



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU

Uuden edellä

Asiakkaan omahoidon tukeminen osana sairauden hoitoa ja terveyden edistämistä

Kulla, Anette

Rannila, Maire

2015 Tikkurila

Laurea-ammattikorkeakoulu
Tikkurila

Asiakkaan omahoidon tukeminen osana sairauden hoitoa ja
terveyden edistämistä

Anette Kulla & Maire Rannila
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Maaliskuu, 2015

Kulla Anette, Rannila Maire

Asiakkaan omahoidon tukeminen osana sairauden hoitoa ja terveyden edistämistä

Vuosi 2015 Sivumäärä 78

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata Koivukylän terveysaseman asiakkaiden kokemuksia, tarpeita ja toiveita liittyen omahoidon tukeen sairauden hoidossa ja terveyden edistämässä. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa omahoidon tuen tarpeesta terveysaseman asiakkaiden kokemusten pohjalta. Tavoitteena on myös, että Koivukylän terveysasema voisi hyödyntää opinnäytetyössä tuotettua tietoa itsehoitopisteen ja asiakkaan omahoidon tuen kehittämässä. Opinnäytetyön työelämän yhteistyökumppani oli Koivukylän terveysasema. Opinnäytetyössä käytettiin pääosin määrällistä tutkimusmenetelmää, jonka pohjalta Koivukylän terveysaseman asiakkaille tehtiin kyselytutkimus. Tutkimusaineisto kerättiin otanta-tutkimuksella terveysasemalla kolmena ennalta valittuna päivänä toukokuussa 2014. Kyselylomakkeita jaettiin 100 kpl. Vastausprosentti oli 67 %. Vastauslomakkeiden tulokset analysoitiin SPSS Statistics Data Document -ohjelman avulla. Tutkimuksen yksi avoin kysymys analysoitiin sisällönanalyysiä soveltaen.

Tulokset osoittavat, että asiakkaat tietävät pääsääntöisesti keinot, miten hoitaa sairauttaan sekä ylläpitää terveyttään. He kokivat kykenevänsä omahoidon toteuttamiseen. Asiakkaat tarvitsevat tähän kuitenkin yksilöllistä, voimavaraistavaa tukea ja ohjausta hoitohenkilökunnalta. Asiakkaiden kokemukset saadusta ohjauksesta olivat pääsääntöisesti myönteisiä. Omahoidon vaikeuttavaksi tekijäksi nousi jaksamattomuus. Vähemmistö asiakkaista oli tietoinen heille tehdystä hoitosuunnitelmasta tai sen sisällöstä, ja vain harva asiakas oli osallistunut hoitosuunnitelman tekoon. Asiakkaat pitivät tärkeänä, että Koivukylän terveysasemalla on itsehoitopiste. Asiakkaita oli kuitenkin opastettu itsehoitopisteelle heikosti. Asiakkaiden toiveista koskien itsehoitopistettä nousivat esiin hoitajan läsnäolo tiettyinä aikoina, verensokerimittari, sähköinen yhteys itsehoitopisteeltä hoitajaan, vaaka sekä eri riskitestit ja terveystarkastus.

Hoitosuunnitelman tulisi toimia omahoidon tukena, jatkossa asiakkaiden aktiivisempi osallistaminen tulisi huomioida hoitosuunnitelman suunnittelussa, seurannassa ja arvioinnissa. Hoitohenkilökunnan tulisi huomioida asiakkaan omahoitoa estävät ja edistävät tekijät sekä vahvistaa asiakkaan voimavaroja ja pystyvyydentunnetta. Tulokset osoittavat, että asiakkaat ovat entistä vastaanottavaisempia, kykeneväisempiä sekä halukkaita nykyaikaisten palveluiden käyttöönottoon, kuten sähköiseen asiointiin. Koivukylän terveysasema pystyy hyödyntämään opinnäytetyön tuloksia asiakkaan hoitopolun ja vastaanottotyön tarkastelussa ja uudistamisessa sekä itsehoitopisteen kehittämässä. Tuloksia voidaan hyödyntää perusterveydenhuollon muilla toiminta-alueilla omahoidon tuen kehittämässä ja uusien palveluiden suunnittelussa.

Asiasanat: omahoito, ohjaus, voimaantuminen ja itsehoitopiste

Kulla Anette, Rannila Maire

Supporting clients' self-management as part of the treatment of disease and health promotion

Year	2015	Pages	78
------	------	-------	----

The purpose of this thesis was to describe Koivukylä health centre's clients' experiences, needs and wishes related to supporting self-management in treating a disease and health promotion. The aim of the thesis is to provide information about the need of self-management experienced by the clients of the health centre. The aim is also that the health centre could apply the information provided when developing the self-care centre and supporting the clients' self-management. Koivukylä health centre was the partner in cooperation. Quantitative method was mainly applied in this thesis. A sample survey was carried out among the clients of the health centre on three beforehand chosen days in May 2014. Questionnaires were handed out to 100 clients. The response rate was 67%. The results were analysed with SPSS Statistics Software. One open question was analysed by applying content analysis.

The results show that the clients mainly know the ways how to treat their disease and maintain their health. They found they could actualise self-management, however clients need individual, empowering support and guidance from the nursing staff. The clients' experiences of the guidance were mainly positive. Lack of motivation was the main reason that complicated self-management. The minority of the clients knew about the medical treatment plan or its content. Only few clients had participated in making the medical treatment plan. The clients found it important that the health centre has a self-care centre. However clients were poorly guided there. The clients' wishes for the self-care centre were that there would be a nurse at specific times, a blood pressure monitor, an online connection to a nurse, a scale and different risk tests and health inquiries.

The medical treatment plan should support the client's self-management. In the future the clients should participate more actively in the planning, follow-up and evaluation of the medical treatment plan. Nursing staff should observe the preventing and promoting factors and strengthen client resources and a sense of self-efficacy. The results show that clients are more open, able and willing to use modern services, like online services. Koivukylä health centre can apply the results when viewing and renewing the clients' treatment plans and practice work and also when developing the self-care centre. The results can be used in public health care activities when developing self-management support and planning new services.

Keywords: self-management, guidance, empowerment and self-care centre

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Omahoito	8
3	Omahoidon tuen tarpeen tarkastelu.....	10
4	Omahoitovalmius ja voimaantuminen	12
5	Omahoidon tukeminen	15
5.1	Terveyshyötymalli.....	17
5.2	Voimavaralähtöinen ohjaus.....	19
5.2.1	Yksilö- ja ryhmäohjaus	19
5.2.2	Motivoiva haastattelu.....	23
5.3	Terveys- ja hoitosuunnitelma	24
5.4	Teknologiset ratkaisut omahoidon tukena	24
5.4.1	Itsehoitopiste	26
6	Opinnäytetyön tavoite, tarkoitus ja tutkimuskysymykset	27
7	Opinnäytetyön toteutus.....	28
7.1	Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä.....	28
7.2	Kyselylomakkeen laadinta	29
7.3	Aineiston keruu	31
7.4	Aineiston analysointi.....	32
8	Tulokset.....	33
8.1	Taustatiedot	33
8.2	Asiakkaiden omahoidon tuen ja tiedon tarpeet	35
8.3	Kokemukset omahoidon tuesta	38
8.4	Motivointi.....	42
8.5	Koivukylän terveysaseman itsehoitopiste	43
9	Pohdinta	45
9.1	Tulosten tarkastelua.....	45
9.2	Opinnäytetyön eettiset näkökohdat	52
9.3	Luotettavuuden tarkastelu	54
9.4	Johtopäätökset ja suositukset	58
9.5	Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet	59
	Lähteet	60
	Kuviot.	65
	Taulukot	66
	Liitteet.....	67

1 Johdanto

Opinnäytetyö käsittelee asiakkaan omahoitoa ja sen tukea sairauden hoidossa ja terveyden edistämisessä. Opinnäytetyössä tarkastellaan omahoidon merkitystä, tarpeellisuutta ja vaikutavuutta ihmisen kokonaisvaltaisen hyvinvoinnin kannalta. Kuvaamme keskeisiä omahoidon tuen menetelmiä. Lisäksi tarkastelemme asiakkaiden kokemusten pohjalta omahoidon tuen tärkeyttä ja ajankohtaisuutta.

Terveyden edistäminen voidaan määritellä toiminnaksi, jonka tavoitteena on saada aikaan muutoksia, luoda mahdollisuuksia ja vahvistaa yksilöiden omia fyysisiä, psyykkisiä sekä sosiaalisia voimavaroja. Terveydenhuollon henkilöstön osalta terveyden edistämisen kohteena ovat asiakkaan voimavarojen tarkastelu, vahvistaminen ja ylläpitäminen, joiden avulla asiakas pystyy tekemään terveyttä edistäviä valintoja. (Pietilä, Varjoranta & Matveinen 2009: 5.) Tärkeää on terveydenhuollon ammattilaisten asiantuntijuuden hyödyntäminen siten, että ihmiset ymmärtävät oman terveytensä kannalta tärkeät terveyttä edistävät tekijät. Ihmisten sisäistäessä tämän ajattelu- ja toimintatavan, vahvistuu heidän voimaantumisen tunteensa. (Pietilä 2010: 35.)

Asiantuntijoiden näkemys terveyden edistämisestä ulottuu myös yksilön terveysvalintoja tukevien toimintojen ulkopuolelle. Terveyden edistäminen nähdään sekä koko hoitohenkilökunnan työtä ohjaavana näkökulmana että yksilön elämänhallinnan tunteen vahvistajana tai tavoitteena yhteisön voimaannuttamiseen. (Pietilä 2010: 240-241.)

Yhteiskunnissa tapahtuvat kansalliset ja kansainväliset muutokset sekä kehityssuuntaukset ovat osana vaikuttamassa terveyttä edistävän toiminnan sisältöön ja tavoitteisiin. Terveyden edistämisen edellytys on ymmärrys yhteiskunnassa tapahtuvista muutoksista ja kehityksistä, sekä näiden vaikutuksesta terveyden edistämisen sisältöön, toimintaan sekä asiakastyöhön. (Pietilä, Hakulinen, Hirvonen, Koponen, Salminen & Sirola 2002: 35.) Yksilötasolla lähtökohtana terveyden edistämässä on, että ihminen on aktiivinen toimija omassa elämässään. Useat valinnat liittyen yksilön terveyteen ovat yhteydessä yhteiskunnan kulloinkin osoittamiin mahdollisuuksiin ja arvostuksiin. (Pietilä 2010: 11.)

Terveyden edistämässä ja sen tutkimuksessa esiintyy useita eri piirteitä, kuten eettinen perusta, dialogisuus sekä toiminta, jonka päämääränä on yhteisten tavoitteiden saavuttaminen. Tavoitteet ovat kuitenkin yhteiskunnallisesta kehityksestä johtuen jatkuvasti muuttuvia. Tämä luo osaltaan tarpeen erilaisille innovatiivisille toimintatavoille. (Pietilä, Länsimies-Antikainen, Halkoaho & Vähäkangas 2008: 310.)

Teknologian kehitys ja internetin lisääntynyt käyttö mahdollistavat omatoimisuuden lisääntymisen, itsenäisen tiedonhankinnan sekä oman ajankäytön säätelyn paranemisen. Teknologinen kehitys luo uusia mahdollisuuksia terveydenhuollossa ja tukee samalla asiakkaan omahoidon onnistumista. (Hyppönen, Winblad, Reinikainen, Angeria & Hirvasniemi 2010: 10.) Internetin käyttö mahdollistaa hoitoihin liittyvien aineistojen helpon ja monipuolisen saatavuuden. Tulevaisuudessa omatoimisen terveydenhoidon keskeisenä lähtökohtana tulee olemaan mitä ilmeisimmin internetin käyttö. Jotta asiakas pystyy ymmärtämään oman sairautensa hoitoa ja osallistumaan siihen, hän tarvitsee hoitohenkilökunnan ohjattua neuvontaa keskeisten tietolähteiden äärelle. (Kuusi, Rynnänen, Kinnunen, Myllykangas & Lammintakanen 2006: 207,215.)

Asiakkaan omahoidon merkitys sairauden hoidossa sekä terveyden ylläpidossa on korostunut nykypäivän muutosvaihetta elävässä hoitokulttuurissa. Terveydenhuollon tulevaisuuden turvaamiseksi on käynnistetty valtioneuvoksen johdosta suuri Kansallinen projekti, jonka yhtenä päätavoitteena on terveydenhuollon toimintatapojen uudistaminen. Omahoitoa tukevien hoitomallien kehittäminen on tärkeää, sillä avoterveydenhuollossa lääkäreiltä siirtyy enenevässä määrin vastuuta sairaanhoitajille ja terveydenhoitajille, muun muassa pitkäaikaissairaiden asiakkaiden seuranta. Myös hoitohenkilökunnan rooli on muuttumassa asiakkaiden sairauden hoidossa ja terveyden edistämisessä. Ammattihenkilön auktoriteettinen asiantuntijarooli muuttuu yhteistyökumppanuudeksi ja valmentajuudeksi. Ammattihenkilö yhdessä asiakkaan kanssa neuvottelee ja etsii asiakasta parhaiten palvelevan tavan pitää huolta terveydestään. (Routasalo, Airaksinen, Mäntyranta, Pitkälä 2009; Hukkanen & Vallimies-Patomäki 2005: 3.)

Suomeen kohdistuneet ennusteet pitkäaikaissairauksien ja etenkin tyypin 2 diabeteksen lisääntymisestä luo tulevaisuudessa paineita enenevässä määrin erityisesti perusterveydenhuoltoon. Tämän vuoksi omahoidon tuen menetelmien kehittäminen on ajankohtaista. Ihmisten elintavat ja toiminta vaikuttavat perintötekijöiden lisäksi oleellisesti pitkäaikaissairauksien syntyyn sekä pahenemiseen. Terveydenhuollon toiminnan tulisi olla siis asiakkaan aktiivisuutta ja omahoitoa tukevaa. (Suurnäkki 2010: 8.) Pitkäaikaissairauksien ennaltaehkäisyyn ja hoitoon on kehitetty terveyshyötymalli, jonka tarkoituksena on tunnistaa, ohjata ja vahvistaa eniten hoidon tarpeessa olevia ihmisiä. Terveyshyötymalli nostaa vahvasti esille omahoidon tuen sekä asiakkaan kokonaisvaltaisen ja yhdenmukaisen hoidon merkityksen. (Asiakasvastava-koulutuksen yhteiset perusteet 2011.)

Omahoidon tuen myötä vahvistuu asiakkaan voimaantumisen, autonomian, motivaation ja pystyvyyden tunne hänen itse ollessaan vastuussa omasta terveydestään. Asiakkaan oma tietoisuus sairauden hoidosta lisääntyy ja osallisuus omaan hoitoon kasvavat. Näiden johdosta ihmisen elämänhallinnan tunne ja kokonaisvaltainen hyvinvointi paranee. Asiakkaiden omahoito helpottaa myös hoitohenkilökunnan työtaakkaa, vastaanotolla vietetty aika lyhenee sekä terveydenhuollon tuloksellisuus kasvaa. (Routasalo ym. 2009.)

Tämä opinnäytetyö on toteutettu kehittämissyhteistyönä perusterveydenhuollon yhteistyökumppaneiden kanssa. Kuntien perusterveydenhuollolla tarkoitetaan kunnan järjestämää väestön terveydentilan seuranta, terveyden edistämistä sekä erilaisia palveluja. Kuntien terveyskeskukset tuottavat perusterveydenhuollon palveluja. Terveyskeskus toimii kuntalaisten lähimpänä hoitopaikkana, jossa toteutetaan kunnan järjestämät terveyspalvelut. Osana terveyskeskusten toimintaan sisältyy myös väestön terveyden seuranta sekä sen edistäminen. Terveyskeskuksissa asioivat kunnan terveyskeskuksen piiriin kuuluvat asiakkaat, jotka tarvitsevat muun muassa lääkärin- tai sairaanhoitajan vastaanottopalveluita, terveysneuvontaa, suun terveydenhuollon palveluita, mielenterveyspalveluita ja päivystyshoitoa. (Terveyspalvelut 2013; Terveyskeskukset 2013.)

Tulevina terveydenhoitajina haluamme olla mukana kehittämässä ja uudistamassa terveydenhuoltoa nykypäivän tarpeiden mukaisiksi. Siksi halusimme lähteä mukaan yhteistyöhön Koivukylän terveysaseman kanssa. Yhteistyö mahdollistaa kehittämistyöhön osallistumisen konkreettisella tasolla. Tämän johdosta voimme olla mukana vaikuttamassa Koivukylän terveysaseman toiminnan parantamiseen kehittämisen tarpeita vastaaviksi. Valitsimme opinnäytetyön aiheen sen helpon lähestyttävyyden, tarpeellisuuden ja ajankohtaisuuden vuoksi.

Opinnäytetyön kohderyhmänä ovat Koivukylän terveysaseman asiakkaat. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata Koivukylän terveysaseman asiakkaiden kokemuksia, tarpeita sekä toiveita liittyen omahoidon tukeen sairauden hoidossa ja terveyden edistämässä. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa omahoidon tuen tarpeesta. Tavoitteena on myös, että Koivukylän terveysasema voisi hyödyntää opinnäytetyössä tuotettua tietoa itsehoitopisteen ja asiakkaan omahoidon tuen kehittämässä. Tarve opinnäytetyön aiheelle lähti Koivukylän terveysaseman halusta kehittää heidän itsehoitopistettään enemmän asiakkaiden ja henkilökunnan tarpeita vastaaviksi.

Opinnäytetyön teoreettinen viitekehys pohjautuu niiden teemojen ympärille, jotka olennaisesti liittyvät asiakkaan omahoitoon ja sen tukeen. Työssä tarkastellaan terveyden edistämistä omahoidon tuen näkökulmasta. Tässä opinnäytetyössä omahoito käsittää sekä sairauden hoidon että terveyden edistämisen. Opinnäytetyössä painottuu omahoidon tarpeen ja tuen merkitys pitkäaikaissairauksien ennaltaehkäisyssä ja hoidossa sekä terveyden edistämässä. Työssä käsitellään lisäksi omahoidon tuen eri menetelmiä.

2 Omahoito

Omahoidolla tarkoitetaan asiakkaan omaa panostusta ja vaikuttamista terveyteen, kuten painonhallinnasta, terveellisestä ravitsemuksesta, liikunnasta, tupakoimattomuudesta ja henkisesti hyvinvoinnista huolehtimista. Omahoito on lisäksi asiakkaan omaa panostusta sairauden

hoidossa ja terveyden edistämässä terveydenhuollon ammattihenkilön tuen avulla. Omahoitoon liittyy oleellisesti itsenäinen sairauden seuranta, kuten verenpaineen mittaus tai lääkähoidon itsenäinen toteuttaminen. Onnistunut omahoito vaatii panostusta sekä asiakkaalta että hoitohenkilökunnalta. Asiakas tarvitsee tukea motivaation vahvistamisessa ja ylläpidossa, joiden myötä asiakkaan hoitoon sitoutuminen vahvistuu. Asiakkaan tukemisen, ohjauksen ja motivoinnin merkitys on avainasemassa onnistuneen omahoidon saavuttamisessa. (Suurnäkki 2010: 6; Routasalo, Airaksinen, Mäntyranta & Pitkälä 2010: 1917.)

Omahoito tulee englannin kielen sanasta self management. Omahoidon edellytyksenä on voimavarojen oikea suuntaaminen tilanteiden mukaisesti, kuten myös omien rajoitusten sekä avun tarpeen tunnistaminen. (Routasalo & Pitkälä 2013.) Omahoito on näyttöön perustuvaa hoitotyötä, joka on ammattilaisen kanssa yhdessä suunniteltua, potilaan itsensä toteuttamaa hoitoa. (Routasalo & Pitkälä 2009: 5). Omahoito-käsitteellä korostetaan yksilön itsemääräämisoikeutta sekä mahdollisuudesta päättää omasta hoidosta ja elämäntavasta. Omahoidossa on tärkeää, että pitkäaikaissairas on tasapainossa sairauden vaatimusten ja hoidon, elämäntapojen sekä arkielämänsä välillä. (Routasalo ym. 2009.) Henkilökunnan ohjauksen avulla asiakas pystyy ottamaan vastuun omasta hoidostaan, jolloin hoitoon sitoutuminen vahvistuu. Omahoito sisältää terveyden edistämisen, ylläpidon sekä sairauden hoitoon liittyvät toiminnot, jotka auttavat ihmistä hallitsemaan sairauden mukanaan tuomia vaikutuksia tunteisiin, sosiaaliseen elämään ja toimintakykyyn. (Parkkamäki 2013: 14.)

Omahoidolla on todettu olevan positiivinen vaikutus potilaan sairastamiseen ja elämänlaatuun. Sen on todettu myös vähentävän palvelutarvetta terveydenhuollossa sekä sairaalahoidon tarvetta. Viime vuosina on saatu tutkimustuloksia siitä, että elämäntapojen parantamisessa sekä sairauksien ennaltaehkäisyssä ja hoidossa vaikuttavassa asemassa on potilaan omahoito. Potilaan elämänhallinnan tukeminen sekä valmentaminen omahoitoon ovat avainasemassa olevia keinoja uuden tyyppiseen hoidon vaikuttavuuteen. (Routasalo & Pitkälä 2009: 5-6.)

Omahoidon synonyyminä tunnetaan kirjallisuudessa asiayhteydestä riippuen käsite itsehoito. Backmanin teoksen mukaan itsehoito on määritelty tietoisesti terveyttä edistäväksi toiminnoksi niin kansainvälisesti kuin kansallisesti. Itsestä huolenpidolla tarkoitetaan perustavanlaatuisia käytännön toimintaa, jossa korostuu suhtautuminen sekä itseä että omaa elämää kohtaan. Se sisältää toiminnallisen, tunneperäisen, terveyden edistämisen sekä itsestä välittämisen ulottuvuudet. (Backman 2005: 120-121.)

Käsite itsehoito tulee englannin kielen sanasta self care. Käsitteellä on useita eri merkityksiä. Puhekielessä itsehoito kuvaa henkilön itsenäisesti toteuttamaa hoitoa, joka ei sisällä yhteistyötä ammattihenkilön kanssa. (Kyngäs & Hentinen 2009: 19.) Itsehoito määritellään myös

siten, että potilas hakeutuu vaihtoehtoisten hoitojen pariin ilman ammattihenkilökunnan apua. (Routasalo & Pitkälä 2009: 6). Käsitettä itsehoito voidaan käyttää myös hoitoon sitoutumisen yhteydessä etenkin silloin, kun asiakkaan omaa panostusta hoitoon halutaan korostaa. (Kyngäs & Hentinen 2009: 19).

Omahoitokyvyllä kuvataan sitä tasoa, jolla omaseurantaa ja omahoitoa toteutetaan. Erilaiset ulkoiset ja sisäiset tekijät ovat vaikuttamassa ihmisen omahoitokykyyn. Näitä omahoitokykyyn vaikuttavia tekijöitä ovat muun muassa ihmisen tiedot, taidot, motivaatio, asenteet, elämäntilanne sekä muut sairaudet. (Suurnäkki 2010: 7.)

3 Omahoidon tuen tarpeen tarkastelu

Suomalaisten yleisimmät kansansairaudet aiheuttavat pitkäaikaissairastavuutta. Pitkäaikaissairastavuus lisää työikäisten henkilöiden sairauslomia sekä joissain tapauksissa myös pysyvää työkyvyttömyyttä. Yhteiskuntatasolta tarkasteltuna suomalaiset kansansairaudet ovat kustannuksiltaan kalleimpia sairauksia yhteiskunnallemme. Yleisimpiä kansansairauksia Suomessa ovat infektioaudit, astma ja allergiat, diabetes, keuhkohtaumatauti, krooninen keuhkoputkitulehdus, mielenterveyshäiriöt, muistisairaudet, tuki- ja liikuntaelinsairaudet, syövät sekä sydän- ja verisuonisairaudet. (Ahonen, Blek-Vehkaluoto, Eskola, Partamies, Sulosaari & Uski-Tallqvist 2012: 93; Kansantaudit 2014.)

Suomalaisten terveyttä uhkaavia sairauksia on pystytty ennaltaehkäisemään ja hoitamaan muun muassa terveystieteiden, valitustoiminnan ja hyvän hoidon keinoin. Useiden kansansairauksien ilmaantuvuus on laskussa, mutta tästä huolimatta Suomen väestössä on lukuisia riskitekijöitä, jotka alentavat elämänlaatua ja altistavat sairauksille. Näitä riskitekijöitä ovat muun muassa liikunnan vähäisyys, lihavuus ja päihteet. Näistä riskitekijöistä koituvat terveysongelmat tulevat myös yhteiskunnalle kalliiksi. Yksilön ottama vastuu omasta terveydestään ja aktiivinen omahoito toimii tärkeänä voimavarana terveydenhuollossa. (Routasalo ym. 2010: 1917.)

Pitkäaikaissairaus kehittyy ajan myötä ja sen eteneminen voi olla aaltomainen. Pitkäaikaissairaus edellyttää jatkuvaa hoitoa, seurantaa sekä arvioita tilanteesta ja sen kehittymisestä. Pitkäaikaissairauteen voi liittyä jopa koko elämän kestävä vuorovaikutussuhde ammattihenkilön kanssa. Ammattihenkilö selvittää yhdessä asiakkaan kanssa kuuntelemalla ja kyselemällä tältä hänen ongelmansa, voimavaransa sekä hänen oman kokemuksen sairaudestaan ja valmiudestaan omahoitoon. Yhdessä asiakkaan kanssa tehdään hoitosuunnitelma vastaamaan potilaan omahoitovalmiuksia. Omahoidossa ammattihenkilö toimii valmentajana ja tukee potilasta hänen hoidossaan. Seurannan suhteen molemmat osapuolet sopivat yhdessä keinot. (Routasalo & Pitkälä 2009: 15.)

Pitkäaikaissairaus tuo muutoksen potilaan elämään. Potilaat ovat kuvanneet pitkäaikaissairauden tuoneen heidän elämäänsä negatiivisia asioita ja tunteita, kuten vihaa, pelkoa, syyllisyyttä, kipua ja ahdistusta, jatkuvaa lääkettä, sosiaalisten suhteiden rajoittumista ja elämänlaadun heikentymistä. Sairastuminen edellyttää potilaiden mielestä oman tilanteen jatkuvaa seurantaa sekä vaikuttaa myös perhe- ja ystävyssuhteisiin. Toisaalta tieto sairaudesta voi myös helpottaa epätietoisuutta. (Routasalo & Pitkälä 2009: 16.)

Preventio on tärkeä osa terveyden edistämistä. Preventio-käsitettä käytetään silloin, kun terveyden edistämisen päämääränä on sairauksien, tapaturmien sekä vastaavien tapahtumien ennaltaehkäisy. Primaaripreventio painottuu ryhmiin, jotka ovat vielä sairastumattomia ja joissa ihmisten riskit sairastua ovat pienet. Proaktiivinen primaaripreventio on väestöön ilmaantuvan riskitekijän torjumista hyvin aikaisessa vaiheessa. Sekundaaripreventiota käytetään silloin, kun sairaus on alkuvaiheessa tai nähdään selviä riskitekijöitä sairauden suhteen. Riippuen tilanteesta orientaatio saattaa olla joko väestö- tai riskiryhmäpainotteinen, mutta usein se painottuu molempiin. Tertiääripreventiota käytetään, kun halutaan estää jonkin sairauden eteneminen tai paheneminen. Sitä käytetään myös silloin, kun halutaan ylläpitää toimintakykyä tai palauttaa se tilanteessa, jossa terveydentila on alentunut. Tertiääripreventiolla voidaan tarkoittaa samaa kuin lääketieteellinen hoito tai kuntoutus. (Kauhanen, Erkkilä, Korhonen, Myllykangas & Pekkanen 2013:105.)

Yhtenä terveyden edistämisen lähtökohtana on terveellisiin elintapoihin sitoutuminen. Elintapojen muutoksilla pyritään terveyden edistämiseen, sairauksien ehkäisyyn, hoitoon sekä kuntoutukseen. Keskeisiä tieteellisesti todettuja terveyteen vaikuttavia tekijöitä ovat riittävä ravinto, liikunta, alkoholin kohtuukäyttö, tupakoimattomuus sekä riittävä lepo. Levon ja rentoutumisen merkitystä korostetaan nykyään entistä enemmän työuupumuksen ja masentuneisuuden ehkäisyssä. (Pietilä 2010: 207.)

Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen 45/2012 julkaisemassa raportissa selvitetään suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytymistä ja terveyttä keväältä 2011. Tulosten mukaan kansantauteihin liittyvät elintavat, kuten tupakointi ja osa ruokatottumuksista, ovat kehittyneet myönteiseen suuntaan pitkällä aikavälillä tarkasteltuna. Esimerkiksi vuonna 2011 22 % miehistä sekä 12 % naisista tupakoi päivittäin. Tutkimusten mukaan miesten tupakointi on vähentynyt 1970-luvulta selvästi. Naisten tupakointi taas on kääntynyt laskuun 2000-luvun puolivälistä lähtien. Suomalaisten ruokatottumukset ovat myös muuttuneet enemmän ravitsemussuosituksen mukaisiksi. (Helakorpi, Holstila, Virtanen & Uutela 2012: 3-27.)

