



# **IBD-potilaan ohjaus sairastumisen alussa**

Tarkistuslista ohjauksen tueksi

Mervi Kallionsivu

Diana Wallenstjerna-Alanen

OPINNÄYTETYÖ  
Syyskuu 2021

Sairaanhoitajakoulutus

## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Sairaanhoitajakoulutus

KALLIONSIVU, MERVI & WALLENSTJERNA-ALANEN, DIANA:  
IBD-potilaan ohjaus sairastumisen alussa  
Tarkistuslista sairaanhoitajan tueksi

Opinnäytetyö 38 sivua  
Syyskuu 2021

---

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata IBD-potilaan ensiohjaukseen liittyvää tietotaitoa sairaanhoitajan näkökulmasta tarkistuslistaa apuna käyttäen. Opinnäytetyön tavoite oli tuottaa tarkistuslista IBD-potilaan kokonaisvaltaiseen ohjaukseen. Tarkistuslistan avulla voitiin taata yhtenäinen ohjauskokonaisuus, jonka avulla tuettiin potilasta hänen sairastuttuaan krooniseen sairauteen. Tarkistuslistaa voitiin käyttää myös apuvälineenä opetustilanteissa ja sairaanhoitajan perehdytyksessä gastroenterologisella osastolla. Opinnäytetyön tehtävinä oli selvittää, mikä ohjausmenetelmä on sairaanhoitajan kannalta parhain IBD-potilaan ensiohjauksessa ja millainen on hyvä tarkistuslista sairaanhoitajalle IBD-potilaan sairastuttua. Opinnäytetyö toteutettiin toiminnallisena.

Laadukas potilaan ohjaaminen koostuu suullisen ja kirjallisen ohjauksen yhdistämisestä, yksilöllisestä ohjauksesta ja teach-backistä jossa potilas toistaa hänelle kerrotut asiat omin sanoin. Juuri diagnoosin saaneiden potilaiden tiedon vastaanottaminen on rajallista ja tästä syystä potilaan ensiohjauksen tulee olla selviytymistä tukevaa, rauhoittavaa, suunnitelmallista, yksilöllistä ja sen pitäisi lisätä potilaan omia voimavaroja.

Tuotoksena syntyneen paperisen tarkistuslistan tavoitteena on parantaa potilaan turvallisuutta, hyvinvointia ja edistää terveyttä. Hyvä tarkistuslista on lyhyt, yksinkertainen, helppolukuinen, ytimekäs ja asiat ovat kronologisessa järjestyksessä. Sen käyttö ei hidasta työntekoa ja käytettävät termit ovat helposti ymmärrettäviä, niin että sitä pystyy käyttämään jo kauemmin työtään tehnyt tai vastavalmistunut sairaanhoitaja.

Jatkotutkimusehdotuksena olisi tarkistuslistan toimivuuden selvittäminen käytännössä gastroenterologisilla osastoilla ja koulussa opetusmateriaalina ohjausosaamiseen liittyen. Toisena jatkotutkimusehdotuksena olisi tehdä kysely IBD:hen sairastuneille potilaille siitä, kuinka he ovat saaneet ensiohjausta, ovatko he saaneet sitä riittävästi ja mitä parannettavaa ensiohjauksessa voisi olla. Tarkistuslistaa voisi kehittää tekemällä siitä digitaalisen version.

---

Asiasanat: potilaanohjaus, tulehdukselliset suolistosairaudet, tarkistuslista

## **ABSTRACT**

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

KALLIONSIVU, MERVI & WALLENSTJERNA-ALANEN, DIANA:  
Counselling IBD Patients at the Beginning of their Illness  
Checklist to support nurse

Bachelor's thesis 38 pages  
September 2021

---

The purpose of this study was to describe the perspective of nurses the initial counselling of an IBD patient using a checklist. The study aimed was to produce a checklist for the comprehensive counseling of IBD patients. The checklist could be to ensure a coherent steering approach to support the patient after the onset of the chronic disease. could also be used as a tool for teaching and orientation of nurses in the gastroenterology department. Another aim was to find out which guidance method is the best for the nurse in the initial counseling of an IBD patient and what is a good checklist for a nurse after a patient with IBD. The study was conducted functionally.

Quality patient counselling consists of oral and written counselling and teach-back counselling, where the patient repeats what the nurse has told him/her. Patient counselling must also consider individuality. the person who has just been diagnosed has a limited capacity to absorb information. The resulting checklist aims to improve patient safety, well-being and promote health. The checklist should be short, simple, easy to read, concise and should be in chronological order. Its use should not slow down work and the terms used should be easy to understand, so that it can be used by nurses who have been working for some time or by newly qualified nurses.

The checklist developed based on the results of this study aims to improve patient safety, well-being, and health promotion.

---

Key words: patient counselling, inflammatory bowel disease, checklist

## SISÄLLYS

1	JOHDANTO .....	5
2	TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE .....	6
3	TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT .....	7
3.1	IBD potilaan ohjaus .....	7
3.1.1	Sairaanhoitajan ammatillinen vastuu pitkäaikaissaira- potilaan ohjaamisessa.....	8
3.1.2	IBD potilaan voimavarainen ohjaus .....	10
3.1.3	Potilasohjaukseen liittyvät taustatekijät .....	11
3.2	IBD potilaan ensiohjaus .....	12
3.3	IBD potilaan ohjausmenetelmät .....	13
3.3.1	Potilaan yksilöohjaus .....	13
3.3.2	Teach-back.....	14
3.3.3	Potilaan suullinen ja kirjallinen ohjaus .....	15
3.4	Tulehdukselliset suolistosairaudet.....	16
3.4.1	Crohnin tauti .....	17
3.4.2	Colitis ulcerosa .....	18
3.5	Terveydenhuollon tarkistuslista .....	19
4	TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ .....	21
4.1	Opinnäytetyön prosessi.....	22
4.2	Tarkistuslista tuotoksena opinnäytetyössä.....	23
5	POHDINTA .....	29
5.1	Tuotoksen tarkastelu.....	30
5.2	Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus .....	32
5.3	Jatkotutkimus- ja kehittämis ehdotukset.....	34
	LÄHTEET .....	35

## 1 JOHDANTO

IBD eli tulehduksellisiin suolistosairauksiin kuuluvat Crohnin tauti, haavainen paksusuolentulehdus eli Colitis ulcerosa ja välimuotoinen koliitti (Kolho & Färkkilä 2017, 1701). Tässä opinnäytetyössä käsittelemme kahta yleisintä tautimuotoa Crohnia ja Colitis ulcerosa. IBD sairaudet ovat kroonisia, jotka puhkeavat yleensä nuorella iällä, mutta voivat puhjeta minkä ikäiselle tahansa (Kolho & Färkkilä 2017, 1701). Tavallinen sairastumisikä on 15–35 vuoden iässä, mutta toinen esiintymishuippu on 50–60-vuotiailla (IBD ja muut suolistosairaudet n.d). Suomessa Kelan erikoiskorvauksen piirissä on noin 46 000–50 000 IBD diagnoosin saanutta ja Suomessa tähän sairastuu 2000 ihmistä joka vuosi (Kolho & Färkkilä 2017, 1701; Tays. 2020).

Potilaiden hoidosta vastaa moniammatillinen työryhmä, jossa sairaanhoitaja on avainasemassa potilaan ohjaukseen liittyen ja erityisesti sairauden ensitiedon antamisesta potilaalle. Vuonna 2017 kartoitetulla kyselytutkimuksella on käynyt ilmi, että IBD-sairauksiin perehtyneen sairaanhoitajan työnkuva on pääsääntöisesti potilasohjausta. (Molander & Kolho 2019, 304–306.)

Tämä opinnäytetyö on toiminnallinen, minkä tarkoituksena on kuvata IBD-potilaan ensiohjaukseen liittyvää tietotaito sairaanhoitajan näkökulmasta tarkistuslistaa apuna käyttäen. Tulehdukselliset suolistosairaudet ovat lisääntyneet Suomessa räjähdysmäisesti, mutta IBD-potilaan ohjausosaamisesta löytyy vain vähän tietoa. Tämän takia oma kiinnostuksemme heräsi IBD-potilaan ohjaukseen liittyen. Halusimme tutkia, mikä ohjausmenetelmä on sairaanhoitajan kannalta parhain IBD-potilaan ensiohjauksessa ja millainen on hyvä tarkistuslista sairaanhoitajalle IBD-potilaan sairastuttua.

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tarkistuslista IBD-potilaan kokonaisvaltaiseen ohjaukseen. Tarkistuslista tehdään paperiseen muotoon ja on näin ollen helposti sairaanhoitajan käytettävissä. Tarkistuslistan avulla voidaan taata potilaalle yhtenäinen kokonaisuus ensiohjaustilanteeseen. Tarkistuslistan avulla tuodaan potilaalle tietoa siitä, kuinka hänen hoitonsa jatkuvat, mitä jatkohoidon tarpeita hänellä on ja samalla potilas saa myös kattavan tietopaketin omahoitoonsa.

## 2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata IBD-potilaan ensiohjauksessa liittyvää tietotaitoa sairaanhoitajan näkökulmasta tarkistuslistaa apuna käyttäen.

Opinnäytetyön tehtävät ovat:

Mikä ohjausmenetelmä on sairaanhoitajan kannalta parhain IBD-potilaan ensiohjauksessa?

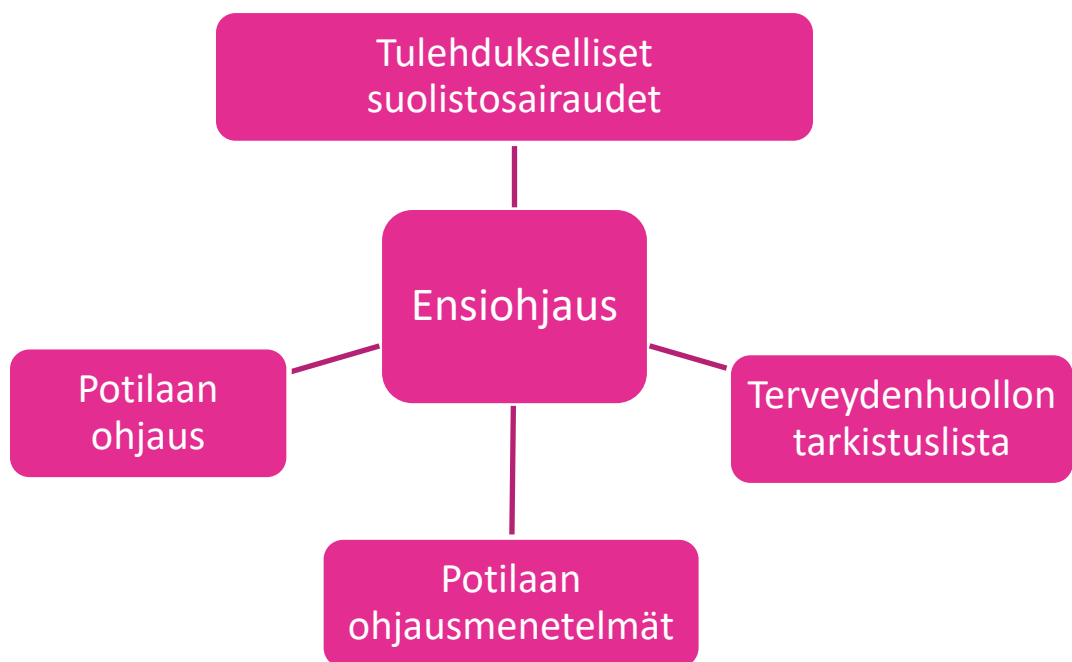
Millainen on hyvä tarkistuslista sairaanhoitajalle IBD-potilaan sairastuttua?

Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tarkistuslista IBD-potilaan kokonaisvaltaiseen ohjaukseen. Tarkistuslista toimii sairaanhoitajan apuvälineenä ohjaustilanteessa ja sitä voidaan hyödyntää sairaanhoitajan perehdytyksessä gastroenterologisilla osastoilla IBD-potilaan ohjausosaamiseen liittyen. Tarkistuslistan avulla voidaan taata yhtenäinen kokonaisuus, jolla tuetaan potilasta hänen sairastuttuaan krooniseen sairauteen. Opinnäytetyötä voidaan käyttää myös hoitotyön opetuksessa koskien IBD-potilaan ensiohjaukseen liittyvissä asioissa. Opinnäytetyön avulla opinnäytetyön tekijät oppivat hahmotamaan IBD-potilaan kokonaisvaltaisen hoidon ja sairaanhoitajan vastuun potilaan ohjaamisessa, kun hän on sairastunut tulehdukselliseen suolistosairauteen. Tämä kehittää opinnäytetyöntekijöiden ammatillista osaamista.

### 3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys koostuu potilaan ohjauksesta, tulehduksellisista suolistosairauksista, terveydenhuollon tarkistuslistasta, potilaan ensiohjauksesta ja potilaan ohjausmenetelmistä.

Opinnäytetyössä käytettävät teoreettiset käsitteet käyvät ilmi alla olevasta kuvioista (kuvio 1).



KUVIO 1. Tulehduksellisiin suolistosairauksiin liittyvän ensiohjauksen käsitteet.

#### 3.1 IBD potilaan ohjaus

Tutkimusten perusteella laadukkaaseen potilasohjaukseen tarvitaan riittävästi aikaa. Potilasohjaus oli potilaiden mielestä laadukkaampaa, mitä enemmän heidän kokonaisvaltaiseen ohjaukseensa käytettiin aikaa. Hyvä potilasohjaus perustuu lainsäädäntöön, eettisiin ohjeistuksiin, näyttöön perustuvaan tietoon ja ammattitaitoon. (Tervo-Heikkinen, Saaranen, Huurre & Turunen 2018, 187–189.) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrittää (1992), että potilaalla

on oikeus saada tietoa omasta terveydentilastaan, hoitovaihtoehtoista, niiden vaikutuksista ja muista hoitoon liittyvistä asioista, joilla on merkitystä hoitoja päätettäessä. Tiedot on annettava ymmärrettävästi, mutta potilaalle ei tule antaa tietoa vastoin hänen tahtoaan tai jos se vaarantaisi potilaan terveyttä tai henkeä. Etene ohjeistus antaa hyvät valmiudet eettisiin ratkaisuihin ohjaustilanteissa, minkä lähtökohtana ovat asiakkaan ja potilaan etu (Etene 2011, 5).

Potilasohjauksen tarkoituksena on antaa potilaalle tietoa omasta sairaudestaan ja kuinka se vaikuttaa hänen päivittäisiin toimintoihinsa. Jotta hän pystyy parantamaan omaa elämänlaatuaan haluamallaan tavalla. Ohjauksen tavoitteena on myös lisätä potilaan omia voimavaroja. Jotta hän jaksaa ja pystyy vaikuttamaan omaan hoitoonsa. Laadukas potilasohjaus ja kokonaisvaltainen kohtaaminen edistää potilaan toipumista ja se lisää hänen sitoutumistansa omaan hoitoonsa. Mikä on hyvin tärkeää pitkäaikaissairaana potilaan ohjauksessa. (Kärhönen, Saaranen & Kankkunen 2012, 203; Lipponen 2014, 17; Kaakinen 2013, 45; Salonen, Meretoja, Vahlberg & Leino-Kilpi 2017,10.)

Potilasohjaus on silloin parhaimmillaan, kun se on potilaslähtöistä ja ohjattava osallistuu aktiivisesti ohjaustilanteeseen. Näin pystytään vastaamaan potilaan tiedollisiin tarpeisiin paremmin. Ohjauksen pitää olla myös ymmärrettävää ja johdonmukaista. (Kärhönen ym. 2012, 206; Eloranta, Katajisto & Leino-Kilpi 2014, 71.) Potilaslähtöisellä ohjauksella taataan, että potilas sitoutuu omaan hoitoonsa, noudattaa hoito-ohjeita ja vähentää terveyspalvelujen käyttöä. Ohjauksen avulla potilaat ymmärtävät omaa sairauttaan ja sen hoitoa paremmin. Ohjauksen tavoitteena on myös lisätä potilaan hallinnan tunnetta. Mitä parempi hallinnan tunne on, sitä paremmaksi potilaat tuntevat oman elämänlaatussa. (Lipponen 2014, 18.)

### **3.1.1 Sairaanhoidajan ammatillinen vastuu pitkäaikaissairaana potilaan ohjaamisessa**

Sairaanhoidajalla on ammatillinen vastuu kehittää omaa ohjausosaamistaan, jotta potilas saa laadukasta ohjausta (Lipponen 2014, 17). Ohjaus lähtee potilaan omista tiedontarpeista, joihin hoitohenkilökunnan pitää osata vastata.



Ohjauksessa pitää huomioida myös potilaan taustatekijät ja yksilöllisyys. (Kärhönen ym. 2012, 203; Lipponen 2014, 17–18.) Taustatekijöinä voivat olla useat eri asiat, kuten fyysiset ja psyykkiset tekijät, ikä ja potilaan oma motivaatio. Taustatekijät luovat vahvan perustan potilasohjauksen onnistumiselle. (Lipponen 2014, 17.) Ohjauksen tarkoituksena onkin antaa potilaalle kaikki tietotaito, että hän pärjää oman sairautensa kanssa. Mitä parempi ohjaus on kyseessä, sitä paremmin potilas pärjää oman sairautensa tuomien tuntemuksien kanssa. (Lipponen 2014, 17–18.)

Riittävän kattava ja laadukas ohjaus auttaa potilasta selviytymään kroonisen sairautensa kanssa. Ohjaustarpeet ja tavoitteet pitäisikin selvittää yhdessä potilaan kanssa, ennen ohjauksen aloittamista. (Kaakinen 2013, 23–24,46.) Pitkäaikaissairaiden potilaiden mielestä ohjaustilanteet vaikuttavat heidän itsehoitoonsa ja asenteisiin. Erityisesti he kokivat, että ohjaustilanteet lisäsivät heidän hyvinvointinsa tunnetta ja että heidän asennoitumisensa omaan elämäänsä muuttuivat myönteisemmäksi. (Kaakinen 2013, 49.) Pitkäaikaissairaille ohjaus luo perustan selvittää sairauden kaikkien vaiheiden kanssa. Pitkäaikaissairaille diagnoosi herättää monenlaisia tunteita, he saattavat pelätä sairauden mukana tuomia haasteita ja yksinäisyyttä. Sairaanhoidajan pitääkin vastata näihin tunteisiin ja ohjaustilanteissa hänen olisi hyvä käsitellä myös emotionaalisia asioita. (Kaakinen 2013, 23–24.)

Pitkäaikaissairaana potilaan ohjaus on hyvin laaja-alaista. Potilailla on hyvin monia tarpeita, mitä he haluavat ohjukselta. Potilaat kaipasivat ohjausta omasta sairaudestaan, oireista, sen hoidosta ja siitä, miten tutkimukset ja hoidot heidän kohdallaan etenevät. Tietoa haluttiin myös siitä, miten sairaus vaikuttaa heidän elämäänsä, arkeen, tulevaisuuden suunnitelmiin ja päivittäisiin toimiin. (Kaakinen 2013, 45; Eloranta ym. 2014, 69.) Tietoa haluttiin sairauden tuomista komplikaatioista, liikunnasta ja lääkeshoidosta. Lääkkeiden tuomista sivuvaikutuksista, mahdollisista elämäntapamuutoksista ja siitä minkälaiset ovat potilaan paranemismahdollisuudet kaivattiin myös tietoa. (Kaakinen 2013, 45–46.) Pitkäaikaissairaille oli myös tärkeää saada yhteyttä hoitavaan hoitolaitokseen puhelimitse, sähköpostilla tai internetin kautta (Kaakinen 2013, 47).

Pitkäaikaissairaana potilaan ohjaustilanteissa pitää osata ottaa huomioon hänen kuoleman pelkonsa. Myös masennus, turvattomuus, yksinäisyyden tunne ja ahdistus ovat yleisiä tuntemuksia pitkäaikaissairailta. Pitkäaikaissairaat myös kokivat epäluottamuksen tunnetta terveydenhuoltohenkilöstöä kohtaan. (Kaakinen 2013, 45–46.) Empaattinen ohjaustilanne ja potilaiden psyykkisen tilan vahvistaminen vähensi potilaiden pelkoa ja ahdistusta (Lehtonen, Kääriäinen & Elo 2017, 308).

### **3.1.2 IBD potilaan voimavarainen ohjaus**

Potilaan voimavaraisen ohjauksen tavoitteena on, että potilas motivoituu paremmin oman sairautensa hoitoon ja näin lisääntyy myös hänen omat vaikutusmahdollisuutensa omaan hoitoonsa. Voimavaraiseen ohjaukseen kuuluu kuusi keskeistä osa-aluetta. Mitkä ovat biofyysinen, toiminnallinen, kokemusperäinen, eettinen, sosiaalinen ja taloudellinen. (Lipponen 2014, 17.)

Tutkimuksissa läheiset nähtiin voimavarana. Potilaat olisivat halunneet, että ohjaustilanteissa otettaisiin läheiset paremmin huomioon. He toivoivat, että läheiset saisivat tietoa potilaan sairaudesta ja että he pääsisivät mukaan hoitoihin. Läheisten mukanaolo ohjaustilanteissa turvasi hoidon jatkuvuuden. Se myös auttoi potilaita tulkitsemaan ja ymmärtämään annettua tietoa. Näin pystyttiin myös välttämään väärinkäsityksiä paremmin. Läheisten mukanaolo myös helpotti lisäkysymysten esittämistä. (Kaakinen 2013, 46; Eloranta, Leino-Kilpi, Katajisto & Valkeapää 2015, 20; Salonen ym. 2017,6.)

Potilaitten kokemukset ohjaustilanteissa olivat, että he eivät saaneet riittävän laaja-alaisesti tietoa omasta sairaudestaan. Sairaanhoidajan vastaanotolle käyntejä toivottiin useammin ja ohjaustilanteissa olisi voinut hyödyntää enemmän erilaisia ohjausmenetelmiä. (Eloranta ym. 2014, 69, 71; Salonen ym.2017, 9.) Potilasohjauksen toivottiin olevan enemmän suunnitelmallisempaa ja ohjauksesta olisi haluttu yksilöllisempää (Salonen ym. 2017, 9; Sihvola, Lahtinen, Kaakinen & Kääriäinen 2019, 213). Ohjaustilanteissa olisi pitänyt selvittää minkälainen potilaan kyky on omaksua tietoa (Salonen ym. 2017,

10). Kokemuksellista tietoa olisi haluttu sairauden ja hoitojen tuomista tunteuksista (Eloranta ym. 2015, 15). Potilaat toivoivat myös, että ohjaustilanteissa käsiteltäisiin eettisiä asioita ja että keskusteltavat asiat pysyisivät salassa (Eloranta ym. 2015, 18).

Ohjaustilanteissa potilaat kokivat, etteivät he saaneet riittävästi tietoa ravitsemuksesta, liikunnasta, lääkkeiden sivuoireista, sairauden komplikaatioista ja siitä miten sairaus etenee. Nämä puutteet ohjauksessa haittasivat potilaiden mielestä heidän selviytymistensä arjessa ja elämäntapamuutoksen tekemisessä. Tietoa olisi myös haluttu terveyspalveluiden saatavuudesta ja vakuutuksen kattavuudesta. Potilaat kokivat myös, että välillä oli vaikea ymmärtää terveydenhuoltohenkilöstön antamaa tietoa. (Kaakinen 2013, 45–46.)

### **3.1.3 Potilasohjaukseen liittyvät taustatekijät**

Potilaan ohjaukseen liittyvät taustatekijät voidaan jakaa psyykkisiin, fyysisiin, sosiaalisiin ja muihin ympäristötekijöihin (Lunnela 2011, 27; Lipponen 2014, 17). Psyykkisiin taustatekijöihin voidaan esimerkiksi lukea potilaan oma motivaatio ja oppimistyyli. Fyysisinä taustatekijöinä pidetään ikää, sairauden vaikeutta ja potilaan liikkumiseen vaikuttavia tekijöitä. Sosiaalisilla ja muilla ympäristötekijöillä tarkoitetaan potilaan läheisten antamaa tukea ja miten potilas pystyy hoitamaan omaa sairauttaan omassa elinympäristössään. Tärkein ympäristötekijöihin vaikuttavista taustatekijöistä on se ympäristö, jossa potilas saa ohjausta. Ympäristön pitäisi olla sellainen, jossa sairaanhoitaja pystyy antamaan ohjausta ja potilas pystyy sen ohjauksen vastaanottamaan. (Lunnela 2011, 27; Karvonen 2012, 11.)

