjausta. Tulosten perusteella voi olettaa, että ohjausmenetelmien parempi hallinta kaipaavat kehittämistä muun muassa ryhmäohjaustoiminnan, audiovisuaalisen ohjauksen sekä erilaisten tietokonepohjaisen neuvonnan osalta. Erilaisten ohjausmenetelmiä käyttämällä voitaisiin paremmin huomioida potilaiden erialiset oppimistavat.

3. Hoitohenkilökunnan asenteelliset valmiudet olivat pääosiltaan myönteiset. Myönteinen suhtautuminen näkyi positiivisena suhtautumisena potilaan ja omaisten ohjaukseen. Potilaiden koettiin hyötyvän ohjauksesta. Toisaalta ohjaus koettiin turhauttavaksi ja potilaan yksityisyyteen tunkeutumisenä sekä potilaita ohjattiin vain, jos he ovat kiinnostuneet ohjauksesta. Ohjausvastuun jakamisessa toivottiin asenteellista valmiutta. Ohjausvastuun toteutuminen edellyttää kuitenkin yhteistyötä eri osapuolten kesken, jotta ohjauskäytännöt saataisiin toimimaan hoitoprosessin eri vaiheissa.

4. Ohjauksen resurssit olivat tyydyttävät. Toimintamahdollisuuksissa oli hyvää ohjaukseen käytettävän välineistön ja materiaalin saatavuus sekä kannustava työilmapiiri. Sitä heikensi kuitenkin ohjaukseen sopimattomat tilat, ohjaukseen käytettävän ajan vähäisyys sekä hoitohenkilökunnan mitoitus. Ohjausympäristön kehittäminen vaatii kehittämistä etenkin osasto-olosuhteissa, jossa puuttuvat tilat, kiire sekä osaston kuormittuneisuus heikentävät ohjauksen toimintamahdollisuuksia. Ohjauksen organisoimista tulisi parantaa tehostamalla ja suunnittelemalla ohjauksen toteuttaminen sujuvammaksi esimerkiksi vuorossa ohjauksesta vastaavalla hoitajalla.

5. Ohjauksen lähtökohdat arvioitiin kaikilta osiltaan hyväksi. Hoitohenkilökunta koki ammattitaidon ylläpitämisen ja kehittämisen jokaisen ohjausta antavan velvollisuudeksi ja vastuu sen antamisesta on heillä. Säännöllinen keskustelu ohjauksen lainsäädännöllisistä ja eettisistä lähtökohdista on tärkeää aika ajoin potilasohjaukseen osallistuneiden keskuudessa, koska ne vaikuttavat potilasohjauksen taustalla.

6. Ohjaustilanteiden toteutuminen näkyi asiakaslähtöisenä toimintana, joka toteutui potilaan yksilöllisyyden ja vastaanottokyvyn huomioimisena. Vuorovaikutuksellisuus toteutui lähes kaikilla osa-alueilla hyvin. Yksilöllisyyden huomioimisessa oli puutteita potilaan oppimistyylin arvioimisessa. Ohjauksen tavoitteellinen toiminta oli tyydyttävää ja sitä heikensivät potilaan ohjaukselle asettamien tavoitteiden sekä ohjauksen kirjaamisen puuttuminen. Ohjauksen kirjaaminen hoitoprosessin mukaisesti olisi hyvä ottaa käytäntöön sähköisenä ohjauslomakkeella, jossa toteutuisi myös ohjauksen arviointi. Potilasohjauksen arviointia tulisi kehittää niin asiakkaan kuin ohjaajan taholta.

7. Hoitohenkilökunta arvioi ohjauksen vaikuttavuuden hyväksi. Sillä koettiin olevan kokonaisvaltaista merkitystä potilaan terveydentilaan ja kuntoutumiseen sekä itsehoitoon ja sitoutumiseen omaan hoitoonsa. Tulokset vahvistavat hoitohenkilökunnan luottamusta potilasohjauksen tarpeellisuudesta.

8. Ohjaustoiminnan kehittämissuunnitelmissa nousivat keskeisesti esiin sen organisointi, vuorovaikutuksellisen yhteistyön lisääminen eri työyksiköiden välillä sekä moniammatillisen yhteistyön lisääminen. Ohjausvastuun jakaminen sekä ohjauksen käytäntöjen yhdistäminen nähtiin potentiaalisina keinoina hyvän potilasohjaustoiminnan onnistumiselle. Ohjauksen käytäntöjen yhtenäistäminen ja kirjaaminen yhtenäisiksi toimintaohjeiksi sekä ohjausrungon laatimista ohjaustoiminnan tueksi katsottiin parantavan ohjauksen toteutumista. Moniammatillisuuden hyödyntäminen nähtiin osana ohjaustoiminnan kehittämistä. Tulokset osoittavat, että ohjaustoiminnan koordinointi ja kehittäminen tarvitsevat uudelleen arviointia sekä ohjauksen käytäntöjen yhdistämistä, joka voisi mahdollistaa työyksiköiden välistä yhteistyötä lisäämällä ja moniammatillista toimintaa kehittämällä.

9. Potilasohjaukseen liittyvä koulutustoiminta ja perehdyttäminen ohjaustoimintaan arvioitiin ohjaustoimintaa tukevana. Ohjaustoiminnan kehittämiseksi arvioitiin tarvittavan tietoa ohjausmenetelmistä sekä ohjaukseen sisältöön liittyvistä asioista. Ohjaukseen liittyvää perehdytystä tarvitsevat erityisesti uudet työntekijät heidän sitouttami-

seksi ohjaustoimintaan. Erilaisten ohjausmenetelmien hallinnasta tarvittaisiin lisäkoulutusta. Työnkierron mahdollisuus voisi parantaa moniammatillista osaamista.

Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää niin sydänpotilaiden kuin muidenkin potilaiden potilasohjauksen kehittämisessä Kymenlaakson keskussairaalassa. Tulokset antavat viitteitä siitä, mihin potilasohjaustoiminnan kehittämisessä tulisi kiinnittää huomiota. Tutkimuksen tuloksia on verrattu aikaisempiin samalla mittarilla tehtyihin tutkimuksiin sekä muihin tieteellisiin artikkeleihin, joten ne voivat antaa vertailupohjaa potilasohjauksen tämänhetkisestä tilasta Kymenlaakson keskussairaalassa.

Jatkotutkimusehdotuksina olisi mielenkiintoista selvittää potilaan hoitoketjussa toteutuvia potilasohjausvalmiuksia sekä ohjaustoimintaa perusterveydenhuollossa sekä aluesairaalatasolla sepelvaltimotautipotilaan hoidossa sekä yhteistyövalmiuksia hoidon koordinoinnin toteutumisessa. Mielenkiintoista olisi selvittää toteutuuko tasavertaisuus potilasohjaustoiminnassa ohjauspaikasta riippumatta. Alueellisen toiminnan tutkimista tukevat lyhentyneet hoitoajat sepelvaltimotautipotilaiden kohdalla.

7 LÄHTEET

A 256/1995. Asetus ammattikorkeakouluopinnoista. 3.3.1995/256.

Aavarinne, H. 1993. Ohjauksellisten ja opetuksellisten valmiuksien kehittyminen sairaanhoitajakoulutuksessa. Series D Medica 269. Oulun yliopisto. Hoitotieteenlaitos. Acta Universitas Oulensis.

Absetz, P., Hankonen, N., Yoshida, S. & Valve, R. 2008. Ryhmänohjaajan roolin ja käsitysten yhteys ohjattavien onnistumiseen elintapamuutoksessa. Hoitotiede Vol. 20, no 5/2008, s. 248 - 257.

Aikaisemmin hankitun osaamisen tunnistaminen korkeakouluissa. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja esityksiä 2007:4. Opetusministeriö, Koulutus- ja tiedepolitiikan osasto. Helsinki.

Airaksinen, T. 1991, Ammattien ja ansaitsemisen etiikka. Näkemyksiä ammattien, johtamisen ja liike-elämän arvoista. 1991. Teoksessa Juujärvi, S., Myyry, L. & Pessa, K. 2007. Eettinen herkkyyden ammatillisessa toiminnassa. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Airaksinen, T. & Friman, M. 2008. Asiantuntija-ammattien etiikka. Hämeenlinna: Hämeenlinnan ammattikorkeakoulun julkaisuja 10/2008.

Alahuhta, M., Korhokangas, E., Kyngäs, H. & Laitinen, J. 2009. Tyypin 2 diabeteksen korkean riskin henkilöiden elintapamuutoksen hyödyt ja haitat. Hoitotiede 21 (4), s. 259 - 268.

Alm-Roger, C., Stagno, M., Uden, G. & Erdhardt, L. 2004. Better knowledge improves adherence to lifestyle changes and medication in patients with coronary heart disease. European Journal of Cardiovascular Nursing 3(4), s. 321 - 330.

Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopintopisteet. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24.

Angerstain,R: L: , Furry, B. & Rasmunssen M. J. 2005. An affiliated professional group approach to education. *Journal of Nurses Staff Development* 21 (5), s. 215 - 220.

Anttila, A. 2006. Sairaanhoidajan osaaminen terveystieteiden vuodeosastolla. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto.

Arvela, O. 2004. Obeesin odottajan terveystietäytyminen ja kokemuksia vastaanototoiminnasta. Teoksessa Hupli,M. (toim.) Potilasohjauksen ulottuvuudet. Turun yliopisto. Tutkimuksia ja raportteja A: 45/2004.

Arvinen, K. 2008. Sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan ohjaus sairaalassa. Hoitotiede. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto.

Attebring, M.F., Herlitz, J. & Ekman, I. 2005. Intrusion and confusion – the impact of medication and health professionals after acute myocardial infarction. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 4(2), s. 153 - 159.

Aujoulat, I., d`Hoore, W. & Deccache, A. 2007. Patient empowerment in theory and practice: Polysemy or cacophony. *Patient Education and Counseling* 66, s. 13 - 20.

Auvinen, P., Dal Maso,R., Kallberg, K., Putkuri, P. & Suomalainen,u K. Opetussuunnitelma ammattikorkeakoulussa. Pohjois-Karjalan ammattikorkeakoulun julkaisu B:9.

Balmer, C. 2005. The information requirements of people with cancer: where to go after the patient information leaflet. *Cancer Nursing* 28 (1): s. 36 - 44.

Banning, M. 2004. Enhancing concordance with prescribed medication in older people. *Nursing Older People* 16, 14 - 17. Artikkelissa Isola, A., Kääriäinen, M. Backman,K., Kyngäs, H., Saarnio, R. 2007. Iäkkäiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta erikoissairanhoidossa. *Hoitotiede* Vol. 19, no 2/2007, s. 51- 62.

Best, J. T. 2001 Effective Teaching for the Elderly: Back to Basics. *Orthopedic Nursing* 20 (3), s. 46 - 52.

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*. Vol. 5 (4), 2007, s. 9 - 14.

Bond, T. 2000. *Standards and Ethics for Counselling in Action*. Sage Publications, London. Teoksessa Mattila, E. Miten ohjata mielen kuntoutujaa? Yksityinen mielen-terveystyön hoito- ja palvelukoti kehittyvänä pienyhteisönä. Helsingin yliopiston laitoksen tutkimuksia 179.

Borgsteede, S. D., Karapinar-Carkit, F., Hoffmann, E., Zoer, J. & van den Bemt, P. M. L. A. 2010. Information needs about medication according to patients discharged from a general hospital. *Patient Education and Counselling* 83 (2011), s. 22 - 28.

Boyde, M., Tuckett, A., Peters, R., Thompson, D. R., Turner, C. & Stewart, S. 2009. Learning style and learning needs of heart failure patients (The Need2Know-HF patient study). *European Journal of Cardiovascular Nursing*. Volume 8, Issue 5, s. 316 - 322.

Buckley, T., Mc Kinley, S., Gallagher, K., Dracup, K., Moser, D.K. & Aitken, L. M. 2006. The effect of education and counselling on knowledge, attitudes and beliefs about responses to acute myocardial infarction symptoms. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 6 (2007), s. 105 - 111.

Burns, N. & Grove, S. 2005. *The practice of nursing research. Conduct, critique and utilization*. 5 th edition. Elsevier Saunders. St. Louis, Missouri.

Clark, A. M., Hartling, L. H. & McAlister, F. A. Meta-analysis: secondary prevention programs for patient with coronary artery disease. *Annals of Internal Medicine* 2005; 143, s. 659 - 72.

Close, A. 1998. Patient education: a literature review. *Journal of Advanced Nursing* 13, s. 204 - 213.

Cortis, J. & Lacey, A. 1996. Measuring the quality and quantity of information giving to in-patients. *Journal of Advanced Nursing* 24, s. 674 - 81.

Dansy, M. 2005. Bringing the Treatment Gap: the secondary care perspective. *Heart* 91 (2), 32 - 34. Teoksessa: Ekola, S. 2007. Sydämen vajaatoimintaa sairastavien potilaiden ohjaus ja seuranta Suomessa. *Hoitotiede*. Hoitotieteenlaitos. Pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto.

Demi, A. S. & Warren, N. M. 1995. Issues in conducting research with vulnerable families. *Western Journal of Nursing Research* 17 (2), s. 188 - 202.

Doran, D. I., Sidani, S., Keatings, M. & Doidge, D. 2002. An empirical test of the nursing role effectiveness model. *Journal of Advanced Nursing* Vol. 38, no. 1, 29 - 39. Teoksessa Tervo-Heikkinen, T. 2008. Hoitotyön vaikuttavuus erikoissairaanhoidossa. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 162.

Dracup, K. Baker, D. Dunbar, S.B., Dacey, R.A., Brooks, N. H., Johansson, J.C., Oken, C. & Masiie, B. 1994. Management of Heart Failure: II. Counseling, Education and Lifestyle Medications. *JAMA* 272 (18), 1442 - 1446. Teoksessa Ekola, S. 2007. Sydämen vajaatoimintaa sairastavien potilaiden ohjaus ja seuranta Suomessa. *Hoitotiede*. Hoitotieteenlaitos. Pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto.

Edwarson, S.R. 2007 Patient education in heart failure. (Review). *Heart & Lung* 36, s. 244 - 254.

Ekola, S. Sydämen vajaatoimintaa sairastavien potilaiden ohjaus ja seuranta Suomessa. *Hoitotiede*. Hoitotieteenlaitos. Pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto.

Ellis-Stoll, C. & Popkess-Vawter, S. 1998. A concept Analysis on the process of Empowerment. *Advanced in Nursing Science* 21, 2, s. 62 - 68.

Eloranta, S., Vähätalo, M. & Johansson K. 2009. Voimavaraistumista tukeva avannepotilaan ohjaus. *Sairaanhoitaja* 8/2009, Vol. 82, s. 24 - 26.

Elwyn, G., Edwards, A., Wensing, M., Hibbs, R., Wilkinson, C. & Grol R. 2001. Shared decision making in clinical practice: visual displays of communication se-

quence and patterns. *Journal of Evaluation in Clinical Practice* 7, 211 - 221. Artikke-
lissa Jaettu päätöksenteko potilasohjauksessa. *Sairaanhoitaja* 10/ 2006, Vol. 79, s. 6 -
9.

Engblom, E., Hämäläinen, H. & Rönnemaa, T. 1994. Cardiac rehabilitation and return
to work after coronary artery bypass surgery. *Qual Life Res* 1994; 3, s. 207 - 213.

Engblom, E., Korpilahti, K. Hämäläinen, H., Puukka, P. & Rönnemaa, T. 1997. Quali-
ty of life and return to work 5 years after the coronary artery bypass surgery. Long-
term results of cardiac rehabilitation. *Journal of Cardiopulmonary Rehabilitation and
Prevention* 1997; 17, s. 29 - 36.

Ensio, A. & Ryytänen, O.-P. (toim.). 2007. Akuutin sydänpotilaan hoitoketjun arvi-
oinnin kaksi näkökulmaa. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteet 141. Terveystieteiden
ja -taloudenlaitos. Kansanterveystieteen ja kliinisen ravitsemustieteen lai-
tos/kansanterveystieteen yksikkö. Kuopion yliopistollinen sairaala. Kuopion Yliopis-
ton julkaisuja E.

Eriksson, K. 1995. Mot en caritativ vårdetik. I.K. Eriksson (toim.) Mot en caritativ
vårdetik. Reports from the Department of Caring Science 5/1995, Vasa.

Eriksson, E. & Partanen, L. 2005. Sairaanhoitajien tiedot sydämen vajaatoimintapoti-
laiden ohjauksesta. Tutkiva hoitotyö. Vol. 3(1), s. 4 - 9.

Erlen, J. 2004. Wanted – Nurses ethical Issues and the Nursing Shortage. *Orthopaedic
Nursing* 23 (4), s. 289 - 292.

Ervasti, M. 2004. Perioperatiivisten sairaanhoitajien valmiudet ohjata potilaita. Oulun
yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Lääketieteellinen tiedekunta. Pro
gradu -tutkielma.

Eskola, J. & Suoranta, J. 2000. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 4. painos. Tampe-
re. Osuuskunta Vastapaino.

Euroopan parlamentin ja neuvoston suositus eurooppalaisen tutkintojen viitekehyksen
perustamisesta elinikäisen oppimisen edistämiseksi. 2008. Euroopan Unioni. Saatavis-

sa: <http://ec.europa.eu/education/policies/educ/eqf/rec08_fi.pdf>. [Viitattu 12.5.2010]

Falvo, D. R. 1994. Effective patient education. A guide to increased compliance. Aspen Publishers. Gaithersburg. Maryland. Teoksessa Arvinen, K. 2008. Sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan ohjaus sairaalassa. Hoitotiede/Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma. . Turun yliopisto.

Fredericks, S. & Sidani, S. 2008. An exploration of the relationship between coronary artery bypass graft patients self-sought educational resources and outcomes. *European Journal of Cardiovascular Nursing*, 23 (5), s. 422 - 431.

Furze, G., Dumville, J. C., Miles, J., Irvine, K., Thompson, D. R. & Lewin R. J. "Prehabilitation" prior to CABG surgery improves physical functioning and depression. *Internal Journal of Cardiology*, 132 (1), s. 51 - 58.

Gallagher, R., Mc Kinley, S., & Dracup, K. 2004. Post discharge problems in women recovering from coronary artery bypass graft surgery. *Austrian Critical Care*, 17 (4), s. 160 - 165.

Ganske, K. M. 2006. Caring for octogenarian artery bypass graft patients at home: family perspectives. *Journal of Cardiovascular Nursing*, 21 (2), s. 8 - 13.

Glanville, I. K. 2000. Moving towards health oriented patient education (HOPE). *Holistic Nursing Practice* 14 (2), s. 57 - 66.

Goodman, H., Davidson, J., Preedy, M., Peters, E., Waters, P., Persaud-Rai, B, Shuldman, C., Pepper, J. & Cowie, M. R. 2009. Patient and staff perspective of a nurse-led support programme for patients waiting for cardiac surgery: participant perspective of cardiac support programme. *European Journal of Cardiovascular Nursing*. 2009 Mar; 8 (1), s. 67 - 73.

Haapa-Laakso, P., Tapanainen, M-L. & Vallimies-Patomäki . 2000. Sairaanhoidaja, terveydenhoitajan ja kättilön osaamisvaatimukset terveydenhuollossa. *Terveydenhuollon ammatinharjoittamisen kannalta keskeisiä näkökulmia. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita* 2000, 15.

Haarala, P., Honkanen, H., Mellin, O.K. & Tervaskanto-Mäentausta. 2008. Terveydenhoitajan osaaminen. Helsinki: Edita Prima.

Hagenhoff, B. D., Feutz, C., Conn, C.S., Sagehom, K. K. & Moranville-Hunziker, M. 1994. Patient education needs as reported by congestive heart failure patients and their needs. *Journal of Advanced Nursing* 1994, s. 685 - 90.

Haho, A. 2006. Hoitamisen olemus. Hoitamisen historiasta, teoriasta ja tulkinnasta hoitamista kuvaamiin teoreettisiin väittämiin. Väitöskirja D 898. Oulun yliopisto.

Haho A. 2009a. Miten minä toimin? Itsetuntemuksesta ammatilliseen osaamiseen III. *Sairaanhoitaja* 2/2009, Vol. 82, s. 38 - 40.

Haho A. 2009b. Mitä on hoitaminen? Itsetuntemusta ammatilliseen osaamiseen V. *Sairaanhoitaja* 2009 4/2009, Vol. 82, s. 36 - 39.

Hakulinen, T., Viitanen, T. & Pelkonen, M. 2008. Eri-ikäiset terveydenhoitajan asiakkaana. Teoksessa Haarala, P. Honkanen, H, Mellin, O-K. Tervaskanto-Mäentausta, T. (toim.) *Terveydenhoitajan osaaminen*, Helsinki: Edita.

