



Itsemääräämisoikeuden toteutuminen päätöksenteossa

Potilaiden kokemusten vertailu kahdella naistentautien vuodeosastolla

Hoitotyön koulutusohjelma,
kätilö
Opinnäytetyö
12.5.2009

Helena Keinänen
Neena Kolmonen
Anastasia Simonen

Koulutusohjelma		Suuntautumisvaihtoehto	
Hoitotyö		Kättilö AMK	
Tekijä/Tekijät			
Keinänen, Helena; Kolmonen, Neena; Simonen, Anastasia			
Työn nimi			
Itsemääräämisoikeuden toteutuminen päätöksenteossa. Potilaiden kokemusten vertailu kahdella naistentautien vuodeosastolla.			
Työn laji	Aika	Sivumäärä	
Opinnäytetyö	Kevät 2009	25 + 7 liitettä	
<p>TIIVISTELMÄ</p> <p>Työ on jatkoa opinnäytetyölle ”Itsemääräämisoikeuden toteutuminen päätöksenteossa. Potilaiden kokemuksia naistentautien vuodeosastoilla.” Opinnäytetyössä tutkittiin kahdella naistentautivuodeosastolla hoidossa olleiden potilaiden kokemuksia itsemääräämisoikeuden toteutumisesta heidän hoitoaan koskevassa päätöksenteossa. Tämän työn tarkoituksena oli jatkaa tulosten analysointia ja vertailla kahden naistentautivuodeosaston potilaiden kokemuksia itsemääräämisoikeuden toteutumisesta. Vertailemalla selvitettiin potilaiden kokemuksia siitä missä määrin potilaiden päätöksenteon tueksi saada tieto ja päätöksentekoon osallistuminen sekä päätöksentekoon osallistumisen tärkeys eroavat kahden naistentautivuodeosaston potilaiden välillä. Tutkimusaineisto kerättiin HUS:sin Kättilöopiston sairaalan osaston 8 ja Naistenklinikan osaston 30 potilailta. Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli antaa osastoille tietoa, jonka avulla osastojen hoitotyötä voidaan kehittää entistä potilaslähtöisemmäksi.</p> <p>Tutkimusmenetelmä oli kvantitatiivinen eli määrällinen kyselytutkimus. Aineiston keruussa käytettiin kyselylomaketta Sainion (2002) tutkimuksesta Cancer patients’ participation in decision-making about treatment and nursing care. Kyselylomaketta muokattiin tutkimusta varten vain strukturoituja kysymyksiä sisältäväksi sekä naistentautivuodeosastoille tarkoituksenmukaisemmaksi. Kyselyyn vastasi yhteensä 74 potilasta kahdelta naistentautiosastolta. Aineisto analysoitiin tilastollista SPSS 15-ohjelmistoa käyttäen. Aineiston kuvailussa käytettiin lukumääriä, prosentteja, keskiarvoa, keskihajontaa sekä summamuuttujia.</p> <p>Tutkimustulosten perusteella voidaan todeta, että osastojen väliset erot potilaiden kokemuksissa itsemääräämisoikeuden toteutumisen suhteen ovat pieniä. Osastolla ei voi juurikaan katsoa olevan vaikutusta siihen, missä määrin potilaat kokevat osallistuneensa päätöksentekoon ja miten tärkeäksi he kokevat päätöksentekoon osallistumisen. Potilaiden kokemukset eivät eronneet myöskään potilaiden päätöksenteon tueksi saaman tiedon osalta. Molempien osastojen potilaat kokivat osallistuneensa hoidostaan päätettäessä verraten riittävästi. Molempien osastojen potilaat pitivät myös tärkeänä osallistumistaan hoidostaan päätettäessä. Valtaosa molempien naistentautiosastojen potilaista koki saaneensa hoitoonsa liittyvää tietoa riittävästi.</p>			
Avainsanat			
Itsemääräämisoikeus, päätöksenteko, tiedonsaanti, naistentautien hoitotyö			

Degree Programme in		Degree
Nursing and Health Care (Midwifery)		Bachelor of Health Care (Midwife)
Author/Authors		
Keinänen, Helena; Kolmonen, Neena; Simonen, Anastasia		
Title		
Self-determination in decision-making. Comparing patients' experiences in two gynaecological wards.		
Type of Work	Date	Pages
Final Project	Spring 2009	25 + 7 appendices
<p>ABSTRACT</p> <p>This thesis is a continuation of the earlier thesis “Self-determination in decision-making. Patients’ experiences in gynaecological ward”, which aimed to discover whether patients received sufficient information to make decisions, and how important it was to be involved in the decision-making process. The purpose of this study was to further analyze the results, comparing those between patients the gynaecological wards of two Helsinki district hospitals - Kätilöopisto Maternity Hospital, and Department of Obstetrics and Gynaecology. The comparison was carried out to ascertain how patients’ experiences differed between the two wards. The aim of this study was to offer information which could help to further develop nursing practices the two gynaecological wards.</p> <p>The method used was a quantitative study. A questionnaire was developed based on one that was originally used to examine cancer patients’ self-determination in decision-making. The questionnaire was adapted to be more relevant to those issues affecting patients in the gynaecological wards. 74 patients took part in this study. Data was analyzed by using SPSS 15-software. Numbers and percentages, mean deviation and standard deviation, and sum variables were used.</p> <p>This study showed that the difference between patients self-determination in decision making in two gynaecological wards were marginal. From which ward patients were had barely any effect on patients’ experience on how much they have taken part in decision making and how important they think participation in decision making is. Patients’ experiences didn’t much differ in how much information they received. In both wards, patients’ experiences with taking part in decision making relating to their care were similar. Patients in both wards also felt it was important to take part in decision making. The vast majority of the patients believed that they received sufficient information about their treatment.</p>		
Keywords		
Self-determination, decision-making, information, gynaecological nursing		

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 OPINNÄYTETYÖN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	2
2.1 Naistentautien hoitotyö	2
2.2 Naistentautien hoitotyötä ohjaavat kansainväliset ja kansalliset suositukset	2
2.3 Naistentautipotilaan itsemääräämisoikeus hoitoa koskevassa päätöksenteossa	3
2.4 Naistentautipotilaan saaman tiedon vaikutus päätöksentekoon osallistumisessa	5
3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	6
4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	7
4.1 Tutkimusmenetelmä	7
4.2 Aineiston hankinta	8
4.3 Opinnäytetyössä käytetty kyselylomake	9
4.4 Tutkimusaineiston analysointi ja tulkinta	11
5 TUTKIMUSJOUKKO	12
6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	12
6.1 Taustamuuttujien vertailu	12
6.2 Tutkimustulosten vertailu	13
7 POHDINTA	14
7.1 Opinnäytetyön tulosten tarkastelu	15
7.2 Opinnäytetyön merkitys ja jatkotutkimusehdotukset	17
7.3 Johtopäätökset	18
7.4 Tutkimuseettiset kysymykset	18
7.4.1 Tutkimuksen luotettavuus	18
7.4.2 Tutkimuksen eettisyys	21
LÄHTEET	23
LIITTEET 1-7	

1 JOHDANTO

Tämä työ on Metropolia ammattikorkeakoulun hoitotyön alaan kuuluva opinnäytetyö. Työ on jatkoa Näyttöön perustuva kättilötyö- hankkeeseen 18.4.2008 julkaistulle opinnäytetyölle ”Itsemääräämisoikeuden toteutuminen päätöksenteossa. Potilaiden kokemuksia naistentautien vuodeosastoilla.” Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisena kyselytutkimuksena HUS:in Kättilöopiston sairaalan osastolla 8 ja Naistenklinikan osastolla 30. Työn aihe nousi osastojen tarpeista saada tietoa hoitotyön kehittämisen tueksi. Aihe on myös osa HUS:in valtuuston hyväksymää strategiaa ja arvopohjaa, jossa yksi tavoitteista on antaa potilaille parasta hoitoa jokaisen potilaan itsemääräämisoikeutta kunnioittaen (HUS 2007).