Tutkimusten mukaan suomalaisen aikuisväestön alkoholinkäyttö ja ylipainon kehitys ei ole kuitenkaan ollut myönteistä. Alkoholinkäyttö on lisääntynyt ja raittiiden suomalaisten aikuisten osuus on vähentynyt. Liikunnan osuus on lisääntynyt vapaa-ajalla, mutta työmatkaliikun-

nan osuus on vähentynyt 1990-luvulta lähtien eikä sen osuus ole kääntynyt nousuun. (Helakorpi ym. 2012: 27.) Suomalaisissa elintavoissa on edelleen parannettavaa, sillä alkoholinkäytön ja lihavuuden lisääntymisen lisäksi myös kolesterolipitoisuudet sekä verenpaine- arvot eivät vielä ole tavoitelukemissa. (Ahonen ym. 2012: 94).

Elintapojen korostunut merkitys sairauksien synnyssä vaikuttaa siihen, että elintapamuutos on monille suomalaisille nykypäivänä ajankohtainen asia. Esimerkiksi sepelvaltimotaudeista peräti 80 % ja tyypin 2 diabeteksestä jopa 90 % sairastumisista voitaisiin ennaltaehkäistä elintapamuutosten avulla. Terveelliset elintavat vaikuttavat osaltaan myös monien eri sairauksien hoidossa, kuten 2.tyypin diabeteksen hoidossa, jossa liikunta ja laihduttaminen antavat tehokkaamman hoitovasteen kuin tablettimuotoinen diabeteslääkitys. (Kyngäs & Hentinen 2009: 207-208; Ahonen ym. 2012: 94.)

Monet eri terveysalan järjestöt ovat koonneet tutkimustietoon perustuvia hoito- ja toimenpidesuosituksia, joissa korostetaan, että elintapamuutokset terveyden edistämässä sekä sairauksien ennaltaehkäisyssä, hoidossa ja kuntoutuksessa ovat ensiarvoisen tärkeitä. Monissa eri Käypähoito-suosituksissa ilmenee, että elintapamuutokset ovat keskeisessä asemassa. (Kyngäs & Hentinen 2009: 208.) Käypähoito-suosituksen mukaan esimerkiksi liikunnan lisääminen on keskeinen elämäntapamuutos, jolla voidaan vaikuttaa kansainvälisesti tärkeiden pitkäaikais-sairauksien ennaltaehkäisyyn, hoitoon ja kuntoutukseen. Sairauksia, joihin liikunnalla voidaan positiivisesti vaikuttaa, ovat muun muassa sydän- ja verisuonisairaudet, tyypin 2 diabetes, keuhkosairaudet, degeneratiiviset eli rappeuttavat tuki- ja liikuntaelinsairaudet sekä mielen-terveysongelmat. (Liikunta 2012.)

Pysyvien elämäntapamuutosten oppiminen, tekeminen ja niihin sitoutuminen ovat kuitenkin haasteellisia ja vaikeita. Ihmisen on osattava luopua vanhoista elintavoistaan ja luoda tilalle uusia tapoja toimia. Elintapamuutos alkaa usein yksilötasolla, mutta se voi vaikuttaa perheeseen, työ- ja sosiaaliseen ympäristöön sekä mahdollisesti laajemmin yhteiskuntaan. Yksilön muutos lähtee motivaatiosta ja harkintavaiheesta ja sen omaksuminen edellyttää tietoista, taitoista ja asenteellista muutosta. Jotta muutoksia tapahtuu, on aktivoitava ihmisiä arvioimaan omaa toimintaansa ja tietämystä terveyden edistäjänä ja ylläpitäjänä. (Kyngäs & Hentinen 2009: 208.)

4 Omahoitovalmius ja voimaantuminen

Sopeutuminen pitkäaikaissairauteen on pitkä ja monimutkainen prosessi. Pitkäaikaissairauden myötä ihminen joutuu sopeutumaan uusiin elämäntapoihin ja saattaa myös tarvita lääkitystä koko loppuelämän ajan, jotta sairauden tuomia riskitekijöitä voidaan vähentää. Sopeutumis- prosessi ei etene suoraviivaisesti, vaan siihen sisältyy muun muassa repsahduksia, epäonnis-

tumisia ja prosessin uudelleen aloittamista. (Routasalo & Pitkälä 2009: 10.)

Asiakkaan omahoitovalmiudet koostuvat siitä, millaista tietoa hänellä on lääkityksestä, sairaudesta ja sen omahoidosta. (Hengitysliitto Heli: 3). Asiakkaan omahoitoon vaikuttavia tekijöitä ovat muun muassa tilannetieto, käsitys sairaudestaan ja sen hoidosta, motivaatio, elämäntilanne, sosiaalinen tilanne, terveysuskomukset, lisäsairaudet sekä pystyvyyden tunne. Se miten asiakas kokee kykynsä omahoitoon, on yhteydessä pystyvyyden tunteeseen, kuten siihen, miten asiakas kokee pystyvänsä tekemään muutoksia ja hallitsemaan niitä. Ammattihenkilökunnan rooli on arvioida asiakkaan omahoitovalmiuksia ja tukea potilasta niiden vahvistamisessa. Omahoitovalmiuden tunnistamiseen on olemassa viisivaiheinen muutosvaihemalli. (Routasalo & Pitkälä 2009: 10-17.) Muutosvaihemalli on kehitelty aikoinaan tupakoinnin lopettamiseen, mutta se on helposti sovellettavissa muuhunkin elintapaohjaukseen. (Ahonen ym. 2012: 37-38).

Tietoiseen elintapamuutoksen toteuttamiseen liittyy harkinta-aika, joka on suunnitelmallista ja tavoitteellista. Elintapamuutos toteutuu silloin, kun ihminen on halukas, kykenevä ja valmis siihen. Muutosvalmiuden kuvaamiseen ja arviointiin käytetään muutosvaihemallia. (Mattila 2010.)

Ensimmäinen vaihe muutosvaihemallissa on esiharkintavaihe, jossa ihminen ei vielä tiedosta muutostarvettaan tai ei ole halukas hyväksymään sitä. Muutos saattaa tuntua mahdottomalta riittämättömiksi koettujen voimavarojen tai aikaisempien epäonnistuneiden yritysten vuoksi. Toisena tulee harkintavaihe, jossa tiedostetaan muutoksen tarpeellisuus ja ihminen alkaa tietoisesti pohtia muutoksen mukanaan tuomia positiivisia ja negatiivisia vaikutuksia. Hän pohtii myös omia mahdollisuuksiaan muutoksen toteuttamiseksi. Kolmannessa vaiheessa eli suunnitteluvaiheessa, aloitusvaiheen ja valmisteluvaiheen kautta tietoisesti päädytään muutoksen toteuttamiseen. Henkilö suunnittelee muutosta, luo muutoksen toteuttamiseen aikataulun, kokeilee uutta toimintatapaa sekä etsii samalla itselleen parhaan vaihtoehdon ja tavan toimia. Viimeisenä ylläpitovaiheessa ihminen on toteuttanut elintapoihin liittyvää käyttäytymisen muutosta täysimääräisesti ja jatkaa sen toteuttamista tehtyjen suunnitelmien mukaisella tavalla. Muutosvaihemalliin kuuluu myös repsahdusvaihe, joka on oleellisena osana muutosprosessia. Repsahdukset suunnitelluista toimintatavoista kuuluvat asiaan ja niitä ei pidä ajatella epäonnistumiseksi vaan luonnolliseksi vaiheeksi osana muutosta. (Ahonen ym. 2012: 37; Mattila 2010.)

Eri muutosvaiheessa olevat asiakkaat saavat hyödyn erilaisesta ohjauksesta. Sen vuoksi on tärkeää tunnistaa, missä muutosvaiheessa asiakas on, sillä tämä tieto tukee ohjauksen toteuttamista. Ohjauksen avulla asiakas saa tukea ja kannustusta uuden elintapakäyttämisen toteuttamiseen muutosprosessin eri vaiheissa. (Mattila 2010.) Ammattihenkilö tukee asiakasta

muutosprosessissa omahoitovalmennuksella, jonka lähtökohtana on asiakkaan pystyvyyden tunteen ja autonomian lisääminen sekä asiakkaan voimaantumisen kokemus. Omahoidon tuen tavoitteena on asiakkaan voimaantumisen lisäksi myös kyky oppia käyttämään ongelmanratkaisu- ja päätöksentekotaitojaan. (Routasalo & Pitkälä 2009: 11,13.)

”Voimaantuminen on henkilökohtainen ja yksilöllinen prosessi, joka tapahtuu sosiaalisessa vuorovaikutuksessa muiden ihmisten kanssa. Voimaantuminen tarkoittaa yleisesti ottaen kykeneväksi ja täysivaltaiseksi tulemistä.” Se lisää ihmisen vaikutusvaltaa omassa elämässään. (Kyngäs & Hentinen 2009: 59.) Voimaantumisen eli koherenssin tunteen saavuttamisessa merkityksellisiä asioita ovat arvostus, luottamus, vapaus sekä vastuu. (Routasalo & Pitkälä 2009: 14).

Ympäristötekijät vaikuttavat voimaantumisen syntyyn. Mahdollisuus määrätä omista asioistaan sekä myönteinen ilmapiiri ja tuki ovat tärkeitä tekijöitä voimaantumisen synnyssä. Voimaantumisprosessia määrittävät yksilön asettamat henkilökohtaiset tavoitteet sekä uskomukset ja tunteet liittyen omiin kykyihin ja tilanteeseen. Prosessin seurauksena syntyy sisäinen voimaantuneisuus, joka auttaa hoitoon liittyvien tilanteiden hallinnassa sekä ratkaisujen tekemisessä. Voimaantunut yksilö on omat voimavaransa löytänyt henkilö, joka määrää itseään ja omaa toimintaansa. (Kyngäs & Hentinen 2009: 59.)

Motivaatio ja voimaantuminen omaavat yhtenäisiä piirteitä. Molemmat tekijät ovat osa hoitoon sitoutumista. Motivaatiota kuvataan toiminnan aloittajana ja sitä ylläpitävänä voimana. Voimaantumista kuvataan käynnistävänä, edistävänä sekä ylläpitävänä tekijänä sitoutumisprosessin aikana. Voimaantumisella on ollut paljon vaikutteita ohjauksen käytäntöihin ja ohjausta koskevaan tutkimukseen. Voimaantuminen on ohjauksen taustalla oleva näkemys, joka ohjaa sekä asiakasta että terveydenhuollon henkilöstöä. Asiakas on aktiivinen ja vastuullinen päätöksentekijä ja toimija omassa hoidossaan. Terveydenhuoltohenkilöstö ohjaa ja tukee asiakasta hänen päätöksissään ja tavoitteissaan oman hoitonsa suhteen. (Kyngäs & Hentinen 2009: 60-61.)

Koherenssin tunnetta ja siihen yhteydessä olevia tekijöitä aikuisväestössä käsittelevän tutkimuksen mukaan koherenssin tunne nähdään terveyttä edistävänä, salutogeenisenä tekijänä. Koherenssin tunne on tärkeä osa terveyden ylläpitoa. Se muun muassa toimii ihmisen elämänlaatuun liittyvien tekijöiden välittäjänä. Heikko koherenssin tunne ja elämänlaatuun liittyvä terveys vaikuttavat toisiinsa. Pitkäaikaissairauksia sairastavilla henkilöillä, jotka kärsivät heikosta koherenssin tunteesta, oli myös huono elämänlaatu, joka pysyi samana koko ajan. Tutkimuksen mukaan pitkäaikaissairautta sairastavat kokivat koherenssin tunteen heikentyvän samalla, kun he kokivat terveydentilansa heikentyvän. (Pietilä, Matero, Kankkunen & Häggman-Laitila 2008: 6-7.)

Viime vuosien aikana salutogeneesi onkin muodostanut yhden merkittävimmistä keskeisistä lähestymistavoista terveyden edistämiseen. Tämän ajattelutavan mukaan ei ole enää jyrkkää kahtiajakoa terveyden ja sairauden määrittelyn välillä, vaan pyrkimyksenä on tunnistaa ne tekijät, jotka auttavat yksilön siirtymisessä kohti terveyttä. (Pietilä ym. 2008: 308.) Aaron Antonowskyn teorian mukaan salutogeneesin lähtökohtana tarkastellaan, mitkä voimavarat edistävät terveysprosessia, jonka päämääränä on hyvinvointi ja elämänlaatu yksilö-, ryhmä- ja yhteiskuntatasolla. Salutogeneesillä tarkoitetaan terveyslähtöisyyttä. Terveys on siis muutakin kuin sairauden puuttumista. Keskeisessä asemassa ovat koko elämänkaaren mittaiset prosessit. Näiden tarkoituksena on terveyden edistäminen ja tukeminen, jotka toimivat elämän voimavaroina. (Pietilä 2010: 32-33.)

5 Omahoidon tukeminen

Pitkäaikaissairauksien hoidossa on alettu kiinnittää entistä enemmän huomiota potilaslähtöiseen omahoidon tukemiseen. On huomioitu, että yksisuuntainen tiedonsiirto sekä potilaan puolesta tehdyt hoitopäätökset eivät johda toivottuun lopputulokseen. Omahoidon tuella on merkitystä ja sen tavoitteena on tehokas pitkäaikaissairauksien hoito, riskitekijöiden minimointi sekä terveydenhuollon niukkenevien voimavarojen kohdentaminen tarkoituksenmukaisesti. Potilaslähtöiseksi toimintatavaksi voidaan määritellä sellainen omahoidon tuki, joka sisältää sekä sairaudenhoidon että elintapaohjauksen. (Routasalo ym. 2010: 1917-1919.)

Ammattihenkilön rooli on toimia asiakkaan omahoidon tukijana ja valmentajana, jossa asiakas itse määrittelee hoidon tarpeen ja tavoitteen. Ammattihenkilö suunnittelee yhdessä asiakkaan kanssa asiakkaan elämäntilanteeseen parhaiten sopivan hoitomuodon. Näissä painottuvat asiakkaan oman arkielämän asiantuntijuus, räätälöidyt hoitoratkaisut sekä asiakkaan hyväksymät omat hoitopäätökset. Omahoitovalmennuksen tavoitteena on tukea asiakasta elämään mahdollisimman hyvää elämää pitkäaikaissairaudesta huolimatta. (Routasalo & Pitkälä 2009: 5-6.)

Omahoidon tukemisesta saatavaa hyötyä on käsitelty useissa tutkimuksissa, joissa näkökulmana ovat olleet vaikuttavuus ja taloudellisuus. Oikein kohdennettujen tukien avulla on vähennetty esimerkiksi diabeetikoiden oireita, parannettu terveydentilaa sekä saatu terveyspalveluiden käyttö pienemmäksi. (Routasalo ym. 2009.)

Monien pitkäaikaissairauksien, kuten astman, diabeteksen ja sydämen vajaatoiminnan omahoidon tukemisesta on saatu myönteistä näyttöä eri tutkimusten mukaan. Tutkimukset ovat osoittaneet, että omahoidon ohjauksella pystytään vaikuttamaan myönteisesti asiakkaan terveydentilaan, kuten verenpaine- ja sokeriarvoihin, painonhallintaan. Omahoidon ohjauksen vaikuttavuus näkyy myös asiakkaan elämänlaadun kohenemisessä ja pystyvyyden tun-

teen lisääntymisessä sekä terveystalvvelujen käytön vähenemisessä. (Routasalo ym. 2010: 1917-1919.)

Elintapamuutoksen saavutus erilaisten kokemusten ja kokeilujen myötä sekä muutoksen säilyttäminen omassa toiminnassa vaatii aikaa ja tukea. Omahoitoon liittyvän tyyppin 2 diabeetikoille tehdyn apteekkitutkimuksen tulokset ovat osoittaneet, että tietoisuus omahoidon merkityksestä on monilla olemassa, mutta työkalut esimerkiksi elintapamuutukseen, kuten painonhallintaan ja liikunnan lisäämiseen puuttuvat asioiden tiedostamisesta huolimatta. Uuden tiedon saanti ja tiedon kertaaminen lisäävät asiakkaiden ymmärrystä ja tietoisuutta sekä parantavat muutosvalmiutta asiakkaan omahoidossa. Tietoa täytyy tarjota asiakkaalle konkreettisesti ja ymmärrettävällä tavalla. Asiakkaalle tulee kertoa sairaudesta sekä sen hoidon henkilökohtaisesta toteutuksesta, kuten esimerkiksi lääkehoidon toteuttamisesta. Erilaiset kokeilut ja yritykset vahvistavat asiakkaiden mielestä pystyvyyttä sairautensa omahoitoon. Tutkimustulokset osoittavat myös, että ammattilaisen pitkäaikaisesti antama kannustus ja tuki sekä läheisten myönteinen suhtautuminen sairauden hoitoon tukevat asiakkaan omahoitoon voimaantumista. (Parkkamäki 2013: 5-6.)

Suomen poliittisissa linjauksissa on alettu nostaa esille entistä selkeämmin väestön omahoidon tukemisen merkitys. Tämä näkyy myös siinä, että Suomessa on toteutettu viime vuosien aikana lukuisia omahoidon kehittämishankkeita, esimerkiksi Espoon omahoitohanke. Espoon omahoitohankkeen tavoitteena on kehittää pitkäaikaissairauksien hoitoon ja seurantaan uusia toimintatapoja sekä lisätä omahoitoa tukevia palveluita. Muita omahoidon hankkeita on muun muassa Ikihyvä Päijät-Häme -hanke, Jyväskylän Nuotta-vaikeasti hoitoon kiinnittyvien potilaiden tavoittaminen ja motivointi -hanke sekä useita eri apteekeissa toteutettuja omahoitohankkeita. Lisäksi Sosiaali- ja terveystministeriön Toimiva terveyskeskus- ohjelman yksi keskeinen toimenpide on juuri omahoidon tukeminen. (Routasalo ym. 2010: 1922.)

RAMPE-hankkeen keskeinen tavoite oli tukea perusterveydenhuollon vastaanottotyötä sekä lääkäreiden toimipaikkakoulutusta. Hanke toteutettiin vuosina 2010-2012 Itä- ja Keski-Suomessa sekä Kainuussa. Terveystyömallia käytettiin kehittämistyön viitekehiksenä. (RAMPE-hanke 2012.)

Keskeisinä hankkeen tuloksina olivat perusterveydenhuollon lääkäreiden ja vastaanottohenkilökunnan osaamisen vahvistaminen, työssä oppimisen menetelmien kehittäminen sekä näyttöön perustuvan toiminnan tukeminen. Tulosten perusteella lääkäreiden koulutusputkea juurrutettiin, parannettiin runkokoulutuksen laatua sekä otettiin käyttöön tiimityövalmennus. Perusterveydenhuollon vastaanottotyön vahvistamiseksi käytettiin terveysyötymallia paikallisten tarpeiden sovelluksena, mallinnettiin pitkäaikaissairaahan hoitoa sekä muokattiin palveluvälikoimasta monipuolisempi. Sairaahanhoitajien roolia vahvistettiin ja yhtenäistettiin hoidon tar-

peen arviointi ja kiireellisen hoidon toimintamalli. Tulokset paljon terveyskeskuksessa asioivien asiakkaiden hoidon suunnitelmallisuuden lisäämisestä olivat positiivisia. Heidän käyntimääränsä terveyskeskuksen vastaanotolla vähenivät, yhteydenotot tapahtuivat pääsääntöisesti saman hoitajan kautta sekä asiakaspalaute oli positiivista. (Yhteenveto tuloksista 2012.)

Potilaan osallisuutta hoitoprosessiin parannettiin omahoitoisuudella ja yhteistoiminnallisuudella. Hankkeen aikana henkilöstöä koulutettiin muun muassa suunnitelmien laatimiseen. Henkilökunta valmennettiin ottamaan asiakkaan huomioon tasavertaisena hoitotiimin jäsenenä, oman elämänsä asiantuntijana sekä osana hoidon suunnittelua ja toteutusta. Myös ammattilaisten toimintatapoja ja vastaanottokäytäntöjä muokattiin, lisättiin tiedotusta, laadittiin potilasohjeita ja esimerkiksi luotiin omahoitolomake. (Yhteenveto tuloksista 2012.) Omahoitolomakkeella asiakasta pyydetään kirjaamaan ylös huolia, ongelmia, terveystietoja sekä mitaustuloksia ennen vastaanotolle saapumista. Näiden tietojen perusteella asiakkaan kanssa laaditaan tai tarkastetaan terveys- ja hoitosuunnitelma. (Terveys- ja hoitosuunnitelma käytäntöön 2012.)

5.1 Terveyshyötymalli

Puolella pitkäaikaissairauksia sairastavilla on useampia terveysongelmia, jotka tuovat terveydenhuollolle lisähaasteita. Pitkäaikaissairaana terveyshyötymalli eli Chronic Care Model on kehitetty helpottamaan terveydenhuoltoa kroonisten sairauksien tuomien haasteiden vuoksi. (Terveyshyötymalli.) Terveyshyötymalli on USA:ssa kehitetty malli, jonka perustana ovat vaikuttavien hoitointerventioiden ja kroonisten sairauksien hoito-ohjelmien tutkiminen ja arviointi. Euroopassa malli on ollut käytössä muun muassa Englannissa ja Tanskassa. Suomessa terveyshyötymallia on käytetty POTKU- ja RAMPE-hankkeiden ohella myös muun muassa Espoossa ja Helsingissä. (Terveyshyötymalli kehittämistyön viitekehyksenä 2012.)

Chronic Care Model (CCM) määrittelee oleelliset tekijät terveydenhuollon järjestelmässä, jotka kannustavat korkealaatuiseen pitkäaikaissairauksien hoitoon. Mallia voidaan soveltaa useisiin pitkäaikaissairauksiin, terveydenhuoltojärjestelmiin sekä tiettyihin kohderyhmiin. Pääsääntö on terveemmät asiakkaat, tyytyväisemmät palveluntarjoajat sekä kustannussäästöt. (Model Elements.)

Terveyshyötymallin tarkoitus on toimia työkaluna terveydenhuollon muutosjohtamisessa. Se tulisi kohdistaa etenkin niihin asiakkaisiin, joilla on useita terveysongelmia, korkea riski sairastua tai joilla on terveyspalveluiden runsasta käyttöä. Oleellista on tunnistaa myös ne asiakkaat, joilla on tarve terveyspalveluiden käytölle, mutta jotka eivät kuitenkaan niitä käytä. Mallissa toimijoina ovat asiakas ja hänen lähipiirinsä, terveydenhuollon ammattihenkilöt, yhteisö ja yhteistyökumppanit. (Terveyshyötymalli kehittämistyön viitekehyksenä 2012.) Terve-

yshyötymallissa on kuusi osa-aluetta, jotka ovat omahoidon tuki, palveluvalikoima, päätöksenteon tuki, kliiniset tietojärjestelmät, palveluntuottajan johdon sitoutuminen sekä muiden yhteisöjen linjaukset ja voimavarat. (Terveyshyötymalli.)

Terveyshyötymallin keskiössä ovat terveyskeskuksen suurimmat potilasryhmät. Mallin tavoitteena on parantaa pitkäaikaissairauksien hoitoa sekä ehkäisevää toimintaa. Voimavarat on suunnattu tuottamaan mahdollisimman paljon terveyshyötyä. Asiakas- ja potilaslähtöisen toimintatavan onnistumisessa vaaditaan terveydenhuollon kaikkien ammattiryhmien yhteistyön sujumista sekä muutosta toimintakulttuurissa. Uusien tieteellisten näyttöjen mukaan potilaiden omahoito on vaikuttava tekijä sairauksien hoidossa ja ehkäisyssä sekä elämäntapojen parantamisessa. (Terveyshyötymalli kehittämistyön viitekehyksenä 2012.)

Pitkäaikaissairauksien hoidon tehostamisen vaatimuksena on mallin kehittäminen ja soveltaminen paikallisten olojen mukaiseksi. Se edellyttää koulutusta paikallisista käytännöistä, työnjaosta sekä kirjaamistavoista. Selkeä malli on avuksi raskaimpien potilaiden hoidossa, jolloin sekä lääkärin että hoitajan roolit selkiytyvät. Hoitajan rooli omahoidon tukemisessa ja elintapaneuvonnassa vahvistuu. Kirjaamistapojen selkiytyminen parantaa potilasturvallisuutta, helpottaa hoidon jatkuvuutta sekä ohjaa potilasta omahoidon toteuttamisessa. Terveystenhuollon tärkeitä voimavaroja ovat yksilön aktiivinen omahoito sekä vastuu omasta terveydestään. (Terveyshyötymalli kehittämistyön viitekehyksenä 2012.)

Terveyshyötymallin mukaisesti kehitetty organisaatio on potilas- ja tiimikeskeinen, proaktiivinen ja potilasta voimaannuttava. Potilaalle on tarjolla palveluvalikossa erilaisia omahoidon tukikeinoja. Hoitotiimillä on käytössään ajan tasalla olevat tiedot potilaasta, tuki päätöksenteolle ja voimavarat toteuttaakseen korkealaatuista hoitoa. Yhteistyö voimaantuvan potilaan ja proaktiivisen hoitotiimin välillä tuottaa potilaalle merkittävää terveyshyötyä. (Terveyshyötymalli.)

Oleellinen osa hoidon suunnittelua ja toteutusta on potilaan sekä hänen lähipiirinsä näkemysten ja kokemusten sekä voimavarojen ja mahdollisuuksien kartoittaminen. Potilaan sitoutuminen hoidon toteutukseen on tärkeää hoitotulosten saavuttamisen kannalta. (Terveys- ja hoitosuunnitelma käytäntöön 2012.) Tärkeää on käyttää tehokkaita omahoidon tuen strategioita, joita ovat tilannearvio, tavoitteiden asettaminen, hoitosuunnitelma sekä ongelmien ratkaisu ja seuranta. Omahoidon tukemiselle on oltava myös tarpeelliset resurssit. Omahoidon tukeminen alkaa asiakkaan sitouttamisella. Tärkeä osa omahoidon tukemisen prosessia on suunnitelmallinen ajankäyttö. (Pitkäaikaissairauksien terveyshyötymalli 2012: 3.)

Palveluvalikoima sisältää hoitotiimin roolien ja työnjaon määrittelyn sekä eri ammattilaisten osaamisen hyödyntämisen. Palveluvalikoimassa on määritelty suunnitellut interaktiot asiak-

kaan ja hoitotiimin välillä. Asiakkaalle määritellään juuri hänelle sopiva hoito ja hoiva sekä varmistetaan säännöllinen seuranta. Hoitotiimin päätöksenteon tuen avulla mahdollistetaan informaation kulun sujuvuus sekä sovelletaan uudet hoitosuositukset organisaation omaan käyttöön, jotka saatetaan myös asiakkaan tietoon. Kliinisten tietojärjestelmien avulla tunnistetaan ne asiakasjoukot, joihin tulisi kohdistaa proaktiivista hoitoa. Niiden avulla helpotetaan yksilöllisten hoitosuunnitelmien laatimista sekä ne toimivat apuna yhteisen tietoväylän muodostamisessa asiakkaiden ja ammattilaisten välillä. (Pitkäaikaissairauksien terveyshyötymalli 2012: 4-6.)

Ympäröivien yhteisöjen linjaukset ja resurssit mahdollistavat potilaiden ohjaamisen käyttämään hoitoa tukevia terveyskeskuksen ulkopuolisia palveluita. Palveluntuottajan johdon sitoutuminen on tärkeää, koska johto on muun muassa mukana hoidon koordinointiin liittyvien sopimusten ja järjestelyiden kehittämisessä sekä vastaavat riittävästä resursoinnista. (Pitkäaikaissairauksien terveyshyötymalli 2012: 7-8.)

5.2 Voimavaralähtöinen ohjaus

5.2.1 Yksilö- ja ryhmäohjaus

Yksilöohjaus

Nykykäsityksen mukaan ohjaus määritellään tavaksi, joka pyrkii edistämään asiakkaan kykyä ja aloitteellisuutta vaikuttaa elämäänsä parantavasti haluamallaan tavalla. Ohjauksessa asiakas on aktiivinen ongelman ratkaisija ja hoitaja on tukijan roolissa. Ohjaus on rakenteeltaan suunnitelmallista ja se sisältää myös tiedon antamista. Ohjaussuhteessa molemmat osapuolet ovat tasa-arvoisia. Kyngäs ym. ovat määritelleet teoksessaan ohjaussuhteen olevan vuorovaiikutteista ja ohjauksen olevan sidoksissa asiakkaan ja hoitajan taustatekijöihin. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007: 25.)