Sukupuolella on merkitystä ohjaustarpeisiin. Naisten ohjaustarve oli määrällisesti enemmän kuin miesten. Naiset myös kaipasivat enemmän henkistä tukea ja enemmän tietoa siitä, kuinka he selviytyvät arkielämän haasteista. (Kärhönen ym. 2012, 207.) Miehet kuitenkin hyötyvät saamastaan ohjauksesta enemmän. Miehillä riittää tieto, että he tarvittaessa saavat tukea ja ohjausta. (Mattila 2011, 28.) Ohjaustilanteissa miehiä huoletti naisia enemmän taloudellinen tilanne ja seksuaalisuus (Kärhönen ym. 2012, 207).

Nuorten potilaiden tarve tuelle ja ohjaukselle on suurempaa, kuin iäkkäämpien. Nuoret myös saivat iäkkäitä enemmän ohjausta, mutta iäkkäämmät pitivät ohjausta enemmän positiivisena. (Mattila 2011, 28.) Tutkimuksissa myös selvisi, että ohjausta voi olla hankala antaa sellaisille potilaille, jotka eivät tunne itseään sairaaksi, vaikka sairaus itsessään vaatisikin hoitoa (Lunnela 2011, 27).

### **3.2 IBD potilaan ensiohjaus**

Juuri sairausdiagnoosin saaneiden potilaiden tiedon vastaanottaminen on rajallista (Lehtonen ym. 2017, 307). Akuutissa vaiheessa potilaat saavat usein liikaa tietoa sairaudestaan. Potilaiden tiedon omaksumiskyky on silloin hyvin vähäistä, koska shokkivaiheen aikana ihminen ei pysty käsittelemään annettua tietoa. Akuuttivaiheen ohjaus tulisi olla selviytymistä tukevaa ja rauhoittavaa. Vasta sairaalassa olon jälkeen voidaan siirtyä tiedollisempaan ohjaukseen, kun kriisi on hiukan helpottunut. (Kärhönen ym. 2012, 207.) Sairaanhoidajan olisikin hyvä pohtia minkälaista ohjausta potilaalle annetaan hoitoprosessien eri vaiheissa (Eloranta ym. 2014, 69–70).

Ensiohjauksessa potilaiden tiedon tarve oli suurta erityisesti biofyysisellä, toiminnallisella, kokemuksellisella ja eettisellä ulottuvuudella. Sosiaalisesta ja taloudellisesta ulottuvuudesta potilaiden tiedon tarve oli vähäisempää. Biofyysisen ulottuvuuden alueella, haluttiin ohjausta komplikaatioiden hoidosta, eri hoitovaihtoehdoista ja tulevista tutkimuksista. Sosiaalisessa ulottuvuudessa potilaat halusivat, että läheiset saisivat tietoa hoidoista ja että läheiset voisivat osallistua hoitoihin. (Salonen ym. 2017, 6.) Ensiohjauksessa olisi hyvä selvittää potilaan yksilölliset tiedontarpeet. Näin tuetaan potilasta selviytymään sairauden eri vaiheista ja samalla kannustetaan heitä osallistumaan hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Ensiohjauksessa olisikin tärkeä tukea potilasta ja tunnistaa hänen tunteitaan, mitä sairaus hänelle tuo. (Salonen ym. 2017, 9.)

### 3.3 IBD potilaan ohjausmenetelmät

Sairaanhoitajalta odotetaan hyvää potilaanohjaamistaitoa. Tutkimuksissa on käynyt ilmi, että potilaan ohjaamiseen liittyvissä prosesseissa on ollut puutteita. Sairaanhoitajat käyttävät ohjauksessaan eniten suullista ja kirjallista ohjausmenetelmää. (Tervo-Heikkinen ym. 2018, 32.) Suullinen ja kirjallinen ohjaus kulkevat parhaiten käsikädessä. Suullisesti annettu ohjaus jättää vallan sairaanhoitajalle, eikä ohjattava voi enää palata ohjauksen jälkeen kertamaan oppimaansa asiaa. Kirjallinen potilasohjaus takaa sen, että ohjattava voi halutessaan palata kertamaan oppimiaan asioitaan ja näin hänen sairautenhoitonsa voi parantua. (Nummi & Järvi 2012, 14–16; Grahn 2014, 7–8.)

Teach-back ohjaus on tehokas ohjausmenetelmä pitkäaikaissairaahan potilaan ohjauksessa. Menetelmän avulla sairaanhoitaja voi koko ohjauksen ajan arvioida potilaan oppimista omaan sairauteen liittyen. (Mendoza 2018, 15; Rahmani ym. 2020.) Potilasohjauksen tulee myös olla yksilöllistä ja tutkittuun tietoon perustuvaa. Yksilöllisessä ohjauksessa potilas saa juuri tarvitsemansa tiedon omaan sairauteensa liittyen. (Eloranta & Virkki 2011, 25–26; Lipponen 2014, 55; Kettunen ym. 2017, 6.)

#### 3.3.1 Potilaan yksilöohjaus

Potilasohjaus on oppimistilanne ja se on enemmän kuin potilasohjeet. Yksilöohjauksessa on kyse siitä, että potilas suunnittelee omaa hoitoaan sairaanhoitajan kanssa. Samalla potilas pohtii omaa sairauttaan ja tilannettaan yhdessä sairaanhoitajan kanssa. Yksilöohjaus on prosessi, joka on etenevä, mutta joskus prosessin eri vaiheet voivat esiintyä myös päällekkäin. Silloin kun ohjausprosessi on hyvin suunniteltu ja toteutettu, auttaa se potilasta sitoutumaan omahoitoon paremmin. Yksilöohjauksessa potilas saa tietoa juuri hänen tilanteestaan ja sairaudestaan. Esimerkiksi vasta diagnoosin saanutta potilasta ei ole mielekästä ohjata liikaa. Yksilöohjauksen avulla potilas tulee tietoiseksi omasta toimintakyvystään, siitä miten hän pystyy hoitamaan itseään, mistä hän voi hakea apua ja miten hän voi kohentaa omaa elämänlaatuaan. (Eloranta & Virkki 2011, 25–26; Lipponen 2014, 55; Kettunen ym. 2017, 6.)

Vaihtelevat ohjaustarpeet tekee ohjaustilanteen sairaanhoitajalle haasteelliseksi. Jotta potilas saisi yksilöllistä ohjausta on sairaanhoitajan oltava perillä potilaan taustatekijöistä ja niiden vaikutuksesta ohjaustilanteeseen. Ohjaustilanteessa on tärkeää, että sairaanhoitaja ja ohjattava puhuvat samaa kieltä. Sairaanhoitajan on osattava tulkita myös nonverbaalista viestintää. Ohjaustilanteessa tulee välttää sellaisia sanoja, joita potilas ei ymmärrä ja sairaanhoitajan on aina varmistettava, että ohjattava on ymmärtänyt mitä hänelle on sanottu. (Linnajärvi 2010, 9.)

### **3.3.2 Teach-back**

Teach-back menetelmä on hyödyllinen kroonisesti sairaiden potilaiden ohjauksessa. Teach-back menetelmässä sairaanhoitaja ohjauksen aikana pyytää potilasta kertomaan omin sanoin ne asiat mitä hänelle on kerrottu ja näin sairaanhoitaja voi arvioida onko ohjattava sisäistänyt saamansa tiedon tarpeeksi hyvin. (Hotus 2017.) Terveystieteiden tutkimuksissa kommunikointi onkin yksi tärkeimmistä asioista. Tarkka ja yksiselitteinen kommunikointi potilaan ja sairaanhoitajan välillä vähentää virheitä ja lisää potilasturvallisuutta. (Mendoza 2018, 10.)

Teach-back metodi on kaikkien saatavilla ja sitä pystytään tarvittaessa muokkaamaan eri terveydenhuollon ympäristön tarpeita vastaavaksi. Teach-back menetelmä lisää tehokkaasti potilaiden terveystietoa ja vähentää tiedon virheellistä ymmärtämistä. Metodin tärkeys korostuu terveydenhuollossa kroonisten sairauksien lisääntyessä. Sairaanhoitajien vastuuta lisää se, että potilaat eivät opi kaikkea yhden ohjauskerran aikana tai muistavat ne väärin. (Mendoza 2018, 11.)

Tutkimuksissa käy myös ilmi, että menetelmän avulla potilaiden oma sairauden hoito on parantunut. Potilaat ovat metodin myötä sitoutuneet lääkehoitoon paremmin ja käynnit sairaalassa olivat vähentyneet. Teach-back metodia ei

pitäisi käyttää vain ohjauksen loputtua vaan koko ohjauksen ajan, näin sairaanhoitaja tietää onko potilas oppinut tarpeeksi läpikäydystä asiasta. (Ha Dinh ym. 2016; Mendoza 2018, 15; Rahmani ym. 2020.)

Tutkimus, jossa teach-back metodia käytettiin, kroonista B-hepatiittia sairastavien ohjaukseen osoitti, että teach-back ohjaus oli pelkästään suullisesti annettua potilasohjausta parempi. Tutkimuksessa oli kaksi erilaista potilasryhmää, jossa toisessa käytettiin suullista potilasohjausta ja toisessa ryhmässä teach-back ohjausta. Teach-back ohjausta saaneiden potilaiden tieto sairaudesta oli huomattavasti parempaa mitä pelkästään suullista potilasohjausta saaneiden ryhmässä. (Tran ym. 2019.)

### **3.3.3 Potilaan suullinen ja kirjallinen ohjaus**

Laadukas potilaan ohjaaminen koostuu suullisen ja kirjallisen ohjauksen yhdistämisestä. Kirjallista ohjausta käytetään suullisen ohjauksen rinnalla. Potilaat saattavat unohtaa jopa puolet suullisesti annetuista ohjeista pian ohjauksen jälkeen. Suullisesti annettu ohjaus saatetaan ymmärtää jopa väärin. Suullisesti annettu ohjaus jättää täysin vallan ja kaiken tiedon sairaanhoitajalle. Pelkästään suullista ohjausta käytettäessä, ei potilas voi jälkeempään palata ohjauksessa käytyihin asioihin. (Grahm 2014, 7.)

Kirjallisella potilasohjauksella voidaan tehostaa potilaan voimavaroja ja auttaa potilasta hyväksymään oman sairautensa. Kirjallista ohjetta laadittaessa, on otettava huomioon, että potilaat tulkitsevat lukemaansa eri lailla. Hoitohenkilökunnan on otettava huomioon kirjallista ohjeistusta annettaessa, että potilaat eivät välttämättä ymmärrä ensiohjauksella annettavaa ohjausta. Yksityiskohtaiset ja perusteelliset kirjalliset ohjeet, voivat jopa sekoittaa potilaan ajatuksia enemmän. Sairaanhoitajan tehtävänä on myös varmistaa se, että potilaan ohjaus ei ole pelkästään kirjallisen ohjauksen varassa. (Nummi & Järvi 2012, 14–16; Grahm 2014, 7–8.)

Kirjallisen potilasohjauksen avulla voidaan vähentää sairauksiin liittyviä komplikaatioita, nopeuttaa toipumista ja lyhentää sairaalassaoloaikaa. Kirjallisen

potilasohjauksen ansiosta potilaat sitoutuvat paremmin omaan hoitoonsa ja heidän ahdistuksensa tunne lievittyy. Kirjalliset ohjeet myös mahdollistavat potilaan itseopiskelun sairauteen liittyen. Potilaat voivat perehtyä itsenäisesti ohjausmateriaaliin ja näin ollen palauttaa mieleen ohjauksen aikana läpikäytyjä asioita. Kirjallinen potilasohjaus on myös kustannustehokasta ja ohjeiden muokkaaminen on helppoa. (Grahm 2014, 7.)