Ensimmäisessä opinnäytetyössä osastoilta saatuja tutkimustuloksia kuvattiin yhtenä kokonaisuutena. Tässä toisessa työssä tulosten tarkastelua jatketaan vertailemalla eroavatko potilaiden kokemukset itsemääräämisoikeuden toteutumisesta hoitoa koskevassa päätöksenteossa kahdella naistentautiosastolla.

Potilaiden itsemääräämisoikeuteen ja päätöksentekoon liittyvää tutkimusta on tehty sekä potilaiden että hoitajien näkökulmista muun muassa syöpä- ja reumatautien, kirurgian, psykiarian ja äitiyshuollon alueelta. Naistentautipotilaiden itsemääräämisoikeuteen ja päätöksentekoon liittyvää tutkimusta sen sijaan on tehty vähäisesti.

2 OPINNÄYTETYÖN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

2.1 Naistentautien hoitotyö

Naistentaudeilla tarkoitetaan naisten sukupuolielinten rakenteen ja toiminnan erilaisia häiriöitä ja tautitiloja. Naistentautien vuodeosastojen potilaat ovat eri-ikäisiä naisia. (Eskola 2002: 22.) Naistentautipotilaiden hoidossa korostuvat intymiteettisuoja, yksityisyys ja luottamuksellisuus. Käsiteltävät asiat saattavat olla potilaalle kipeitä, arkoja ja vaikeasti kohdattavia, ja ongelmia tulisikin lähestyä potilaan ehdoilla. (Hartikainen 1995: 28.)

Naisten hoitotyöhön liittyy läheisesti seksuaali- ja lisääntymisterveys. Gynekologinen sairaus heijastuu usein ihmissuhteisiin, etenkin parisuhteeseen, ja se voidaan kokea uhkana naisellisuudelle ja sukupuolielämälle, koska se koskee hyvin intiimiä aluetta. Hoitotilanteisiin heijastuvat naisen mahdolliset pelot sairauden vaikutuksista seksuaalielämään, lisääntymiseen tai elämän jatkumiseen. (Eskola 2002: 21.)

2.2 Naistentautien hoitotyötä ohjaavat kansainväliset ja kansalliset suositukset

Maailman terveysjärjestön WHO:n sekä Kansainvälisen perhesuunnittelujärjestön IPPF:n strategioiden mukaisesti jokaisella naisella tulee olla mahdollisuus kokonaisvaltaiseen seksuaali- ja lisääntymisterveyttä edistävään terveydenhuoltoon. Jokaisella naisella tulee myös olla mahdollisuus saada riittävästi tietoa seksuaali- ja lisääntymisterveyttä koskevan päätöksenteon tueksi liittyen muun muassa hedelmällisyyteen, raskaudenkehäisyyteen, raskaudenkeskeytykseen ja sukupuoliteitse tarttuviin tauteihin. (IPPF: 2009; WHO 2001.)

Suomessa Sosiaali- ja terveysministeriön asettama työryhmä on laatinut kansallisen seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelman, jonka tavoitteena on edistää seksuaali- ja lisääntymisterveyttä. Ohjelma on tarkoitettu muun muassa sosiaali- ja terveydenhuollossa toimiville työntekijöille ja heidän johtajilleen. Ohjelmassa on 14 aihekokonaisuutta, joille on asetettu tavoitteet ja suunniteltu toimenpiteet. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007: 3-4.)

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden oikeuslähtöisessä ajattelussa on keskeistä yksilön oikeus tehdä päätöksiä itse. Tämän toteutumiseksi jokaisella tulee olla mahdollisuus saada seksuaali- ja lisääntymisterveyttä koskevaa tietoa ja palveluita tarpeidensa mukaisesti. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007: 24.)

Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelman mukaisesti seksuaaliterveyteen liittyvä neuvonta tulee sisällyttää osaksi sairaanhoitoa ja sen tulee olla yksilön tarpeet huomioonottavaa. Sosiaali- ja terveydenhuollon henkilöstön peruskoulutukseen tulee sisällyttää seksuaaliterveyden perusteet sekä lisääntymisterveyden edistäminen. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007: 3-4.)

2.3 Naistentautipotilaan itsemääräämisoikeus hoitoa koskevassa päätöksenteossa

Itsemääräämisoikeus on oikeutta määrätä vapaasti omista asioista ja mahdollisuutta vapaaseen henkiseen itsemääräämiseen (Nykysuomen sanakirja 1961: 690). Terveydenhuollossa itsemääräämisoikeus tarkoittaa oikeutta osallistua omaa itseä koskevaan päätöksentekoon. Osallistuminen edellyttää tietoja muunmuassa sairaudesta, hoidosta ja hoitovaihtoehdoista. Nämä tiedot hoitohenkilökunnan tulee antaa potilaalle niin, että potilas ymmärtää asian. (ETENE 2001.) Potilaan tahtoa on kunnioitettava, hänen omaa kokemustaan arvostettava ja hänen kanssaan on haettava yhteisymmärrystä ilman johdattelua, painostusta tai pakkoa (ETENE 2001; Ojala 2001: 125-138).

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista määritellään potilaan oikeus itsemääräämiseen. Potilaan hoito on järjestettävä yhteisymmärryksessä hänen kanssaan ja hänellä on myös oltava mahdollisuus kieltäytyä hoidosta. (Finlex 1992.) Potilaan päätöksenteko ja itsemääräämisoikeus tulevat esille myös sairaanhoitajan eettisissä ohjeissa. Sairaanhoitajan tulee kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta ja järjestää potilaalle mahdollisuus osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. (Suomen sairaanhoitajaliitto ry 1996.)

Breitbartin (2000) tutkimuksen mukaan naisten saama hoitoon liittyvä neuvonta ja opetus ovat yhteydessä hoitotyytyväisyyteen. Myös hoitohenkilökunnan antamalla tuella ja kannustuksella on todettu olevan merkittävä osuus naistentautipotilaan hoitokokemuksen muodostumisessa (Breitbart 2000; Fletcher 2001; Tammilehto 1998: 44). Naiset kokevat yksilöllisen hoidon ja kohtelun erityisen tärkeäksi, mutta osa

potilaista kokee, ettei heidän yksilöllisyyttään hoidossa huomioida. Potilaille on muun muassa kokemus siitä, että he eivät saa riittävästi yksilöllistä informaatiota sekä kokemus, että heitä ei huomioida hoidollisissa ja ohjaustilanteissa. (Koivisto 2000: 45-48; Keränen 2006: 27,67-68; Lamminperä 1999:1; Alexander 2001.)

Aron (2004: 28) tutkimuksen mukaan potilasneuvonnassa ei kiinnitetä riittävästi huomiota potilaan itsensä tärkeäksi kokemiin asioihin ja potilaat ovat sitä mieltä, etteivät saa riittävästi tietoa asioista, joista olisivat sitä erityisesti kaivanneet. Lamminperän (1999: 1) tutkimuksen mukaan potilaat myös kokevat, että ilman omaa aktiivisuuttaan he eivät olisi saaneet riittävästi tietoa hoitoonsa liittyvistä asioista. Potilaat toivoisivatkin enemmän mahdollisuuksia tuoda esille huolenaiheitaan ja kysyä kysymyksiä (Fletcher 2001). Potilaat kokevat tärkeäksi, että myös asioista, joista he eivät osaa kysyä kerrotaan (Koivisto 2000: 45-48).

