

Opinnäytetyö (AMK)

Suun terveydenhuollon koulutusohjelma, suuhygienisti

NSUUNS14

2017

Aino Linnainmaa, Johanna Niskanen ja Anna Salonen

POTILASOHJAUS SUUN TERVEYDENHUOLLOSSA

- apuna erillinen potilaan ohjaustila



Aino Linnainmaa, Johanna Niskanen ja Anna Salonen

POTILASOHJAUS SUUN TERVEYDENHUOLLOSSA - APUNA ERILLINEN POTILAAN OHJAUSTILA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää tutkitun tiedon avulla, millaista on suuhygienistin toteuttama potilasohjaus ja millainen on hyvä potilaan ohjaustila suun terveydenhuollossa. Tavoitteena on kehittää potilasohjausta ohjaustilaa hyödyntäen ja korostaen omahoidon ohjauksen tärkeyttä sekä yksilö- että väestötasolla. Työ toteutettiin kirjallisuuskatsauksena ja aineisto analysoitiin induktiivisen sisällönanalyysin avulla.

Tutkimustulokset osoittavat, että suuhygienistillä on merkittävä rooli hammassairauksien varhaisdiagnostiikassa ja ehkäisyssä. Suuhygienistin tulee tarjota potilasohjausta, joka kannustaa potilaita ottamaan aktiivisen roolin sairauksien ehkäisyssä ja oman suuhygienian ylläpidossa. Ohjauksella voidaan vaikuttaa potilaan asennoitumiseen ja potilaan hoitoon sitoutumiseen. Tulosten mukaan ohjauksen kulmakivi on potilaslähtöisyys: jokainen potilas tulee kohdata yksilönä ja huomioida kokonaisvaltaisesti. Hoitohenkilöstö ja potilaat mainitsivat potilasohjauksen kehittämiskohteiksi ohjaustilat, henkilöstöresurssit, ohjaukseen käytettävän ajan sekä ohjausmateriaalin ja -välineet. Lisäksi erilaisia ohjausmenetelmiä tulisi käyttää nykyistä enemmän. Suuhygienistin työssä erityisesti työnkuvan laajuus ja monet erilaiset työtehtävät potilashoidon ohella rajoitti eettisen ohjauksen toteuttamista. Myös ympäristön puitteet vaikuttivat potilasohjauksen toteuttamiseen. Yksityisyys ja meluttomuus nostettiin esille tärkeimpinä potilastyytyvyyteen vaikuttavina seikkoina. Tulokset osoittavat, että ympäristön laadun vaikutus potilaan tyytyväisyyteen oli merkittävä. Fyysisen hoitoympäristön todettiin vaikuttavan potilaiden käytökseen, tunteisiin, ajatuksiin ja hyvinvointiin monin eri tavoin.

Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää tulevaisuudessa; potilasohjauksen ollessa keskeinen osa hoitoprosessia, tulee sille antaa nykyistä suurempi painoarvo uusissa suun terveydenhuollon tiloissa suunniteltaessa. Opinnäytetyöllä halutaan korostaa ympäristön merkitystä potilasohjauksessa. Suomessa ei ole juurikaan tehty ohjausympäristöä koskevia tutkimuksia. Aihetta olisi tärkeä tutkia enemmän, jotta potilasohjausta ja ohjaustiloja voidaan kehittää.

ASIASANAT:Potilasohjaus, ohjaustila, suuhygienisti, näyttöön perustuva tilasuunnittelu

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree Program on Dental Hygiene | Dental hygienist

May 2017 | 76

Jaana Manneros

Aino Linnainmaa, Johanna Niskanen ja Anna Salonen

PATIENT GUIDANCE IN ORAL HEALTH CARE – SUPPORTED BY A SEPARATE PATIENT GUIDANCE ROOM

The aim of the thesis was to produce new knowledge about the quality of the patient education performed by the dental hygienist and to find out, which environmental elements could improve the quality of the patient's guidance room in oral health care. The aim of this thesis was to develop patient guidance by utilizing the guidance room and emphasizing the importance of self-care at both the individual and the population level. The research strategy used was a literature review. The results were analyzed with the inductive content analysis.

The results show that dental hygienists play an important role in early diagnosis and prevention of dental diseases. Dental hygienists should provide patient education that encourages patients to take an active role in preventing illness and maintaining their own oral hygiene. Patient education can influence the patient's attitude and adherence. According to the results, the cornerstone of guidance is patient centeredness: each patient has to be faced individually and comprehensively. Guidance rooms, human resources, time used for guidance, guidance material and equipment were mentioned as development targets by both nursing staff and patients. In addition, different control methods should be used more in the future. Dental hygienists have extensive job description and many different tasks besides the patient care. These additional tasks can limit the implementation of ethical values and quality of patient education. According to the results, the environment also had an influence in the implementation of high quality patient guidance. Privacy and noiseless environment were mentioned as the most important aspects of patient satisfaction. The results show that the impact of environmental quality on patient satisfaction was significant. Physical environment was found to affect the behavior, feelings, thoughts and well-being of patients in many different ways.

The results of the thesis can be used in the future; patient guidance is a key part of the treatment process so it should be paid more attention to. The thesis aims to emphasize the importance of the environment in patient guidance. There are only few Finnish studies concerning the health care environments. Additional researches aimed at this subject should be conducted so that patient guidance and guidance rooms can be developed.

KEYWORDS: Patient education, guidance room, dental hygienist, evidence based design

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 POTILASOHJAUS	8
2.1 Potilasohjauksen määritelmä	8
2.2 Potilasohjauksen hyödyt	10
2.3 Potilasohjauksen haasteet	12
2.4 Keskeiset lait ja eettiset periaatteet potilasohjauksen taustalla	12
3 ERILAISET OPPIJAT JA OHJAUSMENETELMÄT	14
3.1 Erilaiset oppijat	14
3.1.1 Lapset ja nuoret	15
3.1.2 Aikuiset ja iäkkäät	16
3.2 Erilaiset ohjausmenetelmät	17
3.2.1 Audiovisuaaliset ja kirjalliset ohjausmenetelmät	18
3.2.2 Demonstraatio	19
3.2.3 Yksilö- ja ryhmäohjaus	19
4 SUUHYGIENISTI POTILASOHJAUKSEN TOTEUTTAJANA	21
4.1 Suuhygienistin asiantuntijuus	21
4.2 Omahoidon neuvonta suuhygienistin työssä	22
5 POTILAAN OHJAUSTILA SUUN TERVEYDENHUOLLOSSA	24
5.1 Ohjaustilan määritelmä	24
5.2 Näyttöön perustuvan ohjaustilan suunnittelu	24
5.3 Toimiva potilaan ohjaustila	25
6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT	27
7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	28
7.1 Kirjallisuuskatsaus tiedonhakumenetelmänä	28
7.2 Tutkimusongelmien muotoilu	29
7.3 Tiedonhakuprosessi, lähdeaineiston valinta ja aikataulusuunnitelma	29
7.4 Aineiston analysointi	31
8 TULOKSET	32

8.1 Potilasohjaus	32
8.1.1 Potilasohjaus suuhygienistin toteuttamana	33
8.1.2 Potilasohjaus asiakkaan arvioimana	36
8.2 Hyvä potilaan ohjaustila	39
8.2.1 Potilasohjausta edistävät tekijät hoitoympäristössä	41
8.2.2 Potilasohjausta heikentävät tekijät hoitoympäristössä	42
8.2.3 Hoitoympäristön ja hoidon laadun kehittäminen	43
9 TULOSTEN TARKASTELU	44
10 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS	46
11 POHDINTA	48
LÄHTEET	50
LIITTEET	

Liite 1. Tietokantojen hakuhistoria (1. ja 2. tutkimusongelmat)

Liite 2. Tietokantojen hakuhistoria (3. tutkimusongelma)

Liite 3. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Liite 4. 1. ja 2. tutkimusongelmien tiedonhakuprosessi

Liite 5. 3. tutkimusongelman tiedonhakuprosessi

Liite 6. 1. ja 2. tutkimusongelmiin valitut tutkimukset

Liite 7. 3. tutkimusongelmaan valitut tutkimukset

TAULUKOT

Taulukko 1. Aikataulusuunnitelma

31

1 JOHDANTO

Potilasohjauksen tavoitteena on motivoida potilasta laadukkaaseen omahoitoon sekä parantaa potilaan terveyttä ja elämänlaatua (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 256). Potilasohjaus onkin yksi suuhygienistin tärkeimmistä työtehtävistä. Ohjaamisen lisäksi suuhygienisti toteuttaa suun terveyttä edistäviä sekä sairauksia ennaltaehkäiseviä ja parantavia toimenpiteitä. Potilaan omahoidon ohjaaminen on keskeisessä asemassa hoidon onnistuvuuden kannalta, sillä toimiva omahoito ylläpitää suun terveyttä ja ehkäisee sairauksia. (Niiranen & Widström 2005, 1184-1191, Suomen suuhygienistiliitto 2016.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen julkaiseman Terveys 2011 –tutkimuksen mukaan naisista 81 % ja miehistä 53 % harjaa hampaansa suositusten mukaisesti kahdesti päivässä. Vaikka suomalaisten suun terveyden kehitys näyttäisikin olevan positiivista, ovat erityisesti iensairaudet edelleen huolestuttavan yleisiä. Tutkimuksessa kahdella kolmasosalla pohjois- ja eteläsuomalaisista miehistä ja yli puolella naisista oli jonkinasteinen iensairaus. Myös kariesta esiintyi noin joka viidennellä. Tästä syystä potilasohjaus onkin erityisen tärkeässä asemassa suun terveydenhuollossa. (THL 2012.)

Potilaiden hoitoympäristöt ovat muuttuneet merkittävästi ajan saatossa. Ennen potilaita hoidettiin suurissa huoneissa, jotta vähäinen henkilökunta pystyi hoitamaan useampaa potilasta yhtä aikaa. (Altimier 2004, 89.) Hyvä hoitoympäristö on merkittävä myös potilasohjausta toteutettaessa. Ympäristön vaikutuksesta potilaan hoitoon on tehty lukuisia tutkimuksia. Nykyään terveydenhuollossa suositaan yhden hengen hoituhuoneita (Trochelman ym. 2012, e1-e11). Yhdysvalloista lähtöisin oleva termi "evidence based design" eli näyttöön perustuva suunnittelu kiteyttää potilaslähtöisen hoitoympäristön periaatteen. Ympäristö pyritään luomaan mahdollisimman potilasystävälliseksi näyttöön perustuvan tutkimustiedon avulla. Tutkimuksissa selvitetään ympäristön piirteitä, jotka vaikuttavat potilaisiin positiivisesti erilaisissa hoitoympäristöissä. (Kotilainen 2010, Trochelman ym. 2012, e1-e11, Ferri ym. 2015, 1-9.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää tutkitun tiedon avulla millaista on suuhygienistin toteuttama potilasohjaus sekä suuhygienistin näkökulmasta että potilaiden arvioimana, ja millainen on hyvä ympäristö potilaan ohjaamiselle. Tavoitteena on kehittää potilasohjausta ohjaustilan mallia apuna käyttäen ja korostaa omahoidon ohjauksen tärkeyttä sekä yksilö- että väestötasolla.

Opinnäytetyössä tuodaan esille tietoa, jota voidaan hyödyntää potilasohjausta kehitettäessä ja uusia hoitoympäristöjä suunniteltaessa. Tärkeää on, että aihetta tutkittaisiin ja kehitettäisiin myös jatkossa.

2 POTILASOHJAUS

2.1 Potilasohjauksen määritelmä

Potilasohjaus tarkoittaa potilaan ja ammattihenkilön välistä vuorovaikutusta, jossa pyritään ongelmanratkaisuun ja tavoitteiden toteuttamiseen huomioiden potilaan yksilöllinen elämäntilanne (Kääriäinen & Kyngäs 2006, 6-7). Se on tavoitteellista ja aktiivista toimintaa, jonka tarkoituksena on edistää ja tukea potilaan itsehoidon toimivuutta (Gallagher ym. 2003,79-87, Sonninen ym. 2006). Potilasohjauksella pyritään edistämään muutoksia potilaan käyttäytymisessä, tunteissa ja asenteissa, ja tätä kautta tavoitteena on selviytymiskyvyn sekä elämänlaadun ja terveyden parantaminen (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 252-256). Potilasohjaus on keskeinen osa hoitoprosessia ja potilaan terveyden edistämistä (Kääriäinen & Kyngäs 2006, 6-9).

Potilasohjaus perustuu potilaan ja hoitohenkilön fyysisiin, psyykkisiin ja sosiaalisiin taustatekijöihin. Fyysiset ominaisuudet tarkoittavat potilaan ikää, sukupuolta, potilaan sairautta ja sen vaikutusta hänen elämäänsä. Nämä ominaisuudet määrittelevät myös sen, miten potilas pystyy ottamaan ohjausta vastaan. Psyykkisiä ominaisuuksia ovat esimerkiksi motivaatio, terveystottumukset, odotukset hoidon suhteen, sekä oppimistyylit ja valmiudet oppia. Näiden lisäksi potilaan sosiaalisuus vaikuttaa ohjauksen vastaanottamiseen ja sen toteuttamiseen. (Gallagher ym. 2003,79-87, Kääriäinen & Kyngäs 2006, 7-8.) Potilas tulee nähdä aktiivisena ja vastuullisena toimijana, jonka päätöksentekoa ja toiminnan muuttamista ohjauksella tuetaan. Potilaan aktiivisuus ja tavoitteellisuus edellyttävät motivaatiota. (Kyngäs 2003, 745, 749, Kääriäinen ym. 2006, 10-11.)

Aikaisemmin ohjauksessa on korostettu pääosin ohjaajan asiantuntijuutta. Ohjaus on ollut yksisuuntaista, eli tarkoittanut lähinnä tiedon siirtämistä ohjaajalta ohjattavalle. Potilas on ollut tilanteessa passiivinen kuuntelija. Nykyään ohjauksen tarkoituksena ei ole pelkästään antaa tietoa potilaalle, vaan enemmän aktivoida potilasta osallistumaan hoitoonsa. Juuri terveydenhuollon kustannusten hallinta, lyhyet hoitoajat sekä potilaiden kasvava tietotaso ovat muuttaneet käsitystä ohjauksesta aktiivisuutta ja asiakaslähtöisyyttä korostavaksi toiminnaksi (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 251, 256-257, Kyngäs & Hentinen 2009, 77-78, Kääriäinen 2011, 41-42). Asiakaslähtöisyyden lisäksi ohjauksessa korostetaan jaettua vastuuta sekä asiakkaan oman elämänsä asiantuntijuutta ja ohjaajan ammatillista asiantuntijuutta. Ohjaajan ammatillinen asiantuntijuus kattaa tiedot

ohjattavan asian sisällöstä sekä ohjauksen menetelmistä ja oppimisesta, joiden pohjalta ohjataan asiakasta. Ohjaus helpottaa asiakasta kokemusten käsittelyssä, ongelmanratkaisussa ja erilaisten toimintatapojen etsimisessä. Asiakaslähtöisessä ohjauksessa huomioidaan asiakkaan henkilökohtaiset oppimistarpeet, hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat asiat sekä juuri hänelle sopivat tavat toimia. (Kyngäs & Hentinen 2009, 77-78.)

Hoitoon sitoutumiseen vaikuttavat potilaan oma halu, aktiivisuus, oma-aloitteisuus, vastuullisuus sekä se, kokeeko potilas toiminnan mielekkääksi ja merkitykselliseksi elämälleen. Potilaan hoitoon sitoutumista ja tyytyväisyyttä parantaa myös se, että potilaalla ja hoitajalla on yhteinen näkemys hoidon kulusta. Ohjaaja taas on vastuussa ohjauksen suunnittelusta, toteutuksesta ja arvioinnista. (Kyngäs & Hentinen 2009, 77-78.)

Kaksisuuntainen vuorovaikutus mahdollistaa potilaan kysymysten esittämisen, väärinkäsitysten korjaamisen sekä tuen saamisen ohjaajalta. Jotta ohjaus tapahtuisi kaksisuuntaisessa vuorovaikutuksessa, tulee potilaan ja ohjaajan olla kummankin aktiivisia. Ohjaajan tulee rohkaista potilastaan kertomaan taustoistaan, tarpeistaan, odotuksistaan ja pyrkimyksistään. Ohjaussuhteen rakentuminen, potilaan henkilökohtaisten tarpeiden huomioiminen sekä aktiivisuuteen ja tavoitteellisuuteen kannustaminen vaikuttavat merkittävästi ohjauksen vaikutuksiin. Ohjaajan tuesta ja kannustuksesta huolimatta osa potilaista on ohjaustilanteessa passiivisia ja odottaa ohjaajan johdattavan vuorovaikutusta. Aktiivisuuteen voivat vaikuttaa esimerkiksi negatiiviset kokemukset ja uskomukset. Mikäli vuorovaikutus ei jostain syystä toimi kaksisuuntaisesti, on ohjaajan otettava vastuu ja käytävä läpi sellaiset asiat, jotka hän katsoo välttämättömmiksi. (Kyngäs ym. 2007, 40-42, 74, 87, Kyngäs & Hentinen 2009, 97.) Varsinaisesti yksisuuntaista ohjaustyylillä suositetaan enää vain sellaisissa tapauksissa, joissa potilas ei kykene tekemään ratkaisujaan itse ja osallistumaan toimintaan (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 250-258, Kääriäinen 2011, 41-42).

Potilasta ei tietenkään voida pakottaa tai sitouttaa väkisin hoitoonsa. Ohjaaja vastaa ohjauksen suunnittelusta, toteutuksesta ja arvioinnista, mutta vastuu oppimisesta ja valinnoista on potilaalla itsellään. Kun asiakas kokee saamansa hoidon ja ohjauksen merkitykselliseksi elämässään, hän pystyy myös sitoutumaan hoitoonsa. Hoitoon sitoutumisella tarkoitetaan itsensä hoitamista, aktiivista tiedon soveltamista ja ongelmien ratkaisua, vastuun kantamista sekä halua työskennellä tavoitteiden saavuttamiseksi. (Kyngäs & Hentinen 2009, 77-78.)

2.2 Potilasohjauksen hyödyt

Potilaan toimintakyvyn, elämänlaadun ja omahoidon on todettu parantuvan laadukkaasti toteutetun potilasohjauksen ansiosta. Lisäksi ohjaus vaikuttaa positiivisesti potilaan mielialaan vähentämällä yksinäisyyttä, ahdistuksen tunnetta ja masentuneisuutta. Potilaan on myös helpompi sitoutua hoitoon ja selviytyä kotona silloin, kun potilasohjaus on laadukkaasti toteutettu. Hyvä potilasohjaus lisää myös asiakkaan tiedon määrää ja ymmärrystä hoidon tärkeydestä. (Kyngäs ym. 2007, 145.) Potilasohjauksella on tutkitusti myös kansantaloudellisia vaikutuksia, sillä se on vähentänyt potilaiden hoitokäyntejä, sairauspäiviä ja lääkkeiden käyttöä (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 255-256, Kääriäinen 2008, 13).

Toteuttaakseen ohjausta, hoitohenkilön tulee edistää potilaan valintoja ja omata hyvät ohjausvalmiudet. Hoitohenkilöllä tulee olla ammattitaidon ja ohjaamiseen riittävien resurssien lisäksi ymmärrystä siitä, missä asioissa potilas tarvitsee ohjausta. Laatuun vaikuttaa myös eettisten periaatteiden huomioiminen, potilaan taustan huomioiminen, kaksisuuntainen vuorovaikutus sekä aika. (Kyngäs ym. 2007, 34-35, 47, 155, Kääriäinen 2008, 10-13.)

Onnistuneen potilasohjauksen lähtökohtana on potilaan tietotason ja tiedon tarpeen kartoittaminen. Lisäksi on olennaista selvittää, mitkä keinot edesauttavat potilasta omaksumaan uutta tietoa. Potilasohjauksen tavoitteet määritellään yhdessä potilaan kanssa ja kirjataan ylös. Tavoitteet voivat liittyä esimerkiksi uuden tiedon oppimiseen, asenteiden muutokseen tai taitojen kehittymiseen. Asetettujen tavoitteiden tulisi olla konkreettisia, realistisia, muuttuvia ja mitattavissa olevia. Tavoitteet mukautetaan potilaan elämäntilanteeseen. Alkutilanteen ja päämäärän välille asetetaan välitavoitteita, joiden saavuttaminen motivoi potilasta. (Jahraus ym. 2002, 266-275, Kääriäinen ym. 2005a, 27-28.)

Ohjauksen suunnittelu vaatii hoitohenkilöltä herkkyyttä tunnistaa potilaan muutosprosessin vaihe (Kasila ym. 2009, 37). Muutosprosessin ensimmäinen vaihe on esiharkintavaihe, jossa potilas ei vielä tiedosta muutostarvetta. Seuraava vaihe on harkintavaihe, jolloin potilas esimerkiksi sairastuu tai ymmärtää elintapojensa olevan haitallisia terveydelleen ja alkaa miettiä muutosta, mutta ei vielä toteuta sitä. Harkintavaihetta seuraa valmistautumisvaihe, jossa potilas päättää muuttaa elämäntapojensa, mutta ei ole vielä täysin varma päätöksestään. Seuraavaksi tulee toimintavaihe, jossa epävarmuus väistyy ja potilas alkaa toteuttaa muutosta. Tätä taas seuraa ylläpitovaihe, jolloin muutos

on jo tuonut positiivisia asioita potilaan elämään, mikä motivoi jatkamaan uutta elämäntapaa. (Kyngäs & Hentinen 2009, 62-64.) Aina muutosprosessi ei etene vaihe vaiheelta eteenpäin, vaan prosessiin kuuluvat repsahdukset, jolloin potilas palaa aiempiin elämäntapoihin. Repsahduksia esiintyy muutosprosessissa lähes aina ja ne ovat luonnollisia suuren muutoksen tekemisessä. Myös muutosprosessin eri vaiheiden kesto vaihtelee potilaasta riippuen. Toisilla muutosvaiheet kestävät viikkoja, toisilla kuukausia tai vuosia. (Kyngäs & Hentinen 2009, 64.) Epäonnistumisen mahdollisuudesta onkin järkevää keskustella potilaan kanssa ohjauksen yhteydessä (Kääriäinen ym. 2005a, 28).