Haltia P. & Jaakkola R. (toim.). 2009. Osaamisen tunnistamisen ja tunnustamisen käytännöt Kuopion yliopistossa. Luento HAAGA-HELIA ammattikorkeakoulussa 3.3.2008, Helsinki. Teoksessa Haltia, P. & Jaakkola, R. (toim.). 2009. Osaaminen esiin. Näkökulmia tunnistamiseen ja tunnustamiseen. HAAGA-HELIAN julkaisusarja 5/2009.

Hartikainen, L. & Visamo, A. 2000. Sydämen vajaatoimintaa sairastavien potilaiden arvio kotona selviytymisestään. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. *Hoitotieteen opinnäytetyötutkielma*.

Haskell, W.L. 2003. Cardiovascular disease prevention and lifestyle interventions. Effectiveness and efficiency. *Journal of Cardiovascular Nursing* 18, s. 245 - 255.

Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. 7. uudistettu painos. Helsinki: Edita Prima Oy.

Heikkinen, K. 2007. Potilasohjauksen tuloksellisuus. Tiivistelmä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Lääketieteellinen tiedekunta.

Hickey, G. & Kipping, E. 1996. A multi-stage approach to the coding of data from open-ended questions. *Nurse Researcher* 4, 81 - 91. Artikkelissa Kyngäs, H. & Vanhanen, L. Sisällön analyysi. *Hoitotiede* Vol. 11, no 1/1999, s. 3 - 12.

Hiidenhovi, H. 2001. Palvelumittarin kehittäminen sairaalan poliklinikalla. Tampereen Yliopisto. *Acta Universitatis Tamperensis* 833.

Hilden, R. 1999. Sairaanhoidajan ammatillinen pätevyys ja ammatilliseen pätevyyteen vaikuttavat tekijät. Tampereen yliopisto. *Acta Universitas Tamperensis* 706. Teoksessa: Haarala, P., Honkanen, H., Mellin, O-K. & Tervaskanto-Mäentausta, T. 2008. Terveydenhoitajan osaaminen. Helsinki: Edita Prima, s. 28.

Hilden, R. 2002. Ammatillinen osaaminen hoitotyössä. Tampere: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Tampere: Kirjayhtymä Oy.

Hirvonen, E. 1992. Potilasopetus hoitotyössä terveydenhuollon koulutusohjelma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma. Teoksessa Torkkola, S., Heikkinen, H. & Tiainen, S. potilasohjeet ymmärrettäviksi. Opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hopia, H., Rantanen, A., Mattila, E., Paavilainen, E. & Åstedt-Kurki, P. 2004. Kirurgisen potilaan omaisen ja henkilökunnan vuorovaikutus sairaalassa. *Tutkiva hoitotyö*, Vol. 2. (4), s. 24 - 26.

Hupli, M. 2004. Potilasohjauksen ulottuvuudet. Turun yliopisto. Hoitotieteenlaitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:45/2004.

Hyytiäinen, S. 2010. Terveyttä edistävä dialogi potilasohjauksessa. Hoitotieteen laitos. Preventiivinen hoitotiede. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto.

Häggman-Laitila, A. 1994. Terveystieteiden tutkimuskeskuksessa asioiden mielikuvia ja kokemuksia potilaina olemisesta. *Hoitotiede* 6/ 94, s. 83 - 92.

Hämäläinen, H & Röberg, M. 2007a. Kokonaisvaltainen katse sydänterveyteen. Helsinki Kela, Sosiaali- ja terveysturvan tutkimuksia 88, 2007.

Hämäläinen, H. & Röberg, M. 2007b. Sydänterveys osana moniulotteista palveluketjua. *Suomen lääkäri* 2007; 62, s. 3771 - 75.

Hänninen, K. 2007. Palveluohjaus. Asiakaslähtöistä täsmäpalvelua vauvasta vaariin. Raportteja 20/2007. Helsinki: Stakes.

Hölttä, R., Salanterä, S. & Hupli, M. 2002. Sepelvaltimoiden ohitusleikkauksessa olleiden potilaiden oppimistarpeet. *Hoitotiede* Vol. 14, no 1/2002, 11 - 18.

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Syväoja, P. 2010. Sairauksien hoitaminen terveyttä edistäen. *Hygieia*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Isoherranen, K. 2005. Moniammatillinen yhteistyö. Helsinki: WSOY/Oppimateriaalit.

Isola, A., Kääriäinen, M. Backman, K., Kyngäs, H., Saarnio, R. 2007. Iäkkäiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta erikoissairaanhoidossa. *Hoitotiede* Vol. 19, no 2/2007, s. 51- 62.

Jaarsma, T., Halfens, R., Tan, F., Huier Abu-Saad, H-, Dracup, K. & Diedericks, J. 2000. Self-care and quality of life in patients with advanced heart failure: the effect of a supportive educational intervention. *Heart & Lung* 29, s. 319 - 330.

Jallinoja, P, Kuronen, R., Absetz, P. & Patja K. 2009. Miksi potilaiden elämäntavat eivät muutu? Hoitajien ja lääkäreiden näkemyksiä. *Lääkäri* 42. 16.10.2009, s. 3557 - 61.

Janhonen, S. & Vanhanen-Nuutinen, L. 2005. Kohti asiantuntijuutta. Oppiminen ja ammatillinen kasvu sosiaali- ja terveysalalla. Porvoo: WSOY/ Oppimateriaalit.

Jarret, N. & Payne, S. 1995. A selective review of the literature on nurse-patient communication: has the patient's contribution been neglected. *Journal of Advanced Nursing* 22, s. 72 - 78.

Johansson, K. 2006. Empowering orthopaedic patients through education. Akateeminen väitöskirja. Turun yliopisto.

Johansson, K., Hupli, M. & Salanterä, S. 2002. Patients learning needs after hip arthroplasty. *Journal of Clinical Nursing* 11 (5), s. 634 - 639.

Johansson, K., Nuutila, L., Virtanen, H., Katajisto, J & Salanterä, S. 2005. Preoperative Education for Orthopaedic Patients: System Review. *Journal of Advanced Nursing* 50(2), s. 212 - 223.

Johansson, P., Oleni, M. & Frilund, B. 2002. Patient satisfaction with nursing care in the context of health care: a literature study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 16, s. 337 - 344.

Johnson, J. 1991. Learning to live again. The process of adjustment following a heart attack. Teoksessa Morse, J. & Johnson, J. (eds.) *The illness experience*. Newbury Park: SAGE., California, s. 13 - 88.

Jurmu, M. 2010. Potilasohjauksen laatu terveystieteiden laitoksen hoitohenkilökunnan arvioimana. *Terveystieteiden laitos. Pro gradu -tutkielma. Oulun yliopisto.*

Juvonen, S. & Lauri, S. 1994. Uusien syöpäpotilaiden tiedonsaanti ja tiedontarve sekä osallistuminen omaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon. *Hoitotieteen julkaisuja. Turun yliopisto. Tutkimuksia ja raportteja A:3.*

Jylhä, V. 2008. Luotettavaa tietoa terveyteen liittyvistä asioista luotettavasti. *Pro terveys* 1/2008, s. 13 - 15.

Kaarela, E., Kaski-Martinviita, R. & Kukkonen, T. 2008. Sydänpotilaan ohjaus. Julkaisussa: Lipponen, K., Ukkola, L., Kanste, O. & Kyngäs, H. (toim.). *Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyönä toteutetut potilasohjauksen toimintamal-*

lit. Oulun yliopistollinen sairaala. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Pohjois-pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 3/2008. Oulun yliopisto.

Kallberg, K. 2009. Aiemman osaamisen tunnistamisen lähtökohtia ammattikorkeakoulussa. Teoksessa: Haltia, P. & Jaakkola, R. (toim.). Osaaminen esiin. Näkökulmia tunnistamiseen ja tunnustamiseen. Haaga-Helia puheenvuoroja 5/2009

Kananen, J. Kvantti. Kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Liiketalous. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 89.

Karjalainen, M. 2006. Lonkan ja polven nivelrikkoa sairastavien tekonivelleikkausta odottavien terveyteen liittyvä elämänlaatu. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Pro gradu -tutkielma. Oulun yliopisto.

Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M-L. & Hietanen H. 2005. Hoitotyön osaaminen. 2005. Helsinki: WSOY/ Oppimateriaalit.

KASTE-ohjelma 2008 - 2011. STM 2008a. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008: 6.

Kattainen, E. 2004. Pitkittäistutkimus sepelvaltimoiden ohitusleikkaus- ja pallolaajennuspotilaiden terveyteen liittyvästä elämänlaadusta. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 114. Kuopio. Väitöskirja. Kuopion yliopisto.

Kaukonen, J. 2010. Päiväkirurgisessa kaihileikkauksessa olleiden iäkkäiden potilaiden kokemuksia saamastaan ohjauksesta. Hoitotieteenlaitos. Hoitotiede. Pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto.

Kayanilyil, S., Arden, C. I., Winstanley, J., Parsons, C., Brister, S., Oh, P., Stewart, D.E. & Grace, S. L. 2008. Degree and correlates of cardiac knowledge and awareness among cardiac inpatients. *Patient Education and Counseling* 75 (2009), s. 99 - 107.

Kemi, S., Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2009. Ohjausinterventioihin osallistumisen vaikutus hoitoon sitoutumiseen ja tietoon osteoporoosista. *Hoitotiede* 2009, 21 (3), s. 174 - 184.

Kessenich, C., Guyatt, G. H. & Di Censo, A. 1997. Teaching nursing students evidence-based nursing. *Nurse Educator* 22 (6), s. 25 - 29.

Kettunen, T., Karhila P. & Poskiparta, M. 2002. Voimavarakeskeinen neuvontakeskustelu. *Hoitotiede Vol. (14), no 5/-02*, s. 213 - 222.

Kettunen, T., Poskiparta, M. & Gerlander, M. 2002. Nurse – patient power relationship: preliminary evidence of patients` power messages. *Patient Education and Counseling* 47, s. 101 - 113.

Keurulainen, H. 2006. Osaaminen ja arviointi. Teoksessa: Niskanen, A., Lepänjuuri, A. & Rautio, T. (toim.). *tunnistatko taiturin? Osaamisen tunnistaminen ja tunnustaminen korkea-asteella*. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja.

Khraim, F. M. & Carey, M. G. 2008. Predictors of pre-hospital delay among patients with acute myocardial infarction. *Patient Education and Counseling* 75 (2009), s. 155 - 161.

Koivula, M. 2002. Ohitusleikkauspotilaiden pelot, ahdistuneisuus ja sosiaalinen tuki. *Acta Universitatis Tamperensis* 875. Tampere: Tampere University Press.

Koivula, M. & Åstedt-Kurki, P. 2004. Ohitusleikkauspotilaiden pelot ja niiden lieventäminen hoitotyössä. *Hoitotiede Vol. 16, no 2/-04*, s. 50 - 60.

Koivula, T., Tarkka, M. & Halme, N. Ohitusleikkauspotilaiden depressio-oireet ja hoitajilta saatu sosiaalinen tuki. *Hoitotiede Vol. 19, no 4/-07*, s. 179 - 191.

Koivunen, K., Lukkarinen, H. & Isola, A. 2003. Sepelvaltimotautia sairastavien naisten ja miesten kuntoutuminen ohitusleikkauksesta ja ohjaus osana kuntoutumisprosessia. *Hoitotiede Vol. 15, no 2/-03*, s. 62 - 73.

Kokkonen, P. Holi, T. & Vesantola, S. *Hoitotahto*. 2004. Potilaan oikeudet ja lääkärin velvollisuudet. Helsinki: Talentum.

Korkiakangas, E., Alahuhta, M. & Laitinen, J. 2010. Hyödyt ja haitat elintapamuutoksen puntarissa. *Sairaanhoitaja* 5/2010. Vol. 83, s. 48 - 50.

Koski-Jännes, A., Riittinen, L. & Saarnio, P. (toim.). 2008. Kohti muutosta. Motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Koskinen-Ollonqvist, P., Pelto-Huikko, A. & Rouvinen-Wilenius, P. (toim.). 2005. Näkökulmia vaikuttavuuteen. Vaikuttavuuden arvioinnin mahdollisuudet terveyden edistämisessä. 4/05.

Kraft-Oksala, P. 2010. Terveyttä edistävä elämäntapaohjaus ryhmässä. Kysely valtimotautipotilaiden Tulppa-avokuntoutusohjelman toimintaedellytysten toteutumisesta perusterveydenhuollossa. Hoitotieteenlaitos. Pro Gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto.

KTL 2008. Sydän- ja verisuonisairauksien ja diabeteksen asiantuntijaryhmän raportti 2008. Kansanterveyslaitoksen julkaisuja B 2/2008.

Kukkonen, T. 2002. Akuutisti sepelvaltimotautiin sairastuneen potilaan tiedonsaannin toteutuminen. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen ja terveyshallinnonlaitos. Pro gradu -tutkielma. Oulun yliopisto.

Kummel, M. 2008. Ohjauksen ja neuvonnan vaikutukset sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaiden terveyskäyttäytymiseen, terveyteen ja toimintakykyyn. Turun yliopisto. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja – Ser. C Osa – Tom. 271. Scripta Lingua Fennica Edita.

Kuolemansyyt. Tilastokeskuksen internetsivut 2009. Saatavissa: http://www.stat.fi/til/ksyyt/2009/ksyyt_2009_2010-12-17_tie_001_fi.html. [Viitattu 1.2.2010]

Kuokkanen, L. Leino-Kilpi, H. & Katajisto, J. 2010. Sairaanhoidajien kokemat eettiset ongelmat hoitotyössä. Hoitotiede 2010, 22 (1), s. 26 - 35.

Kuusi, O., Ryyänen, O-P., Kinnunen, J., Myllykangas, M. & Lammintakanen, J. 2006. Terveydenhuollon tulevaisuus. Tulevaisuusvaliokunnan kannanotto vuoden 2015 terveydenhuoltoon. Eduskunnan kanslian julkaisuja 3. Helsinki: Edita Prima Oy. Artikkelissa Jylhä, V. 2008. Luotettavaa tietoa terveyteen liittyvistä asioista luotetta-

vasti. Pro terveys 1/2008. O., Ryyänen, O-P., Myllykangas, M. & Lammintakanen J. 2006. Terveysten edistämisen etiikan lähtökohtia.

Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

Kylmä, J., Pietilä, A. M. & Vehviläinen-Julkunen. 2002. Teoksessa: Pietilä A. M. ym. 2002. Terveysten edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. Helsinki: Wsoy Oppimateriaalit.

Kyngäs, H. 2010. Laadukas potilasohjaus. Luento. Alueellinen koulutus. 20.5.2010, Kotka: Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä.

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

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

Kyngäs, H., Mäkeläinen, P. & Kukkurainen, M-L. 2004. Potilas nivelreumaa sairastavien potilaiden arvioimana. Hoitotiede Vol. 16, no 5/-04, s. 225 - 234.

Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällön analyysi. Hoitotiede Vol. 11, no 1/1999, s. 3 - 12.

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Hoitotieteen ja hallinnon laitos. Väitöskirja. Oulun Yliopisto.

Kääriäinen, M. 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. Tutkiva hoitotyö Vol. 6 (4), s. 10 - 15.

Kääriäinen, M. & Kaakinen, P. 2008. Potilasohjauksen rakenteinen kirjaaminen. Sairaanhoidtaja 1/2008, s. 13 - 16.

Kääriäinen M. & Kyngäs, H. 2005a. Käsiteanalyysi ohjauksikäsitteestä hoitotieteessä. Hoitotiede 5 (17): s. 250 - 258.

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2005b. Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995 - 2002. *Hoitotiede* Vol. 17, no 4/2005, s. 208 - 216.

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2010. The quality of patient education evaluated by health personnel. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 24 (3), s. 548 - 556.

Kääriäinen, M., Kyngäs, H., Ukkola, L. Torppa, K. 2005. Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta. *Tutkiva hoitotyö*, Vol. 3(1), s. 10 - 15.

Kääriäinen, M., Kyngäs, H., Ukkola, L. & Torppa, K. 2006. Terveystieteiden tutkimuksen käsitykset ohjauksesta sairaalassa. *Hoitotiede* Vol. 18, no 1/2006, s. 4 - 13.

Kääriäinen, M., Lahdenperä, T. & Kyngäs, H. 2005. Kirjallisuuskatsaus: Asiakaslähtöinen ohjausprosessi. *Tutkiva hoitotyö* Vol. 3 (3), s. 27 - 31.

Kähkönen, O. 2009. Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan ohjaus – Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteenlaitos. *Hoitotiede*. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto.

Lahtinen, M. 2006. Potilasohjauksen eettiset lähtökohdat. Teoksessa Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit.

Lahtinen, M., Karhu, H. & Backman, K. 2004. Naisnäkökulma hoitotyön etiikan teoriaan. Carol Gilliganin ja välittämisen etiikka. *Hoitotiede* Vol. 16, no 3/2004, s. 132 - 143.

Lahtonen, P., Johansson, K. & Hupli, M. 2010. Sairaanhoidon tutkimustiedon käyttäjänä. *Hoitotiede* Vol. 22 (2), s. 108 - 117.

Laine, K-M. 2005. Sydämen vajaatoimintaa sairastavien potilaiden ohjauksen ja itsehoiton toteuttaminen. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto.

Laitinen, H. & Åstedt-Kurki, P. 1996. Tehohoitovaihetta edeltävä tiedonsaanti sepelvaltimotautipotilaiden ohitusleikkauspotilaiden kokemana. *Hoitotiede* 8, s. 167 - 174.

Laki 255/1995. Laki ammattikorkeakouluopinnoista 3.3.1995/255.

Laki 1062/1989. Erikoissairaanhoitolaki 1.12.1989/1062.

Laki 66/1972. Kansanterveyslaki 28.1.1972/66.

Laki 365/1995. Kuntalaki 17.3.1995/365

Laki 785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeudesta 17.8.1992/785.

Laki 559/1994. Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559.

Laki 731/1999. Suomen perustuslaki 11.6.1999/731.

Launis V. 1995. Hoitoyhteisö ja ammattietiikka. Teoksessa V. Launis (toim.) Lääkintä- ja hoitoetiikka. Helsinki: Painatuskeskus Oy.

Lauri S. 2005. Sairaanhoidajan ammatti – tietoa, päätöksentekoa ja vaikuttamista. Teoksessa Miettinen M., Hopia K., Koponen L. & Wilskman K. (toim.) Hoitotyön interventiot. Hoitotyön vuosikirja 2005. Sipoo: Silverprint Oy.

Lauri, S. 2006. Hoitotyön ydiosaaminen ja oppiminen. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Lauri S., Kurki P. 1985. Sairaanhoidajien ja erikoissairaanhoitajien ammatillinen kokeneminen. Sairaanhoidon vuosikirja XXI. Sairaanhoidajien koulutussäätiö, Vaasa.

Leimumäki A. & Pärkkä, J. 2010. Asiakaslähtöinen jatkohoidon ja kuntoutuksen terveyspalvelujärjestelmä – Case: sepelvaltimotautiin sairastuneet. Pirkanmaan sydänpiiri ry & VTT. Esiselvitysraportti.

Leino-Kilpi, H. 1999. Hoitotiede uudella vuosituhanella – etiikan tutkimisen välttämättömyys. Teoksessa Janhonen S., Lepola I, Nikkonen M. & Toljamo M. (toim.). Suomalainen hoitotiede uudelle vuosituhanella. Professori Maija Hentisen juhla kirja, Oulu.

Leino-Kilpi, H., Mäenpää I., & Katajisto, J. 1999. Pitkäaikaisen terveysongelman sisäinen hallinta. Potilaslähtöisen hoidon laadun arviointiperusteiden kehittäminen. Stakes.

Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Raportteja 229. Saarijärvi: Gummerrus Kirjapaino Oy.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki M. 2004. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2008. Etiikka hoitotyössä. 5. uudistettu painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Leino-Kilpi, H. 2009. Tieto edistää potilaan turvallisuutta. Teoksessa Kinnunen, M. & Peltonen, K. (toim.). Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Sairaanhoidajaliitto.

Leinonen, T., Leino-Kilpi, H. & Katajisto, J. 1996. The quality of intraoperative nursing care: the patient's perspective. *Journal of Advanced Nursing* 24, s. 836 - 842.

Leskinen, S. 2008. Terveystieteiden organisaatioiden verkkopalveluiden kehittäminen. Sosiaali- ja terveydenhuollon tietohallinto. Terveystieteiden- ja talouden laitos. Pro gradu -tutkielma. Kuopion yliopisto.

