

HOITOHENKILÖKUNNAN ARVIOT POTILASOHJAUSTAIDOISTAAN JA  
OHJAUSMENETELMIEN HALLINNASTA

- kehittämishanke KYSin ja Kysterin potilasohjausosaamisen vahvistamiseksi

Tuomo Huurre  
Pro gradu -tutkielma  
Hoitotiede  
Terveystieteiden opettajankoulutus  
Itä-Suomen yliopisto  
Terveystieteiden tiedekunta  
Hoitotieteen laitos  
Lokakuu 2014

# SISÄLTÖ

## TIIVISTELMÄ

## ABSTRACT

<b>1 JOHDANTO</b> .....	1
<b>2 POTILASOHJAUSTAIDOT JA OHJAUSMENETELMÄT</b> .....	3
2.1 Tiedonhakeminen .....	3
2.2 Potilasohjaus.....	4
2.3 Potilasohjaustaidot .....	5
2.3.1 Asiakkaan kokonaisvaltainen huomioiminen potilasohjauksessa.....	6
2.3.2 Potilasohjauksen suunnitelmallisuus ja tavoitteellisuus.....	10
2.3.3 Potilasohjauksen toteuttaminen.....	11
2.3.4 Potilasohjauksen kirjaaminen.....	13
2.4 Potilasohjauksen ohjausmenetelmät.....	13
2.4.1 Yleisimmät potilasohjausmenetelmät .....	14
2.4.2 Ohjaus- ja oppimistyylit.....	15
2.4.3 Potilasohjausta täydentävät menetelmät.....	19
2.5 Potilasohjauksen kehittämiskohteet ja tutkimusten yhteenveto .....	20
<b>3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET</b> .....	22
<b>4 MITTARI, AINEISTO JA TUTKIMUSMENETELMÄT</b> .....	23
4.1 Mittari.....	23
4.2 Aineisto .....	27
4.3 Aineiston analyysi.....	28
<b>5 TUTKIMUSTULOKSET</b> .....	30
5.1 Vastanneen hoitohenkilökunnan taustatiedot.....	30
5.2 Hoitohenkilökunnan arvioinnit potilasohjaustiedoista, -taidoista ja -laadusta työyksiköissä .....	32
5.3 Hoitohenkilökunnan arvioinnit potilasohjaustaidoista ja -menetelmistä summamuuttujittain.....	34
5.3.1 Asiakkaan kokonaisvaltainen huomioiminen potilasohjauksessa.....	34
5.3.2 Potilasohjauksen suunnitelmallisuus ja tavoitteellisuus.....	35

5.3.3 Potilasohjauksen toteuttaminen.....	36
5.3.4 Potilasohjauksen kirjaaminen.....	37
5.3.5 Yleisimmin potilasohjauksessa käytetyt menetelmät.....	38
5.3.6 Ohjaus- ja oppimistyylien tunteminen .....	39
5.3.7 Potilasohjausta täydentävien ohjeiden käyttö .....	39
5.4 Hoitohenkilökunnan arviot potilasohjaustaidoista ja menetelmistä taustamuuttujittain	40
5.5 Tutkimustulosten yhteenveto .....	47
<b>6 POHDINTA .....</b>	<b>49</b>
6.1 Tulosten tarkastelua.....	49
6.2 Tutkimuksen eettisyys.....	55
6.3 Tutkimuksen luotettavuus .....	56
6.4 Johtopäätökset ja suositukset .....	57
6.5 Jatkotutkimushaasteet.....	59
<b>LÄHTEET.....</b>	<b>61</b>

## LIITTEET

- LIITE 1. Tiedonhaku tietokannoista. Potilasohjaustaidot.
- LIITE 2. Tutkimuksia potilasohjaustaidoista.
- LIITE 3. Tiedonhaku tietokannoista. Potilasohjauksen ohjausmenetelmät.
- LIITE 4. Tutkimuksia potilasohjauksen ohjausmenetelmistä.
- LIITE 5. Saatekirje tutkimukseen osallistujille.
- LIITE 6. Kyselymuistutus tutkimukseen osallistujille.

**Huurre, Tuomo:**

Hoitohenkilökunnan arviot potilasohjaustaidoistaan ja ohjausmenetelmien hallinnasta – kehittämishanke KYSin ja Kysterin potilasohjausosaamisen vahvistamiseksi  
Pro gradu tutkielma, 66 sivua, liitteiden määrä 6 (15 sivua).

Tutkielman ohjaajat:

Professori, TtT, Hannele Turunen  
Yliopistolehtori, TtT, Terhi Saaranen

Lokakuu 2014

---

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata KYSin ja Kysterin hoitohenkilökunnan arvioita potilasohjaustaidoistaan ja ohjausmenetelmien hallinnastaan ennen potilasohjauksen peruskurssia (POH 1). Tutkimus oli osa laajempaa kehittämis- ja tutkimushanketta, jonka tavoitteena on tuottaa tietoa koulutusintervention vaikutuksista ja potilasohjausosaamisen vahvistamisesta. Kohderyhmä oli KYSin ja Kysterin hoitohenkilökunta (N=3120). Sähköiseen Webropol-kyselyyn vastasi yhteensä 491 henkilöä ja vastausprosentti oli 16,3.

Aineisto kerättiin tutkimusta varten kehitetyllä mittarilla. Aineisto analysoitiin SPSS for Mac 21 -ohjelmistolla. Aineistolle tehtiin eksploratiivinen faktorianalyysi ja muuttujista muodostettiin 7 keskiarvosummamuuttujaa. Mittarin sisäistä johdonmukaisuutta arvioitiin Cronbachin alfa-kertoimella ja se vaihteli summamuuttujittain välillä 0,612-0,894. Taustamuuttujat kuvattiin frekvenssein ja prosenttiosuuksin. Tulosten kuvaamiseen käytettiin frekvenssejä, prosenttiosuuksia, keskiarvoja ja keskihajontaa. Summamuuttujien keskiarvojen eroja taustamuuttujiin testattiin non-parametrisillä Mann-Whitneyn U- ja Kruskal-Wallis-testeillä.

Hoitohenkilökunta arvioi potilasohjaustaitonsa paremmiksi kuin potilasohjausmenetelmien hallinnan. Vahvimmat potilasohjauksen osa-alueet olivat: asiakkaan kokonaisvaltainen huomioiminen ja potilasohjauksen toteuttaminen. Heikoimmat osa-alueet olivat potilasohjauksen suunnitelmallisuus ja tavoitteellisuus ja yleisimpien potilasohjausmenetelmien hallinta.

Potilasohjaus taitoja ja menetelmähallintaa voidaan pitää kohtalaisena. Potilasohjausprosessi toteutuu vain osin täydellisesti ja potilasohjausmenetelmien hallinta oli yksipuolista. Ammatillinen koulutus, näyttöön perustuvan tiedon käyttö, ohjaukseen käytetty aika ja kokemus omista potilasohjaus taidoista ja taidoista olivat yhteydessä hoitohenkilökunnan arvioihin potilasohjauksesta.

Tutkimuksessa saatuja tuloksia voidaan hyödyntää potilasohjauskoulutuksen kehittämisessä, tarkentamisessa ja kohdentamisessa sairaaloissa. Koulutus on avainasemassa potilasohjaustaidoissa ja menetelmissä kehityksessä. Koulutuksessa tulee korostaa tiedonhakutaitoja, näyttöön perustuvan tiedon käyttöä ja potilasohjausprosessin eri vaiheita. Menetelmäosaamisen lisäämiseksi uusia menetelmiä tulisi ottaa käyttöön ja niiden pysyvyyttä täytyisi lisätä.

Asiasanat: potilasohjaus, hoitohenkilökunta, potilasohjaustaidot, potilasohjausmenetelmät

**Huurre, Tuomo:**

The evaluations of patient education skills and methods competence of the nursing staff – A Development project for enhancing patient education competence in KUH and Kysteri  
Masters` thesis, 66 pages, appendices 6 (15 pages).  
Supervisors: Professor, PhD Hannele Turunen  
University lecturer, PhD Terhi Saaranen

October 2014

---

The purpose of this study was to describe the evaluations of patient education skills and methods competence of the nursing staffs in Kuopio University Hospital and Kysteri prior to patient education training. This study was part of the larger development and research project, which aims to increase patient education competence in KUH and Kysteri. The target group of the study was nursing staff (N=3120) of the Kuopio University Hospital and Kysteri. The data was collected by web-based questionnaire in august 2013. The number of nursing respondents was 419 and the response rate was 16,3%.

The research data was collected by purpose-built questionnaire and analyzed by using SPSS for Mac 21 -statistical program. The information was condensed with exploratory factor analysis down to 7 summary variables. Cronbach`s alpha factor was calculated for each summary variable and the values were between 0,612-0,894. The background variables were described by frequency, percent, means and standard deviation. The connections between background variables and summary variables were tested using nonparametric (Mann Whitney`s U and Kruskal-Wallis) tests.

Nursing staff evaluated their patient education skills slightly better than methods competence. The strongest patient education areas were patients comprehensive support and patient education practice. The weakest areas of patient education were planning and setting objectives in patient education and management of the most common patient education methods.

The present state of the patient education can be considered moderately good. Patient education process was only partially completed and method competence was one-sided. The occupational education, the use of evidence-based information, the time used for patient education and the evaluation of one`s own educational skills correlated with evaluations in patient education.

The information gained from this study can be used to develop, refine and focus patient education training in the participating hospitals. Education is the key element to increase patient education competence. Patient education training should highlight importance of information retrieval skills, use of evidence based knowledge and different phases of the patient education process. In order to increase methods competence, the units should implement and root new patient education methods.

Keywords: Patient education, Nursing Staff, Patient education skills, Patient education competence.

## 1 JOHDANTO

Tämän pro gradu -tutkielman tarkoituksena on kuvata ja arvioida Kuopion yliopistollisen sairaalan (KYS) ja Kysterin hoitohenkilökunnan arvioita ja käsityksiä potilasohjausta koskevista taidoistaan ja ohjausmenetelmien hallinnasta. Tämä tutkimus on osa KYSin potilasohjauksen kehittämis- ja tutkimushanketta, jonka tavoitteena on tuottaa tietoa koulutusintervention vaikutuksista ja potilasohjausosaamisen vahvistamisesta. Tulokset lisäävät tietoa hoitajien potilasohjauskäsityksistä Pohjois-Savon sairaanhoitopiirissä. Hankittua tietoa käytetään potilasohjauskoulutuksen kohdentamiseen ja sen painotuksiin.

Potilasohjaus on kiinteä osa hoitotyötä ja sen antaminen perustuu etiikkaan ja lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785). Potilasohjaus on konteksti- ja arvosidonnaista, aktiivista ja vuorovaikutuksellista toimintaa, joka tapahtuu ohjaajan ja ohjattavan ohjaussuhteessa. Ohjauksen avulla tapahtuu oppimista, voimaantumista, itseohjautuvuuden lisääntymistä, terveyden edistämistä sekä säästöjä. (Kääriäinen ym. 2005a, 2007). Potilasohjaus on hoitajien ydinosamisalue, jolla mahdollistetaan asiakkaan tiedon saanti ja tuki (Fall ym. 2013, Kaakinen 2013). Potilasohjaus on laajalti käytöön otettu (Kääriäinen ym. 2010), halpa, turvallinen ja helppo käytäntö (Rosenfelt ym. 2010). Potilasohjaus vaatii hoitajalta laaja-alaisia kykyjä ja osaamista (Kelo ym. 2013a).

Potilasohjausta koskevat taidot liittyvät potilasohjausprosessin eri vaiheisiin: suunnittelu, toteutus ja arviointi (Kääriäinen ym. 2005bc, Kyngäs ym. 2007, Laine ym. 2012). Ohjaustarve syntyy aina asiakkaan tarpeista. Ohjaaja huomioi ja tunnistaa asiakkaan yksilölliset taustatekijät. Taustatietojen selvittämisen jälkeen ohjaukselle suunnitellaan tavoitteet yhteistyössä asiakkaan kanssa. Tavoitteiden toteutumista seurataan ja ohjauksesta saadaan sekä annetaan palautetta. Potilasohjausprosessin kaikki vaiheet kirjataan huolellisesti. Potilasohjauksessa käytettävät menetelmät perustuvat asiakkaan yksilöllisiin taustatietoihin. (Kyngäs ym. 2007, Laine ym. 2012.)

Aikaisemmissa tutkimuksissa on todettu, että potilasohjauksen resurssit ja hoitohenkilöstön tiedot ja taidot ovat kohtalaisen hyvät (Kääriäinen 2007), mutta potilasohjauksen toteutus on puutteellista prosessin kaikissa vaiheissa (Kähkönen ym. 2012). Yksilöohjausta käytetään potilasohjauksessa eniten ja muita menetelmiä harvemmin (Heikkinen ym. 2006, Kääriäinen

ym. 2006, Lipponen ym. 2008, Hyttinen ym. 2011, Kääriäinen ym. 2010). Kehittämisalueita ovatkin potilasohjausmenetelmät ja ohjauksen sisällön kehittäminen ja monipuolistaminen (Kääriäinen 2007, Friedman ym. 2010, Kähkönen ym. 2012). Potilasohjauksesta tarvitaan enemmän laadukasta koulutusta (Avsar ym. 2011, Aghakhani ym. 2012, Kelo ym. 2013b, Lahl ym. 2013).

Tutkimustietoa potilasohjauksessa käytettävistä menetelmistä on runsaasti, mutta tutkimusta tarvitaan uusien potilasohjausmenetelmien käyttöönotosta, ohjauksen sisällöllisestä kehittämisestä ja monipuolistamisesta (Kääriäinen 2007, Friedman ym. 2010, Kääriäinen ym. 2011, Kähkönen ym. 2012). Lisäksi tutkimusta tarvitaan potilasohjauksen etiikasta (Kääriäinen ym. 2005, Heikkinen ym. 2006) ja elämänlaatuvaikutuksista (Strupeit ym. 2013).

Tässä tutkimuksessa käsiteltävät potilasohjaustaitojen osa-alueet ovat: asiakkaan kokonaisvaltainen huomioiminen, potilasohjauksen suunnitelmallisuus, tavoitteellisuus, toteutus ja kirjaaminen. Potilasohjausmenetelmien osa-alueet ovat: yleisimpien potilasohjausmenetelmien hallinta, ohjaus- ja oppimistyylien tunteminen ja potilasohjausta täydentävien menetelmien käyttö.

## 2 POTILASOHJAUS TAIDOT JA OHJAUSMENETELMÄT

### 2.1 Tiedonhakeminen

Tieteellisen tiedon haussa käytettiin Medline-, Cinahl- ja Medic-viitetietokantoja ja manuaalista hakua (liitteet 1 ja 3). Haut on rajattu vuosille 2008-2014. Mukaan on otettu myös joitakin vanhempia potilasohjausta koskevia tutkimuksia, jotka ovat hoitotieteellisesti merkittäviä.

Hakusanoina englanninkielisiin tietokantoihin käytettiin aluksi sanoja: *patien\**, *education\**, *counsel\**, *intruc\**, *teach\**, *potilasohj\** ja *potilasope\**. Tuloksia löytyi runsaasti rajauksella abstractin olemassa olo, englanninkielisyys ja vuodet 2008-2014: Cinahl 28492 kpl, Medline 52054 kpl, Medic 419 kpl. Hakulauseketta muutettiin lisäämällä siihen tarkennuksia ja rajoituksia katkaistuun sanayhdistelmin: *patien\**, *education\**, *counsel\**, *intruc\**, *attitu\**, *skill\**, *knowle\**, *percept\**, *qualit\**. Tuloksia löytyi edelleen: CINAHL 17586 kpl ja MEDLINE 27756 kpl. Potilasohjaus on viime vuosina paljon tutkittu ja kirjoitettu aihe. Hakutulosten runsauden vuoksi päädyttiin käyttämään haussa otsikkohakua (title), edellä mainituin rajoituksin. Tiedonhaku tietokannoista toteutettiin joulukuussa 2013 ja tammikuussa 2014. Hakulausekkeeksi Medline:en ja Cinahl:iin muodostettiin aikaisempien hakujen pohjalta: (patient AND (educ\* OR counsel\* OR instruc\* OR teach\*)) AND (attitu\* OR skill\* OR knowle\* OR percept\* OR qualit\*). Medic:stä haettiin artikkeleja ja väitöskirjoja hakulausekkeella: *potilasohj\** OR *potilasope\** AND *tutkiva hoit\** *hoitotie\** ja *potilasohj\** or *potilasope\**. Hakutuloksia tuli tällöin kohtuullinen CINALH 78 kpl, MEDLINE 168 kpl ja Medic 72 kpl. Hakua täydennettiin manuaalisella haulla lähdeluetteloista ja Cited Reference listoilta. Nämä hakutulokset valittiin jatkotarkastelua varten (liitteet 2 ja 4).

Teoriaosassa mukaillaan potilasohjauksen peruskurssin (POH 1) ja potilasohjauksen syventävän kurssin (POH 2) sisältöjä ja materiaalia. Potilasohjauksen peruskurssin ja syventävä kurssin materiaali löytyy Kuopion yliopistollisen sairaalan Moodle -verkko-oppimisympäristöstä.



## 2.2 Potilasohjaus

Terveydenhuoltoa säädellään laeilla ja asetuksilla. Jo perustuslaissa todetaan, että jokaisella on oikeus riittäviin sosiaali- ja terveystalouteihin (1999/731). Laadukkaalla potilasohjauksella varmistetaan potilaan tai asiakkaan tiedonsaanti omasta terveydentilastaan sekä turvataan hoidon jatkuvuus. Terveydenhuoltolaki (1326/2010) velvoittaa potilasohjauksen kehittämiseen ja palveluiden asiakaslähtöisyyden vahvistamiseen. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) määrittää, että potilaalla on oikeus saada tietoa terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista sekä niiden vaikutuksista. Terveydenhuollon henkilöstön on annettava selvitys potilaalle ymmärrettävällä tavalla, jotta hän voi osallistua päätöksentekoon hoidossaan. (Laki 1992/785.) Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (1994/559) painottaa ammattieettisiä velvollisuuksia, pyrkii edistämään potilasturvallisuutta ja terveydenhuollon palveluiden laatua.

Hyvän ja arvokkaan potilasohjauksen perusta on etiikassa. Lakien ja asetusten lisäksi potilasohjausta määrittävät terveydenhuollon eettiset periaatteet, jotka on asettanut eettinen neuvottelukunta (ETENE). Terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan mukaan terveydenhuollon tehtävänä on terveyden edistäminen, sairauksien ehkäisy ja kärsimysten lievittäminen. Lisäksi eettinen neuvottelukunta määrittää kuusi periaatetta: potilaan oikeus hyvään hoitoon, ihmisarvon kunnioitus, itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, hyvä ammattitaito ja hyvinvointia edistävä ilmapiiri sekä yhteistyö ja keskinäinen arvonnanto. Eettisten ohjeiden näkökulma potilasohjaukseen huomioi sekä asiakkaan että hoitajan. Hoitajien tulee työssään noudattaa ammattietiikkaa. Potilasohjausta annettaessa on oltava tietoinen potilasohjausta määrittävästä lainsäädännöstä, terveydenhuollon eettisistä periaatteista, ammattietiikasta ja omista henkilökohtaisista eettisistä käsityksistään (Etene 2001, 2012, Lipponen ym. 2006, Leino-Kilpi & Välimäki 2014.)

Potilasohjaus on kontekstisidonnaista, aktiivista ja vuorovaikutuksellista toimintaa, joka tapahtuu ohjaajan ja ohjattavan ohjaussuhteessa. Ohjaaja on hoitotyön asiantuntija eli hoitaja. Ohjattava on asiakas, potilas, omainen, perhe tai yhteisö. Tässä pro gradu-tutkielmassa ohjattavasta käytetään Kyngästä ym. (2007) mukailleen nimitystä asiakas. Ohjauksen avulla tapahtuu oppimista, voimaantumista, itseohjautuvuuden lisääntymistä, terveyden edistämistä sekä kansantaloudellisia säästöjä. (Kääriäinen ym. 2005a, 2007.) Rinnakkain ohjaus-käsitteen kanssa käytetään usein termejä: neuvonta, opetus tai tiedon antaminen ja niiden

englanninkielisiä vastineita: patient education, counselling, instruction ja teaching (Kääriäinen ym. 2005a). Rakenteellisesti ohjaustapahtuma on keskustelua suunnitelmallisempi ongelmanratkaisuprosessi. Ohjaustapahtuma sisältää myös tiedon antamista, mikäli asiakas ei kykene itse ratkaisemaan tilannettaan. Ohjaussuhteelle on ominaista sen tasa-arvoisuus. Ohjaussuhteessa hoitaja että asiakas ovat oman asiansa asiantuntijoita. (Kyngäs ym. 2007.)

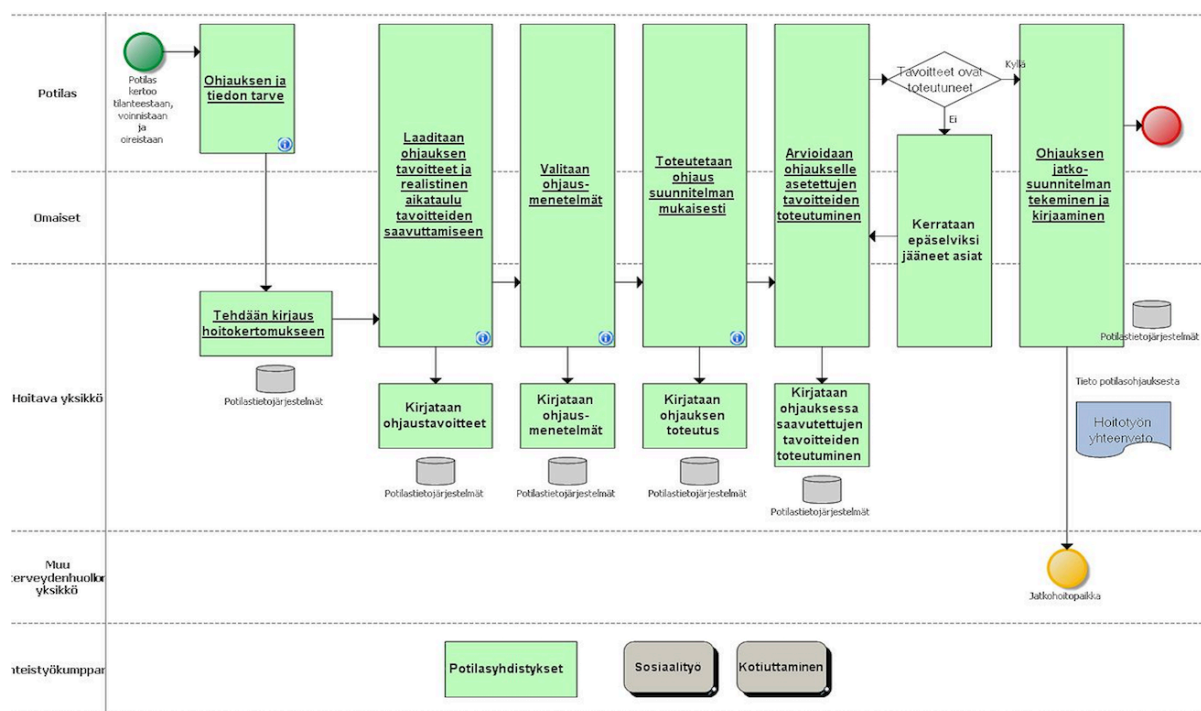
Potilasohjauksella on positiivisia vaikutuksia asiakkaan terveyteen ja terveystietoisuuteen (Kääriäinen ym. 2005b). Potilasohjaus korostuu itsehoitoon ja käyttäytymisen muutokseen liittyvissä asioissa (Emtner ym. 2009). Potilasohjauksessa tulee kiinnittää huomioita siihen, että asiakas ymmärtää saamansa ohjeet (Engel ym. 2012). Hoitajan rooli potilasohjauksessa voi olla oppija, neuvoja, avustaja/työtoveri, opettaja ja rajoittaja (Koivunen ym. 2012). Potilasohjaus on laajalti käytöön otettu (Kääriäinen ym. 2010), halpa, turvallinen ja helppo käytäntö (Rosenfelt ym. 2010). Sen avulla voidaan vaikuttaa asiakkaiden asenteisiin, sairauden hoitoon, itsehoitoon ja sairauden oireiden hallintaan (Kaakinen 2013). Potilasohjaus vaikuttaa toimenpiteeseen valmistautumiseen ja sen onnistumiseen (Rosenfelt ym. 2010). Asianmukainen potilasohjaus vähentää toistuvia ja epätarkoituksenmukaisia käyntejä sekä lisää potilastyytyväisyyttä (Gozdzialski ym. 2012).

### **2.3 Potilasohjaustaidot**

Potilasohjaus on hoitajien ydinosamisalue, jolla mahdollistetaan asiakkaan tiedon saanti ja tuki (Fall ym. 2013). Potilasohjaus vaatii hoitajalta laaja-alaisia kykyjä ja osaamista (Kelo ym. 2013a). Potilasohjauksen taidot ovat osa hoitajan ammatillista roolia, johon liittyy koulutuksellinen vastuu. Käsitukset näistä taidoista ovat yhteydessä ammattitaitoon ja omasta työstä selviytymiseen. (Friberg ym. 2012.)

Potilasohjausta koskevat taidot liittyvät potilasohjausprosessin eri vaiheisiin (Kuvio 1): suunnittelu, toteutus ja arviointi. Potilasohjauksen suunnittelu tehdään yhdessä asiakkaan kanssa ja siinä otetaan huomioon hänen taustatekijänsä. (Kääriäinen ym. 2005c, Kyngäs ym. 2007.) Suunnittelussa on olennaista tunnistaa, millaisia tietoja ja taitoja asiakas tarvitsee, mitä hän haluaa oppia ja miten hän tiedot omaksuu. Suunnitteluvaiheeseen liittyy asiakkaan oppimistyylin tunnistaminen eli kuinka hän omaksuu ohjauksessa käytävät asiat parhaiten.

(Kyngäs ym. 2007, Laine ym. 2012.) Tavoitteet määritellään yhteistyössä asiakkaan kanssa lyhyellä ja pitkällä aikavälillä. Toteutusvaiheessa ohjausta antavalla hoitajalla tulee olla riittävät ja näyttöön perustuvat tiedot ohjattavista asioista, oppimis- ja opetusmenetelmistä ja opetustyyleistä. Fyysiset tilat ovat yhteydessä ohjauksen onnistumiseen. Lopuksi ohjausprosessia arvioidaan yhdessä asiakkaan kanssa. Onnistuneessa asiakaslähtöisessä ohjausprosessissa sekä asiakas että hoitaja ovat aktiivisia, vastuullisia ja motivoituneita. (Kääriäinen ym. 2005c, Kyngäs ym. 2007, Laine ym. 2012.) Hoitajan aloitteellinen ja herkkä tiedon antaminen ehkäisevät tiedon puutetta ja helpottavat asiakkaan päätöksentekoa ja ratkaisuja (Kyngäs ym. 2007). Potilasohjauksen laatuun voidaan vaikuttaa strukturoidulla mallilla, jossa ohjaus on suunnattu tietylle asiakasryhmälle ja sen sisältö on kaikille sama (Hätönen ym. 2010).



Kuvio 1. Kuopion yliopistollisen sairaalan (KYS) potilasohjauksen prosessimalli.

### 2.3.1 Asiakkaan kokonaisvaltainen huomioiminen potilasohjauksessa

Potilasohjausprosessin kaikissa vaiheissa vaaditaan hyvää vuorovaikutusosaamista (Koutsopoulou ym. 2010). Ammatillinen vuorovaikutus on monipuolinen taito, jonka taustalla on tietoa ja oppimista (Vilen ym. 2002). Suomessa hoitajat ovat arvioineet vuorovaikutustaitonsa yleensä hyväksi (Kääriäinen ym. 2006, 2007, Kaakinen 2013).

Potilasohjauksessa vaaditaan ohjaustaitojen lisäksi myös organisointi ja johtamistaitoja. Asiakkaaseen pyritään vaikuttamaan omalla toiminnalla ja vuorovaikutuksella, jotta tämä saavuttaa tavoitteensa. Asiakasta kannustetaan oma-aloitteisuuteen ja luottamaan omiin kykyihinsä. Riittävä palaute auttaa arvioimaan omaa toimintaa. Päätöksentekoa tuetaan antamalla kuitenkin valmiita vastauksia. Potilasohjaukseen liittyy myös emotionaalinen tuki ja kyky aistia asiakkaan erilaisia tunnetiloja. (Vilen ym. 2002, Kääriäinen ym. 2005b, Kyngäs ym. 2007.) Vuorovaikutustilanteet eivät ole aina ongelmattomia. Ongelmia vuorovaikutukseen aiheuttavat kulttuuriset tekijät ja kommunikaatio ongelmat asiakkaan, perheiden ja tiimin jäsenten välillä. Lisäksi hoitajien ja lääkäreiden keskuudessa kollegiaalisuuden puute on aiheuttanut ongelmia vuorovaikutuksessa. (Farahani ym. 2011.)

Ohjauksessa käytetään kaksisuuntaista vuorovaikutusta ja aktiivista kuuntelua. Vastuu vuorovaikutuksesta on hoitajalla, mutta tavoitteet on sovittu yhdessä asiakkaan kanssa. Vuorovaikutuksessa on tietty rakenne, mutta se etenee joustavasti. Vuorovaikutus on tavoitteellista, mutta ei kaavamaisista. Toimivan ohjaussuhteen edellytys on, että asiakas ja hoitaja kunnioittavat toisiaan, sillä he ovat molemmat oman asiansa asiantuntijoita. Vuorovaikutteisuus edellyttää aktiivisuutta ja tavoitteellisuutta sekä hoitajalta että asiakkaalta. Aktiivisille kuuntelutaidoille on ominaista kyky seurata puheen sisällön rakentumista, taito eritellä kuultua ja tiivistää se, taito erottaa keskeiset asiat, taito erottaa puhujan käyttämiä perustelemisen keinoja ja arvioida sanoman luotettavuutta, taito tehdä kuulusta päätelmiä sekä taito antaa puhujalle tarkoituksenmukaista palautetta. (Vilen ym. 2002, Kyngäs ym. 2007, Laine ym. 2012.)