Asiakkaan ohjaukseen panostaminen on tärkeää, sillä se on edellytyksenä autonomisen elämän tukemiselle. Ohjaukseen panostaminen on lisäksi tärkeää hoitopäivien lyhenemisen ja lisääntyneen potilaiden heterogeenisyyden ja moniongelmallisuuden vuoksi. Hyvään ja asianmukaiseen hoitoon sisältyy laadukas potilasohjaus. Jokaisella potilaalla on oikeus ohjaukseen. Hoitajan velvollisuus on tarjota potilaille ohjausta eri suositusten, lakien, asetusten, hyvien ammattikäytänteiden sekä terveyden edistämiseen liittyvien näkökulmien mukaisesti. Vaikka resurssit potilaiden ohjaamiseen saattavat olla puutteelliset, ohjaukseen panostaminen olisi jopa kansantaloudellisesti tärkeää, sillä onnistuneella ohjauksella on vaikutusta potilaiden sekä heidän omaistensa terveyteen ja sitä edistävään toimintaan. (Kääriäinen 2008: 10.)

Tiedon antaminen, neuvonta sekä opetus kuuluvat ohjauksen lähikäsitteisiin. Tiedon antamisessa painopisteenä on ohjattavan asian sisältö, jolloin kirjallisen materiaalin osuus on runsaampaa. Vuorovaikutuksen osuus on vähäisempää verrattuna neuvontaan ja ohjaukseen. (Kygäs & Hentinen 2009: 79.) Neuvonnan avulla asiakasta tuetaan valintojen tekemisessä. Ammatillista tietoa ja taitoa hyödynnetään neuvonnassa, jossa huomioidaan kuitenkin myös asiakkaan henkilökohtaiset tarpeet ja lähtökohdat. (Eloranta & Virkki 2011: 21.) Neuvonnassa annetaan suoria neuvoja, kun taas ohjauksessa pidättäydytään suorien neuvojen antamisesta. (Keskeisiä käsitteitä neuvontapalveluista ja kotikäynneiltä). Opetuksella tarkoitetaan suunnitelmallisia toimintoja, jotka ovat toteutettu tilanteen selkiyttämisen vuoksi ja joilla pyritään tavoitteen saavuttamiseen. Mikäli opetus pohjautuu ohjaukseen, muodostuu opetustilanteesta oppimistilanne, jossa potilas ymmärtää, mikä merkitys yksittäisellä hoitotoimenpiteellä on hänen kokonaisuhoitonsa kannalta. (Eloranta & Virkki 2011: 20.)

Ohjauksen onnistuminen edellyttää, että on tunnistettu asiakkaan jo omaksuma tieto, mitkä ovat hänen tiedolliset tarpeensa ja toiveensa sekä miten hän omaksuu tiedon parhaiten. Ohjaustarpeen selvittämiseksi asiakasta voidaan pyytää kertomaan terveysongelmastaan sekä selvitetään, mitkä ovat hänen odotuksensa ohjaukselta ja sen tuloksilta. Asiakkaalla ollessa riittävästi tietoa, pystyy hän itse parhaiten arvioimaan, mikä on hänelle hyväksi. Asiakkaan tyytyväisyys ja hoitoon sitoutuminen paranee, kun ohjaus perustuu asiakkaan ja hoitajan yhteiseen näkemykseen hoidosta. Ohjaajan on tunnistettava sekä asiakkaan että omat taustatekijät, jotka vaikuttavat ohjaussuhteen syntyyn ja sen etenemiseen. (Kygäs ym. 2007: 47.)

Ohjaustilanteeseen vaikuttavat taustatekijät jaetaan fyysisiin, psyykkisiin, sosiaalisiin ja ympäristötekijöihin. Valittaessa ohjausmenetelmiä, tarvitaan tietoa taustatekijöiden vaikutuksista potilaan ohjauksen ymmärtämiseen. Lisäksi ohjausmenetelmien valintaan vaikuttavat asiakkaan oma oppimistyyli sekä asiakkaan kyky omaksua asioita. Asiakkaat omaksuvat asioita eri tavalla. Tapoja omaksua uusia asioita ovat muun muassa kielellisesti, visuaalisesti, tekemisen avulla, musiikin tai rytmin avulla, yksityiskohtien tai asiakokonaisuuksien avulla sekä yhteistyössä toisten asiakkaiden kanssa. (Keskeisiä käsitteitä neuvontapalveluista ja kotikäynneiltä.)

Hoitajan ja asiakkaan välinen vuorovaikutus on perustana ohjaustilanteen etenemiselle. Asiakkaiden odotukset vuorovaikutukselle ovat luottamuksellisuus ja turvallisuus, myös silloin, kun hoitajan ja asiakkaan mielipiteet ovat eriävät. Hoitajan tulee kunnioittaa asiakkaan itsemääräämisoikeutta ja osoittaa luottamusta, kiinnostusta ja arvostusta asiakasta kohtaan. Hoitajan tulisi olla ymmärtävä ja rohkaiseva asiakasta kohtaan, ilmaista ajatuksensa selkeästi ja esittää asiakkaalle kysymyksiä. Onnistuneen vuorovaikutuksen edellytys on toisen osapuolen odotusten ja toiveiden selvittäminen sekä niiden huomioiminen. Onnistunut vuorovaikutus vaatii molemmilta osapuolilta halua työskennellä yhdessä, yhteisiä odotuksia sekä tavoitteita auttamisen mahdollisuuksia kohtaan. (Kygäs ym. 2007: 48.)

Voimavarojen saavuttaminen on asiakkaan sisäisesti kasvava prosessi. Hoitaja ei voi siirtää voimavaroja asiakkaaseen. Asiakkaan voimaantumista tukee ohjaustyyli, jossa asiakkaalle annetaan aktiivinen rooli ja mahdollisuus toimia keskustelun aloittajana. Myös kysymysten esittämiseksi annetaan tilaa. Voimaannuttavan ohjaustyylin lähtökohtana on asiakkaan voimavarojen vahvistaminen. Hoitaja ei voi aina täysin ymmärtää asiakkaan toimintaan johtavia syitä, mutta hänen täytyy luottaa, että asiakas pyrkii päätöksentekoihin, jotka ovat hänen itsensä kannalta mahdollisimman hyviä. Tämän vuoksi hoitajan tulisi pyrkiä välttämään asiakkaan huolenaiheiden, vahvuuksien ja tärkeinä pitämien asioiden oletusta. (Kettunen, Poskiparta & Karhila 2002: 214, 220.)

Hoitajan täytyy tehdä niin sanottua tunnetyötä suotuisan ilmapiirin rakentamisessa. Tässä hoitaja etsii sopivan tunnevireen. Asiakas voi myös itse arkikeskustelun kautta toimia suotuisan ilmapiirin luoja. Asiakkaan osallistumista helpottaa hoitajan tekemät tunnekysymykset ja tunnusteleva puhetyyli. Tunnusteluun liittyy sanojen toistoa, taukoja, tarkastelua ja epärointiä sekä epätäydellisten lauseiden ilmaisua. Tämä tunnusteleva puhe vähentää tungettelevien kysymysten ja kehotusten määrää. Tunnekysymysten esittäminen tarjoaa asiakkaalle mahdollisuuden puhua tunteistaan ja kokemuksistaan. Tämän ansiosta asiakas voi itse vaikuttaa keskusteltaviin aiheisiin ja niiden sisältöön hänelle parhaiten sopivalla tavalla. (Kettunen ym. 2002: 217-220.)

Hoitajan tulisi varmistaa, että asiakkaalla on riittävästi asianmukaista tietoa, ennen kuin hän tarjoaa vaihtoehtoja asiakkaan päätöksenteon tueksi. Voimaannuttavassa ohjaustyyllisessä hoitaja huolehtii siitä, että asiakas itse tekee päätöksiä, jotka ovat oikeaan tietoon perustuvia ja asiakas tiedostaa päätöksensä seuraukset. Kun asiakas havaitsee pystyvänsä hallitsemaan ohjatusti tilannetta ja siinä kytevää keskustelua omasta terveydestään ja elämästään, voi hänen luottamus omiin päätöksentekokykyihinsä lisääntyä sekä itsetunto vahvistua. Voimaannuttavan ohjaustyylin kautta asiakkaan hallinnan tunne lisääntyy ja hänelle tarjoutuu mahdollisuus itsetutkiskeluun ja itsearviointiin sekä oman tulevaisuutensa määrittelyyn. Voimavaroja tukevan ohjauksen seuraukset voivat ulottua asiakkaan elämänhallintaan ja päätöksentekokykyyn muissakin elämän eteen tuomissa tilanteissa. (Kettunen ym. 2002: 214, 220.)

Asiakkaan omahoitovalmennus tukee yksilön itsemääräämisoikeutta, voimaantumisen tunnetta sekä hallinnantunnetta omaa hoitoaan kohtaan. Yksilö kohtaa erilaisia tilanteita soveltaessaan saatua tietoa ja ohjausta omaan arkielämäänsä. Tällöin on tärkeää, että asiakkaalla on taito ratkaista arjen tilanteita niin, että hoitotasapaino säilyy hyvänä. (Ahonen ym. 2012: 36-37.)

Ryhmäohjaus

Ryhmäohjaus on yksi ohjauksen muodoista. Ryhmässä voidaan havaita muutamia tunnusmerk-

kejä, jotka ovat yhteinen tavoite, ryhmädynamiikka sekä ryhmäsuhteet. Ryhmän koko vaikuttaa sen luonteeseen. Pienissä ryhmissä on aktiivisempi osallistuminen, jäsenten henkilökohtainen osallistuminen prosessiin, yksimielisyys sekä vahva sisäinen kontrolli. Suurille ryhmille tunnusomaista on jäsenten anonyymisyys, vähäisempi yksimielisyys ja osallistuminen sekä suuremmat odotukset kohdistuen johtajaan. Ryhmäohjaus on tehokasta terveyskasvatuksen näkökulmasta, sillä siinä asiakkaalla on mahdollisuus keskustella toisen samassa tilanteessa olevan kanssa. Niissä on myös mahdollisuus oppia esimerkiksi kuinka selvitä diabeteksen mukanaan tuomista ongelmista. Ryhmässä asiakkaat eivät ole yksin ja heillä on mahdollisuus olla avuksi muille ja näin vahvistaa omaa itsetuntoaan ja pystyvyyden tunnettaan. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006: 86.)

Asiakkaan saama sosiaalinen tuki ryhmäohjaustilanteessa on erityisesti tärkeää hänen mielenterveydelleen, josta on myös tieteellistä näyttöä. Sosiaalinen tuki suojaa asiakasta hänen kohdatessaan kielteisiä tapahtumia elämässään. Se myös vähentää stressiä ja suojaa stressin vaikutuksilta vaikuttaen myönteisesti terveyteen. Sosiaalisen tuen myötä asiakas oppii sopeutumaan sairauteensa ja se tukee hänen hoitoon hakeutumistaan, joka edistää toipumisesta. Sosiaalisen tuen puute saattaa aiheuttaa psyykkisiä häiriöitä. Tutkimusten mukaan esimerkiksi sydäninfarktiin sairastuneet ihmiset ovat toipuneet paremmin, kun heillä on ollut tukena hyvä sosiaalinen tukiverkko. (Lipponen ym. 2006: 86.)

Ryhmäohjauksessa asiakkaalle tarjotaan mahdollisimman järjestelmällisesti laajat ja tarkat perustiedot ja taidot, jotta omahoito onnistuisi mahdollisimman hyvin. Ryhmäohjauksen taloudellinen merkitys tulee korostumaan tulevaisuudessa entistä enemmän, koska pienemmällä taloudellisella panostuksella on mahdollisuus saavuttaa entistä parempi hoitotulos. (Alanko, Alanne, Salonen & Tauriainen 2011: 1684-1685.)

Sekä yksilö- että ryhmäohjauksen avulla voidaan toteuttaa muun muassa elintapaohjausta. Elintavoilla on korostunut merkitys terveyden edistämisessä sekä sairauksien ehkäisyssä ja hoidossa. Elintapaohjauksen tavoitteena on edistää ja ylläpitää asiakkaiden terveyttä sekä hyvinvointia. Elintapaohjausta voidaan antaa niin yksilö kuin ryhmäohjauksen avulla. Elintapaohjausta voidaan antaa muun muassa liikuntaan, ravitsemukseen, painonhallintaan, kansansairauksien ennaltaehkäisyyn ja hoitoon sekä tupakoinnin lopettamiseen tueksi. Pää tavoitteena elintapaohjauksessa on saada pysyviä muutoksia asiakkaan ravitsemustottumuksiin sekä liikuntatottumuksiin. (Elintapaohjaus.)

Elintapaohjaamista toteutetaan erilaisten interventioiden kautta, joilla pyritään vaikuttamaan yksilön käyttäytymisen muutokseen. Erilaisten elintapaohjaustekniikoiden avulla asiakkaalle laaditaan yksilölähtöisesti hänen käyttäytymiseen liittyviä tavoitteita, kokeillaan ja opetellaan muutokseen tarvittavia taitoja sekä annetaan palautetta. Mitään yksittäistä inter-

ventiotekniikkaa ei ole todettu ylivertaiseksi suhteessa muihin. Interventio on vaikuttavampi silloin, kun se on räätälöity asiakkaan pystyvyyden tunteen, asenteiden, muutosvaiheen ja muutosprosessin mukaisesti. (Toropainen 2010.)

Elintapaohjauksen hyödyistä on monenlaista näyttöä. Perusterveydenhuollossa toteutettava yksinkertainen elintapaohjaus vaikuttaa tehokkaasti liikkilojen vähenemiseen sekä vyötärön ympäryksen kaventumiseen ja sitä kautta sen on todettu vähentävän myös riskiä sairastua kakkostyyppin diabetekseen. Tutkittua näyttöä on myös siitä, että elintapaohjaus pienentää riskiä sairastua muihin sydän- ja verisuonitauteihin. (Aikuisten lihominen pysähtymässä Suomessa 2010: 4.) Suomalaisen diabeteksen ehkäisy tutkimuksen tulokset ovat osoittaneet, että elintapaohjauksen positiiviset vaikutukset ulottuvat vuosien päähän. Käytännönläheisen ja yksilöllisen elintapaohjauksen vaikutukset terveyteen ja hyvinvointiin voivat ulottuvat jopa 13 vuoden päähän. (Lindström 2012.)

5.2.2 Motivoiva haastattelu

Asiakkaan motivointi on tärkeää, koska ohjauksen tavoitteena on asiakkaan rohkaisu tutki-
maan omaa käyttäytymistä koskevia käsityksiä, uskomuksia sekä asenteita. Motivoivan ohja-
uksen lähtökohtana on empatiakyky, ristiriidan esille tuominen, myötäily sekä pystyvyyden
tunteen voimistaminen. Motivoiva ohjaus perustuu asiakkaan nykyisen toimintatavan ja terve-
yttä edistävän toiminnan väliseen ristiriitaan. (Kygäs ym. 2007: 49.) Laadukas ohjaus vaikut-
taa potilaslähtöiseen sekä aktiiviseen ja tavoitteelliseen toimintaan, jonka vuoksi ohjauksen
asianmukainen resursointi on merkityksellistä. On tärkeää varmistaa asiakkaan saama riittävä
ohjaus, koska loppukädessä hoidon jatkuminen on asiakkaan omalla vastuulla. Onnistunut oh-
jaus vaikuttaa kansantaloudellisiin säästöihin sekä potilaiden terveyden ylläpitoon ja sen edis-
tämiseen. (Kääriäinen 2008: 14.)

Asiakkaan saadessa tukea, kunnioitusta ja huolenpitoa, syntyy optimaalinen ympäristö moti-
vaatiolle. Motivoiva haastattelu auttaa asiakasta motivoitumaan ja ottamaan enemmän vas-
tuuta omasta hoidostaan. Motivoiva haastattelu on asiakkaasta lähtöisin olevaa toimintaa.
Sillä pyritään lisäämään asiakkaan omaa halua muutoksen synnylle. Motivoivassa haastattelus-
sa ilmaistaan empatiaa, esitetään eroavaisuus asiakkaan toiveiden ja nykytilanteen välillä,
edetään asiakkaan omaan tahtiin sekä tuetaan pystyvyyden tunnetta. (Routasalo ym. 2009.)

Motivoiva haastattelu on keino auttaa ammattihenkilöä potilaan valmennuksessa. Peruslähtö-
kohtana motivoivalle haastattelulle on ammattihenkilön ja potilaan yhteistyö, luottamus ja
ymmärretyksi tuleminen tunne. Motivoivassa haastattelussa pyritään välttämään väittelyä ja
myötäilläään potilaan vastarintaa. Motivoivaan haastatteluun sisältyy empatian lisäksi avoimet
kysymykset, reflektioiva kuuntelu, myönteinen palaute sekä yhteenveto. Yhteenveto mahdol-

listaa sen, että potilaan motivaatio kasvaa hänen kuullessaan oman puheensa. (Routasalo & Pitkälä 2009: 27-28.)

5.3 Terveys- ja hoitosuunnitelma

Sosiaali- ja terveysministeriön asetuksen potilasasiakirjoista (298/2009) 7§ mukaan ”potilasasiakirjoihin tulee merkitä potilaan hyvän hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset sekä laajuudeltaan riittävät tiedot.” Terveys- ja hoitosuunnitelman käyttämisellä tähdätään potilaskeskeisyyteen, asiakkaan voimaantumiseen, hoidon jatkuvuuteen sekä tietojärjestelmien hyödyntämiseen hoitoa toteutettaessa. (Komulainen, Vuokko & Mäkelä 2011: 12).

Terveys- ja hoitosuunnitelma on työkalu pitkäaikaissairauksien hoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Sen tarkoituksena on yhdessä asiakkaan kanssa kuvata suunnitellut tutkimus-, hoito, kuntoutus- ja seurantatoimet. Sen avulla voidaan myös kuvata asiakkaan terveyteen liittyviä asioita, kuten ongelmia, haasteita ja voimavaroja sekä tarjolla olevia tukikeinoja. Suunnitelman tarkoitus on toimia työvälteenä asiakkaan ja ammattilaisen väliselle yhteisymmärryksen löytymiselle, turvata hoidon jatkuvuutta sekä tukea potilaan omahoitoa. Tarkoitus on myös korostaa asiakkaan roolia oman hoitonsa suunnittelussa ja toteutuksessa sekä yleisesti selkiyttää monisairaana ihmisen hoidon kokonaisuutta. (Maijanen & Mäkinen 2009.)

Terveys- ja hoitosuunnitelman kansallisen määrittelyn mukaan sen tulee sisältää asiakkaan näkemyksen hoidon tarpeesta ja tavoitteesta, joiden asettamisessa ammattihenkilö toimii asiakkaan tukena. Sen tulee sisältää myös hoidon toteutuksen ja keinot. Näihin kuuluvat sekä terveydenhuollon palvelut että asiakkaan itsensä tai hänen tukiverkostonsa toteuttamiksi suunnitellut toimet hänen terveytensä ylläpitämiseksi ja parantamiseksi. Suunnitelmasta tulee löytyä myös tuki, seuranta ja arviointi, suunnitelman vastuuhenkilö sekä mahdolliset lisätiedot. (Terveys- ja hoitosuunnitelma hoidon tukena.)

5.4 Teknologiset ratkaisut omahoidon tukena

Suomessa on kehitetty uusia palvelumalleja, jotka hyödyntävät teknologiaa. Teknologiaa hyödyntäviä palvelumalleja on kehitetty muun muassa kuuden eri sairaanhoitopiirin alueella eKat-hankkeessa, jota koordinoi Oulun kaupunki. Hankkeessa kehitettiin Oulun seudulle sähköinen omahoitojärjestelmä. Sähköpostin, Internetin sekä www-tekniikan kehitys on mahdollistanut tiedon siirtämisen verkkoon, jonka seurauksena potilaan tiedonsaanti, oman terveyden seuranta ja kotikirjaamiset eivät ole enää sidoksissa tiettyyn paikkaan. Potilaan tueksi on olemassa erilaisia työkaluja, jotka helpottavat tiedon analysointia ja päätöksentekoa. Nämä

ovat mukana erilaisten palveluprosessien kehittelyn apuna, muun muassa pitkäaikaissairauksien ennaltaehkäisyssä ja hoidossa. (Hyppönen ym. 2010: 10-11.)

Suomalaisen julkisen palvelun uutuutena on otettu käyttöön Kanta-palvelut, jotka koostuvat sähköisestä resepti palvelusta, lääketietokannasta, potilastiedon arkistosta ja tiedonhallintopalvelusta sekä omakanta palvelusta. Nämä palvelut muodostavat ainutlaatuisen palvelukokonaisuuden lainsäädäntöön perustuen, jonka käytöstä hyötyvät niin kansalaiset, terveydenhuollon ammattilaiset ja apteekki. (Kanta-palvelut.) Omakannasta asiakas pystyy tarkastelemaan internetpalvelun välityksellä omia sähköisiä reseptejä ja lähes kaikkia avoterveydenhuollossa kirjattuja potilastietojaan sekä tulostamaan yhteenvedon sähköisistä resepteistään. (Omakanta).

Useassa kunnassa on otettu käyttöön Suomen Lääkäriseura Duodecimin julkaisema Sähköinen terveystarkastus ja henkilökohtainen valmennus-ohjelma. Tämän ohjelman avulla voi lisätä mahdollisuuksiaan terveelliseen ja hyvään elämänlaatuun sekä saa tietoa terveellisistä elintavoista. Käyttäjä näkee ohjelman avulla, kuinka elintavat vaikuttavat yksilön arvioituun elinodotteeseen ja riskiin sairastua elinikään vaikuttaviin sairauksiin. Käyttäjä voi valita verkossa erilaisia sähköisiä valmennusohjelmia, asettaa itselleen tavoitteita, oppia uusia taitoja sekä seurata omaa edistymistään. Sähköinen valmentaja on tukena ja antaa neuvoja sekä palautetta. (Sähköinen terveystarkastus ja -valmennus.)

Omahoidon tueksi on lisäksi käynnissä Omahoito ja digitaaliset arvopalvelut -projekti, jonka tavoitteena on määritellä omahoitoa tukevien sähköisten palvelujen yhteinen kansallinen kokonaisuus. Projektissa mukana olevat kaupungit ovat Espoo, Turku, Oulu, Tampere, Hämeenlinna ja Joensuu sekä Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveyspiiri. Projektin päämääränä on, että kuntalainen pystyy sähköisesti tallentamaan omia terveystietojaan, arvioimaan oman hoidon tarvetta, tekemään sähköisen terveystarkastuksen sekä saamaan yksilöllistä asiakkaan tarpeiden mukaan toteutettua omahoidon tukea ja valmennusta. Projektin kautta toteutettavan ratkaisun tarkoituksena on myös liittää terveys- ja hoitosuunnitelma osaksi kuntalaisen omahoitoon. Näiden palveluiden tarkoituksena on täydentää perinteisiä vastaanotto- ja puhelinpalveluita sekä tukea samalla sosiaali- ja terveydenhuollon toiminnan muutosta. (Suomen kuntaliitto.)

Muita teknologisia innovaatioita on muun muassa tietokoneen avulla pelattava peli Tyypin 2 diabeteksen sairastumisriskin arviointiin. Pelin käyttöä voidaan hyödyntää muun muassa erilaisissa yleisötapahtumissa ja hoitoyksiköiden vastaanottotiloissa, kuten terveyskeskusten itsehoitopisteissä. (Diabetes ja lääkäri 2010: 4.)

5.4.1 Itsehoitopiste

Itsehoitopisteet ovat lisääntymässä määrin olevia omahoitoa tukevia palveluita. Itsehoitopisteistä käytetään eri nimityksiä, kuten terveystietotupa, omahoitopiste, terveyspiste, itsemitauspiste ja hyvinvointitupa. Itsehoitopisteitä löytyy ympäri Suomea ja niitä on perustettu muun muassa terveyskeskuksiin, palvelukeskuksiin, kirjastoihin ja järjestöjen toimitiloihin. Ne ovat kaikille avoimia ja maksuttomia “matalan kynnyksen paikkoja” jonne pääsee ilman ajanvarausta. Itsehoitopisteen tarkoituksena on toimia omahoidon tukena tarjoten tietoa hyvinvoinnin ja terveyden arviointiin, seurantaan ja ylläpitoon. Lisäksi itsehoitopisteen tarkoituksena on kannustaa asiakkaita ottamaan vastuuta omasta terveydestään. Itsehoitopisteet hyödyntävät teknologiaa muun muassa tarjoamalla tietokoneen sekä internet yhteyden tiedon hakuun ja sähköisten aineistojen tarkasteluun. (Terveystietotuvat; Mikä on itsehoitopiste?.)

Rautaiset ammattilaiset perusterveydenhuoltoon eli RAMPE-hanke yksi päätavoitteista oli lisätä perusterveydenhuollon potilaiden osallisuutta hoitoprosessissa muun muassa omahoidon tuen avulla. (Ruoranen 2012). RAMPE-hankkeessa mukana ollut Ylä-Savon SOTE kuntayhtymä on saanut jokaisen alueen terveyskeskukseen omahoitopisteen, joka on vapaasti kuntalaisten käytössä. Omahoitopisteen tarkoituksena on tukea asiakkaan omahoitoa erilaisin keinoin, muun muassa tarjoamalla luotettavia tietolähteitä ja välineitä. (Omahoidon tukeminen 2012.)

Asiakkaiden omahoitoa tukevissa pisteissä löytyy perusvarustuksena muun muassa vaaka, vyötärönympärysmittoja, verenpainemittari sekä siihen liittyvät mittaus- ja tulosten tulkitsemisohjeet. Pisteistä löytyy myös erilaisia paperisia riskitestejä liittyen terveydentilan ja elintapojen kartoittamiseen sekä kirjallisia esitteitä terveyteen ja hyvinvointiin vaikuttavista aihealueista, muun muassa liikunnasta, ravitsemuksesta, päihteiden käytöstä, unesta, levosta ja mielenterveydestä. Itsehoitopisteissä voi olla lisäksi laadukkaita terveyteen liittyviä lehtiä, tietokone, jolla pääsee esimerkiksi terveysportaaliin, sekä esitteitä asuinalueen paikallisista yhdistyksistä. Joissakin omahoitoa tukevissa pisteissä saattaa olla paikalla terveydenhuollon ammattilainen osapäiväisesti. Niissä voidaan myös järjestää kokoontumisia elintaparyhmille sekä eri yhdistysten, yritysten ja julkisten toimijoiden esittelyille ja teemapäiville. (Terveystietotuvat.) Terveydenhuollon ammattilaiset ovat käytettävissä ja auttamassa tarpeen mukaan itsehoitopisteeseen tutustumisessa ja tulosten tulkinnessa. (Omahoidon tukeminen 2012).

Lampin (2010) tutkimuksessa selvitettiin, mitkä materiaalit ja aineistot olivat itsehoitopisteissä asioivien asiakkaiden mielestä hyödyllisimpiä ja kiinnostavimpia. Vastaajia kiinnostivat eniten terveellisestä ruokavaliosta ja liikunnasta kertovat esitteet sekä sairauksien hoito-ohjeistukset. Tutkimuksen kohteena olevassa itsehoitopisteessä oli lisäksi asiakkaille suunnattuja itsenäisesti käytettäviä mittausvälineitä, kuten verenpainemittari ja vaaka sekä mahdol-

lisuus internetin käyttöön. Verenpaineen mittaus oli suosituin syy tulla itsehoitopisteelle. (Lampi 2010:32-33.)

Tutkimustulosten mukaan vajaa puolet vastaajista ei tiennyt oman terveysaseman itsehoitopisteestä ja noin viidennes vastaajista käytti pistettä säännöllisesti. Tulosten mukaan itsehoitopisteiltä haetaan tietoa yleensä terveelliseen ruokavalioon ja sairauksien hoitoon. Liikunnasta, erityisruokavalioista, tupakasta ja alkoholista kertovat materiaalit ovat myös suosittuja. Asiakkaat toivoivat itsehoitopisteelle enemmän näkyvyyttä ja markkinointia. Osa toivoi, että itsehoitopisteillä järjestettäisiin esimerkiksi erilaisia tapahtumia ja teemapäiviä. Toiveena oli myös hoitohenkilön ajoittainen läsnäolo itsehoitopisteellä. (Lampi 2010:30, 33-37.)

Lampin (2010) tutkimuksessa itsehoitopisteeltä saatu tieto koettiin pääsääntöisesti hyödylliseksi ja asiakkaat kokivat että pisteeltä saatu tieto täydensi aiempaa terveystietoa. Itsehoitopisteen säännöllinen käyttö oli jossain määrin yhteydessä elintapamuutoksen harkintaan tai sen toteuttamiseen. Elintapamuutoksiin motivoivat tekijät olivat sairauden uhka, halu terveyden ylläpitämiseen ja luotettavaksi koettu tiedon saanti. Säännöllinen liikunta ja ateriaritmit, konkreettiset tulokset terveyden omaseurantatuloksista sekä ulkopuolinen kannustus ja tuki koettiin apuna terveellisten elintapojen noudattamisessa. (Lampi 2010: 2.)