Potilaat myös kokevat, etteivät hoitajat ole kiinnostuneita heistä yksilöinä, mikä tulee esille kiinnostuksen puutteena potilaan henkilökohtaista elämäntilannetta kohtaan. Tähän kokemukseen vaikuttaa erityisesti hoitajien potilaille antama aika sekä hoitajien kanssa käydyt keskustelut. (Hakala 2005: 65-67; Koivisto 2000: 45-48; Keränen 2006: 27,67-68.) Hakalan (2005) tutkimuksessa naiset arvioivat, että henkilökunnan jaksamisen puute ja kiire saattavat vaikuttaa yksilöllisen hoidon toteutumiseen. Naiset kertoivat saaneensa kuitenkin vaikutelman, että henkilökunta otti kantaa heidän ongelmiinsa ja teki parhaansa auttaakseen (Hakala 2005; 65-67). Suurimmaksi puutteeksi yksilöllisen hoidon toteutumisessa naiset kokevat yhden pysyvän henkilökohtaisen hoitosuhteen puuttumisen (Keränen 2006: 27,67-68; Lamminperä 1999: 1; Thure-Toivanen 2001: 32).

Naispotilaat kokevat hoidon olevan parempaa ja laadukkaampaa, kun he ovat olleet mukana hoitoonsa liittyvässä päätöksenteossa (Wittman-Price 2004). Myönteisiä kokemuksia naistentautien potilaille on hoitotilanteista, joissa he kokevat saavansa tietoa eri hoitovaihtoehdoista sekä mahdollisuuden päättää hoitomuodoista. Potilaille on myös tärkeää, etteivät he joudu tekemään päätöksiä yksin vaan yhteistyössä hoitohenkilökunnan kanssa. Tyytymättömyyttä potilaissa aiheuttaa se, että hoitoa suunnitellaan ilman heidän osallistumistaan ja hoitovaihtoehto ainoastaan ilmoitetaan heille. (Nykänen 2002: 1.) Lamminperän (1999: 1) tutkimuksen mukaan potilaat kokevat olleensa kaikissa hoidon vaiheissa epätietoisia siihen liittyvistä asioissa. Myös

muissa tutkimuksissa on tullut ilmi, että potilaat kaipaavat lisää tietoa (Keränen:27,67-68; Koivisto 2000: 45-48.), vaikka kokevatkin saavansa jonkin verran tietoa hoitoonsa liittyen (Keränen 2006: 27,67-68; Koivisto 2000: 45-48; Thure-Toivanen 2001: 36.).

2.4 Naistentautipotilaan saaman tiedon vaikutus päätöksentekoon osallistumisessa

Merkittävin tekijä päätöksentekoon osallistumisessa on tiedon saaminen ja saadun tiedon ymmärtäminen sekä tiedon hankkiminen (Lamminperä 1999: 1; Ojala 2001: 125-138). Naistentautipotilailla on tiedonsaantia ja päätöksentekoa koskevia odotuksia (Keränen 2006: 37). Naistentautipotilaat kokevat tiedonsaannin myönteisenä, kun se on ajoitettu oikeaan aikaan ja tietoa annetaan menetelmällisesti eri tavoin, esimerkiksi suullisesti ja kirjallisesti (Nykänen 2002: 1). Tiedon potilaat kokevat saavansa usein kirjallisena. Kirjallisten oppaiden lisäksi potilaat kaipaavat enemmän keskustelua. (Keränen 2006: 27,67-68; Tammilehto 1998: 44.)

Potilaat kokevat kaiken saamansa tiedon hyödyllisenä (Fletcher 2001). Suurin osa potilaista kokee, että tiedon saanti vähentää stressiä ja ahdistusta sekä parantaa elämänlaatua. Hoitokeinoihin ja hoitotoimenpiteisiin liittyvän tiedon saanti on naisille tärkeintä. (Himel 2006; Fletcher 2001.) Naiset arvelevat tiedon auttavan heitä valmistautumisessa toimenpiteen jälkeiseen aikaan ja siinä mahdollisesti vastaan tuleviin ongelmiin (Fletcher 2001; Huovinen 2002: 64, 66.) Ennen hoitoa saadun tiedon on myös todettu lisäävän potilaan turvallisuuden tunnetta (Keränen 2006: 27,67-68; Aro 2004: 31).

Yleensä hoitajien kanssa käydyt keskustelut ovat ammattimaisia ja niillä on hoidollinen tarkoitus. Keskustelut koskevat käytännön asioita sekä sairauden ja hoidon fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia puolia. (Koivisto 2000: 45-48.) Potilaat kokevat tärkeiksi myös keskustelut, joiden aihealueet liikkuvat sairauden ulkopuolella (Koivisto 2000: 45-48; Lamminperä 1999: 1; Rainto 2004: 36).

Parisuhteeseen ja seksuaalisuuteen liittyvistä asioista potilaat haluaisivat keskustella enemmän (Keränen 2006 : 27, 67-68). Yleisesti sekä nuoret että vanhat naispotilaat ovat yhtä kiinnostuneita keskustelemaan seksuaalisuuteen liittyvistä asioista. Erityisesti vanhemmat naiset toivoisivat, että heiltä kysyttäisiin seksuaalisuuteen liittyvistä asioista, mutta kuitenkin kokevat, että näin ei heidän kohdallaan juuri koskaan tehdä. (Chapel 2004.) Tiedontarve liittyen toimenpiteen vaikutuksesta seksuaalisuuteen

vaihtelee tehdyn toimenpiteen mukaan. Esimerkiksi kohdunpoistoon tulleille potilaille tiedonsaanti tältä alueelta on tärkeää (Tammilehto 1998: 36), kun taas virtsainkontinenssileikkauspotilaat (Aro 2004: 28) ja kohdunkaulansyöpää sairastavat potilaat (Himel 2006) eivät koe tiedonsaantia seksuaalisuuteen liittyen kovinkaan tärkeäksi. Tammilehdon (1998: 44) tutkimuksessa potilaan pelko siitä, että gynekologinen leikkaus vaikuttaa seksuaalisuuteen hävisi hoitohenkilökunnan antaman tiedon myötä. Hoitohenkilökunnalta saatu tieto auttaa naisia myös sopeutumaan ruumiinkuvassaan tapahtuviin muutoksiin (Chapel 2004).

Potilaat haluavat tietoa siitä, miten voivat osallistua omaan hoitoonsa (Keränen 2006: 37). Potilaille merkittävimmät tiedontarpeen alueet ennen sairaalaan tuloa ovat tieto toimenpiteestä, toipumisajasta, voinnin seurannasta ja kivunhoidosta. Ennen toimenpidettä halutaan tietoa muun muassa siitä, mitä on tulossa. Potilaat saavat mielestään tietoa hoidosta ja sen sivuvaikutuksista. (Koivisto 2000: 45-48.) Liian vähän potilaat kokevat saavansa tietoa sairaudestaan ja lääkehoidosta. Myös toimenpiteistä ja tutkimustuloksista kaivataan lisää tietoa. (Nykänen 2002: 1.) Raskaudenkeskeytyspotilaat erityisesti kaipaavat tietoa monipuolisesti, myös mahdollisesti toimenpidettä seuraavista psyykkisistä reaktioista (Fletcher 2001).

Kielteisiä kokemuksia ja tyytymättömyyttä tiedon saantiin liittyen on erityisesti kotihoidonohjauksesta sekä kivunhoitoon liittyvistä asioista (Aro 2004: 35). Puutteita esiintyy myös erilaisten ohjausmenetelmien käytössä (Halonen 2006: 1). Halosen (2006: 1) tutkimuksessa ohjausta oli saatu hyvin sairauteen, hoitoon ja toipumiseen liittyvissä asioissa. Tehtäviin tutkimuksiin naistentautipotilaat ovat tyytyväisempiä, kun he ovat saaneet monipuolisesti tietoa niihin liittyen (Foxal 2003: 21-36). Toimenpiteen jälkeen tiedontarve on suurin mahdollisista komplikaatioista, toimenpiteen onnistumisesta, toipumisnopeudesta sekä lantionpohjalihasten harjoittamisesta (Aro 2004: 27; Huovinen 2002: 62-75). Tietoa ei juurikaan ole kaivattu kustannuksista, valmistautumisesta toimepiteeseen tai sairaalahoidon pituudesta (Aro 2004: 27).