Vuorovaikutteinen ohjaussuhde koostuu hoitajan suhteesta asiakkaaseen, asiakkaan suhteesta hoitajaan ja heidän yhteisestä suhteestaan. Keskeisinä tekijöinä suhteessa asiakkaaseen on asiakkaan erityisluonteen tunnistaminen. Ohjaustilanteessa osoitetaan kiinnostusta, lämpöä, hyväksymistä ja arvostusta asiakasta kohtaan. Ohjauksessa korostuu ymmärtäminen, rohkaiseminen ja luottamus asiakkaaseen. Asiakkaan suhde hoitajaan syntyy luottamuksesta ja turvallisuuden tunteesta ohjaustilanteessa. Ohjaussuhteessa tulisi olla halu työskennellä yhdessä ja usko auttamisen mahdollisuuteen. Odotukset ja tavoitteet tulisi olla samansuuntaiset. (Vilen ym. 2002, Kyngäs ym. 2007, Laine ym. 2012.)

Ohjaustarve syntyy aina asiakkaan tarpeista. Näitä tarpeita voivat olla hänen terveysongelmansa, elämäntaito-ongelmat tai muut elämänkulkuun liittyvät ongelmat.

(Kyngäs ym. 2007, Laine ym. 2012.) Ohjaustarpeen arviointi on vaikeaa, koska ohjaustarve vaihtelee taustatekijöittäin ja sairauskohtaisesti. Ohjaustarpeeseen vaikuttavia tekijöitä ovat potilaan ikä, sukupuoli, koulutustausta, siviilisääty, asuin-/elinolosuhteet, sairaus ja sen vaikutus jokapäiväiseen elämään. (Kääriäinen ym. 2005b.) Ohjaaja huomioi ja tunnistaa asiakkaan taustatekijät. Hoitaja tunnistaa ja on tietoinen myös omista tunteistaan, tavastaan ajatella ja toimia. Asiakkaan edun mukaista on selkeyttää omat arvonsa ja ihmiskäsityksensä. Ohjaustarpeen määrittämisessä huomioidaan, millaista tietoa asiakas on kulloinkin valmis oppimaan. (Kyngäs ym. 2007, Laine ym. 2012.) Potilasohjauksen yksilöllisyydellä saavutetaan hyvä ohjaustulos (Friedman ym. 2010). Mikäli asiakkaan taustatietoja ei selvitetä, johtaa se siihen, että asiakkaita ohjataan aina samalla tavalla ja samoilla menetelmillä (Hätönen ym. 2010). Asiakkaan ja hoitajan taustatekijät ovat yksilöllisiä ja ne voidaan jakaa: fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin ja muihin ympäristötekijöihin (Kyngäs ym. 2007, Laine ym. 2012).

Fyysiset taustatekijät ovat yhteydessä siihen, kuinka asiakas kykenee ottamaan ohjausta vastaan. Eri ikäisten ihmisten ohjaamisessa on omat erityispiirteensä. Lapsen ohjaaminen on yhteistyötä, johon osallistuu lapsi itse ja hänen vanhempansa tai huoltajansa. Nuorten ohjaamisessa on samat erityispiirteet kuin lapsen ohjaamisessa, mutta nuori kykenee jo osallistumaan enemmän häntä koskevaan ohjaukseen. Nuori on kuitenkin vielä vanhempien vastuulla, joten vanhempia tai huoltajaa ei voi jättää ohjaamatta. Ikääntyneen asiakkaan ohjaus eroaa taas paljon lapsen ja nuoren ohjaamisesta. Ikääntyneellä saattaa olla jo terveysongelmia, jotka vaikuttavat annettavaan ohjaukseen. Näitä ongelmia voivat olla heikentynyt kuulo tai näkö, fyysiset rajoitteet ja muistihäiriöt. Ikääntynyt asiakas voi vaatia ohjaukselta enemmän toistoja ja tiettyjen asioiden painotusta. Lähiomaisten ohjaustarve täytyy suunnitella tilanteen mukaan. (Vilen ym. 2002, Kyngäs ym. 2007, Laine ym. 2012.)

Eri potilasryhmillä on myös omat ohjaustarpeensa. Kirurgiselle potilaalle on tyypillistä, että hän on sairaalassa lyhytaikaisesti ja huolehtii kotiin päästyään hoidostaan itsenäisesti. Tällöin ohjaaminen korostuu pre-, intra- ja postoperatiivisissa vaiheissa. Asiakkaan vasta diagnosoitu vakava sairaus vaikuttaa annettavaan ohjaukseen ja sen vastaanottokykyyn. Yhtenä ohjausta vaativana potilasryhmänä ovat ne potilaat, jotka tuntevat itsensä terveeksi, mutta vaativat silti ohjausta. (Kyngäs ym. 2007, Laine ym. 2012.) Tietyille potilasryhmälle osoitettu potilasohjaus on tehokasta, vaikuttavaa ja siihen on oltu tyytyväisiä (Hätönen ym. 2010, Bozimowski ym. 2012).

Psyykkisiä taustatekijöitä potilasohjauksessa ovat terveystuskomukset, kokemukset, mieltymykset, odotukset, tarpeet, oppimistavat ja oppimisvalmiudet sekä motivaatio. Ne vaikuttavat asiakkaan haluun omaksua tietoa ja lopulta ohjauksen onnistumiseen. Asiakkaan ja hoitajan keskustelu auttaa löytämään yhteiset käsitykset ja odotukset ohjaustarpeesta ja ohjauksesta. (Vilen ym. 2002, Kyngäs ym. 2007, Laine ym. 2012.)

Sosiaalisia taustatekijöitä ovat kulttuuritausta, etninen tausta, sosiaalisuus, uskonnollisuus ja eettisyys. Hoitajan ja asiakkaan erilainen maailmankatsomus vaikuttaa siihen kuinka he lähestyvät ohjauksessa käsiteltäviä asioita. Hoitaja tiedostaa nämä taustatekijät ja muokkaa antamansa ohjauksen tilanteeseen sopivaksi. Ohjaukseen vaikuttavia seikkoja ovat kulttuuritausta ja etnisuus, sillä niihin voi sisältyä erilaisia uskomuksia, tabuja ja traditioita. Asiakkaan vieras kulttuuritausta tuo tullessaan myös kieliongelman. Tarvittaessa ohjauksessa voidaan käyttää apuna tulkkia. Potilasohjauksen tulee olla kulttuurillisesti sopivaa (Friedman ym. 2010). Ohjauksessa huomioidaan ohjattavan tukiverkosto ja arvioida omaisten ohjauksen tarve. Asiakkaan tulee kyetä ymmärtämään annettava ohjaus ja ottamaan vastuu omasta hoidostaan. Omaisten ohjaamisen tarve korostuu tapauksissa, joissa ohjattavan fyysinen tai psyykinen kunto ovat alentuneet. (Vilen ym. 2002, Kyngäs ym. 2007, Laine ym. 2012.) Perheitä ja omaisia ei aina ole otettu huomioon potilasohjauksessa (Lipponen ym. 2008, Avsar ym. 2011).

Ympäristötekijät ovat ohjauksen mahdollistajia tai estäjiä. Ympäristöön liittyviä taustatekijöitä ovat hoitotyön kulttuuri, fyysinen, psyykinen, ja sosiaalinen ympäristö. Hoitotyön kulttuuri toimii yksikössä tapahtuvan ohjauksen mahdollistajana (Kyngäs ym. 2007). Tilan, jossa ohjausta annetaan tulee olla tarkoitukseen sopiva. Onnistunut ohjaus vaatii ympäristön, joka on rauhallinen ja kiireetön. Tilan tulisi olla häiriötön ja siellä tulisi olla käytettävissä ohjaukseen tarvittava materiaali. Tilan ei tulisi olla pelottava, ahdistava eikä se saisi ruokkia negatiivisia tunteita. (Lipponen ym. 2008, Kääriäinen ym. 2010, Aghakhani ym. 2012, Lahl ym. 2013.) Kiire ja ohjaukseen käytettävän ajan puute hankaloittavat ohjausta. Kiire vaikuttaa sekä ohjauksen suunnitelmallisuuteen että ohjauksen vuorovaikutuksellisuuteen. Vuorovaikutuksen tulee olla avointa, luottamuksellista ja kaksisuuntaista. (Vilen ym. 2002, Kyngäs ym. 2007, Laine ym. 2012.) Potilasohjauksen esteitä ovat ajanpuute ja sopimattomat tilat (Lipponen ym. 2008, Aghakhani ym. 2013).

### 2.3.2 Potilasohjauksen suunnitelmallisuus ja tavoitteellisuus

Taustatietojen selvittämisen jälkeen ohjaukselle asetetaan tavoitteet, jotka laaditaan yhteistyössä asiakkaan kanssa. Tavoitteet ovat realistisia, konkreettisia ja mitattavia. Realistiselle tavoitteelle on ominaista, että se on kuvattu konkreettisesti ja on asiakkaan saavutettavissa. Henkilökohtaiset ja subjektiiviset tavoitteet ovat asiakkaan omia persoonallisuuteen ja hyvinvointiin liittyviä tavoitteita. Objektiviiset tavoitteet ovat mitattavissa olevia hoito- tai lääketieteellisiä viitearvoja, jotka asiakkaan tulee saavuttaa. Prosessi- ja välitavoite liittyvät siihen kuinka lopputavoitteeseen pyritään. Lyhyen välin tavoitteiden asettaminen voi olla ohjauksen kannalta joustavampaa, sillä niiden saavuttaminen onnistuu helpommin ja nopeammin kuin lopputavoitteen saavuttaminen. Tavoitteiden saavuttaminen parantaa asiakkaan motivaatiota ja sitoutumista ohjaukseen. Motivaatio ohjaukseen on yhteydessä sekä asiakkaaseen että hoitajaan. Motivaatio syntyy selkeistä tavoitteista, onnistumisodotuksista ja sopivasta tunnetilasta. Suoritustavoite asetetaan sekä pitkälle että lyhyelle aikavälille ja se voi olla luonteeltaan kognitiivinen, affektiivinen tai psykomotorinen. Tavoitteet ovat asiakkaan saavutettavissa ja sopusoinnussa hänen elämäntilanteensa kanssa. Tavoite muotoillaan niin, että asiakas ymmärtää sen. Sanoissa ja käsitteissä vältetään sellaista kieltä, jota asiakas pitää vieraana. Tavoitteet muotoillaan enemmänkin oppimistavoitteiksi. Hoitajan asenteella ohjaukseen on merkittävä rooli ohjauksen onnistumisessa. (Vilen ym. 2002, Kyngäs ym. 2007, Laine ym. 2012.) Asiakkaan mukaan ottamisessa potilasohjauksen suunnitteluun on vielä kehitettävää (Kääriäisen ym. 2010).

Ohjauksen arviointi ei ole vain ohjausprosessin lopussa toteutettavaa toimintaa, vaan sitä tehdään läpi koko ohjausprosessin. Arviointi tehdään yhdessä asiakkaan kanssa ja siinä arvioidaan kuinka yhteisesti sovittuihin tavoitteisiin on päästy ja millaista ohjaus on ollut. Ohjauksen arvioinnin yhteydessä asiakkaalle annetaan positiivista palautetta motivaation lisäämiseksi. Mahdollisia epäonnistumisia arvioidaan, jotta niihin voidaan vaikuttaa. Asiakasta rohkaistaan antamaan palautetta ohjauksesta, jotta sitä voidaan jatkossa kehittää ja epäkohtiin voidaan kiinnittää huomiota. Arvioinnissa otetaan huomioon sekä hoitajan että asiakkaan näkökulma, sillä se auttaa hoitajan ohjaajana kehittymistä. Kehittyminen ohjaajana edellyttää hoitajalta säännöllistä omien ohjaustaitojen arviointia. Ohjauksen toteutusta arvioidaan yhdessä asiakkaan kanssa tai itse reflektoiden. Arvioinnissa huomioitavia näkökulmia ovat ohjauksen onnistuminen, riittävyys, yksilöllisyys ja asiakaslähtöisyys.

(Kyngäs ym. 2007, Laine ym. 2012.) Kääriäisen ym. (2010) tutkimuksessa ilmeni ettei asiakasta otettu mukaan potilasohjauksen arviointiin.

Hoitajat tarvitsevat potilasohjauksessa tiedonhakutaitoja, jotta ohjaaminen olisi näyttöön perustuvaa ja vaikuttavaa (Kyngäs ym. 2007). Esteitä tiedonhauille ovat ajanpuute, hoitajan kokemattomuus tiedonhakuun tai teknologiaan, hakujärjestelmien ominaisuudet ja organisaation käytännöt. Etuja ovat aikaisempi kokemus tietokannoista ja niiden käytöstä, tietokantoihin pääsy yksiköistä sekä tiedonhakutyökalun ominaisuuksien tunteminen. (Jones ym. 2011.) Ohjauksessa käytettävä tieto voi perustua myös työkokemukseen ja pohjakoulutukseen. Lipposen (2008) tutkimuksessa alle viisi vuotta työssä olleet pitivät tärkeimpänä tiedonlähteenä pohjakoulutusta ja työyksikön potilasohjauskäytänteitä. Kokeneemmat työntekijät pitivät tärkeimpinä taas täydennyskoulutusta, työkokemusta ja ammattilehtiä.

### **2.3.3 Potilasohjauksen toteuttaminen**

Ohjauksen toteuttaminen perustuu asiakkaan taustatietoihin, tehtyihin suunnitelmiin ja tavoitteisiin. Potilasohjauksen toteutuksen laadun takaa sen huolellinen suunnitteleminen (Kaakinen 2013). Oppimistyylin tunnistaminen ja ohjausmenetelmän valitseminen perustuvat sekä keskusteluun asiakkaan kanssa että hoitajan asiantuntemukseen ja kokemukseen potilasohjauksesta. Ohjausta antavalla hoitajalla tulee olla riittävät ja näyttöön perustuvat tiedot ohjattavista asioista, oppimis- ja opetusmenetelmistä ja opetustyyleistä. (Kyngäs ym. 2007, Laine ym. 2012.) Kaakisen (2013) tutkimuksessa ohjauksen toteutusta pidettiin suunnitelmallisena.

Vuorovaikutuksen kaksisuuntaisuus korostuu ohjauksen toteutuksessa. Hoitajan ja asiakkaan vuorovaikutussuhde on tasavertainen ja onnistuneessa ohjaustilanteessa hoitaja ikään kuin kutsuu asiakkaan osallistujaksi. Keskustelun aloittaminen on vapaamuotoista ja tunnustelevaa. Ohjaus on asiakasta kunnioittavaa, yksilöllistä ja tilanteeseen sopivaa. Hoitaja käyttää viestinnässään oppimista tukevia keinoja, kuten äänenpainoa ja sanatonta viestintää. Asiakkaan kiinnostus herätetään esittämällä asiaankuuluvia kysymyksiä. Keskustelun pohjalta hoitaja ja asiakas muotoilevat tarpeeseen sopivan ohjeen tai neuvon. (Vilen ym. 2002, Kyngäs ym. 2007, Laine ym. 2012.)



Potilasohjauksen ei tulisi olla aina samalla tavalla tapahtuva tiedonantotilaisuus. Asiakasta passivoivalla ohjauksella tarkoitetaan sitä, että valta on hoitajalla ja asiakas jättäytyy hoidettavaksi ja alistuu tiedon vastaanottajaksi. Kaksisuuntaista vuorovaikutusta ei tällöin tapahdu. Passivoivassa ohjauksessa hoitaja käyttää vieraita lääketieteellisiä sanoja eikä asiakkaan oma asiantuntemus tule käyttöön. Passivoiva ohjaaminen on yksipuolista tiedon antamista. Asiakas pystyy vastaanottamaan ja muistamaan vain rajallisen määrän tietoa, joten asiat on tärkeää kerrata lopuksi. (Vilen ym. 2002, Kyngäs ym. 2007, Laine ym. 2012.)

Onnistuneessa ohjaustilanteessa sekä hoitaja että asiakas ovat aktiivisia ja tavoitteellisia. Hoitajalla on ammattinsa ja koulutuksensa puolesta pätevyys ja velvollisuus antaa asiakkaalle hänen tarvitsemansa ohjaus. Hoitaja selvittää aktiivisesti ja tavoitteellisesti asiakkaan taustatekijöitä, määrittää asiakkaan kanssa tavoitteet ja toimii niiden mukaan. Onnistunut ohjaustilanne on hoitajan ja asiakkaan välinen tavoitteellinen ongelmanratkaisuprosessi. Asiakasta tuetaan ottamaan vastuuta omasta hoidostaan ja löytämään keinoja elämänhallintaansa. Toimivassa ohjaussuhteessa asiakkaalla on mahdollisuus esittää eriäviä mielipiteitä ja tehdä omia valintoja. Asiakkaan tulee kokea itsensä arvostetuksi ja saada tarpeellista ja sopivaa tietoa ja tukea. (Vilen ym. 2002, Kyngäs ym. 2007, Laine ym. 2012.)

Ohjaus ei ole vain tiedon antamista, vaan se sisältää sosiaalisen, henkisen ja hengellisen tuen. Sosiaalisen tuen muodot ovat emotionaalinen, käytännöllinen, tiedollinen ja tulkintatuki. Emotionaalinen tuki liittyy välittämiseen, arvostamiseen ja myönteisten tunteiden osoittamiseen. Käytännöllinen tuki liittyy taloudellisiin ja palvelullisiin asioihin, joita asiakas tarvitsee. Tiedollinen tuki tarkoittaa tarpeellisen tiedon antamista. Tulkintatuki liittyy asiakkaan kykyyn ymmärtää ja arvioida omaa tilannettaan ja muita ihmisiä. Henkinen ja hengellinen tuki ovat yhteydessä ohjauksen onnistumiseen ja ne sisältävät asiakkaan kuuntelun, välittämisen, rinnalla kulkemisen, tukemisen ja toivon antamisen. (Vilen ym. 2002, Kyngäs ym. 2007, Laine ym. 2012.) Kaakisen (2013) tutkimuksessa potilasohjaus sisälsi kyllä tukea arkielämään, sairauteen ja sen hoitoon, mutta emotionaalinen tuki sairauden aiheuttamista tunteista oli vähäistä.

Hoitajan riittäviin ohjausvalmiuksiin kuuluvat tiedot ohjattavista asioista, oppimisesta ja erityyppisistä ohjausmenetelmistä. Sopivan ohjausmenetelmän valinta edellyttää ohjaajalta asiakkaan oppimistyylin tunnistamista. Oppimistyylin tunnistaminen vaatii taustatietoihin perehtymistä ja keskustelua asiakkaan kanssa. Erilaisia oppimistyyliä voivat olla kuulemalla,

näkemällä, hahmottamalla ja tekemällä oppiminen. Asiakas voi omaksua asioita hahmottaen asiakokonaisuuksia tai yksityiskohtia tai yhdessä muiden asiakkaiden kanssa. Asiakkaan sairaus tai terveydentila voi vaikuttaa opittavan asian omaksumiseen, joten hoitajan tehtävänä on auttaa asiakasta sopivan oppimistavan löytämisessä. (Vilen ym. 2002, Kyngäs ym. 2007, Laine ym. 2012.)

#### **2.3.4 Potilasohjauksen kirjaaminen**

Kirjaamisen avulla mahdollistetaan hoitosuhteessa potilasohjauksen jatkuvuus. Potilaskertomukseen kirjataan huolellisesti ja järjestelmällisesti sairauksien ennaltaehkäisyyn, terveyden seurantaan, hoidon toteutukseen ja arviointiin liittyvä tarpeellinen tieto (Lehtoranta & Vuokko 2014). Potilasohjaamisen kirjaamisen näkökulma on suunnitelmallisuus, joka sisältää kirjausten huolellisuuden, järjestelmällisyyden ja jatkuvuuden. Potilasasiakirjojen käsittelyä ja kirjaamista ohjaavat mm. seuraavat lait ja asetukset: Terveystieteiden lain (1326/2010), laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785), laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä (559/194), arkistolaki (1994/831), sosiaali- ja terveystieteiden ministeriön asetus potilasasiakirjoista (298/2009) ja laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen käsittelystä (159/2007). Ohjausprosessiin voi osallistua useita hoitajia ja sen vuoksi potilasasiakirjoihin kirjataan selkeästi tarve, tavoite, toteutus, arviointi ja jatkosuunnitelma. Potilasohjauksen kirjaukset toteutetaan rakenteisesti potilaan hoitokertomuksessa, josta ne siirtyvät lopulta Kanta-arkistoon. (Kyngäs ym. 2007, STM 2012.) Potilasohjaustapahtumien kirjaaminen on ollut puutteellista ja niukkaa (Avsar ym. 2011, Kaakinen 2013).

#### **2.4 Potilasohjauksen ohjausmenetelmät**

Ohjausmenetelmät voidaan jakaa yksilöohjaukseen ja ryhmäohjaukseen sekä audiovisuaaliseen ohjaamiseen. Yksilö- ja ryhmäohjaustilanteissa ohjaaja ja asiakas/asiakkaat ovat kasvoistusten (Kyngäs ym. 2007). Audiovisuaaliset menetelmillä tarkoitetaan erilaisten teknisten laitteiden, videoiden, äänikasettien, tietokoneohjelmien, tietoverkkojen tai puhelimen avulla annettavaa tietoa ja tukea (Kyngäs ym. 2007, Friedman ym. 2011). Lisäksi voidaan käyttää kirjallisia ohjeita, demonstraatioita ja harjoitteita (Kyngäs ym. 2007). Käytettyjen potilasohjaus menetelmien välillä ei ole suurta eroa ja ne kaikki johtavat oppimiseen ja uusien tietojen omaksumiseen (Heikkinen ym. 2011, Friedman ym. 2011).

Sopivan ohjausmenetelmän valinta perustuu asiakkaan yksilölliseen oppimistyyliin, omaksumiskykyyn ja ohjauksen päämäärään (Kyngäs ym. 2007, Hätönen ym. 2010). Ohjausmenetelmien yhdistämisen avulla voidaan parantaa ohjauksen vaikuttavuutta ja oppimistuloksia (Hätönen ym. 2010, Crumlish ym. 2011, Friedman ym. 2011, Lahl ym. 2013).

#### **2.4.1 Yleisimmät potilasohjausmenetelmät**

Yksilöohjaus on kaikkein eniten käytetty potilasohjausmenetelmä (Kääriäinen ym. 2005b, 2006, 2010, Heikkinen ym. 2006, Lipponen ym. 2008, Hyttinen ym. 2011). Yksilöohjaus on asiakkaan ja hoitajan välillä tapahtuvaa ohjausta. Yksilöohjauksessa tärkeää on onnistunut kaksisuuntainen vuorovaikutus. Kaksisuuntainen vuorovaikutus antaa asiakkaalle mahdollisuuden esittää kysymyksiä, kommentoida ja keskustella ohjaukseen liittyvistä asioista. Yksilöohjauksen avulla saadaan hyviä oppimistuloksia. Asiakkaat ja hoitajat suosivat yksilöohjausta, koska se on vapaamuotoista ja yksilöllisesti potilaan huomioivaa. (Kyngäs ym. 2007, Laine ym. 2012.) Yksilöohjausta ei tulisi käyttää ainoana potilasohjauksen menetelmänä. Oppimistulosta voidaan parantaa yhdistämällä yksilöohjaukseen esim. harjoitus tai oheismateriaalia. (Crumlish ym. 2011.) Yksilöohjaus vaatii hoitajalta ajankäyttöä (Kyngäs ym. 2007). Hoitajat kokevat yksilöohjauksen ryhmäohjausta vaikuttavampana (Kääriäinen ym. 2005b).

Ryhmäohjaukseen osallistuu hoitajan lisäksi useampia asiakkaita. Ryhmäohjausta annetaan tiettyä tarkoitusta varten perustetuissa erikokoisissa ryhmissä. Ryhmän määritelmä vaihtelee sen mukaan, minkälainen ryhmä on kyseessä ja mikä on sen tavoite. Ryhmillä ja ryhmäläisillä on omat yksilölliset tavoitteet, joihin vaikuttavat ryhmän tarkoitus. Ryhmäohjauksen etuna on, että hoitaja antaa ohjausta useammalle asiakkaalle samalla kertaa. Asiakkaalle ryhmäohjaus tarjoaa vertaistukea ja on itsessään voimaannuttava kokemus. Kuntoutuksessa ja terveyden edistämisessä ryhmäohjaus on mahdollisesti tehokkaampi keino kuin yksilöohjaus. (Vilen ym. 2002, Kyngäs ym. 2007, Laine ym. 2012.) Ryhmäohjauksen ja ryhmäprosessien kautta on saavutettu tietojen ja hoitoon sitoutumisen lisääntymistä, varsinkin silloin kun hoitajien ja asiakkaiden yhteistyö on ollut läheistä ja potilasohjaus on ollut tietylle potilasryhmälle räätälöityä (Nielsen ym. 2010, Nossum ym. 2013).

Puhelinohjaus on yksi haasteellisimmista ohjaustavoista ja se luokitellaan reaktiiviseen ja proaktiiviseen potilasohjaukseen. Reaktiivinen puhelinohjaus saa aloitteensa asiakkaalta ja ei yleensä pohjautu aikaisempaan hoitosuhteeseen (Orava ym. 2012a). Proaktiivinen potilasohjaus perustuu taas ennalta sovittuun hoitosuhteeseen, johon aloitteen tekee hoitaja (Orava ym. 2012b). Molemmat menetelmät ovat vaativia ja niissä tarvitaan hyviä vuorovaikutustaitojen lisäksi strukturoidut ohjeistukset tai suunnitelmat (Orava ym. 2012ab). Lähtökohtana puhelinohjauksessa on asiakkaan kontakti terveydenhuoltoon tai hoitajan kontakti asiakkaaseen. Puhelinohjaus liittyy palvelunohjaukseen tai terveyden- ja sairaanhoidon ohjaukseen. Palveluohjaus liittyy palveluista tiedottamiseen ja terveyden- ja sairaanhoidon ohjaus asiakkaan terveydentilaan liittyvään ohjaukseen. Ohjauksen toteuttamiseen liittyy tietosuoja- ja vastuukysymyksiä, mistä ohjausta antavan hoitajan tulee olla tietoinen. Hoitajan vuorovaikutustaidot korostuvat puhelinohjauksessa, sillä asiakasta ei voi nähdä eikä sanatonta viestintää voida käyttää. Hoitajan antaa puhelinohjauksessa selkeitä ja yksityiskohtaisia ohjeita sekä esittää tarkentavia kysymyksiä. Puhelinohjausta käytetään paljon päiväkirurgisesti sekä pre- että postoperatiivisessa vaiheessa. (Kyngäs ym. 2007, Laine ym. 2012.)

Demonstraatio tarkoittaa havainnollistamista, konkretisoimista ja näyttämällä opettamista. Havainnollistamisen tarkoituksena on opettaa asiakkaalle kuinka jokin asia tehdään. Harjoituksen yhdistäminen yksilöohjaukseen parantaa motorisia taitoja, auttaa käytänteiden oppimisessa sekä lisää ohjauksen tehoa ja vaikuttavuutta. (Kyngäs ym. 2007, Crumlish ym. 2011, Laine ym. 2012.)

#### **2.4.2 Ohjaus- ja oppimistyylit**

Ohjaustyylin valinta perustuu asiakkaan taustatietoihin. Tyylin valintaan vaikuttavat ohjauksen syy, ohjattavan asenne ja toiminta sekä ohjauksen odotettu tai toivottu tavoite. Hoitajalla on ammatillinen vastuu omista ohjausvalmiuksistaan. Kehittyminen ohjaajana vaatii oman osaamisen ja sen puutteiden tiedostamista sekä jatkuvaa palautteen hakemista. Tilanteeseen sopiva ja ymmärrettävä ohjaustyyli auttaa asiakasta ymmärtämään ohjattavat asiat parhaiten. (Cockman ym. 1998, Kyngäs ym. 2007, Eloranta ym. 2011, Laine ym. 2012.)

Hyväksyvä ohjaustyyli tarkoittaa, että ohjattava hyväksytään sellaisena kuin hän on. Lähtökohtana on asiakkaan näkökulma. Hyväksyvässä ohjaustyyllissä asiakas käy läpi ja jäsentää itse tilannettaan. Tyylin tavoitteena on, että asiakas löytää itse ratkaisun saadessaan siihen riittävästi aikaa. Ohjaajan rooli hyväksyvässä ohjaustyyllissä on kuunnella aktiivisesti, osoittaa tukea ja ymmärrystä sekä tehdä tarvittaessa tarkentavia, mutta neutraaleja puheenvuoroja. Hyväksyvää ohjaamistyyliä käytetään tilanteissa, joissa asiakas on emotionaaliossa tilassa tai kun hän tarvitsee varmistusta asioille. Haasteina hyväksyvässä tyyllissä on ohjaajan roolin säilyminen hyväksyvänä ja neutraalina, ongelmanratkaisun hitaus ja mahdollinen jumittuminen. (Cockman ym. 1998, Kyngäs ym. 2007, Eloranta ym. 2011.)