Lesperance, M. E. & Ervin, N. E. 2005. Heart failure and weight monitoring. *Lippincott's Case Management* 10 (6), 287 - 293. Teoksessa: Ekola, S. Sydämen vajaatoimintaa sairastavien potilaiden ohjaus ja seuranta Suomessa. Hoitotiede. Hoitotieteenlaitos. Pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto.

Levensky, E.R., Forcehimes, A., O'Donohue, W. & Beitz, K. 2007. Motivational Interviewing. An evidenced-based approach to counseling helps patients follow treatment recommendations. *Journal of Advanced Nursing* 107, 10, s. 50 - 58.

Levinas, E. 1996. Etiikka ja äärettömyys. keskustelija Philippe Nemon kanssa. Tampere: Gaudeamus.

Lie, I., Arnesen, H., Sandvik, L., Hamilton, G. & Bunch, A. 2007. Effects of home-based intervention program on anxiety and depression 6 months after coronary artery bypass grafting: a randomized controlled trial. *Journal of Psychosomatic Research*, 62 (4), s. 411 - 18.

Lindqvist, M. 2001. Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Etene- julkaisu I.

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

Linturi, H. 2004. Tiedon hiljainen maailma. Internet sivut saatavissa: http://nexusdelfix.internetix.fi/fi/sisalto/materiaalit/2_metodit/7_hiljainen?C:D=64139&C:selres=64139. [Viitattu 19.5.2010]

Lipponen, K. 2006. Kirurgisen sairaanhoitajan valmiudet potilaan ohjaamisessa. Sairaanhoitaja 10/2006, Vol. 79, s. 22 - 24.

Lipponen, K., Kanste, O., Kyngäs, H. & Ukkola, L. 2008. Henkilöstön käsitykset potilasohjauksen toimintaedellytyksistä ja toteutuksesta perusterveydenhuollossa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2008, 45, s. 121 - 135.

Lopez, V., Chair, S. Y., Poon, C. Y. & Wai, Y. 2007. Physical, psychological and social recovery patterns after coronary bypass graft surgery: a prospective repeated measures questionnaire survey. International Journal of Nursing Studies, 44, s. 1304 - 1315.

Louhiala, P. & Launis, V. 2009. Parantamisen ja hoitamisen etiikka. Helsinki: Edita Prima Oy.

Lyon, B. & Boland, D. 2002. Demonstration of continued competence: A complex challenge. Clinical Nurse Specialist. Vol. 16 (3), s. 155 - 156.

Lämsä, A-M. & Uusitalo, O. 2005. Palvelujen markkinointi esimiestyön haasteena. Helsinki: Edita Prima Oy.

Mainie, P., Moore, G., Riddel, J. W. & Adgey, A. A. 2005. To examine the effectiveness of a hospital-based nurse-led secondary prevention clinic. European Journal of Cardiovascular Nursing, 4 (4), s. 308 -313.

Makkonen, A., Suhonen, R. & Hupli, M. 2010. Potilaiden näkemys hoidon yksilöllisyydestä ajanvarauspoliklinikalla. *Hoitotiede*. Vol. 22 (2), s. 129 - 140.

Mattila, E. 2002. Miten ohjata mielen kuntoutujaa? Yksityinen mielenterveystyön hoito- ja palvelukoti kehittyvänä pienyhteisönä. Helsingin yliopiston laitoksen tutkimuksia 179.

Mattila, E. 2002. Potilaan ohjaus sairaalahoidon aikana – potilaiden käsityksiä ja kokemuksia. *Hoitotiede*. Vol. 10, no 3/-98, s. 144 - 152.

Mc Cann, S. & Weinman, J. 1996. Empowering the patient in the consultation: a pilot study. *Patient Education Counselling* 27, 227 - 34. Artikkelissa Ohjaus – tuttu, mutta epäselvä käsite. *Sairaanhoitaja* 10/2006, Vol. 79, s. 6 - 9.

Melkas, T. 2010. Kunnat terveyden edistäjinä – informaatio-ohjausta vai normeja? Teoksessa. Ståhl, T. & Rimpelä, A (toim.). 2010. Terveyden edistäminen tutkimuksen ja päätöksenteon haasteena.

Metsämuuronen, J. 1999. Pehmeät kvalifikaatiot sosiaali- ja terveystieteiden työssä ja ammatillisessa koulutuksessa. *Aikuiskasvatus* 2.

Metsämuuronen, J. 2000. SPSS aloittelevan tutkijan käytössä. *Metodologia –sarja* 5. Viro: Jaabes OU.

Miettinen, S. 2008. Potilasohjaus hoitotyössä – sairaanhoitajien käsityksiä potilasohjauksesta ja kokemuksia potilaan ohjaamisesta. *Lääketieteen tiedekunta, terveystieteiden laitos. Pro gradu -tutkielma*. Oulun yliopisto.

Miller, J. 2006. Opportunities and Obstacles for Good Work in Nursing. *Nursing ethics* 13 (5), s. 471 - 487.

Miller, W. 1995. Motivaation ja muutoksen käsitteellistäminen. Teoksessa: Koski-Jännes, A., Riittinen, L. & Saarnio, P. (toim.). 2008. Kohti muutosta. Motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Miller, W. R. & Rollnick, S. 1991. *Motivational Interviewing: Preparing People to Change Addictive Behavior*. Guilford Press, New York. Teoksessa Koski-Jännes, A., Riittinen, L. & Saarnio, P. (toim.) *Kohti muutosta. Motivointimenetelmiä päihde- ja käyttäytymisongelmiin*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Miller, W. & Rollnick, S. *Motivational interviewing. Preparing People for Change*. Artikkelissa Patja, K., Absetz, P., Kuronen, R. & Lillrank, P. *Miten kroonisten tautien ennaltaehkäisy saadaan kuntoon?* Suomen lääkäri-lehti 14/2009 vsk 64, s. 1351 - 56.

Mills, M. E. & Sullivan, K. *The importance of information giving for patients newly diagnosed with cancer: a review of the literature*. *Journal of Clinical Nursing* 8: 631 - 642. Teoksessa Hiidenhovi H. 2001. *Palvelumittarin kehittäminen sairaalan poliklinikalla*.

Myllymäki, M. 2010. *Ohjauksen laatu päihdetyöntekijöiden arvioimana*. Terveystieteiden laitos. Pro gradu -tutkielma. Oulun yliopisto.

Mäkijärvi, M., Kettunen, R., Kivelä, A., Parikka, H. & Yli-Mäyry, S. (toim.). *Kustannus Oy Duodecim*. Suomen Sydänliitto ry.

Mäkinen, A. & Penttilä, P. U. 2007. *Sepelvaltimopotilaiden kuntoutus julkisessa terveydenhuollossa*. Suomen Sydänliiton julkaisuja 1/2007.

Mönkkönen, K. 2007. *Vuorovaikutus. Dialoginen asiakastyö*. Helsinki: Edita Prima Oy.

Nevalainen, A., Kaunonen, M., Åstedt-Kurki, P.. 2007. *Syöpäpotilaan läheisen hoitohenkilökunnalta saama tiedollinen tuki polikliinisessä hoidossa*. *Hoitotiede* Vol. 19, no 4/2007. s.192 - 201.

Nunnally, J. Bernstein, I. H. 1994. *Psychometric Theory*. Third edition. Mc-Craw-Hill, New York.

Ohtonen, H. 2006. *Potilasohjaus – hoitotyön punainen lanka*. *Sairaanhoitaja* 10/2006, s. 3.

Ojanen, S. 1990. Ohjauksesta oivallukseen. Ohjausteorian kehittelyä. Saarijärvi: Palmenia kustannus.

Onnismaa, J. 2007. Ohjaus- ja neuvontatyö. Aikaa, huomiota ja kunnioitusta. Gaudemus Helsinki University Press. Oy Yliopistokustannus.

Otala, L. 2008. Osaamispääoman johtamisesta kilpailuetu. Porvoo: WSOY.

Paananen, M., Karinen, A., Liimatainen, L. & Heikkilä, J. 2004. Uudenmaan Sydänpiiri ry:n sepelvaltimotaudin ensitietokursseille osallistuneiden potilaiden ja heidän omaistensa edellytykset selviytymiseen sairauden kanssa sekä heidän arvionsa ensitietokurssista. Selvitys. Jyväskylän ammattikorkeakoulu. Artikkelissa 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. Vol. 5 (4), 2007, s. 9 - 14.

Paananen, M., Kuusisto, M- & Heikkilä, J. 2004. Pallolaajennuspotilaiden ja avokuntoutuksen kehittämisprojekti. Vuonna 2003 sepelvaltimoiden pallolaajennuksessa olleiden potilaiden tiedonsaanti ja oireilu sairaalahoidon jälkeen. Helsingin- ja Uudenmaan Sairaanhoidopiiri Kardiologian klinikka & Uudenmaan Sydänpiiri ry & Jyväskylän ammattikorkeakoulu & Raha-automaattiyhdistys.

Palmu, P. & Suominen, T. 1999. Nuoren lyhytkirurgisessa hoidossa olevan potilaan ohjaus. Hoitotiede Vol. 11 (3), s. 119 - 127.

Partanen, P., Heikkinen, T. & Vehviläinen-Julkunen, K. Sairaanhoidtajien työolobarometri 2004. Suomen sairaanhoidtajien ry:n kysely. Raportti 2004, s. 43 - 44.

Partanen, L. & Lommi, J. 2006. Moniammatillisella yhteistyöllä tehoa sydämen vajaatoiminnan hoitoon. Duodecim 2006; 122, s. 2009 -16.

Patja, K., Absetz, P., Kuronen, R. & Lillrank, P. Miten kroonisten tautien ennaltaehkäisy saadaan kuntoon? Suomen Lääkärilehti 14/2009 vsk 64, s. 1351 - 56.

Paul, S. 2008. Hospital discharge education for patients with heart failure: what really works and what is the evidence? Clinical article. *Critical Care Nurse*. Vol. 28, No 2, s. 66 - 82.

Pearson, A., Pallas, L. O., Doucette, E., Tucker, D., Wiechula, R., Long, L., Porritt, K. & Jordan, Z. 2006. Systematic review of evidence on the impact of nursing workload and staffing on establishing healthy work environments. *International Journal of Evidence-Based Healthcare*. Vol. 4, s. 337 - 384. Teoksessa Tervo-Heikkinen, T. 2008. *Hoitotyön vaikuttavuus erikoissairaanhoidossa*. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 162.

Peavy, R.V.2006. Asiakastyön osaamisen kehittäminen. Teoksessa Mönkkönen K. 2007. *Vuorovaikutus. Dialoginen asiakastyö*. Helsinki: Edita Prima Oy.

Pekkari, M. 2008. *Tavoitteellinen ohjauskeskustelu*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Peltonen, P. & Suominen, T. 2008. Sairaanhoidtaja tehohoitopotilaan edustajana. *Tutkiva hoitotyö* Vol. 6 (2), 2008, s. 10 - 15.

Peltoniemi, A. 2007. *Terveydenhuoltohenkilöstön valmiudet ohjata hemofiliaa sairastavia ja heidän perheitään*. Acta Universitas Oulensis. D MedicA 912. Oulun yliopisto, Oulu. Saatavissa: <http://herkules oulu.fi/isbn9789514283642/isbn9789514283642.pdf>. [Viitattu 12.5.2010]

Perttilä, K., Orre S., Koskinen, S. & Rimpelä M. 2004. *Kuntien hyvinvointikertomus. Hankkeen loppuraportti. Aiheita 7/2004*.

Pietilä, A.-M., Hakulinen, T., Hirvonen, E., Koponen, P., Salminen, E.M. & Sirola, K. 2002. *Terveyden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät*. Helsinki: Wsoy Oppimateriaalit.

Pietilä, A.-M., Länsimies-Antikainen, H., Vähäkangas, K. & Pirttilä, T. 2010. *Terveyden edistämisen eettinen perusta*. Teoksessa: Pietilä, A.-M. (toim.) 2010. *Terveyden edistäminen. Teoriasta toimintaan*.

Pietilä, A.-M., Meriläinen, P., Tossavainen, K. & Vehviläinen-Julkunen. 1999. Preventiivinen hoitotiede – yksilö, yhteisö ja kulttuuri terveyden tutkimuksessa. *Hoitotiede* 11 (6), s. 325 - 323.

Pietilä, A-M., Varjoranta, R. & Matveinen, M. 2009. Perusterveydenhuollon henkilöstön näkemyksiä terveyden edistämisestä – arvoperusta toiminnan kehittämiseen. *Tutkiva hoitotyö*. Vol. 7(3), s. 5 - 12.

Poskiparta, M. Liimatainen, L., Kettunen, T. & Karhila, P. 2001. From nurse-centered health counseling to empowermental health counseling. *Patient Education and Counseling* 45, s. 69 - 79.

Potilasturvallisuuden työkalut -työvaliokunta. Sosiaali- ja terveysministeriö. 2009. Teoksessa: Kinnunen M. & Peltomaa K. (toim.). Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja. Sairaanhoidajaliitto. Rautio, M. 2006. Terveyden edistämisen koulutus sosiaali- ja terveysalalla. *STM selvityksiä* 2006:49.

Rankin, S. H. & Stallings, K. D. 1996. Patient education. Issues, Principles and Methods. Seventh Edition. Lippincott Williams & Wilkins, USA. Teoksessa: Arvila, K. 2008. Sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan ohjaus sairaalassa. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto.

Rantala, M. & Virtanen, V. 2008. Kannattako sydänpotilaan kuntoutus? *Duodecim* 2008; 124, s. 254 - 60.

Rantanen, A. 2009. Ohitusleikkauspotilaiden ja heidän läheistensä terveyteen liittyvä elämänlaatu ja sosiaalinen tuki. Tampereen yliopisto. Hoitotieteenlaitos. Akateeminen väitöskirja.

Reiman-Möttönen, P. 2010. Sepelvaltimotaudin lääkkeetön sekundaaripreventio. Arviontiraportti. Tiivistelmä. Saatavissa: <http://lib.stakes.fi/ohtanen/tarkastele.aspx?id=2775> [Viitattu 1.3.2011]

Rosswurm, M.A. & Lanham, D. M. 1998. Discharge Planning for Elderly Patients. *Journal of Gerontological Nursing*. 24(5), s. 14 - 21.

Ruohotie, P. & Honka J. 2003. Ammatillinen huippuosaaminen. Kompetenssitutkimuksen avaama näkökulma huippuosaamiseen, sen kehittämiseen ja kohtaamiseen. Hämeen ammattikorkeakoulu, Hämeenlinna. Teoksessa: Osaaminen esiin. Näkökulmia tunnistamiseen ja tunnustamiseen. Haltia P. & Jaakkola R. (toim.). Haaga-Helia puheenvuoroja 5/2009.

Ruotsalainen, T. 2006. Sisätautipotilaan hoidon laatu. Potilas laadun arvioijana. Turun Yliopisto, Turku. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja 246.

Rushford, N., Murphy, B.M., Worcester, M. U., C., Goble, A. J., Higgins, R. O. Le Grande, M., Rada., & Elliot, P. C. 2007. Recall of information received in hospital by female cardiac patients. *European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation* 14, s. 463 - 469.

Ryan, R. & Deci, E. L. 2000. Self-determination theory and the facilitation of intrinsic motivation, social development and well-being. *American Psychologist* 55, s. 68 - 78.

Rycroft-Malone, J., Latter, S., Yerrel P & Shaw, D. 2000. Nursing and medication education. *Nursing Standard* 14 (50), 35 -40. Artikkelissa *Hoitotiede* Vol. 17, no 5/05, s. 250 - 258.

Sairaanhoitajien eettiset ohjeet. Sairaanhoitajaliitto 28.9.1996. Saatavissa: http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_ty_ ja_hoitotyon/sairaanhoitajan_ty_o/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/ [Viitattu 16.4.2010]

Sairaanhoitajan, terveydenhoitajan ja kättilön osaamisvaatimukset terveydenhuollossa 2000. Terveydenhuollon ammatinharjoittamisen kannalta keskeisiä näkökohtia. Sosiaali- ja terveysministeriön monisteita 15. Helsinki. Saatavissa: http://pre20031103.stm.fi/suomi/pao/julkaisut/mon20_15/moniste.pdf / [Viitattu 11.11.2010]

Salminen E-M. & Sirola K. (toim.) Terveyden edistäminen. Uudistuvat työmenetelmät. Porvoo: WSOY.

Salminen, M. 2005. Sepelvaltimotaudin ehkäisy - neuvonnan ja ohjauksen vaikutukset lasten ja nuorten sekä iäkkäiden keskuudessa. Sarja - Ser. C Osa – Tom. 234. Scripta Lingua Fennica Edita. Akateeminen väitöskirja. Turun yliopiston julkaisuja.

Salomaa, V., Laatikainen, T., Tapanainen, H., Jousilahti, P. & Vartiainen, E. Sepelvaltimotaudin riskitekijöiden sosioekonomiset erot. Suomen Lääkärilehti 2003; 58, s. 3187 - 3191.

Sanford, R. 2002. Caring through relation and dialogue: a nursing perspective for patient education. *Advanced in Nursing Science* 22(3), 1-15. Teoksessa *Akuutin sydänpotilaan hoitoketjun arvioinnin kaksi näkökulmaa*. 2007.

Sarajärvi, A., Mattila, L-M. & Rekola, L. 2011. Näyttöön perustuva toiminta. Avainhoitotyön kehittämiseen. Helsinki: WSOYPro Oy.

Saranpää, M. 2007. Ohjaajan hätävara. Osaamisen tunnistamisen ja työstä oppimisen ohjaamisen työkaluja ammattikorkeakoulututkintojen tekijöille. HAAGA-HELIA kehittämöraportteja 3/2007.

Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. 2009. Hoitotyön etiikka. Helsinki: Edita Prima.

Siimeslehto, K. 2009. "Ihannesairaalaan kotiin?" – Kotiutuvan potilaan ohjausprosessi sepelvaltimotautipotilaan näkökulmasta. Laurea-ammattikorkeakoulu. Laurea Otoniemi. Opinnäytetyö, YAMK.

Silva, M. C. 1996. Ethical issues. New ANA guidelines for ethics for nursing research. *Nursing Connections* 9 (2), s. 28 - 33.

Silvennoinen, M. 2004. Vuorovaikutuksen avaimet. Jyväskylä: Talentum Media Oy.

Sirviö, K. 2010. Lapsiperheiden terveyden edistäminen –osallistamista ja ennakointia. Teoksessa: Pietilä, A-M. (toim.) *Terveyden edistäminen. Teoriasta toimintaan*. Helsinki: WSOY pro Oy.

Smith, J. & Liles, C. 2007. Information needs before discharge of myocardial infarction patients: comparative and descriptive study. *Journal of Clinical Nursing* 16, s. 662 - 71.

Sobell, L. C., Sobell, M. B., Toneatto, T. & Leo, G. I. 1993. What triggers the resolution of alcohol problems without treatment? Teoksessa *Alcoholism: Clinical and Experimental Research* 17, Vol. 17, Issue 2, s. 217 - 224.

Soohbany, M. S. 1999. Counselling as part of the nursing fabric: where is the evidence? A phenomenological study using “reflection in actions as a tool for framing the “lived counseling experiences of nurses”. *Nurse Education Today* 19, s. 35 - 40.

Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma. KASTE 2008 - 2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:1. Helsinki 2008. [Viitattu 24.3. 2010]

Stenbäck, J. 2005. Neurologisen potilaan ohjaus hoitohenkilöstön, potilaan ja omaisen arvioimana. *Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Pro gradu -tutkielma. Oulun yliopisto.*

Strömberg, A. 2002. Educating nurses and patients to manage heart failure. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 1 (1): s. s. 33 - 40.

Strömberg, A. 2005. The crucial role of patient education in heart failure. *The European Journal of Heart Failure* 7 (2005), s. 363 - 369.

Suomen kielen perussanakirja. Kolmas osa. S - Ö.1996a. 3. painos. Kotimaisten kielten tutkimuskeskus. Helsinki: Oy Edita Ab.

Suomen kielen perussanakirja. Toinen osa. L - R.1996b. 4. painos. Kotimaisten kielten tutkimuskeskus. Helsinki: Oy Edita Ab.

Suomen sairaanhoitajaliiton eettiset ohjeet. 1996. Saatavissa: http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_ty_o_ja_hoitotyon/sairaanhoitajan_ty_o/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/. Viitattu [24.3.2010]

Surakka, T. 2009. Hyvä työpaikka hoitoalalla – näin haetaan ja sitoutetaan osaajia. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Suurnäkki, A., Leppäkoski, A-M. & Pellikka, M. 2010. Espoon potilaslähtöinen pitkäaikaissairauksien hoitomalli. Teoksessa: Uusi terveydenhuolto. Hoitotyön vuosikirja 2010. Sairaanhoitajaliitto. Fioca Oy, Helsinki. Muurinen, S., Nenonen, M., Wilskman, K. & Agge, E. (toim.)