Onnistuneen ohjauksen kannalta tärkeää on potilaan tyytyväisyys hoitoon. Potilaan tyytyväisyyttä hoitoon lisää se, että potilaalla ja ohjaajalla on yhteinen näkemys ohjauksen sisällöstä. Onnistunut ohjaus vaatii ohjaajan ja potilaan välistä vuorovaikutusta sekä ohjaustilannetta ja -suhdetta. Vuorovaikutuksen tulee olla luottamuksellista ja turvallista kaikissa tilanteissa. Ohjaaja kunnioittaa potilasta, osoittaa luottamuksellisuutta ja arvostusta sekä on aidosti kiinnostunut potilaan hoidosta. Ohjaajan tehtävänä on rohkaista potilasta, esittää kysymyksiä, tuoda ajatuksiaan esille ja ymmärtää. Tärkeää onnistumisen kannalta on myös se, että sekä ohjaaja että potilas haluavat työskennellä yhdessä, asettavat tavoitteet ja uskovat mahdollisuuksiinsa. (Kyngäs ym. 2007, 47-48.)

Potilaan sitoutuminen hoitoonsa vaikuttaa myös onnistuneen hoidon toteutumiseen. Sitoutuakseen hoitoonsa potilaalta edellytetään aktiivisuutta, vastuullisuutta ja yhteistyötä ohjaajansa kanssa. Keskeinen sitoutumiseen vaikuttava tekijä on potilaan motivaatio. Se voidaan selvittää motivoivan haastattelun avulla. Motivoiva haastattelu toteutetaan asiakaslähtöisesti, jolloin korostuu potilaan ja ohjaajan yhteistyö sekä avoin ja luottamuksellinen hoitosuhde. Haastattelussa pyritään keskustelemaan ja herättelemään potilasta niin, että hän itse kokee haluavansa tehdä muutoksen. Ohjaajan vastuulla on luoda potilaalle arvostetuksi tulemisen tunne. Vastuun terveyden ylläpidosta ja tulevista muutoksista ohjaaja jakaa potilaansa kanssa. Muutokseen ei voida pakottaa, vaan potilaalla on vapaus tehdä elämäntapojaan koskevat päätökset itse. (Kyngäs & Hentinen 2009, 17, 28, 77-78, 112, Gao ym. 2015, 416.) Motivaation ristiriitoja tutkitaan ohjauksen aikana aktiivisesti ja potilasta ohjataan valintoihin, jotka vaikuttavat hänen terveyteensä (Turku 2007, 41).

Jatkuva arviointi ja kehittäminen ovat onnistuneen ohjauksen edellytys. Tavoitteiden toteutumista sekä ohjauksen laatua ja sisältöä tulee arvioida yhdessä potilaan kanssa. Myös omia ohjaustaitoja tulee arvioida, jotta niitä voi kehittää. Ohjaajan tulee arvioida

ohjauksen onnistumista esimerkiksi riittävyyden, yksilöllisyyden ja asiakaslähtöisen ohjauksen näkökulmasta. Ohjausta voi arvioida itsenäisesti, mutta asiakkaan kanssa toteutettu arviointi kehittää ammattihenkilön ohjaustaitoja kriittisemmin. (Kyngäs ym. 2007, 45.)

2.3 Potilasohjauksen haasteet

Potilasohjauksen haasteet liittyvät arkielämässä selviytymiseen sekä rohkaisevaan ja yksilölliseen ohjaukseen. Haasteita ovat esimerkiksi riittävän tiedon antaminen potilaalle hänen sairastamastaan sairaudesta. Tärkeää on kertoa mistä sairaus johtuu, mitä oireita siihen kuuluu, miten sitä hoidetaan ja miten hakeudutaan hoitoon. Potilasta on myös informoitava siitä, miten sairaus vaikuttaa arkielämään ja tulevaisuuteen, mikä on ennuste ja edellyttääkö sairaus joidenkin lääkkeiden käyttöä. (Sonninen ym. 2006, 19-20.) Haasteellisia asioita potilasohjauksessa ovat myös riittävän kannustamisen ja rohkaisun antaminen, ammattihenkilön ja potilaan yhteisen ajan järjestäminen sekä kirjallisen ohjausmateriaalin tarjoaminen (Hankonen ym. 2006, 23-26, 80).

Ohjausprosessissa ei aina ole myöskään havaittavissa vuorovaikutteista suhdetta potilaan ja hoitohenkilön välillä. Potilasohjausta saattaa leimata systemaattisuus, epämuodollisuus ja rutiininomaisuus. (Kyngäs 2003, 747-748, Kääriäinen ym. 2005a, 28.) Potilaan tarpeet, näkemykset ja elämäntilanne saatetaan myös sivuuttaa (Johansson ym. 2003, 239-245, Kääriäinen ym. 2005a, 28, Gherunpong ym. 2006, 81-88). Ohjaajalle saattaa olla haasteellista turvata potilaan itsemääräämisoikeus ja yksityisyys ohjaustilanteessa, mikä edellyttää hänen henkilökohtaiseen elämäänsä liittyvien asioiden käsittelyä ja läpikäymistä (Kääriäinen & Kyngäs 2005, 256-257). Potilasohjauksen onnistumista vaikeuttavat yleensä ohjauksen pätkittäisyys, eri yksiköiden eriävä ohjauksen sisältö, puutteellinen aika ohjauksen toteuttamiseksi, kirjallisten ohjeiden puuttuminen sekä puutteellinen kirjaaminen (Kyngäs ym. 2005, 15, Mahmud 2011, 37). Lisäksi hoitotilannetta voivat hankaloittaa potilaan tai hoitohenkilön stressi, kulttuuriset seikat, vammat tai yleiset näkemyserot (Mahmud 2011, 37).

2.4 Keskeiset lait ja eettiset periaatteet potilasohjauksen taustalla

Perustuslain (731/1999) perusoikeudet, laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992), laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/1994) ja terveydenhuoltolaki

(1326/2010) ovat keskeisimmät terveydenhuoltoa koskevat säännökset Suomessa. Perusoikeuksien nojalla kaikki ihmiset ovat lain mukaan yhdenvertaisia. Kaikkien ihmisten tulee olla samassa ja keskenään tasa-arvoisessa asemassa. Ihmisellä on oikeus elämään, vapauteen, koskemattomuuteen ja turvallisuuteen. Lisäksi perusoikeuksien ansiosta jokaisella ihmisellä on oikeus saada riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut. (Etene-julkaisu I 2001.)

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (758/1992) ohjaa terveydenhuollon ammattihenkilöitä potilaan hoitoon liittyvissä periaatteissa. Lain mukaan potilaalla on oikeus hyvään hoitoon, inhimilliseen kohteluun, tiedonsaantiin ja itsemääräämiseen. Hyvä hoito ja inhimillinen kohtelu kattavat potilaan ihmisarvon, henkilökohtaisten vakaumusten ja yksityiselämän kunnioittamista. Tiedonsaantioikeus kattaa kaikki tiedot, joilla on merkitystä potilaan hoitoon liittyvissä päätöksissä. Itsemääräämisoikeudella tarkoitetaan potilaan suostumusta toteutettavaan hoitoon, eli potilaalla on myös oikeus kieltäytyä hoidosta, vaikka se olisi välttämätöntä. Lisäksi terveydenhuollon ammattihenkilöillä on salassapitovelvollisuus, jonka mukaan potilasta koskevat tiedot on pidettävä salassa ulkopuolisilta. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 758/1992, 3 §, 5-6 §, 9 §, 13 §.)

Etiikka tarkoittaa hyvän tekemistä, tasa-arvoista kohtelua, oikeudenmukaisuutta, yksityisyyttä sekä itsemääräämisoikeuden ja ihmisarvon kunnioittamista. Potilaalla on oikeus saada hyvää ja laadukasta hoitoa ja välttyä vahingonteolta. Hyvä hoito tarkoittaa sen turvallisuutta ja perustumista tutkittuun näyttöön. Vahingonteon välttämällä tarkoitetaan sitä, että potilaalle aiheutuu hoidosta enemmän hyötyä kuin haittaa. (Etene-julkaisu 32, 2011, 5-6.)

Terveydenhuollon eettiset periaatteet ohjaavat ammattihenkilöitä toimimaan erilaisissa hoitotilanteissa oikein. Ohjauksen on perustuttava tieteellisiin lähteisiin tai riittävään kliiniseen kokemukseen, sillä potilaalla on oikeus luotettavaan hoitoon. (Etene-julkaisu 1 2001, 4-5, Kääriäinen ym. 2007.) Lisäksi terveydenhuollon ammattihenkilön velvollisuus on pitää yllä ammatillista osaamistaan ja päivittää tietojaan, jotta potilaalle tarjottu hoito on riittävän laadukasta (Etene-julkaisu I 2001). Ohjausympäristön eettisyys tarkoittaa sitä, että ohjaus tapahtuu rauhallisessa tilassa, terveydenhuollon ammattihenkilöllä on riittävästi aikaa sekä riittävät valmiudet ja ammattitaito ohjauksen toteuttamiseen. Eettisellä ohjausympäristöllä taataan potilasohjauksen tehokkuus ja parannetaan sen vaikuttavuutta. (Kyngäs ym. 2007, 157.)

3 ERILAISET OPPIJAT JA OHJAUSMENETELMÄT

3.1 Erilaiset oppijat

Potilastyössä on hyvä tiedostaa se, miten kukin potilas omaksuu asioita sekä vastaanottaa ja käsittelee tietoa, eli millainen on hänen oppimistyyliinsä. Oppimistyylien tunnistaminen vaatii perehtymistä potilaan taustoihin ja keskustelua potilaan kanssa. Oppimistyyli sisältää oppijalle luonteenomaisia, erilaisia älyllisiä, tunteisiin liittyviä sekä fysiologisia tekijöitä. Uuden tiedon prosessointitavat ilmenevät oppijan tavoissa ajatella, tehdä havaintoja, tallettaa asioita muistiin ja ratkaista ongelmia. Potilaan oppimistyylin voi tunnistaa esimerkiksi tavasta, jolla hän puhuu asetetuista tavoitteista ja keinoista. Olisi hyvä, jos ohjaaja pystyisi tunnistamaan potilaan oppimistavan ja kykenisi sen mukaan muuttamaan oman ilmaisutapansa potilaan oppimistapaan sopivaksi. (Kyngäs ym. 2007, 33-34, 47, 73, Laine ym. 2012.)

Ihmiset reagoivat asioihin eri tavoin. Joillekin esimerkiksi tunneilmapiiri on erityisen tärkeä, kun taas toinen keskittyy enemmän opeteltavan asian sisältöön. Oppimiseen ja ohjauksen omaksumiseen vaikuttavat monet tekijät, kuten potilaan omat tiedot ja taidot, oppimisvalmiudet, motivaatio sekä opeteltavan asian yksilöllinen merkitys. Myös fyysiset tekijät, kuten ikä, näkö ja kuulo vaikuttavat olennaisesti ohjaustilanteeseen. Esimerkiksi lapsille ja nuorille on puhuttava heidän ikätasolleen sopivaa kieltä - ei liian virallisesti, mutta ei myöskään liian lapsellisesti. Iäkkäämmät potilaat toivovat usein rauhallista ja selkeää asioiden käsittelyä. Potilaat toivovat erityisesti käytännönläheistä ja tilannekohtaista ohjausta, joka auttaa heitä selviämään kotihoidosta. (Torkkola ym. 2002, 30-31, Laine ym. 2012.)

Useimmat ihmiset voivat oppia monella eri tavalla, mutta jokin tapa saattaa kuitenkin olla hallitsevampi kuin toinen. Potilas voi omaksua asioita visuaalisesti, kielellisesti, tekemällä, rytmin avulla ja yksityiskohtien tai asiakokonaisuuksien avulla. Toiset voivat oppia paremmin yksilöllisessä ohjauksessa, kun taas toiset ryhmäohjauksessa yhteistyössä muiden potilaiden kanssa. Visuaalinen oppija oppii asioita parhaiten katsomalla ja näkemällä. Audititiivinen oppija käsittelee asioita kuulon avulla ja oppii parhaiten kuuntelemalla, sekä pitää erityisesti keskusteluista ja selityksistä. Taktiiliselle oppijalle käsillä tekeminen, tunteet ja fyysiset tuntemukset ovat olennaisen tärkeitä. Kinesteettinen oppija haluaa rohkeasti kokeilla uutta asiaa ja oppiikin itse tekemällä, toiminnan ja liikkeen

avulla. Keskeisten asioiden kertaaminen ohjaustilanteen päätteeksi on tärkeää riippumatta siitä, miten potilas oppii asioita. Ihmiset oppivat parhaiten tilanteissa, joissa he voivat saada uutta tietoa juuri itselleen luontevimmalla tavalla. (Kääriäinen ym. 2005a, 28, Kyngäs ym. 2007, 73-74, 104, Laine ym. 2012.)

3.1.1 Lapset ja nuoret

Pieni lapsi oppii asioita aluksi parhaiten konkreettisen toiminnan avulla. Lapsen oppiminen on kinesteettistä, eli koko keho osallistuu mukaan toimintaan. Vähitellen liikkuminen ei ole enää välttämätöntä, vaan esimerkiksi kiinnostavien asioiden koskettelu riittää. Suunnilleen kahdeksan vuoden iässä lapsi kykenee oppimaan visuaalisesti havainnoimalla, ja noin yksitoistavuotiaana myös kuulon avulla oppiminen vahvistuu. Lapsen kielelliset taidot kehittyvät puhumalla, kuuntelemalla ja lukemalla. Kun asioita perustellaan puhumalla, oppii lapsi myös syy-seuraussuhteita. Lapsen tapa hahmottaa todellisuus on visuaalisempaa ja kuvallisempaa kuin aikuisten, ja se lähtee enemmän tunteista. Leikki-mielisyys ja huumori eivät vähennä oppimisen tehokkuutta, vaan usein lisäävät sitä. On tärkeää antaa lapselle palautetta myönteisestä edistyksestä, sillä se tukee uuden oppimista. Lapsi rakentaa persoonallisuuttaan samaistumalla muihin ihmisiin, matkimalla erilaisia piirteitä ja oppimalla uusia toimintatapoja muun muassa jäljittelemällä. (Laine ym. 2012.)

Ikävuodet syntymästä 0-12-vuotiaaksi muodostavat kehityksen perustan, ja tällöin kasvu ja kehitys ovat selvästi havaittavissa. Ikävaiheeseen kuuluu oman yksilöllisyyden hahmottamista. Kun lapsi oppii kävelemään eli omaehtoinen liikkuminen on mahdollista, muodostuu myös perusta puheen oppimiselle ja sosiaalisten kontaktien luomiselle. Kun puhe ja mielikuvitus kehittyvät, lapsi pystyy ilmaisemaan entistä monimutkaisempia ajatuksia. Kaksi ensimmäistä ikävuotta ovat tärkeimpiä perusluottamuksen syntymisessä. Varhaislapsuudessa lapsi on usein vaativa, oma tahto on vahva ja lapsi haluaa tehdä asiat juuri omalla tavallaan. Lapsi kokeilee, millaisia mahdollisuuksia hänellä on säädellä käyttäytymistään. (Laine ym. 2012.)

Leikki-ikäisenä, noin nelivuotiaasta seitsenvuotiaaksi lapsi on hyvin aloitekykyinen, innokas ja utelias kokeillessaan uusia toimintoja. Lapsi kehittyä leikin ja toiminnan kautta. Leikkiessä kehittyvät muun muassa muisti, käyttäytymisen hallinta, käsitteenmuodostus, visuaalinen tarkkuus ja motoriikka. Tarkoituksellisuudesta ja määrätietoisuudesta tulee yhä tärkeämpiä asioita lapselle. Lapsi asettaa itselleen päämääriä ja pyrkii toiminnallaan

niitä kohti. Kouluikäisenä eli 8-12-vuotiaana lapsen toiminta muuttuu yhä oma-aloitteisemmaksi. Koulunkäynti mahdollistaa uusien tietojen ja taitojen oppimisen, mutta koulussa lapsi kohtaa myös velvollisuuden ja suoriutumisen paineita. Vielä kouluikässäkkin lapsi on hyvin toiminnallinen ja tarvitsee mahdollisuuden osallistua erilaisiin toimintoihin. Nuoruusiässä, noin 12-20-vuotiaana kehitys on hyvin yksilöllistä, mutta muodostaa silti jokaisella melko yhtenäisen jakson. Nuoruusiässä nuori etsii omaa identiteettiään ja haluaa löytää oman merkityksensä. Nuori tarvitsee tasavertaisen keskustelukumppanin, joka kehuu, kannustaa ja rohkaisee. (Laine ym. 2012.)

Lapsen ohjauksessa on yleensä mukana aikuinen perheenjäsen tai muu lapsen huoltaja. Hoitoon liittyvistä asioista keskustellaan aina ensin yhdessä perheen kanssa. Lapsen iän mukaan on arvioitava, millaisissa asioissa ohjausta voidaan toteuttaa suoraan lapselle. Jos lapsi ymmärtää ohjattavaa asiaa, on huolehdittava siitä, että hän pääsee osallistumaan mukaan eikä jää ulkopuoliseksi. Nuoret ovat usein kiinnostuneita hoitonsa yksityiskohdista ja haluavat osallistua itse ohjaukseen. He tuntevat helposti olonsa holhoetuiksi, mikäli ohjeet annetaan suoraan heidän vanhemmilleen. Nuori ei välttämättä halua vanhempiaan lainkaan mukaan ohjaustilanteeseen. Vanhemmat ja huoltajat ovat kuitenkin vastuussa nuoresta, joten heitä ei voi jättää ilman ohjausta. Tällaisessa tilanteessa tulee keskustella siitä, ohjataanko vanhempia erikseen. (Torkkola ym. 2002, 30-31, Kynäs ym. 2007, 26-29.)

3.1.2 Aikuiset ja iäkkäät

Aikuinen eroaa oppijana lapsista ja nuorista siten, että hänellä on jo kokemusta elämästä. Aikuisella uuden oppiminen edellyttää omien uskomusten arvioimista ja tutkimista. Oppiminen voi olla aikuiselle jopa raskasta, sillä se vaatii perusteellista syventymistä omiin ajatuksiin, asenteisiin, toimintatapoihin ja tunteisiin. Aikuista ihmistä hoidettaessa ja ohjattaessa on aina muistettava, että aikuinen on itse vastuussa omasta elämästään, valinnoistaan ja toiminnastaan. Potilaan itsemääräämisoikeus ja oikeus kuulluksi tulemiseen sekä omaan elämäntapaansa tulee ottaa huomioon. Aikuisella on vapaus valita oma ympäristönsä ja yhteiskunnan tarjoaman avun muodot. (Laine ym. 2012, 17, 99-101.)

Nykyisin iäkkääksi voidaan määritellä yli 75-vuotiaat. Ihminen muuttuu ja kehittyy läpi koko elämänsä, mutta iäkkäämmälle ihmiselle on usein jo ehtinyt kehittyä terve itsetunto ja positiivinen käsitys itsestään. Ikäkauteen kuuluvat olennaisena osana myös keholliset

muutokset ja rappeutuminen, joihin sopeutuminen voi olla vaikeaa. (Laine ym. 2012, 101-102.) Ikääntyneen ohjaamisessa saattaa olla mukana omat haasteensa, liittyen esimerkiksi heikentyneeseen näkökykyyn, fyysisiin rajoitteisiin tai muistihäiriöihin. Ikääntyneen potilaan kohdalla saattaa toimia paremmin ydinasioihin painottuva, lyhytkestoinen ja usein toistuva ohjaus. Myös omaisten osallistumista ohjaukseen on harkittava aina tilanteen mukaan. (Kyngäs ym. 2007, 29-30.)

3.2 Erilaiset ohjausmenetelmät

Ohjauksen päämäärä ja tapa, jolla potilas oppii asioita, vaikuttavat ohjausmenetelmän valintaan. Terveystieteiden ammattihenkilö ohjaa potilasta tunnistamaan, miten juuri hänen on helpoin omaksua uusia asioita. Ohjauksessa läpikäydyistä asioista potilas muistaa todennäköisimmin ensimmäisen sekä viimeisen asian. Arvioiden mukaan potilas muistaa 75 % näkemästään, mutta vain 10 % kuulemastaan. Parhaiten potilas muistaa, jos asiat käydään läpi käyttämällä sekä kuulo- että näköaistia. Tällöin potilas muistaa jopa 90 % läpikäydyistä asioista. Tästä syystä onkin tärkeää panostaa siihen, että potilasohjauksessa käytetään useita ohjausmenetelmiä. Potilas vastaanottaa ja oppii vain tietyn määrän uutta asiaa kerrallaan, joten loppuyhteenvetona kannattaa vielä kerrata keskeisimmät ohjeet. Myös kirjallinen materiaali ohjauksessa läpikäydyistä asioista tukee oppimista. (Kyngäs 2003, 746, Kyngäs ym. 2007, 73.)

Viestinnällisiin ohjausmenetelmiin kuuluvat kysymysten esittäminen, tiedon jakaminen sekä kuunteleminen. Palautteen ja neuvojen antaminen sekä havainnointi ovat osa tiedon jakamista. (Kyngäs 2007, 73, Kasila ym. 2009, 37.) Toiset potilaat oppivat parhaiten näkemällä, joten kuvamateriaalia on hyvä olla esillä ohjauksen tukena (Kyngäs ym. 2007, 73). Jaettu tieto on oltava perusteltavissa, ja sen tulee vastata potilaan tarpeita. Kysymysten esittäminen, tiedon jakaminen sekä kuunteleminen eivät ole toisistaan erillään olevia ohjausmenetelmiä, vaan niitä hyödynnetään yhdessä tai erilaisina muunnoksina. (Kasila ym. 2009, 38.)