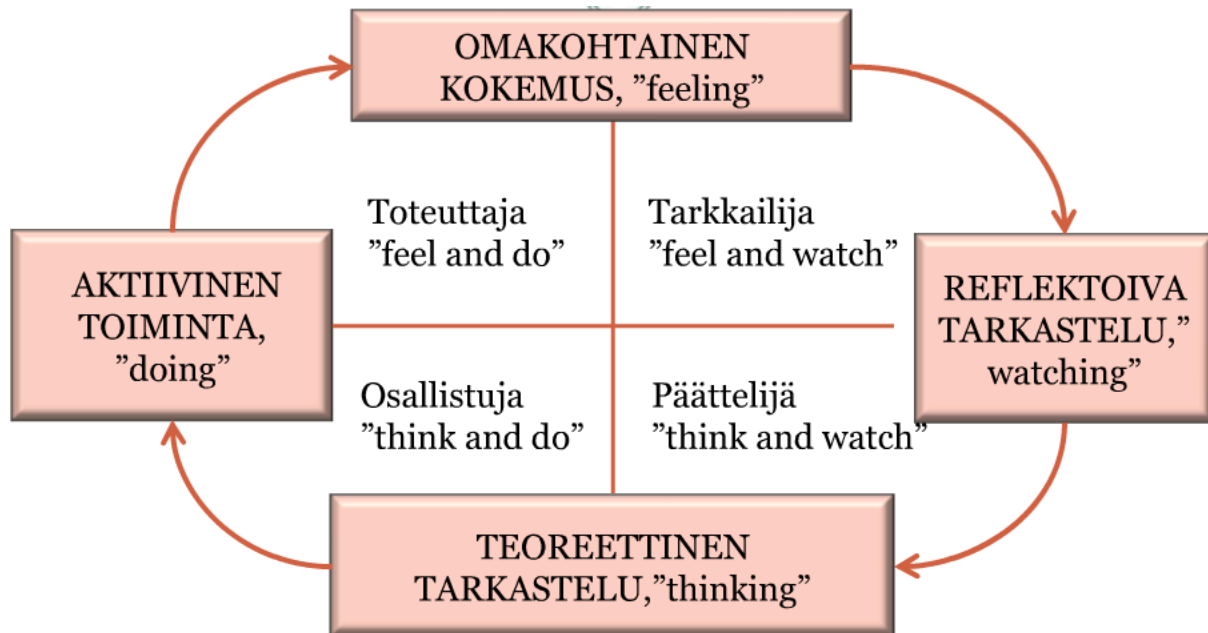
Katalysoiva ohjaustyyli on neutraali ja käyttökelpoinen väline ohjauksen eri vaiheissa. Katalysoivassa ohjaustyyllissä ohjaaja jouduttaa asiakkaan ajatus- tai oppimisprosessia auttamalla pohtimaan asian eri puolia ja tekemään niistä johtopäätöksiä. Katalysoiva tyyli tukee asiakkaan itsenäistä ajatteluprosessia, jonka tavoitteena on ajattelun selkiytyminen. Ohjaajan tavoitteena on saada monipuolisesti tietoa asiakkaan ongelmasta esittämällä avoimia kysymyksiä. Asiakasta autetaan ja rohkaistaan selkeyttämään ajatuksiaan sekä löytämään itse keinoja ja ratkaisuja ongelmaansa. Asiakasta ohjataan itsenäiseen ongelmanmäärittelyyn ja -ratkaisuun. Haasteina katalyyttisessä ohjaustyyllissä on piilotettu määräävyys ja ohjauksen pinnallisuus. (Cockman ym. 1998, Kyngäs ym. 2007, Eloranta & Virkki 2011.)

Konfrontoivassa ohjaustyyllissä osoitetaan asiakkaan puheen ja toiminnan välisiä ristiriitoja. Konfrontointi auttaa asiakasta tiedostamaan näitä ristiriitoja. Ohjaustyyli on haastava väline ja ohjaajan täytyykin olla objektiivinen ja selkeä. Moralisointia ja arvostelevaa asennetta vältetään. Ristiriidan osoittamisesta johtuvan puolustusreaktion, rajun tunnereaktion tai jopa konfliktin vuoksi konfrontoiva tyyli sopii käytettäväksi psykologisesti turvallisessa ympäristössä, jossa ohjaaja ja asiakas tuntevat jo toisensa. Avoimen, luottamuksellisen ja rehellisen ilmapiirin rakentamiseksi konfrontoiva ohjaustyyli ei sovi ohjaussuhteen alkuvaiheeseen, vaan mieluummin ohjausprosessin keski- tai loppuvaiheeseen. (Cockman ym. 1998, Vilen ym. 2002, Kyngäs ym. 2007, Eloranta & Virkki 2011.)

Ohjeita antava eli määräävä ohjaustyyli lienee käytetyin ohjaustyyli potilasohjauksessa. Ohjeita antava ohjaustyyli pyrkii nopeaan tai välittömään ongelmanratkaisuun. Asiakkaalle annetaan neuvoja, ohjeita ja vastauksia silloin, kun hän ei tiedä kuinka toimia. Ohjeita antavan tyylin käyttäminen edellyttää ohjaajalta tilanteen analysointia ja siihen sopivan

neuvon tai ohjeen antamista. Haasteena valmiiden ohjeiden ja neuvojen antamisessa on itseohjautuvuuden väheneminen ja jopa riippuvuus ohjaajasta. Itseohjautuvuuden lisäämiseksi ohjaajan tulisi pyrkiä aktivoimaan asiakasta etsimään itse ratkaisuja. (Cockman ym. 1998, Kyngäs ym. 2007, Eloranta & Virkki 2011.)

Potilasohjausprosessissa ohjaaja selvittää asiakkaan yksilöllisen oppimistyylin. Oppimistyyliä esiintyvät harvoin yksin ja puhtaina, vaan ovat usein sekatyypisiä. Oppimistyylien tunnistaminen on vaikeaa ja niiden tunnistaminen vaatii kokemusta. (Laine ym. 2012.) Oppimistyyli on yksilöllinen ja asiakkaan taustatekijät vaikuttavat tiedon omaksumiseen. Oppimistyylin onnistunut valinta helpottaa asiakkaan oppimista (Kyngäs ym. 2007, Laine ym. 2012.) Kokemuksellinen oppiminen liittyy tekemällä oppimiseen ("learning by doing"). Kolb (1984) esitti kehämallin kokemuksellisesta oppimisesta. Mallissa erotetaan neljä erilaista oppimistyyliä: konkreettinen kokemus (omakohtainen kokemus), harkitseva/tarkkaileva (reflektoiva tarkastelu), abstrakti/käsitteellistäminen (teoreettinen tarkastelu) ja aktiivinen kokeilu (aktiivinen toiminta) (Kuvio 2). Konkreettiselle kokemiselle on ominaista, että henkilökohtaiset tunteet ja kokemukset ovat tärkeitä oppimisessa. Oppimisessa korostuu intuitiivinen ja taiteellinen lähestymistapa asioihin. Harkitsevassa ja tarkkailevassa tyyliässä on ominaista tilanteiden ymmärtäminen havainnoimalla. Oppimistyyliässä korostuu opitun reflektio ja erilaiset näkökulmat. Abstraktissa ja käsitteellistävälle oppimistyyliä on ominaista systemaattinen ajattelu ja ongelmanratkaisu. Aktiiviselle kokeilulle on ominaista käytännön toiminta sekä ihmisiin ja tilanteisiin vaikuttaminen. Kokemuksellisen oppimisen kehälle voidaan yhdistää erilaisia oppimistyyliä, missä oppija on vahvimmillaan: osallistuja, tarkkailija, päättelijä ja toteuttaja (Kuvio 2). (Laine ym. 2012, Hughes & Quinn 2013.)



Kuvio 2. Kokemuksellisen oppimisen kehään yhdistetyt oppimistyyli (mukaiillen Laine ym. 2012, Hughes & Quinn 2013, Potilaohjauksen syventävä kurssi (POH 2) -opetusmateriaali 2014).

Syklisen mallin mukaan kokemuksellinen oppiminen on prosessi, joka sisältää omakohtaisen kokemuksen, sen refleктоivan ja teoreettisen tarkastelun sekä saadun tuloksen soveltamisen käytäntöön aktiivisena toimintana. Prosessi voi alkaa mistä syklin vaiheesta tahansa. Ohjaaja on asiakkaan osaamisen täydentäjä. Kokemuksellisen oppimisen mallissa teoreettinen tieto pyritään jatkuvasti yhdistämään käytännön kokemukseen. Saatu tieto auttaa kokemusten jäsentämisessä ja niistä oppimisessa. (Laine ym. 2012, Hughes & Quinn 2013.)

Oppimistyyliihin liittyy myös tiedon prosessointitavat, joista ilmenee kuinka oppija tekee havaintoja, ajattelee, tallentaa muistiin ja ratkaisee ongelmia. Jokaisella yksilöllä on oma yksilöllinen tiedon vastaanottotapansa. Tietoa voidaan ottaa vastaan visuaalisesti, auditivisesti, taktiilisesti ja kinesteettisesti. Visuaalinen oppija tarkastelee maailmaa silmillään ja oppii asiat parhaiten katsomalla. Auditivinen oppija prosessoi maailmaa kuulonsa avulla ja oppii parhaiten kuulemalla. Taktiili ja kinesteettinen oppimistyyli ovat hyvin samantyyppisiä. Taktiili oppija oppii käsillä tekemisen kautta. Kinesteettinen oppija oppii taas käyttäen enemmän koko kehoaan. (Prashnig 2003, Laine ym. 2012.)

### 2.4.3 Potilasohjausta täydentävät menetelmät

Tietokoneavusteisella tai sähköisellä potilasohjauksella tarkoitetaan tietokoneen ja tietoverkkojen avulla toteutettavaa potilasohjausta. Tietokoneita käytetään potilasohjauksessa vielä vähän, mutta niiden käyttö on lisääntymässä. Joukkoviestimet liittyvät sähköiseen potilasohjaukseen ja tarjoavat erilaisia vaikuttamiskeinoja ohjaukseen. Perinteisesti joukkoviestimiksi on luokiteltu radio ja televisio, mutta nykyään myös matkapuhelimet, sähköposti, internet ja sosiaalinen media. Asiakkaan taustatiedoissa otetaan huomioon hänen tietokoneen käyttötaitonsa. Nykyään tietokoneen käyttäminen arjessa ja työssä on yleistä ja tietokoneen käyttötaidot ovat yleisesti parantuneet. (Kyngäs ym. 2007.) Tietokoneavusteinen potilasohjaus on oikein suunniteltuna käyttökelpoinen ja tehokkaasti asiakkaiden tietoja ja toivottavaa terveyskäyttäytymistä lisäävä menetelmä (Berger ym. 2009, Friedman ym. 2011). Internetin avulla saavutetaan nopeasti välitön vuorovaikutus suurenkiin joukkoon. Viesti joukkoviestimissä muotoillaan tilanteeseen sopivaksi ja kohdistetaan joko yksilölle tai ryhmälle. Sähköiset menetelmät mahdollistavat vaikutusten seurannan ja välittömän palautteen. Sähköisten viestimien käyttö edellyttää käyttäjältään tottuneisuutta ja ennakkoluulottomuutta. (Kyngäs ym. 2007.) Internetperustaisen ohjaukseen osallistuneiden tiedon taso ja kokemus ovat tutkimuksissa lisääntyneet enemmän kuin yksilöohjauksessa ja sähköistä potilasohjausta suositellaankin vaihtoehtoiseksi menetelmäksi potilasohjaukseen (Friedman ym. 2011, Heikkinen 2011). Sähköisen potilasohjauksen avulla ei ole saavutettu varsinaisia kustannussäästöjä, mutta hoitajan ohjaukseen käytetty aika on vähentynyt (Heikkinen 2011).

Kirjallinen ohjausmateriaali on potilasohjausta tukevista menetelmistä käytetyin ja sen käyttö hallitaan yleisesti parhaiten (Lipponen ym. 2008). Kirjallisia ohjeita käytetään potilasohjauksessa sekä ainoana että avustavana menetelmänä. Kirjallisella ohjausmateriaalilla tarkoitetaan tiettyä tarkoitusta varten suunniteltuja, kirjallisessa muodossa olevia ohjeita ja oppaita (Kyngäs ym. 2007). Ne ovat informatiivisia, selkeästi ja ymmärrettävästi kirjoitettuja lyhyitä lehtisiä tai useampisivuisia oppaita (Dawes ym. 2010). Ne tulee olla suunniteltu niin, että ne ovat helppolukuisia ja sopivia asiakkaan tarpeisiin. Kirjallisten ohjeiden sisältö tukee suullisesti annettua ohjausta ja asiakas voi halutessaan palata käsiteltyihin asioihin. Tärkeä kirjallisten ohjeiden käyttökohde on kotihoito-ohjeet tai kotiutusohjeet, jotka tulisi käydä läpi myös suullisesti ja varmistaa että asiat on ymmärretty. (Kyngäs ym. 2007.) Hoitajat ovat kokeneet kirjallisen materiaalin roolin suullista ohjausta



tukevana (Kääriäinen ym. 2005b). Kirjallisissa ohjeissa täytyisi kehittää niiden opetuksellista näkökulmaa (Salanterä ym. 2005). Huolellisesti ja innovatiivisesti suunnitellulla kirjallisella ohjeella potilaiden tiedon omaksuminen paranee (Tae ym. 2012).

Digitaaliset tallenteet ovat havainnollinen, hyödyllinen ja helposti vastaanotettava ohjausmuoto (Kyngäs ym. 2007). Interaktiivisen multimediaohjauksen, pelien tai simulaatioiden avulla asiakas voi määrittää itse etenemistään ja opetella asiat näin omalla tahdillaan (Kyngäs ym. 2007, Friedman ym. 2011). Hyvin suunnitellulla interaktiivisella potilasohjauksessa on saatu hyviä kokemuksia (Chiou ym. 2012).

## **2.5 Potilasohjauksen kehittämiskohteet ja tutkimusten yhteenvetoa**

Aikaisempien tutkimusten mukaan potilasohjauksen resurssit ja hoitohenkilöstön tiedot ja taidot ovat Suomessa kohtalaisen hyvät (Kääriäinen 2007, Lipponen ym. 2008), mutta potilasohjauksen toteutus on jäänyt usein puutteelliseksi kaikissa prosessin vaiheissa (Kähkönen ym. 2012). Potilasohjausmenetelmistä yleisimmin käytetään yksilöohjausta ja muita menetelmiä harvemmin (Heikkinen ym. 2006, Kääriäinen ym. 2006, 2010, Lipponen ym. 2008, Hyttinen ym. 2011). Kehittämisalueita ovat potilasohjausmenetelmät ja ohjauksen sisällön kehittäminen ja monipuolistaminen (Kääriäinen 2007, Friedman ym. 2010, Kähkönen ym. 2012). Asiakkaat ovat olleet tyytymättömiä potilasohjaukseen, koska eivät ole saaneet riittävästi tietoa ja emotionaalista tukea sairaalahoidon aikana (Kääriäinen ym. 2005b, Hätönen 2010). Hoitajien kokemia syitä puutteelliseen potilasohjaukseen ovat ohjauksen soveltumattomat tilat tai välineet (Lipponen ym. 2008, Kääriäinen ym. 2010, Aghakhani ym. 2012, Lahl ym. 2013), häiriöttömän paikan valinta (Bergh ym. 2012), ajanpuute (Lipponen ym. 2008, Taggart ym. 2009, Kääriäinen ym. 2010, Aghakhani ym. 2012, Lee ym. 2013), ohjauksen etukäteissuunnittelun ja rutiinien puute (Bergh ym. 2012). Syitä potilasohjauksen puutteellisuuteen olivat myös organisaatiolta tai esimieheltä saatavan tuen puute (Bergh ym. 2012, Farahani ym. 2013) ja vastuuhenkilön puuttuminen työyksikössä (Bergh ym. 2012). Omaisista ja perheitä ei otettu mukaan ohjaukseen (Kääriäinen ym. 2005b, Lipponen ym. 2008, Avsar ym. 2011), eikä asiakasta otettu mukaan suunnitteluun ja arviointiin (Kääriäinen ym. 2010). Potilasohjauksen kirjaaminen ei ollut riittävä (Avsar ym. 2011, Kaakinen 2013). Hoitajat kokivat, ettei potilasohjaus kuulu heidän tehtäviinsä (Aghakhani ym. 2012), eivätkä

he tunnistaneet potilasohjauksen vaiheita (Avsar ym. 2011). Muita koettuja ongelmia olivat kieliongelmat (Lee ym. 2013).

Potilasohjauksesta tarvitaan lisää koulutusta (Avsar ym. 2011, Aghakhani ym. 2012, Kelo ym. 2013b, Lahl ym. 2013). Potilasohjauskoulutuksen avulla hoitajilla olisi kyky antaa laadukasta, tarkkaa, käytännöllistä ja oikea-aikaista tietoa (Koutsopoulou ym. 2010). Koulutuksen avulla on mahdollista lisätä potilasohjaamisen osaamista (Jones 2010) ja vuorovaikutustaitoja (Lamiani ym. 2009) jo lyhyessäkin ajassa (Jones ym. 2011a). Hoitajat tarvitsevat koulutusta tiedonhausta (Jones ym. 2011b), jotta he osaavat hakea näyttöön perustuvaa tietoa. Koulutus ja työtaakan kohtuullisuus olivat yhteydessä hoitajien tyytyväisyyteen potilasohjaukseen (Lee ym. 2013). Tarvitaan hallinnollisia keinoja, jotta vaikuttava potilasohjaus mahdollistuu (Torres ym. 2010, Farahani ym. 2013, Kelo ym. 2013b,) ja siitä tulisi näkyvämpää (Bergh ym. 2012).

Potilasohjauksen menetelmiä on tutkittu paljon sekä Suomessa että kansainvälisesti. Potilasohjausmenetelmien vaikuttavuuden välillä ei ole ollut merkittäviä eroja. (Friedman ym. 2012.) Tutkimusta tarvitaan siitä, kuinka uusia potilasohjausmenetelmiä saadaan otettua käyttöön terveydenhuollon yksiköissä (Heikkinen ym. 2006). Aikaisemmissa tutkimuksissa interventioita on kuvattu puutteellisesti ja seuranta-aika on ollut lyhyt (Kääriäinen ym. 2005b). Sähköinen potilasohjaus on todettu tehokkaaksi menetelmäksi (Heikkinen 2011), mutta sopivien ohjelmien puute vaikeuttaa sen käyttöönottoa. Lyhentyneet hoitoajat asettavat myös tarpeen uudenlaisten ohjausmenetelmien kehittämiseksi terveydenhuoltoon (Heikkinen ym. 2006). Potilasohjaus kuvataan tutkimuksissa elämänlaatua kohentavaksi menetelmäksi (Kääriäinen ym. 2005b), mutta tästä on olemassa vain vähän näyttöä (Strupeit ym. 2013). Tarvitaan siis standardoidulla mittarilla kerättyä tietoa potilasohjauksen elämänlaatuvaikutuksesta. Potilasohjauksen eettinen ja ekonomisen puoli on varsinkin Suomessa heikosti tutkittu (Heikkinen ym. 2006).

### **3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET**

Tutkimuksen tarkoituksena on kuvata ja arvioida Kuopion yliopistollisen sairaalan (KYS) ja Kysterin hoitohenkilökunnan arvioita potilasohjaustaitojen ja ohjausmenetelmien hallinnasta ennen potilasohjauskoulutusta. Tämä tutkimus on osa laajempaa kehittämis- ja tutkimushanketta, jonka tavoitteena on tuottaa tietoa koulutusintervention vaikutuksista ja potilasohjausosaamisen vahvistamisesta.

1. Mitkä ovat hoitohenkilöstön arviot potilasohjausta koskevista taidoistaan?
2. Millaisiksi hoitohenkilöstö arvioi potilasohjausmenetelmien hallintansa?

## 4 MITTARI, AINEISTO JA TUTKIMUSMENETELMÄT

### 4.1 Mittari

Tutkimusta varten kehitettiin mittari hyödyntäen aikaisempia tutkimuksia potilasohjauksesta (esim. Djonne 2007, Kääriäinen 2007). Mittarissa oli taustakysymyksiä (sukupuoli, ikä, ammatillinen koulutus, työyksikkö, tehtävänimike, työkokemus, työsuhde, ohjaukseen käytetty aika sekä arviot potilasohjauksen näyttöön perustuvasta toiminnasta, laadusta, tiedoista, taidoista ja tärkeydestä). Vastaajan taustatietojen vastausvaihtoehdot olivat kaksi tai useampi-luokkaisia. Lisäksi taustamuuttujissa pyydettiin arvioimaan potilasohjauksen laatua, taitoja, tietoja ja asenteita 5-portaisella Likert-asteikolla (1=heikko...5=erittäin hyvä). Mittarin 57 väittämää oli jaettu viiteen osa-alueeseen, joissa kartoitettiin potilasohjauksen tietoja (kysymykset 1-5), taitoja (kysymykset 6-29), asenteita (kysymykset 30-37), ohjausmenetelmien hallintaa (kysymykset 38-47) ja ohjauksen edellytyksiä (kysymykset 48-57) 4-portaisella Likert-asteikolla (1=täysin eri mieltä, 2=jokseenkin eri mieltä, 3=jokseenkin samaa mieltä, 4=täysin samaa mieltä). Kolmessa avoimessa kysymyksessä vastaajaa pyydettiin kertomaan potilasohjauksen kehitystarpeista omassa yksikössään, odotuksia tulevalle koulutukselle. Tässä pro gradu -tutkielmassa käsitellään ja raportoidaan taustamuuttujat, potilasohjaustaidot sekä potilasohjausmenetelmien hallinta.

Kyselylomakkeen esitestasi elokuussa 2013 kahdeksan (n=8) hoitotyön ammattilaista (nimikkeet: kliinisen hoitotyön opettaja, kliinisen hoitotyön asiantuntija, osastonhoitaja, ensihoitaja ja sairaanhoitaja). Esitestauksessa vastaajat kommentoivat mittarin selkeyttä, ymmärrettävyyttä ja vastausaikaa. Tilastollista analyysia esitestauksen osalta ei tehty. Kommenttien perusteella kyselylomaketta muotoiltiin. Tutkija ei osallistunut mittarin kehittämiseen eikä testaamiseen.

Mittarin teoreettista rakennetta arvioitiin eksploraatiivisella faktorianalyysillä. Eksploraatiivinen faktorianalyysia ajatellaan sopivaksi silloin, kun tutkijalla on ajatus siitä, millainen teoria tutkittavia muuttujia yhdistää (Metsämuuronen 2005). Faktorianalyysi tehtiin erikseen potilasohjauksen taidot (kysymykset 6-29) ja ohjausmenetelmienhallinta (kysymykset 38-47) osioille. Molempien faktorianalyysiin valittujen osioiden korrelaationmatriisin arvot erosivat

nollasta. Kaiser-Meyer-Olkinin -testit ja Barletin sväärisyystesti (taulukko 1) osoittivat korrelaatiomatriisin olevan sopiva eksploratiiviseen faktorianalyysiin. Eksploratiivinen faktorianalyysissä käytettiin Principal Axis faktorointia ja rotaatiomenetelmänä suorakulmaista Varimax-rotaatiota. Muuttujat valittiin faktoreille mittarin osioiden ja tutkimuskysymysten perusteella. Muuttujien lataukset eri faktoreilla olivat välillä 0,342-0,942 (taulukko 1). Kaikki muuttujat säilyivät mallissa, sillä muuttujien lataukset faktoreilla olivat  $>0,3$ . Kommunaliteetit vaihtelivat 0,191-0,902 välillä. Yksi muuttujan kommunaliteetti-arvo alitti arvon 0,30 (*käytän aina tarvittaessa potilasohjauksen tukena kirjallisia ohjeita* 0,191). Tällöin tulisi harkita arvon poistamista, mutta sisällöllisistä syistä muuttuja pidettiin faktorianalyysissä mukana. Ominaisarvo tarkoittaa sitä, kuinka hyvin faktorit selittävät muuttujien hajontaa/vaihtelua. Oletuksena on, että jatkotarkasteluun otetaan ne faktorit, joiden ominaisarvo on  $>1$ , mutta tämä ei ole ehdoton raja (Metsämuuronen 2005). Faktoreiden ominaisarvot olivat välillä 0,860 ja 9,081. Alle yhden ominaisarvolla olevat pidettiin mukana sisällöllisistä syistä. Selitysosuus tarkoittaa korrelaatiokertoimen neliötä, joka kertoo kuinka suuren osuuden havaittujen muuttujien hajonnasta faktori selittää (Metsämuuronen 2005). Selitysosuuden kasvaessa myös faktorin selitysvoima kasvaa. Faktoreiden selitysosuudet vaihtelivat välillä 4,077-50,98. Koko analyysin yhteenlasketut selitysosuudet olivat potilasohjaustaitojen osalta 58,145 % ja potilasohjausmenetelmien hallinnan osalta 72,081 %. Nämä summat kertovat kuinka suuren osuuden löydettyt faktorit voivat selittää kaikkien muuttujien hajonnasta (Metsämuuronen 2005).

Taulukko 1. Kaiser-Meyer-Olkinin testi ja Barletin sväärisyystesti.

	Kaiser-Meyer-Olkin Measure of Sampling Adequacy	Barlett's Test of Sphericity
Potilasohjauksen taidot	0,922	$p < 0,0001$
Potilasohjauksen ohjausmenetelmienhallinta	0,889	$p < 0,0001$

Faktorianalyysin perusteella muodostettiin keskiarvosummamuuttujat. Summamuuttujia voidaan käsitellä jatkuvaluonteisina muuttujina. Summamuuttujien avulla mittarin ja sen osaluokkien reliabiliteettiä ja sisäistä johdonmukaisuutta arvioitiin Cronbachin alfa-kertoimella. Cronbachin alfa-kertoimen tulisi olla uudella mittarilla vähintään 0,7 (Kankkunen ym. 2013), mutta matalimpana raja-arvona pidetään yleisesti arvoa 0,6 (Metsämuuronen 2005). Tässä

tutkimuksessa Cronbachin alfa arvot olivat yli 0,6 vaihdellen välillä 0,612-0,894 (taulukko 2 ja 3).

Taulukko 2. Faktorianalyysin tulokset (taidot): muuttujien lataukset, kommunaliteetit, faktoreiden ominaisarvot ja selitysosuudet sekä Cronbachin alfat.

<i>Faktorit ja muuttujat</i>	<i>Lataukset</i>	<i>Kommunaliteetit</i>	<i>Ominais arvo</i>	<i>Selitysosuus %</i>	<i>Cronbach alfa</i>
<i>I. Asiakkaan kokonaisvaltainen huomioiminen potilasohjauksessa</i>			9,081	37,84	0,878
Huomioin aina kotiutukseen ja kotona selviytymiseen vaikuttavat asiat	0,669	0,580			
Motivoin aina potilasta hoitoon osallistumisessa ja itsehoidossa	0,630	0,484			
Huomioin aina potilaan sairauden vaiheeseen liittyvän ohjaustarpeen	0,630	0,556			
Huomioin aina jatkohoitoon vaikuttavat asiat	0,623	0,502			
Tuen aina potilasta koko ohjausprosessin ajan (sairaudesta selviytyminen, hoitoon sitoutuminen, itsehoito)	0,611	0,530			
Huomioin aina potilaan mahdolliset pelot	0,559	0,471			
Motivoin aina potilasta ohjaukseen osallistumiseen	0,501	0,445			
Ohjaan aina potilasta yksilöllisesti	0,498	0,513			
Ohjaan aina potilasta tutkimukseen/hoitoon/toimenpiteeseen valmistautumisessa	0,469	0,259			
Tarjoan aina potilaalle mahdollisuuden esittää kysymyksiä	0,468	0,273			
Perustelen aina antamani ohjauksen	0,382	0,312			

Jatkuu...

Taulukko 2 jatkuu.

<i>Faktorit ja muuttujat</i>	<i>Lataukset</i>	<i>Kommunaliteetit</i>	<i>Ominais arvo</i>	<i>Selitysosuus %</i>	<i>Cronbach alfa</i>
<i>2. Potilasohjauksen suunnitelmallisuus ja tavoitteellisuus</i>			2,216	8,86	0,839
Laadin aina potilasohjaukselle tavoitteet yhdessä potilaan kanssa	0,734	0,648			
Teen aina potilasohjauksen jatkosuunnitelman	0,652	0,607			
Suunnittelen aina yksilöllisen aikataulun potilasohjaukselle	0,611	0,569			
Pyydän aina potilaalta palautetta ohjauksesta	0,537	0,413			
Arvioin aina potilasohjauksen tavoitteiden toteutumista	0,528	0,520			
Hyödynnän aina näyttöön perustuvaa tietoa	0,378	0,263			
<i>3. Potilasohjauksen toteuttaminen</i>			1,769	7,37	0,811
Valitsen aina potilaalle sopivan ohjaustyylin	0,788	0,702			
Valitsen aina potilaalle sopivan ohjausmenetelmän	0,718	0,642			
Huomioin aina potilasohjauksen ajoittamiseen liittyvät tekijät	0,548	0,447			
Arvioin aina potilaan ohjauksen ja tiedon tarpeen	0,455	0,420			
<i>4. Potilasohjauksen kirjaaminen</i>			0,979	4,077	0,812
Kirjaan aina potilasohjauksen arvioinnin	0,801	0,822			
Kirjaan aina potilasohjauksen tavoitteet	0,637	0,676			
Kirjaan aina potilasohjauksen toteutuksen	0,585	0,490			

Taulukko 3. Faktorianalyysin tulokset (menetelmät): muuttujien lataukset, kommunaliteetit, faktoreiden ominaisarvot ja selitysosuudet sekä Cronbachin alfat.

<i>Faktorit ja muuttujat</i>	<i>Lataukset</i>	<i>Kommunaliteetit</i>	<i>Ominais- arvo</i>	<i>Selitysosuus %</i>	<i>Cronbach alfa</i>
<i>1. Yleisimpien potilasohjausmenetelmien hallinta</i>			5,098	50,98	0,894
Osaan ohjata ryhmäohjausmenetelmää käyttäen	0,806	0,815			
Osaan ohjata yksilöohjausmenetelmää käyttäen	0,723	0,650			
Hallitsen erilaisia ohjausmenetelmiä, joita voin hyödyntää yksilöohjauksessa (esim. puhelinohjaus tai motivoiva haastattelu)	0,653	0,633			
Hallitsen erilaisia ohjausmenetelmiä, joita voin hyödyntää ryhmäohjauksessa (esim. audiovisuaaliset menetelmät)	0,590	0,652			
Osaan ohjata perheohjausmenetelmää käyttäen	0,584	0,474			
<i>2. Ohjaus- ja oppimistyylien tunteminen</i>			1,249	12,49	0,828
Tunnen erilaiset ohjaajan ohjaustyyli (esim. ohjeita antava tai hyväksyvä tyyli)	0,861	0,902			
Tunnen erilaiset oppimistyyli (esim. konkreettinen kokemus tai harkitseva oppimistyyli)	0,608	0,554			
<i>3. Potilasohjausta täydentävien ohjeiden käyttö</i>			0,860	8,60	0,612
Käytän potilasohjauksen tukena web-pohjaisia ohjeita (internet) ohjeita	0,942	0,898			
Hyödynnän potilasohjauksessa joukkoviestintää tai sosiaalista mediaa	0,486	0,318			
Käytän aina tarvittaessa potilasohjauksen tukena kirjallisia ohjeita	0,342	0,191			

## 4.2 Aineisto

Kohderyhmä oli KYSin ja Kysterin hoitohenkilökunta, joka muodosti tutkimuksen kokonaisotoksen (N=3120). Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri on Pohjois-Savon 20 kunnan omistama kuntayhtymä, joka koordinoi Kuopion yliopistollisen sairaalan toimintaa. Kuopion



yliopistollinen sairaala (KYS) on yksi Suomen viidestä yliopistosairaalaista ja se vastaa 248000 pohjoissavolaisen erikoissairaanhoidosta ja lähes miljoonan itä- ja keskisuomalaisen erityistason erikoissairaanhoidosta. Erikoissairaanhoidon ohella Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri tuottaa perusterveydenhuollon ja vanhusten laitoshuollon palvelut Kysteri-alueelle, jossa ovat mukana Leppävirran, Juankosken, Kaavin, Rautavaaran, Pielaveden, Keiteleen, Tervon ja Vesannon kunnat. (Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri 2014.)