Sydänmaanlakka P. 2006. Älykäs johtajuus. Ihmisten johtaminen älykkäissä organisaatioissa. Hämeenlinna: Talentum Media Oy.

Syvöja, P. & Äijälä, O. Hoidon tarpeen arviointi. Hygieia. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Säämänen, J. 1998. Sydäninfarktipotilaan hoito sydänvalvonta- ja teho-osastolla. Tampere :Tapperpaino Oy.

Taavila, S. 2000. Kuntien verkkopalvelut. Tampereen yliopiston tietoyhteiskunnan tutkimuskeskuksen raportteja. Tampereen Yliopistopaino Oy. Artikkelissa: Jylhä, V. 2008. Luotettavaa tietoa terveyteen liittyvistä asioista luotettavasti. Pro terveys 1/2008, s. 13 - 15.

Taylor, R. S. Brown, A., Ebrahim, S., Joliffe, J., Noorani, H., Rees, K., Skidmore, J. A. & Oldbridge, N. 2004. Exercise-based rehabilitation for patients with coronary hearts disease: systematic review and meta-analysis of randomized controlled trials. American Journal of Medicine 2004; 116, s. 682 - 92.

Terveyden edistämisen laatusuositus. STM. 2006. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2006:19.

Terveyden edistämisen mahdollisuudet. STM 2008. Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:1.

Terveyden edistämisen politiikkaohjelma 2007. Saatavissa: <http://www.valtioneuvosto.fi/toiminta/politiikkaohjelmat/terveys/fi.jsp>. [Viitattu 24.3.2010]

Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. 2001. Etenejulkaisuja I.

Teräväinen, R., Räikkönen, O. & Heikkilä, M. Laatusuositusten arviointi. 2007. Arviointia laatusuositusten ohjausvaikutuksista ja vaikutuksista sosiaali- ja terveydenhuollon palvelujärjestelmään. Stakes. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus. Stakesin työpapereita 27/2007.

Thompson, D., Ersser, S. & Webster, R. 1995. The experience of patients and their partners 1 month after a heart attack. *Journal of Advance Nursing* 22. Issue 4, s. 707 - 714.

Toimenpideohjelma suomalaisten sydän- ja verisuoniterveyden edistämiseksi vuosille 2005 - 2011. Sydän -ja verisuoniterveyden edistämistä ja sairauksien ehkäisyä koskeva osa Suomalaisesta sydänohjelmasta. Suomen Sydäntautiliiton julkaisuja 2005:1.

Torkkola S., Heikkilä H. & Tiainen S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. opas potilasohjeiden tekijöille. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Tuomi, S. 2008. Sairaanhoidajan ammatillinen osaaminen lasten hoitotyössä. Hoitotieteen laitos. Tutkimusyksikkö. Kuopion yliopistollinen sairaala. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 156. Akateeminen väitöskirja. Kuopion yliopisto.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki: Tammi.

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

Tynjälä P. 2005. Konstruktivistinen oppimiskäsitys ja asiantuntijuuden edellytysten rakentaminen koulutuksessa. Teoksessa Eteläpelto A., Tynjälä P. (toim.) 2005. Oppiminen ja asiantuntijuus. Työelämän ja koulutuksen näkökulmia. Helsinki: WSOY, Helsinki, s. 160 - 179.

Tähtinen, T. 2007. Hoitohenkilöstön potilasohjausvalmiudet. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Lääketieteellinen tiedekunta. Pro gradu –tutkielma. Oulun yliopisto.

Uusi terveydenhuoltolaki. STM 2008. Terveydenhuoltolakityryhmän muistio. Saata-
vissa: http://www.stm.fi/julkaisut/selvitysia-sarja/nayta/_julkaisu/1066999#fi. [Viitattu 20.3.2010]

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. 2001. Oikeudenmukaisuus ja ihmisarvo suomalaisessa terveydenhuollossa. Helsinki: Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön selvityksiä. 2001:1.

Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015 -kansanterveysohjelmasta. STM 2001. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja, 2001:4. Helsinki.

Valtioneuvoston periaatepäätös Terveys 2015-kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriö. Julkaisuja 2001:4. Saatavissa: <http://www.terveys2015.fi/terveys2015.pdf>. [Viitattu 24.3.2009]

Vanhatalo, T. & Siljamäki, A. 2004. Palloprojekti. Pallolaajennuspotilaiden ja omaisten avokuntoutuksen kehittämishanke. 4/2003-4/2004 HYKS Meilahden sairaalan kardiologian klinikassa sepelvaltimoiden pallolaajennuksessa olleiden potilaiden tilanne vuosi toimenpiteestä. Uudenmaan Sydänpiiri ry. Forum analytica.

Varjola, J. 2007. Sepelvaltimotautikohtauspotilaiden ohjauksen riittävyys sairaalassa. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma. Turun yliopisto.

Vehviläinen, S. 2001. Ohjaus vuorovaikutuksena. Gaudeamus Kirja. Yliopistokustannus University Press Finland Ltd. HYY Yhtymä.

Vilen, Leppämäki & Ekström. 2008. Vuorovaikutuksellinen tukeminen. 3., uudistettu painos, 2008. 3., uudistettu painos, 2008. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.

Vilkkä, H. 2009. Tutki ja kehitä. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vilkkä, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Vilkkä, H. 2005. Tutki ja kehitä. Keuruu: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Virtanen, H., Leino-Kilpi, H. & Salanterä, S. 2007. Empowering discourse in patient education. (Review). Patient Education and Counseling 66, s. 140 - 146.

Virtanen, H., Leino-Kilpi H. & Salanterä S. 2009. Potilaan ohjauksen lainsäädännöllinen ja strateginen perusta – säätelee, ohjaa ja luo mahdollisuuksia. Pro terveys 5, 7 - 9.

Voutilainen, A. 2010. Voimavaralähtöinen potilasohjaus. Kuvauksia terveysneuvonnan toteutumisesta perusterveydenhuollossa. Hoitotiede. Hoitotieteenlaitos. Pro gradu -tutkielma. Itä-Suomen yliopisto.

Vuori-Kemilä, A., Lindroos, S., Nevala, S. & Virtanen, J. 2005. Ihmisen hyvä. Etiikka lähihoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Väisänen, L., Niemelä, M. & Suua, P. 2009. Sanat työssä. Vuorovaikutus ammattitaitona. Helsinki: Kirjapaja.

Waltz, C., Strickland, O. & Lenz, E. 2005. Measurement in Nursing and Health Research. Third edition. New York: Springer.

Wehby, D. & Brenners, B. S. 1999. Perceived learning needs of patients with heart failure. *Heart & Lung, The Journal of Acute and Critical Care* 28 (1): 31 - 40. Teoksessa Westerholm, H. 2007. Tutkimusmatka pienyrittäjän työvalmiuksien ytimeen. Kirjallisuuteen ja DACUM-analyysiin perustuva kartoitus. Jyväskylä: *Studies in Business and Economics* 55.

Westerholm, B. 2007. Tutkimusmatka pienyrittäjien työvalmiuksien ytimeen. Kirjallisuuteen ja DACUM-analyysiin perustuva kartoitus. Jyväskylä *Studies in Business and Economics* 55. Teoksessa Haltia, P. & Jaakkola, R. (toim.) 2009. Osaaminen esiin. Näkökulmia tunnistamiseen ja tunnistamiseen. HAAGA-HELIAN julkaisusarja. Puheenvuoroja 5/2009. Helsinki: Edita.

Whelton B. 2008. Human nature: a foundation for palliative care. *Nursing philosophy* 9, s. 77 - 88.

Åkesson, K., Saveman, B-I. & Nilson, G. 2007. Health care consumers` experience of information communication technology – a summary of literature. *International Journal of Medical Informatics* 76. Artikkelissa Jylhä, V. 2008. Luotettavaa tietoa terveyteen liittyvistä asioista luotettavasti. *Pro terveys* 1/2008.

Tekijä, julkaisuvuosi ja –paikka, tutkimuksen nimi	Tutkimuksen tavoite ja tarkoitus	Aineiston keruumenetelmä, otoksen laajuus ja analyysimenetelmä	Keskeiset tutkimustulokset ja päätökset
<p>Absetz, P., Hankonen, N., Sachiyo, Y. & Valve, R. 2008.</p> <p>Helsingin yliopisto. Kansanterveyslaitos. Lahden ammattikorkeakoulu. UKK-instituutti.</p> <p>Ikihyvä Päijät-Häme – kehittämishanke. Päijät-Hämeen sairaanhoitopiiri ja sen kunnat.</p> <p>Yhteistyöhanke.</p>	<p>Tarkoituksena oli kehittää ryhmämallia perusterveydenhuollon ryhmäohjaukseen.</p>	<p>Strukturoitu kyselytutkimus ohjaajille (N=50).</p> <p>Ohjattavien punnitus.</p>	<p>Ohjaajien käsitykset ryhmätoiminnasta olivat positiivisia. Lisäryhmien ohjaajat näkivät ryhmän hyödyn sekä oman onnistumisensa vähäisempänä kuin muut. he viihtyivät ryhmässä heikoimmin ja saivat ohjaamisesta vähemmän voimia. Ongelmalähtöisessä oppimisessa ohjaajan motivaatiolla on merkitystä elintapamuutosten oppimiseen. Kyseessä lienee vuorovaikutusprosessi, jossa innostuneet ohjaajat ja ryhmä auttavat hyviin tuloksiin. Vähintään puolet ohjattavista onnistui pudottamaan painoaan yli kilon (keventäjäryhmä) ja vähintään puolet lisäsi painoaan (lisääjäryhmät) ja vähintään puolet lisäsi painoaan 0,5 kg.</p>
<p>Alm-Roger, C., Stagmo, M., Uden, G. & Erhardt, L. 2004.</p> <p>Better knowledge improves adherence to lifestyle changes and medication in patients with coronary heart disease.</p> <p>European Journal of Cardiovascular Nursing 3 (2004).</p>	<p>Tarkoituksena oli tutkia sepelvaltimotautia sairastavien potilaiden tietoja riskitekijöistä sekä neuvojen antamisen yhteyttä niiden noudattamiseen, elintapojen muutoksiin, hoidon tavoitteisiin sekä lääkehoidon noudattamiseen.</p>	<p>Haastattelututkimus.</p> <p>Kohderyhmänä olivat alle 71-vuotiaat miehet ja naiset (N=509), jotka olivat käyneet läpi sydäntapahtuman.</p> <p>Tilastolliset analyysimenetelmät, Spearmanin korrelaatiokerroin.</p>	<p>Monet potilaat eivät saa riittävästi elintapaohjausta eikä lääkehoidon ohjausta sydäntapahtuman jälkeen. Parantuneilla tiedoilla sepelvaltimotautiin riskitekijöistä oli yhteyttä elintapamuutosten, kuten painon pudottamiseen, lisääntyneeseen fyysiseen aktiivisuuteen, stressin hallintaan ja ruokavaliomuutoksiin.</p>

<p>Arvinen, K. 2008. Turun yliopisto. Pro gradu.</p> <p>Sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan ohjaus sairaalassa.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan vuodeosastolla saaman ohjauksen sisältöä. Lisäksi tutkimuksen tarkoituksena on kuvata potilaan ja sairaanhoitajan väistä ohjaustilannetta. tutkimuksen tavoitteena on saada tietoa, jota voidaan hyödyntää käytännön hoitotyössä sydämen vajaatoimintaa sairastavan potilaan ohjauksen kehittämisessä ja sairaanhoitajien koulutuksessa.</p>	<p>Osallistumaton havainnointitutkimus.</p> <p>Sairaanhoitajat (n= 5), keskussairaalan yhden sisätautiosaston sairaanhoitajat sekä osastojaksolla olevat potilaat (n=7).</p> <p>Tutkimusaineisto koostuu seitsemästä havainnoidusta ja nauhoitetusta ohjaustilanteesta.</p> <p>Sisällön analyysin avulla yksilöitiin osallistujien nauhoitetut verbaaliset kommentit.</p>	<p>Potilasohjaus sisälsi eniten potilaan biofysiologista ja vähiten taloudellista voimavaroisuutta tukevaa tietoa. Vajaatoiminnan perussyyt, lääkehoito sekä sairauden oireet ja niiden seuranta olivat keskeisimmät aihealueet. Hoitaja hyödynsi potilaan kokemuksellista tietoa lähinnä lääkehoidosta, sairauden oireista ja ravintotottumuksista keskusteltaessa. Potilaan päivittäinen selviytyminen tuli esiin toiminnallisuuteen ja sosiaaliseen tukeen liittyen. Luottamuksellinen keskustelu ja potilaan oikeus päättää asioista kuvasivat eettistä ulottuvuutta. Sairaanhoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutus sisälsivät potilaslähtöisiä ja potilaan osallistumista tukevia piirteitä enemmän kuin hoitajakeskeisiä potilaan osallistumista passiivioivia piirteitä. Potilaan ohjaus noudatti keskeisiä sydämen vajaatoimintapotilaan ohjauksen sisältöalueita.</p>
<p>Attebring, M. F. & Herlitz, J & Eklund, I. 2005.</p> <p>Intrusion and confusion – the impact of medication and health professionals after acute myocardial infarction.</p> <p>European Journal of Cardiovascular Nursing. 2005. Jun. 4 (2).</p>	<p>Tarkoituksena oli selittää ja kuvata potilaiden kokemuksia sekundaaripreventiosta ensimmäisen sydäninfarktin jälkeen.</p> <p>Haastattelu toteutettiin 7, 5 viikkoa sairaalasta kotiutumisen jälkeen ja kesti 30 - 80 minuuttia. Haastattelut kirjoitettiin puhtaaksi analyysiä varten.</p>	<p>Haastattelut (N=20).</p> <p>Laadullinen tutkimus, hermeneuttinen analyysi.</p>	<p>Ohjaajien tulee olla tietoisia, mitä tietoa potilaille on annettu ja varmistaa miten potilas on ne ymmärtänyt. Sydäninfarktipotilaan ohjauksessa tulee kiinnittää huomiota tiedon selkeyteen, sillä epäjohtonmukainen tieto hämmentää potilasta. Ennen kotiutumista potilaalla on oikeus saada riittävästi tietoa sairaudestaan ja etenkin lääkehoidosta. Hoidon jatkuvuuden kannalta on tärkeää suunnitella ohjaus sen turvaamiseksi. Potilaan ohjauksen ja hoidon jatkuvuus olisi turvattava. Potilaalla tulee olla tietoa siitä, mihin hän voi ottaa yhteyttä epäselvissä tapauksissa.</p>

<p>Blek, T., Kiema, M., Karinen, A., Liimatainen, L. & Heikkilä, J. 2007.</p> <p>Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan ja hänen läheisensä tiedon saanti ja riskitekijöihin asennoitumisen yhteys terveystietoisuuteen.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia, millaista tietoa sepelvaltimotautia sairastavat potilaat ja heidän läheisensä saivat sairaalahoidon aikana sepelvaltimotaudista ja sen riskitekijöistä.</p> <p>Lisäksi tarkoituksena oli tutkia potilaiden ja heidän läheistensä käsityksiä sepelvaltimotaudin riskitekijöiden merkityksestä ja käsitysten yhteyttä sepelvaltimotautipotilaan terveystietoisuuteen.</p>	<p>Tutkimuksen kohderyhmänä olivat sepelvaltimotautiin sairastuneet ja heidän läheisensä, jotka olivat sairaalahoidossa erään erikoissairaanhoidon piirissä.</p> <p>Alueen sydänpiiri on järjestänyt sepelvaltimotautiin sairastuneiden ensitietokursseja, jonne osallistujat tulivat osittain sairaalan kutsumana, osin omasta aloitteesta. Aineisto kerättiin ensitietokursseille osallistuneilta potilailta (n=385) ja heidän läheisiltään (n=140).</p>	<p>Sepelvaltimotautipotilaista yli puolet ja heidän läheisensä olivat saaneet liian vähän tietoa sairaalavaiheen aikana. Enemmistö potilaista oli saanut tietoa sydäimestä ja sen toiminnasta sekä nitrojen käytöstä, mutta esimerkiksi sosiaaliturvaan liittyvistä asioista tietoa oli saanut vajaa 20 % vastanneista. Ne potilaat, jotka pitivät riskitekijöitä tärkeinä, huolehtivat myös terveydestään.</p> <p>Tutkimus osoitti selviä puutteita sekä potilaiden että heidän läheistensä tiedon saannissa sairaalajakson aikana. Ohjauksen kehittämisalueiksi nousivat ohjauksen sisältöalueiden yhtenäistäminen sekä hoitajien kouluttamisen soveltamaan annettavaa tietoa potilaan tilannetta vastaavaksi.</p>
<p>Borgsteede, S. D., Karapinar-Carkit, F., Hoffmann, E., Zoer, J. & van den Bemt, P. M. L. A. 2010.</p> <p>Information needs about medication according to patients discharge from a general hospital.</p> <p>Patient Education and Counseling 83, (2011).</p>	<p>Tarkoituksena oli tutkia kotiutuvien potilaiden tiedontarpeita lääkityksestä.</p>	<p>Laadullinen, puolistrukturoitu haastattelu.</p> <p>Tutkimuksen kohderyhmänä olivat keuhkosairauksien, sisätautien ja kardiologisen osaston potilaat (N=31), jotka saivat ainakin yhden lääkkeen kotiutuessaan.</p> <p>Analyyysimenetelmänä tilastollinen tutkimus, Kwalitan 5.0.</p>	<p>Potilailla oli vaihtelevia tarpeita koskien kotilääkitystä. Useimmat potilaat halusivat saada perustietoa lääkityksestä, vaihtoehtoisista lääkkeistä ja sivuvaikutuksista. Jotkut potilaat eivät tarvinneet perustietoa lääkkeitä ja he selkeästi mainitsivat, että tietoa sivuvaikutuksista voi vaikuttaa negatiivisesti heidän suhteutumiseensa lääkitykseen. Potilaat tarvitsevat sekä suullista että kirjallista ohjausta, jonka tulisi kotiutumisasiheissa olla yksilöllistä.</p>
<p>Boyde, M., Tuckett, A., Peters, R., Thompson, D. R., Turner, C. & Stewert, S. 2009.</p> <p>Learning style and learning needs of heart failure patients (The Need2Know-HF patient study).</p> <p>European Journal of Cardiovascular Nursing 8(2009).</p>	<p>Tarkoituksena oli tutkia sydämen vajaatoimintaa sairastavien potilaiden oppimistyyliä ja oppimistarpeita.</p>	<p>Kyselytutkimus.</p> <p>Kohderyhmänä olivat yli 25-vuotiaat sydämen vajaatoimintaa sairastavat (N=55), jotka osallistuivat sydämen vajaatoimintapotilaiden ohjaukseen.</p>	<p>Sydämen vajaatoimintapotilaat tarvitsevat tietoa sairauden pahenemisen ennusmerkeistä, oireista, sairaudesta ja miten sitä hoidetaan.</p> <p>Potilailla oli erilaisia oppimistyyliä, jotka tulee huomioida ohjauksessa.</p>