3 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Työ on jatkoa opinnäytetyölle ”Itsemääräämisoikeuden toteutuminen päätöksenteossa. Potilaiden kokemuksia naistentautien vuodeosastoilla.”, jossa kahdelta

naistentautivuodeosastolta saatuja tutkimustuloksia kuvattiin yhtenä kokonaisuutena. Tutkimustulokset saatiin kvantitatiivisella kyselytutkimuksella 11.3-2.4.2008 HUS:in Kätilöopiston sairaalan osastolta 8 ja Naistenklinikan osastolta 30. Tutkittava aihe nousi osastojen tarpeista. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on vertailla näiltä kahdelta naistentautien vuodeosastolta saatuja tutkimustuloksia keskenään. Tavoitteena on saadun tiedon avulla kehittää osastojen hoitotyötä entistä potilaslähtöisemmäksi. Tämän opinnäytetyön tutkimusongelmat ovat:

Eroavatko naistentautiosastojen potilaiden kokemukset itsemääräämisoikeuden toteutumisesta heidän hoitoaan koskevassa päätöksenteossa kahden naistentautiosaston välillä?

1. Missä määrin potilaiden päätöksenteon tueksi saama tieto eroaa kahden naistentautiosaston välillä?
2. Missä määrin potilaiden päätöksentekoon osallistuminen eroaa kahden naistentautiosaston välillä?
3. Missä määrin päätöksentekoon osallistumisen tärkeys eroaa kahden naistentautiosaston potilaiden välillä?

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

4.1 Tutkimusmenetelmä

Tutkimusmenetelmä oli kvantitatiivinen eli määrällinen kyselytutkimus. Kvantitatiivisella tutkimuksella pyritään löytämään aineistosta säännönmukaisuuksia (Vilka 2007: 25-26). Keskeistä tutkimuksen tekemisessä on johtopäätösten tekeminen aikaisempien tutkimusten ja teorioiden pohjalta (Hirsjärvi 2007: 136). Tutkimusprosessissa edetään ensin teoreettisten käsitteiden määrittelystä tutkimuksen toteuttamiseen. Tämän jälkeen tutkimuksessa saatuja tuloksia analysoidaan ja tulkitaan.

(Vilka 2007: 25-26.)

Kvantitatiivisen tutkimuksen tarkoituksena on löytää muuttujien välisiä syy-seuraussuhteita ja kartoittaa, kuvata, selittää tai vertailla asioita. (Vilka 2007: 13-14, 16-17). Kvantitatiivisella tutkimuksella pyritään saamaan yleistettäviä tuloksia (Paunonen 1997: 19-20). Tutkimustietoa käsitellään ja esitetään numeerisessa muodossa. Tutkimusta tehtäessä tekijän tulee olla puolueeton eli objektiivinen. (Vilka 2007: 13-14, 16-17.) Suositeltava tutkittavien vähimmäismäärä tilastollista tutkimusmenetelmää käytettäessä on 100 (Heikkilä 2004: 45).

Otannalla tarkoitetaan menetelmää, jolla otos poimitaan perusjoukosta (Vilka 2007: 52). Otos on edustava pienoiskuva tutkimuksen kohteena olevasta perusjoukosta. Kiintiöpaiminta on otantamenetelmä, jossa etukäteen päätetään esimerkiksi kuinka monta henkeä otetaan mukaan tutkimukseen ja kyselyä jatketaan kunnes kiintiö tulee täyteen (Heikkilä 2005: 33, 40). Tutkimuksen tarkoituksena oli kerätä molemmilta osastoilta 50 vastaajan otos ja jatkaa kyselyä, kunnes tämä yhteensä 100 vastaajan otos saadaan.

4.2 Aineiston hankinta

Tutkimusaineisto kerättiin HUS:in Kätilöopiston sairaalan osastolla 8 ja Naistenklinikan osastolla 30. Kyselyn toteuttamiseksi hoitohenkilökunnalle annettiin kirjalliset ohjeet kyselyn tarkoituksesta ja toteutuksesta (liite 1). Vastauksia kerättiin 11.3.-2.4.2008 välisenä aikana.

Molemmille osastoille toimitettiin 70 kyselylomaketta ja saatekirjettä, koska oli odotettavissa, että kaikki kyselylomakkeen saaneet eivät siihen vastaa. Osastoille toimitettiin myös palautuslaatikko vastausten palauttamista varten. Osastolla 8 palautuslaatikko sijaitsi hoitajien kansliassa ja osastolla 30 osaston käytävällä. Potilaat saivat saatekirjeen ja kyselylomakkeen hoitajalta osastolla ja vastasivat kyselyyn ennen kotiutumistaan. Kyselylomakkeet palautettiin osastolla olevaan suljettuun laatikkoon ennen potilaan kotiutumista. Saatujen vastausten määrää käytiin ajoittain tarkastamassa. Tutkimuksen aikana osastolle 8 toimitettiin vielä 12 kyselylomaketta lisää.

Aineiston keräämisen aikana osastolla 8 oli 224 potilasta ja osastolla 30 oli 143 potilasta. Osastolla 30 oli keräyksen aikana 2 viikon sulku, mikä saattoi vaikuttaa sieltä saatujen vastausten määrään. Kyselyyn vastasi yhteensä 85 potilasta. Osastolta 8 saatiin yhteensä 52 vastausta, joista hylättiin 6 ja osastolta 30 yhteensä 33 vastausta, joista hylättiin 5. Kyselylomakkeet hylättiin, koska ne palautuivat tyhjinä tai lähes tyhjinä. Varmasti ei voida tietää onko jokaiselle osastolla olleelle potilaalle annettu kyselylomake vastattavaksi, joten aineiston katoa ei voida määrittää. Koska kyselytutkimus tehtiin kahdella eri osastolla, kyselylomakkeet merkittiin osaston numerolla. Osaston numeron perusteella eri osastojen vastaukset pystyttiin erottelemaan toisistaan vertailua varten.

4.3 Opinnäytetyössä käytetty kyselylomake

Kyselylomake on Sainion (2002) tutkimuksesta Cancer patients' participation in decision-making about treatment and nursing care, jossa on tutkittu syöpäpotilaiden osallistumista hoitoaan koskevaan päätöksentekoon (Sainio 2002). Kyselylomakkeen käyttöön ja muokkaamiseen on saatu lupa sen tekijältä (liite 2). Kyselylomaketta muokattiin aikaisemmassa tutkintoomme liittyvässä opinnäytetyössä.

Kyselylomakkeessa tulee kysyä asioita, jotka vastaavat tutkimussuunnitelman tavoitteisiin sekä asetettuun tutkimusongelmaan. Kysymysten muodon tulee vastata tulevan tiedon käyttötarkoitusta. Kohderyhmän tuntemus auttaa kyselylomakkeen suunnittelussa ja vastaajien vastauksiin vaikuttavat taustat on hyvä tuntea. (Vilkkä 2003: 59-62.)