Kysely toteutettiin sähköisellä Webropol-kyselyllä ja lähetettiin sähköpostilla kahdessa erässä 26.8.2013 KYSiin ja 2.9.2013 Kysteriin (liite 5). Kysely lähetettiin KYSiin 2773:een ja Kysteriin 347:ään sähköpostiosoitteeseen. Sähköpostiosoitteiden hakemisessa käytettiin sähköistä puhelinluetteloa. Sähköposti palautui lähettäjälle KYSistä 91:sta ja Kysteristä 11:sta sähköpostiosoitteesta ja tämä tulkittiin kadoksi. Lähetyksissä pyrittiin siihen, ettei samaan osoitteeseen menisi postia kahta kertaa ja kysely menisi niille, joille se on tarkoitettu. Muistutukset vastaamisesta lähetettiin sekä KYSiin että Kysteriin 9.9.2013 (liite 6). Kyselyyn vastasi yhteensä 491 hoitohenkilökuntaan kuuluvaa henkilöä ja vastausprosentti oli yhteensä 16,3%. Tässä tutkimuksessa tutkija sai valmiin aineiston SPSS-tiedostona. Tutkija ei osallistunut aineiston keräämiseen.

### **4.3 Aineiston analyysi**

Tutkimusaineisto analysoitiin IBM SPSS ® for Mac version 21 -ohjelmistolla. Tässä pro gradu -tutkielmassa analysoitiin taustamuuttujien (18 kpl) lisäksi ohjaustaitoja (24 kpl) ja ohjausmenetelmien hallintaa (10 kpl) koskevat väittämät. Ennen analyysija muuttujien määrittelyt ja mitta-asteikot tarkastettiin. Tarvittaessa muuttujia luokiteltiin uudelleen. Ikä luokiteltiin neljään luokkaan: alle 30 v, 31-40 v, 41-50 v ja yli 51 v. Työkokemus nykyisessä työyksikössä ja ammatissa luokiteltiin viiteen luokkaan: alle 1 v, 2-5 v, 6-10 v, 11-20 v ja yli 21. Arvio näyttöön perustuvasta toiminnasta luokiteltiin neljään luokkaan: 0-25 %, 26-50 %, 51-75 % ja 76-100 %. Arviot omista tiedoista, taidoista ja yksikön potilasohjauksen laadusta (välttävä, tyydyttävä, hyvä, kiitettävä, erinomainen) luokiteltiin uudelleen kolmeen luokkaan yhdistämällä välttävä ja tyydyttävä sekä kiitettävä ja erinomainen (tyydyttävä, hyvä, kiitettävä). Aineistoa kuvailevina analyysimenetelminä käytettiin frekvenssi- ja prosenttiosuuksia. Taustamuuttujien ja hoitajien arviointien välisiä eroja arvioitiin ristiintaulukoinnilla.

Tässä pro gradu -tutkielmassa käytettiin faktorianalyysia, Cronbachin alfakerrointa ja keskiarvosummamuuttujia. Aineistosta tarkasteltiin sijaintia, hajontaa tai vinoutta kuvaavin tunnusluvuin. Mittarin rakennetta tarkastellaan eksploratiivisella faktorianalyysillä. Faktorianalyysin avulla Likert -asteikollinen aineisto tiivistettiin keskiarvosummamuuttujiksi laskemalla kunkin samaa ilmiötä mittaavien muuttujien arvot yhteen ja jakamalla summa muuttujien lukumäärällä. Tämän jälkeen niitä voitiin käsitellä jatkuvaluonteisina muuttujina. Muuttujien normaalijakautuneisuutta testattiin Kolmogorov-Smirnovin testillä ja sisäistä johdonmukaisuutta Cronbachin alfa-kertoimilla. Yksikään summamuuttuja ei ollut Kolmogorov-Smirnovin testin tuloksen perusteella normaalijakautunut, joten käytettiin non-parametrisia (Mann Whitney U-testi, Kruskal-Wallis -testi) testejä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013). Cronbachin alfakerroin oli kaikissa summamuuttujissa yli 0,6, mitä voidaan pitää luotettavana. (Metsämuuronen 2005.) Tuloksissa raportoidaan tilastollisesti merkitsevät tulokset p-arvolla  $< 0.05$ . (Burns & Grove 2009, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013.) 4-portainen Likert-asteikko (1=täysin eri mieltä, 2=jokseenkin eri mieltä, 3=jokseenkin samaa mieltä, 4=täysin samaa mieltä) luokiteltiin kaksiluokkaiseksi (Samaa mieltä, eri mieltä) yhdistämällä alkuperäisen neliportaisen asteikon 1-2 ja 3-4. Asteikon muuttaminen dikotomiseksi eli kaksiluokkaiseksi helpottaa muuttujien vertailua. Tässä tutkimuksessa potilasohjauksen toteutumista kuvataan myös sanallisesti. Keskiarvot 1,0-1,6 määriteltiin tarkoittamaan erittäin heikkoa, keskiarvot 1,7-2,2 heikkoa, keskiarvot 2,3-2,8 kohtalaista, keskiarvot 2,9-3,4 hyvää ja keskiarvot 3,5-4,0 erittäin hyvää osa-alueen toteutumista. Keskiarvojen sanallinen kuvaus on esitetty taulukossa 4.

Taulukko 4. Potilasohjauksen toteutumisen sanallinen kuvaus.

Keskiarvo	Arviointi
1,0-1,6	Erittäin heikko osa-alueen toteutuminen
1,7-2,2	Heikko osa-alueen toteutuminen
2,3-2,8	Kohtalainen osa-alueen toteutuminen
2,9-3,4	Hyvä osa-alueen toteutuminen
3,5-4,0	Erittäin hyvä osa-alueen toteutuminen

## 5 TUTKIMUSTULOKSET

### 5.1 Vastanneen hoitohenkilökunnan taustatiedot

Vastanneen hoitohenkilökunnan taustatiedot on esitetty taulukossa 5. Kyselyyn vastasi 491 hoitohenkilökunnan edustajaa. Heistä 90 % (n=437) oli naisia ja 10 % (n=49) miehiä. Osallistujien ikä vaihteli 19-66 vuoteen ja keski-ikä oli 44 vuotta, iän mediaanin ollessa 46 vuotta. Osallistujista 88 % (n=425) työskenteli Kuopion yliopistollisen sairaalan työyksiköissä ja 12 % (n=56) Kysterin työyksiköissä.

Yli puolella 75 % (n=365) oli joko aiempi opistotason tutkinto 39 % (n=189) tai ammattikorkeakoulututkinto 36 % (n=176). Yliopistotutkinto oli 5 % (n=26) ja koulutason/ammatti- ja aikuisopistotason tutkinto 19 % (n=93) vastaajista.

Tutkimukseen vastanneista puolet 52 % (n=257) työskenteli sairaanhoitajan tehtävänimikkeellä ja heillä 47 % (n=120) oli aiempi opistotason tutkinto, 49% (n=126) ammattikorkeakoulututkinto ja 3 % (n=8) yliopistotutkinto. Koulutason/ammatti- ja aikuisopistotason tutkinnon oli suorittanut 19 % (n=93). Heistä 93 % (n=86) työskenteli useimmiten perus-, lähi-, lasten-, mielisairaan-, kunto-, hammashoitajan tai lääkintävahtimestarin tehtävänimikkeellä. Yliopistotutkinnon oli suorittanut 5 % (n=26) vastanneista. Useimmiten yliopistotutkinnon suorittanut työskenteli osastonhoitajan 31 % (n=8) tai sairaanhoitajan 31 % (n=8) tehtävänimikkeellä.

Suurin osa 82% (n=392) tutkimukseen osallistuneista työskenteli vakinaisessa työsuhteessa ja määräaikaista henkilöitä oli 18 % (n=88). Hiukan yli puolet vastanneista 58 % (n=281) teki työaikaamuotonaan jaksotyötä ja päivätyötä teki 42 % (n=204).

Näyttöön perustuvan hoitotyön (NPH) vastuuhenkilöitä vastaajista oli 14 % (n=64). Melkein kaikki näyttöön perustuvan hoitotyön vastuuhenkilöt (n=61) työskentelivät Kuopion yliopistollisessa sairaalassa ja yksi (n=1) Kysterin alueella. NPH -vastuuhenkilöt työskentelivät useimmiten sairaanhoitajan 45 % (n=28), apulaisosastonhoitajan 18 % (n=11) tai osastonhoitajan 11 % (n=7) työtehtävissä.

Työkokemus nykyisessä työpaikassa vaihteli alle vuodesta 39 vuoteen. Nykyisessä työpaikassa työskentelyn keskiarvo oli 9,42 vuotta ja mediaani 6 vuotta. Tutkimukseen osallistujista 66 % (n=317) oli työskennellyt nykyisessä työpaikassaan korkeintaan 10 vuotta.

Nykyisessä ammatissa työskentelyaika vaihteli alle vuodesta 41 vuoteen, keskiarvo oli 15,02 vuotta ja mediaani 15 vuotta. Runsas puolet 61 % (n=277) oli työskennellyt nykyisessä ammatissaan yli kymmenen vuotta.

Taulukko 5. Kyselyyn vastanneen hoitohenkilökunnan (N=491) taustatiedot (n, %).

Taustamuuttujat	n	%
<i>Sukupuoli</i>		
Mies	49	10
Nainen	437	90
Yhteensä	487	100
<i>Ikä</i>		
≤ 30 v.	73	15
31-40 v.	103	21
41-50	140	29
51 v. ≤	165	34
Yhteensä	481	100
<i>Ammatillinen koulutus</i>		
Yliopistotutkinto	26	5
Ammattikorkeakoulututkinto	176	36
Aiempi opistotasontutkinto	189	39
Koulutason/ammatti- ja aikuisopistotasontutkinto	93	19
Yhteensä	484	100
<i>Työyksikkö</i>		
KYS	425	88
Kysteri	56	12
Yhteensä	481	100
<i>Tehtävänimike</i>		
Osastonhoitaja	21	4
Apulaisosastonhoitaja	28	6
Sairaanhoitaja	257	54
Kätilö	13	3
Terveystenhoitaja	11	2
Fysio-/toimintaterapeutti	29	6
Röntgenhoitaja	9	2
Bioanalyytikko/laboratoriohoitaja	6	1
Kuntoutushoitaja	2	0,5
Perus-/lähi-/kunto-kunto-/hammashoitaja/lääkintävahtimestari	89	19
Muu	15	3
Yhteensä	480	100
<i>Työyksikön NPH-vastuuhenkilö</i>		
Kyllä	64	14
Ei	405	86

Jatkuu...

## Taulukko 5 jatkuu.

<i>Työkokemus vuosina nykyisessä työyksikössä</i>		
≤1 v.	80	17
2-5 v.	147	31
6-10 v.	90	19
11-20 v.	86	18
21 v. ≥	77	16
Yhteensä	480	100
<i>Työkokemus vuosina nykyisessä ammatissa</i>		
≤1 v.	24	5
2-5 v.	78	17
6-10 v.	79	17
11-20 v.	145	32
21 v. ≥	132	29
Yhteensä	458	100
<i>Työsuhteen muoto</i>		
Vakinainen	392	82
Määräaikainen	88	18
Yhteensä	480	100
<i>Pääasiallinen työmuoto</i>		
Päivätyö	204	42
Jaksotyö	281	58
Yhteensä	485	100

## 5.2 Hoitohenkilökunnan arvioinnit potilasohjaustiedoista, -taidoista ja -laadusta työyksiköissä

Hoitohenkilökunnan arvioinnit potilasohjaustiedoista, -taidoista ja -laadusta työyksiköissä on esitetty taulukossa 6. Työpäivän aikana 64% (n=307) käytti potilasohjaukseen 1-4 tuntia. Keskimäärin potilasohjaukseen käytettiin aikaa työpäivästä 1-2 tuntia. Vastaajista 19 % (n=90) käytti potilasohjaukseen työpäivän aikana alle tunnin ja 3 % (n=12) käytti potilasohjaukseen jopa 7-8 tuntia. Fysio- ja toimintaterapeutin tehtävänimikkeellä työskentelevistä 93 % (n=27) käytti potilasohjaukseen työajastaan 3-6 tuntia ja sairaanhoitajina työskentelevistä 72 % (n=182) antoi potilasohjausta työpäivänsä aikana keskimäärin 1-4 tuntia.

Tutkimukseen osallistuneet arvioivat, että heidän potilasohjauksestaan keskimäärin puolet oli näyttöön perustuvaa. Näyttöön perustuvan potilasohjauksen keskiarvo oli 50,57 ja mediaani 50. Vastaajista 4 % (n=15) ilmoitti näyttöön perustuvan toiminnan määränsä olevan 100 %. Vastaajista 7 % (n=27) ilmoitti, ettei heidän potilasohjauksensa perustu näyttöön ollenkaan. Ammattinimikkeittäin tarkennettuna näyttöön perustuvan potilasohjaus jakaantui keskiarvon

mukaisesti, joskin perus-, lähi-, lasten-, mielisairaan-, kunto-, hammashoitajat tai lääkintävahtimestarit arvioivat, että heidän antamastaan potilasohjauksesta 17 % (n=11) ei ollut näyttöön perustuvaa.

Tutkimukseen osallistuneet arvioivat työyksikkönsä potilasohjauksen laadun hyväksi 60 % tai kiitettäväksi 23 %. Omat potilasohjausta koskevat tiedot oli arvioitu yli puolessa 59 % vastauksissa hyväksi. Samoin arviot omista potilasohjausta koskevista taidoista olivat 56 % mielestä hyviä. Vastajat pitivät potilasohjausta erittäin tärkeänä 81 %. Yksikään vastaaja ei pitänyt potilasohjausta vähän tai ei ollenkaan tärkeänä. Hoitohenkilökunnasta 65 % piti erittäin tärkeänä erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon potilasohjauksen yhtenäistämistä.

Taulukko 6. Kyselyyn vastanneen hoitohenkilökunnan (N=491) arvioinnit potilasohjauksesta työyksiköissä (n, %).

<b>Taustamuuttujat</b>	<b>n</b>	<b>%</b>
<i>Keskimääräinen potilasohjaukseen käyttämäsi aika työpäivän aikana</i>		
Alle 1 tunti	90	19
1-2 tuntia	167	35
3-4 tuntia	140	29
5-6 tuntia	71	15
7-8 tuntia	12	3
Yhteensä	480	100
<i>Kuinka suuri osuus toteuttamastasi potilasohjauksesta on näyttöön perustuvaa? (asteikolla 0-100%)</i>		
0-25 %	100	25
26-50 %	136	33
51-75 %	76	19
76-100 %	89	22
Yhteensä	401	100
<i>Kuinka hyväksi arvioit omat potilasohjausta koskevat tietosi?</i>		
Tyydyttävä	54	11
Hyvä	289	59
Kiitettävä	148	30
Yhteensä	491	100
<i>Kuinka hyväksi arvioit omat potilasohjausta koskevat taitosi?</i>		
Hyvä	41	8
Tyydyttävä	275	56
Kiitettävä	175	35
Yhteensä	491	100
<i>Kuinka hyväksi arvioit työyksikkösi potilasohjauksen laadun?</i>		
Tyydyttävä	68	14
Hyvä	294	59
Kiitettävä	129	26
Yhteensä	491	100

Jatkuu...

Taulukko 6 jatkuu.

*Miten tärkeänä pidät potilasohjausta?*

Ei ollenkaan tärkeää	0	0
Ei kovin tärkeää	0	0
Melko tärkeää	9	2
Tärkeää	81	17
Erittäin tärkeää	399	82
Yhteensä	489	100

*Miten tärkeänä pidät erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon potilasohjauksen yhtenäistämistä?*

Ei ollenkaan tärkeää	0	0
Ei kovin tärkeää	5	1
Melko tärkeää	37	8
Tärkeää	130	27
Erittäin tärkeää	314	65
Yhteensä	486	100

### **5.3 Hoitohenkilökunnan arvioinnit potilasohjaustaidoista ja –menetelmistä summamuuttujittain**

#### **5.3.1 Asiakkaan kokonaisvaltainen huomioiminen potilasohjauksessa**

Asiakkaan kokonaisvaltaista huomioimista potilasohjauksessa arvioitiin yhdellätoista eri väittämällä. Vastaajat arvioivat asiakkaan kokonaisvaltaisen huomioimisen toteutuneen hyvin (keskiarvo 3,22, sd 0,43). Lähes kaikki vastaajat tarjosivat asiakkaalle mahdollisuuden esittää kysymyksiä (ka 3,67, sd 0,51) ja ohjasivat asiakkaita yksilöllisesti (ka 3,38, sd 0,61). Vastaajat myös motivoivat asiakasta hoitoon osallistumisessa ja itsehoidossa (ka 3,43, sd 0,63). Hoitohenkilökunta ohjasi asiakasta lähes aina tutkimukseen, hoitoon tai toimenpiteeseen valmistautumisessa (ka 3,36, sd 0,68) ja huomioi tämän mahdolliset pelot (3,30, sd 0,63). Hoitohenkilökunnan arviot asiakkaan kokonaisvaltaisesta huomioimisesta potilasohjauksesta on esitetty taulukossa 7.

Taulukko 7. Hoitohenkilökunnan (n=491) arviot asiakkaan kokonaisvaltainen huomioiminen potilasohjauksessa (% , n, keskiarvo, keskihajonta).

Summamuuttujat ja väittämät	Samaa mieltä % (n)	Eri mieltä % (n)	Keskiarvo	Keskihajonta
<i>Asiakkaan kokonaisvaltainen huomioiminen potilasohjauksessa</i>			3,22	0,425
Tarjoan aina potilaalle mahdollisuuden esittää kysymyksiä (n=489)	98 (480)	2 (9)	3,67	0,507
Motivoin aina potilasta hoitoon osallistumisessa ja itsehoidossa (n=490)	94 (459)	6 (31)	3,43	0,630
Ohjaan aina potilasta yksilöllisesti (n=490)	94 (461)	6 (29)	3,38	0,610
Ohjaan aina potilasta tutkimukseen/hoitoon/toimenpiteeseen valmistautumisessa (n=484)	90 (438)	10 (46)	3,36	0,680
Huomioin aina potilaan mahdolliset pelot (n=489)	91 (445)	9 (44)	3,30	0,631
Huomioin aina potilaan sairauden vaiheeseen liittyvän ohjaustarpeen (n=485)	87 (422)	13 (63)	3,14	0,646
Motivoin aina potilasta ohjaukseen osallistumiseen (n=489)	82 (403)	18 (86)	3,08	0,706
Huomioin aina jatkohoitoon vaikuttavat asiat (n=484)	82 (396)	18 (88)	3,05	0,704
Tuen aina potilasta koko ohjausprosessin ajan (sairaudesta selviytyminen, hoitoon sitoutuminen, itsehoito) (n=486)	80 (388)	20 (98)	3,03	0,755
Huomioin aina kotiutukseen ja kotona selviytymiseen vaikuttavat asiat (n=487)	78 (381)	22 (106)	2,99	0,802
Perustelen aina antamani ohjauksen (n=488)	78 (380)	22 (108)	2,95	0,750

Asteikko: 4-portainen Likert-asteikko (1=täysin eri mieltä, 2=jokseenkin eri mieltä, 3=jokseenkin samaa mieltä, 4=täysin samaa mieltä) luokiteltiin kaksiluokkaiseksi (Samaa mieltä, eri mieltä) yhdistämällä alkuperäisen neliportaisen asteikon 1-2 ja 3-4.

### 5.3.2 Potilasohjauksen suunnitelmallisuus ja tavoitteellisuus

Potilasohjauksen suunnitelmallisuutta ja tavoitteellisuutta arvioitiin kuudella eri väittämällä. Vastaajat arvioivat suunnitelmallisuuden ja tavoitteellisuuden toteutuneen potilasohjauksessa kohtalaisesti (keskiarvo 2,36, sd 0,58). Reilu puolet (58 %) hyödynsi aina näyttöön perustuvaa tietoa potilasohjauksessa (ka 2,63, sd 0,72). Puolet vastaajista arvioi aina potilasohjauksen tavoitteiden toteutumista (ka 2,54, sd 0,76).



Yli puolet vastaajista (60 %) ei suunnitellut aina yksilöllistä aikataulua potilasohjaukselle (ka 2,35, sd 0,83). Samoin yli puolet vastaajista (62 %) ei laatinut aina potilasohjaukselle tavoitteita yhdessä asiakkaan kanssa (ka 2,34, sd 0,78). Vastaajista 69 % ei tehnyt aina potilasohjaukselle jatkosuunnitelmaa (ka 2,21, sd 0,79), eikä 72 % vastaajista pyytänyt aina palautetta annetusta potilasohjauksesta (ka 2,10, sd 0,78). Hoitohenkilökunnan arviot potilasohjauksen suunnitelmallisuudesta ja tavoitteellisuudesta on esitetty taulukossa 8.

Taulukko 8. Hoitohenkilökunnan (n=491) arvioinnit potilasohjauksen suunnitelmallisuudesta ja tavoitteellisuudesta (% , n, keskiarvo, keskihajonta).

Summamuuttujat ja väittämät	Samaa mieltä % (n)	Eri mieltä % (n)	Keskiarvo	Keskihajonta
<i>Potilasohjauksen suunnitelmallisuus ja tavoitteellisuus</i>			2,36	0,577
Hyödynnän aina näyttöön perustuvaa tietoa (n=487)	58 (280)	42 (207)	2,63	0,723
Arvioin aina potilasohjauksen tavoitteiden toteutumista (n=487)	51 (248)	49 (239)	2,54	0,763
Suunnittelen aina yksilöllisen aikataulun potilasohjaukselle (n=486)	40 (195)	60 (291)	2,35	0,831
Laadin aina potilasohjaukselle tavoitteet yhdessä potilaan kanssa (n=489)	38 (188)	62 (301)	2,34	0,775
Teen aina potilasohjauksen jatkosuunnitelman (n=487)	31 (150)	69 (337)	2,21	0,790
Pyydän aina potilaalta palautetta ohjauksesta (n=489)	28 (136)	72 (353)	2,10	0,775

Asteikko: 4-portainen Likert-asteikko (1=täysin eri mieltä, 2=jokseenkin eri mieltä, 3=jokseenkin samaa mieltä, 4=täysin samaa mieltä) luokiteltiin kaksiluokkaiseksi (Samaa mieltä, eri mieltä) yhdistämällä alkuperäisen neliportaisen asteikon 1-2 ja 3-4.

### 5.3.3 Potilasohjauksen toteuttaminen

Potilasohjauksen toteuttamista arvioitiin neljällä eri väittämällä. Potilasohjauksen toteuttaminen toteutui hyvin (keskiarvo 2,93, sd 0,56). Parhaiten arvioitiin toteutuvan asiakkaan ohjauksen ja tiedon tarpeen arviointi (ka 3,13, sd 0,68). Suurin osa vastanneista valitsi aina asiakkaalle sopivan ohjaustyylin (ka 2,99, sd 0,69) ja ohjausmenetelmän (ka 2,84, sd 0,71). Hoitohenkilökunnan arviot potilasohjauksen toteuttamisesta on esitetty taulukossa 9.

Taulukko 9. Hoitohenkilökunnan (n=491) arvioinnit potilasohjauksen toteuttamisesta (% , n, keskiarvo, keskihajonta).

Summamuuttujat ja väittämät	Samaa mieltä % (n)	Eri mieltä % (n)	Keskiarvo	Keskihajonta
<i>Potilasohjauksen toteuttaminen</i>			2,93	0,558
Arvioin aina potilaan ohjauksen ja tiedon tarpeen (n=489)	84 (413)	16 (76)	3,13	0,676
Valitsen aina potilaalle sopivan ohjaustyylin (n=489)	79 (385)	21 (104)	2,99	0,688
Valitsen aina potilaalle sopivan ohjausmenetelmän (n=489)	69 (339)	31 (150)	2,84	0,711
Huomioin aina potilasohjauksen ajoittamiseen liittyvät tekijät (n=488)	67 (326)	33 (162)	2,77	0,721

Asteikko: 4-portainen Likert-asteikko (1=täysin eri mieltä, 2=jokseenkin eri mieltä, 3=jokseenkin samaa mieltä, 4=täysin samaa mieltä) luokiteltiin kaksiluokkaiseksi (Samaa mieltä, eri mieltä) yhdistämällä alkuperäisen neliportaisen asteikon 1-2 ja 3-4.

### 5.3.4 Potilasohjauksen kirjaaminen

Potilasohjauksen kirjaamista arvioitiin kolmella eri väittämällä. Potilasohjauksen kirjaamisen arvioitiin toteutuvan kohtalaisesti (keskiarvo 2,58, sd 0,72). Potilasohjauksen toteuttamisen kirjaukset arvioitiin tapahtuvan lähes aina (3,07, sd 0,84), mutta yli puolet vastaajista (57 %) ei kirjannut aina potilasohjauksen arviointia (ka 2,38 ka 0,86). Yli puolet vastaajista (64 %) ei myöskään kirjannut aina potilasohjauksen tavoitteita (ka 2,29, sd 0,85). Hoitohenkilökunnan arviot potilasohjauksen kirjaamisesta on esitetty taulukossa 10.

Taulukko 10. Hoitohenkilökunnan (n=491) arvioinnit potilasohjaamisen kirjaamisesta (% , n, keskiarvo, keskihajonta).

Summamuuttujat ja väittämät	Samaa mieltä % (n)	Eri mieltä % (n)	Keskiarvo	Keskihajonta
<i>Potilasohjauksen kirjaaminen</i>			2,58	0,723
Kirjaan aina potilasohjauksen toteutuksen (n=490)	80 (391)	20 (99)	3,07	0,843
Kirjaan aina potilasohjauksen arvioinnin (n=488)	43 (210)	57 (278)	2,38	0,859
Kirjaan aina potilasohjauksen tavoitteet (n=489)	36 (177)	64 (312)	2,29	0,845

Asteikko: 4-portainen Likert-asteikko (1=täysin eri mieltä, 2=jokseenkin eri mieltä, 3=jokseenkin samaa mieltä, 4=täysin samaa mieltä) luokiteltiin kaksiluokkaiseksi (Samaa mieltä, eri mieltä) yhdistämällä alkuperäisen neliportaisen asteikon 1-2 ja 3-4.

### 5.3.5 Yleisimmin potilasohjauksessa käytetyt menetelmät

Yleisimpiä potilasohjauksessa käytettäviä menetelmiä arvioitiin viidellä väittämällä. Yleisimpien potilasohjauksessa käytettävien menetelmien hallinta toteutui kohtalaisesti (keskiarvo 2,36, sd 0,71). Kaikkein parhaiten hallittavaksi ohjausmenetelmäksi arvioitiin yksilöohjausmenetelmä (ka 2,67, sd 0,85). Hiukan yli puolet vastaajista (52 %) hallitsi erilaisia ohjausmenetelmiä, joita voi käyttää yksilöohjauksessa (ka 2,45, sd 0,87). Ryhmäohjausmenetelmät arvioitiin hallittavan hiukan heikommin (ka 2,36, sd 0,87). Alle puolet vastaajista (37 %) arvioi hallitsevansa erilaisia ohjausmenetelmiä, joita voi käyttää ryhmäohjauksessa (ka 2,18, sd 0,85). Vastanneista 68 % ei osannut ohjata perheohjausmenetelmää käyttäen (ka 2,10, sd 0,84). Hoitohenkilökunnan arviot yleisimpien potilasohjausmenetelmien hallinnasta on esitetty taulukossa 11.

Taulukko 11. Hoitohenkilökunnan (n=491) arvioinnit yleisimmistä potilasohjauksessa käytettävistä ohjausmenetelmistä (% , n, keskiarvo, keskihajonta).

Summamuuttujat ja väittämät	Samaa mieltä % (n)	Eri mieltä % (n)	Keskiarvo	Keskihajonta
<i>Yleisimpien potilasohjausmenetelmien hallinta</i>			2,36	0,716
Osaan ohjata yksilöohjausmenetelmää käyttäen (n=483)	66 (319)	34 (164/)	2,67	0,853
Hallitsen erilaisia ohjausmenetelmiä, joita voin hyödyntää yksilöohjauksessa (esim. puhelinohjaus tai motivoiva haastattelu) (n=485)	52 (253)	48 (232)	2,45	0,865
Osaan ohjata ryhmäohjausmenetelmää käyttäen (n=483)	46 (223)	54 (260)	2,36	0,871
Hallitsen erilaisia ohjausmenetelmiä, joita voin hyödyntää ryhmäohjauksessa (esim. audiovisuaaliset menetelmät) (n=483)	37 (178)	63 (305)	2,18	0,845
Osaan ohjata perheohjausmenetelmää käyttäen (n=483)	32 (156)	68 (327)	2,10	0,840

Asteikko: 4-portainen Likert-asteikko (1=täysin eri mieltä, 2=jokseenkin eri mieltä, 3=jokseenkin samaa mieltä, 4=täysin samaa mieltä) luokiteltiin kaksiluokkaiseksi (Samaa mieltä, eri mieltä) yhdistämällä alkuperäisen neliportaisen asteikon 1-2 ja 3-4.

### 5.3.6 Ohjaus- ja oppimistyylien tunteminen

Hoitohenkilökunnan ohjaus- ja oppimistyylien tuntemista arvioitiin kahdella väittämällä. Ohjaus- ja oppimistyylien tunteminen toteutui kohtalaisesti (keskiarvo 2,41, sd 0,76). Erilaiset oppimistyyliä arvioitiin tunnettavan hiukan paremmin (ka 2,48, sd 0,84) kuin erilaiset ohjaajan ohjaamistyyliä (ka 2,34, sd 0,86). Hoitohenkilökunnan arviot potilasohjauksessa käytettävien ohjaus- ja oppimistyylien tuntemisesta on esitetty taulukossa 12.

Taulukko 12. Hoitohenkilökunnan (n=491) arvioinnit ohjaus- ja oppimistyylien tuntemisesta (% , n, keskiarvo, keskihajonta).