### **3.4 Tulehdukselliset suolistosairaudet**

Suomessa on tällä hetkellä noin 46 000–50 000 IBD-diagnoosin saanutta ja joka vuosi noin 2000 uutta sairastuu (Kolho & Färkkilä 2017, 1701; Tays. 2020). Kroonisiin tulehduksellisiin suolistosairauksiin kuuluu Crohnin tauti ja Colitis ulcerosa. Suomessa Colitis ulcerosa on yleisempi kuin Crohnin tauti. (Tays, 2020.)

Tyypillisesti sairaus puhkeaa 16–30 ikävuoden välillä, mutta sairaus voi tulla minkä ikäiselle tahansa (Kolho & Färkkilä 2017, 1701). Tulehdukselliset suolistosairaudet ovat yleisimpiä kehittyneissä maissa, kuin kehitysmaissa. Sairausten puhkeamisen syitä ei tiedetä, mutta tutkimusten mukaan perimällä ja ulkopuolisilla tekijöillä on osuutta sairauden puhkeamisessa. (Färkkilä 2014, 431; Kolho & Färkkilä 2017, 1701; Tays 2020.)

Rutiini tutkimuksiin tulehduksellista suolistosairautta epäiltäessä potilaalle voidaan tehdä kolonoskopia, gastroskopia ja ohutsuolen kapseliendoskopia. Diagnoosin jälkeen sairautta seurataan pääsääntöisesti kuvantamistutkimuksilla, verikokeilla ja ulostenäytteillä. Diagnoosin jälkeen potilas ohjataan gastroenterologin vastaanotolle ja tämän jälkeen IBD-hoitajan luo ohjaukseen. (Tays 2020.)

IBD-potilaan sairaus ei näy ulospäin ja se tekee sairauden hyväksymisestä vaikeaa. IBD potilaat kokevat usein fyysistä ja henkistä väsymystä. Koska he kokevat velvollisuudeksi jatkaa normaalia elämää siitä huolimatta, että sairaus kuluttaa heidän voimavarojaan. Taudin kuvaan voi kuulua lähes pakonomai-



nen ulostamisen tarve. Tämän takia IBD potilas tuntee menettäneensä hallinnan omaan kehoonsa. Sairastunut joutuukin muodostamaan uuden käsityksen itsestään ja omasta muuttuneesta kehostaan. (Ala-Korpi 2018, 7.) IBD diagnoosin saanutta potilasta seurataan erikoissairaanhoidossa tai rauhallisessa tilassa olevaa sairautta, voidaan seurata myös perusterveydenhuollossa (Tays 2020).

### 3.4.1 Crohnin tauti

Crohnin tauti on Colitis ulcerosaa harvinaisempi sairaus. Crohniin sairastuu vuosittain arviolta yksi 10 000 ihmistä kohden. Crohnin tauti on yleisintä 16–30-vuotiailla, mutta se voi puhjeta missä iässä tahansa. Sairautta tavataan naisilla hiukan enemmän kuin miehillä. Crohnin tauti voi esiintyä ruuansulatuselimistön missä tahansa osassa, mutta yleisintä se on ohutsuolen loppuosassa. (IBD ja muut suolistosairaudet ry n.d; Kolho & Färkkilä 2017, 1701–1702; Tunturi 2020a.)

Crohnin taudissa tyypillisiä oireita ovat vatsakivut, ripuli, väsymys, laihtuminen, tihentynyt virtsaneritys, kuumeilu, veriset ulosteet ja suolen tukosoireet. Oireet voivat olla myös hyvin epämääräisiä ja alkaa hitaasti, joten sairauden alussa ei voi täysin päätellä mikä sairaus on kyseessä. (IBD ja muut suolistosairaudet ry n.d; Tunturi 2020a.)

Crohnin taudissa tulehdus läpäisee suolen kaikki kerrokset ja tämän takia se voikin aiheuttaa fisteleitä. Fisteleitä voi tulla suolesta iholle, peräaukole tai muualle sisäelimiin. Tauti voi myös aiheuttaa suolen tukosoireita tai tukkia koko suolen. Myös paiseita saattaa esiintyä. Se voi myös aiheuttaa suoliston ulkopuolisia oireita. Liitännäisoireina voi esiintyä kyhmyruusua, niveloireita, silmäoireista iriitti ja episkleriitti ja suun aftoja. (Tunturi 2020a.) Crohnin taudissa voi myös esiintyä liitännäissairautena PSC eli primaarinen sklerosoiva kolangiitti. Joka on krooninen, tulehduksellinen sappiteiden sairaus. (Munuais- ja maksaliitto n.d.)

Crohnin tauti todetaan suolistosta otetuista koepaloista. Yleisimmin koepalat otetaan ohutsuolen lopusta ja paksusuolen alusta. Diagnoosia voidaan myös täydentää kuvantamistutkimuksilla. Diagnoosinnissa ja sairauden seurannassa voidaan käyttää ohutsuolen magneettikuvausta ja kapseliendoskopiaa. Taudin diagnoosivaiheessa ja seurannassa käytetään myös erilaisia laboriotutkimuksia muun muassa PVK, alat, afos ja calpro. (IBD ja muut suolistosairaudet ry n.d; Tunturi 2020a.)

Crohnin taudissa itsehoidollisista toimenpiteistä tärkein on tupakoinnin lopettaminen (Tunturi 2020a). Tupakointi lisää tulehduksen aktiivisuutta ja lisää riskiä joutua leikkaukseen (Färkkilä 2014, 431; Tunturi 2020a). Sairautta ei voi hoitaa ruokavaliolla, mutta terveellinen ja monipuolinen ruokavalio edesauttaa painon pysymistä normaalina ja ylläpitää yleiskuntoa. Taudin aktiivisessa vaiheessa jotkin ruoka-aineet voivat pahentaa taudin oireita. Potilaalla on mahdollisuus saada lähete ravitsemusterapeutille, joka voi auttaa tasapainoisen ruokavalion suunnittelussa. (Tunturi 2020a.)

### **3.4.2 Colitis ulcerosa**

Colitis ulcerosa eli haavainen paksusuolen tulehdus on yleisin tulehduksellinen suolistosairaus. Sairaus puhkeaa yleensä 20–35-vuotiaana ja toinen esiintyvyys huippu on 50–60-vuotiaana. Sairautta tavataan hieman enemmän miehillä kuin naisilla. (Tunturi 2020b.) Paksusuolen tulehdus on nimensä mukaan pelkästään paksusuolen alueella ja sitä ei koskaan tavata missään muualla suolistossa. Pelkästään peräsuoleen rajoittunutta tulehdusta kutsutaan proktiitiksi ja laajemmalla alueella olevaa tulehdusta koliitiksi. Tulehdus voidaan jakaa neljään osaan sen sijainnin perusteella. Peräsuolentulehdus on proktiitti. Vasemmalla paksusuoleessa sijaitseva tulehdus on vasemmanpuoleinen koliitti. Poikittaisen koolonin kattava tulehdus on laaja-alainen koliitti ja koko paksusuolen tulehdus on totaalinen koliitti. (Reunapaikka 2018.)

Sairauden alkuvaiheessa ei aina voida erottaa onko kyseessä crohnin tauti vai haavainen koliitti. Näitä tapauksia kutsutaan luokittelemattomaksi koliitiksi. Ja usein luokittelematon koliitti diagnosoidaan myöhemmin Crohnin taudiksi.

(IBD ja muut suolistosairaudet ry n.d.) Tyypillisiä oireita ovat vatsakivut. Kivut voivat olla kramppaavia, epämääräisiä ja ulostamalla helpottavia. Kivut voivat myös paikallistua vasemmalle alavatsalle. Sairaudesta tyypillistä on myös sen aaltoileva kulku. Oireet voivat olla poissa useita kuukausia ja palata takaisin. Myös suoliston ulkopuolisia oireita voi ilmestyä. Sairaus todetaan paksusuolesta ja peräsuolesta otettavilla koepaloilla. Sairautta seurataan veriko-keilla ja ulostenäytteillä. (Tunturi 2020b.)

### 3.5 Terveystarkistuksen tarkistuslista

Tarkistuslistojen tavoitteena on parantaa potilaan turvallisuutta, hyvinvointia, edistää terveyttä ja tuoda tasapuoliset terveydenhuollon palvelut kaikkien saataville (Terveystarkistuksen ja hyvinvoinnin laitos 2013; Winters ym. 2009). Tarkistuslistoja on sovellettu muun muassa tehohoitoon, tautien diagnostiikkaan, lääkkeiden sivuvaikutusten arviointiin ja histopatologiseen diagnostiikkaan. Tarkistuslistaa voidaan käyttää poliklinikalla, osastolla ja leikkausyksikössä. (Pesonen 2011,18; Blomgren & Pauniahho 2014.) Tarkistuslista ei ainoastaan poista virheiden mahdollisuutta hoitotyössä, vaan se myös tukee ei teknisiä taitoja. Kuten kuuntelemisen, tiedon jakamisen, valppauden ja ryhmähengen taitoja. (Blomgren & Pauniahho 2014; Winters ym. 2009.)

Tarkistuslistojen hyöty on huomattu erityisesti lääketieteessä. Tunnetuin ja käytetyin tarkistuslista on WHO:n tuottama turvallisen kirurgian tarkistuslista. Listan avulla kirurgiset komplikaatiot ovat vähentyneet merkittävästi ja myös leikkaussalissa kommunikaatio on parantunut huomattavasti. (Kuusisto ym. 2019, 40; Westman 2020, 432.) WHO:n tuottama tarkistuslista ei kuitenkaan täydellisesti sovi kaikkiin kirurgisiin leikkauksiin. Sen tarkoituksena on, että sitä voi soveltaa eri tarkoituksiin. Sen käyttö vaatii myös tilannetajua, koska jokainen potilas on yksilönsä. (Pesonen 2011, 20.)

Tarkistuslistoja käytettäessä on myös haittatapahtumia ja kommunikaatiokatkoksia ollut vähemmän. Tarkistuslistojen myötä potilasturvallisuus on parantunut. Myös hoidoista aiheutuneet kulut ovat pienentyneet, koska potilaiden

hoitajaksot lyhenivät ja heidän jatkoseurantakäyntinsä vähenivät. Myös hoidoista aiheutuvat kulut pienenevät potilailla ja heidän työhönsä paluu mahdollistui aiemmin. (Westman 2020, 433.)

Tarkistuslistan on hyvä olla lyhyt, yksinkertainen, helppolukuinen ja ytimekäs. Myös käytettävien termien tulisi olla helposti ymmärrettävissä, niin että sitä pystyy käyttämään jo kauemmin työtään tehnyt tai vastavalmistunut sairaanhoitaja. Tarkistuslistan käyttäjän pitäisi pystyä käyttämään listaa nopeasti, eikä se saisi hidastaa työntekoa. Tarkistuslistassa olevat asiat tulisi olla kronologisesti järjestyksessä. Liian pitkä ja hankalasti käytettävissä oleva tarkistuslista ei palvele käyttäjäänsä. (Blomgren & Pauniahho 2014; Nyberg 2020, 419.) Tarkistuslistan visuaalisuudella on suuri merkitys tarkistuslistan käytön tehokkuuteen ja sen ymmärtämiseen. Tarkistuslistaa tehdessä pitäisi kiinnittää huomiota fonttiin, värikyseen ja tekstin aseteluun. (Hales, Terblanche, Fowler & Sibbald 2007, 5.)

Tarkistuslistan käyttö ei saisi olla vain velvoite sen käyttäjälle. Käyttäjän oma kiinnostus tarkistuslistan käyttöön ja sen käytön hyödyt ja merkitys pitäisi ymmärtää. Koulutus tarkistuslistojen käyttöön lisää käyttäjien tietoa aiheesta ja näin myös tarkistuslistojen käyttö tehostuisi. (Finnberg 2012, 34; Westman 2020, 73–75.) Hoitohenkilökunnan pitäisi siis ymmärtää tarkistuslistojen merkitys. Jos koulutusta tarkistuslistan käyttöön ei ole ollut riittävästi, voi sen käyttö turhauttaa, koska ei ymmärretä sen merkitystä ja hyötyä käytettyyn aikaan ja näin ollen sen käyttö vähenee ja potilasturvallisuus voi vaarantua. (Finnberg 2012, 34.)