Syöpäpotilaiden tutkimiseen suunniteltua kyselylomaketta muokattiin naistentautien vuodeosastoille sopivammaksi muuttamalla taustatiedot osiota ja jättämällä siitä pois kysymykset 6.-10 ja 12, jotka koskevat syövänhoitoon liittyviä taustatietoja sekä kysymykset 31.-34., jotka koskevat syöpää sairautena. Taustamuuttujiksi valittiin tekijöitä, jotka voivat vaikuttaa päätöksentekoon naistentautivuodeosastoilla. Kyselylomakkeeseen laitettiin Ikä (kysymys 2.) avoimena kysymyksenä, koska potilaiden ikäjakauman voitiin olettaa naistentautivuodeosastoilla olevan suuri. Taustamuuttujaan siviilisäätty (kysymys 3.) lisättiin vastausvaihtoehtoihin kohta ”seurustelen”. Tähän päädyttiin, koska ihmiset elävät parisuhteissa ilman, että asuvat

yhdessä tai ovat naimisissa. Kysymystä ”Onko teillä alaikäisiä lapsia?” muokattiin, koska tästä potilasryhmästä on kiinnostavaa se, onko vastaajalla lapsia ylipäättään. Taustamuuttujiin lisättiin kysymys sairaalaan tulotavasta, koska haluttiin selvittää onko sillä vaikutusta potilaan itsemääräämisoikeuden toteutumiseen päätöksenteossa.

Tutkimusongelmaan liittymättömiä asioita tulee kysymyksissä välttää (Vilkkä 2003: 59-62). Kyselylomakkeessa olevasta tiedonhankinnan osiosta poistettiin kysymykset, jotka koskivat potilaan itsenäistä tiedonhankintaa (kohdat 47.-55.), osio potilaan suhteesta hoitohenkilökuntaan (kysymykset 81.-96.) sekä osio potilaan ajatuksista itsestään ja suhtautumistavoistaan ja mielialastaan (kohdat 97.-115.). Tämän osion loppuun lisättiin kysymys potilaan liikkumisesta, koska liikkumaan kannustaminen tai liikkumisen rajoittaminen on usein osa hoitoa osastoilla, joilla tutkimus toteutettiin. Kyselylomakkeesta poistettiin avoimet kysymykset kohdista 57. ja 70., joissa potilaan tulee jatkaa hoitonsa toteutumista paremmin kuvaavaa lausetta (Sainio 2002.). Lisäksi poistettiin avoin kysymys 116., jossa potilaalla on mahdollisuus tuoda esille kokemuksiaan vapaasti. Avoimet kysymykset poistettiin analysoinnin helpottamiseksi. Myös kyselylomakkeen kieliasua muokattiin. Lääketieteellistä hoitoa käsittelevät kysymykset poistettiin (kysymykset 14., 23-30., 56., 67. ja 69.) ja hoitohenkilökunnan tiedonantoa ja potilaan tiedon saantia koskeviin osioihin lisättiin neljäs vastausvaihtoehto ”ei ollut tarpeellista” tutkimusorganisaation pyynnöstä.

Osioon potilaan päätöksentekoon osallistumismahdollisuuksista lisättiin kysymys potilaan mahdollisuudesta kieltäytyä hoidosta/toimenpiteestä (kohta 46.). Tämä lisättiin viitaten lakiin potilaan asemasta ja oikeudesta. (Finlex 1992). Tämän osion loppuun lisättiin kysymys potilaan osallistumisesta jatkohoitonsa suunnitteluun, koska kyseisten osastojen luonteen vuoksi jatkohoito on usein tarpeellista.

Kyselylomake tulee suunnitella vastaajan näkökulmasta ja asioiden tulisi edetä johdonmukaisesti kysymyksestä toiseen ja vastaajalle tulisi välittyä kyselyn punainen lanka. Kyselylomakkeen jokaisen kohdan tulee sisältää vain yksi selkeä kysymys. Jokaisen kysymyksen kohdalla tulee pohtia mihin tutkimuksen tavoitteeseen se vastaa. (Vilkkä 2003: 59-62.) Kyselylomake koostuu 52 kysymyksestä. Kysymyksillä 1-7 selvitettiin vastaajien taustatietoja, joiden avulla pyrittiin selvittämään potilaiden taustan vaikutuksia kokemuksiin tiedonsaannista, päätöksentekoon osallistumisesta ja sen

tärkeydestä. Kysymykset 8-28 käsittelevät potilaan tiedonsaantia ja niillä haettiin vastausta tutkimusongelmaan 1. Missä määrin potilaiden päätöksenteon tueksi saama tieto eroaa kahden naistentautiosaston välillä? Tutkimusongelmiin 2. Missä määrin potilaiden päätöksentekoon osallistuminen eroaa kahden naistentautiosaston välillä? ja 3. Missä määrin päätöksentekoon osallistumisen tärkeys eroaa naistentautiosastojen potilaiden välillä? haettiin vastausta kysymyksillä 29-53, jotka käsittelevät potilaiden päätöksentekoa ja päätöksentekoon osallistumista. Muokattu kyselylomake on työssä liitteenä (liite 3).

4.4 Tutkimusaineiston analysointi ja tulkinta

Tutkimusaineisto analysoitiin käyttäen tilastollista SPSS 15- ohjelmistoa (Statistical Package for Social Sciences). Ohjelmisto on suunniteltu erityisesti kvantitatiivisen aineiston analysointia varten (Metsämuuronen 2000: 3). Tutkimusaineiston tautamuuttujia kuvaillaan prosenttien (%) ja keskiarvojen (ka) avulla. Isommista kysymyskokonaisuuksista on tehty summamuuttujia, joita kuvataan keskiarvon (ka), keskihajonnan (kh) ja lukumäärien (n) avulla. Keskiarvolla tarkoitetaan arvoa, joka saadaan jakamalla havaintoarvojen summa havaintojen lukumäärällä. Keskihajonta kuvaa sitä, kuinka hajallaan arvot ovat keskiarvon ympärillä (Heikkilä 2005: 83,86).

Tutkimuksen muuttujia on luokiteltu uudelleen summamuuttujiksi, jotta saataisiin selkeämpi kuva osastojen eroista yleisellä tasolla. Summamuuttujissa sen osiot eli kyselylomakkeen alkuperäiset muuttujat mittaavat samaa asiaa. Summamuuttujissa näille asioille on muodostettu summaamalla alkuperäisiä yksittäisiä muuttujia luotettavampi yhdistelmämittari. (Helsingin yliopisto 2002.) Tutkimustuloksia havainnollistamaan on laadittu graafinen kuvio, joka on tehty käyttäen Excelin grafiikka-ohjelmaa.

Tutkimusaineistoa tulkitaan kyselylomakkeen asteikolla 1-3(4). Asteikon arvo 1 kuvaa sitä, että arvo on toteutunut paljon/riittävästi tai se on ollut tärkeä. Asteikon arvo 2 kuvaa, että asia on toteutunut kohtalaisesti/jonkin verran riittävästi tai se on ollut vähän tärkeä. Asteikon arvo 3 kuvaa, että asia on toteutunut ei lainkaan/ei lainkaan riittävästi tai se ei ole ollut lainkaan tärkeä. Asteikon arvo 4 kuvaa, ettei asia ole ollut tarpeellista.

5 TUTKIMUSJOUKKO

Tutkimusjoukko eli tutkimuksen perusjoukko on se tutkimuksen kohteena oleva joukko, josta halutaan saada tietoa ja tehdä päätelmiä (Vilka 2007: 51; Heikkilä 2005: 14). Tutkimuksen perusjoukkona olivat Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoidopiirin Naistenklinikan osaston 30 ja Kättilöopiston sairaalan osaston 8 potilaat. Osasto 30 on 25-paikkainen naistentautien vuodeosasto, jossa hoidetaan vaativan gynekologian aluetta. Siellä hoidetaan gynekologisiin päivystystoimenpiteisiin, vaikean endometrioosin ja gynekologisen syövän leikkaukseen tulevia ja muun gynekologisen kirurgian alueen potilaita. Osastolla hoidetaan myös raskaudenkeskeytyspotilaita ja hedelmöityshoitoja saaneista potilaista komplikaatioiden hoitoa vaativia sekä rintarauhaskirurgisia potilaita. (Heino 2007.) Potilaille on usein taustalla perussairauksia. He tulevat osastolle päivystyspoliklinikalta tai poliklinikalta ajanvarausjärjestelmän kautta. Keskimääräinen hoitoaika on 1-2vrk. (Heino 2007.)