<p>Buckley,T., Mc Kinley, S., Gallagher, K., Dracup, K., Moser, D.K. & Aitken, L. M. 2006.</p> <p>The effect of education and counselling on knowledge, attitudes and beliefs about responses to acute myocardial infarction symptoms.</p> <p>European Journal of Cardiovascular Nursing 6 (2007), 105 - 111.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoitus oli tuottaa tietoa tavanomaisen ohjauksen saaneiden ja tehostetun ohjauksen saaneiden sydäninfarktiin oireiden tunnistamista, heidän asenteistaan ja uskomuksista, Tavoitteena oli tuottaa tietoa, joka vähentää hoitoon hakeutumisen viivettä.</p>	<p>Aineisto kerättiin ”Rapid Early Actin for Coronary Treatment” (REACT)-mittaria käyttäen.</p> <p>Tutkimuksen kohderyhmänä oli 200 sepelvaltimotautia sairastavaa potilasta.</p> <p>Aineiston analyysi toteutettiin tilastollisin menetelmin SPSS – ohjelmalla. Sisäistä johdonmukaisuutta mitattiin Cronbachin alpha –kertoimella eri mittauskerroilla asenteiden ja uskomusten kohdalta. Lisäksi käytettiin varianssianalyysiä.</p>	<p>Tiedot sydäninfarktista ja sen oireista helpottivat potilaiden oireiden tunnistamista ja siten hakeutumista ilman viivettä hoitoon. Ryhmän uskomuksilla ja asenteilla ei ollut eroa.</p>
<p>Ekola,H. 2007.</p> <p>Turun yliopisto. Pro gradu - tutkielma</p> <p>Sydämen vajaatoimintaa sairastavien potilaiden ohjaus ja seuranta Suomessa.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, onko Suomessa vuonna 2007 käytössä vajaatoimintapotilaiden hoito-ohjelmia ja miten niihin sisältyvät ohjaus ja seuranta toteutuvat.</p> <p>Tutkimuksen tavoitteena on saada tietoa erilaisista ohjauksen ja seurannan toteutumistavoista. Saatua tietoa voidaan hyödyntää kehitettäessä vajaatoimintapotilaiden hoito-ohjelmia ja niihin sisältyvää ohjausta ja seurantaa sekä asiantuntija sairaanhoitajan eli vajaatoimintahoitajan työnkuvaa.</p>	<p>Strukturoitu kyselylomake.</p> <p>Tarkoitushakuinen otanta.</p> <p>Kohderyhmänä sairaalat, joissa sydänpotilaan ohjausta järjestetään, joissa on sydämen vajaatoimintaa sairastavien potilaiden ohjauksesta vastaava henkilö, esim. vajaatoimintahoitaja, sydänhoitaja tai muu hoitaja. (n=47).</p> <p>Monivalintakysymykset analysoitiin SPSS for Windows 14,01 tilastollisella analyysiohjelmalla.</p> <p>Avoimet kysymykset analysoitiin laadullisen aineiston analyysillä (sisällönanalyysi).</p>	<p>Sydämen vajaatoiminta hoito-ohjelma on käytössä 15 %:ssa sairaanhoitopiirien sairaaloista. Hoito-ohjelmissa painottui ohjaus. Ohjausta annettiin lähinnä sairaalassa sisällä oleville potilaille. Suullista ohjausta ennettiin miltei kaikissa sairaaloissa. Yli puolet vastaajista käytti vajaatoimintapotilaiden ohjaukseen ja seurantaan aikaa alle 8 tuntia. Ohjausta toteuttivat vajaatoimintahoitajan ja sydänhoitajan lisäksi mm. fysioterapeutit, ravitsemusterapeutit ja sydänkuntoutusohjaajat ja muut sydänhoitajat. Sydämen vajaatoimintapotilaan seurantaa toteuttivat lähinnä jälkihoitopoliklinikkaa pitävät lääkärit. Seuranta oli selkeästi vähemmän huomioitu ja ohjeistettu. Yhteistyö perusterveydenhuollon kanssa vaihteli alueittain.</p>

<p>Ervasti, T. 2004. Oulun yliopisto. lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.</p> <p>Perioperatiivisten sairaanhoitajien valmiudet ohjata potilaita.</p>	<p>Tarkoituksena oli selvittää Oulun yliopistollisen sairaalan leikkausosastojen perioperatiivisten sairaanhoitajien tiedollisia, taidollisia ja asenteellisia valmiuksia ohjata potilaita, ohjaustilanteen toteutumista ja ohjauksen puitteita.</p>	<p>Strukturoitu kyselylomake.</p> <p>Kohderyhmänä oli Oulun yliopistollisen sairaalan leikkausosastojen perioperatiiviset sairaanhoitajat (N=283).</p> <p>Aineiston analysointi tehtiin SPSS 11.5 Windows -tilasto-ohjelmalla.</p>	<p>Perioperatiivisilla hoitajilla oli hyvät tiedolliset valmiudet ohjata potilaita. Hoitajien tiedot potilaiden toipumisajasta olivat huonommat kuin varsinaisen toimenpiteen aikana leikkausosastolla työskentelyssä tarvittavat tiedot. Taidolliset valmiudet ohjata potilaita oli perioperatiivisilla sairaanhoitajilla myös hyvät. Toisaalta itsehoidon toteuttamista pidettiin hanakalana ja ohjaustilanteiden arviointitaidot huonot. Lähes kolmanneksella oli negatiivinen asenne potilasohjaukseen, vaikka toisaalta kaikilla oli positiivinen asenne ohjaukseen.</p>
<p>Fredericks, S. & Sidani, S. 2008.</p> <p>An exploration of the relationship between coronary artery bypass graft patients self-sought educational resources and outcomes.</p> <p>European Journal of Cardiovascular Nursing 23 (5).</p>	<p>Tarkoituksena oli selvittää omaehtoisen tiedonhankinnan merkitystä kotiutumisen jälkeen. Oletuksena oli, että tieto itsehoitosta parantaa itsehoitokäyttäytymistä ja vähentää oireiden ilmaantuvuutta.</p> <p>Tiedot kerättiin kolme viikkoa sairaalasta pääsyn jälkeen.</p>	<p>Itsehoitotietämystä mitattiin "Knowledge Inventory"-mittarilla. Itsehoitokäyttäytymistä mitattiin "Revised Heart Failure Self-care Behaviour-mittarilla, joka oli muokattu kohderyhmälle sopivaksi. Oireiden esiintyvyyttä mitattiin "Symptom Inventory"-mittarilla.</p> <p>Kohderyhmänä olivat ohitusleikkauspotilaat (N=130).</p> <p>Tilastollinen analyysimenetelmä. Pearsonin korrelaatiokerroin.</p>	<p>Potilasohjauksena lisänä tapahtuva omaehtoinen tiedonhankinta vaikutti suotuisasti itsehoitokäyttäytymiseen ja vähensi oireiden esiintyvyyttä. Tutkimuksen tulos tukee monimuotoisen ohjausmateriaalin hyödyllisyyttä potilaiden tiedon ja itsehoitovalmiuksien lisääntymiseen.</p> <p>Potilaat kokivat epävarmuutta etsiessään tietoa Internetistä, jonka vuoksi ohjaajien tulisi tarjota potilaille luottavina pidettyjen Internet-sivujen käytöstä sekä tietoa luotettavista lähteistä.</p>
<p>Furze, G., Dumville, J. C., Miles, J., Irvine, K., Thompson D. R. & Lewin, R. J. 2009.</p> <p>"Prehabilitation prior to CABG surgery improves physical functioning and depression. International Journal of Cardiology, 132, (1).</p>	<p>Tarkoituksena oli verrata hoitajan toteuttaman tavanomaisen intervention ja HeartOp-valmennus ohjelman vaikutuksia ohitusleikkausta odottavien potilaiden preoperatiiviseen psyykkiseen ahdistukseen ja vähentyneeseen fyysiseen aktiivisuuteen.</p>	<p>Haastattelututkimus 45 – 60 minuuttia ja puhelinsoitto kotiin 1, 3 ja 6 kk kuluttua ja kuukausittain ennen suoritettua ohitusleikkausta.</p> <p>Kohderyhmänä olivat sepelvaltimotautipotilaat (N=204), jotka odottivat ensimmäistä ohitusleikkausta.</p> <p>Analyysimenetelmänä tilastolliset menetelmät.</p>	<p>Ennen leikkausta potilaan ohjauksessa tulee panostaa henkisen tuen ja realistisen tiedon antamiseen leikkaukseen ja toipumiseen liittyvistä asioista.</p> <p>Ryhmien välillä ei ollut eroja pelokkuuden ja sairaalahoidonpituuden välillä. Tilastollisesti merkitseviä eroja tavattiin masennuksen ilmaantumisessa, fyysisessä aktiivisuudessa ja sydänsairauteen liittyvissä harhakäsityksissä interventioryhmän eduksi.</p>

<p>Gallagher, R., McKinley, S. & Dracup, K. 2004.</p> <p>Post discharge problems in women recovering from coronary artery bypass graft surgery. Australian Critical Care, 17(4).</p>	<p>Tarkoituksena oli selvittää millaisia ongelmia naisilla esiintyy ensimmäisen kuuden viikon aikana ohitusleikkauksen jälkeen.</p>	<p>Haastattelututkimus.</p> <p>Kohderyhmänä oli ohitusleikatut naispotilaat (N=52)</p> <p>Potilaita haastateltiin ennen kotiutumista ja 1,3 ja kuuden viikon kuluttua sairaalasta pääsyn jälkeen. Psykologisista tekijöistä koskeva haastattelu tehtiin 12 viikon kuluttua sairaalasta kotiuduttua.</p>	<p>Ennen leikkausta annettu tieto leikkauksen jälkeisistä ongelmista oli tärkeää. Preoperatiivisessa ohjauksessa tulee kiinnittää huomiota asiallisen ja realistisen tiedon antamiseen toipilasvaiheesta, että fyysistä ongelmista selviäminen helpottuisi. Tuloksista ilmeni myös yksilöllisesti ja sukupuolen mukaan annetun ohjauksen tarve. Potilaat toivoivat kirjallista materiaalia toipumiseen liittyvistä asioista. Puhelinohjaus todettiin kustannustehokkaaksi toimintamuodoksi, jonka käyttöä tulisi lisätä.</p>
<p>Ganske, K. M. 2006.</p> <p>Caring for octogenarian artery bypass graft patients at home: family perspectives.</p> <p>Journal of Cardiovascular Nursing, 21 (2), 8- 13.</p>	<p>Tarkoituksena oli selvittää vähentääkö vertaistukihenkilön ja hoitajan yhteistyössä toteuttama interventio sairaalahoitajakoja sydäninfarktin ja ohitusleikkauksen jälkeen ja lisäksi se osallistumista sydäntuntoutusohjelmiin. Tutkimuksessa selvitettiin myös sydäntuntoutuksen ja sairaalahoitajakojen välistä yhteyttä.</p>	<p>Kyselytutkimus. Satunnaistettu tutkimus.</p> <p>Kohderyhmänä oli yli 65-vuotiaat potilaat, jotka olivat naimattomia, leskiä tai eronneita (N=247).</p> <p>Analyysimenetelmä SPSS-tilasto-ohjelma, Khii neliötesti, regressioanalyysi ja varianssianalyysi.</p>	<p>Yhteistyö hoitohenkilökunnan ja vertaistukihenkilöiden kanssa toteutettu interventio edistää aktiivista osallistumista sydäntuntoutusohjelmiin sekä vähentää uusia sairaalajaksoikäntejä yksinelävien henkilöiden keskuudessa. Vertaistukihenkilön antama tieto vähensi virheellisiä käsityksiä sydäntuntoutusohjelmista ja lisäsi tietoa niiden hyödyllisyydestä. Sosiaalisen tuen ja pystyvyyden tunteen vahvistaminen lisäsivät psyykkistä ja fyysistä terveyttä ikääntyneillä yksinäisillä ihmisillä.</p>
<p>Heino, H. 2009. Turun yliopisto.</p> <p>Hoitotieteen laitos. Pro gradu – tutkielma.</p> <p>Sepelvaltimotautia sairastavien potilaiden kokemukset pallolaajennuksen yhteydessä toteutuneesta ohjauksesta.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata sepelvaltimotautia sairastavien potilaiden kokemuksia pallolaajennuksen yhteydessä toteutuneesta ohjauksesta.</p> <p>Tarkasteltavina olivat vastaajien tyytyväisyys sepelvaltimoiden pallolaajennukseen liittyvän ohjauksen määrään, yksilöllisyyden toteutumiseen ohjaustilanteessa sekä vastaajien kokemukset ohjauksen toteutumisesta yleisellä tasolla.</p>	<p>Kyselylomake.</p> <p>Tutkimuksen kohderyhmänä olivat erään suomalaisen yliopistosairaalan sydäntutkimusyksikössä pallolaajennuksen läpikäyneet potilaat (N=37), jotka olivat saaneet kutsun polikliniseen toimenpiteeseen.</p> <p>Aineiston analyysissä kategoriset kysymykset käsiteltiin kuvailevilla menetelmillä ja avoimet kysymykset analysoitiin sisällönanalyysillä.</p>	<p>Vastaajat olivat pääosin tyytyväisiä pallolaajennuksen yhteydessä toteutuneeseen ohjaukseen. Tyytyväisimpiä he olivat pallolaajennukseen liittyvistä tekijöistä välitetyt osaluilta annetun ohjauksen määrään, sitä vastoin yksilöllisyyden toteutuminen ohjaustilanteessa ei ollut vastaajien mielestä riittävää. tyytymättömiä vastaajat olivat liian vähäisen informaation määrään sekä ohjauksen pintapuolisuuteen ja rutiinomaisuuteen.</p>
<p>Hölttä, R., Salanterä, S. & Hupli, M. 2002.</p> <p>Sepelvaltimoiden ohitusleikkauksessa olleiden potilaiden oppimistarpeet.</p> <p>Hoitotiede. Vol. 14, no 1/-02.</p>	<p>Tarkoituksena oli kuvata ja verrata millaisia oppimistarpeita sepelvaltimoiden ohitusleikkauksessa olleilla potilailla oli ennen sairaalasta kotiutumista ja kotiutumisen jälkeen.</p>	<p>Tutkimusaineisto kerättiin kaksivaiheisesti Patient Learning Needs Scale –mittarilla.</p> <p>Kohderyhmänä olivat viiden eri yliopistosairaalan ja yhden keskussairaalan ensimmäistä kertaa sepelvaltimoiden ohitusleikkauksessa olleilta potilailta (N=286).</p> <p>Haastattelujen ja videointitapahtuman sisällönanalyysit.</p>	<p>Potilailla oli ennen kotiutumistaan enemmän oppimistarpeita kuin kotiutumisen jälkeen. Potilaiden tärkeimmät oppimistarpeet molemmilla mittauskierroilla olivat tieto komplikaatioista ja oireista, lääkkehoidosta ja hoidon vaikutuksista heidän elämäänsä. Tulosten mukaan iäkkäät, naiset, vähän koulutetut, eläkkeellä olevat ja potilaat, joiden elämään sairaus vaikutti paljon, pitivät oppimistarpeita tilastollisesti merkitsevästi tärkeämpänä kuin miehet, nuoret, korkeasti koulutetut ja potilaat, joiden elämään sairaus vaikutti vain vähän.</p>

<p>Isola, A., Backman, K., Saarnio, R., Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2007.</p> <p>Hoitotiede. Vol. 19, no2/-07.</p> <p>lääkkäiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta erikoissairaanhoidossa.</p>	<p>Tarkoituksena oli kuvata iäkkäiden potilaiden kokemuksia erikoissairaanhoidossa saamansa potilasohjauksen edellytyksistä ja hyödyistä.</p>	<p>Kyselylomake, jossa oli strukturoituja ja strukturoimattomia kysymyksiä.</p> <p>Kohderyhmänä olivat yliopistollisen keskussairaalan eri osastoilla ja poliklinikoilla hoidetut 65 -vuotta täyttäneet potilaat (N=203).</p> <p>Analyysimenetelminä käytettiin SPSS 12.0 -tilasto-ohjelmaa sekä sisällönanalyysi.</p>	<p>lääkkäät potilaat olivat tyytyväisiä saamaansa ohjauksen laatuun. Ohjaustilan toivottiin olevan paremmin ohjaukseen soveltuva. Potilasohjauksessa korostui henkilökohtainen ohjaus. He olivat saaneet riittämättömästi ohjausta kuntoutuksesta, tukiryhmistä ja sairauden syistä. Sairaudesta, sairauden hoidosta, hoitotoimenpiteistä ja tutkimuksista oli saatu riittävästi ohjausta. lääkkäät toivoivat omaisten osallistumista ohjaustilanteeseen, yksilöllisyyttä ja monipuolisia ohjausmenetelmiä.</p>
<p>Kayaniyl, S., Ardern, C. I., Winstanley, J., Parsons, C. Brister, S., Oh, P., Stewert, D. E. & Grace, S. L. 2008.</p> <p>Degree and correlates of cardiac knowledge and awareness among cardiac inpatients. Patient Education and Counselling 75.</p>	<p>Tarkoituksena oli tutkia sepelvaltimotautia sairastavien potilaiden tietoisuuden astetta oireista, riskitekijöistä ja hoidosta sydänosastolla, ja niiden yhteyttä sosiodemografisiin, kliinisiin ja psykososiaalisiin tekijöihin.</p>	<p>Kyselylomake, potilaan sosiaalinen status, sydämen tila, BMI. The Illness Perception Questionnaire.</p> <p>Sepelvaltimotaudin vuoksi akuutissa sairaalahoidossa olevat potilaat (N=1308).</p> <p>Analyysimenetelmänä SPSS.</p>	<p>Potilailla oli kohtuullisesti tietoa sepelvaltimotaudista. Erityisesti naiset, etelä-aasialaiset ja matalan sosioekonomisen taustan omaavat potilaat tietävät liian vähän omasta sairaudestaan.</p> <p>Vaikka potilailla on jonkin verran tietoa, tulisi ohjausta antaa enemmän erityisesti sairaudesta, siihen liittyvistä tutkimuksista ja hoidosta.</p>
<p>Khraim, F. M. & Carey, M. G. 2008.</p> <p>Predictors of pre-hospital delay among patients with acute myocardial infarction.</p> <p>Patient Education and counseling 75 (2009).</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli arvioida tämänhetkistä lähdeaineistoa ennakoivista sairaalaan hakeutumisen viiveistä akuuteilla sydäninfarktipotilailla.</p>	<p>Kirjallisuushaku Medline, CINAHL ja Psych Info tietokannoista vuosina 1995-2008.</p> <p>Hakusanat: attitude to illness/health, Health beliefs, help/health seeking behaviour, Psychosocial factors, treatment delay, socioeconomic factors, time factors, pre-hospital delay, symptoms combined to AMI.</p>	<p>Interventio-ohjelmat vähentävät viivettä hakeutua sairaalaan korkean riskin potilailla. potilaan ohjauksessa on tärkeää painottaa tietoisuutta oireista, oireiden tunnistamisesta sekä nopeasta hoitoon hakeutumisesta, jossa tärkeää on nopea päätöksenteko.</p>
<p>Koivunen, K., Isola, A. & Lukkarinen, H. 2005.</p> <p>Sepelvaltimotautia sairastavien naisten ja miesten kuntoutuminen ohitusleikkauksesta ja ohjaus osana kuntoutusprosessia.</p> <p>Hoitotiede Vol. 15, no 2/-03.</p>	<p>Tarkoituksena oli kuvailla sepelvaltimoiden ohitusleikkauksen läpikäyneiden naisten ja miesten kokemuksia kuntoutumisestaan leikkauksen jälkeisen vuoden ajalta.</p>	<p>Teemahaastattelu.</p> <p>Päiväkirjat, jotka sisälsivät kolme puolistrukturoitua ja yhden avoimen kysymyksen jokaisena kuukautena vuodenajan.</p> <p>Kohderyhmänä oli pallolaajennuksen ja ohitusleikkauksen käyneet potilaat (N=70).</p> <p>Analyysimenetelmänä sisällönanalyysi.</p>	<p>Naiset elivät ohitusleikkauksen jälkeen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen kuntoutumisen tasapainoisinta aikaa puolen vuoden kuluttua leikkauksesta ja se taantui vuoden kuluttua leikkauksen jälkeen. Ongelmina ilmeni masentuneisuutta, yksinäisyyttä ja turvattomuutta. Miehet elivät tasapainoisinta kuntoutumisen aikaa vasta leikkauksesta puoli vuotta ja se eteni tasaisemmin. Potilaiden ohjaus keskittyi elämäntapojen, kuten liikunnan ja terveellisen ruokavalion ohjaukseen. Yksilölliset tarpeet, sukupuolten erilaisuus sekä perheen ja vertaisryhmien tuki tulisi huomioida ohjausta suunniteltaessa ja toteutettaessa.</p>