Summamuuuttujat ja väittämät	Samaa mieltä % (n)	Eri mieltä % (n)	Keskiarvo	Keskihajonta
<i>Ohjaus- ja oppimistyylien tunteminen</i>			2,41	0,758
Tunnen erilaiset oppimistyyliä (esim. konkreettinen kokemus tai harkitseva oppimistyyli) (n=486)	52 (252)	48 (234)	2,48	0,844
Tunnen erilaiset ohjaajan ohjaustyyliä (esim. ohjeita antava tai hyväksyvä tyyli) (n=485)	45 (217)	55 (268)	2,34	0,855

Asteikko: 4-portainen Likert-asteikko (1=täysin eri mieltä, 2=jokseenkin eri mieltä, 3=jokseenkin samaa mieltä, 4=täysin samaa mieltä) luokiteltiin kaksiluokkaiseksi (Samaa mieltä, eri mieltä) yhdistämällä alkuperäisen neliportaisen asteikon 1-2 ja 3-4.

### 5.3.7 Potilasohjausta täydentävien ohjeiden käyttö

Potilasohjausta täydentävien ohjeiden käyttöä potilasohjauksessa arvioitiin kolmella väittämällä. Potilasohjausta täydentävien ohjeiden käyttö toteutui kohtalaisesti (keskiarvo 2,53, sd 0,62). Useimmin (86 %) vastaajat käyttivät tarvittaessa tukena kirjallisia ohjeita (ka 3,23, sd 0,77). Hiukan yli puolet (53 %) käytti ohjausta täydentämään web-pohjaisia ohjeita (ka 2,48, sd 0,93) ja harvempi (20 %) joukkoviestintää tai sosiaalista mediaa (ka 1,89, sd 0,79). Hoitohenkilökunnan arvioinnit potilasohjausta täydentävien ohjeiden käytöstä on esitetty taulukossa 13.

Taulukko 13. Hoitohenkilökunnan (n=491) arvioinnit potilasohjausta täydentävien ohjeiden käytöstä (% , n, keskiarvo, keskihajonta).

Summamuuttujat ja väittämät	Samaa mieltä % (n)	Eri mieltä % (n)	Keskiarvo	Keskihajonta
<i>Potilasohjausta täydentävien ohjeiden käyttö</i>			2,53	0,624
Käytän aina tarvittaessa potilasohjauksen tukena kirjallisia ohjeita (n=486)	86 (420)	14 (66)	3,23	0,774
Käytän potilasohjauksen tukena web-pohjaisia ohjeita (internet) ohjeita (n=485)	53 (259)	47 (226)	2,48	0,931
Hyödynnän potilasohjauksessa joukkoviestintää tai sosiaalista mediaa (n=486)	20 (98)	80 (388)	1,89	0,787

Asteikko: 4-portainen Likert-asteikko (1=täysin eri mieltä, 2=jokseenkin eri mieltä, 3=jokseenkin samaa mieltä, 4=täysin samaa mieltä) luokiteltiin kaksiluokkaiseksi (Samaa mieltä, eri mieltä) yhdistämällä alkuperäisen neliportaisen asteikon 1-2 ja 3-4.

#### 5.4 Hoitohenkilökunnan arviot potilasohjaustaidoista ja menetelmistä taustamuuttujittain

Tässä tutkimuksessa oli kahdeksantoista taustamuuttujaa (taulukot 14-19): sukupuoli, ikä, ammatillinen koulutus, työyksikkö, tehtävänimike, työkokemus, työsuhdetta, ohjaukseen käytetty aika sekä arviot potilasohjauksen näyttöön perustuvasta toiminnasta. Lisäksi kysyttiin työyksikön potilasohjauksen laadusta, omista potilasohjausta koskevista tiedoista, taidoista ja miten tärkeänä potilasohjausta pitää. Lopuksi taustamuuttujissa kysyttiin erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon potilasohjauksen yhtenäistämisen tärkeyttä. Iältään vanhemmat vastaajat arvioivat potilasohjauksen suunnitelmallisuuden ja tavoitteellisuuden ( $p<0,001$ ), toteutuksen ( $p=0,035$ ) ja kirjaamisen ( $p=0,017$ ) toteutuneen paremmin kuin nuoremmat vastaajat.

Aiemman opistotason tutkinnon suorittaneet arvioivat potilasohjauksen toteutuksen paremmaksi kuin yliopisto-, ammattikorkeakoulu- tai koulutason/ammatti- ja aikuisopistotason tutkinnon suorittaneet ( $p=0,017$ ). Koulutason/ammatti- ja aikuisopistotason tutkinnon suorittaneiden arviot potilasohjaamisen kirjaamisen toteutumisesta olivat parempia (ka 2,72) ( $p=0,004$ ) kuin muiden koulutustaustan omaavien. Ammattikorkeakoulututkinnon suorittaneiden arviot potilasohjauksen kirjaamisesta olivat heikoimmat. Yleisimpien potilasohjausmenetelmien hallinnan arvioi parhaimmaksi yliopistotason tutkinnon suorittaneet ( $p=0,003$ ) ja heikoimmaksi sen arvioi koulutason/ammatti- ja aikuisopistotason tutkinnon suorittaneet. Yliopistotutkinnon suorittaneet arvioivat myös

ohjaus- ja oppimistyylien tuntemisen merkittävästi paremmaksi ( $p<0,001$ ) kuin muun koulutustaustan omaavat. Heikoimmaksi ohjaus- ja oppimistyylien tuntemisen arvioi koulutason/ammatti- ja aikuisopistotason tutkinnon suorittaneet. Sukupuolen, iän ja ammatillisen koulutuksen suhde summamuuttujiin on esitetty taulukossa 14.

Taulukko 14. Potilasohjaustaitojen ja -menetelmien osa-alueet hoitohenkilökunnan ( $n=491$ ) arvioimana taustamuuttujittain: sukupuoli, ikä ja ammatillinen koulutus (ka, sd, n, Mann-Whitney-testi, Kruskal-Wallis testi).

Taustamuuttajat	Asiakkaan kokonaisvaltainen huomioiminen		Potilasohjauksen suunnitelmallisuus ja tavoitteellisuus		Potilasohjauksen toteutus		Potilasohjauksen kirjaaminen		Yleisimpien potilasohjausmenetelmien hallinta		Ohjaus ja oppimistyylien tunteminen		Potilasohjausta täydentävien menetelmien käyttö	
	Ka	SD	Ka	SD	Ka	SD	Ka	SD	Ka	SD	Ka	SD	Ka	SD
<b>Sukupuoli</b>														
Nainen ( $n=437$ )	3,23	0,44	2,36	0,58	2,94	0,56	2,59	0,72	2,35	0,73	2,40	0,8	2,55	0,62
Mies ( $n=49$ )	3,17	0,51	2,37	0,57	2,87	0,58	2,52	0,72	2,40	0,66	2,49	0,62	2,37	0,70
p-arvo	0,485		0,575		0,405		0,626		0,605		0,386		<b>0,049</b>	
<b>Ikä</b>														
≤ 30 v. ( $n=73$ )	3,15	0,46	2,26	0,54	2,94	0,56	2,46	0,64	2,22	0,73	2,44	0,74	2,49	0,63
31-40 v. ( $n=103$ )	3,20	0,48	2,25	0,54	2,84	0,55	2,54	0,66	2,33	0,72	2,46	0,81	2,53	0,58
41-50 v. ( $n=140$ )	3,20	0,44	2,32	0,57	2,89	0,58	2,52	0,74	2,31	0,73	2,31	0,80	2,54	0,66
51 v. ≥ ( $n=165$ )	3,27	0,44	2,5	0,59	3,01	0,54	2,72	0,75	2,47	0,69	2,45	0,78	2,55	0,63
p-arvo	0,269		<b>0,000</b>		<b>0,035</b>		<b>0,017</b>		0,098		0,328		0,823	
<b>Ammatillinen koulutus</b>														
Yliopistotutkinto ( $n=26$ )	3,23	0,43	2,36	0,58	2,95	0,51	2,51	0,67	2,84	0,72	3,23	0,74	2,72	0,72
Ammattikorkeakoulututkinto ( $n=176$ )	3,18	0,48	2,27	0,56	2,88	0,57	2,44	0,71	2,31	0,70	2,44	0,74	2,53	0,65
Aiempi opistotason tutkinto ( $n=189$ )	3,24	0,40	2,43	0,55	3,02	0,52	2,66	0,72	2,36	0,70	2,34	0,72	2,54	0,56
Koulutason/ammatti- ja aikuisopistotason tutkinto ( $n=93$ )	3,22	0,51	2,36	0,63	2,83	0,60	2,72	0,75	2,26	0,76	2,22	0,85	2,48	0,68
p-arvo	0,754		0,082		<b>0,017</b>		<b>0,004</b>		<b>0,003</b>		<b>0,000</b>		0,407	

Asteikko: 1=täysin eri mieltä, 4=Täysin samaa mieltä

Työyksiköittäin potilasohjauksen suunnitelmallisuus ja tavoitteellisuus arvioitiin paremmaksi Kysterissä kuin KYSissä ( $p=0,022$ ). Samoin paremmaksi Kysterissä arvioitiin potilasohjausta täydentävien menetelmien käyttö ( $p=0,038$ ). Eri ammattiryhmistä kuntohoitajat, terveydenhoitajat ja fysio- ja toimintaterapeutit arvioivat potilasohjauksen suunnitelmallisuuden ja tavoitteellisuuden toteutuneen parhaiten ( $p=0,010$ ). Heikoiten suunnitelmallisuuden ja tavoitteellisuuden toteutumisen arvioivat bioanalytikot. Kuntohoitajat, fysio- ja toimintaterapeutit ja terveydenhoitajat olivat arvioineet myös potilasohjaamisen kirjaamisen ( $p<0,001$ ) ja yleisimpien potilasohjausmenetelmien hallinnan

( $p < 0,001$ ) keskimääräistä paremmiksi. Heikoimmaksi kirjaamisen toteutumisen olivat arvioineet bioanalyytikot ja yleisimpien ohjausmenetelmien osalta myös röntgenhoitajat ( $p = 0,002$ ).

Näyttöön perustuvan hoitotyön (NPH) vastuuhenkilöt arvioivat yleisimpien potilasohjausmenetelmien hallinnan paremmaksi kuin ne jotka eivät ole NPH -vastuuhenkilöitä ( $p = 0,048$ ). Työyksikön, tehtävänimikkeen ja NPH -vastuuhenkilönä toimimisen suhde summamuuttujiin on esitetty taulukossa 15.

Taulukko 15. Potilasohjaustaitojen ja -menetelmien osa-alueet hoitohenkilökunnan (n=491) arvioimana taustamuuttujittain: työyksikkö, tehtävänimike, NPH -vastuuhenkilönä toimiminen (ka, sd, n, Mann-Whitneyn-testi, Kruskal-Wallis testi).

Taustamuuttajat	Asiakkaan kokonaisvaltainen huomioiminen		Potilasohjauksen suunnitelmallisuus ja tavoitteellisuus		Potilasohjauksen toteutus		Potilasohjauksen kirjaaminen		Yleisimpien potilasohjausmenetelmien hallinta		Ohjaus ja oppimistyönten tunteminen		Potilasohjausta täydentävien menetelmien käyttö	
	Ka	SD	Ka	SD	Ka	SD	Ka	SD	Ka	SD	Ka	SD	Ka	SD
<b>Työyksikkö</b>														
KYS (n=425)	3,22	0,46	2,34	0,58	2,93	0,56	2,55	0,72	2,33	0,73	2,39	0,80	2,51	0,63
Kysteri (n=56)	3,21	0,35	2,52	0,57	2,90	0,55	2,77	0,72	2,45	0,59	2,51	0,66	2,68	0,60
p-arvo	0,694		<b>0,022</b>		0,826		0,079		0,367		0,289		<b>0,036</b>	
<b>Tehtävänimike</b>														
Osastonhoitaja (n=21)	3,25	0,44	2,52	0,56	2,86	0,48	2,62	0,88	2,55	0,59	2,86	0,65	2,56	0,63
Apulaisosastonhoitaja (n=28)	3,24	0,48	2,29	0,46	2,92	0,48	2,52	0,68	2,52	0,74	2,48	0,82	2,58	0,58
Sairaanhoitaja (n=257)	3,22	0,45	2,31	0,57	2,95	0,57	2,48	0,69	2,28	0,71	2,40	0,77	2,57	0,64
Kättilö (n=13)	3,16	0,46	2,54	0,57	3,00	0,49	2,64	0,73	2,76	0,66	2,38	0,68	2,64	0,48
Terveydenhoitaja (n=11)	3,07	0,27	2,62	0,43	2,86	0,44	2,76	0,70	2,78	0,60	2,73	0,82	2,88	0,75
Fysio-/toimintaterapeutti (n=2)	3,32	0,33	2,60	0,51	3,08	0,51	3,07	0,57	2,79	0,51	2,83	0,67	2,43	0,45
Röntgenhoitaja (n=9)	3,12	0,42	2,00	0,52	3,08	0,57	2,59	1,06	1,78	0,56	1,83	0,66	2,33	0,50
Bioanalyytikko/laboratoriohoitaja (n=6)	2,79	0,48	1,94	0,57	3,13	0,34	1,72	0,44	1,63	0,57	2,25	0,76	1,94	0,57
Kuntoutushoitaja (n=2)	3,45	0,51	2,75	0,82	2,63	0,53	3,00	0,00	3,00	0,00	3,00	0,00	2,17	0,24
Perus-/lähi-/kunto-kunto-/hammasohitaja/lääkintävahvistamistari (n=89)	3,24	0,50	2,36	0,62	2,85	0,59	2,72	0,73	2,28	0,74	2,25	0,82	2,45	0,65
Muu (n=15)	3,16	0,53	2,61	0,67	2,93	0,64	2,64	0,57	2,48	0,78	2,23	0,80	2,58	0,78
p-arvo	0,540		<b>0,010</b>		0,643		<b>0,000</b>		<b>0,000</b>		<b>0,002</b>		0,070	
<b>NPH-vastuuhenkilö</b>														
Kyllä (n=64)	3,26	0,50	2,36	0,58	2,90	0,55	2,63	0,74	2,52	0,76	2,57	0,81	2,66	0,68
Ei (n=405)	3,20	0,45	2,34	0,57	2,92	0,56	2,56	0,72	2,31	0,70	2,39	0,78	2,51	0,62
p-arvo	0,218		0,938		0,742		0,509		<b>0,048</b>		0,170		0,103	

Asteikko: 1=täysin eri mieltä, 4=Täysin samaa mieltä

Määräaikaisessa työsuhteessa työskentelevät olivat arvioineet ohjaus- ja oppimistyylien tuntemuksen paremmaksi kuin vakituisessa työsuhteessa toimivat ( $p=0,029$ ) Päivätyötä tekevä hoitohenkilökunta oli arvioinut potilasohjauksen suunnitelmallisuuden ja tavoitteellisuuden ( $p=0,001$ ), toteutuksen ( $p=0,002$ ), kirjaamisen ( $p=0,019$ ), yleisimpien ohjausmenetelmien hallinnan ( $p<0,001$ ) ja ohjaus- ja oppimistyylien tuntemuksen ( $p=0,024$ ) toteutuneen paremmin kuin jaksotyötä tekevien. Työkokemuksen nykyisessä työssä ja työyksikössä sekä työ- ja työsuhteen muodon suhde summamuuttujiin on esitetty taulukossa 16.

Taulukko 16. Potilasohjaustaitojen ja -menetelmien osa-alueet hoitohenkilökunnan ( $n=491$ ) arvioimana taustamuuttujittain: työkokemus nykyisessä työyksikössä ja ammatissa, työ- ja työsuhteen muoto (ka, sd, n, Mann-Whitney-testi, Kruskal-Wallis-testi).

Taustamuuttujat	Asiakkaan kokonaisvaltainen huomioiminen		Potilasohjauksen suunnitelmallisuus ja tavoitteellisuus		Potilasohjauksen toteutus		Potilasohjauksen kirjaaminen		Yleisimpien potilasohjauksen menetelmien hallinta		Ohjaus ja oppimistyylien tunteminen		Potilasohjausta täydentävien menetelmien käyttö	
	Ka	SD	Ka	SD	Ka	SD	Ka	SD	Ka	SD	Ka	SD	Ka	SD
<b>Työkokemus vuosina nykyisessä työyksikössä</b>														
Korkeintaan 1 v. ( $n=80$ )	3,15	0,45	2,29	0,51	2,90	0,53	2,46	0,62	2,25	0,62	2,39	0,69	2,54	0,62
2-5 v. ( $n=147$ )	3,27	0,42	2,40	0,59	2,99	0,55	2,71	0,71	2,47	0,71	2,52	0,78	2,60	0,61
6-10 v. ( $n=90$ )	3,16	0,48	2,35	0,55	2,85	0,56	2,52	0,65	2,30	0,74	2,42	0,79	2,49	0,61
11-20 v. ( $n=86$ )	3,21	0,46	2,31	0,57	2,94	0,55	2,46	0,78	2,26	0,75	2,34	0,83	2,47	0,63
21 v. tai enemmän ( $n=77$ )	3,26	0,46	2,45	0,63	2,93	0,58	2,67	0,83	2,41	0,74	2,29	0,83	2,55	0,66
p-arvo	0,289		0,311		0,353		<b>0,038</b>		0,086		0,190		0,740	
<b>Työkokemus vuosina nykyisessä ammatissa</b>														
Korkeintaan 1 v. ( $n=24$ )	3,35	0,37	2,37	0,43	3,11	0,49	2,49	0,65	2,34	0,54	2,39	0,69	2,55	0,66
2-5 v. ( $n=78$ )	3,23	0,46	2,35	0,52	2,97	0,56	2,58	0,72	2,43	0,71	2,58	0,73	2,60	0,60
6-10 v. ( $n=79$ )	3,13	0,44	2,24	0,60	2,84	0,54	2,53	0,64	2,31	0,71	2,43	0,77	2,51	0,59
11-20 v. ( $n=145$ )	3,24	0,45	2,44	0,57	2,92	0,55	2,61	0,73	2,32	0,70	2,35	0,79	2,51	0,63
21 v. tai enemmän ( $n=132$ )	3,24	0,44	2,40	0,63	2,95	0,59	2,64	0,75	2,40	0,75	2,37	0,83	2,56	0,63
p-arvo	0,148		0,102		0,197		0,492		0,647		0,364		0,910	
<b>Työsuhteen muoto</b>														
Vakinainen ( $n=392$ )	3,20	0,45	2,35	0,58	2,91	0,56	2,58	0,74	2,33	0,72	2,37	0,78	2,52	0,62
Määräaikainen ( $n=88$ )	3,26	0,45	2,38	0,55	2,99	0,55	2,60	0,64	2,46	0,63	2,59	0,72	2,59	0,66
p-arvo	0,425		0,553		0,258		0,803		0,207		<b>0,029</b>		0,371	
<b>Pääasiallinen työmuoto</b>														
Päivätyö ( $n=204$ )	3,22	0,43	2,46	0,57	3,02	0,50	2,66	0,76	2,49	0,70	2,50	0,78	2,55	0,61
Jaksotyö ( $n=281$ )	3,21	0,47	2,29	0,58	2,86	0,58	2,52	0,69	2,25	0,72	2,35	0,79	2,52	0,64
p-arvo	0,790		<b>0,001</b>		<b>0,002</b>		<b>0,019</b>		<b>0,000</b>		<b>0,024</b>		0,693	

Asteikko: 1=täysin eri mieltä, 4=Täysin samaa mieltä



Hoitohenkilökunta, joka käytti aikaa työpäivän aikana potilasohjaukseen enemmän kuin yhden tunnin, arvioi potilaan kokonaisvaltaisen kohtaamisen ( $p<0,001$ ), potilasohjauksen suunnitelmallisuuden ja tavoitteellisuuden ( $p=0,001$ ) sekä toteutuksen toteutuneen sitä paremmin mitä enemmän aikaa potilasohjaukseen käytettiin. Potilasohjauksen kirjaamisen ( $p=0,034$ ) ja yleisimpien potilasohjausmenetelmien hallinnan ( $p=0,001$ ) arvioivat toteutuvan parhaiten ne, jotka käyttivät aikaa potilasohjaukseen 3-4 tuntia. Heikoiten kirjaamisen ja menetelmien hallinnan arvioivat ne, jotka potilasohjaukseen alle tunnin työpäivässä.

Summamuuttujissa kuvatut potilasohjaustaitojen ja menetelmähallinnan osa-alueet toteutuivat sitä paremmin, mitä suurempi prosenttimäärä potilasohjauksesta oli näyttöön perustuvaa. Potilasohjaukseen käytetyn ajan ja sen näyttöön perustuvuuden suhde summamuuttujiin on esitetty taulukossa 17.

Taulukko 17. Potilasohjaustaitojen ja -menetelmien osa-alueet hoitohenkilökunnan ( $n=491$ ) arvioimana taustamuuttujittain: potilasohjaukseen käytetty aika ja näyttöön perustuvuus (ka, sd, n, Mann-Whitney-testi, Kruskal-Wallis-testi).

Taustamuuttujat	Asiakkaan kokonaisvaltainen huomioiminen		Potilasohjauksen suunnitelmallisuus ja tavoitteellisuus		Potilasohjauksen toteutus		Potilasohjauksen kirjaaminen		Yleisimpien potilasohjausmenetelmien hallinta		Ohjaus ja oppimistyönten tunteminen		Potilasohjausta täydentävien menetelmien käyttö	
	Ka	SD	Ka	SD	Ka	SD	Ka	SD	Ka	SD	Ka	SD	Ka	SD
<b>Keskimääräinen potilasohjaukseen käyttämäsi aika työpäivän aikana</b>														
<1 tunti (n=90)	3,05	0,55	2,23	0,63	2,69	0,58	2,39	0,80	2,13	0,74	2,34	0,81	2,37	0,69
1-2 tuntia (n=167)	3,19	0,41	2,26	0,55	2,90	0,53	2,56	0,64	2,26	0,68	2,31	0,74	2,57	0,61
3-4 tuntia (n=140)	3,28	0,42	2,45	0,52	3,01	0,53	2,69	0,71	2,5	0,73	2,49	0,79	2,58	0,61
5-6 tuntia (n=71)	3,26	0,40	2,46	0,58	3,03	0,54	2,62	0,72	2,49	0,68	2,57	0,83	2,58	0,57
7-8 tuntia (n=12)	3,67	0,28	2,65	0,63	3,40	0,53	2,56	1,06	2,43	0,70	2,17	0,86	2,33	0,83
p-arvo	<b>0,000</b>		<b>0,001</b>		<b>0,000</b>		<b>0,034</b>		<b>0,001</b>		0,102		0,186	
<b>Kuinka suuri osuus toteuttamastasi potilasohjauksesta on näyttöön perustuvaa? (asteikolla 0-100%)</b>														
0-25 % (n=100)	3,10	0,48	2,09	0,57	2,77	0,60	2,42	0,81	2,02	0,77	2,18	0,80	2,35	0,71
26-50 % (n=136)	3,23	0,42	2,34	0,48	2,97	0,54	2,53	0,63	2,44	0,62	2,46	0,74	2,54	0,56
51-75 % (n=76)	3,27	0,43	2,47	0,54	2,99	0,45	2,69	0,74	2,52	0,68	2,55	0,83	2,73	0,66
76-100 % (n=89)	3,30	0,48	2,61	0,61	3,06	0,58	2,73	0,76	2,59	0,69	2,67	0,75	2,61	0,57
p-arvo	<b>0,016</b>		<b>0,000</b>		<b>0,007</b>		<b>0,015</b>		<b>0,000</b>		<b>0,001</b>		<b>0,007</b>	

Asteikko: 1=täysin eri mieltä, 4=Täysin samaa mieltä

Potilasohjauksen osa-alueet toteutuivat potilasohjauksen tietojen ja taitojen arvioissa sitä paremmin mitä paremmaksi ne koettiin. Työyksikkönsä potilasohjauksen laadun kiitettäväksi arvioineet olivat arvioineet asiakkaan kokonaisvaltaisen huomioinnin ( $p<0,001$ ), suunnitelmallisuuden ja tavoitteellisuuden ( $p<0,001$ ), toteutuksen ( $p<0,001$ ), kirjaamisen ( $p=0,005$ ) ja yleisimpien menetelmien hallinnan ( $p=0,002$ ) paremmaksi kuin niiden, jotka olivat arvioineet työyksikkönsä laadun tyydyttäväksi. Potilasohjausta koskevien tietojen ja taitojen sekä työyksikön potilasohjauslaadun suhde summamuuttujiin on esitetty taulukossa 18.

Taulukko 18. Potilasohjaustaitojen ja –menetelmien osa-alueet hoitohenkilökunnan ( $n=491$ ) arvioimana taustamuuttujittain: potilasohjaustiedot, -taidot ja -laatu (ka, sd, n, Mann-Whitney-testi, Kruskal-Wallis testi).

Taustamuuttujat	Asiakkaan kokonaisvaltainen huomioiminen		Potilasohjauksen suunnitelmallisuus ja tavoitteellisuus		Potilasohjauksen toteutus		Potilasohjauksen kirjaaminen		Yleisimpien potilasohjausmenetelmien hallinta		Ohjaus ja oppimistyönten tunteminen		Potilasohjausta täydentävien menetelmien käyttö	
	Ka	SD	Ka	SD	Ka	SD	Ka	SD	Ka	SD	Ka	SD	Ka	SD
<b>Kuinka hyväksi arvioit omat potilasohjausta koskevat tietosi?</b>														
Tyydyttävä (n=54)	2,83	0,52	1,98	0,54	2,48	0,61	2,13	0,69	1,83	0,64	1,95	0,74	2,18	0,64
Hyvä (n=289)	3,20	0,40	2,34	0,51	2,91	0,49	2,59	0,66	2,29	0,65	2,35	0,73	2,55	0,60
Kiitettävä (n=148)	3,40	0,44	2,55	0,63	3,14	0,56	2,73	0,78	2,66	0,73	2,70	0,80	2,62	0,63
p-arvo	<b>0,000</b>		<b>0,000</b>		<b>0,000</b>		<b>0,000</b>		<b>0,000</b>		<b>0,000</b>		<b>0,000</b>	
<b>Kuinka hyväksi arvioit omat potilasohjausta koskevat taitosi?</b>														
Tyydyttävä (n=41)	2,85	0,55	2,03	0,52	2,41	0,53	2,37	0,68	1,84	0,62	1,93	0,63	2,24	0,66
Hyvä (n=275)	3,18	0,40	2,32	0,53	2,90	0,49	2,55	0,69	2,29	0,68	2,35	0,76	2,54	0,58
Kiitettävä (n=175)	3,37	0,44	2,50	0,62	3,10	0,59	2,69	0,77	2,58	0,72	2,63	0,78	2,59	0,67
p-arvo	<b>0,000</b>		<b>0,000</b>		<b>0,000</b>		<b>0,008</b>		<b>0,000</b>		<b>0,000</b>		<b>0,000</b>	
<b>Kuinka hyväksi arvioit työyksikkösi potilasohjauksen laadun?</b>														
Tyydyttävä (n=68)	3,03	0,48	2,08	0,53	2,72	0,59	2,33	0,68	2,07	0,76	2,25	0,87	2,36	0,65
Hyvä (n=294)	3,21	0,41	2,35	0,51	2,91	0,51	2,60	0,70	2,39	0,68	2,42	0,76	2,55	0,58
Kiitettävä (n=129)	3,33	0,49	2,53	0,67	3,08	0,61	2,66	0,78	2,43	0,74	2,47	0,78	2,58	0,70
p-arvo	<b>0,000</b>		<b>0,000</b>		<b>0,000</b>		<b>0,005</b>		<b>0,002</b>		0,210		0,090	

Asteikko: 1=täysin eri mieltä, 4=Täysin samaa mieltä

Potilasohjausta erittäin tärkeänä pitävät olivat arvioineet potilaan kokonaisvaltaisen kohtaamisen ( $p<0,001$ ), potilasohjauksen toteutuksen ( $p<0,001$ ) ja täydentävien menetelmien käytön ( $p=0,002$ ) parhaiten toteutuneiksi.

Erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhtenäistämistä erittäin tärkeänä pitävät olivat arvioineet myös asiakkaan kokonaisvaltaisen huomioimisen ( $p=0,045$ ), potilasohjauksen suunnitelmallisuuden ja tavoitteellisuuden ( $p=0,044$ ), yleisimmin käytettyjen potilasohjausmenetelmien hallinnan ( $p=0,018$ ) sekä täydentävien menetelmien käytön paremmaksi kuin asiaa vähemmän tärkeänä pitävien. Potilasohjauksen tärkeänä pitämisen ja yhtenäistämisen suhde summamuuttujiin on esitetty taulukossa 19.

Taulukko 19. Potilasohjaustaitojen ja -menetelmien osa-alueet hoitohenkilökunnan ( $n=491$ ) arvioimana taustamuuttujittain: potilasohjauksen tärkeänä pitäminen ja potilasohjauksen yhtenäistäminen (ka, sd, n, Mann-Whitney-testi, Kruskal-Wallis testi).