Hyvä nyrkkisääntö tarkistuslistan tekemiseen on: Tutustu tutkittuun tietoon, ymmärrä tarkistuslistan käyttäjien ja työpaikan tarpeet. Pyydä avuksi moniammatillista työryhmää ja käytä toistavaa lähestymistapaa tarkistuslistan luomisessa ja sen testaamisessa. (Winters ym. 2009; Blomgren & Pauniahho 2014.)

## 4 TOIMINNALLINEN OPINNÄYTETYÖ

Ammattikorkeakoulun opinnäytetyönä voidaan tehdä toiminnallinen opinnäytetyö. Toiminnallisella opinnäytetyöllä tarkoitetaan sitä, että sen pohjalta syntyy jokin tuotos. Tuotos voi olla video, opas, nettisivut tai vaikka jokin tapahtuma. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 9.) Tämän toiminnallisen opinnäytetyön tuotoksena on paperinen tarkistuslista sairaanhoitajan apuvälineeksi ohjaustilanteissa. Opinnäytetyön aihe tuli tekijöiden omasta kiinnostuksesta aihetta kohtaan. Hyvä opinnäytetyö onkin sellainen, joka lähtee sen tekijän kiinnostuksen kohteista (Vilkkä & Airaksinen 2003, 16).

Jos toiminnalliselle opinnäytetyölle ei ole määritelty tiettyä kohderyhmää, on sen tekeminen silloin haastavaa. Opinnäytetyöstä voi tulla liian laaja ja siinä käytettävää sisältöä on vaikea rajata. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 40.) Toiminnallista opinnäytetyötä tehdessä pitää huomioida se, että siitä syntyvä tuotos pitää kohdentaa jonkun käytettäväksi. Toiminnallisen opinnäytetyön pitää hyödyttää muitakin, kuin sen tekijää. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 24.) Tässä opinnäytetyössä on tehty tarkistuslista sairaanhoitajan apuvälineeksi potilaan ohjaustilanteisiin ja sitä voidaan myös käyttää sairaanhoitajan perehdytyksessä gastroenterologisilla osastoilla ja koulun oppimateriaalina. Tarkistuslistan tavoitteena on taata yhdenvertainen ensiohjaustilanne IBD-potilaalle. Ohjauksen tarkoituksena on tukea potilaan omia voimavaroja, jotta hän selviytyy arjen tuomista haasteista. Opinnäytetyötä tehdessä onkin hyvä pitää mielessä ongelma, ketä ongelma koskee ja miten sen ongelman voi ratkaista (Vilkkä & Airaksinen 2003, 38–40).

Ennen toiminnallisen opinnäytetyön tekemistä, pitää työlle löytyä toimeksiantaja tai tilaaja. Näin opinnäytetyöntekijä pystyy tuomaan esiin paremmin oman osaamisen ja näin ollen se herättää myös kiinnostusta työmarkkinoilla. Työelämälähtöinen opinnäytetyö kehittää sen tekijän ammatillista osaamista. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 40.) Toimeksiantajamme tälle opinnäytetyölle on Tampereen ammattikorkeakoulu.

Toiminnallisessa opinnäytetyössä raportoinnin rakenne etenee kronologisessa järjestyksessä. Rakenne osuuden kirjoittamisessa täytyy pystyä perustelevaan kaikki tehdyt vaiheet. Mitä olet tehnyt ja miksi olet tehnyt? (Vilkkä & Airaksinen 2003, 82.) Toiminnallinen opinnäytetyö päättyy pohdintaosioon. Pohdintaosiota kirjoittaessa pitäisi pystyä tarkastelemaan opinnäytetyötä kokonaisuutena ja tehdä siitä loppuyhteenveto. Pohdinnassa olisi hyvä tulla ilmi kriittistä ajattelua omasta työskentelystä ja mitä olisi voinut tehdä toisin. (Vilkkä & Airaksinen 2003, 82.)

#### **4.1 Opinnäytetyön prosessi**

Opinnäytetyön tekeminen aloitettiin lokakuun alussa 2020. Aiheen valinta opinnäytetyöhön tuli opinnäytetyön tekijöiden oman ehdotuksen pohjalta. Aiheen valinta oli tekijöille jo ennen orientaatiota selvillä, koska aihe kosketti tekijöitä henkilökohtaisesti ja tekijät olivat jo opintojen alkuvaiheessa tehneet kyselytutkimuksen IBD potilaiden saamasta ohjauksesta, missä huomasimme, että ohjaus ei ole tasalaatuista, eikä sitä saatu riittävästi.

Työelämäpalaveri Tampereen ammattikorkeakoulun edustajien kanssa pidettiin lokakuussa 2020, missä tarkennettiin opinnäytetyön sisältöä, sen menetelmää, keskeisiä käsitteitä, tavoitteita, tehtävää ja tarkoitusta. Lokakuun lopussa ideaseminaarin jälkeen rupesimme tarkentamaan opinnäytetyön tavoitteita, tehtävää ja tarkoitusta, koska tavoitteena oli saada tutkimuslupa opinnäytetyölle vielä vuoden loppuun mennessä. Tutkimuslupa opinnäytetyölle myönnettiin loppuvuodesta 2020.

Vuoden 2021 alussa opinnäytetyön teoriaosuutta aloitettiin kirjoittamaan nopealla tahdilla. Tiedonhaku aloitettiin heti tutkimusluvun saatuaamme. Tiedonhakuun käytimme Andoria, Mediciä, CINAHLIA ja Pubmedia. Hakuja tehtiin useaan otteeseen eri hakusanoilla opinnäytetyön prosessin aikana. Teim myös manuaalista tiedonhakua hoitotyön lehdistä ja muista terveydenhuollon lehtijulkaisuista. Olemme myös käyneet läpi tieteellisten tutkimusjulkaisujen lähdeluetteloita. Hakuja tehdessämme olemme arvioineet kuinka ne ovat soveltuneet meidän opinnäyttyöhömme ja kuinka löydetty tieto on vastannut

meidän tutkimuskysymyksiimme. Tiedonhakuja varten olemme tarvinneet hakusanoja englanniksi ja suomeksi, joiden avulla löysimme soveltuvat aineistot. Lähteiden etsiminen tuotti tekijöille hiukan haasteita, koska tulehduksellisen suolistosairauden ohjauksesta tutkimusaineistoa löytyi vähän. Tästä syystä tarkistuslistan sisällön tieteellinen aineisto tuli yleisellä tasolla potilaan ohjauksesta.

Teoriaosuutta jouduimme työn edetessä muokkaamaan useasti, koska hyviä tieteellisiä lähteitä aihealueista löytyi lisää ja opinnäytetyön teoreettinen viitekehys vielä muuttui opinnäytetyötä tehdessä. Tämä tuotti tekijöille lisätyötä, mutta halusimme saada mahdollisimman hyvän tieteellisen pohjan ohjaukseen ja tarkistuslistan tekoon.

Haasteita eniten tuotti tarkistuslistan sisältö ja kuinka sen toteuttaisimme, koska tarkistuslistan kriteerit olivat hyvin vaativat ja pieneen tilaan piti saada mahtumaan paljon tietoa. Saatuamme kasaan teoreettisen osuuden. Tutustuimme tunnettuihin tarkistuslistoihin. Teimme muutamia erilaisia versioita tarkistuslistasta ja samalla pohdimme mikä olisi juuri siinä ohjaustilanteessa sopivin sisältö tarkistuslistaan. Lopulta päädyimme A4 kokoon ja paperiseen versioon, mikä on molemmin puolin käytössä.

## **4.2 Tarkistuslista tuotoksena opinnäytetyössä**

Tarkistuslistasta tehtiin paperinen ja A4 kokoinen, koska silloin se on helpommin kaikkien saatavilla, se on edullisempi toteuttaa ja silloin tekniset ongelmat eivät estä tarkistuslistan käyttöä. Tarkistuslista tehtiin Canvas ohjelmalla, koska sen avulla saatiin visuaalisesta ilmeestä houkuttelevampi. Tarkistuslistassa käytetty sisältö soveltuu minkä tahansa pitkäaikaissairaahan potilaan ohjaukseen pienellä muokkauksella. Tarkistuslistasta tuli kaksipuoleinen. Tarkistuslistan otsikkojen perään on merkitty A ja B. Tämän avulla sairaanhoitaja pystyy helposti tarkistamaan kummalta puolelta tarkistuslistan lukeminen tulisi aloittaa. Tarkistuslistaan on selkokielellä kirjoitettu koko ensiohjauksen prosessi, jotta vastavalmistunut sairaanhoitaja tai opiskelijakin pystyy ohjaamaan sairastunutta yhtä hyvin kuin kokeneempikin sairaanhoitaja. Tarkistuslista on

jäsennelty kymmeneen eri laatikkoon ja ne on numeroitu, koska silloin tarkistuslistan käyttö on selkeää, nopeaa, helppoa, tarkoituksenmukaista ja se etenee kronologisessa järjestyksessä.

Tarkistuslistan visuaalinen ulkoasu perustuu siihen, että se on selkeä ja helppo lukuinen. Fontin koko määräytyi sen mukaan, että se näkyisi riittävän hyvin tarkistuslistan pohjalta. Kirjaintyyppi valittiin sen mukaan, että tarkistuslistan visuaalinen ilme on selkeä. Laitoimme tarkistuslistaan hiukan lihavoitua, eriväristä tekstiä, alleviivaavuuksia ja luettelomerkkejä, jotta asiat tulisivat paremmin esille pohjasta. Teksti aseteltiin niin, että siitä pystyy hyvin hahmottamaan mistä alkaa tarkistuslistan käyttö, kuinka se etenee ja mihin se päättyy. Värimaailmana on IBD tunnusväri ja laitoimme myös taustalle heidän logonsa. Kuvissa olemme käyttäneet ilmaista iStock palvelua.

Tarkistuslistan ensimmäisessä laatikossa olevat asiat sairaanhoitaja käy läpi ennen varsinaisen ohjauksen alkamista, koska nämä asiat ovat perusta ohjaukselle. Tarkistuslistamme alkaa lainsäädännöllä. Missä laki potilaan asemasta määrittää, että jokaisella potilaalla on oikeus kieltäytyä ohjauksesta ja että tiedot on annettava ymmärrettävästi. Siksi tämä maininta on laitettu tarkistuslistaan. Potilaalle on hyvä kertoa ohjauksen alussa, että kaikki asiat käsitellään luottamuksellisesti, koska tämä tuo luottamuksen tunnetta ohjaustilanteeseen. Laadukas potilasohjaus vaatii aikaa, tämä seikka on hyvä ottaa huomioon, kun suunnittelee ohjaustilannetta. Emotionaalisen tuen tarpeet on tärkeä huomioida ohjaustilanteessa, koska diagnoosin saaminen voi herättää potilaassa monenlaisia tunteita. Se voi tuoda pelkoa ja ahdistusta. Emotionaalinen ohjaus voi myös vahvistaa potilaan voimavaroja, niin että hän selviytyy arjessa sairautensa kanssa.

Kun pitkäaikaissairaahan potilaan ohjausprosessi on hyvin suunniteltu, toteutettu ja siinä on otettu huomioon potilaan omat voimavarat ja taustatekijät. Niin silloin ohjaustilanne edistää potilaan toipumista. Samalla lisäämme hänen sitoutumistansa omaan hoitoonsa ja myös potilaan omat vaikutusmahdollisuutensa oman hoidon suhteen lisääntyvät. Tästä syystä nämä asiat ovat tarkistuslistassa.