Lampin (2010) tutkimustulokset ovat täysin yhdensuuntaisia Kanerva-KASTE-hankkeen tulosten kanssa. Hankkeen yksi osatavoite oli luoda omahoitopisteitä hanke-alueelle. Tarkoitus oli mahdollistaa ihmisten osallisuus ja tukea ihmisten itsenäistä terveyden ja hyvinvoinnin edistämistä. Tutkimusympäristönä toimi Keski-Suomen sairaanhoitopiirin 37 terveystietotupaa ja Etelä-Savon sairaanhoitopiirin 27 omahoitopistettä. Tutkimuksessa ilmeni myös että omahoitopisteiden löytyminen oli usein sattumanvaraista. Asiakkaat kokivat että he saivat omahoitopisteeltä tukea omille käsityksille terveydestään. Lisäksi terveystietotuvat ja omahoitopisteet auttoivat oman terveyden seurannassa ja vähensivät henkilökunnan työtaakkaa. Asiointi terveystietotuvilla ja omahoitopisteillä näytti toimivan myös mini-interventiona, koska osa vastaajista koki saadun tiedon herättelevän miettimään omaa terveyttään. (Häkkinen, Mutanen, Sundgren & Turunen: 39.)

6 Opinnäytetyön tavoite, tarkoitus ja tutkimuskysymykset

Opinnäytetyön tarkoitus on kuvata Koivukylän terveysaseman asiakkaiden kokemuksia, tarpeita ja toiveita liittyen omahoidon tukeen sairauden hoidossa ja terveyden edistämisessä. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tietoa omahoidon tuen tarpeesta terveysaseman asiakkaiden kokemusten pohjalta. Tavoitteena on myös, että Koivukylän terveysasema voisi hyödyntää opinnäytetyössä tuotettua tietoa itsehoitopisteen ja asiakkaan omahoidon kehittämisessä. Tämä opinnäytetyö palvelee ensisijaisesti yhteistyötahoa, mutta myös asiakkaita, joiden tar-

peita vastaaviksi omahoitoa ja itsehoitopistettä kehitetään. Opinnäytetyön tuloksia voivat hyödyntää myös muut terveysasemat. Lisäksi terveydenalan ammattilaiset voivat hyödyntää opinnäytetyön tuloksia oman työnsä kehittämisen tukena.

Tutkimuskysymykset ovat: 1. Mitä omahoidon tuen ja tiedon tarpeita terveysaseman asiakkaila on? 2. Millaista omahoidon tukea asiakkaat ovat saaneet? 3. Millaisia toiveita asiakkaalla on itsehoitopisteen kehittämiseen liittyen?

7 Opinnäytetyön toteutus

7.1 Kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä

Opinnäytetyön yhteistyökumppanin toiveena oli, että pyritään selvittämään terveysaseman asiakkaiden kokemuksia ja toiveita koskien omahoidon tukea sekä terveysaseman itsehoitopistettä. Näitä asioita selvittämään valittiin kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä, koska tutkimuksen kohteena ovat laajemman joukon kokemukset ja toiveet tutkittavasta ilmiöstä. Kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus tunnetaan myös tilastollisena tutkimuksena, jonka avulla selvitetään lukumääriin ja prosenttiosuuksiin liittyviä kysymyksiä. (Heikkilä 2008: 16). Tiedonkeruumenetelmänä käytettiin kyselyä, joka soveltuu hyvin käytettäväksi laajan joukon mieliteiden tutkimiseen tutkittavasta ilmiöstä.

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa valitaan tutkittavat henkilöt ja määritellään perusjoukko, johon tulosten tulee päteä sekä otetaan tästä perusjoukosta otos. Otoksen tulee olla edustava pienoiskuva perusjoukosta, jotta otantatutkimuksen tuloksia voitaisiin tarkastella luotettavasti. Otoksen on vastattava perusjoukkoa tutkittavilta ominaisuuksiltaan. Näin varmistetaan, että arvioitaessa otoksesta laskettujen tunnuslukujen avulla perusjoukon vastaavia suureita, ollaan mahdollisimman lähellä perusjoukon arvoja. (Heikkilä 2008: 33-34; Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009: 140.)

Tutkimuksen kohteena ei ollut koko Koivukylän terveysaseman palveluiden piiriin kuuluva asiakaskunta eli perusjoukko, vaan otantatutkimuksella vain tietty perusjoukon osajoukko eli otos tutkittiin. Kyselyn tuloksista haluttiin saada mahdollisimman kattava kuva, joka vastaa asetettuihin tutkimuskysymyksiin sekä on vertailukelpoinen aiempien tutkimustulosten kanssa.

Perusjoukkoon eli Koivukylän terveysaseman palveluiden piiriin kuului vuoden 2012 mukaan 25 800 asukasta. (Vantaan kaupunki). Tavoitteena oli saada vähintään 100 kyselylomakkeeseen vastannutta. Otoskoon tulee olla vähintään 100, kun kohderyhmä on suppea ja tuloksia tarkastellaan kokonaistasolla. (Heikkilä 2008: 45). Toteutimme kyselyn kolmen tutkimuspäivän

aikana terveysasemalla asioiville täysi-ikäisille asiakkaille. Pyrimme jakamaan kyselylomakkeita kaikille kyseisenä päivänä terveysasemalla asioiville täysi-ikäisille asiakkaille.

Otantatutkimus tehtiin, koska koko perusjoukon tutkiminen eli Koivukylän terveysaseman palveluiden piiriin kuuluva asiakaskunta olisi liian suuri opinnäytetyön tutkimusjoukoksi. Koko perusjoukon tutkimisen kustannukset nousisivat myös liian suuriksi ja tutkiminen olisi monimutkaista. Se olisi myös ylittänyt opinnäytetyön työmäärällisen laajuuden, joka on 15 opintopistettä eli 405 työtuntia.

7.2 Kyselylomakkeen laadinta

Aineiston keruussa käytetään tavallisesti standardoituja tutkimuslomakkeita, joissa on valmiit vastausvaihtoehdot. Heikkilä nimeää teoksessaan hyvän mittarin sisältäviä tunnusmerkkejä. Kyselylomakkeen tulisi olla siisti, selkeä ja houkuttelevan näköinen. Vastausohjeiden tulisi olla yksiselitteiset. Haluttaessa herättää vastaajan mielenkiinto tutkimusta kohtaan, on pyrittävä sijoittamaan helppoja kysymyksiä tutkimuslomakkeen alkuun. Hyvässä tutkimuslomakkeessa kysymykset etenevät loogisessa järjestyksessä ja yhtä asiaa kysytään kerrallaan. Saman aihealueen kysymykset voidaan ryhmitellä selkeästi otsikoiden alle. Lomake ei saa myöskään olla liian pitkä ja jokaisen kysymyksen tarpeellisuus on pohdittava tarkasti. On tärkeää, että vastaukset on helppo syöttää tilasto-ohjelmaan ja tuloksia pystyy käsittelemään vaivattomasti. (Heikkilä 2008: 16, 48-49.)

Ennen aineiston keräämistä tehdään operationalisointi, joka tarkoittaa teoreettisten ja käsitteellisten asioiden muuttamista sellaiseen muotoon, että vastaaja pystyy ymmärtämään asian arkikielellä. (Vilka 2007: 14.) Opinnäytetyön keskeiset teoreettiset käsitteet on muokattu kyselylomakkeeseen mitattavaan ja ymmärrettävään muotoon. Omahoidon tuki on teoreettinen käsite, jota on vaikea tutkia sellaisenaan sen laajuuden sekä moniulotteisuuden vuoksi. Omahoidon tukea voidaan tarkastella monista eri näkökulmista, esimerkiksi asiakkaan omahoidon tukeen sisältyvää motivointia on kartoitettu kysymällä asiakkaan mielipidettä hoitohenkilökunnan antaman kannustuksen ja positiivisen palautteen tärkeydestä. Lisäksi motivaation vahvistamista kartoitettiin kysymällä, onko asiakas saanut palautetta onnistumisesta (Liite 1).

Tämän opinnäytetyön kyselylomakkeella selvitettiin ensin vastaajien taustatietoja. Vastaajien kokemuksia, toiveita ja tarpeita omahoidon tuesta sekä terveysaseman itsehoitopisteestä mitattiin monivalintakysymyksillä, asenneväittämillä ja avoimella kysymyksellä. Avoimen kysymyksen avulla vastaajalla on mahdollisuus ilmaista, mitä hän todellisuudessa ajattelee ja niiden avulla saadaan esiin sellaisia näkökulmia, joita ei välttämättä ole etukäteen osattu ajatella. (Hirsjärvi ym. 2009: 199, 201).

Monivalintakysymyksissä oli valmiiksi laaditut, numeroidut vastausvaihtoehdot. Vastaaaja valitsi vastausvaihtoehdon rengastamalla vastauksen. Monivalintakysymyksissä vastaaaja pystyi valitsemaan useamman vastausvaihtoehdon. Yhdessä monivalintakysymyksessä vastaaajan tuli valita kolme itselleen tärkeintä vastausvaihtoehtoa. Vastaaaja ilmaisi mielipiteensä väittämässä Likertin asteikolla. Sitä käytetään usein mielipideväittämissä. Tässä opinnäytetyössä käytettiin 5-portaista järjestysasteikon tasoista asteikkoa. Toisena ääripäänä käytössä oli *täysin samaa mieltä* vaihtoehto, jota mitattiin numerolla 1 sekä toisena ääripäänä *täysin eri mieltä* vaihtoehto, jota mitattiin numerolla 5. Yhdessä kysymyksessä Likertin asteikon ääripäinä olivat numerona 1 *erittäin paljon* sekä numerona 5 *erittäin vähän*. Vastausvaihtoehtona oli myös *en osaa sanoa, jota mitattiin numerolla 3*. Vastaaaja valitsi asteikolta parhaiten omaa käsitystään vastaavan vaihtoehdon rakensittamalla sen. (Heikkilä 2008: 53; Hirsjärvi ym. 2009: 199.)

Kyselylomakkeen kysymyksiin haettiin vastauksia asiakkaiden aiempien kokemusten perusteella eikä pelkästään tutkimuspäivän aikaisista kokemuksista. Mittaria laadittaessa hyödynnettiin aiheeseen liittyvää teoretietoa, näyttöön perustuvaa hoitotyötä sekä aiempaa tutkittua tietoa. Näitä käsitellään opinnäytetyön teoreettisessa viitekehäyksessä. Kyselylomakkeen kysymykset pohjautuivat myös työelämän yhteistyötaholta esitettyihin toiveisiin tutkittavasta asiasta. Mittaria laadittaessa huomioitiin, että jokainen kyselylomakkeen kysymys pohjautuu asetettuihin tutkimuskysymyksiin (Liite 1).

Kyselylomakkeen kysymykset 1-2 kartoittivat terveysaseman asiakkaan taustaa. Taustakysymyksillä haluttiin kartoittaa vastaaajan ikä ja sukupuoli, jotka olivat mielestämme tämän opinnäytetyön kannalta olennaisimpia selvittää. Kysymyksen 3 avulla kartoitimme, onko vastaajalla jokin pitkäaikaissairauksille altistava riskitekijä. Kysymys 4 kartoitti, sairastaako vastaaja jotakin pitkäaikaissairautta. Kysymys 5 käsitteli omaa sairauden hoitoa ja terveyden ylläpitämistä vaikeuttavia tekijöitä. Tämä oli avoin kysymys. Kysymys 6 oli monivalintakysymys, jonka avulla selvitimme, minkälaista ohjausta asiakas toivoisi saavan. Kysymys 7 sisälsi väittämiä terveys- ja hoitosuunnitelmasta, omasta sairauden hoidosta ja terveyden edistämisestä, ohjauksesta, motivoinnista sekä omahoidon tuen tarpeista ja kokemuksista. Terveys- ja hoitosuunnitelman käsite pelkistettiin kyselylomakkeeseen muotoon hoitosuunnitelma, joka esiintyy arkikielessä useammin. Kysymyksen väittämissä oli käytetty Likertin asteikkoa ja asiakas valitsi vastausvaihtoehdoista itselleen parhaiten sopivan vaihtoehdon.

Kysymyksellä 8 kartoitimme, mistä asioista asiakas on tietoa ja tukea saanut. Tässä kysymyksessä väittämät olivat kuvattu Likertin asteikolla. Kysymys 9 oli monivalintakysymys, joka käsitteli kokemuksia ohjausmenetelmistä. Kysymyksessä 10 käytettiin Likertin asteikkoa ja se käsitteli Koivukylän itsehoitopistettä sekä sähköistä asiointia. Kysymys 11 oli monivalintakysymys, jossa vastaaaja sai valita 3 mieleistään vastausvaihtoehtoa. Lopuksi vastaaaja sai kommentoida vapaasti, mitä hänellä tuli mieleen esimerkiksi kyselylomakkeeseen liittyen. Kysely-

lomakkeen kysymyksissä käytetyt lähteet löytyvät työn liitteistä (Liite 1). Kyselylomake löytyy kokonaisuudessaan työn lopusta (Liite 3).

Kyselylomakkeen alussa tulee olla saate. Saatteen tehtävänä on motivoida vastaajaa täyttämään lomake sekä selvittää vastaajalle tutkimuksen taustaa ja vastaamista. (Heikkilä 2008: 61-62.) Saatekirjeessä esitellään opinnäytetyön tekijät ja kerrotaan opinnäytetyön aiheesta sekä sen tavoitteista ja tarkoituksesta. Saatekirjeestä ilmenee, että kyselyyn vastataan niimettömänä ja vastaaminen on vapaaehtoista eikä se velvoita mihinkään. Saatekirjeestä ilmenee myös kyselylomakkeen arvioitu täyttämisaika sekä opinnäytetyön tekijöiden yhteystiedot mahdollista yhteydenottoa varten mikäli asiakkaalla tulee jotain kysyttävää asiasta (Liite 2).

7.3 Aineiston keruu

Opinnäytetyön kyselyn muodoksi valittiin informoitu kysely. Siinä tutkija jakaa lomakkeet vastaajille henkilökohtaisesti. (Hirsjärvi ym. 2009: 196-197). Lomakkeita jaettaessa opinnäytetyön tekijät kertoivat asiakkaille kyselyn tarkoituksesta, selostivat kyselyä sekä vastasivat mahdollisiin vastaajien esittämiin kysymyksiin. Asiakkaat täyttivät kyselylomakkeen terveysaseman tiloissa odottaessaan pääsyä sairaanhoitajan, terveydenhoitajan tai lääkärin vastaanotolle. Asiakkailla oli mahdollisuus palauttaa kyselylomake joko kyselyn toteuttajille, palautuslaatikkoon tai vastaanottavalle hoitohenkilökunnalle.

Kyselylomakkeiden jako tapahtui henkilökohtaisesti Koivukylän terveysaseman asiakkaille toukokuussa 2014. Kyselyyn vastaajiksi valikoituivat ainoastaan ne asiakkaat, jotka olivat menossa terveysasemalle tai jo olivat terveysaseman odotustilassa. Kyselylomakkeita ei jaettu muille terveyskeskuksen asiakkaille, esimerkiksi neuvolassa tai sosiaalipuolella asioiville. Kyselylomakkeita jaettiin sekä terveyskeskuksen aulatilassa että terveysaseman toisen kerroksen odotustiloissa. Aineisto kerättiin tutkimuspäivien aikana terveysasemalla asioivilta asiakkailta. Edellytyksenä oli, että kyselyyn vastaaja oli täysi-ikäinen ja Koivukylän terveysaseman palveluja käyttävä henkilö. Pääperiaatteena oli, että lomakkeita jaetaan ikään, sukupuoleen tai kansallisuuteen katsomatta kaikille niille asiakkaille, jotka täyttivät yllä olevat asettamamme edellytykset. Kyselylomakkeita oli ainoastaan suomenkielisinä, joten periaatteessa suomea taitamaton asiakas ei pystynyt kyselyyn vastaamaan.

Kyselylomakkeita jaettiin asiakkaille kolmen päivän aikana yhteensä 100 kpl. Takaisin lomakkeita palautui yhteensä 81 kpl, näistä 3 kpl palautui tyhjänä ja 11 kpl jouduttiin hylkäämään. Valideja kyselylomakkeita tuli kaikkiaan 67 kpl. Kyselylomake hylättiin, mikäli lomakkeeseen oli täytetty ainoastaan ikä ja/tai sukupuoli eikä muuta tai koko lomakkeeseen oli täytetty vain muutama vastaus. Lomake jouduttiin hylkäämään myös, jos vastaaja oli alle 18-vuotias.

7.4 Aineiston analysointi

Tutkimuksen ydin on kerätyn aineiston analyysi, tulkinta sekä johtopäätökset. Aineiston käsittely ja analysointi aloitetaan mahdollisimman pian, kun tiedonkeruuvaihe tai kenttävaihe on ohi. Analyysitapaa valitessa tulee huomioida, minkälainen analyysitapa tuo parhaiten vastauksen ongelmaan tai tutkimustehtävään. Tässä opinnäytetyössä käytetään selittävää analyysitapaa. Selittämiseen pyrkivässä analyysissä on käytössä usein tilastollinen analyysi ja päätelmien teko. (Heikkilä 2008: 221, 223-224.) Tutkimuksen toteuttamisen jälkeen saadut tulokset analysoitiin käyttäen apuna SPSS-tilasto-ohjelmaa. Avointa kysymystä tulkittaessa käytettiin sisällönanalyysiä.

Asioita kuvataan numeerisilla suureilla ja tuloksia voidaan havainnollistaa eri taulukoiden tai kuvioiden avulla. Yleensä selvitetään myös eri asioiden välisiä riippuvuuksia tai muutoksia, jotka ovat tapahtuneet tutkittavassa ilmiössä. Aineistosta saatuja tuloksia pyritään yleistämään tutkittuja havaintoyksiköitä suurempaan joukkoon tilastollista päättelyä käyttämällä. (Heikkilä 2008: 16.) Kyselylomakkeen kysymykset jaoteltiin vastausten analysointivaiheessa eri aihe-alueiden alle, jolloin pystyttiin yhdistelemään pieniä väittämäkysymyksiä keskenään. Tämä selkeytti vastausten analysointia. SPSS-tilasto-ohjelman avulla tehtiin erilaisia taulukoita, joiden perusteella pystyttiin tarkastelemaan vastauksia paremmin sekä tekemään johtopäätöksiä. Vastaajien iät luokiteltiin. Ikäluokasta sekä sukupuolesta tehtiin pylväs- sekä piirakkadiagrammit.

Analysointivaiheessa Likertin asteikolla esitetty vaihtoehto 3=en osaa sanoa, jätettiin useimmissa kysymysosioissa pois, sillä kyseessä olevalla vaihtoehdolla ei ollut tässä opinnäytetyössä suurta merkitystä tulosten tulkitsemisvaiheessa ja johtopäätöksiä tehtäessä. Lisäksi vastausvaihtoehdot 1-2 sekä 4-5 yhdistettiin pienen aineistokoon vuoksi, jotta saatiin lisää tilastollista voimaa.

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa on ominaista johtopäätökset aiemmista tutkimuksista, aiemmat teorit, hypoteesien esittäminen sekä käsitteiden määrittely. Muuttujat muodostetaan taulukkomuotoon ja aineisto saatetaan tilastollisesti käsiteltävään muotoon. Päätelmien teko perustuu havaintoaineiston tilastolliseen analysointiin, muun muassa tulokset kuvataan prosenttilukoiden avulla ja testataan tilastollisesti tulosten merkitsevyys. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009: 140.) Tutkimustulosten tarkasteluvaiheessa peilattiin tuloksia muiden samansuuntaisten tutkimusten tuloksiin. Tekstissä on esitetty tuloksissa sekä prosenttiluku että lukumäärä.

Sisällönanalyysi on kerätyn aineiston tiivistämistä siten, että tutkittavia ilmiöitä pystytään kuvaamaan lyhyesti ja yleistävästi tai tutkittavien ilmiöiden väliset suhteet voidaan selkeästi esitellä. Sisällönanalyysissä on olennaista, että tutkimusaineistosta erotetaan samankalta-

suudet ja eroavaisuudet. Tekstin sanat tai fraasit luokitellaan samaan luokkaan kuuluviksi merkityksen perusteella. Aineistolähtöisessä sisällönanalyysissä on kolme päävaihetta, jotka ovat aineiston pelkistäminen, ryhmittely ja abstrahointi. (Janhonen & Nikkonen 2001: 23, 26). Aineistolähtöinen sisällönanalyysi valittiin, jotta avoimen kysymyksen vastaukset saataisiin kuvattua mahdollisimman tiiviisti. Avoimen kysymyksen vastaukset pelkistetään sekä jaotellaan ala- ja yläluokkiin. Näin saadaan esitettyä keskeisimmät esille tulleet tekijät.

8 Tulokset

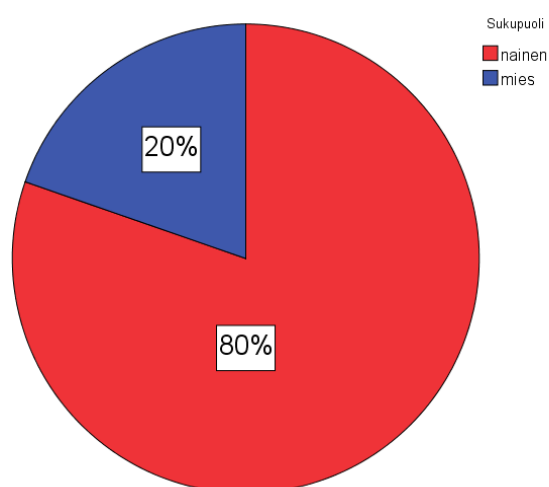
Kyselylomakkeita jaettiin terveysaseman asiakkaille yhteensä 100 kappaletta, joista palautui takaisin 81 lomaketta. Palautuneista lomakkeista 11 hylättiin ja 3 palautui tyhjänä. Täten valideja kyselylomakkeita jäi jäljelle 67 kappaletta. Vastausprosentti oli 67 %. Vastausten määrä vaihteli kysymyksittäin. Osassa vastauslomakkeista oli jätetty joihinkin kysymyksiin kokonaan tai osittain vastaamatta. Lisäksi monivalintakysymyksissä ei aina noudatettu ohjeiden antoa, vaan vastaaja oli valinnut useamman vastausvaihtoehdon kuin oli ohjeistettu. Vastaaajamäärät kysymyskohtaisesti koottiin taulukkoon (Liite 4). Kaikista tuloksista ei ole esillä taulukkoa tulososiossa. Tällöin tulokset on avattu pelkästään kirjallisessa muodossa.

8.1 Taustatiedot

Tutkimuksen taustatiedoilla selvitettiin vastaajien ikä ja sukupuoli sekä terveyteen vaikuttavat riskitekijät ja pitkäaikaissairaudet. Vastaajalla oli mahdollisuus kirjoittaa apuviivalle myös oma riskitekijä tai pitkäaikaissairaus, jollaista ei annetuissa vaihtoehdoissa ollut. Vastanneista eniten oli 61-75-vuotiaita. Heitä oli kaikkiaan 38 % (n=24). 25 % (n=16) vastanneista oli 46-60-vuotiaita. Vastaajista 22 % (n=14) oli 18-30-vuotiaita. Pienin vastausprosentti oli ikäjakaumassa 76-90-vuotiaat. Heitä oli yhteensä 3 % (n=2) (taulukko 1.) Vastaajista naisia oli 80 % (n=53) ja miehiä 20 % (n=13) (kuvio 1).

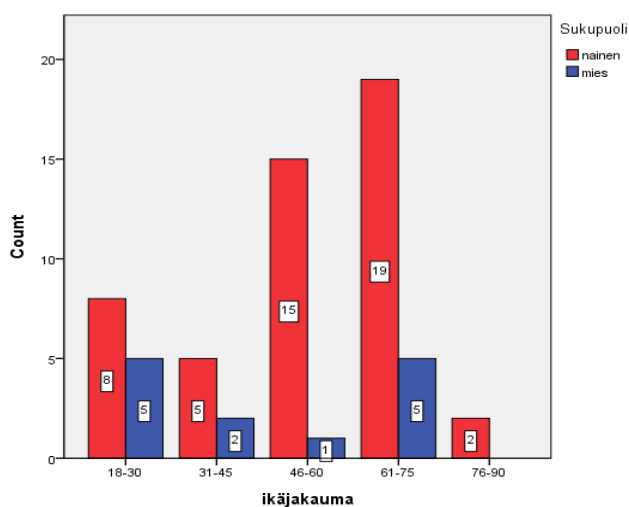
Ikäjakauma	Lukumäärä	Prosentti	Validi prosentti	Kumulatiivinen prosentti
18–30	14	20,9	22,2	22,2
31–45	7	10,4	11,1	33,3
46–60	16	23,9	25,4	58,7
61–75	24	35,8	38,1	96,8
76–90	2	3,0	3,2	100,0
yhteensä	63	94,0	100,0	
puuttuvia	4	6,0		
yhteensä	67	100,0		

Taulukko 1: Ikäjakauma



Kuvio 1: Sukupuoli

Vastanneista eniten oli 65–75-vuotiaita naisia. Heitä oli kaikista vastaajista 31 % (n=19). Toiseksi eniten oli 46–60-vuotiaita naisia. Heitä oli 24 % (n=15). Vastaajista 13 % (n=8) oli 18–30-vuotiaita naisia. Vähiten oli 46–60-vuotiaita miehiä. Heitä oli ainoastaan 1,6 % (n=1) (kuvio 2).



Kuvio 2: Sukupuoli ja ikäjakauma

Terveyteen vaikuttavat riskitekijät

Vastanneista 42 %:lla (n=23) ei ollut mitään terveyteen vaikuttavaa riskitekijää. Vastanneista 31 %:lla (n=17) oli kohonneita kolesteroliarvoja. Ylipainoa esiintyi 20 %:lla vastaajista (n=16). Vastaajista 13 %:lla (n=7) oli kohonneita verensokeriarvoja. Vastaajista 13 % (n=7) koki liikkuvansa liian vähän. 11 % (n=6) vastanneista kertoi riskitekijäksi kohonneet verenpaine-arvot, mutta ei vielä kuitenkaan sairastanut verenpainetauti. Yksinäisyyden koki terveyteen vaikuttavana riskitekijänä 4 % (n=2). Vastanneista 4 % (n=2) kertoi riskitekijäksi jonkin muun riskitekijän. Nämä muut riskitekijät olivat lievä ylipaino sekä vatsakatarri ja nivelrikko. Epäterveellisen ravitsemuksen koki riskitekijäksi ainoastaan 2 % (n=1).

Todetut sairaudet

Vastaajista 28 %:lla (n=16) oli verenpainetauti. Astmaa sairasti 24 % (n=14). Vastanneista 22 %:lla (n=13) ei ollut todettua sairautta. Tyypin 2 diabetesta sairasti 12 % (n=7). Tyypin 1 diabetesta sairasti 7 % (n=4). Vastanneista 7 % (n=4) sairasti masennusta. Sepelvaltimotautia sairastavien osuus oli 5 % (n=3). Sydämen vajaatoiminta oli 3 %:lla vastaajista (n=2).

Vastanneista 33 %:lla (n=19) oli jokin muu sairaus kuin annetuissa vastausvaihtoehdoissa. Todettuja yksittäisiä sairauksia ilmeni vastaajilla seuraavasti: reuma, nivelreuma, osteopenia, polvien nivelrikko, niskan ja selän murtumat, välilevyn pullistuma, aivoinfarkti, kilpirauhasen vajaatoiminta (n=2), ms-tauti, glaukooma, eteisvärinä (n=2), refluksitauti, epilepsia (n=2), syöpä, migreeni, polykystinen munasarja, kyhmystruuma ja krooninen mahakatarri.

8.2 Asiakkaiden omahoidon tuen ja tiedon tarpeet

Omahoidon haasteet

Kyselylomakkeen avoimella kysymyksellä haluttiin selvittää vastaajien kokemuksia niistä tekijöistä, jotka vaikeuttavat asiakkaan sairauden hoitoa ja terveyden ylläpitämistä kotona. Avoimeen kysymykseen vastasi 31 % (n=21) kaikista kyselyyn vastanneista. Avoimeen kysymykseen vastanneet saattoivat nimetä useita terveyden ylläpitämistä ja sairauden hoitoa vaikeuttavia tekijöitä. Avoimen kysymyksen vastaukset pelkistettiin ja ryhmiteltiin, jonka jälkeen niistä tehtiin ala- ja pääluokat (liite 5). Näin saatiin vastauksista nousseet pääkohdat esille. Alla kuvataan vastauksista esiin nousseita tekijöitä, joita havainnollistetaan suorilla lainauksilla.

Avoimen kysymyksen vastauksista suurimmaksi yksittäiseksi haasteeksi nousi jaksamattomuus 17 % (n=8).

”vähäinen lepo”
”väsymys, katkonainen uni, ei jaksakaan olla”
”energian puute”

Ajan käytön koki haasteena 13 % (n=6) kysymykseen vastanneista.

”kiire, stressi”
”ajan puute”
”hermojen 24/7 rasitus”

Oma terveydentila koettiin myös omahoitoa vaikeuttavana tekijänä 13 % (n=6).