<p>Kukkonen, T. 2002. Oulun yliopisto. lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. pro gradu – tutkielma.</p> <p>Akuutisti sepelvaltimotautiin sairastuneen tiedonsaannin toteutuminen.</p>	<p>Tarkoituksena oli kuvata akuutisti sepelvaltimotautiin sairastuneen potilaan tiedonsaannin toteutumista hoitoprosessin aikana.</p>	<p>Teemahaastattelu.</p> <p>Oulun yliopistollisen keskussairaalan sisätautiklinikan akuutisti sepelvaltimotautiin sairastuneet aiemmin terveet potilaat (n=10).</p>	<p>Potilaiden tiedonsaanti toteutui hyvin, mutta se ei ollut yksilöllistä. potilaan aktiivisuudella oli merkitystä riittävän tiedonsaannin toteutumisessa. Potilaat jakautuivat aktiivisesti tietoa hakeviin ja passiivisesti tietoa ottaviin. Akuutin sairastumisen aiheuttama järkytys saattoi estää tiedon hankkimista. Tiedon merkityksen potilaat kokivat elämänhallintaan liittyvänä asiana. Tiedon antamisen ajoitus tulisi olla potilaan tilanteesta ja valmiudesta lähtevää. Eri ryhmien antama tieto oli toisiaan täydentävää.</p>
<p>Kummel, M. 2008. Turun yliopisto. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja - Ser. C Osa . Tom. 271.</p> <p>Ohjauksen ja neuvonnan vaikutukset sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaiden terveyskäyttäytymiseen, terveyteen ja toimintakykyyn.</p>	<p>Tarkoituksena oli kuvata ja arvioida sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaille järjestetty ohjaus- ja neuvontaohjelma ja sen lyhyen (3kk), keskipitkän (6kk) ja pitkän aikavälin (12 kk) vaikutukset kaikenikäisten ja iäkkäiden ohitusleikkauspotilaiden terveyskäyttäytymiseen, terveyteen ja toimintakykyyn. Lisäksi arvioija ohjauksen ja neuvonnan vaikutuksia ohitusleikkauspotilaiden kuolleisuuteen.</p>	<p>Interventio satunnaisryhmän potilaille sekä kyselylomakkeet.</p> <p>Tutkimuksen muodostivat Uudellamaalla asuvat, sepelvaltimotautia sairastavat henkilöt (n=365), joille aikavälillä 7.5.1998-31.12.2001 suoritettiin ensimmäinen sepelvaltimoiden ohitusleikkaus.</p> <p>Analyysimenetelmänä SAS-tilasto-ohjelma.</p>	<p>Ohjauksella ja neuvonnalla oli myönteisiä vaikutuksia ei-kiireellisessä leikkauksessa olleiden miesten alkoholin käyttöihyteen ja naisten liikunnan harrastamistiheyteen ja toimintakykyyn. Interventiolla pystyttiin vaikuttamaan myös iäkkäiden ja kiireellisessä leikkauksessa olleiden miesten liikunnan harrastamistiheyteen.</p> <p>Ohjauksella ei ollut vaikutusta ohitusleikkauspotilaiden painoindeksiin, ja sillä oli vain vähäinen vaikutus heidän terveyteen.</p>
<p>Kyngäs, H., Mäkeläinen, P. & Kukkurainen, M-L. 2004.</p> <p>Hoitotiede Vol. 16, no 5/.04.</p> <p>Potilasohjaus nivelreumaa sairastavien potilaiden arvioimana.</p>	<p>Tarkoituksena oli kuvata nivelreumaa sairastavien potilaiden ohjausta heidän itsensä arvioimana. Tutkimuksessa selvitettiin, miten riittävästi potilaat saivat ohjausta hoidon eri osa-alueista, miten ohjausta toteutettiin, mitkä olivat ohjauksen vahvuudet, heikkoudet sekä kehittämishaasteet.</p>	<p>Kyselylomake, jossa oli sekä strukturoituja että strukturoimattomia kysymyksiä. Lisäksi toteutettiin haastattelumenetelmä.</p> <p>Kohderyhmänä olivat kolmen vuodeosaston ja yhden poliklinikan potilaat (N=30).</p> <p>Määrällinen aineisto analysoitiin SPSS- tilasto –ohjelmalla ja laadullinen aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalysillä.</p>	<p>Vastaajista 70 % sai riittävästi ohjausta. Eniten vastaajat saivat ohjausta sairaudesta ja sen hoidosta, oireista, röntgenlöydöksistä ja muista tutkimustuloksista, hoidon seurannasta, jatkohoito-ohjeista, apuvälineiden käytöstä ja sosiaalietuuksista. puutteita oli sivuvaikutusten, ruokavalion, henkisen jaksamisen, seksuaalisuuden ja sosiaalietuuksien ohjaamisessa. Vain kolmanneksella oli ohjauksen aikana mahdollista keskustella tunteistaan. Suurin osa vastaajista katsoi, että ohjaus lähti heidän tarpeistaan. Yksilöohjausta pidetään tärkeimpänä ohjausmenetelmänä. Ohjauksen heikkouksia olivat puutteellinen tiedonsaanti, ohjeiden epätäsmällisyys ja epäohdonmukaisuus. Ohjaus auttoi parempaan itsehoitoon kotona.</p>

<p>Kähkönen, O. 2009. Kuopion yliopisto. yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos, hoitotiede.</p> <p>Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan ohjaus – Systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Pro-gradu tutkielma.</p>	<p>Tarkoituksena oli kuvata hoitotieteellisen tutkimustietoon perustuen sepelvaltimotautia sairastavan potilaan ohjauksen sisältöä, toteutumismenetelmiä ja kehittämistarpeita. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, joka auttaa kehittämään läpi elämän jatkuvan kroonisen sairauden ohjausta tehokkaaksi interventioksi.</p>	<p>Kirjallisuushaku Medic-, PubMed-, Medline- ja Cinahl-tietokannoista sekä kirjallisuuskatsausia Cochrane-tietokannasta (n=26).</p> <p>Analyysimenetelmänä induktiivinen sisällönanalyysi</p>	<p>Ohjauksen toteuttamismenetelmiä olivat yksilö-, ryhmä-, puhelin- ja sähköisten viestimien avulla tapahtuva ohjaus. Hoitajavetoisten ohjausryhmien vaikuttavuudesta saatiin positiivisia tuloksia MCC:n vaaratekijöiden hallinnassa; haasteena oli saada mukaan ne, jotka eniten hyötyisivät ohjauksesta. Ryhmiin hakeutuivat aktiivisesti, muutoinkin itseään hoitavat henkilöt. Potilaan ohjaus oli tiedollisesti ja taidollisesti puutteellista, ja etenkin sairaanhoidon päätyttyä riittämätöntä. Kehittämisalueita olivat oikea ajoitus, sisällön kehittäminen sekä ohjausmenetelmät potilaiden tarpeet huomioiden</p>
<p>Kääriäinen, M. 2008. Tutkiva hoitotyö. Vol. 6 (4), 2008.</p> <p>Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät.</p>	<p>Tarkoituksena oli kuvata kirjallisuuteen perustuen potilasohjauksen laatuun vaikuttavia tekijöitä.</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus.</p>	<p>Laadukas ohjaus perustuu hoitajan ammatilliseen vastuuseen edistää potilaan valintoja. Tämä edellyttää hoitajalta ohjauksen filosofisten ja eettisten lähtökohtien tiedostamista sekä hyviä ohjausvalmiuksia. laadukkaaksi toteutettu ohjaus on aina sidoksissa potilaan fyysisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin taustatekijöihin. Taustatekijöiden huomioiminen edellyttää potilaan ja hoitajan välistä kaksisuuntaista vuorovaikutussuhdetta. Jos molemmat voivat olla aktiivisia ohjaussuhteessa, he voivat yhdessä suunnitella ja rakentaa tavoitteellista ohjausprosessia. Onnistunut ohjaus vaatii sianmukaiset resurssit. Laadukas ohjaus on myös riittävää.</p>
<p>Kääriäinen, M. 2007. Oulun yliopisto; Oulun yliopistollinen sairaala. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen ja terveyshallinnonlaitos. Acta Universitas Oulensis D Mediaca 937.</p> <p>Potilasohjauksen laatu: hypotettisen mallin kehittäminen.</p>	<p>Kaksivaiheinen tutkimus, jossa oli ensimmäisessä vaiheessa tarkoituksena kuvailla ja selittää ohjauksen laatua potilaiden ja hoitohenkilöstön arvioimana. Tutkimuksen toisena vaiheen tarkoituksena oli määrittellä ohjaus-käsite testata käsitteen rakenne.</p>	<p>Tutkimusta varten kehitetty mittari.</p> <p>Kohderyhmänä Oulun yliopistollisen sairaalan potilaat (n=844) ja hoitohenkilöstö (n=916).</p> <p>Aineiston analyysissä käytettiin perus- ja monimuuttujamenetelmiä sekä sisällön analyysiä.</p>	<p>Ohjauksen resurssit olivat kohtalaiset, mutta ohjausaika oli riittämätöntä. Hoitohenkilöstön tiedot ja taidot olivat kohtalaisen hyvät. Potilaiden mielestä hoitohenkilöstön asenteet olivat osittain kielteisiä, vaikka hoitohenkilöstö piti niitä myönteisinä. Ohjausmenetelmistä hoitohenkilöstö hallitsi vain suullisen yksilöohjauksen. Ohjaustoiminta ei ollut potilaslähtöistä. ohjauksen suunnittelussa ja arvioinnissa ei aina otettu huomioon potilaan taustatekijöitä. Vuorovaikutus toteutui hyvin. Ohjaus oli riittämätöntä ennen sairaalaan tuloa sairauteen ja sen hoitoon liittyvien asioiden osalta sekä sairaala-aikana sosiaalisen tuen osalta. Potilaslähtöinen ohjaustoiminta, ohjauksen riittävyys ja kokonaislaatu selittivät ohjauksen vaikutuksia.</p>

<p>Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2005. Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995-2002.</p> <p>Hoitotiede Vol. 17, no 4/-05.</p>	<p>Tarkoituksena kirjallisuuskatsauksessa oli kuvata potilaiden ohjausta hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995-2002.</p>	<p>Kirjallisuuskatsaus.</p> <p>Tutkimuksen aineisto kerättiin kirjallisuushauilla Medline-, Cinalh- ja Medic tietokannoista.</p> <p>Analyysimenetelmänä induktiivinen sisällönanalyysi.</p>	<p>Potilaat olivat tyytyväisiä ohjaukseen. Ohjaustarpeet kohdistuivat sairauteen ja sen hoitoon sekä näistä selviytymiseen. Hoitohenkilökunnalle potilaan ohjaustarpeiden arvioiminen on vaativaa, koska potilaiden tarpeet vaihtelivat taustatekijöiden ja terveydentilan mukaan. Huolimatta ohjauksesta potilailla ei aina ollut riittävästi tietoa sairaudesta ja se hoidosta eikä heitä tuettu riittävästi sairauteen liittyvien tunteiden käsittelyssä. Omaisten mukanaoloa ohjaukseen toivottiin. Ohjaus toteutuu yleisimmin yksilöohjauksena. Ohjaus vaikutti positiivisesti potilaan terveydentilaan, elämänlaatuun, itsehoitoon ja tiedon määrään.</p>
<p>Kääriäinen, M. Kyngäs, H., Torppa, K. & Ukkola, L. 2006.</p> <p>Hoitotiede Vol. 18, no 1/06.</p> <p>Terveydenhuoltohenkilöstön käsitykset ohjauksesta sairaalassa.</p>	<p>Tarkoituksena oli kuvailla terveydenhuoltohenkilöstön käsityksiä ohjauksen resursseista, ohjaustoiminnasta sekä ohjauksen kehittämishaasteista.</p>	<p>Tutkimusta varten kehitetty mittari.</p> <p>Kohderyhmänä ollut terveydenhuoltohenkilöstö (N=1418) valittiin suhteellisella kiintiöinnillä yhdestä sairaalasta.</p> <p>Tilastolliset analyysimenetelmät.</p>	<p>Ohjauksen resurssit olivat melko hyvät. henkilöstön tiedot sairauden hoidosta ja sen jälkeisestä voinnista olivat hyvät. Taidoista vuorovaikutus- ja hoitoon valmistamisen taidot olivat hyvät. itsehoidon tukemisen taidot olivat osalla huonot. Asenteet ohjaukseen olivat myönteiset. Suullinen yksilöohjaus hallittiin hyvin, mutta muut ohjausmenetelmät huonosti. Ongelmia aiheuttivat ajan vähyys, tilaongelmat ja puutteellinen välineistö. Potilasta tuettiin ohjaustoiminnassa ja se oli potilaslähtöistä. ohjauksen suunnittelussa ja arvioinnissa ei huomioitu potilasta.</p>
<p>Kääriäinen, M., Lahdenperä, T. & Kyngäs, H. 2005.</p> <p>Tutkiva hoitotyö. Vol. 3. (3), 2005.</p> <p>Kirjallisuuskatsaus: Asiakaslähtöinen ohjausprosessi.</p>	<p>Tarkoituksena oli kuvailla kirjallisuuden perusteella asiakaslähtöistä ohjausprosessia ja asiakkaiden vaatimia edellytyksiä.</p>	<p>Kirjallisuushaku tehtiin Medline-, Cinalh- ja Medic-tietokannoista vuoden 1995 alusta vuoden 2005 loppuun. Lisäksi aineistoa kerättiin käsihaulla.</p> <p>Harkinnanvaraisesti valittu aineisto analysoitiin sisällönanalyyseillä.</p>	<p>Asiakaslähtöinen ohjaus on asiakkaan ja hoitajan välistä tavoitteellista toimintaa, joka voidaan jakaa suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. ohjauksen suunnittelun tulisi perustua asiakkaan taustatekijöihin ja tavoitteet tulisi määrittellä yhteistyössä asiakkaan kanssa lyhyelle ja pitkälle aikavälille. Ohjauksen toteutumisessa on keskeistä, että hoitajilla on riittävät tiedot ohjattavista asioista, oppimisen periaatteista sekä ohjausmenetelmistä ja tyyleistä. Myös asianmukaiset tilat tarvitaan. Ohjausprosessiin kuuluu myös toiminnan vaikutusten arviointi.</p>
<p>Kääriäinen, M., Kyngäs, H., Ukkola, L. & Torppa, K. 2005.</p> <p>Tutkiva hoitotyö Vol. 3(1).</p> <p>Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta.</p>	<p>Tarkoituksena oli selvittää potilaiden käsityksiä heidän samastaan potilasohjauksesta.</p>	<p>Puolistrukturoitu kyselylomake, tutkimusta varten kehitetty mittari.</p> <p>Kohderyhmänä olivat yhden sairaalan (N=844) potilaat.</p> <p>Strukturoidut kysymykset analysoitiin tilastollisesti ja strukturoimattomat kysymykset sisällönanalyyseillä.</p>	<p>Ohjauksen saanti sekä ennen sairaalaan tuloa että sairaalassa osoitautui riittämättömäksi etenkin sosiaalisen tuen osalta. Ohjausta toteutettiin potilaslähtöisesti, ja ilmapiiri oli ohjauksessa hyvä. ohjauksen resurssit olivat kohtalaisen hyvät. Ohjaustiloja pidettiin asianmukaisina, henkilökunnan yhteistyötä toimivana sekä ohjausvalmiuksia hyvinä tai kiitettävänä. ohjauksen asennoitumisessa oli toivomisen varaa. Ohjausmenetelmistä hallittiin parhaiten yksilöohjaus. Ohjaus vaikutti omaisten tiedonsaantiin ja potilaiden lääkkeidenkäyttöön.</p>

<p>Laine, K-M. 2005. Turun yliopisto Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.</p> <p>Sydämen vajaatoimintaa sairastavien potilaiden ohjauksen omaksuminen ja itsehoidon toteuttaminen.</p>	<p>arkoituksena oli selvittää tehostettua ohjausta saaneiden sydämen vajaatoimintaa sairastavien potilaiden vointia kaksi viikkoa sairaalasta kotiutumisen jälkeen sekä sitä, miten he olivat omaksuneet sairaalassa annettua tehostettua ohjausta ja miten he toteuttivat itsehoitoaan.</p>	<p>Strukturoitu kyselylomake ja haastattelu.</p> <p>Kohderyhmän muodostivat sydämen vajaatoimintaa sairastavat potilaat (N=100), jotka olivat saaneet tehostettua ohjausta sairaalassa ollessaan.</p> <p>Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin SPSS-ohjelmalla.</p>	<p>Suurimmalla osalla potilaista (66 %) vointi oli hyvä. Yli kolmasosalla oli kuitenkin oireita, joista yleisimmät olivat väsymys, painon muutos, huimaus ja hengenahdistus. Naisilla oli enemmän oireita, kuin miehillä. Eniten hoitoon liittyviä ongelmia oli lääkehoidossa, sivuvaikutuksina yskä ja väsymys. 46 % oli omaksunut sairaalassa annettua ohjausta hyvin. Parhaiten potilaan tiesivät nesterajoitusten toteutuksesta, painon seurannasta ja ruokavalion merkityksestä ja huonoiten lääkehoitoon liittyvistä asioista. 54 % toteutti itsehoitoaan hyvin. Hoitohenkilökunnan tuki sekä hyvä ja selkeä ohjaus edistivät potilaiden mielestä hoito-ohjeiden noudattamista.</p>
<p>Lie, I., Arnesen, H., Sanvik,L., Hamilton, G. Bunch, A. 2007.</p> <p>Effects of home-based intervention program on anxiety and depression 6 . months after coronary artery bypass grafting: a randomized controlled trial.</p> <p>Journal of Psychomatic research, 62 (4).</p>	<p>Tarkoituksena oli selvittää kotona tapahtuvan intervention merkitystä ohitusleikkauspotilaiden masennukseen ja pelkoihin puolen vuoden kuluessa ohitusleikkauksesta.</p> <p>Kokeneen hoitajan toimesta tehtiin kotikäynti 2 ja 4 viikkoa ohitusleikkauksen jälkeen.</p>	<p>Kyselytutkimus, jossa mittarina käytettiin ”Hospital Anxiety and Depression”-lomaketta.</p> <p>Kohderyhmänä oli sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaat (N=183), jotka satunnaistettiin koe- (n=93) ja kontrolliryhmään (n=94).</p> <p>Analyysimenetelmänä SPSS-ohjelma ja menetelminä kovarianssianalyysi, lineaarinen regressioanalyysi ja parillisten otosten T-testi.</p>	<p>Koeryhmässä ahdistuneisuutta ja masentuneisuutta esiintyi tilastollisesti merkittävästi enemmän. Lähtötilanteessa masentuneita ja ahdistuneita olevat potilaat hyötyivät interventiosta. Kotona tapahtuva interventio voi hyödyttää potilaita, jotka kärsivät psyykkisestä stressistä ja ahdistuksesta.</p>
<p>Linnajärvi, U. 2010. Tampereen yliopisto. Pro gradu -tutkielma.</p> <p>Perusterveydenhuollon hoitohenkilökunnan yleiset potilasohjausvalmiudet sekä tiedolliset valmiudet sepelvaltimotautipotilaan ohjauksessa.</p>	<p>Tarkoituksena oli kuvata perusterveydenhuollon hoitohenkilökunnan tiedollisia, taidollisia ja asenteellisia potilasohjausvalmiuksia sekä hoitohenkilökunnan tiedollisia valmiuksia ohjata sepelvaltimotautipotilaita. Lisäksi tarkoituksena olitarkastella hoitohenkilökunnan taustatekijöiden yhteyksiä sekä yleisiin että sepelvaltimotautispesifisiin ohjausvalmiuksiin.</p>	<p>Strukturoitu kyselylomake.</p> <p>Kohderyhmänä olivat Päijät-Hämeen maakunnan viiden terveyskeskuksen vuodeosaston henkilökunta. Otoksen laajuus (N=143).</p> <p>Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin SPSS for Windows 17.0 -ohjelmalla.</p>	<p>Hoitohenkilökunnan tiedolliset ja taidolliset potilasohjausvalmiudet olivat tyydyttävät. Tiedollisten valmiuksien osa-alueista parhaiten hallittiin sairauksien hoitoa koskevat asiat.</p> <p>Sairaanhoitajilla oli muista paremmat tiedot sairauksien hoidosta. Heikoimmat tiedot olivat hoidon jälkeisen voinnin osa-alueella.</p> <p>Hoitohenkilökunnan vuorovaikutustaidot olivat paremmat kuin itsehoidontekemisen taidot. Potilasohjausta käsittelevään täydennyskoulutukseen osallistuneilla oli paremmat vuorovaikutustaidot. Asennoituminen sekä potilaiden että omaisten ohjaukseen oli positiivinen.</p>