Tarkistuslistan toiseen laatikkoon on laitettu, mitä pitää erityisesti ottaa huomioon potilaan ensiohjauksessa. Ensiohjauksen tulee olla selviytymistä tukevaa ja rauhoittavaa, koska silloin ihminen on vielä shokkitilanteessa. Potilaan tiedon omaksumiskyky voi ensiohjaustilanteessa olla rajallista. Joten tämän huomioiminen ohjaustilanteessa on tärkeää. Ensiohjaustilanteessa voi olla myös tilanne, että potilas ei tunne itseään sairaaksi ja tämä voi tuoda haasteita ohjauksessa. Sairaanhoidajan onkin hyvä selvittää, millainen käsitys potilaalla on omasta terveydentilastaan. Viimeiseksi on laitettu potilaan yksilölliset tiedontarpeet. Tämä on siksi laitettu tarkistuslistaan, että ohjaustilanteessa potilaan pitää saada tietoa juuri hänen sen hetkisestä tilanteestaan ja sairauden vaikeusasteesta. Samalla potilas suunnittelee yhdessä sairaanhoidajan kanssa omaa hoitoaan, pohtii sairauttaan ja tilannettaan. Ensiohjauksessa onkin tärkeä tukea potilasta ja tunnistaa hänen tunteitaan, mitä sairaus hänelle tuo. Näin potilas selviytyy paremmin oman sairautensa kanssa.

Kolmannessa laatikossa ovat ohjaukseen vaikuttavat taustatekijät, koska niiden tiedostaminen ennen potilasohjaukseen ryhtymistä on tärkeää. Olemme jakaneet taustatekijät kahden eri otsikon alle. Ennen potilaan tuloa huomioitavat taustatekijät ja ohjauksen aikana vaikuttavat taustatekijät. Taustatekijöillä on iso vaikutus onnistuneeseen potilasohjaukseen.

Ennen potilaan saapumista ohjaukseen on sairaanhoidajan hyvä huomioida taustatekijöistä ohjausympäristö, koska ohjaustilanteissa ohjausympäristön on hyvä olla yksityinen ja rauhallinen tila. Näin potilas pystyy ottamaan ohjauksen vastaan ja sairaanhoidaja voi keskeytyksettä antaa ohjausta yksilöllisesti ja samalla tulee huomioiduksi salassapitovelvoite. Muita taustatekijöitä olivat sukupuoli ja ikä. Viimeiseksi olemme laittaneet sairauden vaikeusasteen siksi, että IBD-potilaat ovat usein fyysisesti ja henkisesti hyvin väsyneitä ja silloin tiedon vastaanottokyky on heikompaa.

Seuraavaksi olemme laittaneet tarkistuslistaan taustatekijät, mitkä on hyvä huomioida ohjauksen aikana. Tärkeimpänä on aluksi selvittää potilaan oma tiedon määrä sairaudesta ja siitä millaista ohjausta juuri hän kokee tarvitsevan, koska silloin otamme potilaan yksilönä huomioon ja vastaamme juuri hä-

nen tiedollisiin tarpeisiinsa. Seuraavaksi olemme laittaneet potilaan oman motivaation. Tämä on otettu tarkistuslistaan siksi, että se voi koostua monista eri asioista. Ohjaustilanteessa potilaan motivaatiota voidaan parantaa potilaslähtöisellä ohjauksella, niin että potilas aktiivisesti osallistuu ohjaustilanteeseen. Ohjaustilanteissa on otettava myös huomioon, että potilaan motivaatio voi lisääntyä tai jopa vähentyä ohjaustilanteissa. Myös potilaan sen hetkinen elämäntilanne voi vaikuttaa potilaan motivaatioon. Viimeiseksi olimme laittaneet potilaan oppimistyylin, koska jokainen potilas on yksilönsä ja he sisäistävät eri lailla tietoa. Sairaanhoidajan onkin hyvä tiedostaa, että oppimistyyliä on erilaisia.

Hyvin tärkeänä nähtiin läheisten voimavara. Tästä syystä se on ehdottomasti mukana tarkistuslistassa. Ohjaustilanteissa olisikin hyvä olla mukana läheisiä, jos vain potilas niin haluaa. Koska läheisten mukanaolo turvasi hoidon jatkuvuutta ja läheiset myös auttoivat potilaita tulkitsemaan ja ymmärtämään annettua tietoa ja sairastumisen

alussa potilaan tiedon omaksumiskyky on vähäistä. Läheisten mukanaolo myös helpotti lisäkysymysten esittämistä ja tästä syystä väärinkäsityksiä syntyi vähemmän.

Neljänteen laatikkoon on vielä eroteltu erityisesti huomioitavat ohjaustarpeet, mitkä tulivat esille teoriassa. Ensimmäiseksi laitettiin sukupuoleen ja ikään vaikuttavat ohjaustarpeet, koska sukupuoli vaikuttaa ohjaustarpeen määrään ja siihen mitä tietoa haluttiin saada. Ohjaustilanteissa naisten ohjaustarve on määrällisesti laajempaa, kuin miesten. Myöskin iällä on merkitystä ohjauksen kannalta, koska nuorten tarve ohjaukselle on määrällisesti enemmän mitä iäkäämpien tarve. Viimeisenä on maininta miesten ohjaustarpeista. Teoriassa nousi esille, että miehiä huoletti taloudellinen tilanne ja seksuaalisuus, tästä syystä ne on otettu mukaan tarkistuslistaan.

Viidennessä laatikossa siirrytään jo itse ohjausmenetelmiin. Pitkäaikaissairaahan potilaan ohjaaminen on hyvin laaja-alaista. Tutkimuksissa selvisi, että potilaat halusivat, että ohjaustilanteissa hyödynnettäisiin monia ohjausmene-

telmiä. Ohjaustilanteen pitää olla potilaslähtöistä ja että hän osallistuu aktiivisesti ohjaustilanteeseen. Potilaslähtöisellä ohjauksella taataan, että potilas sitoutuu omaan hoitoonsa ja noudattaa hoito-ohjeita. Nämä edellä mainitut asiat, voivat vaikuttaa siihen, että potilas käyttää vähemmän terveystalvuita. Ohjauksen avulla potilaat myös ymmärtävät omaa sairauttaan ja sen hoitoa paremmin. Ohjauksen tavoitteena on myös lisätä potilaan hallinnan tunnetta. Mitä parempi hallinnan tunne on, sitä paremmaksi potilaat tuntevat oman elämänlaatuksensa. Myös tarkka ja yksiselitteinen kommunikaatio potilaan ja sairaanhoitajan välillä vähentää virheitä ja lisää potilasturvallisuutta. Näistä edellä mainituista syistä valitsimme neljä eri ohjausmenetelmää tarkistuslistauksemme. Mitkä ovat yksilöohjaus, suullinen ja kirjallinen ohjaus ja teach-back.

Yksilöohjauksessa potilas pääsee suunnittelemaan omaa hoitoonsa sairaanhoitajan kanssa kahdestaan. Tämän ohjauksen avulla potilas saa tietoa juuri hänen sairaudestaan ja tilanteestaan. Samalla potilas sitoutuu paremmin omaan hoitoonsa. Jotta yksilöohjaus on onnistunutta, on sairaanhoitajan oltava perillä potilaan taustatekijöistä ja niiden vaikutuksesta ohjaustilanteeseen. Tästä syystä yksilöohjaus on mukana tarkistuslistassa.

Suullinen ja kirjallinen ohjaus kulkevat rinnakkain. Jopa puolet suullisesti annetusta ohjauksesta voi unohtua ohjauksen jälkeen ja se saatetaan ymmärtää väärin. Tästä syystä kirjallisella potilasohjauksella voidaan taata, että potilas voi jälkeinpäin palata ohjauksessa käytyihin asioihin. Se myös tehostaa potilaan voimavaroja, nopeuttaa toipumista, auttaa potilasta hyväksymään oman sairautensa ja potilaat sitoutuvat paremmin omaan hoitoonsa. Ohjauksen lopuksi on hyvä vielä varmistaa, että potilas on ymmärtänyt kirjallisen ohjeistuksen, koska ihmiset voivat ymmärtää lukemansa väärin. Viimeiseksi olemme laittaneet teach-back ohjaustavan. Tätä ohjaustapaa käyttämällä sairaanhoitaja pystyy ohjauksen aikana arvioimaan, että onko ohjattava sisäistänyt hänelle annetut tiedot. Ohjauksen tarkoituksena on pyytää ohjattavaa toistamaan hänelle kerrotut asiat. Tätä ohjaustapaa käytetään ohjaustilanteen eri vaiheissa, niin että se on mukana koko ohjaustilanteen ajan.

Kuudennessa seitsemännessä, kahdeksannessa, yhdeksännessä ja kymmennessä laatikoissa, mennään tiedollisempaan asiaan. Kun sairaanhoitaja

on alussa kartoittanut potilaan taustatekijät, eli mistä asioista potilas tarvitsee ohjausta, minkälaista ohjausta ja mistä sairaudesta. Hän valitsee toisen sairauden Colitis ulcerosan tai Crohnin taudin. Sairaanhoidtaja käy lyhyesti läpi tärkeimmät asiat sairaudesta, koska juuri sairastuneen tiedon omaksumiskyky on vähäistä. Tästä syystä ei ole järkevää kertoa kaikkea tietoa sairaudesta ja sen tuomista haittavaikutuksista ensiohjaus tilanteessa. Vain ne asiat, mikä potilasta mietityttää ja mitkä ovat oleellisia tietoja juuri sillä hetkellä. Samasta syystä olimme valinneet tarkistuslistaan sairauden hoito kohtaan vain tärkeimmät asiat. Katsoimme että riittävä ohjeistus ensiohjaustilanteessa on hoidon jatkuvuudesta keskusteleminen, lääkehoidosta kertominen, ravitsemuksen puheeksi ottaminen, kuinka omilla elämäntavoilla voi parantaa terveyttään, liikunnasta keskusteleminen ja siitä miten sairaus vaikuttaa päivittäiseen elämään. Potilaan kannalta nämä tiedot ovat tärkeitä, koska niiden avulla potilas selviytyy paremmin arjessa oman sairautensa kanssa ja näin hänen elämänlaatunsa voi kohentua.

Kymmenen laatikon lopussa vielä varmistetaan, haluaako potilas keskustella muiden sairastuneiden kanssa ja että potilas on ymmärtänyt hänelle annetut tiedot. Tiedustellaan vielä, onko jotain mitä haluaisi tietää lisää sairaudestaan. Sovitaan seuraava tapaamisaika ja annetaan hoitavan paikan yhteystiedot, näin vielä varmistetaan laadukas potilaan kokonaisvaltainen ohjaus.

## 5 POHDINTA

Opinnäytetyön tekeminen oli haastava prosessi. Lähteiden etsiminen tuotti haasteita, koska tekijöiden käyttämällä hakusanoilla ei tullut riittävästi tuloksia juuri meidän asettamiin kysymyksiin. Hakusanoja jouduttiin muuttamaan useita kertoja opinnäytetyön edetessä. Myöskään IBD-potilaan ohjauksesta ei löytynyt sellaisia tutkimuksia, mitä olisimme voineet käyttää meidän opinnäytetyössämme. Joten jouduimme käyttämään lähteinä muista kroonisista sairauksista löytynyttä tietoa IBD-potilaan ohjaukseen. Myös lähteiden oikein asettelussa ja tekstiviittauksissa oli hiukan haasteita. Huomasimme, että Tampereen ammattikorkeakoulun kirjallisen raportoinnin ohjeissa oli tulkinnan varaa muutamia lähteitä ja viitauksia ajatellen. Mutta uskoaksemme löysimme lopulta oikean yhtenäisen tavan kirjata lähteet ja viitemerkinnät.

Tarkistuslistan valmiiksi saattaminen teoriaan pohjautuen tuotti ongelmia molemmille opinnäytetyön tekijöille, koska tarkistuslistan kriteerit olivat vaativat ja pieneen tilaan piti saada mahtumaan paljon tietoa. Molemmilla tekijöillä oli myös omanlainen näkemys tarkistuslistasta ja sen muokkaamiseen käytettiin paljon aikaa. Tarkistuslistaa tehdessä kävimme läpi jo käytössä olevia tunnettuja tarkistuslistoja ja samalla pohdimme, kuinka saamme tehtyä oman tarkistuslistan sellaiseksi, että siinä on vaadittavat elementit ensiohjaustilanteeseen. Pohdimme myös jälkeenpäin, että olisiko ollut järkevämpää tehdä ohjelehtinen tarkistuslistan sijasta. Ohjelehtiseen olisi mahtunut paljon enemmän tietoa aiheesta.