”lääkitys ollut alihoidettu”
”lonkkien jatkuva särky”
”nivelrikko, lonkkakipu”

Elintavoista liikkumattomuus 11 % (n=5) sekä ravitseminen 9 % (n=4) koettiin myös haasteena oman terveyden ylläpitämisessä ja sairauden hoidossa.

”liikunnan puute”
”ylipaino, en löydä kunnon ruokarytmiä (ahmimishäiriö), huono kunto”
”painon hallinta”

Fyysiseen terveyteen vaikuttavat ympäristölliset tekijät kuormittivat 11 % (n=5) vastaajista.

”Suomen ilmasto”
”siitepöly, katupöly”
”mahdollinen pöly-allergia”

Arkielämän haasteet, kuten toimeentulo 6 % (n=3) sekä perhe ja työ 6 % (n=3) koettiin myös omahoitoa vaikeuttavina tekijöinä.

”rahan puute, työ”
”yksihuoltajuus”
”lapset”
”lääkkeet maksaa”

Asiakkaiden psyykkiseen hyvinvointiin liittyvät kuormittavat tekijät koki omahoidon haasteena 6 % (n=3) vastaajista.

”paljon muistamista”

”epätarkkuus”

”unohtelu”

Hoitoon pääsyyn liittyvät haasteet, kuten hoitoon kulkeminen 4 % (n=2) sekä terveydenhuoltojärjestelmä 4 % (n=2) vaikeuttivat osaltaan asiakkaan sairauden hoitoa ja terveyden ylläpitoa kotona.

”ei ole omaa autoa/ajokorttia → kulkeminen”

”kuljetus hoitoon”

”erikoislääkəriin pääsy, pitkät odotusajat”

Sisällön analyysillä muodostettiin viisi pääluokkaa asiakkaiden kokemusten pohjalta, jotka vaikeuttavat heidän terveystensä ylläpitoa tai sairauden hoitoa kotona. Pääluokiksi nousivat hoitoon pääsy, elintavat, arkielämän haasteet, fyysinen terveys sekä psyykinen hyvinvointi. Pääluokat sisältävät alaluokat sekä pelkistetyt käsitteet (liite 5).

Asiakkaiden toiveet ohjausmenetelmistä

Vastaajat saivat valita annetuista ohjausmenetelmävaihtoehdoista, millaista ohjausta he toivoisivat saavansa ammattihenkilökunnalta. Vastaajat saivat valita vaihtoehdoista useamman kuin yhden. Enemmistö vastaajista eli 59 % (n=32) toivoi ohjausmenetelmäksi yksilöohjausta. Alle puolet vastaajista eli 46 % (n=25) toivoi ohjausmenetelmäksi suullista ohjausta. Selkeästi vähemmän vastaajat olivat valinneet kirjallisen ohjauksen 16 % (n=9), puhelinohjauksen 14 % (n=8) ja tietokoneavusteisen ohjauksen 9 % (n=5). Vastaajista 4 % (n=2) halusi saada ryhmäohjausta ja demonstraatiota 1 % (n=1) (taulukko 2).

	lukumäärä	% vastauksista	% vastanneista
yksilöohjaus	32	39,0%	59,3%
ryhmäohjaus	2	2,4%	3,7%
puhelinohjaus	8	9,8%	14,8%
tietokoneavusteinen ohjaus	5	6,1%	9,3%
suullinen ohjaus	25	30,5%	46,3%
kirjallinen ohjaus	9	11,0%	16,7%
demonstraatio	1	1,2%	1,9%
Yhteensä	82	100,0%	151,9%

Taulukko 2: Toiveet ohjausmenetelmistä

Voimavarat ja voimavaralähtöinen ohjaus

Suurin osa vastaajista tiesi keinot, miten hoitaa sairauttaan. Heitä oli vastaajista täysin tai jokseenkin samaa mieltä 91 % (n=53). Vastaajista 49 % (n=27) koki tarvitsevansa hoitajalta saatavaa tietoa ja ohjausta. 30 % (n=16) vastaajista koki, ettei tarvitse hoitajalta saatavaa tietoa ja ohjausta. 64 % (n=37) koki tarvitsevansa lääkäriltä saatavaa tietoa ja ohjausta, kun taas 20 % (n=12) ei koe tarvitsevansa lääkärin tietoa ja ohjausta. Vastaajista 31 % (n=17) tarvitsee hoitohenkilökunnan tarjoamaa elintapaohjausta. Puolet vastanneista eli 51 % (n=28) oli asiasta jokseenkin tai täysin eri mieltä. Suurin osa vastaajista eli 82 % (n=46) pystyi mielestään toteuttamaan itsenäistä sairaudenhoitoa hoitohenkilökunnan ohjeiden mukaisesti (taulukko 3).

		täysin samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	en osaa sanoa	jokseenkin eri mieltä	täysin eri mieltä
tiedän keinot, miten hoidan sairauttani	määrä	24	29	2	1	2
	%	41,4%	50,0%	3,4%	1,7%	3,4%
koen tarvitsevani hoitajalta saatavaa tietoa ja ohjausta	määrä	11	16	12	8	8
	%	20,0%	29,1%	21,8%	14,5%	14,5%
koen tarvitsevani lääkäriltä saatavaa tietoa ja ohjausta	määrä	16	21	9	6	6
	%	27,6%	36,2%	15,5%	10,3%	10,3%
tarvitsen hoitohenkilökunnan tarjoamaa elintapaohjausta	määrä	10	7	10	10	18
	%	18,2%	12,7%	18,2%	18,2%	32,7%
pystyn toteuttamaan itsenäistä sairaudenhoitoa hoitohenkilökunnan ohjeiden mukaisesti	määrä	22	24	6	2	2
	%	39,3%	42,9%	10,7%	3,6%	3,6%

Taulukko 3: Voimavarat ja voimavaralähtöinen ohjaus

8.3 Kokemukset omahoidon tuesta

Millaista ohjausta asiakas on saanut

Vastaajilta kysyttiin, minkälaista ohjausta he ovat saaneet. Vastaajat saivat valita vastauksista useamman vaihtoehdon. Eniten vastaajat olivat saaneet suullista ohjausta. Tämän vaihtoehdon oli valinnut 65 % (n=33). Kolmannes vastaajista oli saanut yksilöohjausta. Heitä oli vastaajista 49 % (n=25). Vähiten vastaajat olivat saaneet ryhmäohjausta tai demonstraatio-ohjausta. Molemmissa oli vastaajia 8 % (n=4). Tietokoneavusteista ohjausmenetelmää ei ollut kukaan vastaaja saanut (taulukko 4).

	Vastaukset		
	lukumäärä	% vastauksista	% vastanneista
yksilöohjaus	25	31,6%	49,0%
ryhmäohjaus	4	5,1%	7,8%
puhelinohjaus	6	7,6%	11,8%
suullinen ohjaus	33	41,8%	64,7%
kirjallinen ohjaus	7	8,9%	13,7%
demonstraatio	4	5,1%	7,8%
YHTEENSÄ	79	100,0%	154,9%

Taulukko 4: Kokemukset ohjausmenetelmistä

Väittämässä koskien ohjausta tiedusteltiin, onko asiakas saanut hoitohenkilökunnalta tietoa eri ryhmäohjaustilaisuuksista. Vastaajista 52 % (n=26) ei ollut saanut hoitohenkilökunnalta tietoa eri ryhmäohjaustilaisuuksista. Tietoa ryhmäohjaustilaisuuksista oli saanut 28 % vastaajista (n=14).

Hoitohenkilökunnalta saadun tiedon ja tuen määrä

Vastaajat saivat arvioida hoitohenkilökunnalta saadun tiedon ja tuen määrää eri aihealueittain. 60 % (n=32) vastaajista oli saanut paljon tietoa sairauden hoidosta. Mielenpitoet sairauksien ennaltaehkäisystä jakautuivat tasaisesti. Vastaajista 37 % (n=20) oli saanut vähän tietoa ja 36 % (n=19) oli saanut paljon tietoa sairauksien ennaltaehkäisystä. Vastaajista 46 % (n=24) oli saanut paljon tietoa ravitsemuksesta, kun vastaavasti vähän tietoa oli saanut 39 % (n=21). Liikunnasta enemmistö eli 45 % (n=24) oli saanut mielestään vähän tietoa hoitohenkilökunnalta. Päihitteettömyydestä kysyttäessä suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että he olivat saaneet vähän tietoa asiasta. Heitä oli vastaajista vajaa puolet eli 43 % (n=20). Painon hallinnasta oli saanut vähän tietoa 44 % (n=21) vastaajista. Vastaajista 36 % (n=15) ei osannut kertoa mielipidettään väittämään tupakoinnin lopettamisesta. Tupakoinnin lopettamisesta oli saanut vähän tietoa 33 % (n=14) ja paljon tietoa 31 % (n=13). Vastaajista 43 % (n=21) oli sitä mieltä, että he olivat saaneet vähän tietoa mielen hyvinvoinnista. (taulukko 5).

		erittäin paljon				
		paljon	en osaa sanoa	vähän	erittäin vähän	
sairauden hoito	määrä	9	23	5	12	4
	%	17,0%	43,4%	9,4%	22,6%	7,5%
sairauksien ennaltaehkäisy	määrä	4	15	14	14	6
	%	7,5%	28,3%	26,4%	26,4%	11,3%
ravitsemus	määrä	8	16	9	14	7

	%	14,8%	29,6%	16,7%	25,9%	13,0%
liikunta	määrä	8	12	10	17	7
	%	14,8%	22,2%	18,5%	31,5%	13,0%
päihitteettömyys	määrä	6	7	14	7	13
	%	12,8%	14,9%	29,8%	14,9%	27,7%
painon hallinta	määrä	6	11	10	7	14
	%	12,5%	22,9%	20,8%	14,6%	29,2%
tupakoinnin lopettaminen	määrä	4	9	15	5	9
	%	9,5%	21,4%	35,7%	11,9%	21,4%
mielen hyvinvointi	määrä	6	8	14	8	13
	%	12,2%	16,3%	28,6%	16,3%	26,5%

Taulukko 5: Hoitohenkilökunnalta saatu tieto ja tuki

Hoitosuunnitelma

38 % (n=28) vastaajista tiesi, että heille on tehty hoitosuunnitelma. Vastaavasti 27 % (n=17) ei tiennyt heille tehdystä hoitosuunnitelmasta. Vastaajista 35 % (n=22) ei osannut kertoa mielihpidettään. Alle puolet vastaajista tiesi, mitä varten hoitosuunnitelma on tehty. Heitä oli vastaajista täysin tai jokseenkin samaa mieltä 43 % (n=26). 36 % (n=21) vastaajista ei osannut kertoa mielipidettään kysyttäessä asiakkaan mielipiteen huomioonottamista hoitosuunnitelman teossa. 33 % (n=19) oli sitä mieltä, että heidän mielipiteensä ja ideansa oli otettu huomioon hoitosuunnitelman teossa, kun taas 31 % (n=18) oli asiasta eri mieltä. Hoidon suunnittelussa oli saanut tukea tavoitteiden asettamiseen 36 % (n=20) vastaajista, kun vastaavasti 32 % (n=18) ei ollut saanut tähän tukea. Vastaajista 45 %:lle (n=25) oli tarjottu eri hoitovaihtoehtoja (taulukko 6.)

		täysin				
		samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	en osaa sanoa	jokseenkin eri mieltä	täysin eri mieltä
tiedän, että minulle on tehty hoitosuunnitelma	määrä	10	14	22	4	13
	%	15,9%	22,2%	34,9%	6,3%	20,6%
tiedän, mitä varten hoitosuunnitelma on tehty	määrä	18	8	21	1	12
	%	30,0%	13,3%	35,0%	1,7%	20,0%
hoitosuunnitelman teossa on huomioitu mielipiteeni ja ideani olen saanut tukea tavoitteiden asettamiseen hoidon suunnittelussa	määrä	12	7	21	6	12
	%	20,7%	12,1%	36,2%	10,3%	20,7%
minulle on tarjottu eri hoitovaihtoehtoja	määrä	9	11	18	9	9
	%	16,1%	19,6%	32,1%	16,1%	16,1%
	määrä	12	13	10	11	9
	%	21,8%	23,6%	18,2%	20,0%	16,4%

Taulukko 6: Asiakkaan hoitosuunnitelma

Vastanneista 52 % (n=27) ei ollut käynyt läpi hoitosuunnitelman seuranta ja toteutumista yhdessä ammattihenkilön kanssa. Vastaavasti 27 % (n=14) vastanneista oli käynyt läpi. Vastanneista 46 % (n=24) ei ollut osallistunut hoidon onnistumisen arviointiin. Vastaavasti 27 % (n=14) vastaajista oli osallistunut arviointiin. Kopiota hoitosuunnitelmasta ei ollut saanut 55 % (n=29) vastaajista (taulukko 7).

		täysin samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	en osaa sanoa	jokseenkin eri mieltä	täysin eri mieltä
olen käynyt ammattihenkilön kanssa läpi hoitosuunnitelman seuranta ja toteutumista säännöllisesti	määrä	8	6	11	11	16
	%	15,4%	11,5%	21,2%	21,2%	30,8%
olen osallistunut hoidon onnistumisen arviointiin	määrä	6	8	14	7	17
	%	11,5%	15,4%	26,9%	13,5%	32,7%
olen saanut kopion hoitosuunnitelmasta itselleni	määrä	6	11	7	7	22
	%	11,3%	20,8%	13,2%	13,2%	41,5%

Taulukko 7: Hoitosuunnitelma ja asiakkaan osallistuminen hoitoon

Väittämään onko hoitohenkilökunta kartoittanut vastaajan elämäntilannetta yksityiskohtaisesti, oli vastaajista 23 % (n=13) täysin tai jokseenkin samaa mieltä asiasta. Yli puolet vastaajista eli 57 % (n=33) oli sitä mieltä, ettei hoitohenkilökunta ole kartoittanut vastaajan elämäntilannetta yksityiskohtaisesti. 19 % vastaajista (n=11) ei osannut sanoa mielipidettään.

Vastaajista kolmannes eli 33 % (n=18) oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että hoitohenkilökunta on ollut säännöllisesti yhteydessä hoidon aikana. Yli puolet vastaajista 55 % (n=30) vastasi, ettei hoitohenkilökunta ole ollut heihin säännöllisesti yhteydessä hoidon aikana. 13 % (n=7) ei osannut kertoa mielipidettään.

Voimavaralähtöinen ohjaus

Vastaajista 65 % (n=37) koki saaneensa tietoa terveellisistä elintavoista hoitohenkilökunnalta. 48 % (n=27) koki, että heidän kanssaan on keskusteltu terveystottumuksista. Hoitohenkilökunnan apua päätösten tekoon koki saaneensa 38 % (n=21). Vastaajista 63 % (n=36) koki, että heitä kuunnellaan vastaanotolla. 58 % (n=32) vastasi, että vastaanotolla hoitaja on varmistanut asiakkaalta, että hän on ymmärtänyt asian (taulukko 8.)

		täysin samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	en osaa sanoa	jokseenkin eri mieltä	täysin eri mieltä
olen saanut tietoa hoitohenkilökunnalta terveellisistä elintavoista	määrä	15	22	5	11	4
	%	26,3%	38,6%	8,8%	19,3%	7,0%
minun kanssani on keskusteltu terveystottumuksistani	määrä	10	17	10	11	8
	%	17,9%	30,4%	17,9%	19,6%	14,3%
olen saanut apua hoitohenkilökunnalta päätösten teossa	määrä	7	14	18	8	8
	%	12,7%	25,5%	32,7%	14,5%	14,5%
tunnen, että minua kuunnellaan vastaanotolla	määrä	12	24	8	11	2
	%	21,1%	42,1%	14,0%	19,3%	3,5%
vastaanotolla hoitaja on varmistanut, että olen ymmärtänyt asian	määrä	12	20	9	7	7
	%	21,8%	36,4%	16,4%	12,7%	12,7%

Taulukko 8: Voimavaralähtöinen ohjaus

Enemmistö vastaajista eli 74 % (n=46) oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että on saanut hoitohenkilökunnalta tarvitsemaansa tietoa ja ohjausta. Vastaavasti 16 % (n=10) vastaajista oli väittämstä eri mieltä. 9 % (n=6) ei osannut kertoa mielipidettään.

34 % vastaajista (n=18) oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että hoitohenkilökunta on tukenut asiakkaan toteuttamia hoitoratkaisuja. Viidennes vastaajista eli 26 % (n=14) oli jokseenkin tai täysin eri mieltä väittämstä. Lähes puolet eli 40 % (n=21) ei osannut kertoa mielipidettään.

8.4 Motivointi

42 % (n=23) vastaajista koki tärkeänä saada kannustusta hoitohenkilökunnalta. Kannustusta ei pitänyt tärkeänä 36 % (n=20) vastaajista. Vastanneista 45 % (n=25) piti tärkeänä saada hoitohenkilökunnalta positiivista palautetta. 39 % (n=21) oli saanut palautetta onnistumisestaan, kun vastaavasti 37 % vastaajista (n=20) ei ollut saanut palautetta onnistumisestaan (taulukko 9).

		täysin samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	en osaa sanoa	jokseenkin eri mieltä	täysin eri mieltä
koen tärkeäksi saada kannustusta hoitohenkilökunnalta	määrä	9	14	12	7	13
	%	16,4%	25,5%	21,8%	12,7%	23,6%
koen tärkeäksi saada positiivista palautetta hoitohenkilökunnalta	määrä	9	16	11	6	13
	%	16,4%	29,1%	20,0%	10,9%	23,6%

olen saanut palautetta onnistu-	määrä	8	13	13	8	12
misestani	%	14,8%	24,1%	24,1%	14,8%	22,2%

Taulukko 9: Asiakkaan kannustus ja palaute

8.5 Koivukylän terveysaseman itsehoitopiste

Itsehoitopiste ja sähköinen asiointi

Vastanneista 66 % (n=40) piti täysin tai jokseenkin tärkeänä, että terveysasemalla on itsehoitopiste, kun vastaavasti 10 % (n=6) ei pitänyt sitä tärkeänä. Vastaaajista 73 % (n=44) oli sitä mieltä, ettei heille oltu kerrottu terveysaseman itsehoitopisteestä. Suurin osa vastanneista eli 82 % (n=49) ilmoitti, ettei heille oltu osoitettu terveysaseman itsehoitopistettä. Vastaaajista 86 % (n=50) oli sitä mieltä, ettei heitä oltu opastettu itsehoitopisteen käytössä (taulukko 10.)

Terveysaseman sähköisiä verkkopalveluita osasi käyttää 65 % vastaaajista (n=40). Jokseenkin tai täysin eri mieltä sähköisten verkkopalveluiden osaamisesta oli 23% (n=14) vastaaajaa. Vastanneista yli puolet eli 64 % (n=40) piti täysin tai jokseenkin tärkeänä, että asiakkaalla on mahdollisuus olla sähköpostitse yhteydessä hoitajaan. 64 % (n=38) vastanneista toivoi, että mitatut arvot itsehoitopisteessä siirtyisivät suoraan hoitajalle sähköisesti. 62 % vastaaajista (n=37) oli samaa mieltä siitä, että on kiinnostunut tulevaisuudessa verkkopalvelun kautta tapahtuvaan sähköiseen asiointiin hoitajan tai lääkärin kanssa (taulukko 10).

	täysin samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	en osaa sanoa	jokseenkin eri mieltä	täysin eri mieltä	yhteensä
pidän tärkeänä, että terveysasemalla on itsehoitopiste	25 41%	15 25%	15 25%	4 7%	2 3%	61 100%
minulle on kerrottu terveysaseman itsehoitopisteestä	3 5%	4 7%	9 15%	10 17%	34 57%	60 100%
minulle on näytetty itsehoitopiste	3 5%	2 3%	6 10%	9 15%	40 67%	60 100%
minua on opastettu itsehoitopisteessä olevien välineiden käytössä	2 3%	1 2%	5 9%	11 19%	39 67%	58 100%
osaan käyttää tietokoneella tällaisia sähköisiä verkkopalveluita	24 39%	16 26%	8 13%	3 5%	11 18%	62 100%
pidän tärkeänä, että minulla on mahdollisuus olla sähköpostitse yhteydessä hoitajaan	28 45%	12 19%	12 19%	1 2%	9 15%	62 100%
toivon, että mitattamani arvot itse-	24	14	11	2	8	59

hoitopisteessä siirtyisivät suoraan hoitajalle sähköisesti	41%	24%	19%	3%	14%	100%
olen kiinnostunut tulevaisuudessa verkkopalvelun kautta tapahtuvaan sähköasiointiin hoitajan tai lääkärin kanssa	28	9	11	1	11	60
	47%	15%	18%	2%	18%	100%

Taulukko 10: Itsehoitopiste ja sähköinen asiointi

Asiakkaiden toiveet itsehoitopisteelle

Vastaajat saivat ympyröidä annetuista vastausvaihtoehdoista mielestään kolme tärkeintä, mitä he haluaisivat terveysaseman itsehoitopisteessä olevan. Eniten vastaajista haluaisi, että itsehoitopisteellä olisi paikalla hoitaja tiettyinä aikoina. Tämän vaihtoehdon oli valinnut 60 % (n=33). Vajaa puolet vastaajista eli 40 % (n=22) haluaisi, että itsehoitopisteessä on verenpainemittari. Alle puolet vastanneista eli 36 % (n=20) haluaisi, että itsehoitopisteeltä olisi mahdollisuus olla sähköisesti yhteydessä hoitajaan. Alle puolet vastaajista eli 31 % (n=17) piti tärkeänä, että itsehoitopisteestä löytyy vaaka. 29 % vastaajista (n=16) halusi, että itsehoitopisteessä olisi erilaisia riskitestejä ja terveystarkastuksia. Tietoa ja esitteitä lähialueen eri palveluista haluaisi 26 % vastaajista (n=14). Vastaajista saman verran eli 26 % (n=14) haluaisi itsehoitopisteelle tietokoneen. Vastaajista 24 % (n=13) oli valinnut kirjallisen materiaalin liittyen terveellisiin elintapoihin. Vyötärön ympärysmittoja itsehoitopisteelle haluaisi 13 % vastaajista (n=7). Jotain muuta itsehoitopisteeltä haluaisi löytyvän 6 % vastaajista (n=3) (taulukko 11).

	Vastaukset		
	Lukumäärä	% vastauksista	% vastanneista
vaaka	17	10,7%	30,9%
verenpainemittari	22	13,8%	40,0%
vyötärön ympärysmittanauhoja	7	4,4%	12,7%
tietokone	14	8,8%	25,5%
kirjallista materiaalia liittyen terveellisiin elintapoihin	13	8,2%	23,6%
erilaisia riskitestejä ja terveystarkastuksia	16	10,1%	29,1%
tietoa ja esitteitä lähialueen terveyden, hyvinvoinnin ja sairaanhoidon eri palveluista	14	8,8%	25,5%
hoitaja paikalla tiettyinä aikoina	33	20,8%	60,0%
sähköinen yhteys hoitajiin	20	12,6%	36,4%
jotain muuta	3	1,9%	5,5%
YHTEENSÄ	159	100,0%	289,1%

Taulukko 11: Toiveet itsehoitopisteelle

Lisäksi vastaajilla oli mahdollisuus ympyröidä kohta, jossa he saivat kertoa, mitä muuta he toivoisivat itsehoitopisteessä olevan kuin annetuissa vaihtoehdoissa. Tätä mahdollisuutta käytti kolme vastaajaa.

”ryhmä nivelreumatikoille”

”sokerimittari ja kolesterolimittari”

”haluaisin, että hoitaja mittaa verenpaineen ja muutakin voisi kysyä”

9 Pohdinta

9.1 Tulosten tarkastelua

Voimavaralähtöinen ohjaus ja asiakkaan motivointi

Asiakkaan ohjaukseen perustuvilla kysymyksillä pyrittiin selvittämään, minkälaista ohjausta asiakkaat olivat saaneet sekä minkälaisia ohjausmenetelmiä asiakkaat toivoisivat saavansa. Tuloksissa korostuvat perinteisten ohjausmenetelmien merkitys, jossa asiakas on henkilökohtaisessa vuorovaikutuksessa hoitohenkilökunnan kanssa. Kokemukset terveysasemalla saadusta ohjausmenetelmistä painottuivat suulliseen ohjaukseen 42 % ja yksilöohjaukseen 32 %. Kirjallista ohjausta oli saanut 9 % vastanneista. Asiakkaat kokivat saaneensa tietoa erilaisista ryhmäohjaustilanteista huonosti.

Asiakkailla 58 %:lla oli pääsääntöisesti kokemus, että hoitohenkilökunta on vielä varmistanut, että asiakas ymmärtää vastaanotolla läpi käydyt asiat. Opinnäytetyön tuloksista kuitenkin nousee esille, että kirjallisen ohjauksen osuus jää niukaksi. Tuomikosken (2007) tutkimuksessa ilmeni, etteivät asiakkaat aina muista vastaanotolta saatuja ohjeita, joten suullisen ohjauksen tueksi olisi tärkeää, että asiakkaat saisivat aina myös kirjalliset ohjeet vastaanotolla ohjautuista asioista. Aiemmat tutkimustulokset ovat osoittaneet, että toiselta ihmiseltä saatu tuki edistää asiakkaan omahoitoa. Lisäksi asiakkaat ovat korostaneet emotionaalisen tuen tärkeyden asiakkaan ja hoitohenkilökunnan välillä. (Tuomikoski 2007: 49,56.)

Toiveet ohjausmenetelmien suhteen olivat samansuuntaiset saadun ohjauksen kanssa, sillä 39 % toivoi saavansa yksilöohjausta tulevaisuudessakin sekä 31 % vastaajista koki suullisen ohjauksen itselleen sopivana menetelmänä. Kirjallista ohjausta toivoi saavansa 11 % vastaajista. Ryhmä-, demonstraatio-, puhelin- ja tietokoneohjausmenetelmiä ei koettu niin tarpeellisina, sillä vastausprosentti jäi näissä alle 10 %:iin.

Asiakkaista 65 % koki, että he ovat saaneet hoitohenkilökunnalta tietoa terveellisistä elintavoista. Lisäksi lähes puolella vastaajista (48 %) oli kokemus siitä, että hoitohenkilökunta on keskustellut heidän kanssaan terveystottumuksistaan. Asiakkaat (63 %) olivat pääsääntöisesti sitä mieltä, että heitä kuunnellaan vastaanotolla, mutta tukea ja apua päätösten tekoon he kokivat saavansa vähemmän. Suurin osa asiakkaista (74 %) oli kuitenkin sitä mieltä, että on saanut yksilöllisen tarpeen mukaista tietoa ja ohjausta. Myös Kivistön ym. (2009) tutkimuksessa todetaan, että terveysneuvonnan lähtökohtana ovat asiakkaan aiemmat kokemukset, ajan-kohtainen tieto, asiakkaan omat tavoitteet ja motivaatio. Ohjauksen tulee perustua asiakkaan omiin lähtökohtiin. Pelkkä tieto terveellisistä elintavoista ei riitä, vaan kaiken toiminnan lähtökohtana on asiakkaan oma motivaatio, joka ilmenee asiakkaan halukkuutena osallistua elintapaohjaukseen sekä terveyttä edistäviin ja ylläpitäviin toimintoihin. Asiakkaan voimavaroja tukeva ohjaus auttaa asiakasta tunnistamaan omia voimavaroja sekä niiden käyttöönottoa. Tämä edistää myös asiakkaan kykyä tehdä omaan terveyteen vaikuttavia päätöksiä. (Kivistö, Johansson, Virtanen, Rankinen & Leino-Kilpi 2009: 14, 20.)

Yli puolet vastaajista (57 %) koki, ettei hoitohenkilökunta ole kartoittanut heidän elämäntilannettaan yksityiskohtaisesti. Kortelaisen (2010) tutkimuksessa todetaan, että ohjauksessa on huomioitava asiakas yksilönä sekä tutustuttava hänen elämänsä historiaansa, elinympäristöön, kykyihin sekä voimavaroihin. Ensisijaista on tutustua ensin asiakkaaseen ja sen jälkeen annettava yksilölliset asiakkaalle sopivat ohjeet. (Kortelainen 2010: 34.)

Asiakkaan motivaation vahvistamiseen perustuvien kysymysten vastaukset jakautuivat selkeästi. Asiakkaista (42 %) koki tärkeäksi saada kannustusta hoitohenkilökunnalta ja lähes sama määrä (40 %) ei pitänyt tätä tärkeänä. Vajaa puolet vastaajista (45 %) piti tärkeänä positiivisen palautteen saannin hoitohenkilökunnalta. Kuitenkin kolmanneksella vastaajista oli asiasta täysin eriävä mielipide. Henkilökunnan antama palaute asiakkaan onnistumisista jakautui myös selvästi kahteen eri kokemusluokkaan, sillä asiakkaista 39 % koki saaneensa palautetta onnistumisesta ja lähes sama määrä (37 %) ei ollut sitä saanut. Hyytiäisen (2010) tutkimuksessa todetaan potilaan tarvitsevan oman motivaation lisäksi jatkuvaa kannustamista ja tukea sekä hoitohenkilökunnalta että läheisiltä. Kannustaminen ja luottamuksen herääminen lisäävät asiakkaan omia voimavaroja. Tutkimuksessa todetaan myös asiakkaiden motivaatioon omahoidossa vaikuttavan se, että ohjaajalla on sama tavoite kuin heillä eikä tavoitteita ole asetettu liian korkealle. Tutkimuksessa todetaan esimerkiksi elintapamuutoksen edellytyksenä

olevan ulkoisen motivaation kuten palkkion saamisen lisäksi olevan sisäinen motivaatio eli kontrollin- sekä itsemääräämisoikeudentunne. (Hyytiäinen 2010: 80).