Kysymysten esittäminen on tärkeä osa potilaan ja hoitohenkilön välistä vuorovaikutussuhdetta – niiden avulla avataan keskusteluja, hankitaan tietoa sekä arvioidaan potilaan ymmärrystä ja tietotasoa. Kysymyksiä voidaan käyttää apuna myös potilaan asenteiden ja tunnetilojen selvittämisessä. (Berry 2006, 114.) Kysymysten sanavalintoihin, selkeyteen ja muotoiluun on kiinnitettävä huomiota (Kasila ym. 2009, 37-38). Lääketieteellistä terminologiaan on syytä välttää, sillä potilaan tulee ymmärtää, mitä hoitohenkilö sanoo

(Kyngäs 2003, 746). Kysymyksiä esitettäessä on kiinnitettävä huomiota äänensävyyn. Äänensävyyn tulee olla neutraali, muttei monotoninen. (Kasila ym. 2009, 37-38, Mahmud 2011, 44.)

Suljettujen kysymysten avulla saadaan yksiselitteisiä, ”kyllä” tai ”ei”, vastauksia. Avoimiin kysymyksiin saadaan monipuolisempia vastauksia. (Berry 2006, 114, Niemi ym. 2006, 297.) Suljetut kysymykset ovat hyviä tilanteissa, joissa halutaan saada yksiselitteinen vastaus lyhyessä ajassa. Potilaat voivat kuitenkin kokea suljetut kysymykset turhauttaviksi, sillä he eivät saa tilaisuutta kertoa omin sanoin tuntemuksistaan. Avoimilla kysymyksillä saadaan enemmän tietoa, mutta hoitoaikaa kuluu enemmän, eikä saatu tieto ole aina tarpeellista. Paras vaihtoehto onkin hyödyntää sekä avoimia että suljettuja kysymyksiä. (Berry 2006, 114.)

Kuunteleminen on vuorovaikutussuhteen kulmakivi. Se vaatii aktiivisuutta, keskittymistä, ammatillista herkkyyttä, potilaan kunnioittamista sekä ajan ja tilan antamista. (Berry 2006, 116, Niemi ym. 2006, 294-295, Roivas & Karjalainen 2013, 105). Kuuntelemiseen liittyy myös ymmärtäminen - hoitohenkilön on varmistettava, että hän on tulkinut potilaan viestin oikein (Kasila ym. 2009, 38).

3.2.1 Audiovisuaaliset ja kirjalliset ohjausmenetelmät

Tietoa, tukea ja ohjausta voidaan antaa potilaille myös erilaisten teknisten laitteiden, esimerkiksi tietokoneohjelmien, puhelimen ja videoiden välityksellä. Potilasohjauksessa videoilla voidaan esittää esimerkiksi kokemuksia, paikkoja, ohjeita ja tilanteita. Videoiden avulla voidaan ohjata potilasta yleisten ongelmien käsittelyssä ja perusasioissa. Videomateriaalista voi olla hyötyä erityisesti sellaisille potilaille, joilla on hankaluuksia lukea kirjallista materiaalia. Käytettäessä tietokoneohjelmia apuna ohjauksessa, on huomioitava potilaan elämäntilanne, tarpeet, tiedot ja taidot. Erityisesti nuorille ja nuorille aikuisille tietokoneavusteinen ohjaus saattaa olla hyödyllistä. (Kyngäs ym. 2007, 116-117.) Audiovisuaalisten ohjausmenetelmien ajatellaan olevan vähemmän vaikuttavia kuin muiden menetelmien. Potilaat ja omaiset ovat kuitenkin toivoneet tällaisten menetelmien käyttöä suullisen ohjauksen lisänä. (Kyngäs ym. 2007, 117.)

Kirjallinen ohjausmateriaali tarkoittaa ohjeita ja oppaita, joita voidaan antaa potilaalle mukaan ohjauksen tueksi (Kyngäs ym. 2007, 124). Potilas voi halutessaan palata kirjallisiin ohjeisiin kotona, jolloin ympäristö ei ole niin stressaava kuin hoitolassa (Berry 2006, 93,

Kyngäs ym. 2007, 124.) Kirjallinen ohjausmateriaali on erityisen tärkeää silloin, kun aikaa suulliseen ohjaukseen on rajoitetusti. Potilaalle mukaan annettavan kirjallisen materiaalin laajuus riippuu käsiteltävästä aiheesta. Sen avulla voidaan myös informoida potilasta tulevasta hoidosta ja esimerkiksi hoidon onnistumiseen vaikuttavista asioista. (Kyngäs ym. 2007, 124.) Kirjalliset ohjeet saattavat myös helpottaa potilasta hoitoon liittyvien pelkojensa tai harhaluulojensa selättämisessä. Aiheesta on kuitenkin olemassa myös ristiriitaisia tutkimustuloksia. (Berry 2006, 94.)

3.2.2 Demonstraatio

Demonstroinnilla tarkoitetaan näyttämällä opettamista, havainnollistamista ja asian konkretisoimista. Asioita havainnollistamalla käytetään apuna eri aistien oppimiskanavia. Demonstraatio on paras ohjausmenetelmä, kun halutaan opettaa motorisia taitoja ja käytänteitä. Demonstrointi voidaan jakaa opetettavan asian havainnolliseen esittämiseen ja sen jälkeen oppijan omaan harjoitteluun. Havainnollisen esittämisen avulla potilas saa selkeän kuvan siitä, miten jokin asia tehdään. Harjoittelu kehittää potilaan omia motorisia taitoja, ja sen avulla potilas saa omakohtaista kokemusta asian tekemisestä ja oppimisesta. Harjoittelun lomassa ohjaajan tehtävänä on arvioida potilaan suoritusta, ettei hänelle pääse syntymään vääriä tapoja. (Kyngäs ym. 2007, 128-130.)

Toimiva demonstraatiotilanne on huolellisesti suunniteltu ja valmisteltu sekä sisällöltään että menetelmiltään. On tärkeää, että potilas saadaan aidosti kiinnostumaan opeteltavasta asiasta, sekä uskomaan asetettujen tavoitteiden ja haluttujen tulosten saavuttamiseen. Demonstraatiotilanteessa on tärkeää ylläpitää positiivista ilmapiiriä, kannustaa ja rohkaista potilasta kokeilemaan uuden asian tekemistä. Potilaalle kannattaa kertoa, ettei heti ensimmäisellä harjoittelukerralla tarvitse onnistua täydellisesti. Opeteltavaa asiaa saa ja täytyykin harjoitella rauhassa. Uuden asian oppiminen ei tapahdu hetkessä vaan vaatii useampia harjoittelukertoja, joten demonstraatiolle on varattava aikaa. (Kyngäs ym. 2007, 130-131.)

3.2.3 Yksilö- ja ryhmäohjaus

Yksilöohjaus tapahtuu yleensä potilaan ja terveydenhuollon ammattihenkilön suullisena vuorovaikutuksena. Potilaat toivovat erityisesti saavansa suullista yksilöohjausta, sillä he

kokevat hyötyvänsä siitä eniten. Yksilöllinen vuorovaikutus toteutuu parhaiten yksilöohjauksessa, sillä silloin voidaan vastata potilaan yksilöllisiin ohjaustarpeisiin. (Kyngäs & Hentinen 2009, 110-111.) Yksilöohjaus mahdollistaa potilaan tukemisen ohjauksessa, aktiivisessa osallistumisessa ja motivoinnissa. Yksilöohjaus vaatii aikaa, mutta on oppimisen kannalta tehokkain ja potilaiden arvostama ohjausmenetelmä. (Kyngäs ym. 2007, 74.)

Yksilöohjauksen lisäksi eniten käytettäviin ohjausmenetelmiin kuuluu ryhmäohjaus. Siinä ohjausta annetaan ryhmälle, jolloin potilaan tarpeita ei välttämättä huomioida niin yksilöllisesti. Myös asetetut tavoitteet jäävät helposti yleisiksi, jolloin yksittäisen potilaan hoidon tarve ei selvine riittävän hyvin. Tämä vaikeuttaa hoitoon sitoutumisen tukemista, sillä se vaatii yksilölliset ja konkreettiset tavoitteet. (Kyngäs ym. 2007, 104-105.)

Ryhmäohjauksen etuja ovat vertaistuen mahdollisuus sekä taloudellisuus, sillä siinä terveyteen tai sairauteen liittyviä yleisiä asioita jaetaan suuremmalle ryhmälle samalla kertaa. Toisinaan ryhmäohjauksella saavutetaan parempiakin tuloksia kuin yksilöohjauksella. Ryhmäohjaus vaatii asiantuntevan ohjaajan, jolla on ryhmäohjaustaitoja. Ohjaajan on tunnistettava ryhmän tarpeet ja kehitysvaiheet. Lisäksi ohjaaja huolehtii siitä, että ryhmätyöskentely on turvallista ja toimivaa. Palautteen anto, tiedon välittäminen, vuorovaikutuksesta huolehtiminen, työnjaon organisointi ja resursseista huolehtiminen ovat ohjaajan vastuulla. (Kyngäs ym. 2007, 104-108, Kyngäs & Hentinen 2009, 111-112.)

4 SUUHYGIENISTI POTILASOHJAUKSEN TOTEUTTAJANA

4.1 Suuhygienistin asiantuntijuus

Asiantuntijuudella tarkoitetaan ammattikohtaisia tietoja ja taitoja, kykyä soveltaa näitä erilaisissa ympäristöissä sekä kykyä ylläpitää ja kehittää omaa ammatillista osaamistaan. Lisäksi aito kiinnostus, sitoutuminen työhön ja potilaiden motivointi ovat asiantuntijuuden kehittymisen kannalta tärkeitä. Laaja kokemus, aiheen ymmärtäminen, toimintatutit sekä toiminnan arviointi ja kontrolloiminen ovat erityistaitoja, jotka kehittyvät kärsivällisen opettelemisen ja jatkuvan toiston seurauksena. Tärkeää on tehtävän osaamisen lisäksi ymmärtää miksi juuri näin toimitaan ja mihin se vaikuttaa. Itsenäinen ammatinharjoittaminen vaatii tietoja, taitoja ja näiden yhdistämistä, jotta toiminta on ammatillista. Asiantuntemus, itsenäisyys, työhön sitoutuminen ja eettisten periaatteiden noudattaminen ovat tärkeitä ammatillisuutta kuvaavia ominaisuuksia. Päätöksentekokyky on olennainen osa ammatillisuutta. (Lauri 2006, 87-93.)

Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä määrittää Suomessa suuhygienistin oikeuden harjoittaa ammattiaan. Henkilö, joka on suorittanut suuhygienistin ammattiin johtavan koulutuksen, voi hakea oikeutta harjoittaa suuhygienistin ammattia laillistettuna ammattihenkilönä sosiaali- ja terveysalan lupa- ja valvontavirasto Valviralta. (Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä 28.6.1994/559.) Ammattikorkeakoulu todentaa valmistuvan terveydenhuollon ammattihenkilön ammattitaitovaatimusten edellyttämän osaamisen. Suuhygienisti voi toimia myös itsenäisenä ammatinharjoittajana tai yrittäjänä. Suuhygienistin työtä ohjaavat terveydenhuollon arvot ja hän noudattaa terveydenhuollon eettisiä ohjeita ja lainsäädännön normeja työssään. Hän tuntee lähiammattien toiminta-alueen ja hänellä on joustavaan moniammatilliseen yhteistyöhön tarvittavat viestintä- ja vuorovaikutustaidot. (Opetusministeriö 2006, 93-97.)

Suuhygienistin koulutus Suomessa kestää 3,5 vuotta ja on laajuudeltaan 210 opintopistettä. Koulutus koostuu perus- ja ammattiopinnoista, käytännön harjoittelusta, opinnäytetyöstä ja kypsyysnäytteestä sekä vapaasti valittavista opinnoista. Osaamiskuvauksen mukaan suuhygienistien ammatillinen osaaminen voidaan jakaa suun terveydenhoitotyön ja terveyden edistämisen osaamiseen, vastaanoton toimintavalmiuteen liittyvään osaamiseen ja kehittämis- ja johtamisosaamiseen. Keskeisin sija opetuksessa on suun

terveydenhoitotyöllä. Sillä tarkoitetaan tarvelähtöistä suun terveyden edistämistä, sisältäen iensairauksien sekä hampaiden kovakudossairauksien ehkäisyä, varhaishoitoa sekä kuntouttavaa toimintaa. Koulutuksessa saadaan teoreettista tietopohjaa myös suusairauksista, purennan poikkeavuuksista sekä erityisryhmien suun hoidosta. Haasteellinen työ edellyttää hammaslääketieteen, terveystieteen ja muiden tieteenalojen laaja-alaista osaamista. (Niiranen & Widström 2005, 1184-1190, Opetusministeriö 2006, 93-97, Suomen suuhygienistiliitto 2016.)

Suuhygienistin työ perustuu tutkittuun tietoon. Suuhygienisti työskentelee eri-ikäisten ja erilaisissa elämäntilanteissa olevien yksilöiden ja perheiden kanssa ja pyrkii edistämään heidän itsehoitovalmiuksiaan. Ensisijaisesti suuhygienistit nähdäänkin moniammatillisissa työryhmissä ennaltaehkäisevän hammashoidon asiantuntijoina ja ammattilaisina. (Niiranen & Widström 2005, 1184-1190, Suomen suuhygienistiliitto 2016.) Suuhygienistin tärkein tehtävä on terveyden edistäminen ohjaamalla hyvään suuhygieniaan, terveellisiin ruokailutottumuksiin, tupakoinnin lopettamiseen ja muihin terveyden kannalta hyviin elämäntapoihin. Lisäksi on tärkeää luoda luottamuksellinen suhde potilaaseen, jotta potilas saadaan sitoutumaan hoitoonsa. (Öhrn ym. 2008, 212.)

4.2 Omahoidon neuvonta suuhygienistin työssä

Suun terveyttä voidaan edistää esimerkiksi suuhygienistin toteuttamalla suun omahoidon neuvonnalla. Omahoidon ohjaus ja terveysneuvonta ovat suuhygienistin ydinosaa. Omahoidolla onkin merkittävä osa suun terveyden edistämisessä, sillä suun sairaudet ovat pääasiassa ehkäistävissä omilla toimilla. Suun omahoidossa keskeistä on säännöllinen, huolellinen hampaiden ja hammasvälien puhdistus oikeilla välineillä, fluorin ja ksylitolin käyttö sekä suun terveyttä tukeva ruokavalio. (Keskinen 2015, Suomen suuhygienistiliitto 2016, Murtomaa 2017.)

Potilaslähtöiseen toimintaan sisältyy omahoidon tukeminen, jossa korostetaan hyviä elämäntapoja, sairauden hoitoa ja ongelmanratkaisutaitoja. Lisäksi siinä korostuu ammattihenkilön ja potilaan tasavertaisuus, potilaan ohjaus sekä autonomian, motivaation ja pystyvyyden tunteen tukeminen ja voimaantuminen (Dowell ym. 2007, Routasalo ym. 2009). Tärkeää on myös ongelmanratkaisutaitojen lisääminen, sillä se vähentää sairaskuluja ja todennäköisesti parantaa hoitotuloksia. Näin ollen se on tehokas tapa kliinisten tulosten saavuttamisessa. (Routasalo ym. 2009.)

Omahoitoa korostavassa potilaslähtöisessä toiminnassa potilas ja suuhygienisti yhdessä suunnittelevat potilaalle hänelle sopivan, yksilöllisen hoidon, jonka toteutus on pääasiassa asiakkaan vastuulla. Potilaslähtöisessä ohjauksessa selvitetään ensin potilaan aikaisemmat tiedot ja taidot, jonka jälkeen uusi tieto mukautetaan aiempaan osaamiseen ja motivoidaan potilasta toteuttamaan omahoitoa. Tämän jälkeen tavoitteena on löytää potilaan hyväksymä hoito, joka tuntuu omalta ja jota hän pystyy noudattamaan. (Routasalo ym. 2009.)

Tukiessaan potilaan omahoitoa suuhygienistin tulee edistää potilaan aktiivisuutta, päätöksentekoa ja motivoida kantamaan vastuuta omasta hoidostaan. Pitkäaikaissairauden tehokas hoito, riskitekijöiden vähentäminen ja terveydenhuollon vähäisten voimavarojen tehokas käyttö ovat omahoidon tukemisen tärkeimpiä tavoitteita. (Kääriäinen 2008, 12, Routasalo ym. 2009.) Hoidossa on tärkeää huomioida, että antaa uutta tietoa ja välineistöä vähitellen, eikä kaada potilaalle liian suurta tietomäärää kerralla (Stenman ym. 2010, 215-216). Laadukkaan potilasohjauksen turvaamiseksi suuhygienistillä on velvollisuus ylläpitää ja päivittää omia tietojaan ja taitojaan. Potilaalla on oikeus saada asianmukaista, pätevää ja hänen tilanteeseensa sopivaa tarpeellista tietoa ja ohjausta. (Kääriäinen 2008, 12, Routasalo ym. 2009.)

5 POTILAAN OHJAUSTILA SUUN TERVEYDENHUOLLOSSA

5.1 Ohjaustilan määritelmä

Potilasohjauksen fyysinen ympäristö voi vaihdella suuresti tilanteesta ja potilaasta riippuen. Ohjausta voidaan toteuttaa esimerkiksi potilashuoneessa, potilaan kotona tai erillisessä ohjaustilassa. (Kyngäs ym. 2007, 37.) Ohjaustilanteen ympäristöön on tärkeää kiinnittää huomiota. Ohjauksessa käytettävät tilat ovat usein puutteellisia ja tarvittavia välineitä ei ole saatavilla riittävästi. Tilan on turvattava potilaan yksityisyys, ja siellä on pystyttävä häiriöttömästi keskittymään käsiteltävään asiaan. On epäasiallista, että ohjauspaikka sijaitsee verhon tai sermin takana, jonka toisella puolen potilastoveri kuulee ohjattavan sairauteen ja hoitoon liittyvät arkaluontoisetkin asiat. (Torkkola ym. 2002, 30-31, Kääriäinen & Kyngäs 2006, 8, Sirviö & Vilmi 2014, 29.)

Lipposen, Kynkään ja Kääriäisen (2006, 26) mukaan vuorovaikutukseen ohjaustilanteessa vaikuttaa merkittävästi fyysinen ympäristö. Heidän mukaansa ympäristön tulisi olla huone, jossa potilas ja terveydenhuollon ammattihenkilö voivat keskustella kahden kesken, toisin sanoen joko yksityinen hoituhuone tai erillinen ohjaukseen tarkoitettu huone. Myös Anttila ym. (1999) korostavat ohjauksen onnistumisen toteutumiseksi rauhallista ja äänieristettyä ympäristöä sekä kiireetöntä ohjausta. Lisäksi Hiidenhovi (2001) on tutkinut ympäristön merkitystä ja todennut, että se vaikuttaa herkästi potilaiden kokemaan palvelun laatuun. (Kääriäinen ym. 2006, 26.)

5.2 Näyttöön perustuvan ohjaustilan suunnittelu

The Center for Health Designin (CHD) mukaan näyttöön perustuvalla suunnittelulla (evidence-based design) tarkoitetaan prosessia, jossa rakentamiseen liittyvät päätökset tehdään luotettavaan tutkimukselliseen näyttöön perustuen. Näin voidaan saavuttaa paras mahdollinen lopputulos. Erityisesti terveydenhuollon ympäristöissä näyttöön perustuvalla suunnittelulla voidaan saavuttaa hyviä tuloksia. (Rashid 2013, 102, 122.)

Hoitoympäristön suunnitteluun on viime vuosina kiinnitetty entistä enemmän huomiota. Potilaille on haluttu tarjota hoitoympäristö, jossa he tuntevat olonsa rentoutuneeksi esimerkiksi avoimien tilojen, arkkitehtuurin ja sisustusratkaisujen kautta. Kuitenkin huomio on kiinnittynyt enemmän yleisiin tiloihin kuin itse potilashuoneiden päivittämiseen. Esimerkiksi Norjassa rakennusbudjetista on käytettävä 10% kulttuuristen ja taiteellisten virkistuselementtien rahoittamiseen. Prosenttiosuuden on koettu tarjoavan hyvän perustan esteettisen hoitoympäristön luomiselle. Rakennusprojekteissa käytetään paljon arkkitehtejä ja suunnittelijoita, mutta myös potilaiden mielipiteet tulisi huomioida. (Caspari ym. 2010, 134-142.) Näyttöön perustuvassa suunnittelussa suositaan yksityisiä huoneita, isoja ikkunoita, helposti katsottavissa olevaa televisiota sekä riittävää säilytystilaa hoitovälineille ja potilaan tavaroille. Menetelmä on kustannustehokasta - sen on todettu maksavan itsensä lyhyessä ajassa takaisin. (Trochelman ym. 2012, e1-e11.)

5.3 Toimiva potilaan ohjaustila

Ohjauksen toteuttaminen ja onnistuminen vaativat selkeitä resursseja, joita ovat esimerkiksi henkilökunnan riittävä mitoitus, henkilökunnan ohjausvalmiudet sekä ohjaukselle sopivat tilat. Ohjaustiloihin panostaminen edistää potilasohjauksen vaikuttavuutta. (Kääriäinen ym. 2006, 10-11.) Hoitoyksikön ilmapiiristä, siisteydestä, viihtyvyydestä ja myönteisyydestä syntyvät ensivaikutelmat merkitsevät potilaille paljon ja luovat pohjaa odotuksille (Kyngäs ym. 2007, 36).