HUS:in Kättilöopiston sairaalan osastolle 8 potilaat tulevat muunmuassa perhesuunnittelu-, naistentautien- ja päivystyspoliklinikoiden kautta sekä HUS:in Naistenklinikan poliklinikan kautta. Potilaat ovat pääasiallisesti perusterveitä naisia. Osastolla hoidetaan lääkkeelliseen raskaudenkeskeytykseen, muuhun lääkkeelliseen kohdun tyhjennykseen tai kaavintaan tulevia potilaita. Lisäksi hoidetaan potilaita, joilla on kohdunulkoisia raskauksia ja endometrioosia. Potilaita tulee osastolle myös päiväkirurgisia ja muihin kirurgisia toimenpiteitä varten sekä erilaisiin tutkimuksiin. Potilaiden keskimääräinen hoitoaika osastolla on n.1-2 vrk. (Kättö 2007.)

6 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

6.1 Taustamuuttujien vertailu

Kyselyyn vastasi yhteensä 74 naistentautivuodeosaston potilasta, joista 46 oli osastolta 8 ja 28 osastolta 30. Osaston 8 kyselyyn vastanneiden (n=46) keski-ikä oli 40-vuotta ja nuorin vastaajista oli 16-vuotias ja vanhin 77-vuotias. Osaston 30 vastaajien (n=28)

keski-ikä oli hieman korkeampi 48-vuotta. Nuorin vastaajista oli 23-vuotias ja vanhin 80-vuotias.

Tutkimuksen kohteena olleista vastaajista osastolta 8 jopa 80% (n=36) ja osastolta 30 jopa 74% (n=20) ilmoitti olevansa parisuhteessa. Näistä vastanneista naimisissa tai avoliitossa ilmoitti olevansa osastolta 8 vastanneista 69% (n=31) ja osastolta 30 vastanneista 59% (n=16). Osastolta 8 vastanneista 59%:lla (n = 27) ja osastolta 30 vastanneista 68%:lla (n = 19) on lapsia. Osastolta 8 vastanneista 72% (n = 32) ja osastolta 30 vastanneista 64% (n = 18) eli suurin osa kyselyyn vastanneista on keski- tai korkea-asteen tutkinnon suorittaneita.

Valtaosa osastolta 30 vastanneista (96%, n = 27) on ollut aikaisemmin sairaalahoidossa. Myös osastolta 8 jopa 87% (n = 40) ilmoitti olleensa aikaisemminkin sairaalahoidossa. Molemmilta osastoilta vastanneista enemmistön (yhteensä 90%, n = 65) tulo osastolle on ollut suunniteltu. Osaston 8 vastanneista vain 7% (n = 3) ja osaston 30 vastanneista 15% ilmoitti tulonsa olleen päivystysluontoinen. Vastanneista, jotka ilmoittivat sairaalaantulo tapansa olleen suunniteltu, osastolta 30 vastanneista 92% ja osastolta 8 vastanneista 64% ilmoitti tulonsa olleen sairaalaan leikkausta varten. Muita toimenpiteitä varten osastolle oli tullut osastolta 8 vastanneista 36% (n = 16) ja osastolta 30 vastanneista 8% (n = 2).

6.2 Tutkimustulosten vertailu

Valtaosa (94%, n = 68) molemmilta osastoilta kyselyyn vastanneista koki saaneensa hoitajilta riittävästi tietoa. Osastolta 30 vastanneista 96% (n = 27) koki saaneensa tietoa riittävästi ja loput 4% (n = 1) eivät pitäneet tiedonsaantia hoitajilta tarpeellisenä. Osastolta 8 vastanneista 93% (n = 41) koki tiedonsaannin hoitajilta riittäväksi. Osaston 8 vastanneista 5% (n = 2) koki saaneensa tietoa jonkin verran riittävästi ja 2% (n = 1) koki ettei tiedonsaanti ollut lainkaan riittävää. Osaston 8 vastanneista kukaan ei kokenut tiedon saantia hoitajilta ei tarpeelliseksi. (liite 4)

Molemmilta osastoilta tutkimukseen vastanneet potilaat kokivat hoitajien antaneen tietoa eri menetelmin ja oikea-aikaisesti verraten riittävästi (ka = 1,3; kh = 0,5). Tämän asian kohdalla osaston 8 (ka = 1,3; kh = 0,5) potilaat kokivat saaneensa tietoa vähän riittävämmän kuin osaston 30 (ka = 1,4; kh = 0,7). Osastojen potilaat kokivat saaneensa

hoitajilta tietoa hoitoonsa liittyen jonkin verran riittävästi (ka = 1,8; kh = 0,6). Osastojen ero hoitoon liittyvän tiedonsaannin riittävydestä hoitajilta on pieni (os.8 ka = 1,8; kh = 0,5 ja os.30 ka = 1,9; kh = 0,7). Hoitonsa tai sairautensa vaikutuksista elämäänsä potilaat kokivat saaneensa tietoa hoitajilta jonkin verran riittävästi (ka = 2,2; kh = 1,0). Näissä vastauksissa hajonta on melko suuri. Osa vastanneista koki saaneensa riittävästi tietoa, kun osa ei kokenut sitä tarpeelliseksi. Osaston 8 (ka 2,1; kh = 0,9) vastanneet arvioivat tiedonsaannin hoidon/sairauden vaikutuksista elämäänsä hieman riittävämmäksi kuin osaston 30 potilaat (ka = 2,3; kh = 1,0). (liite 4)

Potilaat kokivat osallistuneensa hoidostaan päätettäessä jonkin verran riittävästi (ka 1,6 =; kh = 0,4). Osallistumisen hoidostaan päätettäessä vastanneet kokivat melko tärkeäksi (ka = 1,4; kh = 0,3). Osaston 8 (ka = 1,6; kh = 0,4) ja osaston 30 (ka = 1,7; kh = 0,4) välinen ero tämän asian toteutumisen kohdalla on vähäinen, kuitenkin osaston 8 potilaat (ka = 1,3; kh = 0,3) kokivat osallistumisen hoidostaan päätettäessä vähän tärkeämmäksi kuin osaston 30 potilaat (ka = 1,5 ; kh = 0,4). Potilaiden kokemusten mukaan he vaikuttivat hoitoonsa liittyviin päätöksiin kohtalaisesti (ka = 1,9; kh = 0,3). Molempien osastojen potilaiden kokemukset tästä ovat hyvin samansuuntaisia (os.8 ka = 1,8 ; kh = 0,3 ja os.30 ka = 1,9; kh = 0,3). Näihin päätöksiin liittyvän vaikuttamisen potilaat kokivat vähän tärkeämmäksi, kuin miten se on toteutunut (ka = 1,6 ; kh = 0,3). Myös hoitopäätöksiin vaikuttamisen tärkeyden kohdalla osastojen väliset erot ovat hyvin pienet (os.8 ka = 1,6; kh = 0,3 ja os.30 ka = 1,7; kh = 0,4). (liite 4)

7 POHDINTA

7.1 Opinnäytetyön tulosten tarkastelu

Tutkimuksen tarkoituksena oli vertailla kahdella naistentautivuodeosastolla hoidossa olleiden potilaiden kokemuksia itsemääräämisoikeuden toteutumisesta heidän hoitoaan koskevassa päätöksenteossa. Terveystieteissä itsemääräämisoikeus tarkoittaa oikeutta osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Osallistuminen edellyttää tiedonsaantia sairauteen ja hoitoon liittyen. (ETENE 2001.) Maailman terveysjärjestön WHO:n ja Kansainvälisen perhesuunnittelujärjestön IPPF:n strategioiden sekä Seksuaali- ja lisääntymisterveyden toimintaohjelman mukaisesti jokaisella naisella tulee olla mahdollisuus saada riittävästi tietoa seksuaali- ja lisääntymisterveyttä koskevan

päätöksenteon tueksi. Tärkeää on yksilön oikeus tehdä päätöksiä itse. (IPPF: 2009; WHO 2001; Sosiaali- ja terveysministeriö 2007:4.) Seksuaali- ja lisääntymisterveyteen liittyvä neuvonta tulee sisällyttää osaksi terveydenhuoltoa. Neuvonnan tulee olla yksilön tarpeet huomioonottavaa. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007: 4.)