Vastaajien eriävät mielipiteet hoitohenkilökunnan antamasta palautteesta ja motivaation vahvistamisen tarpeesta saattavat johtua vastaanottokäyntien erilaisista luonteista. Vastaanottokäyntien sisällöstä riippuen ei tarvetta asiakkaan motivaation vahvistamiseen välttämättä ole. Tällaisia käyntejä terveysasemalla ovat muun muassa yksittäiset rokotuskäynnit tai pien-toimenpiteet. Viidennes vastaajista ei myöskään osannut sanoa mielipidettään, joka voi kertoa siitä, etteivät asiakkaat välttämättä tunnista niitä tilanteita vastaanotolla, jolloin hoitohenkilö motivoi asiakasta hoidossaan. Nämä voivat olla pieniä sanoja ja tekoja, jotka voivat jäädä asiakkaalta huomioimatta.

Motivaatiolla on kuitenkin merkittävä rooli siinä, miten asiakas oppii ohjaustilanteessa. Motivaatio on voima, jonka ansiosta asiakas kykenee tekemään asioita, mutta sen puute on toiminnan esteenä. Asiakkaan motivaatiota pystyy vahvistamaan ohjaustilanteessa keskittymällä siihen vaikuttavien tekijöiden vahvistamiseen, kuten vahvistamalla asiakkaan uskoa omaan kykyihin. Silloin kun asiakas saa positiivisia kokemuksia ohjaustilanteessa, hänen käsitys omista kyvyistään vahvistuu. Myönteiset kokemukset syntyvät hoitohenkilökunnan antaman kannustuksen ja rohkaisun kautta sekä ohjaajan kyvystä asiakaslähtöiseen ohjaukseen. (Kääriäinen 2011: 42.)

Asiakkaan voimavarat ja omahoidon tuki

Tämän opinnäytetyön tuloksissa asiakkaan omaa terveyden ylläpitämistä ja sairauden hoitoa vaikeuttavista tekijöistä korostuivat jaksamattomuus kuten väsymys ja energian puute, ajankäytön haasteet kuten kiire ja stressi sekä terveydentilaan liittyvät tekijät kuten epävarmuus terveydentilasta ja kivut. Myös huonot elintavat, kuten liikunnan vähäisyys, ylipaino ja epä-terveellinen ravitsemus nähtiin omahoitoa vaikeuttavina tekijöinä. Ympäristön haitalliset vaikutukset, kuten siitepöly ja ilmasto koettiin vaikeuttavana tekijänä.

Asiakkaiden omahoitoa vaikeuttavista tekijöistä merkittävin oli kuitenkin jaksamattomuus. Jaksamattomuus voi olla fyysisen väsymyksen lisäksi psyykkistä väsymystä tai välinpitämättömyyttä omaa terveyttä kohtaan. Nämä tekijät ovat myös yhteydessä toisiinsa, sillä esimerkiksi fyysinen väsymys saattaa kuormittaa ihmisen psyykkisiä voimavaroja. Hoitohenkilökunnan olisi

hyvä selvittää jaksamattomuuteen vaikuttavat tekijät ja vahvistaa asiakkaan olemassa olevia voimavaroja, jotka tukevat asiakkaan motivaatiota ja lisäävät pystyvyyden tunnetta hyvinvointinsa edistämiseksi.

Tuomikosken (2007) tutkimuksessa erottui omahoidon toteuttamista yleensä estävinä tekijöinä välinpitämättömyys terveyttä kohtaan. Muita syitä olivat jaksamattomuus hoitaa omaa terveyttään, luonteenpiirteiden vaikutus, toisten ihmisten asenteet, tiedon sekä tuen puute, ikään liittyvät tekijät, terveydentila ja elämäntavat sekä kriisit ja elämäntilanne, kuten huono taloudellinen tilanne. Omakohtaisia kokemuksia omahoitoa estävinä tekijöinä olivat muun muassa sairaudet, ajanpuute, vähäinen liikunta sekä annettujen ohjeiden muistamattomuus. (Tuomikoski 2007: 40.)

Tuomikosken tutkimuksen tulokset ovat samansuuntaisia opinnäytetyön tulosten kanssa, jossa yhteisiksi estäviksi tekijöiksi voidaan poimia asiakkaan jaksamattomuus, terveydentila, elämäntavat sekä ajanpuute. Asiakkaan omahoitoa estävien tekijöiden selvittäminen on tärkeää, sillä näin voidaan suunnitella asiakkaalle yksilöllinen hoitosuunnitelma, jossa huomioidaan asiakkaan omat voimavarat sekä estävät tekijät. Hyytiäisen (2010) mukaan asiakkaan alkukartoituksessa on tärkeä selvittää asiakkaan asennoituminen oman terveytensä hoitoon, tietoisuus terveyskäyttäytymisestään sekä asiakkaan muutosvalmius. Tutkimustuloksissa tuli esille, että asiakkaat kokevat ohjauksen huomioivan heidän voimavaransa, kun hoitohenkilö tiedustelee laajemmin heidän elämään liittyviä asioita. (Hyytiäinen 2010: 78.)

Asiakkaat olivat saaneet tietoa sairauden hoidosta, kun taas sairauksien ennaltaehkäisemisen keinoista oli asiakkaille puhuttu vähemmän. Asiakkaat olivat saaneet tietoa ja tukea ravitsemusasioissa, mutta liikuntaan, päihteettömyyteen, painonhallintaan ja tupakoinnin lopettamiseen oli paneuduttu vastaanotolla heikommin. Lisäksi mielen hyvinvointiin tarjottua tietoa ja tukea olivat asiakkaat saaneet niukasti. Kortelaisen (2010) tekemässä lisensiaattitutkimuksessa nousee esille, etteivät läheskään aina keskustelut elintapamuutoksista asiakkaan kanssa tuota toivottua tulosta. Tutkimuksessa viitataan muun muassa masennuksen olevan yksi selittävä tekijä sille, ettei ohjeita aina oteta vastaan tai noudateta. Tutkimuksessa alakuloisuus oli yhteydessä vähäiseen liikuntaan, epäterveelliseen ruokavalioon sekä tupakointiin. (Kortelainen 2010: 34.)

Tulokset saattavat viitata siihen, että vastaanottokäynnin luonne ei ole sisältänyt tarvetta keskustella asiakkaan kanssa hänen elintavoistaan. Hoitohenkilökunnan olisi kuitenkin aina huomioitava asiakkaan terveyteen liittyvät riskitekijät ja tarve mahdolliselle lisätuelle ja -ohjaukselle. Lisäksi ohjauksen ajankohtaa olisi hyvä pohtia etukäteen ja varmistaa, että asiakas on ohjaukselle vastaanottavainen eikä sille ole asiakkaan puolelta mitään estävää tekijää. Kyselyyn vastanneista asiakkaista yli puolella oli jokin terveyteen vaikuttava riskitekijä tai todettu pitkäaikaissairaus. Tämän vuoksi asiakkaiden terveyden edistämiseen ja ylläpitämiseen panostaminen on tärkeää.

Asiakkailla 91 %:lla oli riittävästi tietoa keinoista, joilla hoitaa omaa sairauttaan. Asiakkaat kokivat tärkeänä tiedon ja ohjauksen saannin hoitajilta (49 %) ja lääkäreiltä (64 %). Hoitohenkilökunnalta saatujen ohjeiden mukaisesti toteutettavaan itsenäiseen sairaudenhoitoon kykeni enemmistö asiakkaista (82 %). Terveysaseman hoitohenkilökunnalta saatu tuki ja ohjaus ovat vahvistaneet asiakkaiden omahoitovalmiuksia, sillä tuloksissa ilmenee, että asiakkaat tuntevat omaan sairaudenhoitoon liittyvät keinot ja kokevat pystyvänsä itsenäiseen sairaudenhoitoon.

Tämän opinnäytetyön tulokset tiedon ja ohjauksen saamisen tärkeydestä hoitajilta sekä lääkäreiltä poikkeavat hieman muun muassa Tuomikosken (2010) tutkimustulosten kanssa. Kyseisessä tutkimuksessa nousee esille, että asiakkaat kokevat sairaanhoitajien kykenevän ohjaamaan ja neuvomaan heitä riittävästi sekä hoitajilla on vastaanottokäynnillä enemmän aikaa kuin lääkäreillä. Lisäksi asiakkaat kokevat, että sairaanhoitajilta on helpompi kysyä mieltä askarruttavia asioita, sillä vuorovaikutussuhteen koetaan olevan epävirallisempaa. Sairaanhoitajan vastaanotolta saatu tieto, neuvonta ja ohjaus vaikutti asiakkaiden mielestä enemmän omahoidon toteuttamiseen kuin lääkärin vastaanotolla käynti. (Tuomikoski 2010: 49-50.) Peltonen (2009) tutkimukseen osallistuneiden terveyskeskusasiakkaiden mielestä lääkärin, hoitajan ja potilaan kiinteä yhteistyö edesauttaa potilaan hoitoon sitoutumista. Asiakkaiden toiveena oli omahoitaja ja -lääkäri. Peltonen toteaa, että omalääkäri ja -hoitajamallilla pystytään turvaamaan hoidon jatkuvuus ja asiakaskeskeisyys, sillä heillä on kokonaisvaltainen käsitys asiakkaasta. (Peltonen 2009: 96, 184.)

Asiakkaat kokivat sekä hoitajien että lääkäreiden antaman tuen ja ohjauksen tärkeäksi, mutta tarve elintapaohjaukseen jäi pienemmäksi (31 %). Vastaavasti myös Ahosen (2005) tutkimustuloksissa nousee esille, että asiakkaat, jotka ovat sinut sairautensa kanssa, eivät välttämättä

kaipaa lisäohjeita, ja pärjäävät sairautensa kanssa. He ovat myös yhteydessä hoitajaan vain silloin, kun ongelmia ilmenee. (Ahonen 2005: 37.) Lisäksi Tuomikosken (2010) tutkimuksessa on todettu, että asiakkaiden oman sairauden tuntemus vaikuttaa omahoidon toteuttamiseen. (Tuomikoski 2007:50).

Opinnäytetyön tuloksissa esiin nousseiden elintapaohjausta tarvitsevien melko vähäinen määrä saattaa johtua asiakkaiden lisääntyneestä tietoisuudesta terveellisistä elintavoista ja niiden noudattamisesta. Elintapoihin, kuten liikuntaan, ravitsemukseen ja painonhallintaan liittyvä materiaali on tänä päivänä kaikkien saatavilla ja ihmiset hakevat tietoa aktiivisesti. Tuomikosken (2010) tutkimuksessa todetaan, että terveydenhuollon asiakkaat suhtautuvat palveluihin kriittisemmin sekä ovat entistä tietoisempia, vaativampia ja osallistuvaisempia. Tuomikoski nostaa esille, että asiakkaat ovat hyvin tietoisia terveellisistä elintavoista sekä mielen hyvinvoinnin ja levon merkityksestä ja pitävät tärkeänä annettujen ohjeiden noudattamista. Lisäksi asiakkaat kokevat, että heidän oma vastuu terveyden hoitamisesta on merkityksellinen omahoidon toteuttamiseen vaikuttava tekijä. (Tuomikoski 2007:49.)

Tuomikosken (2010) tutkimuksessa nostetaan myös esille, että asiakkaat kokevat niin lääkäreiltä kuin sairaanhoitajilta saadun tuen ja ohjauksen merkittävänä. Asiakkaat ovat aiemmissa tutkimuksissa nostaneet esille vuorovaikutuksen avoimuuden hoitosuhteessa, joka antaa tilaa mielipiteiden ja kysymysten ilmaisuun sekä luo turvallisuuden tunnetta ja mahdollisuuden vaikuttaa omaan hoitoonsa. Asiakkaiden omahoitovalmiuksia edistää tasavertainen neuvottelusuhde vuorovaikutustilanteessa asiakkaan ja hoitajan välillä. Asiakkaat kokevat tärkeänä kuulluksi tulemisen ohjaussuhteessa, sillä asiakas on oman terveytensä asiantuntija. Ohjauksesta saadun tiedon toivotaan olevan yksilöllistä ja asiakkaat kokevat jatkuvuuden tärkeäksi hoitosuhteessa ja ohjauksessa. (Tuomikoski 2007: 48-49.) Tuloksissa korostuu, että asiakkaat tietävät kuinka hoitaa omaa sairauttaan, mutta kaipaavat siitä huolimatta hoitohenkilökunnan tiedollista tukea ja ohjausta.

Terveydenhuoltolaki (30.12.2010/1325) astui voimaan vuonna 2011. Siinä korostetaan hoitosuunnitelman laatimista ja merkitystä. Hoitosuunnitelma täytyy laatia, jos asiakkaalla on useampia käyntejä tai palveluita vaativa sairaudenhoito edessään. (Terveydenhuoltolaki.) Potilaslaissa (17.9.2004/857) kerrotaan hoitosuunnitelma sisällöstä seuraavasti: ”Terveyden- ja sairaanhoitoa toteutettaessa on tarvittaessa laadittava tutkimusta, hoitoa, lääkinnällistä kuntoutusta koskeva tai muu vastaava suunnitelma. Suunnitelmasta tulee ilmetä potilaan hoidon

järjestäminen ja toteuttamisaikataulu. Suunnitelma on laadittava yhteisymmärryksessä potilaan, hänen omaisensa tai läheisensä taikka hänen laillisen edustajansa kanssa”. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain muuttamisesta.)

Kyselyyn vastanneista asiakkaista alle puolet tiesi, että hoitosuunnitelma on tehty ja ymmärsi minkä vuoksi se on laadittu. Kolmannes asiakkaista koki, että hoitosuunnitelman laadinnassa on otettu huomioon asiakkaan mielipiteet sekä ideat ja asiakas on saanut tukea hoitohenkilökunnalta tavoitteiden asettamiseen hoidon suunnittelussa, kun taas lähes vastaavan suuruisella asiakasryhmällä oli asiasta päinvastainen mielikuva. Asiakkaat eivät olleet käyneet hoitohenkilökunnan kanssa säännöllisesti läpi hoitosuunnitelmaa, sen seuranta ja toteutumista. Hoidon onnistumisen arvioinnista ei monilla asiakkailla ollut kokemusta. Valtaosa asiakkaista ei myöskään ollut saanut kopiota hoitosuunnitelmasta itselleen. Asiakkaista vain neljäsosa kertoi, että hoitohenkilökunta on kartoittanut hänen elämäntilanteen yksityiskohtaisesti.

Kolmasosa asiakkaista koki, että hoitaja on ollut asiakkaaseen yhteydessä hoidon aikana. Hoitosuunnitelmaan liittyvien kysymysten tuloksissa korostuu, että hoitosuunnitelman olemassaolosta, merkityksestä ja siihen itse vaikuttamisesta ei asiakkailla näyttänyt olevan selvää yksisuuntaista mielipidettä. Tämä saattaa johtua siitä, ettei asiakkaille ole tehty hoitosuunnitelmaa, tai asiakkaat eivät tiedä sen olemassaolosta, eivätkä ole päässeet siihen itse vaikuttamaan. Näiden tulosten pohjalta voidaan todeta, ettei asiakkaita ole otettu riittävästi mukaan oman hoidon suunnitteluun, seurantaan ja arviointiin. Hoitosuunnitelman aktiivisempi käyttö yhdessä asiakkaan kanssa tukee asiakkaan hoitoon sitoutumista ja omahoidon toteuttamista. Hyytiäisen (2010) tutkimuksessa todetaan potilaan motivaation kannalta olevan olennaisinta se, että asiakkaat otetaan enemmän mukaan hoitoon liittyvään päätöksentekoon. Asiakkaan kanssa tulisi keskustella enemmän hoitoon liittyvistä tavoitteista. Yhdessä asiakkaan kanssa voidaan laatia esimerkiksi muutossuunnitelma, joka sisältää muutoksen tavoitteet sekä osatavoitteet, toteuttamiskeinot ja niiden seurannan. (Hyytiäinen 2010: 81.)

Itsehoitopiste ja sähköinen asiointi

Reilusti yli puolet vastanneista piti tärkeänä, että terveysasemalla on itsehoitopiste. Suurin osa asiakkaista kuitenkin ilmoitti, ettei hoitohenkilökunta ole kertonut itsehoitopisteestä, näyttänyt sitä tai opastanut sen käytössä. Asiakkaat toivoivat, että itsehoitopisteessä mitatut arvot siirtyisivät sähköisesti suoraan hoitajalle. Asiakkaiden tietämättömyys itsehoitopisteestä

saattaa johtua siitä, ettei itsehoitopiste tällä hetkellä vastaa asiakkaiden tarpeita tai ettei itsehoitopiste ole tullut tutuksi terveysasemalla harvemmin asioiville asiakkaille. Keskusteltuamme opinnäytetyön yhteyshenkilöiden kanssa tuotiin ilmi, että itsehoitopisteen käyttö ei tällä hetkellä ole myöskään osana asiakkaan hoitopolkua terveysasemalla.

Tala & Ketolan tutkimuksen tuloksissa korostuu itsehoitopisteen hyväksyttävyyden ja helppokäyttöisyyden. On myös tärkeää huomioida ne asiakkaat, jotka tarvitsevat opastusta itsehoitopisteen käytössä, jotta jokainen asiakas saisi riittävän hyödyn itsehoitopisteen käytöstä. Itsehoitopisteet antavat asiakkaille mahdollisuuden terveyden omaseurantaan. Myös terveydenhuoltohenkilöstölle jää enemmän aikaa muuhun työhön, jos kyseessä on esimerkiksi pelkkä verenpaineen seurantakäynti. Täten hoitohenkilökunnalle jää enemmän tilaa erityisesti korkean terveysriskin omaavien asiakkaiden ohjaukseen. (Tala & Ketola 2006: 5086-5087.)

Asiakkaiden toiveista nousi voimakkaimmin esille viisi asiaa, joita he toivoisivat itsehoitopisteeltä löytyvän. Vahvimman kannatuksen sai hoitajan läsnäolo pisteellä tiettyinä aikoina (60 %), toiseksi suosituin oli verenpainemittari (40 %) ja kolmanneksi eniten toivottiin sähköistä yhteysmahdollisuutta hoitajiin (36 %). Myös vaaka, erilaiset riskitestit, terveyteen liittyvät materiaalit, tietokone ja tietoa lähialueen terveys- ja sairaanhoidollisista palveluista kiinnosti tasaisesti noin neljäsosaa asiakkaista. Aiemmat tutkimustulokset osoittavat, että itsehoitopisteen merkitys omahoidossa jakaa asiakkaiden mielipiteitä. (Lampi 2010; Tuomikoski 2007).

Terveysaseman sähköistä verkkopalvelua osasi käyttää reilusti yli puolet vastaajista. Lisäksi asiakkaat olivat kiinnostuneita siitä, että he voisivat olla sähköpostitse yhteydessä hoitajaan sekä asioida sähköisesti verkkopalvelun kautta hoitajan tai lääkärin kanssa. Tulosten pohjalta voidaan todeta, että suurin osa asiakkaista hallitsee tietokoneen käytön ja he ovat vastaanotettavaisia uusien hoitomenetelmien, kuten sähköisen asiointin käyttöön. Kuitenkin tulisi huomioida myös ne asiakkaat, jotka eivät syystä tai toisesta pysty tai osaa käyttää tietokonetta. Lisäksi sähköisten asiointipalveluiden käyttöönotossa tulisi huomioida tietoturvariskit (Valti-onhallinnon tietoturvallisuuden johtoryhmä 2001). Asiakkaan tietoisuus omasta terveydentilasta parantaa asiakkaan itsenäistä päätöksentekokykyä, vastuunottamista sekä omahoidon toteutumista ja näin ollen parantaa kokonaisvaltaisesti asiakkaan hyvinvointia.

9.2 Opinnäytetyön eettiset näkökohdat

Eettisesti hyvän tutkimuksen edellytys on hyvien tieteellisten käytäntöjen noudattaminen tutkimuksen teossa. (Hirsjärvi ym. 2009: 23.) Tässä opinnäytetyössä tutkittiin laajan asiakasryhmän mielipiteitä, siksi eettiset näkökohdat pyrittiin huomioimaan tarkasti ja noudatta-

maan eettistä toimintatapaa koko prosessin ajan. Tutkimuslupa opinnäytetyön toteutukseen haettiin ja saatiin keväällä 2014 Vantaan kaupungin Sosiaali- ja terveystoimelta (liite 6).

Lisäksi Pohjois-Vantaan terveystalvupäälliköltä ja Koivukylän terveysaseman osastonhoitajalta pyydettiin suullinen lupa kyselytutkimuksen suorittamiseen. He myös informoivat Koivukylän terveysasemalla työskentelevää henkilökuntaa kyselytutkimuksen suorittamisesta terveysasemalla. Henkilökunnan informointi asiasta oli tärkeää, koska asiakkailta oli myös mahdollisuus palauttaa kyselylomake henkilökunnalle vastaanotolla. Kyselylomakkeen saatteessa asiakkaat ohjattiin ottamaan yhteyttä opinnäytetyön tekijöihin, mikäli heillä tulisi kyselytutkimuksesta tai opinnäytetyöstä jotain kysyttävää. Asiakkaat saattoivat myös esittää kysymyksiä asiasta hoitohenkilökunnalle, joten oli tärkeää, että henkilökunta tiesi terveysasemalle tehtävästä opinnäytetyöstä sekä kyselytutkimuksesta.

Kyselytutkimukseen osallistuvat valikoituivat kyselylomakkeiden jakopäivinä terveysasemalla asioivista asiakkaista. Kyselyyn osallistuville terveysaseman asiakkaille tuotiin ilmi sekä suullisesti että kirjallisesti kyselylomakkeen saatteessa (Liite 2), että kyselyyn osallistuminen on vapaaehtoista, se ei velvoita asiakasta mihinkään eikä siitä myöskään koidu vastanneille jatkossa minkäänlaisia lisävelvoitteita. Tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus tarkoittaa myös mahdollisuutta keskeyttää tutkimukseen osallistuminen koska tahansa tutkittavan toimesta (Kuula 2011:107). Kyselyyn vastaajilta vaadittiin täysi-ikäisyyttä.

Vastaajan osallistumispäätökseen vaikuttaa se, mitä tutkimukseen osallistumisella konkreettisesti tarkoitetaan (Kuula 2011:106). Kaikille kyselylomakkeeseen vastaajille pyrittiin selittämään mahdollisimman tarkasti kyselytutkimuksen tarkoitus ja pääkohdat. Asiakkailta kysyttiin aina halukkuutta osallistua tutkimukseen ja osa kieltäytyikin osallistumasta vedoten muun muassa kiireeseen ja pitkään kyselylomakkeeseen. Kyselyyn vastattiin nimettömänä eikä kyselyssä tule ilmi vastaajien henkilöllisyys. Kyselystä tuli ilmi ainoastaan vastaajan sukupuoli ja ikä, mutta osallistuneiden anonymiteetti säilyi koko prosessin ajan. Kyselylomakkeen saatteessa tuotiin esille, että kyselystä ei aiheudu tutkimukseen osallistuville minkäänlaisia henkilökohtaisia taloudellisia kustannuksia.

Kyselylomaketta täyttäessään asiakkaalla ei ollut tarvittavaa yksityistä tilaa lomakkeen täyttämiseen, vaan lomakkeen täyttäminen tapahtui terveysaseman yleisillä käytävillä, jolloin asiakkaan anonymiteetin säilyminen heikentyi. Terveysasemalla oli kuitenkin pääosin suhteellisen rauhallista, jolloin asiakas pystyi täyttämään kyselylomakkeen rauhassa ja yksityisesti. Anonymiteetin säilyttäminen kyselylomaketta täyttäessä muodostui siis osittain haasteeksi. Asiakkaan yksityisyyden suoja olisi ollut parempi, mikäli kyselylomakkeet olisi lähetetty asiakkaille kotiin täytettäväksi. Tällöin vastausprosentti olisi jäänyt todennäköisesti paljon matalammaksi.

Asiakkailla oli mahdollisuus palauttaa kyselylomake suljetussa kirjekuoressa kyselyn toteuttajille, palautuslaatikkoon tai vastaanottavalle hoitohenkilökunnalle. Suurin osa vastaajista palautti täytetyn kyselylomakkeen palautuslaatikkoon, joita oli sekä terveysaseman tuloaulassa että terveysaseman vastaanottokerroksessa. Vastaajilla oli mahdollisuus palauttaa täytetty lomake suljetussa kirjekuoressa myös henkilökunnalle mennessään vastaanotolle, mutta kukaan vastaajista ei käyttänyt tätä mahdollisuutta. Muutama vastaaja palautti lomakkeen kyselyn toteuttajille suoraan ilman palautuskuorta, jolloin vastaajan anonymiteetti kärsi. Kyselyn toteuttajille palautetut vastauslomakkeet laitettiin suoraan palautuslaatikkoon.

Mikäli henkilötietoja sisältävää tutkimusaineistoa ei enää tarvita, täytyy se lain mukaan joko hävittää, arkistoida tai muuttaa tutkittavan tiedot tunnistamattomaksi. Tämä tulee tehdä ennen tutkimusluvan määräajan umpeutumista. (Aineiston hävittäminen tai arkistointi 2014.) Vastauslomakkeet hävitetään Laurea ammattikorkeakoulu Tikkurilan yksikön silppurissa lopullisen työn palautuksen jälkeen.

9.3 Luotettavuuden tarkastelu

Reliabiliteetilla eli luotettavuudella tarkoitetaan tulosten tarkkuutta. Tutkimuksen tulokset eivät saa olla sattumanvaraisia, vaan luotettavalta tutkimukselta vaaditaan sen toistettavuus samanlaisin tuloksin. Tutkijalta vaaditaan tarkkuutta ja kriittisyyttä koko tutkimusprosessin ajan virheiden välttämiseksi. Tulokset voivat vaihdella sattumanvaraisesti otoskoosta riippuen. Etenkin kyselytutkimuksessa tutkijan täytyy huomioida kato eli lomakkeiden palauttamatta jättäneiden määrä. Luotettavien tulosten saamiseksi tulee varmistaa, että otos edustaa koko tutkittavaa perusjoukkoa. (Heikkilä 2008: 30-31.)

Opinnäytetyön luotettavuuteen vaikuttaa myös tutkimuksen validiteetti eli pätevyys. Tutkimuksen tulee mitata sitä, mitä oli alun perin tarkoitus selvittää. Siksi tutkimuksen tavoitteet on oltava selkeät. Validius on varmistettava etukäteen huolellisella suunnittelulla ja tarkasti harkitulla tiedon keräämisellä. Tutkimuslomakkeen kysymysten tulee mitata asioita yksiselitteisesti kattaen koko tutkimusongelman. Validin tutkimuksen toteutumista edesauttavat perusjoukon tarkka määrittely, edustava otos sekä korkea vastausprosentti. (Heikkilä 2008: 29-30.)

Tässä opinnäytetyössä validiteetti pyrittiin varmistamaan valitsemalla kyselylomakkeen kysymykset huolellisesti sekä huomioimaan niiden tärkeys ja ymmärrettävyys vastaajien kannalta. Kyselylomakkeen kysymykset pyrittiin johtamaan opinnäytetyön teoreettiseen viitekehykseen nojautuen. Osa kysymyksistä pohjautuu muiden samanaiheisten tutkimusten kyselylomakkeisiin (muun muassa MacColl center for health care innovation 2005). Jokaisen kyselylomakkeen

kysymyksen kohdalla pohdittiin sen tarpeellisuutta kyselylomakkeessa sekä saadaanko sillä kysymyksellä vastaus opinnäytetyölle asetettuun tutkimuskysymykseen (Liite 1).