Ympäristön tekijät voivat joko tukea tai heikentää vuorovaikutussuhdetta ja ohjaustilannetta. Kuten aiemmin määriteltiin, ohjaustilan tulee olla sellainen, jossa potilaalla on mahdollisuus keskustella kahdenkeskeisesti ja luottamuksellisesti ohjaajansa kanssa. Ohjaustilanteen tulee olla rauhallinen, häiriötön ja kiireetön. Huoneen toimiva äänieristys turvaa potilaan yksityisyyden, niin etteivät ulkopuoliset kuule ohjaustilanteessa käsiteltäviä yksityisiä asioita. (Torkkola ym. 2002, 30-31, Hankonen ym. 2006, 26, Mahmud 2011, 45.) Potilaan yksityisyyttä suojaava ohjaustila edistää myös potilaan omaa osallistumista ohjaukseen (Sirviö & Vilmi 2014, 29). Rauhattomassa ympäristössä annettu ohjaus taas voi helposti epäonnistua. (Torkkola ym. 2002, 30-31, Kääriäinen & Kyngäs 2006, 8, Sirviö & Vilmi 2014, 29.) Jo se, että hoituhuoneen ovi on raollaan, saattaa heikentää potilaan halukkuutta jakaa henkilökohtaisia asioitaan hoitohenkilön kanssa (Mahmud 2011, 45).

Ympäristön tulee myös olla sellainen, ettei se herätä potilaassa pelkoja tai negatiivisia tunteita esimerkiksi toimenpidevälineiden kautta. Tilan tulee olla riittävän valoisa, mutta esimerkiksi auringon häikäisy tai huoneen matala tai korkea lämpötila voivat rasittaa potilasta ja viedä huomion varsinaiselta ohjaustilanteelta. Myös huonekalujen sijoittamisella on vaikutusta myönteisen ilmapiirin syntymiseen. Se, millainen on sopiva keskusteluvälimatka, riippuu pitkälti keskustelijoista. Tavallisesti noin puolen metrin välimatka on sopiva. Ohjaajan tulee istua samalla tasolla kuin ohjattava. (Hankonen ym. 2006, 26, Kynäs ym. 2007, 37, Mahmud 2011, 45.)

Laitteista aiheutuva valkoinen kohina tai odotushuoneesta kantautuvat äänet saattavat häiritä hoitohenkilön ja potilaan välistä kommunikointia, erityisesti huonokuuloisten potilaiden kohdalla. On myös erittäin tärkeää, että huone on puhdas. Edellisen potilaan hoidossa käytetyt materiaalit sekä muut jätteet tulee olla siivottuina. Tilan hajujen tulee olla neutraaleja. Hoitohenkilön on syytä välttää hajuvesien, hajustettujen vartalovoiteiden sekä partavesien käyttöä potilastyön aikana, sillä potilaat voivat olla allergisia tai herkistyneitä hajusteille. Myös huoneen siivoamiseen käytettävissä puhdistusaineissa tulee olla neutraali tuoksu. (Mahmud 2011, 45.)

6 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää tutkitun tiedon avulla, millaista on suuhygienistin toteuttama potilasohjaus ja millainen on hyvä potilaan ohjaustila. Tavoitteena on kehittää potilasohjausta ohjaustilaa hyödyntäen ja korostaen omahoidon ohjauksen tärkeyttä sekä yksilö- että väestötasolla.

Tutkimusongelmat:

1. Millaista on potilasohjaus suuhygienistin toteuttamana?
2. Millaista on potilasohjaus asiakkaan arvioimana?
3. Millainen on hyvä potilaan ohjaustila?

Tutkimusongelmiin vastattiin kirjallisuuskatsauksen avulla. Kirjallisuuskatsauksen aiheisto analysoitiin induktiivisen sisällönanalyysin avulla.

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

7.1 Kirjallisuuskatsaus tiedonhakumenetelmänä

Opinnäytetyö toteutettiin kirjallisuuskatsauksena, joka suoritettiin systemaattisen tiedonhaun avulla. Systemaattinen tiedonhaku tarkoittaa sitä, että tietoa haetaan ennalta sovitun suunnitelman tai metodin mukaisesti (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 39). Laadullisen tutkimuksen päämääränä on uuden tiedon tuottaminen, joten menetelmän hyödyntäminen on perusteltua varsinkin silloin, kun aihetta ei ole aiemmin tutkittu tai kun siitä on vain vähän tutkimustietoa. (Kylmä & Juvakka 2007, 30, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 135.)

Kirjallisuuskatsauksen toteuttamisen kulmakivi on luotettavuus, joten tiedonhaku pyritään toteuttamaan niin, että haut ovat toistettavissa lukijan toimesta (Stolt ym. 2015, 7, 32). Tätä varten tiedonhaussa käytetyt hakusanat ja tietokannat on kerätty tiedonhaku- taulukkoon (liite 1 ja 2). Kirjallisuuskatsauksessa tehdään tutkimussuunnitelma, muotoillaan tutkimusongelmat, valitaan tutkimusmenetelmät ja kartoitetaan aikaisemmat tutkimukset aiheesta (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 39-40, Stolt ym. 2015, 14). Määritetyt tutkimusongelmat ohjaavat tiedonhakua. Niiden tarkka muotoilu lisää luotettavuutta, kuin myös se, että tutkimusta toteuttaa useampi kuin yksi tutkija (Stolt ym. 2015, 28). Kirjallisuuskatsauksessa pyritään etsimään vastaus tutkimusongelmiin kartoittamalla systemaattisesti eri tutkimusaineistoja (Stolt ym. 2015, 14).

Kirjallisuuskatsaukseen valikoitaville tutkimuksille määritellään suunnitteluvaiheessa sisäänottokriteerit, jotka ovat rajoituksia tai edellytyksiä tutkimuksille, jotka otetaan kirjallisuuskatsaukseen mukaan. Tutkimusongelmat ohjaavat sisäänottokriteereitä, sillä valittujen tutkimusten pitää vastata tutkimusongelmaan mahdollisimman kattavasti. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 43.) Ensimmäinen karsinta tapahtuu alkuperäistutkimuksen otsikon perusteella. Jos tutkimuksen otsikosta ei selviä vastaako se tutkimusongelmiin, valinta tehdään tiivistelmän ja viimeiseksi koko tutkimuksen perusteella. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 41.) Mukaan valittujen tutkimusten aineisto analysoidaan ja analysoinnin perusteella kuvataan tutkimuksen kohteena oleva ongelma (Kylmä & Juvakka 2007, 112-113, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 135).

7.2 Tutkimusongelmien muotoilu

Tiedonintressi ohjaa opinnäytetyön tutkimusongelmien muodostamista. Tutkimusongelmien tulee perustua kirjallisuuskatsauksen tavoitteisiin ja tarkoituksiin. Selkeästi muotoiltu ongelma helpottaa järjestelmällistä työtä sekä ohjaa tiedonhakua ja aineiston analysointia. (Stolt ym. 2015, 24-25.) Tutkimusongelmat tulee muotoilla aihetta rajaten siten, että huomioidaan aiheesta olemassa oleva kirjallisuus kattavasti ja säilytetään tutkimuksen luotettavuus ja laatu (Johansson ym. 2007, 47, 88).

Tutkimusongelmat määrittelevät ja rajaavat sen, mihin kysymyksiin katsauksella vastataan (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 39). Tutkimusongelmia voi olla yksi tai useampi ja ne saattavat tarkentua tutkimuksen edetessä ja joskus jopa uusia ongelmia syntyy opinnäytetyöprosessin aikana (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 39-40, Kylmä & Juvakka 2007, 53).

Alkuperäistutkimuksia etsitään niistä tietolähteistä, joista odotetaan oleellisia vastauksia tutkimusongelmien selvittämiseksi. Jos olemassa olevat alkuperäistutkimukset eivät vastaa tutkimusongelmiin, voidaan sillä perusteella osoittaa puute tutkimustiedossa ja määrittää alkuperäistutkimuksen tarve. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 40.)

7.3 Tiedonhakuprosessi, lähdeaineiston valinta ja aikataulusuunnitelma

Opinnäytetyön suunnitelman työstäminen aloitettiin syksyllä 2016. Suunnitelma valmistui 4.12.2016. Opinnäytetyön ohjaaja hyväksyi suunnitelman, tutkimusongelmat ja tutkimuksen toteutustavan, jonka jälkeen keskityttiin tiedonhakuun.

Kirjallisuuskatsaus eteni sille ominaisen kaavan perusteella. Ensin määritettiin tutkimusongelmat, joita työhön valikoitui kolme kappaletta. Sen jälkeen päätettiin tietokannat ja hakusanat, joita käytettiin tiedonhaussa. Tietokannoiksi valikoitui Pubmed, Elsevier, Ebscohost ja Medic. Tietokantahakujen tueksi aineistoa etsittiin myös manuaalisesti painetuista teoksista, artikkeleista ja tekijän nimen perusteella. Manuaalisessa tiedonhaussa huomioitiin myös ammatilliset julkaisut ja alan muu kirjallisuus.

Lisäksi päätettiin hakusanat, joiksi 1. ja 2. ongelmiin valikoitui Maria Kääriäinen, potilasohjaus, patient satisfaction, dental hygienist ja patient education. 3. ongelman hakusanat olivat quality of health care, aesthetic environment, physical environment, evidence

based design, privacy, health care, health care design, patient centered care, consultation room, patient education, healthcare facilities, patient satisfaction, health facility environment. Sähköisessä tiedonhaussa käytetyt tietokannat ja hakusanat ovat nähtävillä taulukon muodossa työn liitteissä (Liitteet 1 ja 2).

Sisäänottokriteereiksi valittiin enintään 15 vuotta vanhat tutkimukset siitä syystä, että potilasohjauksesta on tehty runsaasti kattavia ja laadukkaita tutkimuksia 2000-luvun alussa, joita haluttiin hyödyntää opinnäytetyössä. Vanhemmat tutkimukset jätettiin ulkopuolelle, jotta tutkimuksista saatava tieto ei kuitenkaan olisi liian vanhaa. Lisäksi valittiin kokoteksteinä saatavilla olevat tutkimukset, sekä tutkimukset suomeksi ja englanniksi. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit löytyvät taulukosta työn liitteistä (Liite 3). Tiedonhaku toteutettiin keväällä 2017, jonka jälkeen valitut tutkimukset seulottiin suunnitelman mukaisesti. Tiedonhakuprosessin eteneminen on vielä esitetty selkeyttävänä kaaviona työn liitteissä (Liite 4). Tämän jälkeen alettiin tehdä synteisiä valituista tutkimuksista, joiden pohjalta kirjoitettiin tulokset ja tulosten tarkastelu.

Tiedonhaun aikana otettiin yhteyttä Turun ammattikorkeakoulun informaattikkoon, sillä todettiin, että kolmanteen tutkimusongelmaan oli vaikea löytää tutkimuksia tietokannoista. Informaatikon kanssa tehtiin testihakuja mm. Medic-, Esbcohost Cinahl- ja PubMed -tietokannoissa. Testihakujen tekoa jatkettiin itsenäisesti useilla hakusanoilla ja yhdistelmillä, jotta löydettiin sopivat ja eniten tuloksia tuottavat hakusanat virallisia hakuja varten.

Viralliset haut tehtiin valittuihin tietokantoihin yhteneväisillä hakusanoilla. Ensimmäiseksi hakutuloksista valittiin otsikon perusteella sopivat artikkelit (65 kpl) tarkasteltavaksi. Seuraava valinta tehtiin abstraktin perusteella, jonka jälkeen jatkotarkasteluun pääsi yhteensä 28 artikkelia. 37 artikkelia hylättiin, koska ne eivät vastanneet tutkimusongelmiin. Yksi artikkeli hylättiin, koska tietokantahaut tuottivat osittain päällekkäisiä tuloksia. Jäljelle jääneet artikkelit luettiin kokonaisuudessaan ja sisällön perusteella artikkeli joko hylättiin tai valittiin analysoitavaksi. Lopulliseen analyysiin tällöin päätyi kaikkien tietokantojen tuloksista yhteensä 13 artikkelia. Lisäksi lopulliseen analyysiin valittiin neljä manuaalisella haulla löydettyä artikkelia. Valitut tutkimukset löytyvät liitteistä (Liitteet 6 ja 7).

Taulukko 1. Aikataulusuunnitelma. Mukailtu Kylmän ja Juvakan teoksesta Laadullinen terveystutkimus (2007, 68).

Tutkimuksen vaihe	Ajankohta
Tutkimuksen ideointi- ja suunnitteluvaihe	Kesä-elokuu 2016
Tutkimussuunnitelman teko	Syys-joulukuu 2016
Tutkimusaineiston keruu ja opinnäytetyön kirjoittamisprosessi	Loka-helmikuu 2016-2017
Tutkimusaineiston analysointi	Helmi-huhtikuu 2017
Tutkimuksen julkistaminen	Toukokuu 2017

7.4 Aineiston analysointi

Aineisto analysoitiin induktiivisesti eli aineistolähtöisesti. Kyseisessä analysointitavassa tutkimuksen kohteena oleva ilmiö kuvataan aineiston pohjalta. (Kylmä & Juvakka 2007, 112-113, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 135). Kvalitatiivisessa eli laadullisessa tutkimusprosessissa aineiston analysointi on haasteellinen ja aikaa vievä prosessi. Aineistoa analysoidaan sitä kerättyä ja analyysillä on kyettävä esittämään tutkittavat asiat ja niiden suhteet. Sisältöä analysoidaan tiivistämällä aineistoa ja kuvaamalla tutkittava ilmiö yleistävästi. Sisällön analyysin vaiheita ovat analyysiyksikön valinta, tutustuminen aineistoon, aineiston pelkistäminen, aineiston luokittelu ja tulkinta sekä luotettavuuden arviointi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 131-132, 134.)

Yhteenveto valittujen tutkimusten tuloksista toteutettiin suorittamalla aineiston analyysiä ja synteesiä (Stolt ym. 2015, 30). Analyysia ohjaavat tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelmat (Kylmä & Juvakka 2007, 66, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 135). Analyysin tulee vastata tutkimusongelmiin selkeästi, kattavasti ja ymmärrettävästi (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 43).

8 TULOKSET

8.1 Potilasohjaus

Suuhygienistillä on merkittävä rooli hammassairauksien varhaisdiagnostiikassa ja ehkäisyssä. Suuhygienistin tulee tarjota potilasohjausta, joka kannustaa potilaita ottamaan aktiivisen roolin sairauksien ehkäisyssä ja oman suuhygienian ylläpidossa. (Horowitz ym. 2013, 214.) Potilaiden suuhygieniatottumusten muuttuminen koostuu usean tekijän summasta, minkä takia se onkin pitkä prosessi (Stenman ym. 2010, 215-216). Honkalan ym. tutkimuksessa ilmenee, ettei Suomessa julkisessa suun terveydenhuollossa tarjota suuhygieniaa ja sen ylläpitoa koskevaa tietoutta tai ravitsemusneuvontaa läheskään jokaiselle nuorelle. Tutkimuksen mukaan hampaiden harjausopetusta sai pojista 40 % ja tytöistä 35 %. Vain viidesosa nuorista sai sokerin käyttöä koskevaa ravitsemusneuvontaa. Useimmiten neuvontaa saivat 12-16-vuotiaat, päivittäin makeisia syövät pojat. (Honkala ym. 2002, 124-132.)

Luotettava vuorovaikutussuhde on keskeinen osa potilasohjausta. Vuorovaikutussuhteen luomisessa katsekontakti, tarkkaavainen kuunteleminen, aito kiinnostus ja potilaan kunnioitus ovat avainasemassa. Lisäksi on tärkeää, että suuhygienisti rohkaisee potilaita osallistumaan omaan hoitoonsa ja siihen liittyvään päätöksentekoon. (Stenman ym. 2010, 215.) Ohjauksen kulmakivi taas on potilaslähtöisyys. Kääriäisen ym. (2005b, 10-15) tutkimuksen mukaan ohjaukseen tulee varata riittävästi aikaa, jotta mahdollistetaan eri ohjausmenetelmien monipuolinen käyttö ja huomioidaan potilaan yksilöllinen tapa oppia. Ohjauksella voidaan vaikuttaa potilaan asennoitumiseen ja hoitoon sitoutumiseen. (Kääriäinen ym. 2005b, 10-15.)

Rantasen ym. (2010, 125-126) tutkimuksen perusteella voidaan todeta, että uusia tietoteknisiä menetelmiä tulee sisällyttää enemmän potilaan ohjaukseen, koska nykypäivänä niiden käyttö on yleistä. Kääriäisen ym. (2005b, 10-15) tutkimuksen mukaan tietokoneen käyttö oli tehokas ohjausmenetelmä erityisesti nuorten kohdalla. Kyseiset menetelmät mahdollistavat sen, että potilaat voivat palata opittuihin asioihin myös hoitokäynnin jälkeen. Esimerkiksi internetin sähköinen materiaali on potilaiden käytettävissä sekä ennen hoitokäyntiä että sen jälkeen. (Rantanen ym. 2010, 125-126.)

Ammattitaidon ylläpitämiseksi lisäkoulutuksiin osallistuminen on suotavaa. Hoitohenkilöstö toivoi saavansa ohjaukseen liittyvää koulutusta. Esimerkiksi ohjauksen perusteet,

ohjaamaan oppiminen ja kansaneläkelaitoksen etuudet koettiin sellaisiksi, joista haluttiin enemmän koulutusta. Ohjausmenetelmistä audiovisuaaliseen ohjaukseen, ryhmäohjaukseen sekä potilaan kohtaamiseen ja kannustamiseen toivottiin lisäkoulutusta. Myös perehdytystä esimerkiksi uusien työntekijöiden kohdalla toivottiin enemmän. (Kääriäinen 2007, 103.) Horowitzin ym. tutkimuksen mukaan suuhygienistit, jotka olivat suorittaneet kurseja liittyen viestintään myös suuhygienistikoulun lisäksi, käyttivät useampia ohjausmenetelmiä. Näiden havaintojen perusteella on tärkeää, että koulutukseen sisältyy monipuolisia viestintäkurseja ja täydennyskoulutuksia. (Horowitz ym. 2013, 220.)

8.1.1 Potilasohjaus suuhygienistin toteuttamana

Rantasen ym. (2010, 121, 124) tutkimukseen vastanneista suuhygienisteistä lähes kaikki (93 %) antoivat kotihoidon ohjausta potilaille. Enemmistö (89 %) suuhygienisteistä piti kotihoidon ohjausta erittäin tärkeänä ja loput (11 %) kokivat sen tärkeäksi. Suuhygienistit arvioivat potilasohjaukseen liittyvien taitojensa olevan kokonaisuudessaan melko hyvät (keskiarvo 1.7 asteikolla 1 hyvä-4 huono). Myös Kääriäisen tutkimuksen mukaan suurin osa hoitohenkilöstöstä koki ohjaustaitonsa hyväksi: vastaajista 66 % piti niitä hyvinä, 31 % tyydyttävänä ja 3 % huonoina. (Kääriäinen 2007, 97.) Vastanneet kuvailivat antamansa potilasohjauksen sisältävän lähinnä käytännön suun hoitoa, esimerkiksi harjaus- ja lancausopetusta sekä kognitiivista ohjausta kuten tietoa suun sairauksista ja niiden hoidosta. (Rantanen ym. 2010, 121, 124.)

Rantasen ym. (2010, 125) tutkimuksen mukaan suun terveydenhuollossa 93 % potilasohjauksesta toteutettiin hoitokäynnin yhteydessä. Ohjaus annettiin usein hoitotoimenpiteen aikana, jolloin potilaiden oli vaikea osallistua keskusteluun tai esittää kysymyksiä. Ohjaukseen käytettiin yleensä alle puolet hoitokäynnin ajasta (82 %). Reilu puolet (58 %) vastanneista käytti omahoidon ohjaukseen enintään 5-10 minuuttia. Enemmistö (91 %) kertoi kontrolloineensa annettujen ohjeiden toteutusta seuraavilla hoitokäynneillä. Suurin osa (80 %) kontrolloi toteutusta pyytämällä potilasta näyttämään ja 67 % kertomaan, miten potilas on omaksunut kotihoidon välineiden käytön. (Rantanen ym. 2010, 125.) Horowitzin ym. tutkimuksen mukaan 22 % suuhygienisteistä pyysi potilaitaan toistamaan saamansa ohjeet ja 46 % pyysi potilaita kertomaan, miten he noudattavat saamia ohjeita kotona (Horowitz ym. 2013, 219). Myös Stenmanin ym. (2010, 215-216) tutkimuksen mukaan on tärkeää kontrolloida kotihoidon toteutumista.

Suurin osa (99 %) Rantasen ym. tutkimukseen vastanneista suuhygienisteistä koki ohjauksen vahvuuksiksi kommunikaatiotaidot ja ohjauksen sisällön hallitsemisen. Heikoimmin suuhygienistit kokivat hallitsevansa erilaisten ohjausmenetelmien käytön (12 %) ja potilaan oppimisen arvioinnin (8 %). Suuhygienistien ohjaustaidot perustuivat pääasiassa kokemukseen (98 %), itsenäiseen opiskeluun (85 %), koulutuksen aikana suoritetuihin harjoitteluihin (82 %) ja täydennyskoulutuksiin (75 %). Työkokemus (99%) ja ammattijulkaisut (93 %) koettiin edesauttavan potilasohjauksen onnistumista. Sen sijaan tietokannoista (24 %) ja kansainvälisistä tieteellisistä julkaisuista (20 %) ei koettu olevan juurikaan hyötyä. (Rantanen ym. 2010, 123-126.)

Kääriäisen (2007, 93-96) tutkimuksen mukaan enemmistö hoitohenkilöstöstä hallitsi potilaan hoitoon liittyvät tiedot hyvin (62 %). Kolmasosa hallitsi tiedot tyydyttävästi (35 %) ja 3 % huonosti. Suurin osa (85 %) hallitsi sairauden hoitoon liittyvät tiedot hyvin, 14 % tyydyttävästi ja 1 % huonosti. Vahvinta tietämys oli muun muassa sairauden, sen oireiden ja siihen liittyvien riskien osalta. Enemmistö hoitohenkilöstöstä (68 %) ymmärsi hyvin sairauden vaikutuksen potilaan arkeen. Kolmannes (29 %) koki taitonsa tällä hoidon osa-alueella tyydyttäväksi ja 3 %:a arvioi taitonsa huonoiksi. Hoitohenkilöstö hallitsi huonoiten hoidon jälkeiseen vointiin liittyvät asiat. Rantasen ym. (2010, 124) tutkimuksen mukaan suuhygienistit kokivat tavallisimpia suun terveyden ongelmia koskevan tietotasonsa melko hyväksi. Tietämys kariesin ja parodontitiin ehkäisystä ja hoidosta (100 %) sekä kotihoidon välineistä ja tuotteista (99 %) oli vahvaa. Heikoiten suuhygienistit kokivat hallitsevansa tupakkavalistuksen (65 %) ja suun lävistyksiin liittyvän tietämyksen (45 %). Pääosin lasten kanssa työskentelevät suuhygienistit arvioivat tietotasonsa hyväksi (100%), kun taas monipuolisen asiakaskunnan kanssa työskentelevistä vain 44 % arvioi tietotasonsa hyväksi. Kokonaisuudessaan 75 % hoitohenkilöstöstä koki ohjauksen toimintamahdollisuudet hyväksi ja 25 % huonoiksi (Kääriäinen 2007, 93-96).