<p>Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.</p> <p>Oulun yliopistollinen sairaala. Potilasohjauksen kehittämishanke. pohjoispohjanmaan sairaanhoitopiiriin julkaisuja 4/2006.</p> <p>Potilasohjauksen haasteet – käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit.</p>	<p>Hankkeen tarkoituksena oli kartoittaa ja kehittää potilasohjauksen laatua Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä.</p>	<p>Tutkimusta vasten kehitettiin mittarit, joiden perustana oli laaja kirjallisuus- ja käsiteanalyysi.</p> <p>Kyselylomake.</p>	<p>Kehittämishaasteiksi nousivat ohjaustapahtuma prosessina, ohjauksen organisointi, vuorovaikutus ohjaussuhteessa, sosiaalinen tuki, omaisten ohjaus, demonstrointi, kirjallinenohjaus sekä puhelin- ja ryhmäohjaus.</p>
<p>Lipponen, K., Ukkola,L., Kanste, O. & Kyngäs, H. 2008. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulun yliopistollinen sairaala.</p> <p>Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyönä toteutetut potilasohjauksen toimintamallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin julkaisuja. 3/2008.</p>	<p>Tavoitteena oli kehittää potilasohjauksen laatua ja tehostaa yhteistyötä erikoissairaanhoidon ja perussairaanhoidon välillä alueellisesti yli organisaatorajojen. Käytännön tavoitteena oli ohjauksen mallintaminen kuuden potilasryhmän palveluprosessiin.</p>	<p>Kaksivuotinen interventio.</p> <p>Interventioryhmän muodostivat perustiimien jäsenet (N=76). Perustiimejä oli kuusi: sydäntiimi (n=17), keuhkoahautatiimi (n=5), tekoniiveltiimi (n=15), aivoinfarkttiimi (n=15), syöpätiimi (n=12) ja haavanhoitotiimi (n=12). Perustiimiin osallistui 15 kunnan eri työtekijöitä.</p>	<p>Laadukkaan ohjauksen kehittäminen asettaa haasteita hoitotyölle. ohjauksen laadun osa-alueisiin ja kokonaislaatuun yhteydessä olevien tekijöiden tiedostaminen antaa aineksia hoitohenkilöstön ja hoitotyön johtajien ajattelulle ja perusteita ohjaukseen liittyvälle päätöksenteolle. Esimiesten tehtävänä on innostaa ja kannustaa kehittämistyötä tekeviä, jakaa tietoa sekä luoda yhteyksiä ja verkostoja eri sidosryhmiin. Lisäksi heiltä edellytetään kykyä viedä läpi muutoksia ja uudistuksia yksiköissään n.</p>
<p>Lipponen, K., Kanste, O., Kyngäs, H. & Ukkola, L. 2008.</p> <p>Henkilöstön käsitykset potilasohjauksen toimintaedellytyksistä ja toteutuksesta perusterveydenhuollossa.</p> <p>Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2008: 45.</p>	<p>Tavoitteena oli ohjauksen mallintaminen kuuden potilasryhmän palveluprosessiin. hankkeessa kehitettiin potilasohjausta alueellisesti yli organisaatorajojen terveydenhuollon ammattilaisten moniammatillisessa tiimissä.</p>	<p>Kyselylomake.</p> <p>Hankkeessa oli mukana 14 kuntaa Pohjois- Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin alueelta sekä Kajaanin kaupunki.</p> <p>Aineisto (N=377) kerättiin kyselylomakkeella hoitohenkilöstöltä.</p>	<p>Potilasohjaukseen vaikuttavat tiedot, taidot ja asenteet sekä ohjausmenetelmien käyttö, toimintamahdollisuudet ja ohjauksen toteutus. hoitohenkilöstön käsitykset olivat myönteisiä asenteiden, henkilökunnan välisen yhteistyön, ohjauksen toimintamahdollisuuksien ja ohjauksen toteutuksen suhteen. Kielteisiä käsityksiä olivat ohjaukseen käytettävän ajan, tilojen ja välineistön suhteen sekä suhtautumisessa omaisiin.</p>

<p>Lipponen, K., Kanste, O., Kyngäs, H. & Ukkola, L. 2008.</p> <p>Henkilöstön käsitykset potilasohjauksen toimintaedellytyksistä ja toteutuksesta perusterveydenhuollossa.</p> <p>Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 2008: 45.</p>	<p>Tavoitteena oli ohjauksen mallintaminen kuuden potilasryhmän palveluprosessiin. Hankkeessa kehitettiin potilasohjausta alueellisesti yli organisaatorajojen terveydenhuollon ammattilaisten moniammatillisessa tiimissä.</p>	<p>Kyselylomake.</p> <p>Hankkeessa oli mukana 14 kuntaa Pohjois- Pohjanmaan sairaanhoitopiiriin alueelta sekä Kajaanin kaupunki.</p> <p>Aineisto (N=377) kerättiin kyselylomakkeella hoitohenkilöstöltä.</p>	<p>Potilasohjaukseen vaikuttavat tiedot, taidot ja asenteet sekä ohjausmenetelmien käyttö, toimintamahdollisuudet ja ohjauksen toteutus. hoitohenkilöstön käsitykset olivat myönteisiä asenteiden, henkilökunnan välisen yhteistyön, ohjauksen toimintamahdollisuuksien ja ohjauksen toteutuksen suhteen. Kielteisiä käsityksiä olivat ohjaukseen käytettävän ajan, tilojen ja välineistön suhteen sekä suhtautumisessa omaisiin.</p>
<p>Lopez, V., Chair, S. Y., Poon, C. & Wai, Y. 2007.</p> <p>Physical, psychological and social recovery patterns artery coronary artery bypass graft surgery: a prospective repeated measures questionnaire survey. International Journal of Nursing Studies, 4.</p>	<p>Tarkoituksena oli selvittää fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toipumista puolen vuoden seurantajakson aikana ohitusleikkauksesta.</p>	<p>Haastattelututkimus (prospektiivinen) "Sickness Impact Profile"- mittari ja "Centre for Epidemiologic- Depression" – mittari.</p> <p>Kohderyhmänä oli ohitusleikkattua potilasta(N=68).</p> <p>Analyysimenetelmänä</p>	<p>Tilastollisia eroja sukupuolten välillä ei havaittu merkittävänä, joka oli ristiriitainen aikaisempien tutkimusten kanssa. Tulosten mukaan ensimmäiset neljä viikkoa ovat vaikeinta aikaa potilaalle ohitusleikkauksen jälkeen. Heikko fyysinen ja sosiaalinen kunto lisää masennusta kolmeen kuukauteen asti.</p> <p>Tutkimuksen suositukseksi oli, että potilaiden pre- ja postoperatiivista ohjausta, kuntoutusta ja kotiin tarjottavia tukipalveluja tulisi parantaa.</p>
<p>Lukkarinen, H. 1999.</p> <p>Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Väitöskirja.</p> <p>Sepelvaltimotautia sairastavien elämänlaatu ja elämäntapa.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla, selittää ja ymmärtää subjektiivisesti koettua elämänlaatua ja elämäntapaa. Tutkimukseen osallistuvien elämänlaatua kartoitetaan sairastumisen, hoitoprosessin ja kuntoutumisen aikana.</p>	<p>Mittari: SCI, NHP</p> <p>Kohderyhmänä olivat Oulun yliopistollisen sairaalassa sepelvaltimoiden varjoainekuvauksessa olleet potilaat (N=280).</p> <p>Analyysimenetelmänä triangulaatio.</p>	<p>Terveyteen liittyvä elämänlaatu paranee pallolaajennuksen ja ohitusleikkauksen jälkeen. Naisten elämänlaatu on miehiä huonompi tarmokkuuden, unen, tunnereaktioiden ja liikunnan alueilla. Jatkohoidossa ei huomioida potilaiden tarpeita ja ongelmia. Suurimpana ongelmana potilaat kokevat puutteellisen tiedon sairaudestaan sekä perusteellisten ohjeiden puuttumisen.</p> <p>Tutkimuksen tuloksena syntyi kaksi elämäntapaa, jotka ovat aktiivisesti hoitoon suhtautuvat ja kuntoutumisen tarvetta osoittavat.</p>
<p>Mainie, P., Moore, G., Riddell, J. W. & Adgey, A. A. 2005.</p> <p>To examine the effectiveness of a hospital-based nurse-led secondary prevention clinic.</p> <p>European Journal of Cardiovascular Nursing, 4 (4).</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää sairaanhoitajavetoisen sekundaaripreventio poliklinikan toimintaa potilasohjauksessa sepelvaltimotautia sairastavien, infarktipotilaiden, ohitusleikkauksen ja pallolaajennushoidon läpikäyneiden potilaiden hoitosuosituksen mukaisen lääkityksen toteutuksessa vähintään puolen vuoden aikana.</p>	<p>Kohderyhmän muodostivat sepelvaltimotautia sairastavat potilaat (N=563).</p> <p>Analyysimenetelmänä oli vaaratekijäarvojen muutoksen vertaaminen kunkin potilaan kohdalla. Muuttujina oli fyysinen aktiivisuus, verenpaine, painoindeksi, kolesteroli, tupakointi, alkoholin käyttö hoitosuosituksen mukainen lääkkeiden käyttö.</p>	<p>Sekundaaripreventio poliklinikoilla oli tärkeä merkitys pitkän aikavälin elämäntapojen muutoksiin ja lääkityksen optimoimiseen. Yhteistyötä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon välillä tulee kehittää.</p>

<p>Miettunen, S. 2008. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Terveystieteiden laitos. Pro gradu –tutkielma.</p> <p>Potilasohjaus hoitotyössä – sairaanhoitajien käsityksiä potilasohjauksesta ja potilaan kokemuksia ohjaamisesta.</p>	<p>Tarkoituksena oli kuvailla sairaanhoitajien käsityksiä potilasohjauksesta ja kokemuksia potilaan ohjaamisesta. Tavoitteena oli tuottaa kuvailevaa tietoa sairaanhoitajien potilasohjausta koskevista käsityksistä ja kokemuksellista tietoa potilaan ohjaamisesta.</p>	<p>Kyselylomake avoimine kysymyksineen.</p> <p>Kohderyhmänä oli erään keskussairaalan poliklinikoilla ja vuodeosastoilla työskentelevät sairaanhoitajat.</p> <p>Sisällönanalyysi.</p>	<p>Sairanhoitajien käsitysten mukaan potilasohjaus on sairaanhoitajien ammatillista toimintaa ja se on lähtökohdiltaan periaate-, tarve- ja tavoitelähtöistä. Potilasohjaus toteutetaan lähiyhteisöllisenä sekä työyhteisöllisenä työnä. Keskeisiä potilasohjausmenetelmiä ovat potilaskeskeinen, sisältökeskeinen, ratkaisukeskeinen ja menetelmäkeskeinen ohjaus. Potilasohjaus oli ihanteellista ja todellista. ihanteellisen potilaan ohjaamisen kuvaukset ovat potilasohjausta käsittelevien tutkimusten ja teorioiden mukaisia.</p>
<p>Paananen, M., Karinen, A., Liimatainen, L. & Heikkilä, J. 2004.</p> <p>Vuonna 2003 sepelvaltimoiden pallolaajennuksessa olleiden potilaiden tiedonsaanti ja oireilu sairaalahoidon jälkeen.</p> <p>Pallolaajennuspotilaiden ja omaisten avokuntoutuksen kehittämisprojekti.</p>	<p>Tarkoituksena oli tuottaa tietoa sepelvaltimoiden pallolaajennuksessa olleiden potilaiden voinnista ja edellytyksistä itsenäiseen selviytymiseen sairautensa kanssa nykyisten hoitokäytäntöjen pohjalta. Lisäksi oli tarkoitus selvittää avokuntoutuksen tarpeellisuutta tarkastelemalla sairaalassa tarjottavan potilasohjauksen riittävyttä</p>	<p>Kyselylomake.</p> <p>Tutkimuksen kohderyhmänä olivat Helsingin- ja Uudenmaan Sairaanhoidopiiriin Meilahden sairaalassa aikavälillä 15.4.-31.12.2003 pallolaajennetut potilaat (N=854).</p> <p>Aineiston analysointi SPSS –tilasto-ohjelmalla.</p>	<p>. Potilaiden yleisoireilu pallolaajennuksen jälkeen oli varsin runsasta. Erityisesti henkiseen hyvinvointiin liittyvät oireet, kuten masennus, olivat tavallisia. Ongelmat lisääntyivät myös parisuhteeseen ja arjesta selviytymiseen. Alle 65-vuotiaiden miesten selviytyminen sairauden kanssa oli muita parempi. Vaikka 2/3 koki saaneensa riittävästi tietoa, jäi kolmasosa ilman lääkärin antamaa toimenpiteeseen liittyvää ohjausta. Tloksena oli kolme ryhmää, joiden ohjaukseen tulisi käyttää huomiota: naiset, työikäiset sekä iäkkäät potilaat.</p>
<p>Patala-Pudas, L. 2005. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Pro gradu –tutkielma.</p> <p>Sisätautipotilaan ohjaus.</p>	<p>Tarkoituksena oli kuvailla ja selittää sisätautien tulosyksikössä hoidettujen potilaiden arvioita saamastaan ohjauksesta.</p>	<p>Strukturoitu kyselylomake (N=130).</p> <p>Oulun yliopistollisen sairaalan sisätautien yksikön potilaat.</p> <p>Analyysimetelmänä SPSS for Windows 12.0 tilasto-ohjelma.</p>	<p>Potilaslähtöisen ohjauksen suunnittelu oli puutteellista. ohjauksen osallistuminen toteutui mahdollisuuden esittä kysymyksiä ja mielipiteitä. potilaat saivat riittävästi tietoa sairaudesta ja sen hoidosta, toimenpiteistä ja kontrollikäynneistä. Enemmän tietoa kaivattiin hoitovaihtoehtoista, sairauden ennusteesta, sen syistä ja hoidon jälkeisistä mahdollisista ongelmista ja tukipalveluista. potilaiden ikä ja koulutuksen niukkuus oli merkitsevästi yhteydessä kriittisiin arviointeihin ohjauksen toteutumista.</p>
<p>Rushford, N., Murphy, B.M., Worcester, M. U., C., Goble, A. J., Higgins, R. O. Le Grande, M., Rada., & Elliot, P. C. 2007.</p> <p>Recall of information received in hospital by female cardiac patients. European Journal of Cardiovascular Prevention and Rehabilitation 14.</p>	<p>Tarkoituksena oli tutkia naisten sairaalassa saamaa tietoa heidän aloittaessaan uudelleen päivittäiset toiminnot sydäntapahtuman jälkeen. Lisäksi tutkittiin, mistä he tarvitsevat vähiten tietoa.</p>	<p>Kyselylomake.</p> <p>Kohderyhmänä olivat akuutin rintakivun vuoksi hoidossa olleet tai ohitusleikkauksen läpikäyneet potilaat (N=224).</p> <p>Analyysimenetelmänä SPSS- tilasto-ohjelmalla.</p>	<p>Useimmat naiset kaipasivat tietoa lääkityksestä, liikunnasta ja tupakointiin liittyvistä tekijöistä. Vähiten tietoa tarvittiin puutarhanhoidosta, seksuaalisesta aktiivisuudesta autolla ajamisesta ja urheilusta. Ylipainoiset ja huonon toimintakyvyn omaavat potilaat olivat vähemmän kiinnostuneita ruokavalioon ja fyysiseen aktiivisuuteen liittyvistä tekijöistä. Diabeetikot ja diabetesta sairastava naiset eivät olleet kiinnostuneita ruokavalioon ja fyysiseen aktiivisuuteen liittyvistä asioista. Iäkkäämmät naiset kaipasivat tietoa erilaisista kuntoutusvaihtoehdoista.</p>

<p>Ruotsalainen, T. 2006. Turun yliopisto. turun yliopiston julkaisuja. Sarja – Ser C Osa – Tom. 246. Scripta lingua fennica edita.</p> <p>Sisätautipotilaan hoidon laatu. Potilas hoidon laadun arvioijana.</p>	<p>Tarkoituksena oli arvioida sisätautipotilaan hoidon laatua ja kuvata potilaan osallistumista hoidon laadun arviointiin. Lisäksi tarkoituksena oli saadun tiedon avulla modifioida Suomessa kehitetty ja testattu HYVÄ HOITO –mittari sydäninfarktipotilaan hoidon laadun arviointiin soveltuvaksi.</p>	<p>Aineisto kerättiin HYVÄ HOITO/sis1- ja HYVÄ HOITO/sis2 –mittareilla sekä puolistrukturoidulla haastattelulla.</p> <p>Kohderyhmänä oli sisätautien vuodeosastolla olevat potilaat (N=100) ja ensimmäisen sydäninfarktiin sairastaneita potilaita (N=97).</p> <p>Aineiston analysoinnissa käytettiin kuvailevaa статистиikkaa, Sprandleyn semanttisia suhteita, Personal Experience -metodia ja sisällön analyysiä.</p>	<p>Tulokset osoittivat potilaiden kokeman hoidon laadun vaihtelevan laatukategorioittain. Niistä hoitohenkilökunnan ominaisuudet, hoidon edellytykset ja hoitoympäristö toteutuivat hyvin. Hoidon eteneminen, hoitoon liittyvät toiminnot ja yhteistyö omaisten kanssa toteutuivat jokseenkin hyvin. Sydäninfarktipotilaan hoidon etenemisen kriittisiä kohtia olivat aika kotona ennen sairaalaan hakeutumista ja aika kotona sairaalavaiheen jälkeen. Potilaiden päätöksentekoon osallistuminen ja oma hoito vaihtelivat hoidon eri vaiheissa. Se ilmeni ihmettelynä, tiedusteluna, informaation jakamisena sekä kertomatta asioita. Oma hoito sisälsi lääkehoidon toteuttamista, tiedon hankintaa, voimien tarkkailua, elintottumuksista ja sovitusta jälkitarkastuksista huolehtimista. Päätöksentekoon osallistumista edistivät ja estivät hoidon eri vaiheissa saatu informaatio, potilaan elämän hallinta ja kommunikointi hoitohenkilöstön kanssa. Sosiaalinen verkosto oli edistävää tekijä.</p>
<p>Salminen, M. 2005. Turun yliopisto. Turun yliopiston lääketieteellinen tiedekunta yleislääketiede. Akateeminen väitöskirja. Turun yliopiston julkaisuja, sarja C, Scripta Lingua Fennica Edita.</p> <p>Sepelvaltimotaudin ehkäisy – neuvonnan ja ohjauksen vaikutukset lasten- ja nuorten sekä iäkkäiden keskuudessa.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää sepelvaltimotaudin ehkäisyyn tähtäävien terveysneuvontaohjelmien vaikutukset elämänkaaren eri vaiheissa.</p>	<p>Kaksi interventiotutkimusta. Kyselytutkimus ja haastattelut. Verinäytteet seerumien rasva-arvojen määrittämiseksi sekä kliiniset mittaukset.</p> <p>Tutkimus suoritettiin Kainuun alueella kahden kaupungin, Kajaanin ja Kuhmon, ja kahdeksan maalaiskunnan, Hyrynsalmen, Paltamon, Puolangan, Ristijärven, Sotkamon, Suomussalmen, Vaalan ja Vuolijoen alueella.</p> <p>Tutkimusaineiston muodostivat alueella asuvat 6-17-vuotiaat lapset ja nuoret (n=600), jotka kuuluivat sydän- ja verisuonisairauksien riskisukuihin. Lisäksi tutkimusaineistoon kuului vastaavaikäisiä, Kainuun alueella asuvia lapsia ja nuoria, jotka muodostivat vertailuryhmän (n=1609).</p>	<p>Perhekeskeisellä neuvonnalla oli myönteistä vaikutusta 6-17-vuotiaiden lasten ravitsemuskäyttäytymiseen, erityisesti rasva-arvojen käyttöön ja 6-9-vuotiaiden tyttöjen seerumin kokonais- ja LDL-kolesteroliarvoihin, samanikäisten diastooliseen verenpaineeseen sekä alkutilanteessa kohonneen kolesterolitason omaavien 6-17-vuotiaiden tyttöjen LDL-kolesteroliarvoihin. ApoE-genotyyppi ei ollut yhteydessä terveysneuvontaryhmän lasten seerumin rasva-arvojen muutoksiin.</p> <p>Neuvonta- ja ryhmätoiminta vaikutti myönteisesti iäkkäiden sepelvaltimotautia sairastavien miesten lipidilääkkeiden käyttöön ja naisten kolesteroliarvoihin. depressiivisten miesten depressiiviset oireet vähenivät.</p>
<p>Smith, J. & Liles, C. 2007.</p> <p>Information needs before hospital discharge of myocardial infarction patients: a comparative, descriptive study.</p> <p>Journal of Clinical Nursing 16.</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata sydäninfarktiin sairastuneiden ja siihen hoitoa saavien potilaiden tiedontarpeita ennen kotiutumistaan akuutista sairaalasta.</p>	<p>Kuvaileva tutkimus.</p> <p>Mittari: Patient Learning Needs Scale</p> <p>Kohderyhmänä olivat akuutin sydäninfarktiin sairastuneet potilaat (N=20).</p> <p>Analyysimenetelmä: SPSS.</p>	<p>Vastaajien mielestä kaikista osa-alueista on tärkeää saada riittävästi tietoa ennen kotiutumista. Eniten tietoa kaivattiin lääkityksestä, komplikaatioista ja sepelvaltimotaudin vaikutuksesta fyysiseen aktiivisuuteen. Iäkkäät ja eläkkeellä olevat potilaat tarvitsivat eniten tietoa, erityisesti yhteiskunnan tuen osalta. Tietoa toivottiin myös autolla ajamisesta, tuen lähteistä sekä työhön palaamisesta.</p>