Kyselylomake esitestataan ennakkoon valitulla kohdejoukolla. Tähän riittää 5-10 henkilöä. Esitestaajat selvittävät kysymysten ja ohjeiden selkeyden ja yksiselitteisyyden, vastausvaihtoehtojen sisällöllisen toimivuuden sekä lomakkeen vastaamisen raskauden ja sen täyttämiseen kuluvan ajan. Heidän tulee myös miettiä, onko jotakin jäänyt kysymättä tai onko kyselyssä mukana epäolennaisia kysymyksiä. Testaamisen jälkeen lomakkeeseen tehdään tarvittavat muutokset. (Heikkilä 2008: 61.) Ennen varsinaisten kyselylomakkeiden jakoa asiakkaille, tehtiin esitestausta viidelle valitulle koehenkilölle. Koehenkilöt saivat täyttää valmiit kyselylomakkeet ja heitä pyydettiin antamaan palautetta kyselylomakkeista. Tämä esitestausta oli hyödyllinen, koska lomakkeeseen pystyttiin tekemään vielä viime hetken korjauksia ennen varsinaista kyselytutkimusta. Esitestaajilta saatiin palautetta, mikäli kysymys ei ollut esimerkiksi tarpeeksi selkeä tai vastausvaihtoehdot olivat puutteellisia. Esitestaajilta tuli palautetta siitä, että kyselylomake on pitkä. Tässä vaiheessa ei kuitenkaan kysymyksiä lähdetty enää karsimaan.

Kyselyn toteuttamisen aikana muodostui muutaman vastaajan kohdalla haasteeksi kyselylomakkeen kirjainten pieni fonttikoko, jolloin vastaajat eivät kyenneet täyttämään lomaketta. Mikäli tämä asia olisi huomioitu etukäteen, kuten varaamalla mukaan suurennuslasin tai tulostamalla muutamia lomakkeita isommalla fontilla, olisi mahdollisesti saatu aavistuksen isompi vastausprosentti.

Vastausprosentti oli 68 %, mihin olimme tyytyväisiä. Vaikka tuloksia ei pystytä yleistämään koko perusjoukkoon, vastausprosentti on hyvä, koska saatujen tulosten perusteella voidaan tehdä johtopäätöksiä ja näiden pohjalta jatkokehittämisehdotuksia. Jaoimme lomakkeita terveysasemalla yhteensä 100 kpl ja olimme arvioineet etukäteen vastausprosentin olevan suurin piirtein lopputuloksen luokkaa. Lomakkeita palautui takaisin 81 kpl, näistä 3 oli tyhjiä ja 11 hylättiin. Ne vastauslomakkeet, missä vastaajan ikä ei ollut vaadittavat 18 vuotta, hylättiin automaattisesti. Korkeahkoon vastausprosenttiin vaikuttaa varmasti osaltaan se, että opinnäytetyön tekijät olivat itse henkilökohtaisesti paikan päällä terveysasemalla jakamassa asiakkaille kyselylomakkeita sekä kertomassa opinnäytetyöstä. Kyselylomakkeiden jako paikan päällä oli hyödyllistä, jotta saatiin enemmän vastauksia. Mikäli kyselylomakkeet olisi lähetetty asiakkaille kotiin postitse tai sähköpostina, olisi vastausprosentti ollut huomattavasti pienempi.

Kyselylomakkeesta tuli suhteellisen pitkä, yhteensä 5 sivua. Opinnäytetyön luotettavuuteen saattaa vaikuttaa kyselylomakkeen pituus, koska vastaajat eivät välttämättä ole jaksaneet paneutua kunnolla koko kyselylomakkeeseen. Osa kyselylomakkeista palautui takaisin vain

osittain täytettyinä. Lisäksi suurin osa vastaajista täytti lomaketta sillä aikaa, kun he odottivat pääsyä vastaanotolle. Tällöin vastaajat eivät välttämättä ole ehtineet paneutua kunnolla kyselylomakkeeseen.

Kyselylomakkeen tulosten luotettavuuteen on saattanut vaikuttaa myös se vastaajaryhmä, joka käyttää terveysaseman palveluita erittäin harvoin tai ovat uusia asukkaita alueella. Kyselylomakkeen kysymykset eivät näin ollen ole täysin kyseiselle asiakasryhmälle suunnattuja. Tämä saattaa vaikuttaa etenkin kokemuseräisten kysymysten tuloksiin, esimerkiksi kysymykset 8, 9 ja 10: 2-4.

Osa vastaajista palautti lomakkeen vain osittain täytettynä. Osasta vastauksista huomasimme, että vastauksissa oli käytetty kauttaaltaan samaa vastauslinjaa, joka antaa vaikutelman siitä, että vastatessa ei ole välttämättä paneuduttu kysytyyn asiaan kunnolla. Kuitenkin saamamme vastaustulokset ovat suuntaa antavia tässäkin laajuudessa. Tutkimustuloksia ei pystytä yleistämään, mutta pystymme tekemään vastausten pohjalta johtopäätöksiä sekä suosituksia asiakkaiden omahoidon tukemisessa ja Koivukylän terveysaseman itsehoitopisteen suunnittelussa ja käyttöönotossa.

Luotettavuutta pyrittiin vaalimaan kyselytulosten syöttämisen aikana SPSS -ohjelmaan. Apua haettiin useaan otteeseen SPSS -ohjelman käsittelyyn oppilaitoksen vastaavalta ATK-opettajalta. Ison aineiston läpikäyminen ja tulosten siirtäminen saattaa nostaa virhemahdollisuuden riskiä. Tämän vuoksi kaikki syötetyt tulokset käytiin vielä läpi tarkastusluonteisesti. Tulosten tulkinnessa luotettavuuteen vaikuttaa kysymyskohtaisesti vastaajamäärien vaihtelu sekä se, että tulosten ilmoittamisessa on yhdistelty samansuuntaiset vastausvaihtoehdot, kuten esimerkiksi *täysin eri mieltä* ja *jokseenkin eri mieltä* yhdeksi tulokseksi. Tulosten luotettavuutta pyrittiin vaalimaan myös kaksoistarkastelulla, jolloin jo kirjatut tulokset tarkastettiin uudemman kerran virheiden välttämiseksi. Tulosten luotettavuutta lisää se, että SPSS -ohjelma laskee luotettavasti kysymysten vastausprosentit.

Vastausvaihtoehto *en osaa sanoa* ei jälkikäteen ajateltuna ollut niin hyödyllinen kyselylomakkeessa ajatellen tulosten tulkintaa ja johtopäätösten tekoa. Vastaajan mielipiteen ollessa *en osaa sanoa*, oli vaikea hyödyntää vastausta tulosten tulkinnessa. Toisaalta, mikäli vastaajalla ei ollut asiasta minkäänlaista mielipidettä, palveli vastausvaihtoehto tehtävänsä hyvin.

Kyselylomakkeessa ilmeni tietyissä kysymyksissä jälkeenpäin tarkasteltuna hiukan samankaltaisuuksia joidenkin kysymysten välillä. Asiakkaan elintapoja ja sen tukea oli kartoitettu useammalla kysymyksellä. Kysymys 7/12 sekä 8 olivat samansuuntaisia (Liite 3). Kysymyksessä 7/12 kartoitettiin asiakkaiden kokemuksia saadusta tiedosta liittyen terveellisiin elintapoihin, kun kysymyksessä 8 oli paneuduttu elintapoihin liittyvään tietoon ja tukeen aihealueittain.

Jälkeenpäin tarkasteltuna yleisemmän tason kysymys 7/12 ei olisi tässä tapauksessa ollut välttämätön. Toinen samankaltaisuus huomattiin kysymyksissä 7/16 ja 7/24 (liite 3). Nämä kysymykset todennäköisesti mittasivat samaa asiaa sisällöllisesti, vaikka kysymysten asettelu olikin erilainen. Myös näiden kysymysten samansuuntainen vastausprosentti tukee tätä ajatusta kysymysten samankaltaisuudesta.

Luotettavuuteen saattaa vaikuttaa yksittäisten kysymysten tulkintamahdollisuus, kuten ovatko asiakkaat ymmärtäneet mitä kysymyksen 5 ja 9 vastausvaihtoehto demonstraatio tarkoittaa (liite 3). Demonstraatio-käsitettä oli kuitenkin pyritty avaamaan vastausvaihtoehdon viereen esimerkillä ”verenpainemittarin käytön opetus”.

Luotettavuutta olisi saattanut parantaa myös terveys- ja hoitosuunnitelma-termin käyttö kyselykaavakkeessa hoitosuunnitelma-termin sijasta. Päätös käyttää hoitosuunnitelma-termiä johtui siitä, että sen ajateltiin olevan yleisesti enemmän käytetty termi. Moni on saattanut kuitenkin liittää termin pitkälti pitkäaikaissairaahan asiakkaan hoitoon liittyvänä. Terveys- ja hoitosuunnitelma-termin käyttö olisi saattanut muuttaa vastausprosenttia jonkin verran.

Luotettavuutta olisi lisännyt samansuuntaisten kysymysosioiden ristiintaulukointi sekä korrelaatiot. Opinnäytetyön laajuuden ja yleistettävyyden rajoitteiden vuoksi emme näitä tehneet, vaan paneuduimme yksittäisten tulosten ja samankaltaisten asiakokonaisuuksien yhteen tuomiseen tulosten tulkintaosuudessa.

Opinnäytetyön luotettavuutta olisi parantanut aiheen suppeampi ja tarkempi rajaaminen, joka olisi mahdollistanut aiheen ja tulosten syvällisemmän tarkastelun. Lisäksi tulosten pätevyyttä olisi parantanut se, jos kyselylomakkeita olisi jaettu enemmän ja valideja vastauksia olisi saatu vähintään 100 kpl. Prosessin edetessä osa-alueet ovat kuitenkin selkiytyneet ja tulevaisuudessa uuden tutkimuksen tekeminen näiden kokemusten pohjalta olisi varmasti helpompaa toteuttaa.

Tutkimusprosessin aikana ilmeni tutkimuksen tekemisen haasteellisuus usealla eri osa-alueella. Prosessiin on vaikuttanut molempien opinnäytetyö tekijöiden kokemattomuus, joka on näkynyt tutkimusprosessin joka vaiheessa. Kokemattomuuden vuoksi jokaiseen tutkimusprosessin vaiheeseen on jouduttu paneutumaan kokonaisvaltaisesti, joten kokonaisuudessaan opinnäytetyöprosessi on ollut sen tekijöille rankka, mutta kuitenkin myönteinen oppimiskokemus.

9.4 Johtopäätökset ja suositukset

1. Harva asiakas oli tietoinen hänelle tehdystä hoitosuunnitelmasta. Monet asiakkaat myös kokevat, ettei heitä huomioida hoitosuunnitelman suunnittelussa, seurannassa ja arvioinnissa. Hoitosuunnitelma on tärkeä omahoidon tuen väline. Mikäli asiakas ei ole tietoinen hänelle tehdystä hoitosuunnitelmasta, ei hän välttämättä pysty toimimaan asetettujen tavoitteiden mukaisesti. Olisikin tärkeää, että asiakkaat otettaisiin aktiivisesti mukaan oman hoitonsa suunnitteluun, seurantaan ja arviointiin. Asiakkaan itse laatimat konkreettiset tavoitteet ja niiden säännöllinen tarkastelu yhdessä hoitajan kanssa parantaa sairauden hoitoa ja edistää asiakkaan terveyttä. Tämä tukee myös asiakkaan autonomiaa, päätöksentekokykyä, voimaantumista sekä onnistunutta omahoitoa. Asiakkaille tulisi aina antaa kopio hoitosuunnitelmasta, jotta he voivat palata tarkastelemaan vastaanotolla yhteisesti sovittuja asioita.

2. Asiakkaat kokivat, että omahoitoa vaikeuttaviin osatekijöihin kuuluivat oman huonon fyysisen terveyden lisäksi ajan käytön haasteet, epäterveelliset elintavat ja ympäristölliset haittatekijät. Merkittävin omahoitoa estävä tekijä oli jaksamattomuus. Asiakkaiden mielestä heitä kuunnellaan vastaanotolla, mutta hoitohenkilökunta ei kuitenkaan kartoita heidän elämäntilannettaan yksityiskohtaisesti. Asiakkaiden elämäntilanteen, omahoitoa estävien tekijöiden ja voimavarojen kokonaisvaltainen tarkastelu helpottaisi omahoidon tuen keinojen yksilöllistä käyttöönottoa. Asiakkaat pitivät kannustuksen ja positiivisen palautteen saamista tärkeänä. Asiakkaiden voimavarojen tarkastelu ja motivaation vahvistaminen edesauttaa asiakkaan itsenäistä päätöksentekokykyä, lisää pystyvyydentunnetta sekä tukee voimaantumista. Näiden kautta asiakkaan sairauden hallinnantunne ja vaikuttavuus oman terveyden edistämiseen kasvaa.

3. Tulosten mukaan asiakkaat pääsääntöisesti tietävät keinot miten hoitaa sairauttaan sekä ylläpitää terveyttään. He kuitenkin tarvitsevat tässä asiantuntevaa tukea ja ohjausta hoitohenkilökunnalta. Kokemukset saadusta ohjauksesta, kuten elintapaohjauksesta ja sairaudenhoidosta olivat myönteisiä. Asiakkaat kokivat kykenevänsä itsenäiseen omahoitoon hoitohenkilökunnan antaman tuen ja asiantuntevan ohjauksen kautta. Asiakkaat olivat kuitenkin saaneet niukemmin tietoa ja tukea terveellisistä elintavoista ja sairauksien ennaltaehkäisystä. Tulevaisuudessa haasteeksi jääkin sairastumisriskissä olevien ihmisten tunnistaminen ja varhaisen puuttumisen keinojen kehittäminen.

4. Ohjausmenetelmistä yksilöohjausta ja suullista ohjausta pidetään edelleen asiakkaiden keskuudessa suosituimpina ohjaustapoina. Vaikuttaa kuitenkin siltä, että asiakkaat ovat entistä vastaanottavaisempia, kykeneväisempiä ja halukkaita nykyaikaisten palveluiden käyttöönottoon, kuten sähköiseen asiointiin. Moni asiakkaista toivookin, että terveysaseman palveluihin kuuluisi sähköinen yhteysmahdollisuus hoitajaan sekä heidän itse mitatut tulokset siirtyisi-

vät suoraan sähköisesti hoitohenkilökunnalle. Omahoidon tukeen kehitteillä olevat sähköiset tietokannat ja niiden käyttöönotto mahdollistaisi tämänkaltaisen toiminnon.

5. Asiakkaat pitivät tärkeänä, että terveysasemalla on itsehoitopiste. Terveysaseman asiakkaat eivät olleet juurikaan tietoisia itsehoitopisteestä ja vain harva asiakas oli saanut opastusta sen käyttöön. Terveysasema-asiakkaiden hoitopolkuun tulisi liittää itsehoitopisteen käyttö siten, että asiakkaat ohjataan käyttämään entistä useammin itsehoitopistettä sekä tarpeen mukaan opastetaan itsehoitopisteen välineiden käytössä ja tulosten tulkinnessa. Lisäksi itsehoitopisteellä on oltava selkeät ohjeet, mihin asiakas ottaa yhteyttä, jos riskitestien tuloksissa tai mittauksissa ilmenee hälyttäviä tuloksia.

6. Moni asiakkaista toivoisi, että itsehoitopisteellä olisi hoitaja tiettyinä aikoina paikalla opastamassa. Tämä mahdollistaisi myös kolesterolitai verensokerimittausten suorittamisen itsehoitopisteellä sekä elintapaohjauksen. Terveysasema voisi tehdä yhteistyötä terveydenhuoltoalan oppilaitosten kanssa ja hoitajan voisi korvata terveydenhuoltoalan opiskelijat, jotka voisivat olla paikalla tai pitää teemapäiviä erikseen sovittuina ja ilmoitettuina aikoina. Itsehoitopisteen sijainti ja välineistö täytyy olla käyttäjälähtöinen. Asiakkaat toivoivat, että itsehoitopisteellä olisi verenpainemittari, sähköinen yhteysmahdollisuus hoitajiin, vaaka, erilaisia riskitestejä, terveyteen liittyvää materiaalia, tietokone ja tietoa lähialueen terveys- ja sairaanhoidollisista palveluista.

9.5 Opinnäytetyön hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyö lisää ymmärrystä terveysasema-asiakkaiden omahoidon tuen tarpeista ja vastaanotto toiminnan mahdollisista kehittämisalueista. Opinnäytetyön tulosten pohjalta Koivukylän terveysasema pystyy muokkaamaan itsehoitopistettä asiakkaiden toiveiden mukaiseen suuntaan. Itsehoitopisteen käytön lisääminen tukee onnistunutta omahoitoa ja jättää hoitohenkilökunnalle lisää mahdollisuuksia vastaanottoaikojen tarkempaan kohdentamiseen, kun esimerkiksi verenpaineen seurantakäynnin pystyy korvaamaan itsehoitopisteessä tehtävällä mittauksella.

Koivukylän terveysasema voi hyödyntää tuloksia asiakkaan hoitopolun ja vastaanottotyön tarkastelussa ja uudistamisessa oman tarpeensa mukaisesti. Tuloksia pystytään hyödyntämään myös perusterveydenhuollon muilla toiminta-alueilla omahoidon tuen kehittämisessä ja uusien palveluiden käyttöönoton suunnittelussa. Jatkossa voidaan tutkia, miten itsehoitopisteen käyttö on terveysasemalla lähtenyt käyntiin ja onko sen käytöllä ollut vaikuttavuutta asiakkaan sairauden hoitoon ja terveyden edistämiseen sekä vastaanottokäyntien tehostamiseen.

Lähteet

Ahonen M-L. 2005. Omahoitaja terveyskeskuksen vastaanottotoiminnassa. Pro gradu-tutkelma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Ahonen O., Blek-Vehkaluoto M., Ekola S., Partamies S., Sulosaari V. & Uski- Tallqvist T. 2012. Kliininen hoitotyö - Sisätauteja, kirurgisia sairauksia ja syöpätauteja sairastavan hoito. 1.painos. Helsinki: Sanoma Pro.

Aikuisten lihominen pysähtymässä Suomessa. 2010. Diabetes ja Lääkäri. 4/2010, vsk 39. Suomen Diabetesliitto. Viitattu 20.2.2014.
http://www.diabetes.fi/files/1069/Diabetes_ja_laakari_-lehti_4_2010.pdf

Aineiston hävittäminen tai arkistointi. 2014. Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 25.3.2014.
http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tilastot/tutkimuskaytto/aineiston_havittaminen_tai_arkistointi

Alanko J., Alanne S., Salonen K. & Tauriainen H. 2011. Ensietoryhmä on hyvä aloitus tyyppin 1 diabeetikoiden omahoitoon. Suomen Lääkärilehti. 20/2011, vsk 66.

Asiakasvastaava-koulutuksen yhteiset perusteet. 2011. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 7.1.2015. http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=41254&name=DLFE-15515.pdf

Backman K. 2005. Ikääntyneiden itsestä huolenpitoa vahvistavat, horjuttavat ja murtavat tekijät. Hoitotiede. Vol.17. 3/2005. Vammala: Vammalan Kirjapaino.

Diabetes ja lääkäri. 2010/4. Viitattu: 9.1.2014.
http://www.diabetes.fi/files/1069/Diabetes_ja_laakari_-lehti_4_2010.pdf

Elintapaohjaus. Viitattu 20.2.2014. http://www.oivappk.fi/fi/sosiaali-_ja_perusterveydenhuollon_palvelut/terveyden_edistaminen_ja_ennaltaehkaiseva_ty/elintapaohjaus

Eloranta T. & Virkki S. 2011. Ohjaus hoitotyössä. Latvia: Tammi.

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

Helakorpi S., Holstila A-L., Virtanen S. & Uutela A. 2012. Suomalaisten aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2011. Raportti 45/2012. Tampere: JevemesPrint- Tampereen yliopistopaino.

Hengitysluotto Heli. Kuntoutus on mahdollisuus. Viitattu 3.3.2014.
http://omaterveyteni.fi/sites/default/files/kuvat/pdf/Kuntoutus_on_mahdollisuus.pdf

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

Hukkanen E. & Vallimies-Patomäki M. 2005. Yhteistyö ja työnjako hoitoon pääsyn turvaamisessa. Selvitys Kansallisen terveyshankkeen työnjakopiloteista. Helsinki. Viitattu 27.3.2014.
<http://pre20090115.stm.fi/pr1129788573664/passthru.pdf>

Hyppönen H., Winblad I., Reinikainen K., Angeria M. & Hirvasniemi R. 2010. Kansalaisen sähköisen asioinnin vaikutukset terveysaseman toimintaan. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 17.2.2014. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/4c2081d1-79b0-4c05-ab86-6241613b96c3>

Hyytiäinen S. 2010. Terveyttä edistävä dialogi potilasohjauksessa. Pro gradu. Itä-Suomen yliopisto.

Häkkinen E., Mutanen S., Sundgren S. & Turunen E. Etelä-Savon omahoitopisteet ja Keski-Suomen terveystietotutvat arvioinnin kohteena. Kanerva 2 KASTE-hankkeen loppuraportteja nro 8. Viitattu 12.11.2012. <http://www.kanervakaste.fi/files/raportti8.pdf>

Janhonen S. & Nikkonen M. 2007. Laadulliset tutkimusmenetelmät hoitotieteessä. Juva: WS Bookwell.

Kansantaudit. 2014. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 21.1.2015. <http://www.thl.fi/fi/web/kansantaudit/yleistietoa-kansantaudeista>

Kanta-palvelut. Kanta. Viitattu 9.1.2015. <http://www.kanta.fi/kanta-palvelut>

Kauhanen J., Erkkilä A., Korhonen M., Myllykangas M. & Pekkanen J. 2013. Kansanterveystiede. 4. painos. Helsinki: SanomaPro.

Keskeisiä käsitteitä neuvontapalveluista ja kotikäynneiltä. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 14.1.2014. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/tutkimus/tyokalut/neuvontapalvelut/lait/kasitteet

Kettunen T. 2001. Neuvontakeskustelu. Tutkimus potilaan osallistumisesta ja sen tukemisesta sairaalan terveysneuvonnassa. Väitöskirja. Jyväskylän yliopisto. Lievestuore: ER-Paino.

Kettunen T., Poskiparta M. & Karhila P. 2002. Voimavarakeskeinen neuvontakeskustelu. Hoitotiede. 05/2002, vol 14.

Kivistö K., Johansson K., Virtanen H., Rankinen S. & Leino-Kilpi H. 2009. Asiakkaan voimavaistumista tukeva terveysneuvonta työterveyshoitajan työssä. Hoitotiede. 1/2009, vol 21.

Komulainen J., Vuokko R. & Mäkelä M. 2011. Rakenteinen terveys- ja hoitosuunnitelma. Terveyden - ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu: 20.1.2014. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/80180/890688ae-578c-4ab0-aada-1d16c3a7f79f.pdf?sequence=1>

Kortelainen R. 2010. Mielialan yhteys elintapoihin ja pitkäaikaissairauksien omahoitoon. Licensiaattityö. Itä-Suomen yliopisto. Viitattu 20.12.2014. http://www.diabetes.fi/files/1540/DjaL_2_2011_nettti.pdf

Kuula A. 2011. Tutkimusetiikka. Toinen painos. Jyväskylä: Bookwell.

Kuusi O., Ryytänen O-P., Kinnunen J., Myllykangas M & Lammintakanen J. 2006. Terveydenhuollon tulevaisuus - Tulevaisuusvaliokunnan kannanotto vuoden 2015 terveydenhuoltoon. Viitattu 17.2.2014. http://www.eduskunta.fi/fakta/vk/tuv/suomen_terveydenhuollon_tulevaisuudet.pdf

Kyngäs H. & Hentinen M. 2009. Hoitoon sitoutuminen ja hoitotyö. 1. Painos. Porvoo: WSOY.

Kyngäs H., Kääriäinen M., Poskiparta M., Johansson K., Hirvonen E. & Renfors T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. 1. painos. Helsinki: WSOY.

Kääriäinen M. 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. Tutkiva hoitotyö. 4/2008. Kouvola: ScanWeb.

Kääriäinen M. 2011. Asiakkaan oppiminen ja motivaatio ohjauksessa. Tutkiva hoitotyö. 4/2011, vol 9. Kouvola: ScanWeb.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista annetun lain muuttamisesta. 857/2004. Viitattu

16.12.2014. <https://www.finlex.fi/fi/laki/alkup/2004/20040857#Pidm1600>

Lampi P. 2010. Terveystietotuvat aikuisten terveydenedistäjinä. Pro Gradu-tutkielma. Viitattu 12.11.2014.

<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/24401/URN%3aNB%3afi%3ajyu-201006142053.pdf?sequence=1>

Liikunta. 2012. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Käypä hoito-johtoryhmän asettama työryhmä. Käypä hoito. Viitattu 21.1.2014.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50075?hakusana=pitkaaikaissairaudet#s18>

Lindström J. 2012. Elintapaohjaus suojaa tyypin 2 diabetekseltä- vaikutus säilyy pitkään. Viitattu 20.2.2014. http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/uutinen?id=31506

Lipponen K., Kyngäs H. & Kääriäinen M. 2006. Potilasohjauksen haasteet - Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjauksmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006. Oulun yliopistollinen sairaala. Oulu: Oulun yliopistopaino. Viitattu 20.2.2014.

https://www.ppshp.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf

MacColl center for health care innovation. 2005. Assesment of care for chronic conditions. GroupHealth.

Maijanen S. & Mäkinen R. 2009. Terveys- ja hoitosuunnitelma potilaslähtöisen hoidon tukena. Rampe-hanke. Viitattu 20.2.2014.

<http://www.ksshp.fi/public/download.aspx?ID=39531&GUID={ECD568B6-767B-4E72-B18B-78032B543D15}>

Marttila J. 2010. Muutosvalmius. Viitattu 5.3.2014.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/.../nix01668>

Mikä on itsehoitopiste? Pohjois-Karjalan kansanterveyden keskus. Viitattu

4.11.2014. <http://kansanterveydenkeskus.wordpress.com/toiminta-2/toiminta/vaestoterveytta-yhteistyolla/vaestoterveys/itsehoitopisteet/mika-on-itsehoitopiste/>

Model Elements. The Chronic Care Model. Group Health Research Institute. Viitattu 7.4.2014.

http://www.improvingchroniccare.org/index.php?p=Model_Elements&s=18

Omahoidon tukeminen 2012. Rampe-hanke. Viitattu 19.2.2014.

<http://www.ksshp.fi/public/default.aspx?contentid=38780>

Omakanta. Kanta. Viitattu 9.1.2015. <http://www.kanta.fi/fi/web/ammattilaisille/omakanta>

Parkkamäki S. 2013. Voimaantumiseen pohjautuva tyypin 2. diabeteksen omahoidon tuki apteekissa. Väitöskirja. Mikkeli: Teroprint.

Peltonen E. 2009. Lääkäreiden ja hoitajien työpari- ja tiimityö vastaanottojen toimintamalleina perusterveydenhuollossa. Väitöskirja. Kuopio: Kopijyvä.

Pietilä A-M. 2010. Terveiden edistäminen - Teorioista toimintaan. 1.painos. Porvoo: WSOY-pro.

Pietilä A-M., Hakulinen T., Hirvonen E., Koponen P., Salminen E-M. & Sirola K. 2002. Terveiden edistäminen - Uudistuvat työmenetelmät. 1. painos. Juva: WS Bookwell.

Pietilä A-M., Länsimies-Antikainen H., Halkoaho A. & Vähäkangas K. 2008 Terveiden edistämisen tutkimuksen eettinen ja menetelmällinen perusta. Hoitotiede. Vol.20. 6/2008. Vammala: Vammalan Kirjapaino.

Pietilä A-M., Matero H., Kankkunen P. & Häggman-Laitila A. 2008. Koherenssin tunne ja siihen yhteydessä olevat tekijät aikuisväestössä: systemoitu katsaus pitkäaikaissairauksia käsitävään kirjallisuuteen. Tutkiva hoitotyö. 3/2008. Kouvola: ScanWeb.

Pietilä A-M., Varjoranta P. & Matveinen M. 2009. Perusterveydenhuollon henkilöstön näkemyksiä terveyden edistämisestä - arvoperustasta toiminnan kehittämiseen. Tutkiva hoitotyö. 3/2009. Kouvola: ScanWeb.

Pitkäaikaissairauksien terveyshyötymalli. 2012. Terveysten- ja hyvinvoinninlaitos. Viitattu 7.4.2014. <http://www.kunnat.net/fi/tietopankit/tapahtumat/aineisto/2012/tk-johdon-neuvottelupaivat/Documents/2012-02-10-17-Sessio3.pdf>

RAMPE-hanke. 2012. Viitattu 7.4.2014.
<http://www.ksshp.fi/Public/default.aspx?nodeid=34661&culture=fi-FI&contentlan=1>

Routasalo P., Airaksinen M., Mäntyranta T. & Pitkälä K. 2009. Potilaan omahoidon tukeminen. Lääketieteellinen aikakauskirja Duodecim. Viitattu 9.1.2014.
http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/haku?p_p_id=Article_WAR_DL6_Articleportlet&p_p_lifecycle=0&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_hakusana=omahoito&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_p_frompage=haku&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_viewType=viewArticle&_Article_WAR_DL6_Articleportlet_tunnus=duo98401#s4

Routasalo P., Airaksinen M., Mäntyranta T. & Pitkälä K. 2010. Pitkäaikaissairaalan omahoidon opastus. Suomen Lääkärilehti. 21/2010, vsk 65. Viitattu 18.2.2014.
<http://www.fimnet.fi.nelli.laurea.fi/cl/laakarilehti/pdf/2010/SLL212010-1917.pdf>

Routasalo P. & Pitkälä K. 2009. Omahoidon tukeminen - Opas terveydenhuollon ammattihenkilöille. Suomalainen Lääkäriseura Duodecim. Forssa: Forssan Kirjapaino.