Hoitohenkilöstön taustatekijät, kuten ammattinimike, ohjaukseen liittyvät taidot ja siihen käytetty aika vaikuttivat hoitohenkilön tietotasoon positiivisesti. Mitä korkeammin koulutettu hoitohenkilö oli, sitä paremmaksi hän arvioi tietotasonsa. Myös ohjaukseen runsaasti aikaa (>3,5 h) käyttäneet arvioivat tietotasonsa muita paremmaksi. (Kääriäinen 2007, 97.)

Lähes kaikki (99 %) suuhygienisteistä ilmoittivat selvittäneensä potilaan tiedonsaantia koskevat odotukset. Tutkimustulokset osoittivat, että vaikka tiedon tarvetta arvioitiin lähes jokaisen potilaan kohdalla, tehtiin arvio yleensä hoitokäynnin yhteydessä. Tällöin joitain tärkeitä tietoja saattoi jäädä huomiotta. Suuhygienistit asettivat oppimistavoitteita

kaikille tai suurimmalle osalle potilaista (87 %). Lähes aina (89 %) tavoitteet asetettiin yhdessä potilaan kanssa. (Rantanen ym. 2010, 124-126.)

Kääriäisen tutkimuksesta (2007, 81, 99-100) ilmeni, että terveydenhuollossa hallittiin hyvin vain suullinen ohjaus ja yksilöohjaus (92 %). Rantasen ym. (2010, 125) tutkimustulosten perusteella yksilöohjaus (99 %), suullinen ohjaus (99 %), demonstrointi (98 %) ja neuvonta (97 %) ovat käytetyimmät ohjausmenetelmät erityisesti suun terveydenhuollossa. Yksilöohjausta käytettiin terveydenhuollossa huomattavasti eniten ja se oli hoitohenkilöstölle luontevinta (Kääriäinen 2007, 81). Rantasen ym. tutkimuksen mukaan ryhmäohjausta hyödynnettiin pääasiassa vain lapsipotilaiden ohjauksessa (Rantanen ym. 2010, 125).

Stenmanin ym. tutkimuksessa ilmenee, että suuhygienistit käyttävät ohjauksessa apuna röntgenkuvia, kuvia, hammasmalleja ja piirustuksia, jotta tieto olisi mahdollisimman ymmärrettävää. He myös demonstroivat potilaille konkreettisesti kotihoidon välineiden käyttöä. (Stenman ym. 2010, 215-216.) Vastaajista 74 % hallitsi kirjallisen ohjausmateriaalin käytön hyvin (Kääriäinen 2007, 99-100). Perinteiset ohjausmenetelmät eivät kuitenkaan ole aina tehokkaita potilaiden tietotason tai käyttäytymisen muokkaamisessa (Horowitz ym. 2013, 213).

Suuhygienistit voivat hyödyntää ohjauksessaan myös motivoivaa haastattelua. Curry-Chiu:n ym. (2015, 898) tutkimuksessa osallistuneet kokivat motivoivan haastattelun hyödylliseksi. Vastanneet kertoivat käyttävänsä motivoivan haastattelun periaatteita potilaidensa kanssa säännöllisesti, vaikka eivät olleetkaan täysin varmoja taidoistaan. Tutkimukseen vastanneet pitivät motivoivaa haastattelua parhaana suuhygienian ohjauksen keinona. He kokivat motivoivan haastattelun kehittäneen heidän kommunikointikykyjään ja parantaneen yhteisymmärrystä potilaiden kanssa. Tätä kautta menetelmä paransi potilaiden hoitoa ja hoitoon sitoutumista. Motivoivaa haastattelua käytettäessä saatiin enemmän positiivista palautetta niin potilailta, kuin työnantajilta ja kollegoiltaakin. (Curry-Chiu ym. 2015, 899-901.)

Vaikka motivoivan haastattelun koettiin olevan muita kommunikointitekniikoita parempi, koettiin sen myös olevan vaikeampi käyttää. Kukaan vastanneista ei kokenut täysin hallitsevansa motivoivan haastattelun menetelmää. Motivoivan haastattelun toteuttaminen vaati enemmän aikaa ja energiaa kuin tavallinen keskustelu. Erityisen haastavaa oli hyödyntää menetelmää potilailla, jotka eivät olleet motivoituneita. Motivaation puutteesta

kärsivien potilaiden kohdalla vastanneet kertoivat usein luopuneensa motivoivasta haastattelusta. (Curry-Chiu ym. 2015, 899, 901-902.)

Muiden ohjausmenetelmien käyttö koettiin vaikeaksi ja niitä käytettiinkin vain vähän. Kuudesosa (17 %) hallitsi kirjallisen ohjauksen huonosti ja 9 % ei käyttänyt sitä ollenkaan. (Kääriäinen 2007, 81, 99-100.) Ohjausmenetelmistä vähiten käytettiin tietokoneohjausta (17 %), ryhmäohjausta (16 %) ja video-ohjausta (4 %). Tietokoneohjausta hyödynnettiin enemmän julkisessa terveydenhuollossa kuin yksityisellä sektorilla sekä erityisesti lapsipotilaiden kohdalla. (Rantanen ym. 2010, 125.)

Myös Kääriäisen (2007, 99-100) tutkimuksen mukaan vain noin kolmasosa hallitsi ryhmäohjauksen (31 %), demonstroinnin (28 %) ja audiovisuaalisen ohjauksen (27 %). Ohjausmenetelmien lisäksi potilaan kohtaaminen vaikuttaa ohjauksen laatuun. Stenmanin ym. tutkimukseen vastanneet suuhygienistit pitivät ensikohtaamista potilaan kanssa tärkeimpänä. Tutkimuksessa korostettiin, että suuhygienistin tulee osoittaa aitoa sitoutumista ja kohdella jokaista potilasta kunnioittavasti. Jokainen potilas tulee kohdata yksilönä ja huomioida kokonaisvaltaisesti. Vastanneet suuhygienistit ajattelivat, että on ammattilaisen vastuulla luoda suhde, jossa potilas tuntee luottamusta suuhygienistiä kohtaan. Jos potilas oli jo saanut tietoa suun terveydentilastaan hammaslääkäriltä, potilas suhtautui positiivisemmin suuhygienistin hoitoon. (Stenman ym. 2010, 214-215.)

Suuhygienistit kokivat, että työolot ja kliininen ympäristö olivat tärkeitä hyvien hoitotulosten saavuttamisessa. Hoitolan kannustava ilmapiiri rohkaisi hakemaan apua ja neuvoja tarvittaessa ja loi turvallisuuden tunnetta. (Stenman ym. 2010, 216.) Hoitohenkilöstö toivoi kehitystä ohjaustiloihin, henkilöstömitoituksiin sekä ohjaukseen käytettävään aikaan, materiaaliin ja välineisiin. Ohjaustilaan toivottiin riittävästi säilytystilaa tarvittaville ohjausmateriaaleille ja välineille sekä mahdollisuutta ohjausvideon katselulle. Henkilöstömitoitusten toivottiin olevan riittävät niin, että aikaa ohjaamiseen jäisi 15 minuuttia jokaista potilasta kohden. (Kääriäinen 2007, 102.)

8.1.2 Potilasohjaus asiakkaan arvioimana

Kääriäisen vuonna 2007 toteuttamassa tutkimuksessa tutkittiin potilasohjauksen laatua. Vastausten perusteella potilaista 67 % koki ohjauksen erittäin vaikuttavaksi ja 23 % kohtalaiseksi. 10 % potilaista ei huomannut ohjauksella olleen vaikutusta ennen hoitoa ja

hoitokäynnin aikana. 40 % potilaista koki ohjauksen olevan kokonaisuudessaan kiitettävää, reilu puolet (56 %) hyvää ja 4 % huonoa. Sairauden kestolla oli vaikutusta hoidon koettuun laatuun. Yli kolme vuotta sairastaneet arvioivat hoidon laadukkaammaksi kuin vähemmän aikaa sairastaneet. (Kääriäinen 2007, 88-89.)

Kääriäisen (2007, 82-83) tutkimuksen mukaan enemmistö potilaista (80 %) koki saaneensa potilaslähtöistä ohjausta. Kääriäisen ym. (2005b, 10-15) tutkimuksessa vastaava prosenttiosuus oli 74 %. Potilaiden mielestä potilaslähtöisyys näkyi parhaiten riittävänä tiedonsaantina, potilaan mielipiteiden huomioimisena ja ohjauksen suunnitelmallisuutena. Tärkeitä potilaslähtöisyyden tekijöitä olivat myös hoitohenkilöstön riittävät ohjaustaidot, ohjaukseen käytetty aika, potilaan aikaisempien tietojen huomioiminen sekä positiivisen palautteen antaminen. (Kääriäinen ym. 2005b, 10-15, Kääriäinen 2007, 82-87, 101-102.)

Ohjauksen kokonaislaatu, sen vaikutukset ja potilaslähtöisyys olivat ohjauksen riittävyyden kannalta keskeisiä tekijöitä (Kääriäinen 2007, 87). Enemmistö potilaista (81 %) sai sairauteensa liittyvää ohjausta riittävästi. Viidesosa (19 %) koki ohjauksen olevan riittämätöntä. Ohjaus painottui tulevaan hoitoon, valmistautumiseen ja sairauteen liittyviin asioihin. Sairauden ennuste, oireet ja niistä johtuvat rajoitukset saivat vähiten huomiota ohjauksessa. Kolme neljäsosaa (77 %) potilaista koki saavansa riittävästi hoitoon liittyvää ohjausta. Neljännes (23 %) koki hoitoon liittyvän ohjauksen olevan riittämätöntä. Riittämättömäksi ohjaus jäi erityisesti hoitoon liittyvien riskien, kivunlievityksen, omahoidon, hoitovaihtoehtojen ja toipumisen osalta. (Kääriäinen 2007, 85-86.) Kääriäisen ym. (2005b, 10-15) aiemman tutkimuksen perusteella suurin osa potilaista (71 %) arvioi ohjauksen kokonaisuudessaan riittäväksi ja reilu kymmenesosa (13 %) riittämättömäksi. 16 % vastanneista koki, ettei ohjaus ollut tarpeellista.

Kääriäisen (2007, 89) tutkimuksen mukaan hyvin toteutettu ohjaus paransi potilaan asennoitumista ja sitoutumista hoitoon. Myös Kääriäisen ym. (2005b) ja Stenmanin ym. (2010, 215-216) tutkimuksissa on saatu samankaltaisia tuloksia. Potilaat korostivat myös hyvin ohjaukseen valmistautuneen hoitohenkilön tärkeyttä. Suun terveyttä koskevan tiedon toivottiin olevan rehellistä ja potilaalle yksilöityä. Suuhygienistin haluttiin luovan positiivinen ympäristö keskustelulle. Lisäksi suuhygienistin toivottiin olevan varma siitä, että potilaat olivat ymmärtäneet annetut tiedot, olivat aktiivisia ja ottivat vastuuta omasta hoidostaan. (Stenman ym. 2010, 215-216, Horowitz ym. 2013, 215-217.) Ohjeiden ymmärtämiseksi potilasta voidaan pyytää toistamaan hänelle annettuja kotihoidon ohjeita tai

kertomaan, miten hän toteuttaa ohjeita kotona. Omahoidon ohjauksessa tulee keskittyä kerrallaan enintään 2-3 eri asiaan. (Horowitz ym., 2013, 215-217.)

Kääriäisen (2007, 83-83) tutkimuksen mukaan valtaosa potilaista (87 %) koki, että vuorovaikutus oli hyvää. Potilaat olivat tyytyväisiä siihen, että heillä oli mahdollisuus esittää kysymyksiä ja heitä kuunneltiin. Hyväksi koettiin myös se, että ohjaus oli kielellisesti ymmärrettävää. (Horowitz ym. 2013, 215-217.) Myös Kyngäksen vuonna 2003 julkaistussa tutkimuksessa havaittiin, että ohjauksen kielellinen ymmärrettävyys edesauttoi potilaita osallistumaan keskusteluun. Jos ohjauksen kieli oli liian vaikeaa, potilaat menettivät motivaationsa. (Kyngäs 2003, 749.) 13 % potilaista kuitenkin koki, että vuorovaikutus oli huonoa: muun muassa rohkaisua ja tukea olisi kaivattu enemmän. (Kääriäinen 2007, 83-84.) Myös liiallinen negatiivinen palaute saattoi johtaa tilanteeseen, jossa potilas ei kuunnellut lainkaan (Stenman ym. 2010, 215). Öhrnin ym. tutkimuksessa on saatu samankaltaisia tuloksia: liiallinen kritiikki saattoi aiheuttaa potilaassa syyllisyyden tunteita ja vaikuttaa negatiivisesti potilaan suhtautumiseen suuhygienistiä kohtaan. Potilaan syyllisyyden tunne saattoi vaikeuttaa potilaan hoitoon sitoutumista. (Öhrn ym. 2008, 212.) Pelko tai ahdistus saattoivat myös aiheuttaa potilaalle vaikeuksia vastaanottaa tietoa (Stenman ym. 2010, 215).

Puutteellista ohjauksessa oli sen arviointi. Viidesosa (18 %) potilaista koki, ettei heiltä varmistettu ohjeiden ymmärtämistä. 19 % potilaista kertoi, ettei saanut antaa palautetta ohjauksesta. (Kääriäinen 2007, 82-83, 101-102.) Myös Kääriäisen ym. (2005b, 10-15) tutkimustulokset olivat samankaltaisia: 23 % potilaista koki, ettei heidän saamiaan kotihoidon ohjeita perusteltu. Lisäksi noin joka kymmenes (12 %) potilaista koki, että ohjaajat olivat liian lyhyitä. 21 % potilaista oli sitä mieltä, että hoitohenkilöstö hallitsi huonosti ohjausvälineiden käytön. (Kääriäinen 2007, 80.)

Myös potilaan taustatekijöiden huomioiminen koettiin puutteelliseksi. Hoitohenkilöstö ei aina huomionnut potilaan tuntemuksia, toiveita, pelkoja, ongelmia tai elämäntilannetta. (Kääriäinen ym. 2005b, 10-15.) Hoitohenkilöstöstä 13 % ei huomionnut potilaan elämäntilannetta toteuttaessaan ohjausta (Kääriäinen 2007, 101). Myös aiemmassa Kääriäisen ym. (2005b) tutkimuksessa saatiin samankaltaisia tuloksia. Neljäsosa (24 %) potilaista oli sitä mieltä, ettei heidän elämäntilannettaan huomioitu ohjauksessa ja 23 % koki, etteivät he voineet keskustella ongelmistaan hoitohenkilöstön kanssa. Ensiapuluontoisilla hoitokäynneillä ohjauksen potilaslähtöisyys jäi toissijaiseen asemaan. (Kääriäinen ym. 2005b, 10-15, Kääriäinen 2007, 82-102.)

Kääriäisen (2007) tutkimuksessa potilaat toivat esille useita kehittämiskohteita. Potilaiden mielestä ohjaukseen oli käytettävissä liian vähän aikaa, koska hoitohenkilöstöä ei ollut riittävästi. Hoitohenkilöstöstäkin huomattava osa, 59 %, oli sitä mieltä, että aikaa oli liian vähän ja ohjaustilat olivat puutteelliset. Myös potilaat olivat samaa mieltä ohjaustilojen puutteellisuudesta. Nykyisissä ohjaustiloissa oli ongelmia esimerkiksi yksityisyyden kanssa, sillä henkilökohtaisistakin asioista saatettiin keskustella muiden kuullen. Lisäksi ohjauksen toivottiin olevan suunnitelmallisempaa. Potilaat toivoivat, että ohjaus olisi yksilöidymppää ja siinä kiinnitettäisiin enemmän huomiota potilaan elämäntilanteeseen, ongelmiin ja tarpeisiin. Puutteita oli myös vuorovaikutussuhteessa. Osa potilaista koki, ettei heille annettu mahdollisuutta esittää kysymyksiä. (Kääriäinen 2007, 90-94.) Myös Kääriäinen ym. (2005b,10-15) ovat saaneet tutkimuksessaan samankaltaisia tuloksia. Potilaat toivoivat myös enemmän tietoa hoidon vaikutuksista ja mahdollisista haitallisista sivuvaikutuksista (Rantanen ym. 2010, 126).

8.2 Hyvä potilaan ohjaustila

Ympäristön laatu vaikuttaa merkittävästi potilastyytyväisyyteen. Potilastyytyväisyyttä voidaan parantaa panostamalla hoitoyksiköiden fyysisiin puitteisiin. (Campos Andrade ym. 2012, 122-132.) Näyttöön perustuvassa tilojen suunnittelussa keskeinen tavoite on luoda mahdollisimman potilasystävällinen hoitoympäristö. (Trochelman ym. 2012, e1-e11, Ferri ym. 2015, 1-9.)

Näyttöön perustuvassa tilasuunnittelussa suositaan yhden hengen hoitohuoneita. Yksityisillä hoitohuoneilla on lukuisia positiivisia vaikutuksia hoitoon ja potilastyytyväisyyteen. Trochelmanin ym. (2012, e1-e11) tutkimuksessa lähes kolmasosa potilaista piti uutta, näyttöön perustuvan tilasuunnittelun mukaan rakennettua yksityistä hoitohuonetta perinteistä huonetta parempana. Myös Ward Casscells ym. (2009, 236-240) tutkimuksessa 52 % potilaista oli sitä mieltä, että yksityishuone oli tärkeä tai todella tärkeä. Se muun muassa paransi potilasturvallisuutta vähentämällä hoitovirheitä ja hoidon aikana tarttuvien infektioiden leviämistä. Trochelmanin ym. ja Ferrin ym. tutkimusten mukaan se paransi myös potilaan yksityisyyttä, potilaan ja hoitohenkilöstön kommunikointia ja tarjosi paremmat mahdollisuudet sosiaalisen tuen saamiselle. Yksityiset hoitohuoneet vähensivät myös melun määrää. (Trochelman ym. 2012, e1-e11, Ferri ym. 2015, 1-9.)

Hoitohuoneen suuret ikkunat olivat vastaajien mielestä myös hyvä parannus vanhaan hoitohuoneeseen verrattuna. Luonnonvalon todettiin vaikuttavan positiivisesti potilaan

vointiin, sillä se vähensi masennusta, hermostuneisuutta ja kivun tuntemuksia. Suurilla ikkunoilla ja näkymällä luontoon oli samankaltaisia tuloksia. Uuden hoitoyksikön huoneet koettiin kokonaisuudessaan viihtyisämmiksi (66,8 %) vanhan sairaalan hoituhuoneisiin verrattuna (28,9 %). (Trochelman ym. 2002, e1-e11.)

Almquistin ym. (2009, 41-78) tutkimuksessa tarkasteltiin tavallisen ja näyttöön perustuvan tilasuunnittelun mukaan uudistetun hoituhuoneen eroja. Tutkimukseen osallistui hoitohenkilöitä, potilaita ja potilaiden läheisiä. Vanhassa hoituhuoneessa potilaan läheiset olivat tyytymättömiä siihen, että huoneessa näkymä tietokoneen ruudulle oli huono tai miltei olematon. Uudessa hoituhuoneessa tietokoneen näyttö oli sijoitettu huoneen seinälle niin, että sekä potilaalla että hoitohenkilöllä oli suora näköyhteys näytölle. Uudistetussa huoneessa hoitohenkilöstö hyödynsi tietokonetta enemmän kommunikoinnin apuvälineenä ja potilaat pystyivät olemaan paremmin vuorovaikutuksessa tietokonetta hyödyntäen. Potilaat näkivät paremmin tietokoneen näytölle ja saivat itse katsoa terveystietojaan näytöltä. Lisäksi hoitohenkilöt antoivat potilaille uutta tietoa ja kävivät yhdessä läpi internetissä saatavilla olevaa tietoa näytön välityksellä. (Almquist ym. 2009, 41-78.)

Uudistetussa hoituhuoneessa kolme neljäsosaa (75 %) potilaista koki tietokoneen näytön sijoittelun toimivaksi, kun taas vanhassa huoneessa vastaava luku oli 59 %. Uudistetussa hoituhuoneessa enemmistö (86 %) koki, että tietokoneen käyttö hoitovaihtoehtoja kartoittaessa onnistui erinomaisesti. Vastaava luku tavallisen hoituhuoneen kohdalla oli vain 59 %. Uudessa hoituhuoneessa enemmistö (73 %), koki tietokoneen näytölle katselemisen vaivattomaksi koko hoitotilanteen ajan, kun taas vanhassa huoneessa vastaava luku oli 28 %. Uudistetussa hoituhuoneessa potilaat kokivat, että heidät huomioitiin paremmin päätöksenteossa. Lähes jokainen vastanneista (97 %) koki, että heidät huomioitiin erinomaisesti päätöksenteossa, kun taas vanhassa huoneessa 83 % koki tulleensa huomioiduksi. (Almquist ym. 2009, 41-78.)