Taustamuuttujat	Asiakkaan kokonaisvaltainen huomioiminen		Potilasohjauksen suunnitelmallisuus ja tavoitteellisuus		Potilasohjauksen toteutus		Potilasohjauksen kirjaaminen		Yleisimpien potilasohjausmenetelmien hallinta		Ohjaus ja oppimistyylien tunteminen		Potilasohjausta täydentävien menetelmien käyttö	
	Ka	SD	Ka	SD	Ka	SD	Ka	SD	Ka	SD	Ka	SD	Ka	SD
<b>Miten tärkeänä pidät potilasohjausta?</b>														
Ei ollenkaan tärkeää ( $n=0$ )	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ei kovin tärkeää ( $n=0$ )	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Melko tärkeää ( $n=9$ )	2,88	0,18	2,06	0,67	2,33	0,63	2,78	0,60	1,96	0,72	2,06	0,73	2,30	0,70
Tärkeää ( $n=81$ )	3,04	0,48	2,31	0,60	2,76	0,53	2,47	0,73	2,25	0,68	2,33	0,69	2,33	0,65
Erittäin tärkeää ( $n=399$ )	3,26	0,44	2,38	0,57	2,98	0,55	2,61	0,72	2,39	0,72	2,44	0,80	2,59	0,61
p-arvo	<b>0,000</b>		0,174		<b>0,000</b>		0,136		0,059		0,174		<b>0,003</b>	
<b>Miten tärkeänä pidät erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon potilasohjauksen yhtenäistämistä?</b>														
Ei ollenkaan tärkeää ( $n=0$ )	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-	-
Ei kovin tärkeää ( $n=5$ )	3,33	0,56	2,77	1,05	3,00	0,40	2,87	0,84	2,40	0,89	2,20	0,45	2,37	0,34
Melko tärkeää ( $n=37$ )	3,13	0,43	2,18	0,59	2,82	0,67	2,61	0,71	2,08	0,70	2,21	0,83	2,36	0,63
Tärkeää ( $n=130$ )	3,15	0,44	2,29	0,54	2,90	0,54	2,48	0,72	2,29	0,65	2,40	0,74	2,43	0,63
Erittäin tärkeää ( $n=314$ )	3,26	0,46	2,40	0,58	2,95	0,55	2,61	0,72	2,42	0,74	2,45	0,80	2,60	0,62
p-arvo	<b>0,045</b>		<b>0,044</b>		0,474		0,209		<b>0,018</b>		0,248		<b>0,023</b>	

Asteikko: 1=täysin eri mieltä, 4=Täysin samaa mieltä

## 5.5 Tutkimustulosten yhteenveto

Ensimmäisenä tutkimuskysymyksenä selvitettiin hoitohenkilöstön arvioita heidän potilasohjausta koskevista taidoistaan. Potilasohjaustaitojen osa-alueet oli muodostettu faktorianalyysin avulla, jonka mukaisesti rakennettiin summamuuttujat. Potilasohjaustaitoja mittaavia summamuuttujia olivat: asiakkaan kokonaisvaltainen huomioiminen, potilasohjauksen suunnitelmallisuus ja tavoitteellisuus, potilasohjauksen toteutus sekä potilasohjaamisen kirjaaminen. Potilasohjaustaitojen arviointien keskiarvoksi saatiin tutkimusaineistosta 2,77. Hoitohenkilökunnan arviot vaihtelivat summamuuttujittain arvojen 2,36 ja 3,22 välillä. Parhaimmaksi potilasohjauksen osa-alueeksi hoitohenkilökunta arvioi asiakkaan kokonaisvaltaisen huomioonpotilasohjauksessa keskiarvolla 3,22. Toiseksi parhaaksi arvioitiin potilasohjauksen toteuttaminen keskiarvolla 2,93. Kolmanneksi arvioitu potilasohjauksen kirjaaminen sai keskiarvon 2,58. Heikoimmaksi potilasohjauksen osa-alueeksi hoitohenkilökunta arvioi potilasohjauksen suunnitelmallisuuden ja tavoitteellisuuden ja se sai arvon 2,36. (Taulukko 20)

Taulukko 20. Hoitohenkilökunnan arviot potilasohjaustaidoista summamuuttujittain (keskiarvo, keskihajonta).

<b>Summamuuttujat: Potilasohjaustaidot</b>	<b>Keskiarvo</b>	<b>Keskihajonta</b>
Asiakkaan kokonaisvaltainen huomioiminen potilasohjauksessa	3,22	0,452
Potilasohjauksen toteuttaminen	2,93	0,558
Potilasohjauksen kirjaaminen	2,58	0,723
Potilasohjauksen suunnitelmallisuus ja tavoitteellisuus	2,36	0,577
<i>Potilasohjaustaitojen kaikki osa-alueet</i>	<b>2,77</b>	

Asteikko: Keskiarvot 1,0-1,6 tarkoittavat erittäin heikkoa, keskiarvot 1,7-2,2 heikkoa, keskiarvot 2,3-2,8 kohtalaista, keskiarvot 2,9-3,4 hyvää ja keskiarvot 3,5-4,0 erittäin hyvää osa-alueen toteutumista.

Toinen tutkimuskysymyksessä selvitettiin hoitohenkilöstön arvioita potilasohjausmenetelmien hallinnasta. Potilasohjausmenetelmienhallinnan osa-alueet oli muodostettu niin ikään faktorianalyysin avulla, jonka mukaisesti summamuuttujat oli rakennettu. Potilasohjausmenetelmien hallintaa mittaavia summamuuttujia olivat: yleisimpien potilasohjausmenetelmien hallinta, ohjaus- ja oppimistyylien tunteminen sekä potilasohjausta tukevien menetelmien käyttö. Potilasohjausmenetelmien hallinnan arviointien keskiarvo oli 2,43. Keskiarvot menetelmien hallinnasta vaihtelivat välillä 2,36 ja 2,53. Parhaimmaksi potilasohjausmenetelmien hallinnan osa-alueeksi hoitohenkilökunta arvioi potilasohjausta

täydentävien ohjeiden käytön keskiarvolla 2,53. Toiseksi parhaaksi arvioitiin ohjaus- ja oppimistyylien tunteminen keskiarvolla 2,41. Heikoimmaksi potilasohjausmenetelmien hallinnan osa-alueista arvioitiin yleisimpien potilasohjausmenetelmien hallinta ja se sai keskiarvon 2,36 (Taulukko 21).

Taulukko 21. Hoitohenkilökunnan arviot potilasohjausmenetelmien hallinnasta summamuuttujittain (keskiarvo, keskihajonta).

<b>Summamuuttujat: Potilasohjausmenetelmien hallinta</b>	<b>Keskiarvo</b>	<b>Keskihajonta</b>
Potilasohjausta täydentävien ohjeiden käyttö	2,53	0,624
Ohjaus- ja oppimistyylien tunteminen	2,41	0,785
Yleisimpien potilasohjausmenetelmien hallinta	2,36	0,716
<i>Potilasohjausmenetelmien hallinnan kaikki osa-alueet</i>	<b>2,43</b>	

Asteikko: Keskiarvot 1,0-1,6 tarkoittavat erittäin heikkoa, keskiarvot 1,7-2,2 heikkoa, keskiarvot 2,3-2,8 kohtalaista, keskiarvot 2,9-3,4 hyvää ja keskiarvot 3,5-4,0 erittäin hyvää osa-alueen toteutumista.

## 6 POHDINTA

### 6.1 Tulosten tarkastelua

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata ja arvioida Kuopion yliopistollisen sairaalan ja Kysterin hoitohenkilökunnan potilasohjaustaitoja ja ohjausmenetelmien hallintaa ennen potilasohjauskoulutusta. Tutkimus oli osa laajempaa kehittämis- ja tutkimushanketta, jonka tavoitteena on tuottaa tietoa koulutusintervention vaikutuksista ja potilasohjausosaamisen vahvistamisesta. Tämän tutkimuksen tavoitteena oli lisätä tutkimustietoa sekä saada arviointitietoa hoitohenkilökunnan potilasohjausosaamisesta ennen potilasohjauskoulutusta. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää potilasohjauskoulutuksen koordinoinnissa, kehittämisessä suunnittelussa aina organisaatiotasolta yksikötasolle saakka.

Tämän tutkimuksen perusteella potilasohjaustaitoja ja menetelmähallintaa voidaan pitää KYSissä ja Kysterissä kohtalaisina. Hoitohenkilökunnan arvioi heidän potilasohjaustaitonsa kokonaisuudessaan paremmaksi (ka 2,77) kuin potilasohjausmenetelmähallinta (ka 2,43). Vahvimmat potilasohjauksen osa-alueet olivat asiakkaan kokonaisvaltainen huomioiminen (ka 3,22) ja potilasohjauksen toteuttaminen (ka 2,93). Heikoiten toteutuneen osa-alueet olivat potilasohjauksen suunnitelmallisuus ja tavoitteellisuus (ka 2,36) ja yleisimpien potilasohjausmenetelmien hallinta (ka 2,36). Tutkimustuloksissa ei varsinaisesti ilmennyt mitään uutta vaan ne vahvistivat aikaisempaa tutkimustietoa. Tutkimustulokset olivat samansuuntaisia kuin Heikkisen ym. (2006), Kääriäisen (2007), Kääriäisen ym. (2005bc, 2006), Lipposen ym. (2008) ja Kaakisen (2013) tutkimuksissa. Tutkimustuloksista ilmenee, että kaikissa potilasohjausprosessin vaiheissa oli puutteita, kuten Kähkösenkin ym. (2012) tutkimuksessa. Voidaankin pohtia, tunnistavatko potilasohjausta antava hoitohenkilökunta näitä potilasohjausprosessin vaiheita kuten Avsar:n ym. (2011) tutkimuksessa ilmeni. Hoitohenkilökunnan antama potilasohjaus koetaan tärkeäksi osaksi heidän työtään ja asiakas otetaan kokonaisvaltaisesti huomioon potilasohjauksessa. Potilasohjausmenetelmistä yksilöohjausta käytetään eniten ja muita ohjausmenetelmiä käytetään harvemmin ja ne hallitaan huonommin.

### *Asiakkaan kokonaisvaltainen huomioiminen potilasohjauksessa*

Tässä tutkimuksessa asiakkaan kokonaisvaltainen huomioiminen oli parhaiten arvioitu potilasohjauksen osa-alue. Potilasohjaus on hoitohenkilökunnan ydinosasta, jossa mahdollistetaan asiakkaan tiedonsaanti ja tuki (Fall ym. 2013). Asiakas otettiin huomioon yksilöllisesti ja korkeatasoisesti. Tässä potilasohjauksen vaiheessa tehdään tarpeenarviointia, jotta asiakkaan tarpeisiin vastattaisiin parhaiten (Kyngäs ym. 2007). Hätösen ym. (2010) ja Friedman:in ym. (2011) tutkimukset osoittivat, että asiakkaan yksilöllisiin tarpeisiin kohdistettu ja ennalta suunniteltu potilasohjaus oli hyödyllisintä. Hoitohenkilökunnalle ohjaustarpeen arviointi on ollut vaikeaa (Kääriäinen ym. 2005c). Kelon ym. (2013) mukaan potilasohjauksen tulisi olla enemmän asiakasta voimaannuttavaa.

Asiakkaan kokonaisvaltainen huomioiminen vaatii hoitajalta hyviä vuorovaikutustaitoja ja näistä taidoista on kiistatta hyötyä potilasohjauksessa ja asiakkaan kohtaamisessa. Tässä tutkimuksessa ei varsinaisesti mitattu vuorovaikutustaitoja. Hoitoon valmistamisen taitoja taas mitattiin ja ne koettiin hyviksi. Hoitohenkilökunta on aikaisemmissa tutkimuksissa kokenut omat vuorovaikutus- ja hoitoon valmistaitonsa hyviksi (Kääriäinen ym. 2006, Kääriäinen 2007, Kaakinen 2013). Koutsopoulou:n ym. (2010) ja Hätösen ym. (2010) mukaan hoitajille tulisi kouluttaa riittävät vuorovaikutustaidot, jotta he kykenevät antamaan tarkkaa, käytännöllistä ja oikein ajoitettua potilasohjausta.

### *Potilasohjauksen toteuttaminen*

Potilasohjauksen toteuttaminen toteutui tämän tutkimuksen tulosten mukaan hyvin. Asiakkaan ohjauksen ja tiedon tarve otettiin hyvin huomioon. Samoin valittiin sopiva ohjaustyylit ja ohjausmenetelmä. Lisäksi potilasohjauksen ajoittamiseen liittyvät tekijät huomioitiin hyvin.

Potilasohjauksen ja tiedon tarpeen arviointi perustuu asiakkaan taustatekijöihin (Kääriäinen ym. 2005c, Kyngäs ym. 2007, Laine ym. 2012) ja hyvin suunniteltu ohjaus takaa toteutuksen laatua (Kaakinen 2013). Taustatekijät oli otettu hyvin huomioon asiakkaan kokonaisvaltaisessa huomioimisessa. Vaikka hoitohenkilökunta oli arvioinut ohjaus- ja oppimistyylien tuntemisensa ja ohjausmenetelmien tuntemuksensa keskimääräistä heikommaksi, otettiin nämä asiat kuitenkin huomioon potilasohjauksen toteuttamisessa. Potilasohjauksen ajoittaminen oli huomioitu kuten Koutsopoulou:n ym. (2010) tutkimuksessa.

### *Potilasohjauksen kirjaaminen*

Potilasohjauksen kirjaamisen arvioitiin toteutuvan kohtalaisesti, vaikka siinä olikin puutteita. Potilasohjauksen toteuttaminen kirjattiin kaikkein parhaiten. Potilasohjauksen arviointia ja tavoitteita ei kirjattu niin usein.

Kuten aikaisemmissakin tutkimuksissa (Avsar ym. 2011, Kaakinen 2013) potilasohjaustapahtumien kirjaaminen oli puutteellista tai osittain täydellistä. Kyngäksen ym. (2007) ja STM:n (2012) mukaan potilasohjauksen kirjaamisessa huomioidaan ohjausprosessin eri vaiheet; ohjauksen tavoitteet, ohjaussuunnitelma, sen toteutus ja arviointi. Ohjausprosessiin voi osallistua useita eri hoitajia ja potilasasiakirjoihin pitäisi olla selkeästi ohjauksen tavoitteet, miten ohjaus on mennyt ja mitä asioita on ohjattu. Tämän tutkimuksen tuloksista ilmenee, että potilasohjaus on kirjattu toteutuskeskeisesti.

### *Potilasohjauksen suunnitelmallisuus ja tavoitteellisuus*

Potilasohjauksen suunnitelmallisuus ja tavoitteellisuus toteutui tulosten mukaan tässä tutkimuksessa kohtalaisesti, mutta osittain puutteellisesti. Ainoastaan kaksi väittämää tästä osa-alueesta arvioitiin keskimääräistä paremmaksi; näyttöön perustuvan tiedon käyttö ja tavoitteiden toteutumisen seuraaminen. Vaikka asiakas otettiin potilasohjauksessa kokonaisvaltaisesti huomioon, ei asiakasta oteta siltikään aina mukaan suunnitteluun tai palautteen antamiseen.

Tämän tutkimuksen tulosten mukaan potilasohjauksen suunnitelmallisuus ja tavoitteellisuus ei toteutunut asiakaslähtöisesti. Ohjauksen suunnittelu perustuu asiakkaan taustatekijöihin ja suunnitelmat perustuvat yhdessä sovittuihin lyhyen ja pitkän aikavälin tavoitteisiin (Kääriäinen ym. 2005c). Tämän tutkimuksen tulokset ovat samansuuntaisia kuin Kääriäisen (2007) ja Kääriäisen & Kyngäksen (2010) tutkimuksissa, joissa todettiin potilasohjauksen olleen pääasiassa asiakaslähtöistä, mutta asiakasta ei otettu mukaan suunnitteluun ja arviointiin. Asiakkaan taustatietoja ei aina otettu huomioon suunnittelussa ja arvioinnissa (Kääriäinen 2007).

Tutkimuksessa arvioitiin näyttöön perustuvaa tietoa yhdellä kysymyksellä taustamuuttujissa ja yhdellä väittämällä. Tässä tutkimuksessa näyttöön perustuvan tiedon käyttö toteutui hyvin. Taustamuuttujissa kysyttiin, kuinka suuri osuus toteuttamastasi potilasohjauksesta on näyttöön perustuvaa? Kokonaisuutena voidaan todeta, että mitä enemmän työssä käytettiin



näyttöön perustuvaa tietoa sitä paremmaksi koettiin kaikki tässä tutkimuksessa tutkitut potilasohjauksen osa-alueet.

Tutkimuksessaan Jones ym. (2011) kuvasi tiedonhaun esteitä hoitotyössä. Sen mukaan esteitä olivat ajanpuute, kokemattomuus tiedonhakuun ja organisaatioiden käytännöt. Lipponen ym. (2008) tutkimuksessa potilasohjaamisessa käytetty tieto pohjautui työkokemukseen ja pohjakoulutukseen. Nuoremmat työntekijät pitivät tärkeimpänä tietolähteenä pohjakoulutusta ja työyksikön potilasohjauskäytäntöjä. Kokeneemmat työntekijät pitivät tärkeimpänä täydennyskoulutusta, työkokemusta ja ammattilehtiä. (Lipponen ym. 2008.) Tässä tutkimuksessa potilasohjauksen suunnitelmallisuuteen ja tavoitteellisuuteen vaikuttivat tutkittavan ikä, tehtävänimike sekä jaksotyö ja päivätyötä. Ikä ei tutkimustuloksista selity. Päivätyö voidaan selittää sillä, että terveydenhoitajat, kuntahoitajat, toiminta- ja fysioterapeutit, jotka kokevat potilasohjauksen suunnitelmallisuuden ja tavoitteellisuuden muita paremmaksi, tekevät useimmiten päivätyötä. He käyttävät myös potilasohjaukseen eniten aikaa päivässä.

#### *Potilasohjausta täydentävien ohjeiden käyttö*

Potilasohjausta täydentävien ohjeiden käyttö toteutui tämän tutkimuksen tulosten mukaan kohtalaisesti. Eniten käytetty potilasohjausta täydentävä ohje oli kirjallinen ohje. Hiukan reilu puolet käytti web-pohjaisia ohjeita täydentämään potilasohjaustaan. Joukkoviestintää tai sosiaalista mediaa käytettiin harvemmin.

Useiden eri potilasohjausmenetelmien yhdistämisellä on osoitettu olevan hyötyä tietojen omaksumisessa (Hätönen ym. 2010, Friedman ym. 2011). Tämän vuoksi muun ohjauksen ohessa asiakkaalle näytetty tai annettu muu materiaali auttaa ohjauksen onnistumisessa. Potilasohjausta varten tulisi olla tarjolla selkeästi kirjoitettuja kirjallisia ohjeita (Salanterä ym. 2005), joita asiakas voi ottaa mukaansa kotiin (Dawes ym. 2010). Hoitajat ovatkin kokeneet kirjallisten ohjeiden puuttumisen estävän hyvää ja laadukasta potilasohjausta (Lahl ym. 2013).

Tietokoneavusteisella ja sähköisellä potilasohjauksella on saatu hyviä tuloksia potilasohjauksessa. Asiakkaat ovat olleet siihen tyytyväisiä. Tietokoneavusteisessa potilasohjauksessa ei saa unohtaa asiakkaan yksilöllisyyttä, joten sitä ei tulisi käyttää ainoana ohjausmenetelmänä. (Friedman ym. 2011.) Heikkinen (2011) kuvaa tietokoneavusteisen

potilasohjauksen vaihtoehtoisena menetelmänä. Tietokoneavusteinen potilasohjaaminen on varsin uusi asia terveydenhuollossa ja sen käyttö lisääntyy jatkuvasti. Haasteena tulevaisuudessa voivat olla tietoturva, sopivat ohjelmistot ja käyttäjien tottuminen tietokoneavusteiseen potilasohjaukseen.

#### *Ohjaus- ja oppimistyylien tunteminen*

Tässä tutkimuksessa hoitohenkilökunta oli arvioinut ohjaus- ja oppimistyylien hallintansa kohtalaiseksi. Potilasohjauksen toteuttamisessa on tärkeää, että ohjaajalla on riittävät tiedot yleisistä oppimisen periaatteista sekä ohjaus- ja oppimistyyleistä (Kääriäinen ym. 2005c).

Fall:n ym. 2013 tutkimuksen mukaan hoitajat tarvitsisivat lisää koulutusta ohjaamisen psykologiasta. Tämä ilmenee myös tässä tutkimuksessa, sillä ohjaus- ja oppimistyylien tuntemiseen vaikuttaa se kuinka paljon on tekemisissä potilasohjauksen kanssa sekä kuinka paljon on saanut koulutusta. Tässä tutkimuksessa fysioterapeuteilla, toimintaterapeuteilla ja kuntahoitajilla oli parhaimmat tiedot ohjaus- ja oppimistyyleistä. He olivat myös niitä, jotka käyttivät potilasohjaukseen eniten aikaa päivässä. Myös Lipposen ym. (2008) tutkimuksessa terapeutit kokivat, että heillä on enemmän aikaa potilasohjaukseen kuin muiden ammattiryhmien edustajilla. Hankitulla koulutuksella on myös yhteys ohjaus- ja oppimistyylien tuntemiseen. Mitä korkeampi koulutus oli, sitä paremmaksi koettiin ohjaus- ja oppimistyylien tunteminen. Yliopistokoulutuksen saaneilla oli tilastollisesti merkitsevästi parhaimmat tiedot ohjaus- ja oppimistyyleistä.

#### *Yleisimpien potilasohjausmenetelmien hallinta*

Potilasohjauksen menetelmä hallinta arvioitiin yksipuoleiseksi. Kuten aikaisemmissakin tutkimuksissa (Heikkinen ym. 2006, Hyttinen ym. 2011, Lipponen ym. 2008, Kääriäinen ym. 2010, 2006) yksilöohjaus oli parhaiten hallittu potilasohjausmenetelmä. Kääriäisen ym. (2005b) tutkimuksessa hoitajat olivat arvioineet yksilöohjauksen vaikuttavammaksi kuin ryhmäohjaus, mikä varmasti selittää yksilöohjauksen suosion tässäkin tutkimuksessa. Yksilöohjaus on vaikuttava potilasohjausmenetelmä (Crumlish ym. 2011), joten se puolustaa paikkaansa tehokkaassa potilasohjauksessa. Yksilöohjaukseen liittyvät erilaiset menetelmät, kuten puhelinohjaus tai motivoiva haastattelu, arvioitiin hallittavan hyvin.

Ryhmäohjaus ja siihen liittyvät eri menetelmät, kuten audiovisuaaliset menetelmät, arvioitiin hallittavan huonommin kuin yksilöohjaus. Samoin arvioitiin myös perheohjausmenetelmä,

joka arvioitiin hallittavan yleisistä potilasohjausmenetelmistä heikoiten. Perheohjausmenetelmä on haastava menetelmä, jossa kommunikaatioon (Farahani ym. 2011) tulee kiinnittää erityistä huomiota.

Potilasohjausmenetelmiä tulisi käyttää monipuolisemmin. Yksilöohjausta käytetään potilasohjauksessa useimmiten ja se hallitaankin sen vuoksi parhaiten. Muita potilasohjausmenetelmiä hallitaan huonommin, koska niitä ei käytetä niin usein (Kääriäinen 2007, Kääriäinen ym. 2010.)

#### *Taustatekijöiden yhteys potilasohjauksen osa-alueisiin*

Taustamuuttujilla oli useammin yhteyttä potilasohjauksen taitoihin kuin menetelmähallintaan. Työntekijän iällä oli vaikutusta vain potilasohjauksen suunnitelmallisuudessa ja tavoitteellisuudessa (ka 2,5,  $p < 0,001$ ), toteuttamisessa (ka 3,01,  $p = 0,035$ ) ja kirjaamisessa (ka 2,72,  $p = 0,017$ ). Iältään vanhemmat työntekijät arvioivat nämä osa-alueet toteutuvan paremmin kuin nuoremmat työntekijät. Työkokemuksella ei ollut niin suurta merkitystä potilasohjauksen osa-alueisiin. Lipponen ym. (2008) tutkimuksessa ikä ja työkokemus reagoivat samansuuntaisesti. Ammatillinen koulutus vaikutti potilasohjauksen osa-alueisiin, niin että aiemman opistotason tutkinnon arvioivat potilasohjauksen toteutuksen toteutuneen parhaiten (ka 3,02,  $p = 0,017$ ). Kirjaaminen toteutui taas parhaiten koulu-/ammatti- ja aikuisopistotason suorittaneilta (ka 2,72,  $p = 0,004$ ). Fysio- ja toimintaterapeutit, kuntohoitajat ja terveydenhoitajat arvioivat potilasohjauksen suunnitelmallisuuden ja kirjaamisen korkeimmaksi, he käyttivät potilasohjaukseen eniten aikaa päivässä. Päivätyötä tekevät arvioivat tilastollisesti merkitsevästi paremmaksi lähes kaikki potilasohjauksen osa-alueet.

Sukupuolella ei ollut vaikutusta kuin potilasohjausta täydentävien menetelmien käytössä, jossa naiset käyttivät täydentäviä menetelmiä enemmän kuin miehet (ka 2,55,  $p = 0,049$ ). Yliopistotutkinnon suorittaneilla oli tilastollisesti merkitsevästi paremmat tiedot yleisimmistä potilasohjausmenetelmistä (ka 2,84,  $p = 0,003$ ) ja ohjaus- ja oppimistyylien tuntemisesta (ka 3,23,  $p < 0,001$ ), samoin tehtävänimikkeen kohdalla oli myös fysio- ja toimintaterapeuteilla, kuntohoitajilla ja terveydenhoitajilla. Nämä samat asiat olivat yhteydessä myös päivätyöhön. Sillä, että oliko työyksikkönsä NPH -vastaava, oli vain vähäistä merkitystä potilasohjauksen yleisimmin käytettyjen menetelmien tuntemukseen.

Potilasohjauksen kaikki osa-alueet toteutuivat tilastollisesti merkitsevästi sitä paremmin mitä enemmän niihin käytettiin päivässä aikaa. Samoin tapahtui myös näyttöön perustuvan toiminnan toteutumisessa. Mitä suurempi osuus toteutetusta potilasohjauksesta arvioitiin olevan näyttöön perustuvaa, sen paremmaksi kaikki osa-alueet arvioitiin. Myös arvioissa omista potilasohjaustiedoista ja taidoista, potilasohjauksen osa-alueet toteutuivat sitä paremmin mitä paremmaksi omat tiedot ja taidot oli arvioitu. Fribergin ym. (2012) mukaan potilasohjauksen taidot ovat osa hoitajan ammatillista roolia ja niihin liittyy koulutuksellinen vastuu. Käsitteet näistä taidoista ovat yhteydessä ammattitaitoon ja omasta työstä selviytymiseen. Työyksiköiden potilasohjauksen laatu koettiin pääasiassa hyväksi ja potilasohjausta pidettiin erittäin tärkeänä. Potilasohjauksen yhtenäistämistä erikoissairaanhoidossa ja perusterveydenhuollossa pidettiin myös sitä tärkeämpänä mitä paremmaksi eri osa-alueet oli arvioitu.

## 6.2 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimusaiheeseen tutkija päätyi omasta mielenkiinnosta. Tutkimushankkeella oli Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin henkilöstöjohtajan myöntämä lupa, joten tälle pro gradulle ei tarvinnut erikseen hakea tutkimuslupaa. Tämän pro gradun tutkija ei osallistunut aineiston keräämiseen, vaan sai aineiston valmiina SPSS-tiedostona.

Hoitohenkilökunnan sähköpostiin oli lähetetty saatekirje. Lähetetystä saatekirjeestä kävi ilmi tutkimuksen tarkoitus, vastaamisen vapaaehtoisuus ja sen luottamuksellisuus. Saatekirjeen saatuaan ja luettuaan osallistujat saivat päättää osallistuvatko he tutkimukseen vai eivät. Lähetetyssä sähköpostissa oli saatekirjeen lisäksi linkki Webropol -ohjelmaan, jossa kyselylomake täytettäisiin. Saatekirjeestä kävi ilmi tutkijoiden yhteystiedot, mikäli tutkimukseen osallistuja olisi halunnut lisätietoja. Tutkimustulokset raportoitiin tilastollisia tunnuslukuja käyttäen, joten yksittäistä vastaajaa ei ollut mahdollista tunnistaa tuloksista (Burns & Grove 2009). Tutkimusaineistoa säilytettiin ja käsiteltiin asianmukaisesti. (TENK 2012, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013.)

Tutkimuksessa on noudatettu tutkimuseettisen neuvottelukunnan (2012) laatimaa hyvää tieteellistä käytäntöä. Tämän tutkimuksen kaikki vaiheet ja kaikki siitä saadut tulokset on raportoitu tieteellistä käytäntöä noudattaen avoimesti ja rehellisesti. Tutkimustulosten

analysoinnissa ja käsittelyssä on käytetty tieteellisesti hyväksytyjä ja tutkimuksen kriteerien mukaisia menetelmiä. (TENK 2012, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013.)

### 6.3 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimusta varten oli kehitetty mittari hyödyntäen aikaisemmin tehtyjä tutkimuksia potilasohjauksesta. Mittarin oli esitestannut 8 hoitotyön ammattilaista, jotka olivat arvioineet sen selkeyttä, ymmärrettävyyttä ja vastausaikaa. Saatujen kommenttien perusteella kyselylomaketta oli muotoiltu. Hankkeen asiantuntijat olivat arvioineet mittarin näennäisvaliditeettia. Näennäisvaliditeetti perustuu tutkijan itsensä tai asiantuntijapaneelin arvioon mittarin luotettavuudesta ja käytettävyydestä. Esitestausvaiheessa aineistolle ei oltu tehty tilastollista analyysia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013.)

Aineistolle tehtiin eksploratiivinen faktorianalyysi. Faktorianalyysin avulla selvitettiin mittarin teoreettista rakennetta. Teoreettisen rakenteen selvittäminen on tärkeää, kun laadittu mittari on uusi. Kaikki muuttujat säilyivät mallissa ja saatu aineisto tuki mittarin rakennetta. Faktorianalyysin perusteella muodostettiin keskiarvosummamuuttujat. Summamuuttujien sisäisen johdonmukaisuuden arviointiin käytettiin Cronbachin alfakerrointa. Cronbachin alfat vaihtelivat välillä 0,612 – 0,894, jota voidaan pitää uudelle mittarille hyväksyttävänä. Mittaria voidaan pitää näin ollen sisäisesti johdonmukaisena. (Metsämuuronen 2005, Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013.)

Kysely lähetettiin koko Kuopion yliopistollisen sairaalan ja Kysterin hoitohenkilökunnalla sähköpostitse. Sähköpostiosoitteiden hakemiseen käytettiin sähköistä puhelinluetteloä. Sähköposteja palautui runsaasti (102 kpl) ja tämä tulkittiin kadoksi. Todennäköisesti sähköinen puhelinluettelo ei ollut kaikilta osin ajan tasalla, koska kysymys oli melko suuresta organisaatiosta. Muistutukset kyselystä lähetettiin kuukauden päästä ensimmäisestä lähetyksestä. Tutkimuksen vastausprosentti jäi 16,3% ja sitä voidaan pitää matalana. Tämä luonnollisesti heikentää tutkimuksen luotettavuutta ja tulosten yleistettävyyttä. Tämän tutkimuksen päätelmät ovat tehty vertaamalla saatuja tuloksia aikaisempiin aiheesta tehtyihin tutkimuksiin. Sähköisten kyselyiden jäävät usein mataliksi. Ajantasainen sähköpostiluettelo ja henkilökohtainen käynti tutkittavien luona olisi saattanut nostaa vastausprosenttia, mutta

suuren otoksen vuoksi se oli ollut tutkimuksen kannalta työlästä ja aikaa vievää. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013.)