Tarkistuslistan sisältö, ulkoasu ja siinä käytetyn tekstin muoto ei täysin vastaa sitä mitä alussa suunniteltiin, eikä se täysin täytä hyvän ja helppolukuisen tarkistuslistan kriteerejä. Päädyimme tarkistuslistan sisältöön sen takia, koska meidän opinnäytetyömme tuotosta pitäisi pystyä käyttämään myös perehdytyksessä ja opetustilanteissa. Jouduimme soveltamaan ja lisäämään tarkistuslistaan paljon enemmän tekstiä mitä siinä meidän mielestämme kuuluisi olla.

Haasteita tuotti myös teoreettisen viitekehyksen sisältö. Opinnäytetyön loppusuoralla aloimme poistamaan sisältöä kirjoittamastamme tekstistä, koska ne eivät mielestämme liittyneet opinnäytetyöhömmе. Myös tekstin sisältöä kirjoittaessa tuli muutamia epäselviä asioita vastaan. Yksi niistä oli sana tarkistuslista. Joissakin tutkimuksissa oli käytetty sanaa tarkastuslista ja jäimme pohtimaan, onko mahdollista muuttaa sana tarkistuslistaksi, koska se oli meidän opinnäytetyössämme otsikossa käytetty sana. Päädyimme muuttamaan kaikki tarkastuslista sanat tarkistuslistaan, koska ne ovat synonyymeja keskenään ja myös murteissa voi olla eroja.

Opinnäytetyön ohjaajaamme olimme säännöllisesti yhteydessä ja kunnioitimme häneltä saatua tietoa opinnäytetyön edetessä. Ohjaaja ei itse koskaan kertonut meille suoraan mitä meidän pitäisi tehdä, vaan meidän tekijöiden piti se itse oivaltaa. Tämä toi myös haasteita opinnäytetyön aikana, koska tekijät ymmärsivät asiat välillä eri tavalla.

Opinnäytetyöntekijöiden omat aikataulut toivat myös haasteita opinnäytetyön tekemiselle. Itse opinnäytetyön ja sen tuotoksen tekemiselle olisi pitänyt pystyä varaamaan enemmän yhteistä aikaa, mutta se ei ollut monista eri syistä mahdollista. Opinnäytetyöntekijöiden yhteistyö on sujunut hyvin koko prosessin ajan ja olemme avoimesti ja myös kriittisestikin keskustelleet opinnäytetyön etenemisestä ja sen sisällöstä. Olemme kuitenkin tyytyväisiä lopputulokseen, koska nyt tuotos on sellainen, joka vastaa meidän opinnäytetyömme tehtäviin ja tavoitteeseen.

## **5.1 Tuotoksen tarkastelu**

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata IBD-potilaan ensiohjaukseen liittyvää tietotaitoa sairaanhoitajan näkökulmasta tarkistuslistaa apuna käyttäen. Kun potilas on saanut sairausdiagnoosin, hänen tietonsa vastaanottamiskyky on silloin rajallista. Tästä syystä liian tiedon antamista tulee välttää, koska silloin potilas ei pysty käsittelemään hänelle annettuja tietoja. Akuuttivaiheen ohjaus tulisikin olla selviytymistä tukevaa, rauhoittavaa ja siinä olisi hyvä selvittää potilaan yksilölliset tarpeet. Kun otamme huomioon potilaan yksilölliset tarpeet

niin silloin tuemme potilasta ja samalla kannustamme häntä osallistumaan hoitoaan koskeviin päätöksentekoihin. Samalla sairaanhoitaja pystyy tunnistamaan potilaan tuntemuksia, mitä sairaus hänelle tuo. Emotionaalisen tuen huomioiminen ohjauksessa onkin hyvin tärkeää.

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli tuottaa tarkistuslista IBD-potilaan kokonaisvaltaiseen ohjaukseen. Tuotoksena syntyneitä paperista tarkistuslistaa voidaan käyttää sairaanhoitajan apuvälineenä ensiohjaustilanteissa gastroenterologisella osastolla IBD-potilaan ohjaukseen. Sitä voidaan myös hyödyntää sairaanhoitajan perehdytystilanteissa tai hoitotyön opetuksen tueksi.

Tutkimuksissa selvisi, että hyvä tarkistuslista sairaanhoitajan käyttöön on sellainen, mikä parantaa potilasturvallisuutta, lisää hyvinvointia ja sen avulla voidaan taata tasalaatuista ohjausta. Löytämämme teorian pohjalta saimme tehtyä laadukkaan tarkistuslistan. Missä otetaan huomioon potilaan yksilöllisyys ja taustatekijät. Siinä selvitetään potilaan omat voimavarat, ohjaustarpeet ja kuinka hän pystyy ottamaan tietoa vastaan. Tarkistuslista ei saanut olla liian pitkä ensiohjaustilanteessa, koska juuri sairastuneen potilaan tiedon omaksuiskyky on hyvin vähäistä. Tarkistuslistan piti olla yksinkertainen, helppoluokinen ja ytimekäs. Käytettävien termien piti olla helposti ymmärrettäviä, että vastavalmistunutkin sairaanhoitaja ymmärtää tarkistuslistan sisällön. Tarkistuslistassa olevat asiat laitettiin kronologiseen järjestykseen, jotta se helpotaisi tarkistuslistan käyttäjää. Tehdyn tarkistuslistan punaisena lankana oli, että sen käyttö ei olisi sairaanhoitajalle velvoite. Vaan siitä saadun hyödyn kautta sen käyttö olisi mielekästä ja tarpeellista.

Mikä sitten on sairaanhoitajan kannalta parhain ohjausmenetelmä IBD-potilaan ohjauksessa? IBD-potilaan ohjaamiseen ei ole vain yhtä hyvää menetelmää. Tutkimuksissa selvisi, että potilaat halusivat, että ohjaustilanteissa hyödynnettäisiin erilaisia ohjausmenetelmiä. Tähän opinnäytetyöhön valikoituivat potilaan yksilöohjaus, suullinen ja kirjallinen ohjaustyyli ja teach-back. Yksilöohjaus on hyvä ohjausmenetelmä juuri sairastuneen potilaan ohjauksessa. Koska siinä potilas saa juuri hänen tilanteestaan ja sairaudestaan tietoa yksilöllisesti. Samalla potilas suunnittelee sairaanhoitajan kanssa omaa hoitoaan ja pohtii sairauttaan ja tilannettaan. Suullista ja kirjallista ohjausmenetelmää

käytetään eniten ja ne kulkevat käsikädessä. Potilaat saattavat unohtaa jopa puolet suullisesti annetuista ohjeista, tästä syystä kirjallinen potilasohjaus suullisen ohjauksen rinnalla on erinomainen ohjaustapa, koska se takaa sen, että ohjattava voi halutessaan palata kertaamaan oppimiaan asioita. Teach-back ohjaus on tehokas ohjausmenetelmä pitkäaikaissairaana potilaan ohjauksessa. Ohjauksen aikana sairaanhoitaja pyytää potilasta toistamaan hänelle kerrotut asiat omin sanoin. Näin sairaanhoitaja pystyy arvioimaan, onko ohjattava sisäistänyt hänelle kerrotut asiat tarpeeksi hyvin.

## **5.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus**

Koko opinnäytetyönprosessia ohjasivat eettiset periaatteet ja se on noudattanut hyvän tieteellisen käytännön lähtökohtia, tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeiden mukaisesti. Tutkimusprosessi noudattaa rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta. (TENK 2012, 6.) Opinnäytetyötä tehdessämme, olemme noudattaneet opinnäytetyönprosessia. Opinnäytetyöllemme on aluksi tehty opinnäytetyösopimus Tampereen ammattikorkeakoululle, mikä on myönnetty tutkimussuunnitelman pohjalta. (TENK 2012,6.) Tutkimussuunnitelma sisälsi opinnäytetyön tavoitteet, tarkoituksen ja tehtävän. Siinä myös raportoitiin opinnäytetyölle tulleista kustannuksista ja siitä, että se noudattaa hyvän tieteellisen käytännön ohjeistuksia. (TENK 2012,6.)

Lähteitä käyttäessä olemme ottaneet huomioon, muiden tutkijoiden työn saavutukset, käyttämällä asianmukaisesti lähdeviittauksia (TENK 2012,6). Lähdeluetteloon on merkitty vain ne lähteet mitä opinnäytetyöhön on käytetty. Lähteinä olemme pyrkineet käyttämään mahdollisimman uusia luotettavia lähteitä, jotka ovat tieteellisiä ensisijaisia lähteitä, alle kymmenen vuotta vanhoja, vertaisarvioituja ja ne vastaavat meidän tutkimuskysymyksiimme. Lähteinä on myös käytetty luotettavia julkaisutahoja kuten Duodecim, THL, Tays ja kansainvälisiä lähteitä. Lähteinä käytimme myös muutamia oppikirjoja, koska emme löytäneet muista lähteistä tarvitsemaamme tietoa. Haasteita tuotti eri lähteissä olevat erilaiset tutkimustiedot. Esimerkiksi eroja oli Crohnin ja Colitis ulcerosan sairastumisiässä ja niiden oirekuvauksissa.



Opinnäytetyössä käytetyt lähteet tulisi olla korkeintaan kymmenen vuotta vanhoja, koska tällöin tieto ei ole vanhentunutta. Myöskin sellaisen tutkijan lähteet ovat luotettavia, joka on ennestään tunnettu. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 113–114.) Muutamia yli kymmenen vuotta vanhoja lähteitä on jouduttu käyttämään opinnäytetyön tekemisessä. Esimerkiksi toiminnallisen opinnäytetyön teoriaosuudessa jouduimme käyttämään yli kymmen vuotta vanhaa tietoa, sillä uudempaa luotettavaa tietoa aiheesta ei ollut saatavilla ja koska käyttämämme aineistojen tiedot eivät olleet oleellisesti muuttuneet. On myös mahdollista, että englanninkielisiä lähteitä kääntäessä tulkinnallinen näkökulma on muuttunut, koska tekijöiden äidinkieli on suomi. Opinnäytetyötä tehdessämme olemme ottaneet huomioon plagiointiin liittyvät säädökset. Emme ole lainanneet toisen julkituomaa tutkimusaineistoa tai suoraan kopioineet toisen tekstiä ja esittäneet sitä omana tekstinämme. (TENK 2012, 9; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 225.) Opinnäytetyö on tarkistettu plagiointitunnistusjärjestelmässä Turnitilla, ennen sen lähettämistä arvioitavaksi (Arene 2019, 7).

Tutkimuksen luotettavuutta lisää se, että tutkimukselle on selkeä tarkoitus ja tavoite ja ne on kirjoitettu selkeästi ja perusteltu (Kylmä & Juvakka 2007, 128). Opinnäytetyö on edennyt suunnitelman mukaisesti. Siitä on raportoitu asianmukaisesti mihin ovat liittyneet avoimuus ja läpinäkyvyys. (TENK 2012, 6.) Olemme raportoineet asianmukaisesti opinnäytetyöstä ohjaavalle opettajalle, hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti (TENK 2012,6). Luotettavuutta lisäsi myös se, että opinnäytetyöntekijöitä oli kaksi, jotka arvioivat kriittisesti opinnäytetyön sisältöä, lähteitä ja niiden käyttöä.

Opinnäytetyön luotettavuutta vähensi se, että tarkistuslistaa tehdessämme emme ole pystyneet hyödyntämään työtahon asiantuntijoiden ammattitaitoa, koska tilaajana oli Tampereen ammattikorkeakoulu. Eikä tuotoksena syntyneitä tarkistuslistaa ole vielä otettu käyttöön, joten siitä ei ole saatu mitään palautetta käyttäjäkohderyhmältä. Luotettavuutta heikentävänä tekijänä voidaan pitää myös tarkistuslistan sisältöä. Koska ohjauksen, ohjausmenetelmien, ensiohjauksen ja tarkistuslistan lähteinä on käytetty yleisellä tasolla olevaa tietoa ei juuri IBD:hen kohdistunutta tietoa. Luotettavan tarkistuslistan tekemiseen tarvittaisiin vähintään väitöskirjan tasoinen tutkimus. Meidän opinnäytetyömme tuotos on vain suuntaa antava.