Huoneen uudistuksella ei ollut vaikutusta molemminpuoliseen kunnioitukseen tai siihen, miten luotettavaksi potilaat kokivat hoitohenkilön. Potilaat kokivat yhtä helpoksi kysymysten esittämisen ja mielipiteidensä ilmaisun niin vanhassa kuin uudessakin huoneessa. Potilaat olivat erittäin tyytyväisiä näihin hoidon osa-alueisiin. Huoneen uudistukset eivät vaikuttaneet siihen, miten tyytyväisiä potilaat olivat henkilökohtaiseen tilaansa. Uudistuksilla ei myöskään ollut vaikutusta potilaan ja hoitohenkilön läheisyyteen tai mahdollisuuteen luoda katsekontaktia hoitohenkilön kanssa. Hoitohenkilöt eivät kuitenkaan

keskustelleet potilaiden kanssa näytön välityksellä käytävistä asioista juurikaan sen enempää uudessa (73 %) kuin vanhassakaan (70 %) huoneessa. (Almquist ym. 2009, 41-78.)

8.2.1 Potilasohjausta edistävät tekijät hoitoympäristössä

Ward Casscells ym. (2009, 236-240) tutkimuksen mukaan ympäristön estetiikka vaikutti merkittävästi potilaiden hoitoon. Myös Douglas & Douglasin ja Casparin ym. tutkimuksissa saatiin samankaltaisia tuloksia. Potilaiden esille tuomat prioriteetit, ongelmat ja huolenaiheet olivat hyvin samankaltaisia. Potilaat kokivat yksityisyyden erittäin tärkeäksi. Lisäksi tilojen siisteys, kotoisa tunnelma, luotettava ja kannustava ympäristö sekä tilojen järkevä suunnittelu koettiin tärkeiksi. Hoitoympäristöltä toivottiin myös valoisuutta, ikkunoita ja rohkeampaa värien käyttöä. (Douglas & Douglas 2004, 61-73, Caspari ym. 2010, 134-142.) Esimerkiksi värikkäät verhot piristivät hoituhuoneen ilmettä. Myös huonekalujen materiaalit ja värytys vaikuttivat ympäristön viihtyvyyteen ja niiden toivottiin olevan yhteneväisiä keskenään. Lisäksi potilaat toivoivat kasveja piristämään hoituhuoneita. (Caspari ym. 2010, 134-142, Andrade & Devlin 2015, 127.) Myös Ferrin ym. (2015, 1-9) tutkimuksen mukaan luonnon valo ja suuret ikkunat, joista on näkymä luontoon, rauhoittivat ja paransivat hoitohenkilöstön mielialaa. Niiden koettiin olevan tärkeimpiä viihtyisään hoitoympäristöön vaikuttavia tekijöitä. Tärkeänä pidettiin myös hyvää ilmanvaihtoa ja tuoksutonta ympäristöä (Douglas & Douglas 2004, 61-73, Caspari ym. 2010, 134-142).

Ympäristön esteettisyyden kannalta taiteen katsottiin olevan positiivinen elementti sisustuksessa. Taiteen toivottiin olevan rauhoittavaa ja korostaa harmonista ilmapiiriä. Sen ei haluttu olevan liian provosoivaa tai dramaattista. Sama koski musiikkia. Tutkimuksessa todettiin, että taide oli yleensä keskitetty vain yleisiin tiloihin. (Caspari ym. 2010, 134-142.) Myös Andraren & Devlinin (2015, 133) tutkimuksessa ilmeni, että sosiaalisen tuen ja positiivisten häiriötekijöiden avulla voitiin selkeästi vähentää potilaiden kokemaa stressiä hoitajakson aikana. Taloudelliselta kannalta katsottuna olisi järkevää panostaa positiivisiin häiriötekijöihin, kuten taiteeseen, musiikkiin ja televisioihin.

Lisäksi meluttomuus lisäsi hoitoympäristön miellyttävyyttä. Hiljainen hoitoympäristö paransi hoitohenkilöstön keskittymis- ja suorituskykyä. Rauhallisella hoitoympäristöllä ko-

ettiin myös olevan merkittävä vaikutus potilaan ja hoitohenkilön väliseen vuorovaikutussuhteeseen ja yhteistyön toteutumiseen (Douglas & Douglas, 2004, 61-73, Ferri 2015, 1-9). Lisäksi hyvä hoitoympäristö paransi henkilökunnan työskentelymoraalia ja siten myös potilashoidon laatua (Ward Casscells ym. 2009, 236-240). Myös huoneen esteettömyyttä pidettiin välttämättömänä liikuntarajoitteisten potilaiden kohdalla (Caspari ym. 2010, 134-142, Trochelman ym. 2012, e1-e11). Douglas & Douglasin (2004, 61-73) tutkimustulokset ovat samankaltaisia. Matalat kynnykset, tukikaiteet, helposti avattavat ovet sekä riittävästi tilaa liikkua pyörätuolilla tai muilla apuvälineillä olivat asioita, joita potilaiden mielestä toimivassa hoitoympäristössä tulisi olla.

8.2.2 Potilasohjausta heikentävät tekijät hoitoympäristössä

Casparin ym. (2010, 134-142) tutkimuksen mukaan kaikki osallistuneet olivat yhtä mieltä siitä, että hoituhuoneiden esteettisyys oli miltei olematonta. Potilaat kokivat, että nykyiset sairaalat rakennettiin liian rutiininomaisesti. Ne koettiin muun muassa ahtaiksi, kolkoiksi ja synkiksi. Potilashuoneita kuvailtiin tylsiksi värittömyyden ja puuttuvan taiteen vuoksi. Liiallinen näkyvillä oleva hoitovälineistö koettiin pelottavaksi, epämiellyttäväksi ja sotkuiseksi. Epämukavien huonekalujen, muovin ja neovärien käytön sisustuksessa ei koettu sopivan hoitoympäristöön. Myös terävät linjat sekä kylmät ja metalliset materiaalit koettiin epämiellyttäväksi. Nuhjuiset ja vanhat huonekalut aiheuttivat potilaille harhakäsityksen siitä, että ympäristö oli likainen. Todellisuudessa ympäristön hygieenisuus kärsi vasta silloin, jos ympäristössä oli huonokuntoisia ja rikkinäisiä pintoja. Rikkinäiset pinnat keräävät bakteereja. (Caspari ym. 2010, 134-142.)

Ferrin ym. (2015) tutkimuksessa hoitohenkilöstö koki avoimien hoitoyksiköiden tekevän hoitotilanteesta meluisan ja rauhattoman. Melun koettiin olevan myös Casparin ym. (2010, 134-142) tutkimuksessa erityisen häiritsevä ominaisuus. Vanhoissa hoituhuoneissa seinien äänieristys oli usein riittämätöntä, ja ylimääräistä melua aiheutui esimerkiksi ulkoa kantautuvista liikenteen äänistä sekä hoitolan käytäviltä. Myös muiden potilaiden ja heidän omaistensa aiheuttamat äänet koettiin häiritseviksi. Osa potilaista koki epämiellyttäväksi henkilökohtaisista asioista keskustelemisen muiden kuullessa (Douglas & Douglas, 2004, 61-73).

8.2.3 Hoitoympäristön ja hoidon laadun kehittäminen

Campos Andraren ym. (2012) tutkimuksen tulokset osoittavat, että ympäristön laadun vaikutus potilaan tyytyväisyyteen oli merkittävä, eli mitä parempi ympäristö, sitä tyytyväisempiä potilaat olivat. Fyysisen hoitoympäristön todettiin vaikuttavan potilaiden käytökseen, tunteisiin, ajatuksiin ja hyvinvointiin monin eri tavoin. Yleisesti ottaen potilaat olivat tyytyväisiä hoitoyksiköihin ja hoitoympäristöön. Sairaalapotilaiden todettiin olevan tyytyväisempiä hoitoympäristöönsä kuin avohoidon potilaiden. He pitivät ympäristöä viihtyisämpänä ja pystyivät sopeutumaan siihen paremmin. Lisäksi he olivat tyytyväisempiä hoituhuoneen näköalaan ja valaistukseen sekä yksityisyyteen, kuin avohoidon potilaat.

Tutkimustiedon kautta pystyttiin osoittamaan neljä avaintekijää, jotka vaikuttivat positiivisesti potilaan hoitotuloksiin, turvallisuuteen ja hoidon laatuun. Näitä tekijöitä olivat ympäristön stressitekijöiden vähentäminen tai poistaminen, positiivisten häiriötekijöiden lisääminen, sekä sosiaalisen tuen ja kontrollin tunteen tarjoaminen potilaalle. Esimerkiksi kodinomainen ympäristö, näkyvillä oleva taide, runsas luonnonvalo ja yksityisyys vähensivät potilaan stressiä merkittävästi. (Ward Casscells ym. 2009, 236-240.) Uudet innovatiiviset hoitomuodot, kuten tiedon jakaminen potilaalle televisioruudun välityksellä, ovat toimivia ja hyviä apuvälineitä potilaan hoidossa. Tietokoneiden lisääminen helpottaa hoitokertomusten kirjaamista ja tiedonsaantia internetistä. (Ferri ym. 2015, 1-9.) Hoitoympäristön suunnitteluun ja tilojen kunnon ylläpitoon tulee panostaa tulevaisuudessa nykyistä enemmän (Campos Andrade ym. 2012, 122-132).

9 TULOSTEN TARKASTELU

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää tutkitun tiedon avulla, millaista on suuhygienistin toteuttama potilasohjaus ja millainen on hyvä potilaan ohjaustila. Tavoitteena oli kehittää potilasohjausta ohjaustilaa hyödyntäen ja korostaen omahoidon ohjauksen tärkeyttä sekä yksilö- että väestötasolla.

Potilasohjauksesta oli löydettävissä runsaasti tutkimustietoa. Löydetyn tiedon perusteella potilaat ovat pääasiassa tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen. Luotettava **vuoro-vaikutussuhde** on tärkeä osa laadukasta potilasohjausta. On tärkeää, että suuhygienisti **kannustaa** potilasta osallistumaan omaan hoitoonsa ja siihen liittyvään päätöksentekoon. Ohjauksen tulee olla **potilaslähtöistä** ja **yksilöidympää**; potilaan elämäntilanteeseen, ongelmiin ja tarpeisiin tulee kiinnittää enemmän huomiota. Ohjausmenetelmien käytössä oli puutteita: **eri ohjausmenetelmiä** tulee käyttää potilasohjauksessa kattavammin. Ohjaukseen tulee varata **riittävästi aikaa**, jotta mahdollistetaan eri ohjausmenetelmien monipuolinen käyttö ja huomioidaan potilaan **yksilöllinen tapa oppia**.

Hoitoon voisi varata **pidempiä hoitoaikoja**, jotta ohjaukselle jäisi riittävästi aikaa. Toisaalta ohjaus voitaisiin toteuttaa myös **erillisellä käynnillä**, jolloin potilaan mahdollisuudet osallistua ja esittää kysymyksiä paranisivat. Myös omahoidon vaikuttavuuden **kontrolloiminen** onnistuisi paremmin. Riittävä hoitoaika mahdollistaisi myös potilaan yksilöllisten oppimistarpeiden ja -tapojen huomioimisen.

Kolmatta tutkimusongelmaa koskeva tiedonhaku oli haastava ja aikaa vievä prosessi, sillä suoria vastauksia ohjaustilaan liittyviin kysymyksiin ei löydetty tieteellisistä tutkimuksista. Tämän takia tietoa päädyttiin etsimään yleisemmällä tasolla huomioiden kaikki terveydenhuollon hoitoympäristöt. Ongelmaa lähdettiin tarkastelemaan sen kautta, millainen hoitoympäristö on hyväksi potilaalle ja hoitohenkilöstölle. Samoja tuloksia voidaan hyödyntää myös potilaan ohjaustilaa suunniteltaessa.

Tutkimustuloksista kävi ilmi, että hoitoympäristö vaikuttaa merkittävästi potilastyytyväisyyteen ja potilaan hoitoon. Perinteisen mallin mukaan rakennetut hoitolat ovat liian kliinisiä ja värittöminä, koska kustannusten hallinta, hygieenisuus ja tehokkuus ovat olleet rakennuksia suunniteltaessa ensisijaisia tavoitteita. Pidemmällä aikavälillä tarkasteltuna myös **näyttöön perustuva tilasuunnittelu** on **kustannustehokasta**. Hoitoympäristöltä

toivottiin **yksityisyyttä, rauhallisuutta, luonnon valoa ja suuria ikkunoita**. Lisäksi hoitoympäristön toivottiin olevan kodinomaisempi **taiteen, kasvien ja rohkeamman värien käytön** kautta. Myös **ilmanvaihto ja tuoksuton ympäristö** olivat potilastyytyväisyyden kannalta tärkeitä asioita. Näkyvillä oleva hoitovälineistö koettiin epämiellyttäväksi ja pelottavaksi.

10 OPINNÄYTETYÖN LUOTETTAVUUS JA EETTISYYS

Uskottavuus on tärkeä osa laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointia. Selkeä tulosten kuvaus lisää uskottavuutta ja lukijan ymmärrystä siitä, miten tutkimusta on analysoitu ja mitä vahvuuksia ja rajoituksia tutkimuksella on. Luotettavuutta lisää myös tarkka analyysin kuvaus, josta selviää aineiston ja tulosten välinen yhteys. Taulukot ja liitteet tutkimuksessa kuvaavat analyysin tekemistä ja lisäävät luotettavuutta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160.)

Tutkimuksen voidaan katsoa olevan eettinen ja luotettava vain, jos sen tekemisessä on noudatettu tutkimusetiikkaa ja hyvää tieteellistä käytäntöä (TENK 2012-2014, Vilka 2015, 41). Esimerkiksi tutkijan aito kiinnostus ja paneutuminen aiheeseen sekä rehellisyys ja vaaran eliminoiminen kuuluvat tutkimuksen eettisiin säännöksiin. Tutkimusta tehdessä ihmisarvoa tulee kunnioittaa niin, ettei tutkimus loukkaa ketään. Tutkijan on arvostettava toisia tutkijoita ja edistettävä tutkimuksen tekemistä. Tieteen sisäinen etiikka tarkoittaa sitä, että tieto on luotettavaa ja totuudenmukaista. Plagiointia, tulosten sepittämistä, puutteellista raportointia ja toisten tutkijoiden vähättelemistä tulee eettisten periaatteiden mukaisesti välttää. Tutkimuksen tulee olla hyödyllinen ja siitä aiheutuvat haitat tulee minimoida. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 172-173, 182-183.)

Tämä opinnäytetyöprosessi kuvattiin vaihe vaiheelta yksityiskohtaisesti taulukoita apuna käyttäen. Tietokantahaut ovat vaativia ja tietoa löytyy paljon, minkä vuoksi on suositeltavaa kääntyä alan ammattilaisten, esimerkiksi kirjaston informaatikon puoleen (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 40-41, Stolt ym. 26). Tässä opinnäytetyössä apuna käytettiin Turun ammattikorkeakoulun informaatikkoa. Tiedonhaut kerättiin tiedonhakuaukkoon. Taulukon avulla lukija voi tarvittaessa toistaa haun, mikä lisää työn luotettavuutta (Vilka 2015, 39, 198). Luotettavuutta lisää myös se, että tutkimuksen tekijöitä on useampi, jolloin luotettavuuden arviointi ei jää vain yhden tutkijan varaan (Stolt ym. 2015, 28).

Hakutermit määriteltiin aiheeseen sopiviksi ja hakua rajattiin niin, että tuloksia tuli sen verran, että ne pystyttiin käymään aikataulun mukaisesti läpi. Testihakujen avulla pyrittiin saamaan parhaat mahdolliset hakutermit käyttöön viralliseen tiedonhakuun. Toisaalta tiedostettiin hakujen rajauksessa olevan riski, että se saattaa rajata validejakin tutkimuksia pois. Tutkimusprosessiin käytettävän ajan rajallisuus vaikuttaa siihen, miten syvästi tutkittavaan aiheeseen on mahdollista perehtyä (Vilka 2015, 121-122).

Kirjallisuuskatsauksessa käytetty aineisto koostui sekä suomen- että englanninkielisistä tutkimuksista. Jotkut tutkimuksen kannalta relevantit alkuperäistutkimukset saatetaan julkaista vain englanniksi, joten tietokantahakuja ei kannata rajata vain suomen kieleen. Näin taataan mahdollisimman monien merkityksellisten tutkimusten löytyminen. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 40-41.) Mahdolliset tulkintavirheet suomentamisen aikana saattavat vaikuttaa työn luotettavuuteen. Toisaalta jokainen tutkimus on suomennettu yhteisymmärryksessä ja niitä on luettu useaan kertaan läpi. Lähteiden tarkka dokumentointi lähdeviitteisiin sekä lähdeluettelo on erittäin tärkeä ja olennainen osa hyvää tieteellistä käytäntöä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 182, TENK 2012-2014, Vilka 2015, 45). Koko prosessin ajan on noudatettu huolellisuutta ja tarkkuutta. Tutkimuksen luotettavuutta lisää myös se, että opinnäytetyöhön tehdyt muutokset kirjattiin opinnäytetyöpäiväkirjaan.

11 POHDINTA

Erillinen potilaan ohjaustila parantaisi potilaan yksityisyyttä ja tarjoaisi rauhallisemman ohjausympäristön. Vaikka hoitoympäristöltä toivottiin kodinomaisuutta, se ei hygienian kannalta aina ole mahdollista. Hoitoympäristön pintojen tulee kuitenkin olla helposti puhdistettavissa ja niiden täytyy kestää desinfiointiaineita. Kuitenkin sisustuksessa käytettäviin väreihin voitaisiin helposti panostaa entistä enemmän. Esimerkiksi seinät tai huonekalut voisivat olla jonkun muun kuin valkoisen väriset, jotta ympäristön klininen olemus vähenisi. Myös värikkäät verhot raikastaisivat ohjaustilan ilmettä. Kasveja ei voida käyttää sisustuselementteinä, jottei hoitoympäristön hygieniataso kärsi. Kasveja voitaisiin kuitenkin käyttää esimerkiksi odotusaulassa, kunhan huomioidaan, etteivät ne allergisoi. Myös tekokasveja voitaisiin hyödyntää tilojen sisustuksessa.

Erityisesti pelkopotilaiden voisi olla helpompi keskittyä saamaansa omahoidon neuvontaan erillisessä ohjaustilassa. Erillinen tila pitäisi epämiellyttävät hoitovälineet poissa potilaan silmistä ohjauksen aikana. Erillisessä ohjaustilassa potilas voisi kokea pystyvänsä vaikuttamaan hoitotilanteen kulkuun paremmin kuin maatessaan hoitotuolissa. Jo tieto siitä, ettei ohjaustilassa ole perinteistä hoitotuolia, saattaisi lievittää pelkopotilaan stressiä huomattavasti, ja siten tehdä hoitotilanteesta miellyttävämmän kokemuksen.

Potilaan valmiuksia osallistua hoitoon edesauttaisi puolestaan tietokoneen näytön tai televisioruudun sijoittelu seinälle siten, että sekä hoitohenkilöllä että potilaalla olisi näköyhteys ruudulle. Ruudun kautta potilaalle voisi näyttää hammaskarttaa apuna käyttäen esimerkiksi hampaistossa olevat initiaalirikokset ja siten kehottaa potilasta kiinnittämään erityistä huomiota kyseisten alueiden puhdistukseen. Röntgenkuvien avulla potilaalle voisi kertoa esimerkiksi parodontiitista ja sen etenemisestä. Ruudun välityksellä olisi myös helppoa ohjata potilas luotettaville, suun terveyttä koskeville nettisivustoille tai näyttää esimerkiksi oikeaoppista harjaus- tai lankaustekniikkaa koskevia videoita.

Opinnäytetyöprosessi oli pitkä ja opettavainen. Omat haasteensa opinnäytetyön tekemiselle loi tiukka aikataulu yhdistettynä laajaan aihealueeseen. Myös täysin vieraan tutkimusmetodin sisäistämiseen meni runsaasti aikaa. Opinnäytetyötä tehtiin kolmen hengen voimin ja päätöksenteko tapahtui kaikkia osapuolia kuunnellen. Luotettavuutta lisäsi se, että tekijöitä oli useampi. Työstämistä on arvioinut koko ajan myös ohjaava opettaja. Opinnäytetyön arviointi ja kehittäminen on sujunut hyvin yhdessä tehden. Luotettavuutta

arvioitiin jokaisessa vaiheessa. Opinnäytetyö eteni suunnitellun aikataulun mukaan ja työt jakautuivat tasaisesti.

Opinnäytetyöllä halutaan korostaa ympäristön merkitystä potilasohjauksessa. Toiveena on, että myös Suomessa kiinnitettäisiin enemmän huomiota näyttöön perustuvan hoito-huoneen suunnitteluun. Toiveena on myös, että uusia suun terveydenhuollon tiloja suunniteltaessa otettaisiin huomioon erillisen ohjaustilan hyödyt. Esimerkiksi Turun ammatti-korkeakoulun suuhygienistiopiskelijoiden uusiin klinikkatiloihin on suunniteltu rakennet-tavaksi erillinen ohjaustila. Olisi mielenkiintoista, jos potilaiden ja suuhygienistiopiskeli-joiden kokemuksia uudesta ohjaustilasta Medisiina D:ssä tutkittaisiin tulevaisuudessa esimerkiksi opinnäytetyön kautta.

LÄHTEET

Almquist, J. R.; Kelly, C.; Bromberg, J.; Sandra C.; Bryant, S. C.; Christianson, T. J. H. & Montori, V. M. 2009. Consultation Room Design and the Clinical Encounter: The Space and Interaction Randomized Trial. *Health environments research & design journal* 2009. Vol. 3, No. 1/2009, 41 – 78.

Altimier, L. B. 2004. Healing environments: For Patients and Providers. *Newborn and Infant Nursing Reviews*. Vol 2, no 4/2004, 89-92.

Andrade, C. C. & Devlin, A. S. 2015. Stress reduction in the hospital room: Applying Ulrich's theory of supportive design. *Journal of Environmental Psychology*, vol. 41/2015, 125-134.

Berry, D. 2006. *Health Communication: Theory and Practice*. McGraw-Hill Education. Saatavilla käyttäjätunnuksella osoitteesta <http://site.ebrary.com.ezproxy.turkuamk.fi/lib/turkuamk/reader.action?docID=10197045>.