Ruoranen M. 2012. Rampe-hanke. Viitattu 19.2.2014.
<http://www.ksshp.fi/public/default.aspx?nodeid=34661>

Suomen kuntaliitto. Omahoito ja digitaaliset arvopalvelut -projekti etenee suunnitellusti kohti toteutusvaihetta. Viitattu 9.1.2015.
<http://www.kunnat.net/fi/palvelualueet/projektit/akusti/akustiprojektit/omahoito/Sivut/default.aspx>

Suurnäkki A. 2010, Espoon omahoitohanke -Kroonisesti sairaiden hoitomallin ja omahoitoa tukevien palvelujen kehittäminen. Hankkeen loppuraportti versio 1.0. Espoo.

Sähköinen terveystarkastus ja -valmennus. Duodecim. Viitattu 19.1.2015.
<https://star.duodecim.fi/star/>

Tala T. & Ketola E. 2006. Itsehoitopisteet kohonneen verenpaineen hoidon tukena. Suomen Lääkärilehti 8/2006 (48). Helsinki: PunaMusta.

Terveystarkastuslaki. 30.12.2010/1326. Viitattu 16.12.2014.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2010/20101326#L3P24>

Terveystarkastuslaki. Väli-Suomen Kaste-hanke 2012-2014. Potku-hanke. Viitattu 16.3.2014.
<http://www.potkuhanke.fi/fi>

Terveystarkastuslaki kehittämissuunnitelman viitekehyksenä. 2012. RAMPE-hanke. Viitattu 7.4.2014.
<http://www.ksshp.fi/Public/default.aspx?contentid=38481&nodeid=36802>

Terveystarkastus- ja hoitosuunnitelma hoidon tukena. Innokylä. Viitattu 20.2.2014.
<https://wiki.innokyla.fi/innowiki/display/THP/1.+Terveystarkastus-+ja+hoitosuunnitelma+hoidon+tukena>

Terveys- ja hoitosuunnitelma käytäntöön. 2012. RAMPE-hanke. Viitattu 7.4.2014.
<http://www.ksshp.fi/public/default.aspx?nodeid=36809&culture=fi-FI&contentlan=1>

Terveyskeskukset. 2013. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 5.3.2014.
http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut/terveyskeskukset

Terveyspalvelut. 2013. Sosiaali- ja terveysministeriö. Viitattu 5.3.2014.
http://www.stm.fi/sosiaali_ja_terveyspalvelut/terveyspalvelut

Terveyspalvelut. Vantaan Kaupunki. Viitattu 7.4.2014.
http://www.vantaa.fi/fi/verkkoasiointi/prime103_fi.aspx

Terveystietotuvat. Viitattu 27.2.2014.
<http://www.hyvinvointipolku.fi/web/polku/terveystietotuvat>

Tuloisela-Rutanen M-S. 2012. Elämäkokemukset ja koherenssin tunne. Väitöskirja. Turun yliopisto. Viitattu 12.4.2014.
<https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/84858/AnnalesC348Tuloisela-Rutanen.pdf?sequence=1>

Tuomikoski J. 2007. Sairaanhoidajan uudistunut vastaanottotoiminta asiakkaan itsehoidon tukena. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Toropainen E. 2010. Elintapaohjaus- mistä apua käytännön työhön? Viitattu 12.1.2015.
http://www.ukkinstituutti.fi/terveysliikuntautiset/uutinen/32/elintapaohjaus_-_mista_apu_kaytannon_tyohona

Valtionhallinnon tietoturvallisuuden johtoryhmä. 2001. Sähköisten palveluiden ja asiain tietoturvallisuuden yleisohje. Valtiovarainministeriö. Viitattu 4.2.2015.
https://www.vm.fi/vm/fi/04_julkaisut_ja_asiakirjat/03_muut_asiakirjat/7543_fi.pdf

Vantaan kaupunki. Koivukylä. Viitattu 16.3.2014.
http://www.vantaa.fi/fi/osallistu_ja_vaikuta/aluesivut_/koivukyla

Vilka H. 2007. Tutki ja mittaa: Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki: Tammi

Yhteenveto tuloksista. 2012. RAMPE-hanke. Viitattu 7.4.2014.
<http://www.ksshp.fi/Public/default.aspx?contentid=38865>

Kuviot

Kuvio 1: Sukupuoli	34
Kuvio 2: Sukupuoli ja ikäjakauma	34

Taulukot

Taulukko 1: Ikäjakauma	34
Taulukko 2: Toiveet ohjausmenetelmistä	37
Taulukko 3: Voimavarat ja voimavara- lähtöinen ohjaus	38
Taulukko 4: Kokemukset ohjausmenetelmistä	39
Taulukko 5: Hoitohenkilökunnalta saatu tieto ja tuki	40
Taulukko 6: Asiakkaan hoitosuunnitelma	40
Taulukko 7: Hoitosuunnitelma ja asiakkaan osallistuminen hoitoon.....	41
Taulukko 8: Voimavara- lähtöinen ohjaus	42
Taulukko 9: Asiakkaan kannustus ja palaute	43
Taulukko 10: Itsehoitopiste ja sähköinen asiointi	44
Taulukko 11: Toiveet itsehoitopisteelle	44

Liitteet

Liite 1 Tutkimustaulukko	68
Liite 2 Saate	69
Liite 3 Kyselylomake	70
Liite 4 Vastajat kysymyksittäin	75
Liite 5 Kyselylomakkeen avoin kysymys.....	76
Liite 6 Tutkimuslupa.....	77

Liite 1 Tutkimustaulukko

Tutkimusongelma	Käsitteet	Kysymys	Lähteet
1. Mitä omahoidon tuen ja tiedon tarpeita terveysaseman asiakkailla on?	-Riskiryhmät	3	3-4= Helakorpi ym. 2012; Parkkamäki 2013
	-Pitkäikäissairaus	4	
	-Ohjausmenetelmät	6	6= mm. Kyngäs & Hentinen 2009
	-Voimavarat	5, 7(6,15)	5= Tuloisela-Rutanen 2012
	-Hoitosuunnitelma	7(6)	7(6,15, 17-18)=MacColl Center for Health Care innovation 2005
	-Motivointi	7(17-18)	7(7-8,11,)=Kettunen 2001
	-Voimavara- lähtöinen ohjaus	7(6-8,11,)	10(1)=Terveystietotuvat
2. Millaista omahoidon tukea asiakkaat ovat saaneet?	-Hoitosuunnitelma	7(1-5,10,16,24-26)	7 (7-10,14,20-21, 23)= mm.Kettunen 2001.
	-Voimavara- lähtöinen ohjaus	7(9,12-14,20,21,23) 8	7(1-3, 5,12-13,16, 19,22,24-26)= MacColl Center for Health Care innovation 2005
	-Motivointi	7(19)	8= Suurnäkki 2010;Routasalo ym.2010;Pietilä 2010
	-Ohjausmenetelmät	7(22),9	9= Kyngäs & Hentinen 2009
3. Millaisia toiveita asiakkaalla on itsehoitopisteen kehittämiseen liittyen	-Itsehoitopisteet	10(1-4),11	10(1-4),11= mm. Terveystietotuvat.
	-Teknologia	10(5-8)	10(5-8)= mm. Terveyspalvelut.

Liite 2 Saate

Hyvä Koivukylän terveysaseman asiakas

Olemme kaksi terveydenhoitajaopiskelijaa Laurean ammattikorkeakoulusta Tikkurilasta ja teemme opinnäytetyötä terveysaseman asiakkaan omahoidon tuen ja tiedon tarpeista. Tarkoituksenamme on kyselytutkimuksen avulla kuvata Koivukylän terveysaseman asiakkaiden kokemuksia, tarpeita ja toiveita liittyen hoitohenkilökunnalta saatavaan tukeen sairauden hoidossa sekä terveyden ylläpitämisessä. Tavoitteenamme on, että Teiltä saatujen vastausten pohjalta pystymme tuottamaan tietoa siitä, minkä tyyppistä tukea asiakkaat tarvitsevat hoitohenkilökunnalta terveellisten elintapojen noudattamiseen ja sairauksien ennaltaehkäisyyn sekä/tai mahdollisimman itsenäisesti toteutettavaan pitkäaikaissairauden seurantaan ja hoitoon. Tavoitteenamme on myös opinnäytetyön tulosten perusteella kehittää Koivukylän itsehoitopistettä ja asiakkaiden omahoitoa.

Kyselyyn osallistuminen on vapaaehtoista eikä vastaaminen vaikuta terveysasemalla saamaanne hoitoon. Kyselyyn vastataan nimettömänä eikä kyselyssä tule ilmi henkilöllisyytenne. Vastauslomakkeet hävitetään asianmukaisesti tulosten analysoinnin jälkeen.

Kyselyyn vastaaminen vie aikaa noin 5-10 minuuttia. Vastauksenne olisi meille erittäin tärkeä.

Mikäli Teillä tulee jotain kysyttävää liittyen kyselyyn tai opinnäytetyöhömmme, olkaa ystävällisesti yhteydessä meihin.

Anette Kulla

Laurea Ammattikorkeakoulu

anette.kulla@laurea.fi

Maire Rannila

Laurea Ammattikorkeakoulu

maire.rannila@laurea.fi

|

Liite 3 Kyselylomake

OMAHOITOA KOSKEVA KYSELY

Taustatiedot

1. Ikä _____
2. Sukupuoli 1 nainen
 2 mies

3. Onko sinulla todettu jokin/jotkin seuraavista? Ympyröi sopivat vaihtoehdot.

- 1 kohonneita verensokerin arvoja, mutta ei vielä diabetesta
- 2 kohonneita verenpaine arvoja, mutta ei vielä verenpainetautiä
- 3 kohonneita kolesteroliarvoja
- 4 ylipaino
- 5 liikunnan vähäisyys
- 6 epäterveellinen ravitsemus
- 7 yksinäisyys
- 8 joku muu, mikä _____
- 9 ei mitään näistä

4. Onko sinulla todettu pitkäaikaissairaus/sairauksia? Ympyröi sopivat vaihtoehdot.

- 1 tyypin 2 diabetes
- 2 tyypin 1 diabetes
- 3 verenpainetauti
- 4 sepelvaltimotauti
- 5 sydämen vajaatoiminta
- 6 astma
- 7 keuhkohtaumatauti
- 8 masennus
- 9 joku muu, mikä _____
- 10 ei ole todettu mitään pitkäaikaissairauksia

5. Nimeä kolme (3) asiaa, jotka vaikeuttavat omaa sairauden hoitoa ja terveyden ylläpitämistä kotonasi.

6. Millaista ohjausta toivot saavasi? Ympyröi sopivat vaihtoehdot.

- | | | | |
|---|----------------------------|---|--|
| 1 | Yksilöohjaus | 5 | Suullinen ohjaus |
| 2 | Ryhmäohjaus | 6 | Kirjallinen ohjaus |
| 3 | Puhelinohjaus | 7 | Demonstraatio (esim. verenpainemittarin käytön opetus) |
| 4 | Tietokoneavusteinen ohjaus | | |

7. Mitä mieltä olet seuraavista väittämistä? Rastita sopiva vaihtoehto.

	täysin samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	en osaa sanoa	jokseenkin eri mieltä	täysin eri mieltä
	1.	2.	3.	4.	5.
1. Tiedän, että minulle on tehty hoitosuunnitelma.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Tiedän, mitä varten hoitosuunnitelma on tehty.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Hoitosuunnitelman teossa on otettu huomioon omat mielipiteeni ja ideani.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Olen saanut tukea tavoitteiden asettamiseen hoidonsuunnittelussa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5. Minulle on tarjottu eri hoitovaihtoehtoja.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6. Tiedän keinot, miten hoidan sairauttani.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7. Koen tarvitsevani hoitajalta saatavaa tietoa ja ohjausta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8. Koen tarvitsevani lääkäriltä saatavaa tietoa ja ohjausta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
9. Olen saanut hoitohenkilökunnalta tarvitsemaani tietoa ja ohjausta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
10. Hoitohenkilökunta on kartoittanut elämäntilanteeni yksityiskohtaisesti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
11. Tarvitsen hoitohenkilökunnan tarjoamaa elintapaohjausta. (Aiheet voivat käsitellä esim. päihteiden käytön lopettamista, ravitsemusta, liikuntaa, painonhallintaa.)	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

12. Olen saanut tietoa hoitohenkilökunnalta terveellisistä elintavoista.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
13. Minulta on kysytty joko suoraan tai lomakkeen avulla terveystottumustani.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Olen saanut apua hoitohenkilökunnalta hoitopäätösten teossa.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Pystyn toteuttamaan itsenäistä sairaudenhoitoa hoitohenkilökunnalta saamieni ohjeiden mukaisesti.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Hoitohenkilökunta on ollut minuun säännöllisesti yhteydessä hoidon aikana.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Koen tärkeäksi saada kannustusta hoitohenkilökunnalta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Koen tärkeäksi saada positiivista palautetta hoitohenkilökunnalta.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Olen saanut palautetta onnistumisestani.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Tunnen, että minua kuunnellaan vastaanotolla.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Vastaanotolla hoitaja on varmistanut, että olen ymmärtänyt asian.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Olen saanut tietoa erilaisista ryhmäohjaustilaisuuksista, esim. diabetesryhmä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Hoitohenkilökunta tuki toteuttamiani hoitoratkaisuja.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Olen käynyt ammattihenkilön kanssa läpi hoitosuunnitelman seuranta- ja toteutumista säännöllisin väliajoin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Olen osallistunut hoidon onnistumisen arviointiin.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
26. Olen saanut kopion hoitosuunnitelmasta itselleni.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Olen saanut hoitohenkilökunnalta tietoa ja tukea seuraavista asioista. Rastita sopiva vaihtoehto.

		erittäin paljon	paljon	en osaa sanoa	vähän	erittäin vähän
		1.	2.	3.	4.	5.
1	Sairausten hoito	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2	Sairauksien ennaltaehkäisy	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3	Ravitsemus	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4	Liikunta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
5	Päihteettömyys	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
6	Painonhallinta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
7	Tupakoinnin lopettaminen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
8	Mielen hyvinvointi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

9. Millaista ohjausta olet saanut? Ympyröi sopivat vaihtoehdot.

1	Yksilöohjaus	5	Suullinen ohjaus
2	Ryhmäohjaus	6	Kirjallinen ohjaus
3	Puhelinohjaus	7	Demonstraatio (esim. verenpainemittarin käytön opetus)
4	Tietokoneavusteinen ohjaus		

10. Terveysaseman itsehoitopiste ja sähköinen asiointi. Mitä mieltä olet seuraavista väittämistä? Rastita sopiva vaihtoehto.

	täysin samaa mieltä	jokseenkin samaa mieltä	en osaa sanoa	jokseenkin eri mieltä	täysin eri mieltä
	1.	2.	3.	4.	5.
1. Pidän tärkeänä, että terveysasemalla on itsehoitopiste.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
2. Minulle on kerrottu terveysaseman itsehoitopisteestä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
3. Minulle on näytetty itsehoitopiste.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
4. Minua on opastettu itsehoitopisteessä olevien välineiden käytössä.	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

- | | | | | | |
|--|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|--------------------------|
| 5. Osaan käyttää tietokoneella terveysaseman sähköisiä verkkopalveluita. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 6. Pidän tärkeänä, että minulla on mahdollisuus olla sähköpostitse yhteydessä hoitajaan. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 7. Toivon, että mittaamani arvot itsehoitopisteessä siirtyvät suoraan hoitajalle sähköisesti. | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 8. Olen kiinnostunut tulevaisuudessa verkkopalvelun kautta tapahtuvaan sähköiseen asiointiin hoitajan tai lääkärin kanssa (esim. sähköinen terveystarkastus) | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

11. Mitä toivoisit Koivukylän terveysaseman itsehoitopisteessä olevan? Ympyröi mielestäsi kolme (3) tärkeintä.

- 1 Vaaka
- 2 Verenpainemittari
- 3 Vyötärönympärysmittanauhoja
- 4 Tietokone
- 5 Kirjallista materiaalia liittyen terveellisiin elintapoihin, kuten ravitsemukseen, liikuntaan, tupakoinnin ja päihteiden käytön lopettamiseen,
- 6 Erilaisia riskitestejä ja terveystarkastuksia liittyen terveyteen, hyvinvointiin ja sairauksien ennaltaehkäisyyn
- 7 Tietoa ja esitteitä lähialueen terveyden-, hyvinvoinnin- ja sairauden hoidon eri palveluista
- 8 Hoitaja paikalla tiettyinä aikoina
- 9 Sähköinen yhteys hoitajiin
- 10 Jotain muuta, mitä? _____

12. Mitä muuta haluaisit sanoa?

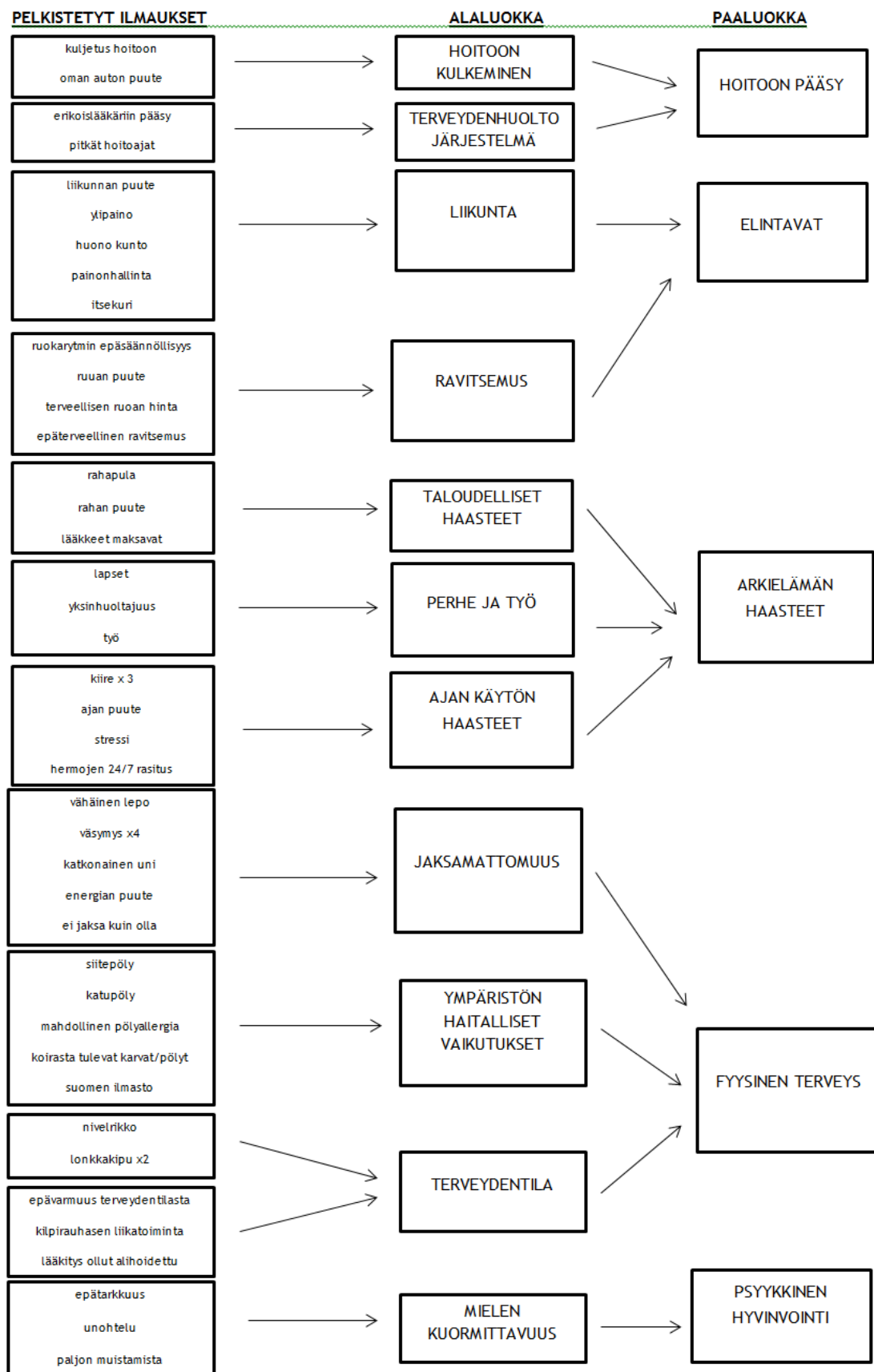
Merkitsetkö vielä lomakkeen täyttöpäivämäärä: ____/____. 2014
|

Lämmin kiitos vastauksestanne.

Liite 4 Vastajaat kysymyksittään

KYSYMYS	KPL	KYSYMYS	KPL
Kysymys 1	63	Kysymys 7.21	55
Kysymys 2	66	Kysymys 7.22	50
Kysymys 3	55	Kysymys 7.23	53
Kysymys 4	58	Kysymys 7.24	52
Kysymys 5	21	Kysymys 7.25	52
Kysymys 6	54	Kysymys 7.26	53
Kysymys 7.1	63	Kysymys 8.1	53
Kysymys 7.2	62	Kysymys 8.2	53
Kysymys 7.3	58	Kysymys 8.3	54
Kysymys 7.4	56	Kysymys 8.4	54
Kysymys 7.5	55	Kysymys 8.5	47
Kysymys 7.6	58	Kysymys 8.6	48
Kysymys 7.7	55	Kysymys 8.7	42
Kysymys 7.8	58	Kysymys 8.8	49
Kysymys 7.9	62	Kysymys 9	51
Kysymys 7.10	57	Kysymys 10.1	61
Kysymys 7.11	55	Kysymys 10.2	60
Kysymys 7.12	57	Kysymys 10.3	60
Kysymys 7.13	56	Kysymys 10.4	58
Kysymys 7.14	55	Kysymys 10.5	62
Kysymys 7.15	56	Kysymys 10.6	62
Kysymys 7.16	55	Kysymys 10.7	59
Kysymys 7.17	55	Kysymys 10.8	60
Kysymys 7.18	55	Kysymys 11	55
Kysymys 7.19	54	Kysymys 12	62
Kysymys 7.20	57		

Liite 5 Kyselylomakkeen avoin kysymys



Liite 6 Tutkimuslupa

**Vantaa**

Viranhaltijapäätös § 21/2014 sivu 1 (2)

28.04.2014 VD/3307/13.00.00/2014

Sosiaali- ja terveystoimi /
Terveyspalvelujen johtaja Aronkytö Timo**Tutkimuslupa / Onnistunut omahoito terveyden edistämisen tukena -opinnäytetyö / Rannila Maire, Kulla Anette**

Tutkimus on Laurea Ammattikorkeakoulussa tehtävä terveydenhoitaja-opintojen opinnäytetyö. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata Koivukylän terveysaseman asiakkaiden kokemuksia, tarpeita ja toiveita liittyen omahoidon tukeen sairauden hoidossa ja terveyden edistämisessä. Tavoitteena on tuottaa tietoa omahoidon tuen tarpeesta. Tavoitteena on myös, että Koivukylän terveysasema voisi hyödyntää opinnäytetyössä tuotettua tietoa itsehoitopisteen ja asiakkaan omahoidon tuen kehittämisessä.

Aineisto kerätään strukturoidun kyselylomakkeen avulla ilman tunnistetietoja toukokuussa 2014. Kyselyn kohderyhmä on Koivukylän terveysasemalla vastaanottoa odottavat, täysi-ikäiset potilaat (N 50-100).

Tutkimuksen arvioitu valmistumisaika on 31.10.2014

Tutkimusta puoltaa terveystoimen johtaja Eila Koivunen ja yhteyshenkilöitä ovat lisäksi ylilääkäri Kajsa Järvinen ja osastonhoitaja Kirsi Rytönen.

Tutkija/tutkijat:

Maire Rannila, terveydenhoitajaopiskelija, Laurea Ammattikorkeakoulu / Tikkurilan yksikkö
Anette Kulla, terveydenhoitajaopiskelija, Laurea Ammattikorkeakoulu / Tikkurilan yksikkö

Tutkimuksen vastuhenkilö:

Riikka Ketonen, hoitotyön lehtori, Laurea Ammattikorkeakoulu / Tikkurilan yksikkö
Kirsi Ronkainen, Laurea Ammattikorkeakoulu / Tikkurilan yksikkö

Tutkimuksen rahoittaa tutkija itse.

Toimitetut asiakirjat:

Tutkimuslupahakemus
Tutkimussuunnitelma
Tiedote tutkittaville
Kyselylomake
Sopimus opinnäyte- tai lopputyöstä

TUTKE katsoo, että tutkimussuunnitelma ja sen liiteasiakirjat noudattavat hyvää tutkimustapaa. Tutkija on sitoutunut siihen, ettei käytä saamiaan tietoja tutkittavan tai hänen läheistensä vahingoksi tai halventamiseksi taikka sellaisten etujen loukkaamiseksi, joiden suojaksi on säädetty salassapitovelvollisuus ja tietosuojasäännöksiä, eikä luovuta kerättyjä tietoja muuhun tarkoitukseen kuin mihin tutkimuslupa on myönnetty. Tutkija on sitoutunut eettisiin periaatteisiin.

TUTKE pitää tutkimussuunnitelmaa hyväksyttävänä ja antaa puoltavan lausunnon tutkimusluvan hyväksymisestä tulosaluejohtajalle.

TUTKE edellyttää, että tutkijat laativat lisäksi henkilökunnalle kirjallisen tiedotteen, jossa informoidaan terveysasemalla tehtävästä kyselytutkimuksesta ja toimittavat tiedotteen myös tutkimuslupahakemuksen liitteeksi Kirjaamon kautta.

TUTKE edellyttää, että tutkimuksen valmistuttua tutkimusraportti toimitetaan Vantaan sosiaali- ja terveystoimen käyttöön sähköpostitse pdf-versiona Kirjaamoon (kirjaamo@vantaa.fi).

Esitystä koskeviin asiasisällöllisiin kysymyksiin vastaa tarvittaessa esittelijä.

Lisätietoja: Erityisasiantuntija Ritva Paavonheimo, p. 0400 400637



Vantaa

Viranhaltijapäätös § 21/2014 sivu 2 (2)

28.04.2014

VD/3307/13.00.00/2014

Sosiaali- ja terveystoimi /
Terveyspalvelujen johtaja Aronkytö Timo

Päätös:

Myönnän luvan tutkimuksen suorittamiseen.

Päiväys Vantaa 28.04.2014

Allekirjoitus

Nimen selvennys Aronkytö Timo

Virka-asema Terveyspalvelujen johtaja

Täytäntöönpano: **ao. henkilöt**

Oikaisuvaatimusohjeet

Tähän päätökseen tyytymätön voi tehdä kirjallisen oikaisuvaatimuksen.

Oikaisuvaatimuksen saa tehdä se, johon päätös on kohdistettu tai jonka oikeuteen, velvollisuuteen tai etuun päätös välittömästi vaikuttaa (asianosainen) sekä kunnan jäsen.

Oikaisuvaatimus tehdään Vantaan sosiaali- ja terveyslautakunnalle, postiosoite: Vantaan kaupunki, Kirjaamo, Asematie 7, 01300 Vantaa, Tikkurila tai sähköpostitse osoitteella: kirjaamo@vantaa.fi

Oikaisuvaatimus on tehtävä 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista. Kunnan jäsenen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, kun pöytäkirja on asetettu julkisesti nähtäväksi. Asianosaisen katsotaan saaneen päätöksestä tiedon, jollei muuta näytetä, 7 päivän kuluttua kirjeen lähettämisestä, saantitodistuksen osoittamana aikana tai erilliseen tiedoksiantotodistukseen merkittynä aikana.

Oikaisuvaatimuksesta on käytävä ilmi vaatimus perusteineen ja se on oikaisuvaatimuksen tekijän allekirjoitettava.

Sähköistä asiakirjaa ei tarvitse täydentää allekirjoituksella, jos asiakirjassa on tiedot lähettäjistä eikä asiakirjan alkuperäisyyttä tai eheyttä ole syytä epäillä.

Sähköinen viesti katsotaan saapuneeksi viranomaiselle silloin, kun se on viranomaisen käytettävissä vastaanottolaitteessa tai tietojärjestelmässä siten, että viestiä voidaan käsitellä.

Oikaisuvaatimus on toimitettava oikaisuvaatimusviranomaiselle ennen oikaisuvaatimusajan päättymistä.

Oikaisuvaatimus toimitetaan aina omalla vastuulla.

Tämä päätöspöytäkirja on yleisesti nähtävänä

Aika: 7.5.2014 klo 8.15 – 16.00

Paikka: Vantaan kaupunki, Kirjaamo, Asematie 7, 01300 Vantaa (Tikkurila)