Tämä opinnäytetyö on tekijöiden ensimmäinen, joten koko prosessin eteneminen ja sen tekeminen oli molemmille uutta. Opinnäytetyön tekeminen on tuonut tekijöille lisää tietoa toiminnallisesta tutkimusmenetelmästä ja siitä, kuinka opinnäytetyön prosessi etenee ja mitä elementtejä siinä pitää olla.

### **5.3 Jatkotutkimus- ja kehittämisehdotukset**

Jatkotutkimuksena opinnäytetyöllemme voisi olla tarkistuslistan toimivuuden selvittäminen käytännössä. Kokevatko sairaanhoitajat ohjaukseen liittyvän tarkistuslistan hyödylliseksi ohjausta antaessaan, toimiiko se hyvin perehdytysmateriaalina gastroenterologisilla osastoilla ja kokeeko koulu tarkistuslistan hyvänä opetusmateriaalina ohjausosaamiseen liittyen. Toisena jatkotutkimusehdotuksena voisi olla kysely IBD:hen sairastuneille potilaille siitä, kuinka he ovat saaneet ensiohjausta, ovatko he saaneet sitä riittävästi ja mitä parannettavaa ensiohjauksessa voisi olla. Kolmantena jatkotutkimusehdotuksena voisi selvittää, että käytetäänkö gastroenterologisilla osastoilla yhtenäistä ohjausta ja tarvittaisiinko tarkistuslistaa ohjauksen tueksi.

Tarkistuslistaa voisi kehittää tekemällä siitä digitaalinen versio. Digitaalista tarkistuslistan tekstiä pystyisi suurentamaan tarvittaessa ja sen muokattavuus olisi helpompaa kuin paperisen tarkistuslistan.

## LÄHTEET

Ala-Korpi, L. 2018. Tulehduksellista suolistosairautta (IBD) sairastavien kokemuksia tautiin liitettävästä häpeästä. Yhteiskuntatieteiden tiedekunta. Tampereen yliopisto. Pro gradu.

Arene. 2019. Ammattikorkeakoulujen opinnäytetöiden eettiset suositukset. Päivitetty 9.1.2020. Luettu 28.4.2021. <https://www.arene.fi/julkaisut/raportit/opinnaytetoiden-eettiset-suositukset/>

Blomberg, K. & Pauniahho, S.-L. 2014. Terveystieteiden tarkistuslistat. Teoksessa Aaltonen L.-M. & Rosenberg, P. (toim.). Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Duodecim, 274–292.

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

Eloranta, S., Leino-Kilpi, H., Katajisto, J. & Valkeapää, K. 2015. Potilasohjaus ortopedisten potilaiden, läheisten ja hoitajien arvioimana. *Tutkiva Hoitotyö* 12 (1), 13–23.

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

Etene. 2011. Sosiaali- ja terveystieteiden eettinen perusta. Luettu 15.1.2021. <https://etene.fi/documents/1429646/1559058/ETENE-julkaisu+32+Sosiaali+ja+terveysalan+eettinen+perusta.pdf/13c517e8-6644-4fa5-8c5f-193cfdce9841/ETENE-julkaisu+32+Sosiaali+ja+terveysalan+eettinen+perusta.pdf>

Finnberg, H. 2012. Leikkaustiimin tarkistuslistan tavoitteena parempi potilasturvallisuus. *Pinsetti* 3/2012, 34.

Färkkilä, M. 2014. Tulehdukselliset suolistosairaudet- uusi kansantautimme. *Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim* (130), 431–432.

Grahn, K. 2014. Asiakas arvioijana terveydenhuollossa: potilaiden arvioinnit kirjallisista potilasohjeista. *Terveystieteiden laitos*. Jyväskylän yliopisto. Pro gradu.

Ha Dinh, T., Bonner, A., Clark, R., Ramsbotham, J. & Hines, S. 2016. The effectiveness of the teach-back method on adherence and self-management in health education for people with chronic disease: a systematic review. *JBL Database System Rev Implement Rep* 14 (1), 210-47.

Hales, B., Terblanche, M., Fowler, R. & Sibbald, W. 2007. Development of medical checklists for improved quality of patient care. *International Journal for Quality in Health Care* 12, 1–9.

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. Uudistettu painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.

Hotus. 2017. Hoitotyön tutkimussäätiö. Näyttövinkki 9/2017. Luettu 5.11.2020. <https://www.hotus.fi/wp-content/uploads/2019/04/nayttovinkki-2017-9.pdf>

IBD ja muut suolistosairaudet ry. n.d. colitis ulcerosa eli haavainen paksusuolentulehdus. Luettu 7.1.2021. <https://ibd.fi/tietoa-sairauksista/colitis-ulcerosa/>

Kaakinen, P. 2013. Pitkäaikaissairaiden ohjauksen laatu sairaalassa. Oulun yliopiston tutkijakoulu. Lääketieteellinen tiedekunta. Terveystieteiden laitos. Oulun yliopisto. Väitöskirja.

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. 3. Uudistettu painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Karvonen, K. 2012. Eteisvärinä potilaiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta päivystyspoliklinikalla sähköisen rytminsiirron yhteydessä. Terveystieteiden yksikkö. Tampereen yliopisto. Pro gradu.

Kettunen, T., Pihlainen, V., Arkela, M., Hopia, H., Nurmeksella, A. & Lumiaho, L. 2017. Moniammatillinen potilasohjaus Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä-nykytila, kehittämistyö ja kehittämistarpeet. Luettu 1.11.2020. [file:///C:/Users/HP/Downloads/Julkaisu\\_2017\\_135%20\(3\).pdf](file:///C:/Users/HP/Downloads/Julkaisu_2017_135%20(3).pdf)

Kolho, K-L. & Färkkilä, M. 2017. Tulehdukselliset suolistosairaudet-mikä vialla? Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 133 (18), 1701–1709.

Kuusisto, A., Joensuu, A., Nevalainen, M., Pakkanen, T., Ranne, P. & Puustinen J. 2019. Sähköisen moniammatillisen kotiutuslistan kehittäminen sairaalasta kotiutuksen tueksi. FinJeHeW 11 (1–2), 38–52.

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

Kärhönen, O., Saaranen, T. & Kankkunen, P. 2012. Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan ohjaus. Hoitotiede 24 (3), 201–2015.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785

Lehtonen, K., Kääriäinen, M. & Elo, S. 2017. Suolistosyöpäpotilaan preoperatiivinen ohjaus: ammattilaisten näkökulma. Hoitotiede 29 (4), 302–313.

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

Lipponen, K. 2014. Potilasohjauksen toimintaedellytykset. Lääketieteellinen tiedekunta. Terveystieteiden laitos. Oulun yliopisto. Väitöskirja.

- Lunnela, J. 2011. INTERNET-Perusteisen potilasohjauksen ja sosiaalisen tuen vaikutus glaukoomapotilaan hoitoon sitoutumisessa. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteiden laitos. Oulun yliopisto. Väitöskirja.
- Mattila, E. 2011. Aikuispotilaan ja perheenjäsenen emotionaalinen ja tiedollinen tuki sairaalahoidon aikana. Terveystieteiden yksikkö. Tampereen yliopisto. Väitöskirja.
- Mendoza, T. 2018. Enhancing Health Literacy Using Teach Back Method to Increase Patient Adherence. Doctor of Nursing Practise projects. The University of San Francisco.
- Molander, P. & Kolho K-L. 2019. IBD-hoitajasta hyötyä tulehduksellisten suolistosairauksien hoidossa. Lääkärilehti 74 (6), 304–305.
- Munuais- ja maksaliitto. n.d. Primaari sklerosoiva kolangiitti PSC. Luettu 3.1.2021. [https://www.muma.fi/sairaudet/maksa/maksasairaudet/primaari\\_sklerosoiva\\_kolangiitti\\_psc](https://www.muma.fi/sairaudet/maksa/maksasairaudet/primaari_sklerosoiva_kolangiitti_psc)
- Nummi, V. & Järvi, U. 2012. Hyvä potilasohje on osa toipumista. Suomen lääkäri-lehti 67 (1–2), 14–16.
- Nyberg, T. 2020. Tarkistuslistat- uhka ja mahdollisuus. Finnanest 53 (5), 415–419.
- Pesonen, E. 2011. Tarkastuslistan vaikutukset potilasturvallisuuteen. Finnanest 44 (1), 18–20.
- Rahmani, A., Vahedian-Azimi, A., Sirati-Nir, M., Norouzadeh, R., Rozdar, H. & Sahebkar, A. 2020. The Effect of the Teach-Back Method on Knowledge, Performance, Readmission, and Quality of Life in Heart Failure Patients. *Cardiology Research and Practice* 23/11.
- Reunapaikka. 2018. IBD-hoitajan palsta: IBD-hoitaja- Sinua varten. Julkaistu 9.2.2018. Luettu 13.11.2020. <https://reunapaikka.fi/ibd-hoitajan-palsta/ibd-hoitaja-sinua-varten/>
- Salonen, A., Meretoja, R., Vahlberg, T. & Leino-Kilpi, H. 2017. Eturauhassyöpään sairastuneiden tiedontarve sairaalan ensikäynnillä- pilottitutkimus. *Tutkiva Hoitotyö* 15 (3), 3–11.
- Sihvola, S., Lahtinen, M., Kaakinen, P. & Kääriäinen, M. 2019. Ohjauksen laatu sydänhoitajan vastaanotolla pallolaajennuksella hoidettujen potilaiden arvioimana: poikkileikkaustutkimus. *Hoitotiede* 31 (3), 205–215.
- Tays. 2020. Krooniset tulehdukselliset suolistosairaudet. Potilasohje. Päivitetty 20.8.2020. Luettu 1.11.2020. [https://www.tays.fi/fi-fi/palvelut/vatsaelin-sairaudet/Krooniset\\_tulehdukselliset\\_suolistosairaudet](https://www.tays.fi/fi-fi/palvelut/vatsaelin-sairaudet/Krooniset_tulehdukselliset_suolistosairaudet)
- TENK. 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012. Luettu 23.4.2021. [https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK\\_ohje\\_2012.pdf](https://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. 2013. Tarkistuslista hyvinvointi- ja terveys-erojen kaventamiseksi. Luettu 22.11.2020. [https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110936/TT\\_HyvinvointiJATerveys-erot2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y](https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/110936/TT_HyvinvointiJATerveys-erot2014.pdf?sequence=1&isAllowed=y)

Tervo-Heikkinen, T., Saaranen, T., Huurre, T. & Turunen, H. 2018. Hoitohenkilökunnan arvioit potilasohjausosaamisestaan- kyselytutkimus yliopistollisessa sairaalassa. *Hoitotiede* 30 (3), 179–190.

Tran, S., Bennett, G., Richmond, J., Nguyen, T., Ryan, M., Hong, T., Howell, J., Demediuk, B., Desmond, P., Bell, S. & Thompson, A. 2019. Teach-back is a simple communication tool that improves disease knowledge in people with Chronic hepatitis-B a pilot randomized controlled study. *BMC Public Health*. 19/2019.

Tunturi, S. 2020a. Crohnin tauti (regionaalinen enteriitti). *Duodecim Terveysportti*. Julkaistu 2.7.2020. Luettu 10.1.2021. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk01110>

Tunturi, S. 2020b. Haavainen paksusuolitulehdus (colitis ulcerosa). *Duodecim Terveysportti*. Julkaistu 1.7.2020. Luettu 10.1.2021. <https://www.terveyskirjasto.fi/dlk00088>

Vilkkä, H. & Airaksinen, T. 2003. Toiminnallinen opinnäytetyö. Helsinki: kustannusyhtiö Tammi.

Winters, B., Gurses, A., Lehmann, H., Sexton, J., Rampersad, C. & Pronovost, P. 2009. Clinical review: Checklist-translating evidence into practice. *Crit Care* 13 (6), 210.

Westman, M. 2020. Kirurgisten tarkastuslistojen hyödyt potilaalle. *Finnanest* 53 (5), 431–433.