Campos Andrade, C.; Lima, M. L.; Pereira, C. R.; Fornara, F. & Bonaiuto, M. 2012. Inpatients' and outpatients' satisfaction: The mediating role of perceived quality of physical and social environment. *Health & Place* 2013. Vol 21/2012, 122–132.

Caspari, S. ; Eriksson, K. & Näden, D. 2010. The importance of aesthetic surroundings: a study interviewing experts within different aesthetic fields. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2011. Vol. 25/2010, 134–142.

Curry-Chiu, M.E.; Catley, D.; Voelker, M. A. & Bray, K. K. 2015. Dental Hygienists' Experiences with Motivational Interviewing: A Qualitative Study. *Journal of Dental Education* vol. 79, no. 8/2015, 897-906.

Douglas, C. H. & Douglas, M. R. 2004. Patient-friendly hospital environments: exploring the patients' perspective. *Health Expectations*. Vol 7/2004, 61 – 73.

Dowell, J.; Brian, W. & Snadden, D. 2007. *Patient-centered prescribing. Seeking concordance in practice*. Oxford: Radcliffe Publishing.

Etene-julkaisu I. 2001. Terveysthuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Viitattu 5.11.2016. <http://etene.fi/documents/1429646/1559098/ETENE-julkaisu+1+Terveysthuollon+yhteinen+arvopohja%2C+yhteiset+tavoitteet+ja+periaatteet.pdf/4de20e99-c65a-4002-9e98-79a4941b4468>.

Ferri, M.; Zygun, D. A.; Harrison, A. & Stelfox, H.T. 2015. Evidence-based design in an intensive care unit: End-user perceptions. *BMC Anesthesiology*. Vol 15, nro. 1/2015, 1-9.

Gallagher, R.; McKinley, S. & Dracup, K. 2003. Effects of a telephone counseling intervention on psychosocial adjustment in women following a cardiac event. *Heart & lung: Journal of Acute & Critical Care* vol. 32, no. 2/2003, 79 – 87.

Gao, X.; Chin-Man Lo, E.; McGrath, C. & Mun-Yin Ho, S. 2015. Face-to-face individual counseling and online group motivational interviewing in improving oral health: study protocol for a randomized controlled trial. *Trials* 1/2015, 416.

Gherunpong, S.; Tsakos, G. & Sheiham, A. 2006. A sociodental approach to assessing dental needs of children: concept and models. *International Journal of Paediatric Dentistry* vol. 16/2006, 81-88.

Hankonen, A.; Kaarlela, E.; Palosaari, T.; Pinola, K.; Säkkinen, M.; Tolonen, A. & Virola, M. 2006. Vuorovaikutus ohjaustilanteessa. Julkaisussa Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. (toim.)

Potilasohjauksen haasteet, käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006. Oulun yliopisto: Oulun yliopistopaino, 26. Viitattu https://www.ppsHP.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf

Honkala, S.; Honkala, E.; Rimpelä, A. & Vikat A. 2002. Oral hygiene instructions and dietary sugar advice received by adolescents in 1989 and 1997. *Community Dentistry and Oral Epidemiology*, vol. 30, no. 2/2002, 124-132.

Horowitz, A-M.; Clovis, J.; Qi Wang, M. & Kleinman, D. 2013. Use of Recommended Communication Techniques by Maryland Dental Hygienists, vol. 87, no. 4/2013, 212-223.

Jahraus, D.; Sokosky, S.; Thurston, N. & Guo, D. 2002. Evaluation of an education program for patients with breast cancer receiving radiation therapy. *Cancer Nursing* vol. 25, no. 4/2002, 266 – 275.

Johansson, K.; Leino-Kilpi, H.; Salanterä, S.; Lehtikunnas, T.; Ahonen, P.; Elomaa, L. & Salmela, M. 2003. Need for change in patient education: a Finnish survey from the patient's perspective. *PatiEnt Education & Counseling* vol. 51, no. 3/2003, 239 – 245.

Johansson, K.; Axelin, A.; Stolt, M. & Ääri, R-L. 2007. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus ja sen tekeminen. Turun yliopisto: Digipaino.

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

Kasila, K.; Poskiparta, M.; Kettunen, T. & Pietilä, I. 2009. Ohjaustyyli koululaisten napostelutottumuksia koskevassa suun terveysohjauksessa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* vol. 46, no. 1/2009, 37-45.

Keskinen, H. 2015. Suun omahoito. Terve suu. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 23.4.2017. Saatavilla käyttäjätunnuksella osoitteesta: <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/tod/koti>

Kotilainen, H. 2010. Näyttöön perustuva suunnittelu ja parantavat ympäristöt. Viitattu 4.4.2017. Saatavilla osoitteesta: http://www.thl.fi/attachments/arkkinen/HK_N%C3%A4ytt%C3%B6nC3%B6nC3%B6n%20perustuva%20suunnittelu%20ja%20parantavat%20ymp.pdf

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

Kyngäs, H. 2003. Patient education: perspective of adolescents with a chronic disease. *Journal of Clinical Nursing* vol. 12, no. 5/2003, 744 – 751.

Kyngäs, H.; Kukkurainen M. & Mäkeläinen, P. 2005. Nivelreumaa sairastavien potilaiden ohjaus hoitohenkilökunnan arvioimana. Helsinki: SP-Paino.

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

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

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulun yliopisto 2007, Oulu.

Kääriäinen, M.; Lahdenperä, T. & Kyngäs, H. 2005a. Kirjallisuuskatsaus: Asiakaslähtöinen ohjausprosessi. *Tutkiva hoitotyö* vol. 3, no. 3/2005, 28.

Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2005. Käsitemallin ohjaus-käsitteestä hoitotieteessä. *Hoitotiede* vol. 17, no. 5/2005, 250-258.

- Kääriäinen, M.; Kyngäs, H.; Ukkola, L. & Torppa, K. 2005b. Potilaiden käsityksiä heidän saamaansa ohjauksesta. *Tutkiva hoitotyö* vol. 3, no. 1/2005, 10-15.
- Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2006. Ohjaus - tuttu, mutta epäselvä käsite. *Sairaanhoitaja - Sjukvårderskan* vol. 79, no. 10/2006, 6-9.
- Kääriäinen, M.; Kyngäs, H.; Ukkola, L. & Torppa, K. 2006. Terveystenhoitohenkilöstön käsitykset ohjauksesta sairaalassa. *Hoitotiede* vol. 18, no. 1/2006, 10-11.
- Kääriäinen, M. & Lahtinen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. *Hoitotiede* vol. 18, no. 1/2006, 37-45.
- Kääriäinen, M. 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. *Tutkiva hoitotyö* vol. 6, no. 4/2008, 10-15.
- Kääriäinen, M. 2011. Asiakkaan oppiminen ja motivaatio ohjauksessa. *Tutkiva hoitotyö* vol. 9, no. 4/2011, 41-42.
- Laine, A.; Ruishalme, O.; Salervo, P.; Sivén T. & Välimäki, P. 2012. Opi ja ohjaa sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Sanoma Pro OY.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 1992. L 17.8.1992/758 muutoksineen.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. 1994. L 28.6.1994/559 muutoksineen.
- Lauri, S. 2006. Hoitotyön ydinosaaminen ja oppiminen. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Lipponen, K.; Kyngäs, H. & Kääriäinen M. 2006. Potilasohjauksen haasteet Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Oulun yliopistollinen sairaala. Oulun yliopisto, hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.
- Mahmud, T. 2011. Better Patient Feedback, Better Healthcare. M&K Publishing. Saatavilla käyttäjätunnuksella osoitteesta <http://site.ebrary.com.ezproxy.turkuamk.fi/lib/turkuamk/reader.action?docID=10602524>.
- Murtomaa, H. 2017. Suun terveyden edistäminen. *Therapia Odontologica*. Helsinki: Academica-kustannus Oy. Viitattu 23.4.2017. Saatavilla käyttäjätunnuksella osoitteesta: <http://www.terveysportti.fi.ezproxy.turkuamk.fi/dtk/tod/koti>
- Niemi, T.; Nietosvuori, L. & Virikko, H. 2006. Hyvinvointialan viestintä. Helsinki: Edita Prima.
- Niiranen, T. & Widström, E. 2005. Suuhygienistin työnkuva Suomessa. *Suomen hammaslääkäri-lehti* no. 20/2005, 1184-1191.
- Opetusministeriö 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopintopisteet. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24. Viitattu 2.11.2016. <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf>.
- Rantanen, M.; Johansson, K.; Honkala, E.; Leino-Kilpi, H.; Saarinen, M. & Salanterä, S. 2010. Dental patient education: a survey from the perspective of dental hygienists. *International journal of dental hygiene*. vol. 8, no. 2/2010, 121-127.
- Rashid, M. 2013. The question of knowledge in evidence-based design for healthcare facilities: limitations and suggestions. *Health environments research and design journal*. Vol. 6, no. 4/2013, 101-126.
- Roivas, M. & Karjalainen, A. 2013. Sosiaali- ja terveysalan viestintä. Porvoo: Bookwell Oy.

Routasalo, P.; Airaksinen, M.; Mäntyranta, T. & Pitkälä, K. 2009. Potilaan omahoidon tukeminen. Duodecim. Viitattu 29.11.2016. Saatavilla sähköisesti osoitteessa http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=duo98401&p_haku=OMAHOIDONTUKEMINEN.

Sirviö, H. & Vilmi, V. 2014. Sepelvaltimotautipotilaan kotiutusvaiheen potilasohjaus. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Helsinki: Metropolia ammattikorkeakoulu.

Sosiaali- ja terveystieteiden eettinen perusta. Etene-julkaisu 32. 2011. Viitattu 5.11.2016. <http://etene.fi/documents/1429646/1559058/ETENE-julkaisu32+Sosiaali-+ja+terveysalan+eettinen+perusta.pdf/13c517e8-6644-4fa5-8c5f-193cfdce9841>.

Sonninen, E.; Kinnunen, P. & Pietilä A-M. Elämänhallintaa tukevan ohjauksen kehittäminen. Sairaanhoidaja - Sjuksköterskan vol. 79, no. 10/2006, 18-20.

Stenman, J.; Wennström, J. L. & Abrahamsson, K. H. 2010. Dental hygienists' views on communicative factors and interpersonal processes in prevention and treatment of periodontal disease. International Journal of Dental Hygiene, vol. 8, no. 3/2010, 213-218.

Stolt M.; Axelin, A. & Suhonen R. 2015. Kirjallisuuskatsaus hoitotieteessä. Turun yliopisto. Turku: Juvenes print Turku.

Suomen suuhygienistiliitto 2016. Ammattina suuhygienisti. Viitattu 23.11.2016. <http://www.suuhygienistiliitto.fi/koulutus/ammattina-suuhygienisti/>.

Terveystieteiden ja hyvinvoinnin laitos. 2012. Terveys, toimintakyky ja hyvinvointi Suomessa 2011. Viitattu 23.4.2017. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90832/Rap068_2012_nettti.pdf?sequence=1

Torkkola S.; Heikkinen H. & Tiainen S. 2002. Potilasohjeet ymmärrettäviksi. Tampere: Tammi.

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

Tutkimuseettinen neuvottelukunta (TENK) 2012-2014. Hyvä tieteellinen käytäntö. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje. Viitattu 28.1.2017. Saatavilla osoitteesta <http://www.tenk.fi/> > Hyvä tieteellinen käytäntö (HTK) -ohje > Hyvä tieteellinen käytäntö

Trochelman, K.; Albert, N.; Spence, J.; Murray, T. & Slifcak, E. 2012. Patients and their families weigh in on evidence-based hospital design. American Association of Critical-Care Nurses. Vol. 32, No. 1/2012, e1-e11.

Vilka, H. 2015. Tutki ja kehitä. 4. uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

Ward Casscells, S.; Granger, E.; Williams, T. V.; Kurland, T.; May, L.; Babeau, L.; Boyd, D.; Davis, D.; Ayine, S. & Thomas, N. 2009. TRICARE Management Activity Healthcare Facility Evidence-Based Design Survey. Military Medicine. Vol. 174, no. 3/2009, 236 – 240.

Öhrn, K.; Hakeberg, M. & Abrahamsson, K. H. 2008. Dental beliefs, patients' specific attitudes towards dentists and dental hygienists: a comparative study. International Journal of Dental Hygiene, vol. 6, no. 3/2008, 205-213.

LIITTEET

Liite 1. Tietokantojen hakuhistoria (tutkimusongelma 1 ja 2)

Medic -hakuhistoria

Haku	Hakulauseke	Hakurajaukset	Hakutulokset	Otsikon perusteella valitut	Abstraktin perusteella valitut	Koko tekstin perusteella valitut
1	Maria Kääriäinen AND Potilasohj*	Koko teksti saatavilla, julkaistu 2002-2017, kirjoituskieli suomi tai englanti. Asiasanojen synonyymit käytössä.	10	3	2	2
2	Patient satisfaction AND dental hygienist	Koko teksti saatavilla, julkaistu 2002-2017, kirjoituskieli suomi tai englanti. Asiasanojen synonyymit käytössä.	55	4	1	0
3	Patient education AND dental hygienist	Koko teksti saatavilla, julkaistu 2002-2017, kirjoituskieli suomi tai englanti. Asiasanojen synonyymit käytössä.	113	2	0	0
4	Patient satisfact* AND dental hygien*	Koko teksti saatavilla, julkaistu 2002-2017, kirjoituskieli suomi tai	78	3	1	0

		englanti. Asiasanojen synonyymit käytössä.				
--	--	---	--	--	--	--

EBSCOhost -hakuhistoria

Haku	Hakulauseke	Hakurajaukset	Hakutulokset	Otsikon perusteella valitut	Abstraktin perusteella valitut	Koko tekstin perusteella valitut
1	Patient education AND dental hygienist	Full text, publication date 2002- 2017	264	12	4	3
2	Patient satisfaction AND dental hygienist	Full text, publication date 2002- 2017	35	2	2	0
3	Patient satisfact* AND dental hygien*	Full text, publication date 2002- 2017	41	0	0	0

Elsevier -hakuhistoria

Haku	Hakulauseke	Hakurajaukset	Hakutulokset	Otsikon perusteella valitut	Abstraktin perusteella valitut	Koko tekstin perusteella valitut
1	Patient education AND dental hygienist	Publication date 2002- 2017	976	2	1	0
2	Patient satisfaction AND dental hygienist	Publication date 2002- 2017	222	4	1	0

3	Patient satisfaction* AND dental hygien*	Publication date 2002-2017	2 957	0	0	0
----------	--	----------------------------	-------	---	---	---

Pubmed -hakuhistoria

Haku	Hakulauseke	Hakurajaukset	Hakutuloset	Otsikon perusteella valitut	Abstraktin perusteella valitut	Koko tekstin perusteella valitut
1	Patient satisfaction AND dental hygienist	Free full text, 2002-2017	14	1	0	0
2	Patient education AND dental hygienist	Free full text, 2002-2017	26	4	2	1
3	Patient satisfaction* AND dental hygien*	Free full text, 2002-2017	8	0	0	0

Liite 2. Tietokantojen hakuhistoria (tutkimusongelma 3)

EBSCOhost -hakuhistoria

Haku	Hakulauseke	Hakurajaukset	Hakutuloset	Otsikon perusteella valitut	Abstraktin perusteella valitut	Koko tekstin perusteella valitut
1	Quality of health care AND aesthetic environment OR physical environment	Full text, language: English, Publication date 2002-2017. Major Heading: health facility environment	42	1	1	1

2	Evidence-based design AND privacy AND healthcare	Full text, Publication date 2002-2017	9	0	0	0
3	Evidence based design AND patient centered care	Full text, Publication date 2002-2017	17	3	2	1
4	Patient centered care AND Consultation Room Design OR evidence based design	Full text, language: English, Publication date 2002-2017	634	2	1	1
5	"Healthcare design" OR "evidence-based design" AND patient education	Full text, Publication date 2002-2017	169	3	2	0
6	"Healthcare facilities" AND "physical environment" AND "patient satisfaction"	Full text, Publication date 2002-2017	7	0	0	0
7	Evidence-based AND space AND healthcare	Full text, Publication date 2002-2017	66	1	0	0
8	Health facility environment AND design	Full text, language: English, Publication date 2002-2017. Major Heading: health	7	2	1	1

		facility environment, hospital design and construction, interior design and furnishings				
--	--	---	--	--	--	--

Elsevier -hakuhistoria

Haku	Hakulauseke	Hakurajaukset	Hakutulokset	Otsikon perusteella valitut	Abstraktin perusteella valitut	Koko tekstin perusteella valitut
1	Quality of health care AND aesthetic environment OR physical environment	Publication date 2002-2017	3865	0	0	0
2	Evidence-based design AND privacy AND healthcare	Publication date 2002-2017	5541	0	0	0
3	Evidence based design AND patient centered care	Publication date 2002-2017	185 433	0	0	0
4	Patient centered care AND Consultation Room Design OR evidence based design	Publication date 2002-2017	10 932	0	0	0
5	"Healthcare design" OR "evidence-	Publication date 2002-2017	127	4	1	1

	based design" AND patient education					
6	"Healthcare facilities" AND "physical environment" AND "patient satisfaction"	Publication date 2002-2017	31	2	1	1
7	Evidence-based AND space AND healthcare	Publication date 2002-2017	29 877	0	0	0
8	Health facility environment AND design	Publication date 2002-2017	93 761	0	0	0

Pubmed -hakuhistoria

Haku	Hakulauseke	Hakurajaukset	Hakutulokset	Otsikon perusteella valitut	Abstraktin perusteella valitut	Koko tekstin perusteella valitut
1	Quality of health care AND aesthetic environment OR physical environment	Free full text, publication date 2002-2017, species: humans	12 827	0	0	0
2	Evidence-based design AND privacy AND healthcare	Free full text, publication date 2002-2017	10	1	1	1
3	Evidence based design AND patient centered care	Free full text, publication date 2002-2017	170	2	0	0

4	Patient centered care AND Consultation Room Design OR evidence based design	Free full text, publication date 2002-2017	12 665	0	0	0
5	"Healthcare design" OR "evidence-based design" AND patient education	Free full text, publication date 2002-2017	306	1	1	0
6	"Healthcare facilities" AND "physical environment" AND "patient satisfaction"	Free full text, publication date 2002-2017	0	0	0	0
7	Evidence-based AND space AND healthcare	Free full text, publication date 2002-2017	33	1	1	1
8	Health facility environment AND design	Free full text, publication date 2002-2017	287	1	1	0

Medic -hakuhistoria

Haku	Hakulauseke	Hakurajaukset	Hakutuloset	Otsikon perusteella valitut	Abstraktin perusteella valitut	Koko tekstin perusteella valitut
1	Quality of health care AND aesthetic environment	Koko teksti saatavilla, julkaistu 2002-2017, kirjoituskieli	754	0	0	0

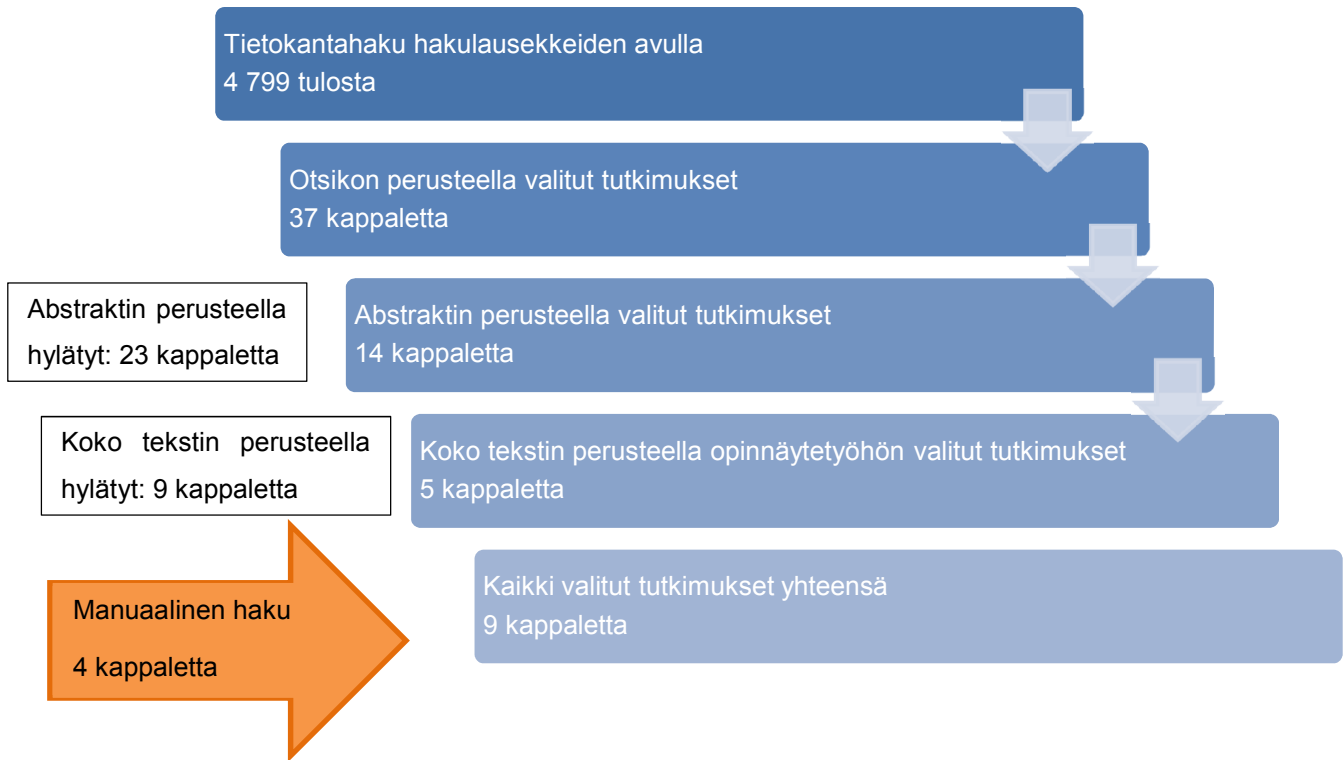
	OR physical environment	suomi tai englantia. Asiasanojen synonyymit käytössä.				
2	Evidence-based design AND privacy AND healthcare	Koko teksti saatavilla, julkaistu 2002-2017, kirjoituskieli suomi tai englantia. Asiasanojen synonyymit käytössä.	0	0	0	0
3	Evidence based design AND patient centered care	Koko teksti saatavilla, julkaistu 2002-2017, kirjoituskieli suomi tai englantia. Asiasanojen synonyymit käytössä.	446	3	1	0
4	Patient centered care AND Consultation Room Design OR evidence based design	Koko teksti saatavilla, julkaistu 2002-2017, kirjoituskieli suomi tai englantia. Asiasanojen synonyymit käytössä.	1210	0	0	0
5	"Healthcare design" OR "evidence-based design" AND patient education	Koko teksti saatavilla, julkaistu 2002-2017, kirjoituskieli suomi tai englantia. Asiasanojen synonyymit käytössä.	0	0	0	0
6	"Healthcare facilities"	Koko teksti saatavilla,	9	0	0	0