Tutkimustulosten perusteella voidaan yleisesti todeta eri osastojen välisten erojen potilaiden kokemuksista itsemääräämisoikeuden toteutumisen suhteen olleen hyvin pieniä. Osastolla ei voida katsoa juurikaan olevan vaikutusta siihen, miten potilaat kokevat itsemääräämisoikeuden toteutuneen hoitoonsa liittyvässä päätöksenteossa. Potilaiden kokemusten yhteneväisyyteen voi vaikuttaa se, että molempien osastojen potilaat ovat samantyyppisiä naistentautipotilaita. Riippumatta osastosta, jossa potilas on hoidossa tai taustatekijöistä, gynekologinen sairaus koskettaa samantyyppisesti kaikkia potilaita. Voidaan myös ajatella, että osastojen hoitotyötä ohjaa samanlainen arvopohja, jonka vuoksi osastoilta saadut tutkimustulokset ovat hyvin samansuuntaisia.

Sekä osaston 8 että osaston 30 potilaat kokivat osallistuneensa hoidostaan päätettäessä verraten riittävästi. Osastojen välinen ero on vähäinen. Kuitenkin osaston 8 potilaiden kokemusten mukaan potilaan hoitopäätösten tekoon osallistuminen toteutui hivenen paremmin kuin osaston 30 potilaiden. Osaston 8 potilaat kokivat päätöksentekoon osallistumisen vähän tärkeämmäksi kuin osaston 30 potilaat. Osastolla 30 päivystyksellisesti tulleita potilaita oli aineiston keruun aikaan vähän enemmän. Suunnitellusti hoitoon tulleen potilaan voidaan ajatella olevan halukkaampi osallistumaan päätöksentekoon, koska tällöin mahdollisuus vaikuttaa saattaa olla suurempi. Myös aikaisempi sairaalahoito voi vaikuttaa potilaan odotuksiin päätöksentekoonsa osallistumisessa.

Myönteisiä kokemuksia naistentautipotilailla on tilanteista, joissa he kokevat saavansa mahdollisuuden päättää hoitomuodoista. Tyytymättömyyttä aiheuttaa se, että hoitoa suunnitellaan ilman heidän osallistumistaan. (Nykänen 2002:1.) Naiset kokevat hoidon paremmaksi, kun ovat mukana hoitoonsa liittyvässä päätöksenteossa (Wittman-Price 2004). Molempien osastojen potilaat kokivat siis osallistuneensa hoidostaan päätettäessä verraten riittävästi ja voineensa vaikuttaa hoitoonsa liittyviin päätöksiin kohtalaisen hyvin. Tutkimuksessa molempien osastojen potilaat pitivätkin melko tärkeänä osallistumistaan hoidostaan päätettäessä. Osaston 8 potilaat pitivät osallistumistaan

hoitopäätöksiä tehtäessä vähän tärkeämpänä, kuin osaston 30 potilaat. Nykäsen (2002) tutkimuksessa tuli ilmi, että potilaille on tärkeää, että hoitopäätökset tehdään yhteistyössä hoitohenkilökunnan ja potilaan välillä.

Yleisesti potilaat kokivat saaneensa tietoa hoitoonsa liittyen hyvin. Valtaosa tutkimukseen vastanneista potilaista koki saaneensa hoitajilta riittävästi tietoa. Osa potilaista ei kokenut tiedonsaantia hoitajilta lainkaan tarpeelliseksi. Nykäsen (2002) tutkimuksen mukaan naistentautipotilaat kokevat tiedonsaannin myönteisenä, kun saavat sitä oikeaan aikaan ja menetelmällisesti eri tavoin. Tutkimuksen mukaan sekä osaston 8 että osaston 30 potilaat kokivat hoitajien antaneen tietoa heille eri menetelmin ja oikea-aikaisesti verraten hyvin. Osastolla 8 hoidossa olleet potilaat kokivat saaneensa tietoa näin vähän riittävämmiin.

Molempien osastojen potilaista suuri osa on ollut aiemminkin sairaalahoidossa. Osastolla 30 hoidossa olleista potilaista suuremmalle osalle, kuin osaston 8 potilaista, sairaalassa hoidossa olo oli ennestään tuttu asia. Aikaisemmin sairaalahoidossa olleilla potilailla voi olla ennestään tietoa sairaudestaan ja sen hoidosta, minkä voi ajatella vähentävän potilaiden tiedontarvetta. Aikaisempi tieto sairaudesta ja hoidosta voi myös lisätä potilaan tiedontarvetta, koska potilas voi kaivata yksityiskohtaisempaa tietoa tilanteestaan. Myös se, että suuri osa molempien osastojen potilaista on tullut hoitoon suunnitellusti voi vähentää potilaiden tiedontarvetta, kun asiaa on käsitelty aiemminkin hoitoa suunniteltaessa. Päivystysluontoisesti osastolle tulleita potilaita oli osastolla 30 enemmän kuin osastolla 8.

Merkittävä tekijä päätöksentekoon osallistumisessa on tiedon saanti (Lamminperä 1999: 1; Ojala 2001: 125-138). Potilaat kokevat usein olevansa epätietoisia hoitoonsa liittyvistä asioista ja kaipaavat lisää tietoa (Keränen 2006: 27, 67-68; Koivisto 2000: 45-48; Lamminperä 1999: 1). Tutkimusten mukaan yksilöllisen tiedonsaannissa sekä hoidon toteutumisessa on puutteita (Koivisto 2000: 45-48; Keränen: 27,67-68; Lamminperä 1999:1). Tutkimuksessa molempien osastojen potilaat kokivat saaneensa hoitajilta tietoa hoitonsa ja sairautensa vaikutuksista elämäänsä riittävästi. Myös Koiviston (2000) tutkimuksen mukaan hoitajien ja potilaiden väliset keskustelut koskevat usein sairauden ja hoidon fyysisiä, psyykkisiä ja sosiaalisia puolia.

Tutkittujen osastojen potilaat kokivat saaneensa hoitajilta riittävästi tietoa. Tällöin voidaan ajatella tiedon annon ja hoidon olevan yksilön tarpeita huomioon ottavaa kansainvälisten ja kansallisten suositusten mukaisesti (IPPF 2009; WHO 2001; Sosiaali- ja terveysministeriö 2007). Tutkimustulosten mukaan osaston 8 tulokset ovat verraten osastoon 30 olleet useiden summamuuttujien kohdalla vähän paremmat. Osaston 30 summamuuttujissa hajonta tutkimustuloksen keskiarvosta on kuitenkin usein suurempi. Tämä tasoittaa osastojen välistä eroa itsemääräämisoikeuden toteutumisesta. Tämän perusteella voidaan sanoa tutkimuksen teon aikaan osastoilla olleiden potilaiden itsemääräämisoikeuden päätöksenteossa toteutuneen molemmilla osastoilla hyvin.