<p>Tunturi-Kemppainen, H. 2008. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Hoitotieteenlaitos. Pro gradu – tutkielma.</p>	<p>Tarkoituksena oli kuvata sepelvaltimoiden ohitusleikkausta edeltävän ohjauksen ja tiedontarpeen nykytilaa erikoissairaanhoidossa.</p>	<p>Puolistrukturoitu kyselylomake (N=200). Kohderyhmän muodostivat v. 2005 Kuopion yliopistollisessa sairaalassa elektiiivisesti hoidetut sepelvaltimoiden ohitusleikkauspotilaat (N=400), jotka randomoitiin otokseen (N=200). Analysointi tapahtui SPSS for Windows tilasto-ohjelmalla.</p>	<p>Ohitusleikkattujen ohjauksessa toteutuu erityisesti lääkehoidon, leikkauksen jälkeisen kivunhoidon ja kuntoutuksen ohjaus. unihäiriöistä ja leikkauksen jälkeisistä hengitysvaikeuksista ei saatu riittävästi tietoa. ohjaus koettiin tarpeelliseksi omassa terveyskeskuksessa ja sydänhoitajan toivottiin olevan käytettävissä leikkauksen jälkeisissä yhteydenotoissa. Riittäväällä ohjauksella todettiin olevan yhteyttä potilaiden kokemaan leikkauksen jälkeiseen terveyden kokemiseen ja elämänlaatuun.</p>
<p>Varjola, J. 2007. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Hoitotiede. Pro gradu –tutkielma. Sepelvaltimotautipotilaiden ohjauksen riittävyys sairaalavaiheessa.</p>	<p>Tarkoituksena oli selvittää sepelvaltimotautikohtauspotilaiden kokemuksia ja heidän hoitajiensa arvioita potilaiden sepelvaltimotaudista saaman ohjauksen riittävydestä sairaalavaiheessa. Lisäksi selvitettiin potilaiden ja hoitajien näkemysten yhteneväisyyttä ja ohjauksen riittävyden kokemuksiin yhteydessä olleita tekijöitä.</p>	<p>Mittari rakennettiin aiempien sydänpotilaiden tiedontarpeita käsitelleiden tutkimusten ja kardiologisella vuodeosaston sepelvaltimotautikohtauspotilaiden ohjauksikäytännön ja - materiaalin pohjalta. Kohderyhmänä olivat Tampereen yliopistollisen sairaalan kardiologisella vuodeosastolla hoidetut ja sieltä kotiutuneet sepelvaltimotautikohtauspotilaat (N=29) sekä heidän hoitajansa (N=35).</p>	<p>Potilaat saivat eniten tietoa sepelvaltimotaudista hoitohenkilökunnalta suullisesti. Tiedonsaaminen oli riittävää. Potilaiden arvioimana riittävimmin tietoa saatiin koti-hoidon osa-alueelta ja riittämättömmin sosiaaliturvan alueelta. hoitajat arvioivat potilaiden saaneen riittävimmin tietoa koti-hoidon osa-alueelta sekä riittämättömmin sairastumiseen liittyvän tunne-elämän osa-alueelta. Hoitajat arvioivat potilaiden saaneen riittämättömmin ohjausta lääkehoidosta ja sepelvaltimotautiin liittyvän tunne-elämän osa-alueilta kuin potilaat kokivat. Potilaiden riittämättömät tiedontarpeet liittyivät sosiaaliturvaan. potilaiden kohdalla elämäntilanteen kokemisella oli eniten yhteyttä kokemukseen tiedon saannin riittävydestä. Hoitajat sen sijaan kokivat, että ohjaukseen käytettävällä ajalla oli yhteyttä ohjauksen saamaan riittävyteen.</p>

(Terveys- tai sosiaalialan opinnäytetyö tai muu vastaava ammattikorkeakoulu- tai toisen asteen opiskeluun/koulutukseen liittyvä tutkimus)

Lupaa em. opinnäyte- ja/tai tutkimustyöhön ei pääsääntöisesti myönnetä potilaisiin/asiakkaisiin kohdistuviin tutkimuksiin eikä rekisteritutkimuksiin, jotka kohdistuvat KYMSHP:n salassa pidettäviin potilas/asiakasrekisteritietoihin.

Dnro TUTKIMUS	Päätös § / 20
---------------	---------------

Opiskelija / tutkija täyttää ja vastaa allekirjoitusten hankkimisesta

1. Opinnäytetyön / tutkimuksen tiedot

Oppilaitos / koulutusohjelma / suuntautumisvaihtoehto Kymenlaakson amk / ^{ylempi amk} terveyden edistämisen	Oppilaitoksen osoite Takojantie 1 48220 Kotka
Opinnäytetyön / tutkimuksen nimi Akuutin sydänpotilaan ohjauksen kehittäminen	
Opinnäytetyön / tutkimuksen alkamisvpm syksy 2009	Opinnäytetyön / tutkimuksen päättymispvm kevät 2011
Opinnäytetyön / tutkimuksen tavoitteet ja lyhyt kuvaus toteutuksesta (esim. aineiston keruu, kohderyhmä) - puolistrukturoitu kyselylomake (ohessa mukana) - kohderyhmä: osasto 6B:n, sisätautien pkl:n, koronaarion- gion ja sydänvalvonnan hoitajat, fysioterapeutti	

2. Hakija / hakijat

Opiskelijan / opiskelijoiden nimet	Osoite	Sähköposti	Puhelin
Tarja Männistö	Rentukopolkku 7 48310 Kotka	tarja.mannisto@kymshp.fi	040 - 744 0005
—			

3. Opinnäytetyön / tutkimuksen kustannuksista vastaava

<input checked="" type="checkbox"/> opiskelija / tutkija	<input type="checkbox"/> KYMSHP:n tulöyksikkö, josta sovittu (pvm ja nimi) kanssa (hankesopimus liitteenä)
<input type="checkbox"/> joku muu, mikä	

4. Opinnäytetyön / tutkimuksen raportointi

<input checked="" type="checkbox"/> Opinnäytetyö / raportti toimitetaan ylihoitajalle	<input type="checkbox"/> Raportti toimitetaan julkaisusarjan toimituskunnalle
<input checked="" type="checkbox"/> Opinnäytetyöstä / raportista pidetään osastokokous / koulutus	<input type="checkbox"/> Jokin muu tapa, mikä

Opinnäytetyön tekijällä on opinnäytetyöhönsä tekijänoikeus, mikäli hankkeistamissopimuksessa ei toisin sovi. Kymenlaakson sairaanhoitopiirin kuntayhtymä saa opinnäytetyöhön käyttöoikeuden omassa toiminnassaan. Käyttöoikeudesta ei suoriteta palkkiota.

(Terveys- tai sosiaalialan opinnäytetyö tai muu vastaava ammattikorkeakoulu- tai toisen asteen opiskeluun/koulutukseen liittyvä tutkimus)

5. Allekirjoitukset

Oppilaitos	
Ohjaajan allekirjoitus ja nimenselvennys <i>Eeva-Liisa Hilander-Paavilainen</i> EEVA-LIISA HILANDER-PAAVILAINEN	Puhelin / sähköposti eeva-liisa.hilander-paavilainen@kyamk.fi
Tulosalue/yksikkö	
Yhteyshenkilön/työelämäohjaajan allekirjoitus ja nimenselvennys <i>Leea Kaarto-Salmi</i> Leea Kaarto-Salmi	Puhelin / sähköposti 044 223 1263 leea.kaarto-salmi@kyamk.fi
Osastonhoitajan/esimiehen allekirjoitus ja nimenselvennys <i>Päivi Tiikonen</i> <i>Orja Narinen</i>	Puhelin / sähköposti 044 223 1999 044 223 2017 etnimitenkuini@carca.fi
Pvm sekä hakijan tai ryhmästä yhden henkilön allekirjoitus ja nimenselvennys	

6. Luvan myöntäjän viranhaltijapäätös

<input checked="" type="checkbox"/> Myönnetty lupa opinnäyte / tutkimustyöhön hakemuksen mukaisesti		
<input type="checkbox"/> Lupa edellyttää eettisen toimikunnan käsittelyn	<input type="checkbox"/> Pyydetään tarkennusta / lisäselvityksiä	<input type="checkbox"/> Hakemus hylätty
Perustelut / pyydettävät lisäselvitykset		
Aika ja paikka Kotka 25.3.10	Allekirjoitus ja nimenselvennys, arvo / tehtävänimike <i>Ayanaau, Penttinen</i>	
Tulosityksikkö ja yhteystiedot P20/2010		
Pyydetty lisäselvitykset toimitettu: aika ja paikka	Allekirjoitus ja nimen selvennys, arvo / tehtävänimike	
Tulosityksikkö ja yhteystiedot		

7. Liitteet

- Tutkimussuunnitelma (hyväksyty oppilaitoksessa)
- Hankkeistamissopimus
- Selvitys tutkimuksen kustannuksista ja rahoituksesta
- Muut liitteet, mitkä:

Kopio myönnetystä luvasta lähetetään:

- yksikön osastonhoitajalle/esimiehelle
- koulutuskoordinaattorille

Hyvä sydänpotilaita ohjaava terveydenhuollon ammattilainen

Tämän kyselytutkimuksen tarkoituksena on tutkia Kymenlaakson keskussairaalan sydänpotilaiden hoitamiseen osallistuvan hoitohenkilökunnan potilasohjausvalmiuksia. Opiskelen Kymenlaakson ammattikorkeakoulussa Ylempi AMK Terveyden edistämisen koulutusohjelmassa. Tutkintoon kuuluva opinnäytetyön tekeminen on osa potilasohjauksen kehittämistyötä Kymenlaakson keskussairaalassa.

Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymään on perustettu potilasohjauksen kehittämisryhmä, jonka tarkoituksena on kehittää laadukasta sekä näyttöön perustuvaa potilasohjausta kuntayhtymässä. Potilasohjauksen kehittämistyössä lähdetään organisaation potilasohjauksen nykytilan kartoituksesta. Henkilökunnalle tullaan järjestämään sisäistä koulutusta potilasohjaustaitojen kehittämiseksi ja jatkossa potilasohjevastaavat vastaavat hoitoyksikkönsä potilasohjauksen kehittämisestä. Tutkimus liittyy Oulun yliopiston terveystieteiden laitoksen tekemään Potilasohjauksen laadun arviointi -tutkimushankkeeseen, jossa on tarkoituksena arvioida potilasohjauksen laatua, testata potilasohjauksen laatumallia sekä Potilasohjauksen laatu -mittareita eri toimintaympäristössä.

Tutkimukseen osallistuvat Kymenlaakson keskussairaalassa sydänpotilaan ohjaukseen osallistuvat terveydenhuollon ammattilaiset. Pyydän Teitä vastaamaan kyselyyn, koska Teidän mielipiteenne on tärkeä. Toivon, että **vastaatte kyselyyn juuri niin kuin te itse potilasohjauksessa toimitte**, ettekä niin kuin toivoisitte ohjauksessa toimivanne. Osallistumalla kyselyyn, teillä on mahdollisuus vaikuttaa potilasohjauksen kehittämiseen omassa työympäristössänne vastaamaan paremmin sekä sydänpotilaiden sekä heidän omaistensa tarpeita. Käytännön hoitotyötä tekevillä hoitajilla on parhain näkemys siitä, millaista ohjausta potilaat ja omaiset tarvitsevat.

Aikaa kyselylomakkeen täyttämiseen kuluu noin 20 min. Kaikki vastaukset käsitellään luottamuksellisesti. Vastaaminen on vapaaehtoista, mutta toivon Teidän täyttävän kyselylomakkeen ja **palauttavan sen 31.10.2010 mennessä**. Tutkimuksen tulokset julkaistaan opinnäytetyön julkaisussa. Tutkimustulokset esitetään osastokokouksessa.

Yhteistyöstänne kiittäen

Tarja Männistö / ylempi AMK-opiskelija / Kymenlaakson ammattikorkeakoulu

Lisätietoja tarvittaessa antaa

email: tarja.mannisto@kyamk.student.fi

Esimerkkejä alkuperäisilmaisuista

Pelkistetyt ilmaisut

Alakategoria

Yläkategoria

Yhdistävä kategoria

Ylemmän johdon tulisi olla ajan tasalla hoidon ja ohjauksen resursseista sekä osaston kuormituksesta, jotta realistinen ohjauksen kehittäminen mahdollistuisi. Työnjohdon ja ylempien esimiesten tulisi olla ohjaajien tukena ja mahdollistaa konkreettisesti ohjauksen kehittäminen. Vain se takaa ohjauksen onnistumisen vastuullisesti ylikuormittuneella osastolla.

Esimiehiltä ei saa tukea

Tuki ohjaukselle puutteellista

Ohjauksen tuen puute

Osaston kuormitus on korkea – aina ei ehdi hoitaa potilasta kuten pitäisi. Organisaatiotasolla potilaan kuorman tasaaminen, vaikuttaa mahdollisuuteen antaa parempaa hoitoa ja ohjausta sen osana. Tähän tavoitteeseen ei yksin hoitotyön keinoin päästä.

Osasto on kuormittunut

Ajan puute on suurin ohjelma ohjauksessa.

Aikaa ohjaukselle on vähän.

Ohjaukseen tulisi olla tarpeeksi aikaa.

Lisää aikaa ohjaukseen, potilaita paljon, erilaista muu työtä, joka vie aikaa ohjaukselta.

Enemmän aikaa/henkilökuntaa.

Lisää aikaa ohjaukseen esim. työvuorosunnittelulla, resursoimalla hoitajia nimenomaan siihen tehtävään.

Riittävät resurssit eli tarpeeksi hoitajia aamu- ja iltavuoroihin.

Hoitajien kouluttaminen/tietotaidon lisääminen toisi lisävalmiuksia ohjaustyöhön. Erityisesti lääkehoidolliset asiat ja esim. ns. tukiasiat (Kela-korvaukset tms.)

Uusia työntekijöitä tulisi perehdyttää ohjaukseen

Lisää koulutusta ja perehdytystä

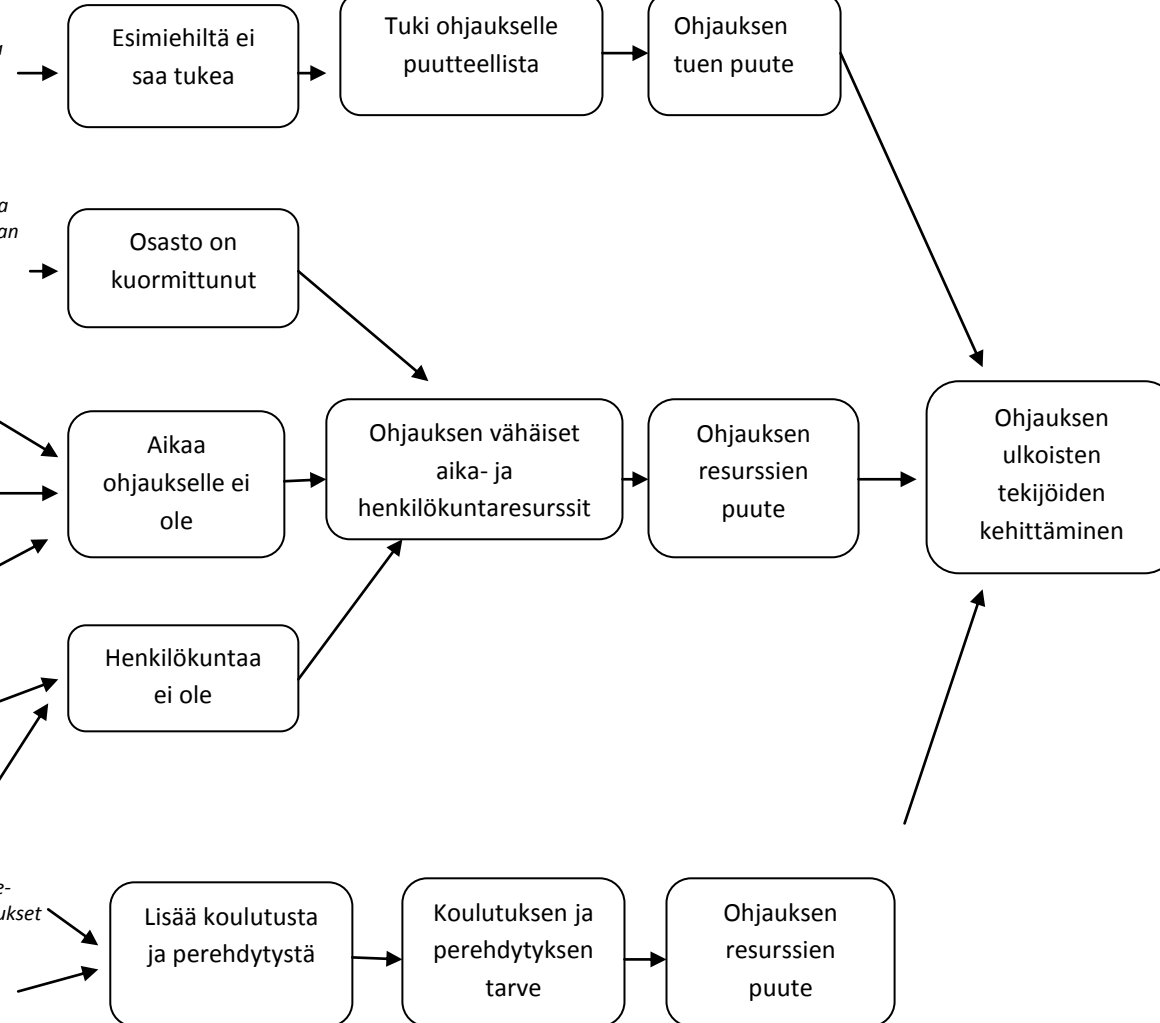
Koulutuksen ja perehdytyksen tarve

Ohjauksen resurssien puute

Ohjauksen vähäiset aika- ja henkilökuntaresurssit

Ohjauksen resurssien puute

Ohjauksen ulkoisten tekijöiden kehittäminen



Esimerkkejä alkuperäisilmaisuista

Pelkistetyt ilmaisut

Alakategoria

Yläkategoria

Yhdistävä kategoria

Resurssien jakaminen toisiin = työvuorojen uudelleen sijoittelu – aikaa ohjaukselle.

Työnjakoa ei ole suunniteltu

Ohjauksen organisointi puutteellista

Keskustelemalla asennemuutosta, aiemmin ohjaus oli tietoisesti kasattu yhdelle henkilölle. Muiden oli helppo "irtisanoutua" ohjaustehtävästä. Nyt edessä työnjaon selkeyttäminen ja henkilöstön rohkaiseminen ohjaukseen.

Kaikki eivät ohjaa

Ohjausvastuun epäselvyys

Kaikkien tulee ohjata.

Ohjauksen työnjakoa tulisi kehittää yhdessä oman ja muiden työyksiköiden kanssa eli yhteistyötä lisäämällä.

Yhteistyötä ei ole riittävästi

Yhteistyö työyksiköiden välillä puutteellista

Potilaan ohjausta tulisi kehittää eri työyksiköiden välillä siten, että olisi selkeät toimintamallit, työnjako. Kaikki uudet työntekijät sitoutuisivat tekemään ohjausta ja kokisivat sen tärkeänä osana hoitoa. Miten? – koulutus, motivointi...

Ohjauksen organisointiongelmat

Ohjauksen ulkoisten tekijöiden kehittäminen

Varmistamalla paremmin ohjauksen jatkuvuutta.

Yhteistyötä perusterveydenhuollon kanssa, jotta hoidon jatkuvuus turvattaisiin. Näin voitaisiin parantaa potilaan sitoutumista ja vähentää turhia sairaalakäyntejä ja -soittoja. Potilas putoaa sairaalavaiheen jälkeen tyhjään päälle. Jatkohoidon ja -ohjauksen puuttuminen iso puute.

Ohjauksen jatkuvuuden turvaaminen ei ole riittävä

Jatkohoidon turvaaminen vaatii kehittämistä

Sydänhoitaja, joka koulutettu sydänpotilaita varten ei osastojen käytettävissä.

Sydänhoitaja ei ole käytettävissä

Asiantunte musta ei ole käytössä

Asiantuntijatuen puute

Moniammatillisuuden hyödyntäminen

Tarvitsemme sydänhoitajaa auttamaan ohjauksessa, koska meillä ei siihen ole tarpeeksi aikaa. Sydänhoitajan palvelut on nyt karsittu osastolta!