Osa kyselylomakkeessa käytetyistä termeistä ja käsitteistä oli 0-tason testaukseen edelleen melko vaikeita, mikäli niiden kanssa ei ole ollut aikaisemmin tekemisissä. Näyttöön perustuva toiminta käsitteenä saattaa olla vaikeasti hahmotettava. Kysyttäessä ”*kuinka suuri osuus toteuttamastasi potilasohjauksesta on näyttöön perustuvaa*”, oli melko moni vastannut 0 %. Tämä on toisaalta melko huolestuttavaa, mutta saattaa viitata myös siihen, että kysymystä ei oltu ymmärretty. Samoin kävi ilmi ohjausmenetelmien ja oppimistyylien vastauksista. Osa menetelmistä saattoi olla vieraita monelle vastaajalle ja se saattoi vaikuttaa tuloksiin. Mittarin jatkokäyttöä ajatellen, kyselylomakkeen kieliasua voi vielä yksinkertaistaa.

Tutkimuksessa on huomioitava Hawthornen efekti, jossa tutkittava voi muuttaa käyttäytymistään, kun tietää olevansa tutkimuskohteena. Osa kyselylomakkeen väittämistä kuvasi hoitotyöntekijän ihannetta. Tällöin vastaaja voi vastata väittämiin tämän ihanteen huomioiden. Tällöin vastaus ei ole todenmukainen. Tässä tutkimuksen tulokset olivat samansuuntaisia kuin aikaisemminkin potilasohjauksesta tehdyissä tutkimuksissa, joten tuloksia voidaan pitää luotettavina. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013.)

#### **6.4 Johtopäätökset ja suositukset**

Tässä tutkimuksessa Kuopion yliopistollisen sairaalan ja Kysterin hoitohenkilökunta arvioi potilasohjaustaitojensa ja menetelmähallintaansa. Potilasohjaustaitojen keskiarvoksi saatiin 2,77. Potilasohjausmenetelmistä saatiin keskiarvoksi 2,43. Kokonaisuudessa tulosta voidaan pitää kohtalaisena. Tutkimustulokset osoittivat samaa kuin aikaisemmatkin potilasohjauksesta tehdyt tutkimukset. Potilasohjauksen osa-alueet toteutuivat odotetusti; potilasohjauksen tila on kohtalainen ja parannettavaa on kaikilla osa-alueilla.

Tutkimustulosten perusteella esitetään seuraavia johtopäätöksiä ja suosituksia potilasohjaustoiminnan ja -koulutuksen kehittämiseksi. Tutkimustuloksista nousi esille tekijöitä, joiden huomioiminen potilasohjauksen kehittämisessä on perusteltua.

### Johtopäätökset ja suositukset:

1. Asiakas otetaan kokonaisvaltaisesti huomioon potilasohjauksessa. Häntä ohjataan yksilöllisesti, motivoidaan hoitoon osallistumisessa ja itsehoidossa. Asiakasta tuetaan ohjausprosessissa ja annettu ohjaus perustellaan hänelle. Vuorovaikutustaitojen koulutus, kehittäminen ja ylläpitäminen lisäävät asiakastyytyvyyttä ja myös potilasohjauksen laatua.
2. Potilasohjausta toteutetaan yksilöllisesti. Potilasohjauksen toteuttaminen perustuu hänen taustatietoihinsa ja useimmiten valitaan sopiva ohjaustyyli ja ohjausmenetelmä. Potilasohjauskoulutuksessa tulee huomioida koko potilasohjaamisen prosessi, korostaa ohjaamisen pohjautuvan asiakkaan taustatietoihin ja hänen yksilölliseen elämäntilanteeseensa.
3. Potilasohjauksen suunnitelmallisuudessa ja tavoitteellisuudessa on puutteita. Asetettujen tavoitteiden toteutumista ei seurata, eikä potilasohjauksen jatkosuunnitelmaa aina tehdä. Asiakasta ei oteta mukaan potilasohjauksen suunnitteluun, eikä häneltä pyydetä palautetta saadusta ohjauksesta. Potilasohjauskoulutuksen tulee ohjata hoitohenkilökunnan näkökulmaa olemaan asiakaskeskeisempi. Potilasohjaamisessa tulee kiinnittää enemmän huomiota potilasohjauksen jatkuvuuteen ja siihen, että asiakkaan ohjaustarpeeseen vastataan yksilöllisesti.
4. Näyttöön perustuvan tiedon käyttö potilasohjauksessa lisää hoitohenkilökunnan kokemusta heidän omasta potilasohjausosaamisestaan. Potilasohjauskoulutuksessa tulee kiinnittää huomioita myös tiedonhakutaitoihin ja erilaisiin tiedonlähteisiin. Hoitohenkilökunnalle tulee opastaa tietokantojen käyttöä ja samalla järjestää aikaa tiedon hakemiseen.
5. Potilasohjaamisen kirjaamisessa on puutteita. Potilasohjaamisen toteutus kirjataan lähes aina, mutta tavoitteita ja arviointia harvemmin. Kirjaamisessa tulee kiinnittää huomioita koko potilasohjauksen prosessiin ja sen vaiheiden kirjaamiseen. Potilasohjauskoulutuksessa on korostettava asianmukaisen kirjaamisen merkitystä

hoidon jatkuvuudelle. Kirjaamisen merkitystä tulee muutenkin korostaa ja ohjelmoida siihen riittävästi aikaa.

6. Potilasohjausmenetelmiä käytetään yksipuoleisesti. Yksilöohjausmenetelmää käytetään eniten ja sen käyttö hallitaan parhaiten. Monipuolisten potilasohjausmenetelmien kehittämiseen ja niiden rohkeampaan käyttöön tulee luoda osaamista. Uusien menetelmien käyttöönottoon ja niiden pysyvyyden lisäämiseen tulee kiinnittää huomiota.
7. Oppimistyylien ja ohjaustyylien tuntemuksessa on puutteita. Koulutus ja toimiminen tehtävissä, joissa annetaan paljon potilasohjausta lisäävät oppimis- ja ohjaustyylien tuntemusta. Koulutuksessa hoitohenkilökunnalle tulee tarjota mahdollisuus ja valmiudet perehtyä erilaisiin asiakkaan oppimis- ja ohjaamistyyliin harjoittelemalla niitä simulaation avulla.
8. Mitä enemmän potilasohjauksen kanssa on tekemässä, sitä paremmin potilasohjauksen osa-alueet toteutuvat. Potilasohjauskoulutusta tulee kehittää edelleen. Potilasohjaustaitoja ja menetelmiä tulee kouluttaa systemaattisesti. Potilasohjauskoulutuksella voidaan lisätä hoitohenkilökunnan potilasohjausosaamista ja hoidon laatua.

## **6.5 Jatkotutkimushaasteet**

Potilasohjausta on tutkittu paljon Suomessa ja kansainvälisesti sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon tasoilla. Näiden tutkimusten tulokset ovat kaikki hyvin samansuuntaisia. Potilasohjauskyselyiden tulokset tuottavat mielenkiintoisia jatkotutkimushaasteita. Tämän tutkimuksen pohjalta sekä aikaisemman tiedon pohjalta esitetään seuraavat jatkotutkimushaasteet:



1. Lähtötasoselvitysten lisäksi tarvitaan edelleen seuranta tutkimusta, jotta potilasohjauskoulutuksen vaikutusta hoitohenkilökunnan käyttäytymiseen ja potilasohjausosaamiseen voidaan seurata ja toimintaa kehittää.
2. Tutkimustietoa tarvitaan uusien potilasohjausmenetelmien käyttöönottamisesta ja niiden pysyvyyden lisäämisestä työyksiköissä.
3. Tarvitaan tutkimusta uusista teknisistä innovaatioista potilasohjauksessa, kuten helppokäyttöisistä, asiakasystävällisistä ja etäkäytettävistä potilasohjausohjelmistoista.
4. Tarvitaan tutkimusta siitä kuinka hoitohenkilökunnan tiedonhakutaitoja saadaan kehitettyä.
5. Tulisi selvittää, millaista potilasohjausta eri yksiköissä annetaan.
6. Tulisi selvittää, mitä hoitohenkilökunta käsittää potilasohjauksen olevan.

## LÄHTEET

- Aghakhani N, Nia H S, Ranjbar H, Rahbar N & Beheshti Z. 2012. Nurses' attitude to patient education barriers in educational hospitals of Urmia University of Medical Sciences. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* 17(1), 12-15.
- Avsar G & Kasikci M. 2011. Evaluation of patient education provided by clinical nurses in Turkey. *International Journal of Nursing Practice* 17(1), 67-71
- Berger J, Topp R, Davis L, Jones J. & Stewart L. 2009 Comparison of Web-based and Face-to-Face training Concerning Patient Education within a hospital system. *Journal for Staff Development* 25, 127-132.
- Bergh A L, Karlsson J, Persson E & Friberg F. 2012. Registered nurses' perceptions of conditions for patient education - focusing on organisational, environmental and professional cooperation aspects. *Journal of Nursing Management* 20(6), 758-770.
- Burns N & Grove S K. 2009. *The practice of nursing research: appraisal, synthesis and generation of evidence*. 6. painos. Saunders, Elsevier, St. Louis, Missouri.
- Chiou C-P & Chung Y-C. 2012 Effectiveness of multimedia interactive patient education on knowledge, uncertainty and decision-making in patients with end-stage renal disease. *Journal of Clinical Nursing* 21(9/10), 1223-1231.
- Cockman P, Evans B & Reynolds P. 1998. *Consulting for Real People. A Client-Centered Approach for Change Agent and Leaders*. McGraw-Hill Publishing Company, London.
- Crumlish C M & Magel C T. 2011. Patient Education on Heart Attack Response: Is Rehearsal the Critical Factor in Knowledge Retention? *MEDSURG Nursing* 20(6), 310-317.
- Djonne M A. 2007. Development of a core competency program for patient educators. *Journal for Nurses in Staff Development* 23(4),155-61.
- Engel K G, Buckley B A, Forth V E, McCarthy D M, Ellison E P, Schmidt M J & Adams J G. 2012. Patient understanding of emergency department discharge instructions: where are knowledge deficits greatest?. *Academic Emergency Medicine* 19(9), 1035-1044.
- Eloranta T & Virkki S. 2011. *Ohjaus hoitotyössä*. Tammi. Livonia Print. Latvia.
- Emtner M, Hedin A, Andersson M & Janson C. 2009. Impact of patient characteristics, education and knowledge on emergency room visits in patients with asthma and COPD: a descriptive and correlative study. *BMC Pulmonary Medicine* 9, 43.
- Etene. 2001. *Terveysthuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet*. Etene julkaisuja I. Sosiaali- ja terveysministeriö.  
[http://www.etene.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=17185&name=DLFE-543.pdf](http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17185&name=DLFE-543.pdf)  
 Luettu 17.3.2014.

- Etene. 2012. Etiikan tila sosiaali- ja terveystalalla. Etene-julkaisuja 35. Sosiaali- ja terveystalministeriö,  
[http://www.etene.fi/c/document\\_library/get\\_file?folderId=327515&name=DLFE-5501.pdf](http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=327515&name=DLFE-5501.pdf).  
 Luettu 17.9.2014.
- Fall E, Chakroun N, Dalle N & Izaute M. 2013. Is Patient education helpful in providing care for patients with rheumatoid arthritis? A qualitative study involving French nurses. *Nursing & Health Sciences* 15(3), 346-352.
- Farahani M A, Mohammadi E A F & Mohammadi N. 2013. Factors influencing the patient education: A qualitative research. *Iranian Journal of Nursing and Midwifery Research* 18(2), 133-139.
- Farahani M A, Sahragard R, Carroll J K & Mohammadi E. 2011. Communication barriers to patient education in cardiac inpatient care: A qualitative study of multiple perspectives. *International Journal of Nursing Practice*, 17(3), 322-328.
- Friberg F, Granum V & Bergh A-L. 2012. Nurses' patient-education work: conditional factors - an integrative review. *Journal of Nursing Management* 20(2), 170-186.
- Friedman AJ, Cosby R, Boyko S, Hatton-Bauer J & Turnbull G. 2011. Effective Teaching Strategies and methods of Delivery for patient education: a Systematic review and Practice Guideline recommendations. *Journal of Cancer Education*, 26(1), 12-21.
- Gozdzialski A, Schlutow M & Pittiglio M. 2012. Patient and family education in the emergency department: how nurses can help. *Journal of Emergency Nursing* 38(3), 293-5.
- Heikkinen K, Johansson K, Leino-Kilpi H, Rankinen S, Virtanen H & Salanterä S. 2006. Potilashojaus tutkimuskohteena suomalaisissa hoitotieteellisissä opinnäytetöissä vuosina 1990-2003. *Hoitotiede* 18(3), 120-130.
- Heikkinen, K. 2011. Cognitively empowering internet-based patient education for ambulatory orthopaedic surgery patients. Turun yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Väitöskirja.  
<http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/70744/AnnalesD973Heikkinen.pdf?sequence=1>.  
 Luettu 23.3.2014.
- Hughes S & Quinn F. 2013. Quinn's principles and practice of nurse education. Cengage Learning EMEA. U.K.
- Hyttinen H & Kanerva A-M. 2011. Iäkkään lonkkamurtumapotilaan ohjaus : systemoitu kirjallisuuskatsaus. *Tutkiva hoitotyö* 9(2), 12-20.
- Hätönen H, Suhonen W, Warro H, Pitkänen A & Välimäki M. 2010. Patients' perceptions of patient education on psychiatric inpatient wards: a qualitative study. *Journal of Psychiatric & Mental health* 17(4), 335-341.
- Hätönen H. 2010. Patient education to support self-management of patients with mental illness. Turun Yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöstutkimus.

[http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/52513/Annales\\_D\\_891\\_H%C3%83%C2%A4t%C3%83%C2%B6nen\\_Diss.pdf?sequence=5](http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/52513/Annales_D_891_H%C3%83%C2%A4t%C3%83%C2%B6nen_Diss.pdf?sequence=5). Luettu 23.3.2014

Jones J M, Papadacos J, Bennett C, Blacker S, Catton P, Harth T, Hatton-Bauer J, McGrath K, Schwartz F, Turnbull G, Walton T & Jusko-Friedman A. 2011a. Maximizing your Patient Education Skills (MPES): a multi-site evaluation of an innovative patient education skills training course for oncology health care professionals. *Patient Education & Counseling*, 84(2), 176-184.

Jones J, Schilling K & Pesut D. 2011b. Barriers and benefits associated with nurses information seeking related to patient education needs on clinical nursing units. *The open Nursing Journal* (5), 24-30.

Jones R A. 2010. Patient education in rural community hospitals: registered nurses' attitudes and degrees of comfort. *Journal of Continuing Education in Nursing* 41(1), 41-48.

Kaakinen P. 2013. Pitkääikaissairaiden aikuisten ohjauksen laatu sairaalassa. Oulun yliopisto, väitöskirja. D1214. <http://urn.fi/urn:isbn:9789526202495>. Luettu 17.9.2014

Kankkunen P, Vehviläinen-Julkunen K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Sanoma Pro Oy. Helsinki. 3. PAINOS.

Kelo M, Eriksson E & Eriksson I. 2013a. Perceptions of patient education during hospital visit - described by school-age children with a chronic illness and their parents. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 27(4), 894-904.

Kelo M, Martikainen M & Eriksson E. 2013b. Patient education of children and their families: nurses' experiences. *Pediatric Nursing* 39(2), 71-79.

Koivunen, M. Huhtasalo, J. Makkonen, P. Valimäki, M. Hatonen, H. 2012. Nurses' roles in systematic patient education sessions in psychiatric nursing. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 19(6), 546-554.

Kolb D A. 1984. *Experiential Learning: Experience as the Source of Learning and Development*. Prentice Hall, Engelwood Cliffs, New Jersey.

Koutsopoulou S, Papathanassoglou E D, Katapodi M C & Pariraki E I. 2010. A Critical review of the evidence for nurses as information providers to cancer patients. *Journal of clinical nursing*, 19(5-6), 749-765.

Kyngäs H, Kääriäinen M, Poskiparta M, Johansson K, Hirvonen E & Renfors T. 2007. *Ohjaaminen hoitotyössä*. WSOY oppimateriaalit: Helsinki.

Kähkönen O, Kankkunen P & Saaranen T. 2012. Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan ohjaus. *Hoitotiede* 24(3), 201-215.

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

Kääriäinen M & Kyngäs H. 2005b. Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995-2002. *Hoitotiede* 17(4), 208-216.

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

Kääriäinen M, Kyngäs H, Ukkola L & Torppa K. 2006. Terveystieteiden henkilöstön käsitykset ohjauksesta sairaalassa. *Hoitotiede* 18(1), 4-13.

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

Kääriäinen M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Väitöskirja D 937. Oulun yliopisto, lääketieteellinen tiedekunta, terveystieteen ja terveyshallinnon laitos. <http://herkules.oulu.fi/isbn9789514284984/isbn9789514284984.pdf>. Luettu 23.3.2014.

Laine A, Ruishalme O, Salervo P, Siven T & Välimäki P. 2012. Opi ja ohjaa sosiaali- ja terveysalalla. SanomaPro. Helsinki.

Lahl M, Modic M B & Siedlecki S. 2013. Perceived knowledge and self-confidence of pediatric nurses as patient educators. *Clinical Nurse Specialist* 27(4), 188-193.

Laki (1999/731) Suomen perustuslaki. 11.6.1999. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731>. Luettu 20.1.2014.

Laki (1994/831) arkistolaki. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940831>. Luettu 10.2.2014.

Laki (298/2009) sosiaali- ja terveysministeriön asetus potilasasiakirjoista. <http://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2009/20090298>. Luettu 10.2.2014.

Laki (1992/785) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/559. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>. Luettu 20.1.2014.

Laki (2007/159) Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä. 9.2.2007. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159>. Luettu 13.10.2014.

Laki (1994/559) Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. 28.6.1994. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>. Luettu 20.1.2014.

Laki (1326/2010) Terveystieteiden laki 30.12.2010/1326. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326>. Luettu 20.1.2014.

Lamiani G & Furey A. 2009. Teaching nurses how to teach: an evaluation of a workshop on patient education. *Patient Education & Counseling* 75(2), 270-273.

Lee CK & Lee IF. 2013. Preoperative patient teaching: The practice and perceptions among surgical ward nurses. *Journal of Clinical Nursing* 22(7), 2551-2561.

Lehtovirta J & Vuokko R. 2014. Terveysthuollon rakenteisen kirjaamisen opas. Keskeisten kertomusrakenteiden kirjaaminen sähköiseen potilaskertomukseen. Osa 1. THL, ohjaus 1/2014. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-302-108-2>. Luettu 17.9.2014.

Leino-Kilpi H & Välimäki M. 2014. Etiikka hoitotyössä, 8.-painos. Sanoma Pro Oy: Helsinki.

Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet - käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisu, no 4/2006. [https://www.ppsHP.fi/instancedata/prime\\_product\\_julkaisu/npp/embeds/16315\\_4\\_2006.pdf](https://www.ppsHP.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf). Luettu 17.3.2014.

Lipponen K, Kanste O, Kyngäs H & Ukkola L. 2008. Henkilöstön käsitykset potilasohjauksen toiminta edellytyksistä ja toteutuksesta perusterveydenhuollossa. Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti 45(2), 121-135. <http://ojs.tsv.fi/index.php/SA/article/view/597/2239>. Luettu 27.6.2014.

Metsämuuronen J. 2005. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Gummerus Kirjapaino, Jyväskylä.

Nielsen D, Ryg J, Nielsen W, Knold B, Nissen N & Brixen. 2010. Patient education in groups increases knowledge of osteoporosis and adherence to treatment: A two-year randomized controlled trial. Patient education & Counseling 81(2), 155-160.

Nossum R, Rise M B & Steinsbekk A. 2013. Patient education - which parts of the content predict impact on coping skills?. Scandinavian Journal of Public Health 41(4), 429-435.

Orava M, Kyngäs H & Kääriäinen M. 2012a. Puhelinohjaus hoitotyön menetelmänä : systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Osa I : reaktiivinen puhelinohjaus. Hoitotiede 24(3), 216-231.

Orava M, Kyngäs H & Kääriäinen M. 2012b. Puhelinohjaus hoitotyön menetelmänä : systemaattinen kirjallisuuskatsaus. Osa II : proaktiivinen puhelinohjaus. Hoitotiede 24(3), 232-243.

Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri. 2014. Kysteri-liikelaitos. <https://www.pssHP.fi/sairaanhoitopiiri/kysteri-liikelaitos>. Luettu 27.6.2014.

Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri. 2014. Toiminta ja tehtävät. <https://www.pssHP.fi/sairaanhoitopiiri;jsessionid=FBA86B50E4F9DD8AC1AB3FD755064FD7.kysportal1>. Luettu 27.6.2014.

POH 2 (Potilasohjauksen syventävä kurssi). 2014. Potilasohjauskoulutuksen syventävä osa. Oppimistyyli. <http://www.oppi.uef.fi/opk/video/minnlau/oppimistyyli/>. Luettu 25.8.2014.

Prashnig B. 2003. Eläköön Erilaisuus - oppimisen vallankumous käytännössä. Paremmat elämisen, oppimisen ja työskentelyn opas. WS Bookwell Oy, Juva.

Rosenfeld G, Krygier D, Ens R A, Singham J, Wiesinger H & Bressler B. 2010. The impact of patient education on the quality of inpatient bowel preparation for colonoscopy. *Canadian Journal of Gastroenterology*, 24(9), 543-546.

Salanterä S, Virtanen H, Johansson K, Elomaa L, Salmela M, Ahonen P, Lehtikunnas T, Moisander M-L, Pulkkinen M-L & Leino-Kilpi 2005. Yliopistosairaalan kirjallisen potilasohjausmateriaalin arviointi. *Hoitotiede* 17(4), 217-228

Sosiaali- ja terveysministeriö (STM). 2012. Potilasasiakirjojen laatiminen, opas terveydenhuollolle. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:4. <http://urn.fi/URN:ISBN:978-952-00-3337-8>. Luettu 19.9.2014.

Strupeit S, Bus A & Dassen. 2013. Effectiveness of nurse-delivered patient education interventions on quality of life in outpatients: A systematic review. *Applied Nursing Research*, 26(4): 232-238.

Taggart M. 2009. The attitudes and activities of registered nurses towards health promotion and patient education in the emergency department. *NENA Outlook* 32(1), 15-19

Tae T W, Lee J C, Hong S J, Han J P, Lee Y H, Chung J H, Yoon H G, Ko B M, Cho J Y, Lee J S & Lee M S. 2012. Impact of patient education with cartoon visual aids on the quality of bowel preparation for colonoscopy. *Gastrointestinal endoscopy* 76(4), 804-811.

TENK, tutkimuseettinen neuvottelukunta. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. [http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf). Luettu 21.8.2014.

Torres H C, Rozenberg B, Amaral M A & Bodstein R C. 2010. Perceptions of primary healthcare professionals towards their role in type 2 diabetes mellitus patient education in Brazil. *BMC Public Health* 10:58.

Vilen M, Leppämäki P & Ekström L. 2002. Vuorovaikutuksellinen tukeminen sosiaali- ja terveysalalla. WSOY: Helsinki.

## LIITTEET

## Liite 1.

Liitetaulukko 1. Tiedonhaku tietokannoista. Potilasohjaustaidot.

Tietokanta	Hakusana	Rajaukset	Hakutulos	Otsikon perusteella	Absraktin perusteella	Valitut
CINAHL	(patient and (educ* or counsel* or instruc* or teach*) AND (attitu* or skill* or knowle* or percept* or qualit*))	Title, Abstract available, english language, Peer rewieved, 2008-2013.	78	20	11	5
Tietokanta	Hakusana	Rajaukset	Hakutulos	Otsikon perusteella	Abstractin perusteella	Valitut
MEDLINE	(patient and (educ* or counsel* or instruc* or teach*) and (attitu* or skill* or knowle* or percept* or qualit*)),m_titl.	limit 1 to (abstracts and english language and yr="2008 - 2014")	168	31	7	2
Tietokanta	Hakusana	Rajaukset	Hakutulos	Otsikon perusteella	Abstraktin perusteella	Valitut
Manuaalinen haku	Lähdeluetteloi sta ja Cited reference listalta	2005-2014.				7



## Liitetaulukko 2. Tutkimuksia potilasohjaustaidoista.

Tekijä(t), lähde ja maa.	Tutkimuksen tarkoitus	Menetelmä ja aineisto/otos	Päätulokset
Avsar & Kasıkcı, 2011, Turkey	Selvittää hoitajien antamia potilasohjauskäytäntöjä sairaalassa.	Kyselylomaketutkimus, johon osallistui 176 hoitajaa (n=176)	Potilasohjaus oli sairaalassa oli puutteellista. Suurin osa hoitajista ei määritellyt ohjaukselle tiettyä aikaa ja paikkaa, lisäksi melkein kaikki potilasohjaus jäi kirjaamatta, myöskään perhettä tai omaisia ei huomioitu ohjauksessa. Tutkimuksen mukaan hoitajat eivät tunnista potilasohjauksen vaiheita ja potilasohjauskoulutukseen tulee kiinnittää huomiota jo opiskeluaikana.
Fall, Chakroun, Dalle & Izaute, 2013, France	Selvittää hoitajien osallistumista reumaattista niveltulehdusta sairastavien potilaiden ohjaamiseen.	Kvalitatiivinen haastattelututkimus, johon osallistui 16 hoitajaa (n=16)	Potilasohjaaminen on hoitajien ydin osaamisalue, jossa mahdollistetaan potilaiden tiedonsaanti ja tuki. Tärkeitä taitoja ovat potilaan opettaminen huolehtimaan itsestään. Potilaat, jotka eivät ole niin motivoituneita, vaativat yksilöllistä erityishuomiota. Hoitajat tarvitsisivat lisää koulutusta ohjaamisen psykologiasta.
Farahani, Sahragard, Carroll & Mohammadi, 2011, Iran	Selvittää kommunikaation esteitä sydänsairauksien potilasohjauksessa	Kvalitatiivinen haastattelu tutkimus, johon osallistui 18 hoitajaa, 4 lääkäriä ja 9 potilasta.	Potilasohjauksen esteiksi haastattelujen pohjalta nousi; kollegiaalisuuden puute ja kommunikaation ongelmat hoitajien ja lääkärin välillä, ongelmallinen kommunikaatio tiimin jäsenten, potilaiden ja perheiden kanssa ja kulttuuriset tekijät.
Hätönen, Suhonen, Warro, Pitkänen & Välimäki, 2010, Suomi	Kuvailla psykiatrisen sairaalan potilaiden kokemuksia eri tyypisistä potilasohjaus menetelmistä ja alueita millä potilasohjaus vaatii kehittämistä.	Teemahaastattelu potilaille (n=16), jotka saivat potilasohjausta sähköistä potilasohjausta, perinteistä potilasohjausta ohjausta kirjallisen ohjelehtisen kanssa ja osaston standardinmukaista potilasohjausta.	Tutkimuksen tulokset vaihtelivat sen mukaan mitä potilasohjausta he saivat. Tulokset osoittivat, että potilasohjauksen tulisi olla yksilöllistä pohjautuen potilaiden yksilöllisiin tarpeisiin ja ennalta suunniteltu (strukturoitu) potilasohjaus osoittautui hyödyllisemmäksi. Erilaisia menetelmiä tulee käyttää, mutta hoitajan ja potilaan vuorovaikutusta ei saa unohtaa.

Tekijä(t), lähde ja maa.	Tutkimuksen tarkoitus	Menetelmä ja aineisto/otos	Päätulokset
Jones, Schilling & Pesut, 2011, Yhdysvallat	Selvittää mitkä ovat hoitajien perustelut potilasohjausmateriaalin löytämiselle internetistä ja mitkä ovat koetut esteet ja mahdollisuudet sen käytöllä.	Tarkoituksen mukainen otos. 8 vapaaehtoista (n=8), jotka työskentelivät aktiivisesti potilasohjauksen parissa. Tarkkailijat keräsivät tietoa hoitajan tiedonhausta. Menetelmiä olivat; ääneen ajattelun tallentaminen, kenttämuistiinpanot, hakutietojen tallentaminen (log) sekä erillinen kysely. Lopullinen analyysi sisällön analyysillä	Sytä hakea tietoa olivat: ammatilliset syyt, henkilökohtaiset syyt, teknologiset syyt ja organisatoriset syyt. Esteitä tiedonhauulle olivat: Ajanpuute, hoitajan kokemattomuus tiedonhakuun tai teknologiaan, hakujärjestelmien ominaisuudet ja organisaation käytännöt. Etuja olivat taas: Aikaisempi kokemus tietokannoista ja niiden käytöstä, tietokantoihin pääsy yksiköistä ja tiedonhakutyökalun ominaisuuksien tunteminen. Kehittämishaasteita ovat: tiedonhakustrategioiden kehittäminen (koulutus) ja organisaation suhde tiedonhakuun ja teknologiaan.
Kelo, Martikainen & Eriksson, 2013, Suomi	Kuvailla hoitajien antamia potilasohjaustapahtumia kroonisesti sairaille lapsille ja heidän vanhemmilleen, sekä heidän käsityksiään niistä.	Kvalitatiivinen haastattelututkimus, jossa käytettiin Critical Incident –menetelmää. Tutkimukseen osallistui 45 hoitajaa. Tiedot analysoitiin deduktiivisesti sisällönanalyysillä.	Potilasohjausta annettiin sekä perinteisesti (traditionally) että potilasta voimaannuttaen (empowerment). Potilasohjauksen tutisi olla enemmän asiakkaita voimaannuttavaa (empowering). Hoitajille tulisi antaa potilasohjauksesta lisäkoulutusta ja lisäksi täytyisi käyttää hallinnollisia keinoja (administrative measures), jotta potilasohjausta voitaisiin kehittää tähän suuntaan.
Lipponen, Kanste, Kynäs &Ukkola, 2008, Suomi	Kerätä tietoa ja tutkia Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä ja Kajaanissa toteutetun kehittämishankkeen tuloksia.	Kyselylomaketutkimus, johon osallistui 377 potilaiden hoitoon osallistuvaa henkilöä (n=377)	Henkilöstön käsitykset olivat myönteisiä asenteissa, yhteistyössä, ohjauksen kehittämismahdollisuuksissa ja ohjauksen toteutuksessa. Kehittämisalueita olivat ohjausmenetelmien hallinta, ohjauksen ajoittaminen sekä puutteet tiedoissa ja taidoissa. Myös ajan, tilojen ja välineistön sekä omaisiin suhteutumisen oli kielteisyyttä.