	AND “physical environment” AND “patient satisfaction”	julkaistu 2002-2017, kirjoituskieli suomi tai englanti. Asiasanojen synonyymit käytössä.				
7	Evidence-based AND space AND healthcare	Koko teksti saatavilla, julkaistu 2002-2017, kirjoituskieli suomi tai englanti. Asiasanojen synonyymit käytössä.	0	0	0	0
8	Health facility environment AND design	Koko teksti saatavilla, julkaistu 2002-2017, kirjoituskieli suomi tai englanti. Asiasanojen synonyymit käytössä.	56	1	0	0

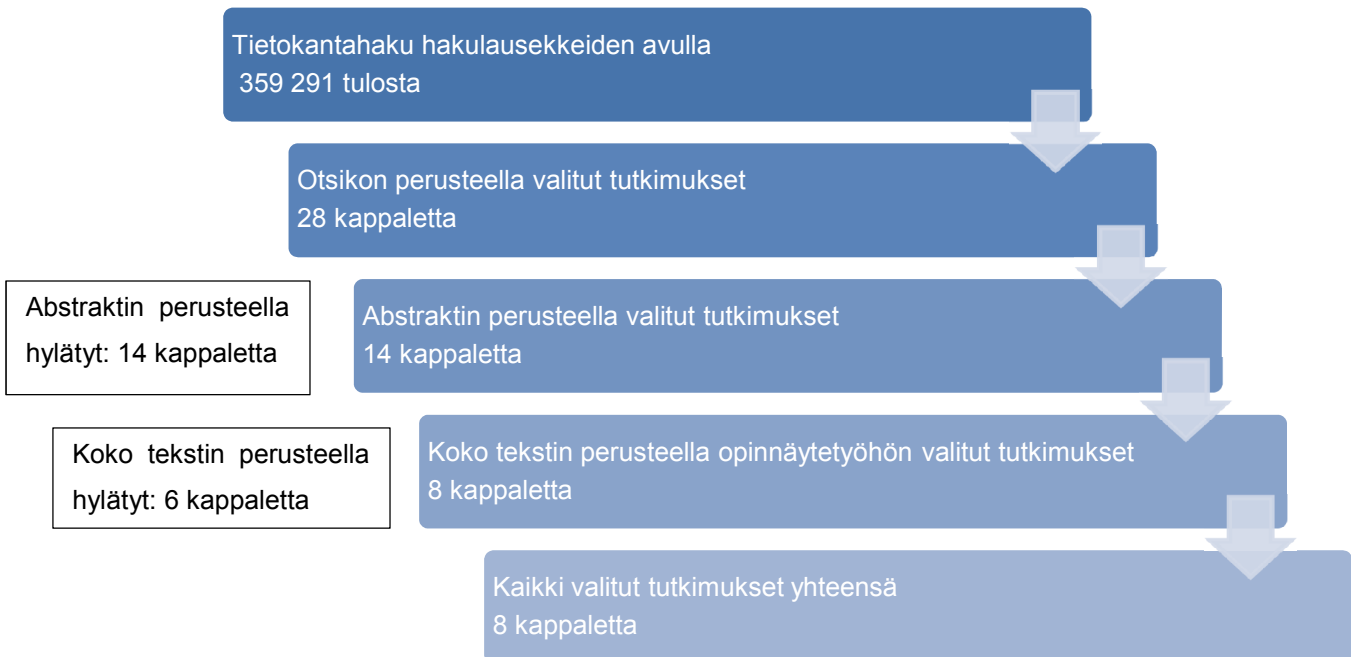
Liite 3. Sisäänotto- ja poissulkukriteerit

Sisäänottokriteerit	Poissulkukriteerit
<ul style="list-style-type: none"> • Julkaisuvuosi 2002-2017 • Koko teksti saatavilla • Kieli: suomi, englanti • Alkuperäistutkimus • Vertaisarvioitu • Vastaa tutkimuskysymykseen 	<ul style="list-style-type: none"> • Vanhempi kuin 2002 julkaistu tutkimus • Teksti ei ole kokonaan saatavilla ilmaiseksi • Kieli: jokin muu kuin suomi tai englanti • Ei alkuperäistutkimus • Ei vertaisarvioitu • Ei vastaa tutkimuskysymykseen

Liite 4. 1. ja 2. tutkimusongelmien tiedonhakuprosessi



Liite 5. 3. tutkimusongelman tiedonhakuprosessi



Liite 6. 1 ja 2. Tutkimusongelmiin valitut tutkimukset

Tutkimuksen tekijä (t) ja julkaisuvuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Tulokset
Curry-Chiu ym. 2015	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää suuhygienistiopiskelijoiden motivoivan haastattelun taitoja. Lisäksi haluttiin selvittää valmistuneiden suuhygienistien näkemyksiä motivoivasta haastattelusta ja sen toteutuksesta käytännön työssä. Tutkimuksessa haluttiin myös selvittää, mitä parannusehdotuksia opiskelijoilla oli motivoivan haastattelun opetuksen suhteen.	Kaikki vastanneet kertoivat kokevansa motivoivan keskustelun hyödylliseksi ja käyttävänsä sen periaatteita säännöllisesti. Vastanneiden käsitykset omista taidoistaan käyttää motivoivan haastattelun keinoja kuitenkin vaihtelivat. Vastaajat raportoivat koke-neensa metodin parantavan potilashoidon laatua. Motivoivan haastattelun koettiin kuitenkin olevan muita ohjausmenetelmiä haastavampi. Kaiken kaikkiaan vastanneet kokivat metodin olevan muita kommunikointimenetelmiä parempi, ja että sen hallitseminen paransi heidän kommunikointikykyään.
Honkala ym. 2002	Suomessa tehdyn tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten usein nuoret saivat suun terveyttä sekä ravitsemusta koskevaa neuvontaa julkisen sektorin hammashuol-	Vaikka lähes kaikki vastanneet olivat käyneet hammaslääkärissä viimeisen kahden vuoden aikana, vähemmistö kertoi saaneensa suun terveyttä koskevaa neuvontaa. Pojat

	lossa. Lisäksi haluttiin selvittää, oliko neuvonnassa tapahtunut muutosta vuosien 1989 ja 1997 välillä.	saivat hampaiden puhdistamista koskevaa ohjausta tyttöjä useammin. Neuvonnan ja ohjeistuksen antamisen frekvenssi oli laskenut hieman vuodesta 1989 vuoteen 1997. Riskipotilaiden tunnistus on tutkimustulosten perusteella erityisen tärkeää.
Horowitz ym. 2013	Yhdysvaltalais tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää millaisia ja miten montaa eri kommunikointi- ja ohjaustekniikkaa Marylandin perhelääkärit ja pediatriit käyttivät päivittäisessä työssään.	Perhelääkärit ja pediatriit käyttivät eri kommunikointi- ja ohjaustekniikoita melko vähän. Lääkärit hyödynsivät 17:sta eri tekniikasta keskimäärin vain 6,4 -6,6:a tekniikkaa. Ne lääkärit, jotka olivat saaneet kommunikointiin liittyvää lisäkoulutusta, hyödynsivät selkeästi laajemmin eri kommunikointi- ja ohjaustekniikoita. Useat vastan-neista epäilivät eri tekniikoiden toimivuutta. Tämä viittaa siihen, ettei lääkäreillä välttämättä ole tarpeeksi tietoa eri kommunikointi- ja ohjaustekniikoista ja niiden hyödyistä.
Kyngäs, 2003	Suomessa tehdyn tutkimuksen tarkoituksena oli	Potilaat muun muassa kokivat, ettei ohjauksessa

	<p>selvittää pitkäaikaissairaiden nuorten käsityksiä saamastaan potilasohjauksesta. Tutkimukseen osallistuneet nuoret olivat 13-17-vuotiaita.</p>	<p>huomioitu heidän tiedontarpeitaan tai toiveitaan ohjauksen ajankohdasta. Ohjauksessa ei myöskään aina otettu huomioon potilaan kehitystasoa. Ohjauksen suunnittelussa koettiin myös olevan puutteita.</p> <p>Ohjaus koostuu optimaalisesti kahden asiantuntijan välisestä kanssakäymisestä - hoitohenkilö toimii käsiteltävän aiheen asiantuntina ja potilas on oman elämänsä asiantuntija.</p>
<p>Kääriäinen, 2007</p>	<p>Suomalaistutkimuksessa haluttiin selvittää Oulun yliopistollisen sairaalan potilaiden ja hoitohenkilöstön käsityksiä potilasohjauksen laadusta. Lisäksi tutkimuksessa haluttiin perehtyä tarkemmin ohjauskäsitteeseen ja sen rakentamiseen.</p>	<p>Hoitohenkilöiden potilasohjausta koskevien tietotaitojen katsottiin olevan melko hyvät. Potilaat kokivat hoitohenkilöiden asenteiden olevan osittain negatiivisia. Myös ohjausajan koettiin olevan riittämätön. Ohjausmenetelmissä oli puutteita eikä kirjallista ohjausmateriaalia jaettu tarpeeksi. Potilaan ja hoitohenkilön väliseen vuorovaikutussuhteeseen oltiin kuitenkin tyytyväisiä. Ohjauksen laatua pidettiin kaiken kaikkiaan hyvänä.</p>

<p>Kääriäinen ym. 2005b</p>	<p>Suomessa tehdyn tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää potilaiden käsityksiä heidän saamastaan hoidosta.</p>	<p>Tutkimustulosten perusteella suurin osa potilaista koki saavansa riittävästi ohjausta. Enemmistö koki ohjauksen olevan potilaslähtöistä.</p> <p>Tyytymättömiä oltiin elämäntilanteen huomioimiseen ja ohjausajan riittävyyteen. Lisäksi hoitohenkilöstön kyvyn hyödyntää ohjauksessa tarvittavaa välineistöä katsottiin olevan puutteellinen.</p> <p>Kaiken kaikkiaan terveydenhuoltohenkilöstön ohjausvalmiuksiin oltiin tyytyväisiä ja ohjauksen koettiin olevan vaikuttavaa. Potilasohjauksen resursseihin, eri ohjausmenetelmien hyödyntämiseen ja potilaan kontekstiin tulisi kuitenkin vastaisuudessa kiinnittää entistä enemmän huomiota.</p>
<p>Rantanen ym. 2010</p>	<p>Suomalaistutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla nykyisiä suuhygienistin hyödyntämiä potilasohjauksen menetelmiä. Tutkimus to-</p>	<p>Vastanneet arvioivat potilasohjausta koskevien taitojensa olevan melko hyvät. Funktionaalisia ja kognitiivisia ohjauksen osa-alueita käsiteltiin riittävästi</p>

	<p>teutettiin selvittämällä suuhygienistien näkemyksiä omasta ammattitaidostaan ja potilasohjaukseen liittyvistä tiedoistaan.</p>	<p>suuhygienistin toteuttamassa potilasohjauksessa.</p> <p>Tutkimuksessa havaittiin kuitenkin, että suuhygienisteillä tulisi olla kokonaisvaltaisempi kuva potilastaan. Lisäksi potilaiden tiedon tarve tulisi selvittää systemaattisesti. Myös erilaisten opetusmenetelmien käytössä havaittiin olevan parantamisen varaa.</p>
Stenman ym. 2010	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli tarkastella suuhygienistin kommunikointiin liittyviä ongelmia ja vuorovaikutussuhteiden merkitystä parodontaalisairauksien ehkäisyssä ja hoidossa.</p>	<p>Keskeisimmiksi kommunikointiin vaikuttaviksi tekijöiksi nousivat luottamuksellisen suhteen luominen potilaaseen, suun terveyttä koskevan tiedon ja ohjeiden jakaminen, oma ammattitaitoisuus suuhygienistinä sekä kannustava työympäristö.</p>
Öhrn ym. 2008	<p>Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, onko potilaiden asenteissa suuhygienistejä ja hammaslääkäreitä kohtaan eroja.</p>	<p>Vastanneilla oli yleisesti ottaen positiivisempi asenne suuhygienistejä kuin hammaslääkäreitä kohtaan. Ilmiö tuli vahvimmin esiin opiskelijoiden keskuudessa, ja vähiten parodontiittia sairastavilla potilailla. Vastanneiden mielestä oli</p>

		<p>kuitenkin todennäköisempää, että he kokevat tulevansa nolatuksi hampaidensa kunnon vuoksi suuhygienistin kuin hammaslääkärin toimesta. Suuhygienistin ja hammaslääkärin ammattitaitoon luotettiin kokonaisuudessaan yhtä paljon.</p>
--	--	---

Liite 7. 3. Tutkimusongelmaan valitut tutkimukset.

Tutkimuksen tekijä(t) ja julkaisuvuosi	Tutkimuksen tarkoitus	Tulokset
--	-----------------------	----------

<p>Almquist ym. 2009</p>	<p>Hoituhuoneiden sisustus on pysynyt lähes muuttumattomana, vaikka kliiniset käytänteet, kuten tietotekniset uudistukset sekä potilaslähtöinen hoitotapa, ovat muuttuneet merkittävästi. Hoituhuoneen uudistetun sisustuksen vaikutukset potilaan ja hoitohenkilön väliseen kohtaamiseen ovat epäselviä.</p>	<p>Hoituhuoneen sisustuksella on vaikutusta potilaan ja hoitohenkilön väliseen kohtaamiseen. Uudistetussa huoneessa hoitohenkilöstö hyödynsi tietokonetta enemmän kommunikoinnin apuvälineenä ja potilaat pystyivät olemaan paremmin vuorovaikutuksessa tietokoneen kanssa. Potilaat näkivät paremmin tietokoneen näytölle ja saivat itse katsoa terveystietojaan näytöltä. Lisäksi hoitohenkilöt antoivat potilaille uutta tietoa ja kävivät yhdessä läpi internetissä saatavilla olevaa tietoa näytön välityksellä. Tutkimuksessa ei havaittu eroja potilaiden tyytyväisyyden, molemminpuolisen kunnioituksen tai kommunikoinnin laadun osalta tavalliseen hoituhuoneeseen verrattuna.</p>
<p>Andrade & Devlin, 2015</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää Ulrichin (1991) teorian paikkansapitävyyttä. Teorian mukaan sairaalaympäristö aiheuttaa vähemmän</p>	<p>Tutkimustulokset vahvistivat Ulrichin teorian paikkansapitävyyden. Osallistujat kokivat selkeästi vähemmän stressiä tilanteissa, joissa ympäristö</p>

	<p>stressiä, jos ympäristö edistää potilaiden kontrollin tunnetta sekä tarjoaa sosiaalista tukea ja positiivisia häiriötekijöitä. Tutkijoiden hypoteesina olikin, että edellä mainittujen ympäristöön liittyvien elementtien lisääntyessä potilaiden kokema stressi vähenee.</p>	<p>edisti kontrollin tunnetta sekä tarjosi sosiaalista tukea ja positiivisia häiriötekijöitä. Tutkittavista elementeistä kontrollin tunteeseen liittyvillä elementeillä oli vähiten vaikutusta potilaan kokeman stressin määrään.</p>
<p>Campos Andrade ym. 2012</p>	<p>Tutkimuksen päämääränä oli analysoida prosessia, jonka kautta terveyspalveluiden fyysinen ympäristö vaikuttaa potilaiden hyvinvointiin. Tutkinnan kohteena oli erityisesti aistimusten ja havaintojen välittämä rooli fyysisestä ja sosiaalisesta ympäristöstä.</p>	<p>Ympäristön laatu vaikuttaa tyytyväisyyteen sitä koskevien näkemysten kautta. Sillä, oliko henkilö sairaalapotilas vai avohoidon potilas, havaittiin olevan merkitystä. Sairaalapotilaille käsitys sosiaalisen ympäristön laadusta vaikutti ympäristön laadun ja potilaan tyytyväisyyden väliseen suhteeseen, kun taas avohoidon potilailla vaikuttimena toimi käsitys fyysisen ympäristön laadusta.</p>
<p>Caspari, 2010</p>	<p>Norjalaistutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla ammattilaisten arvioita ja toiveita sairaaloiden esteetikasta. Olettamuksena</p>	<p>Tutkimustulosten mukaan esteettinen ympäristö on erittäin tärkeä potilaan terveyden ja hyvinvoinnin kannalta. Kaikki tutkimukseen osallistuneet olivat</p>

	<p>oli, että esteettisyys on laiminlyöty monissa sairaalaympäristöissä.</p>	<p>kuitenkin yhtä mieltä siitä, että sairaaloiden esteettisyys oli miltei olematonta. Vastanneet kokivat, että monia esteettisyyteen liittyviä asioita voitaisiin muuttaa ja parantaa ilman kohtuuttoman suuria taloudellisia kustannuksia. Hyvä sisäilma, tuoksuton ympäristö, valoisuus, värien käyttö sisustuksessa sekä luontoelementit olivat asioita, jotka vastanneet kokivat erityisen tärkeiksi ympäristön esteettisyyden kannalta. Muun muassa melun, yksityisyyden puutteen, epämiellyttävien hajujen, tilanpuutteen ja tylsän värikkäytön koettiin olevan esteettisyyden ongelma-kohtia.</p>
<p>Douglas & Douglas, 2004</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää potilaiden käsityksiä ja asenteita Iso-Britannian julkisen terveydenhuollon (NHS) sairaaloista. Ajatuksena oli, että saadut tulokset välitettäisiin sairaaloiden suunnittelusta vastaaville ammattilaisille,</p>	<p>Kaikki potilaiden esille tuomat prioriteetit, ongelmat ja huolenaiheet olivat hyvin samankaltaisia. Potilaat kokivat yksityisyyden erittäin tärkeäksi. Myös kotoisa tunnelma, kannustava ympäristö ja tilojen hyvä suunnittelu</p>

	<p>jotta tulevaisuuden sairaalat vastaisivat paremmin potilaiden tarpeita.</p>	<p>koettiin tärkeiksi. Sairaaloihin toivottiin myös lisää valoisuutta, ikkunoita, rohkeampaa värien käyttöä, luontoaiheisia valokuvia ja muuta taidetta sekä hyvää ilmanvaihtoa. Kaiken kaikkiaan sairaalaympäristön koettiin olevan kannustava.</p>
<p>Ferri ym. 2015</p>	<p>Kanadalaistutkimuksen tarkoituksena oli havainnoida potilaiden käsityksiä ja kokemuksia uuden teho-osaston hoitohuoneista. Uudet huoneet oli rakennettu näyttöön perustuvaa suunnittelua hyödyntäen.</p>	<p>Potilaat kokivat hoitohuoneiden tunnelman tärkeäksi. Erityisen tärkeiksi seikoiksi mainittiin luonnonvalo sekä hiljaisuus. Niin ikään yhden hengen huoneet, mahdollisuus säätää huoneen valaistusta sekä tietokoneiden määrän lisääminen koettiin tyytyväisyyttä lisääviksi seikoiksi.</p> <p>Näyttöön perustuvaa suunnittelua voidaan hyödyntää teho-osastojen suunnittelussa optimaalisen hoito- ja työskentelyympäristön aikaansaamiseksi niin potilaille ja heidän läheisilleen kuin palveluntuottajillekin.</p>

<p>Trochelman, 2012</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli ottaa selvää potilaiden ja heidän perheidensä näkemyksistä uuteen sydänkeskukseen tehdyistä näyttöön perustuvista suunnitteluominaisuuksista.</p>	<p>Tutkimukseen osallistuneet kokivat uusien potilashuoneiden olevan muun muassa hiljaisempia, tilavampia ja siistimpiä vanhoihin potilashuoneisiin verrattuna. Potilashuoneiden isot ikkunat ja potilaiden läheisten huomioiminen keräsivät myös kiitosta. Vastanneet kokivat olevansa iloisempia ja rentoutuneempia uusissa huoneissa, ja kykenivät toimimaan niissä entistä itsenäisemmin. Lisäksi potilaat kokivat vähemmän stressiä ja ahdistuneisuutta.</p> <p>On tärkeää, että potilaiden ja heidän läheistensä sekä hoitohenkilöstön hyvinvointiin vaikuttavia hoitoympäristön ominaisuuksia hyödynnetään tulevaisuudessa uusien sairaaloiden rakennushankkeissa.</p>
<p>Ward Casscells ym. 2009</p>	<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää yhdysvaltalaisen aktiivisessa palveluksessa olevien so-</p>	<p>Vastanneet kokivat kehitysideoista tärkeimmiksi yksityisyyden, yöpymistilat vieraille sekä mahdoli-</p>

	<p>tilaiden ja heidän puolisoidensa ajatuksia kymmenestä terveydenhuollon tilojen suunnittelua koskevasta kehitysideasta. Ehdotettujen uudistusten toivottiin lisäävän sairaalassaoloajan mukavuutta ja miellyttävyyttä. Kehitysideat perustuivat näyttöön perustuvaan terveydenhuollon suunnitteluun.</p>	<p>suuden säätää potilas- huoneen valaistusta ja lämpötilaa.</p>
--	--	--