Tekijä(t), lähde ja maa.	Tutkimuksen tarkoitus	Menetelmä ja aineisto/otos	Päätulokset
Kaakinen, 2013, Suomi	Kuvailla ja ennustaa pitkäaikaissairaiden aikuispotilaiden ohjauksen laatua sairaalassa	Ensimmäinen osatutkimus kuvailli pitkäaikaissairaiden aikuisten ohjauksen tunnuspiirteitä intergroidulla kirjallisuuskatsauksella (n=31). Toinen ja kolmas osatutkimus kuvailli ja ennusti ohjauksen laatua pitkäaikaissairaiden arvioimana (n=106). Neljäs osatutkimus kuvailli pitkäaikaissairaiden aikuisten ohjauksen laatua kirjaamisen perusteella (n=150)	Kyselyaineiston perusteella ohjaus oli sisällöllisesti riittävää. Vastaajista puolet piti ohjauksen toteutusta suunnitelmallisena ja vuorovaikutusta hyvänä. Potilaslähtöisyydessä ja sairauden ennusteen ohjauksessa oli parannettavaa. Ohjauksen toteutuksen laatua ennusti ohjauksen suunnitelmallisuus. Ohjauksen hyötyjä olivat vaikutus asenteisiin ja sairauden hoitoon, ja ohjauksen hyötyä ennusti vaikutus sairauden hoitoon. Ohjausmenetelmiä ja - materiaaleja pidettiin hyvinä. Potilasasiakirjoihin ohjausta kirjattiin niukasti. Erityisesti ohjaus sairauden aiheuttamista tunteista oli vähäistä. Ohjaus oli sairauden ja sen hoidon sekä arkiellämän tukea. Ohjauksen hyötyjä kuvattiin itsehoidon osaamisena ja sairauden oireiden hallintana.
Koutsopoulou , Papathanassoglou, Katapodi & Pariraki, 2010, Kreikka	Etsiä näyttöön syöpähoitajista tiedonantajina potilaille ja osoittaa näyttöön perustuvia sovelluksia käytäntöön ja tutkimukseen	Kuvaileva kirjallisuuskatsaus	Näyttöä löytyi siitä, että hoitajien antama tieto potilaille on tehokasta, laadukasta ja riittävää. Hoitajat tulisi kouluttaa niin, että heillä on kyky antaa tarkkaa, käytännöllistä ja oikea aikaista tietoa. Lisäksi heillä tulisi olla riittävät vuorovaikutustaidot.

Tekijä(t), lähde ja maa.	Tutkimuksen tarkoitus	Menetelmä ja aineisto/otos	Päätulokset
Kääriäinen & Kyngäs, 2005, Suomi	Kuvata potilaiden ohjausta hoitotieteellisessä tutkimuksissa vuosina 1999-2002. Tutkimuksen aineistona oli 96 artikkelia (N=96)	Kirjallisuushaku (Medline, Cinahl, Medic) ja induktiivinen sisällön analyysi.	Potilaat olivat tyytyväisiä silloin, kun he saivat riittävästi tietoa sairaudestaan ja hoidostaan. Hoitohenkilökunnalle ohjaustarpeen arviointi oli vaativaa, sillä tarpeet vaihtelivat. Ohjauksesta huolimatta potilailla ei ollut riittävästi tietoa sairaudestaan ja hoidostaan, lisäksi heitä ei tuettu sairauteen liittyvien tunteiden käsittelyssä. Omaisten läsnäoloa toivottiin. Useimmiten yksilöohjausta, joka koettiin ryhmäohjausta vaikuttavampana. Kirjallisen materiaalin rooli koettiin lähinnä suullista ohjausta tukevana. Ohjaus vaikutti positiivisesti potilaan terveydentilaan, elämänlaatuun, hoitoon sitoutumiseen, itsehoitoon ja tiedon määrään.
Kääriäinen, Kyngäs, Ukkola & Torppa, 2006, Suomi	Kuvailta terveydenhuoltohenkilöstön käsityksiä ohjauksen resursseista, ohjaustoiminnasta ja ohjauksen kehittämishaasteita	Kyselylomake, jonka antamat vastaukset analysoitiin tilastollisesti ja sisällönanalyysillä.	Ohjauksen resurssit olivat hyvät, samoin hoitohenkilökunnan tiedot hoidosta ja hoidon jälkeisestä voinnista. Tiedot kuntoutumisesta olivat huonot. Taidoista vuorovaikutus- ja hoitoon valmistamisen taidot olivat hyvät. Itsehoidon tukemisen taidot olivat osalla huonot. Asenteet ohjaukseen olivat myönteiset. Ohjausmenetelmistä kaikkein parhaiten hallittiin yksilöohjaus. Muita ohjausmenetelmiä ei käytetty niin paljon ja ne hallittiinkin huonommin. Hyväksi koettiin terveydenhuoltohenkilöstön yhteistyö, ohjausmateriaalin saatavuus ja kehittämismahdollisuudet. Ongelmia aiheuttivat puutteelliset tilat, ajan vähyys ja puutteellinen välineistö.

Tekijä(t), lähde ja maa.	Tutkimuksen tarkoitus	Menetelmä ja aineisto/otos	Päätulokset
Kääriäinen, Lahdenperä & Kyngäs, 2005, Suomi	Kuvailla kirjallisuuden perusteella asiakaslähtöistä ohjausprosessia ja sen asiakkaalta vaatimia edellytyksiä.	Kirjallisuuskatsaus; Medic, Medline, Cinahl	Asiakaslähtöinen ohjaus on asiakkaan ja hoitajan välistä aktiivista ja tavoitteellista toimintaa, joka voidaan jakaa suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Ohjauksen suunnittelun tulisi perustua asiakkaan taustatekijöihin ja tavoitteet tulisi määritellä yhteistyössä asiakkaan kanssa lyhyellä ja pitkällä aikavälillä. Ohjauksen toteutuksessa on keskeistä, että hoitajalla on riittävät tiedot ohjattavista asioista, oppimisen periaatteista sekä ohjausmenetelmistä ja – tyyleistä. Ohjauksen tulisi olla käytettävissä myös asianmukaiset tilat. Asiakaslähtöiseen ohjausprosessiin kuuluu myös olennaisesti toiminnan vaikutusten arviointi. Onnistuakseen asiakaslähtöinen ohjausprosessi edellyttää asiakkaalta sekä aktiivisuutta että vastuullisuutta ja motivaatiota, tavoitteellisuutta ja ongelmanratkaisukykyä.
Kääriäinen & Kyngäs, 2010, Suomi	Kuvailla hoitajien arvioita potilasohjauksen laadustaan	Kyselylomaketutkimus, johon vastasi 913 hoitajaa (n=916)	Potilasohjaus on laajalti käyttöönotettu (implemented) käytäntö, mutta sen resurssit vaativat jatkokehitystä. Ongelmia olivat; ajanpuute, paikkojen /tilojen sopimattomuus ja puute välineistä. Yksilöohjausta annettiin useimmiten ja muita potilasohjausmenetelmiä pitäisi käyttää enemmän ja monipuolisemmin. Vaikka potilasohjaus oli potilaslähtöistä, ei potilaita otettu mukaan potilasohjauksen suunnitteluun ja arviointiin. Asenteet potilasohjaukseen olivat hyvät.

Tekijä(t), lähde ja maa.	Tutkimuksen tarkoitus	Menetelmä ja aineisto/otos	Päätulokset
Kääriäinen, 2007, Suomi	Ensimmäisessä vaiheessa kuvailtiin ja selitettiin ohjauksen laatua potilaiden (n=844) ja hoitohenkilökunnan (n=916) arvioimana. Toisessa vaiheessa ohjaus-käsite määriteltiin käsiteanalyysillä Medline-, Cinahl- ja Medic-tietokannoista (n = 32) ja käsihakuina yleisteoksista (n = 6).	Ensimmäinen vaihe kyselylomakkeella. Toinen vaihe määrittäminen käsiteanalyysillä, analyysi induktiivisesti sisällönanalyysillä ja testaus konfirmatorisella faktorianalyysillä.	Ohjauksen resurssit ja hoitohenkilöstön tiedot ja taidot ohjata olivat kohtalaisen hyvät, mutta ohjausaika oli riittämätöntä. Potilaiden mielestä hoitohenkilöstön asenteet olivat osittain kielteisiä. Ohjausmenetelmistä hoitohenkilöstö hallitsi hyvin vain suullisen yksilöohjauksen. Kolmannes potilaista ei saanut kirjallista ohjausmateriaalia lainkaan. Ohjauksen suunnittelussa ja arvioinnissa ei aina otettu potilaan taustatekijöitä huomioon. Vuorovaikutus toteutui hyvin. Ohjaus oli kuitenkin osittain riittämätöntä varsinkin ennen sairaalaan tuloa sairauteen ja sen hoitoon liittyvien asioiden osalta sekä sairaala-aikana sosiaalisen tuen osalta. Potilaslähtöinen ohjaustoiminta, ohjauksen riittävyys ja kokonaislaatu selittivät ohjauksen vaikutuksia. Vähiten ohjaus vaikutti omaisten tiedonsaantiin. Kokonaisuudessaan potilaat pitivät ohjauksen laatua hyvänä.

## Liite 3.

## Liitetaulukko 3. Tiedonhaku tietokannoista. Potilasohjauksen ohjausmenetelmät.

Tietokanta	Hakusana	Rajaukset	Hakutulos	Otsikon perusteella	Abstraktin perusteella	Valitut
Medic	potilasohj* or potilasohe* and tutkiva hoit* hoitotie*	2008-2014.	30	10	5	3

Tietokanta	Hakusana	Rajaukset	Hakutulos	Otsikon perusteella	Abstraktin perusteella	Valitut
Medic	potilasohj* or potilasohe*	Väitöskirja, 2008-2013.	42	10	5	2

Tietokanta	Hakusana	Rajaukset	Hakutulos	Otsikon perusteella	Abstraktin perusteella	Valitut
CINAHL	(patient and (educ* or counsel* or instruc* or teach*) AND (attitu* or skill* or knowle* or percept* or qualit*))	Title, Abstract available, english language, Peer reviewed, 2008-2013.	78	20	11	7

Tietokanta	Hakusana	Rajaukset	Hakutulos	Otsikon perusteella	Abstraktin perusteella	Valitut
MEDLINE	(patient and (educ* or counsel* or instruc* or teach*) and (attitu* or skill* or knowle* or percept* or qualit*)),m_titl.	Limit 1 to (abstracts and english language and yr="2008 – 2014")	168	31	7	2

Tietokanta	Hakusana	Rajaukset	Hakutulos	Otsikon perusteella	Abstraktin perusteella	Valitut
Manuaalinen haku	Lähdeluetteloi sta ja Cited reference listalta	2005-2014.				3

## Liitetaulukko 4. Tutkimuksia potilasohjausmenetelmistä.

Tekijä(t), lähde ja maa.	Tutkimuksen tarkoitus	Menetelmä ja aineisto/otos	Päätulokset
Berger, Topp, Davis, Jones & Stewart, 2009, Yhdysvallat	Verrata kolmea eri hoitajille annettavaa koulutusmuotoa potilasohjauksesta; kasvotusten (face-to-face) annettavaa koulutusta, verkko-opetusta ja näiden yhdistelmää. Lisäksi selvitettiin verkko-opetuksen kustannustehokkuutta.	Sairaanhoitajien (n=1661) tulokset, jotka olivat suorittaneet potilasohjauksen koulutuksen, joko verkko-opetuksena tai face-to-face. Koulutettavat suorittivat kurssin jälkeen kurssiarvion (LIKERT) ja loppukokeen. Lisäksi kouluttautumiseen käytetty aika standardoitiin ja siitä laskettiin kustannukset.	Oppimistuloksissa tai tyytyväisyydessä ei ollut merkittävää eroa, mutta verkko-opetus oli kustannusvaikuttavampaa, muihin opetusmenetelmiin verrattuna.
Chiou & Chung, 2012, Taiwan	Testata potilasohjaukseen tarkoitettua interaktiivisen multimedia DVD:n vaikutusta tietoihin, päätöksentekotaitoihin ja epävarmuuteen.	Kvasikokeellinen asetelma, jossa kontrolliryhmä (n=30) sai tavanomaista potilasohjausta ja koeryhmä (n=30) sai multimedia ohjausta.	Multimediaohjausta saanut koeryhmä saavutti paremmat tiedot, vähensi enemmän epävarmuutta ja vähensi päätöksenteosta johtuvaa pettymystä.
Crumlish & Magel, 2011, Yhdysvallat	Tutkia keinoja, joilla voidaan vähentää viivettä akuutissa sydäntapahtumassa, lisäämällä tietoutta merkeistä ja oireista.	Kvasikokeellinen asetelma, jossa kontrolliryhmä (n=67) sai tavallista potilasohjausta sekä koeryhmä (n=46) sai tehostettua potilasohjausta sydänkohtauksesta. Tämän jälkeen opittua testattiin heti ja 6 kk kuluttua.	Yksilöohjaus ja harjoitukset (tehostettu potilasohjaus) paransivat potilaiden sekä heidän perheidensä kykyä tunnistaa ja reagoida sydänkohtauksen oireisiin paremmin kuin vain tavallista potilasohjausta saaneet.
Dawes, Kaczorowski, Swanson, Hickey & Karwalajtys, 2010, Kanada	Arvioida verenpainepotilaan potilasohjaukseen tarkoitettua ohjelehtisen ja päiväkirjan vaikutusta verenpaineen hoitoon	RCT, jossa potilaat oli jaettu koeryhmään (n=56), joka sai ohjelehtisen ja päiväkirjan ja kontrolliryhmään (n=53), joka sai perinteistä potilasohjausta ja ohjelehtisen verenpaineen hoidosta. Tämän jälkeen tietoja testattiin kyselylomakkeella.	Sekä päiväkirja, että ohjelehtinen olivat potilaiden mielestä tehokkaita ja ymmärrettäviä, mutta pelkkä lehtinenkin paransi tietoja asiasta tehokkaasti. Potilaille tulisi olla tarjolla selkeästi kirjoitettuja lehtisiä. Lisäksi potilaille tulisi antaa kotiin verenpaineen tavoitetaso.
Friedman, Cosby, Boyko, Hatton-Bauer & Turnbull, 2011, Kanada	Selvittää vaikuttavia potilasohjauksen opetusstrategioita ja menetelmiä.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus, jossa 23 systemaattista kirjallisuuskatsausta ja meta-analyysia.	Kirjallisuuskatsauksessa esille tulleita potilasohjauksen menetelmiä olivat: perinteiset oppitunnit (yksilöohjaus), erilaiset keskustelut, simulaatiot / pelit, tietokone, kirjoitettu materiaali, audiovisuaaliset lähteet, ”verball recall”, demonstraatiot ja roolileikit. Parhaimmat oppimistulokset ja tyytyväisyys saatiin aikaan tietokoneavusteisuudella, AV-laitteiden käytöllä, kirjoitetulla materiaalilla ja demonstraatiolla. Useita eri menetelmiä tulisi yhdistää. Potilasohjauksen tulisi olla yksilöllistä, strukturoitua ja kulttuurillisesti sopivaa.



Tekijä(t), lähde ja maa.	Tutkimuksen tarkoitus	Menetelmä ja aineisto/otos	Päätulokset
Hätönen, Suhonen, Warro, Pitkänen & Välimäki, 2010, Suomi	Kuvailla psykiatrisen sairaalan potilaiden kokemuksia eri tyyppisistä potilasohjaus menetelmistä ja alueita millä potilasohjaus vaatii kehittämistä.	Teemahaastattelu potilaille (n=16), jotka saivat potilasohjausta sähköistä potilasohjausta, perinteistä potilasohjausta ohjausta kirjallisen ohjelehtisen kanssa ja osaston standardinmukaista potilasohjausta.	Tutkimuksen tulokset vaihtelivat sen mukaan mitä potilasohjausta he saivat. Tulokset osoittivat, että potilasohjauksen tulisi olla yksilöllistä pohjautuen potilaiden yksilöllisiin tarpeisiin ja ennalta suunniteltu (strukturoitu) potilasohjaus osoittautui hyödyllisemmäksi. Erilaisia menetelmiä tulee käyttää, mutta hoitajan ja potilaan vuorovaikutusta ei saa unohtaa.
Heikkinen, 2011, Suomi	Kehittää internetperustainen potilasohjausohjelma sekä arvioida sitä. Ensimmäisessä vaiheessa (n=120) ja toisessa vaiheessa koeryhmä (n=72) ja kontrolliryhmä (n=75).	Ensimmäisessä vaiheessa kuvailevaa ja vertailevaa tutkimusmenetelmää, jossa välitettyä tietoa ja sen odotuksia tarkasteltiin. Toisessa vaiheessa randomoitu kokeellinen tutkimusasetelma. Aineisto kerättiin strukturoitujen mittareiden avulla ja tulokset analysoitiin tilastollisesti.	Internetperustaisen ohjauksen osallistuneiden tiedon taso ja kokemus lisääntyivät enemmän kuin sairaanhoitajan välittämään potilasohjaukseen osallistuneiden potilaiden tiedot. Internetperustainen potilasohjaus saavutti potilaiden hyväksynnän. Ohjausmuodolla ei ollut vaikutusta hoidosta aiheutuneisiin kustannuksiin, mutta sairaanhoitajan ohjaukseen käytetty aika puolittui. Ohjausmuodolla ei ollut vaikutusta potilaiden koettuihin tunteisiin tai oireiden voimakkuuteen. Internetperustaista potilasohjausta voidaan suositella vaihtoehtoiseksi menetelmäksi potilasohjaukseen.

Tekijä(t), lähde ja maa.	Tutkimuksen tarkoitus	Menetelmä ja aineisto/otos	Päätulokset
Hyttinen & Kanerva, 2011, Suomi	Kuvata iäkkään lonkkamurtumapotilaan ohjausta ja sen tavoitteiden toteutumista	Systemoitu kirjallisuuskatsaus, sisällönanalyysi	Ohjaus aloitettiin tavallisesti 1.-3. Päivänä leikkauksesta. Kaatumisten ja uusintamurtumien ehkäisy ei ollut systemaattista sairaalassa, eikä sen jälkeen. Tavallisin ohjausmuoto oli henkilökohtainen ohjaus. Tukena käytettiin videoita, kirjallisia ohjeita ja vertaistukea. Lisäksi käytettiin apuna harjoittelua, ryhmäohjausta ja omaa suoritusta kuvaavia videoita. Potilaan sitoutuminen jäi usein puutteelliseksi, mikä näkyi sovitun hoidon toteutumattomuutena kotihoidon vaiheessa
Lahl, Modic & Siedlecki, 2013, Yhdysvallat	Selvittää lastensairaanhoitajien käsityksiä antamastaan potilasohjauksesta	Kyselylomaketutkimus, johon osallistui 54 hoitajaa (n=54)	Hoitajien itsevarmuus antamastaan potilasohjauksesta oli sairaus (disorder) kohtaista. Varmuus potilasohjaukseen oli parempi yleisimpien sairauksien kuten astma ja pneumonia kohdalla. Vähäisempi itsevarmuus potilasohjauksesta oli harvinaisempien sairauksien kohdalla kuten syövät ja sydänsairaudet. Potilasohjaukselle koetut esteet olivat useimmin kirjoitetun materiaalin puuttuminen. Kehittämisehdotuksina on esitetty koulutuksen lisäämistä ja eri potilasohjausmenetelmien monipuolista käyttöä.
Kääriäinen & Kyngäs, 2010, Suomi	Kuvaila hoitajien arvioita potilasohjauksen laadustaan	Kyselylomaketutkimus, johon vastasi 913 hoitajaa (n=916)	Potilasohjaus on laajalti käyttöönotettu (implemented) käytäntö, mutta sen resurssit vaativat jatkokehitystä. Ongelmia olivat; ajanpuute, paikkojen /tilojen sopimattomuus ja puute välineistä. Yksilöohjausta annettiin useimmiten ja muita potilasohjausmenetelmiä pitäisi käyttää enemmän ja monipuolisemmin. Vaikka potilasohjaus oli potilaslähtöistä, ei potilaita otettu mukaan potilasohjauksen suunnitteluun ja arviointiin. Asenteet potilasohjaukseen olivat hyvät.

Tekijä(t), lähde ja maa.	Tutkimuksen tarkoitus	Menetelmä ja aineisto/otos	Päätulokset
Nielsen, Ryg, Nielsen, Knold, Nissen & Brixen. 2010, Tanska	Selvittää onko ryhmässä tapahtuvalla potilasohjauksella vaikutusta potilaiden tietoihin ja lääkehoidossa pitäytymiseen osteoporoosissa.	Kyselylomaketutkimus (3kk, 12kk ja 24kk), johon vastasi 300 potilasta (n=300). Koeryhmä (n=150) sai ryhmäohjausta ja kontrolliryhmä (n=150) perinteistä ohjausta.	Ryhmäohjaus on tehokas keino tietojen ja lääkehoitoon sitoutumisen lisäämisessä.
Nossun, Rise & Steinsbekk, 2013, Norja	Kuvailla useiden potilasohjausohjelman sisältö ja mitkä osat siinä vaikuttivat potilaiden selviytymiseen (coping)	Kyselytutkimus, johon osallistui 443 potilasta (n=443) ja 35 (n=35) potilasohjausohjelmasta vastaavaa henkilöä. Potilaat vastasivat ennen ja jälkeen koulutuksen. Ohjelmasta vastaavat vastasivat vain sisältöön liittyviin kysymyksiin.	Selviytyminen (coping) oli parasta niissä ryhmissä, jotka olivat räätälöity juuri sille potilasryhmälle ja potilaat ja terveysalan ammattilaiset tekivät läheistä yhteistyötä. Aktiivisuus ohjelmassa toimimiseen oli yhteydessä parempaan selviytymiseen. Ryhmäprosessit tai ryhmäytyminen olivat lisäsivät enemmän selviytymistä kuin itse kurssin tai ohjelman sisältö.
Orava, Kynäs & Kääriäinen, 2012, Suomi	Kuvata hoitajan antamaa puhelinohjausta	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus; Medic, Cochrane, Cinalh, Medline	Reaktiivinen puhelinohjaus on asiakkaan aloitteesta, akuuttiin terveysongelmaan liittyvä ohjauskontakti, joka ei yleensä pohjautu aikaisempaan hoitosuhteeseen. Puhelinohjauksessa hoitajalta edellytetään ammatillista osaamista ja sen kehittämistä. Hoitajan rooli on itsenäinen ja apuvälineinä hänellä on useimmiten strukturoidut ohjeistukset. Reaktiivinen potilasohjaus on yleensä potilaalle turvallista. Puhelinohjauksen laatuun voidaan vaikuttaa panostamalla osaamiseen, sisällön toteutumiseen ja arvioinnin kehittämiseen ja sitä kautta vaikuttaa arviointiin. Sisällön laatua, ohjeiden vaikuttavuutta ja hoitajien koulutusta tulee kehittää.

Tekijä(t), lähde ja maa.	Tutkimuksen tarkoitus	Menetelmä ja aineisto/otos	Päätulokset
Orava, Kygäs & Kääriäinen, 2012, Suomi	Kuvata hoitajien antamaa potilasohjausta.	Systemaattinen kirjallisuuskatsaus; Medic, Cochrane, Cinalh, Medline	Proaktiivinen potilasohjaus perustuu ennalta sovittuun hoitosuhteeseen. Ohjauskontaktiin aloitteen tekee hoitaja ja se on osa potilaan hoitosuunnitelmaa. Proaktiivinen potilasohjaus edellyttää hoitajalta ammatillista osaamista ja vastavuoroista ohjaussuhdetta. Proaktiivinen puhelinohjaus soveltuu vaihtoehtona kasvotusten / ryhmässä tapahtuvalle ohjaukselle tai muun hoidon täydentäjänä. Sen avulla voidaan joissakin tapauksissa korvata polikliininen vastaanottokäynti, tukea omaisia, edistää terveyttä, elämänlaatua ja pystyvyyttä. Puhelinohjauksen valintaan vaikuttaa tavoite ja kohderyhmä. Proaktiiviseen puhelinohjaukseen liittyvä suunnitelmallisuus ja tiimityö voivat tuoda hallittavuutta hoitotyön arkeen.
Salanterä, Virtanen, Johansson, Elomaa, Salmela, Ahonen, Lehtikunnas, Moisander, Pulkkinen & Leino-Kilpi, 2005, Suomi	Arvioida yhden yliopistosairaalan kaikki (N=611) intranetissä olleet potilasohjeet tosiaikaisesti poikkileikkaustutkimuksena.	Poikkileikkaustutkimus	Potilasohjeet olivat ulkoasultaan, kieleltään ja rakenteeltaan asiallisia, mutta suurin osa luettavuudeltaan vaikeita ja opetuksellisesti puutteellisia. Sisältö oli yksipuolista ja informatiivisesti vähäistä. Ohjeissa tulisi kehittää luettavuutta, ymmärrettävyyttä sisällön ja opetuksellisuuden näkökulmasta. Tietoa tulisi lisätä myös selviytymisestä ja voimavarojen tukemisesta.
Tae, Lee, Hong, Han, Lee, Chung, Yoon, Ko, Cho, Lee & Lee, 2012, Korea	Selvittää potilasohjauslehtisen, jossa on piirroshahmoja, vaikutusta kolonoskopian valmistautumisessa.	Kyselylomaketutkimus, johon osallistui 205. Kontrolliryhmä (n=103) sai suullisen ohjauksen ja tavallisen ohjausvihkosen. Koeryhmä (n=102) sai uudemman ohjelehtisen, jossa oli piirroshahmoja.	Piirroshahmoja sisältävä ohjelehtinen lisäsi tehokkaasti kolonoskopia valmistautumisen vaikuttavuutta. Kolonoskopiakin sujui paremmin tässä ryhmässä.

Saatekirje tutkimukseen osallistujille.

## SAATE (0-kysely)

### ARVOISA HOITOTYÖNTEKIJÄ,

Tämä kysely on osoitettu Kuopion yliopistollisen sairaalan ja Kysterin hoitohenkilöstölle. Kysely liittyy KYSin ja Itä-Suomen yliopiston hoitotieteen laitoksen yhteistyössä toteuttamaan kehittämishankkeeseen, jossa arvioidaan koulutusintervention vaikutuksia hoitohenkilöstön potilasohjaukseen POH-interventio-hankkeessa. Kysely toistetaan potilasohjauskoulutuksen jälkeen.

Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista. Vastausten käsittely on luottamuksellista eikä yksittäistä vastaajaa voi tunnistaa tuloksista. Tuloksia hyödynnetään potilasohjauskoulutuksen kehittämisessä ja niitä raportoidaan erilaisissa koulutustilaisuuksissa, julkaisuina, konferenssiesityksinä ja opinnäytteinä.

Vastataksesi kyselyyn avaa alla oleva sähköinen www-osoite ja **vastaa 18.9.2013 mennessä**, jolloin kysely sulkeutuu. Kyselyyn vastaaminen kestää noin 20 minuuttia.

Kliinisen hoitotyön asiantuntija Tarja Tervo-Heikkinen antaa tarvittaessa lisätietoja Potilasohjauskoulutuksesta ja kehittämistehtävästä.

Hannele Turunen  
Professori, TtT  
Ylihoitaja (sv), Kuopion  
yliopistollinen sairaala  
Hoitotieteen laitos  
Itä-Suomen yliopisto

Merja Miettinen  
Hallintoylihoitaja, dosentti, FT  
Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri

Tarja Tervo-Heikkinen  
Kliinisen hoitotyön asiantuntija, TtT  
Kuopion yliopistollinen sairaala  
tarja.tervo-heikkinen(at)kuh.fi  
p. 044 717 5161

Raija Mäntynen  
Tutkija, TtT  
Kuopion yliopistollinen sairaala  
Hoitotieteen laitos  
Itä-Suomen yliopisto

Kyselymuistutus tutkimukseen osallistujille.

## KYSELYMUISTUTUS (0-kysely)

### ARVOISA HOITOTYÖNTEKIJÄ,

Olet saanut vähän aikaa sitten potilasohjausta koskevan kyselyn sähköpostiisi. Kiitos Sinulle, mikäli olet jo vastannut kyselyyn. Mikäli et ole vielä vastannut, toivomme Sinun vastaavan **18.9.2013 mennessä**.

Kysely liittyy Kuopion yliopistollisen sairaalan ja Itä-Suomen yliopiston hoitotieteen laitoksen yhteiseen kehittämishankkeeseen, jossa arvioidaan koulutusintervention vaikutuksia hoitohenkilöstön potilasohjaukseen POH-interventio -hankkeessa.

Kysely on osoitettu KYSin ja Kysterin hoitotyöntekijöille ja siihen vastaaminen on vapaaehtoista. Vastausten käsittely on luottamuksellista, eikä yksittäistä vastaajaa voi tunnistaa tuloksista. Tuloksia hyödynnetään potilasohjauskoulutuksen kehittämisessä ja niitä raportoidaan erilaisissa koulutustilaisuuksissa, tieteellisinä julkaisuina, konferenssiesityksinä ja opinnäytteinä.

Vastataksesi kyselyyn avaa alla oleva sähköinen www-osoite ja **vastaa 18.9.2013 mennessä**, jolloin kysely sulkeutuu. Kyselyyn vastaaminen kestää noin 20 minuuttia.

Kliinisen hoitotyön asiantuntija Tarja Tervo-Heikkinen antaa tarvittaessa lisätietoja.

Hannele Turunen  
Professori, TtT  
Ylihoitaja (sv), Kuopion  
yliopistollinen sairaala  
Hoitotieteen laitos  
Itä-Suomen yliopisto

Merja Miettinen  
Hallintoylihoitaja, dosentti, FT  
Pohjois-Savon sairaanhoitopiiri

Tarja Tervo-Heikkinen  
Kliinisen hoitotyön asiantuntija, TtT  
Kuopion yliopistollinen sairaala  
tarja.tervo-heikkinen(at)kuh.fi  
p. 044 717 5161

Raija Mäntynen  
Tutkija, TtT  
Kuopion yliopistollinen sairaala  
Hoitotieteen laitos  
Itä-Suomen yliopisto