7.2 Opinnäytetyön merkitys ja jatkotutkimusehdotukset

Työ on jatkoa opinnäytetyölle ”Itsemääräämisoikeuden toteutuminen päätöksenteossa. Potilaiden kokemuksia naistentautien vuodeosastoilla.” Työssä kuvailtiin samaa tutkimusaineistoa kahdelta naistentautiosastolta yhtenä kokonaisuutena. Tämän työn tarkoituksena oli jatkaa tulosten analysointia ja verrata kahdelta osastolta saatuja tuloksia keskenään. Tutkimustulokset ovat suuntaa antavia ja kertovat tutkimuksen aikana HUSin Kätilöopiston sairaalan osastolla 8 ja Naistenklinikan osastolla 30 hoidossa olleiden potilaiden kokemuksista itsemääräämisoikeuden toteutumisesta heidän hoitoaan koskevassa päätöksenteossa.

Tutkimustulosten perusteella osastot saavat suuntaa antavaa tietoa siitä, missä määrin osastojen välillä on eroa koskien potilaiden kokemuksia päätöksenteon tueksi saaman tiedon riittävydestä, päätöksentekoon osallistumisesta ja sen tärkeydestä. Tulosten perusteella osastot saavat vertailevaa tutkimustietoa tilanteestaan koskien potilaan kokemuksia itsemääräämisoikeuden toteutumisesta ja voivat arvioida tämän pohjalta hoitotyönsä potilaslähtöisyyttä. Jatkossa osastojen potilaita vertailevaa tutkimusta olisi hyvä tehdä suuremmalla otoskoolla, jolloin tulokset olisivat yleistettävämpiä.

Naistentautiosastojen hoitotyöstä on tehty verraten vähän tutkimuksia. Etenkin tutkimukselle naistentautipotilaan osallistumisesta päätöksentekoon olisi tarvetta. Tarkemmin voisi tutkia myös, kuinka naistentautiosastojen eri potilasryhmien (esimerkiksi raskaudenkeskeytys- ja hysterektomiapotilaat) kokemukset itsemääräämisoikeuden toteutumisesta päätöksenteossa eroavat toisistaan. Kirjallisuuskatsauksesta nousseiden asioiden perusteella olisi tarvetta tutkimukselle

naistentautien eri potilasryhmien kokemuksista seksuaalisuuteen liittyvästä neuvonnasta.

7.3 Johtopäätökset

Tutkimuksen tulosten perusteella voidaan todeta, että potilaiden kokemukset itsemääräämisoikeuden toteutumisesta hoitoa koskevassa päätöksenteossa kahden naistentautivuodeosaston välillä eivät merkittävästi eroa toisistaan. Itsemääräämisoikeuden toteutumisen eroista kahdella osastolla voidaan tehdä seuraavanlaisia johtopäätöksiä:

1. Potilaiden kokemuksissa päätöksenteon tueksi saamansa tiedon riittävydestä ei ole merkittävää eroa kahden naistentautiosaston välillä.
2. Potilaiden kokemukset päätöksentekoon osallistumisesta kahden naistentautivuodeosaston välillä eivät merkittävästi eroa toisistaan.
3. Potilaiden kokemuksissa päätöksentekoon osallistumisen tärkeydestä ei ole merkittävää eroa kahden naistentautivuodeosaston välillä.

7.4 Tutkimuseettiset kysymykset

7.4.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan koko tutkimusprosessin luotettavuuden suhteen. Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan erityisesti mittaamisen ja aineiston keruun suhteen sekä tulosten luotettavuuden kannalta. Luotettavuutta kuvataan validiteetin ja reliabiliteetin avulla. Tutkimuksen validiteetti on riippuvainen siitä mittaako kyselylomake sitä, mitä sen tulisi mitata. Saatavien tulosten luotettavuus on siis suoraan verrannollinen kyselylomakkeen luotettavuuteen. Kyselylomakkeen tulee olla täsmällinen ja kuvata tutkittavia käsitteitä kattavasti. (Paunonen 1998: 206-211.) Kysymysten tulee kattaa kaikki tutkimusongelmat ja tutkimuksessa tulee saada ratkaisu tutkimusongelmiin (Heikkilä 2005: 188). Tehdyllä tutkimuksella saatiin

osastoja vertailevaa tietoa, joka vastasi asetettuihin tutkimusongelmiin.

Tutkimuksen sisältövaliditeetti kuvaa tutkimuksen teoreettisen taustan ja kyselylomakkeen käsitteiden vastaavuutta (Heikkilä 2005: 186). Tämän vuoksi tutkimukselle keskeisten käsitteiden määrittely on tärkeää (Paunonen 1998: 207-211). Työn teoreettinen tausta on tehty yhteneväksi Sainion (2002) teoriaosuuden kanssa. Myös tutkimuksen pääkäsitteet pohjautuvat Sainion käsitteisiin. Nämä tekijät lisäävät tehdyn tutkimuksen luotettavuutta. Edellisessä opinnäytetyössä tutkimuskäsitteitä itsemääräämisoikeus, päätöksenteko ja tiedonsaanti määriteltiin tarkemmin. Tämän työn teoreettisessa osuudessa keskityttiin enemmän naistentautien hoitotyön kuvaamiseen. Ulkoinen validiteetti tarkoittaa, että myös muut tutkijat tulkitsisivat saadut tutkimustulokset samalla tavalla (Heikkilä 2005: 186). Ulkoiseen validiteettiin kuuluu myös tutkimustulosten yleistettävyyttä (Paunonen 2006: 211). Tutkimuksen tulokset pätevät tämän tutkimuksen aikana osastoilla, joilla se on toteutettu. Tulokset ovat suuntaa-antavia ja niitä voidaan hyödyntää osastojen hoitotyön kehittämistarpeita pohdittaessa.

Kyselylomakkeen reliabiliteetilla tarkoitetaan sen kykyä antaa luotettavia vastauksia, jotka eivät ole sattumanvaraisia. Reliabiliteetti kuvaa sitä, kuinka tarkasti kyselylomake mittaa tutkimuksen kohdetta. Sisäinen reliabiliteetti voidaan saavuttaa, kun sama tilastoyksikkö mitataan useampaan kertaan ja mittaustulos on sama. Ulkoinen reliabiliteetti tarkoittaa tutkimustulosten toistettavuutta muissa tutkimuksissa. (Heikkilä 2005: 187.)

Tutkimukseen valitun kyselylomakkeen (Sainio 2002) reliabiliteetti on arvioitu Cronbachin alphan avulla. Cronbachin alpha osoittaa mittaavatko kyselylomakkeen eri osiot samantyyppistä asiaa. Alpha kerroin ilmoitetaan asteikolla 0-1 ja kyselylomakkeen reliabiliteetti on sitä korkeampi, mitä suurempi kerroin on. Kertoimen tulisi mielellään olla suurempi, kuin 0,7. (Heikkilä 2005: 187.) Tehdyssä tutkimuksessa nämä alkuperäisen kyselylomakkeen arvot eivät päde, koska kyselylomaketta on muokattu sopimaan paremmin naistentautien vuodeosaston potilaiden kokemusten tutkimiseen. Näin on pyritty parantamaan tutkimuksen luotettavuutta tätä potilasryhmää tutkittaessa. Muokatun kyselylomakkeen Cronbachin alpha arvot ovat välillä 0,643-0,867. Näin voidaan arvioida, että muokattu kyselylomake on luotettava näiltä osin.

Kyselylomakkeen luotettavuuden kannalta on tärkeää, että vastaaja ymmärtää kysymykset ja vastausvaihtoehdot sekä vastausohjeet, kuten tutkija on ajatellut (Hirsjärvi 2007: 226; Paunonen 2007: 210; Vilka 2003: 59-62). Vastausohjeet parantavat vastausten luotettavuutta. Kyselylomakkeen jokaisen osion alkuun kirjoitettiin vastausohjeet, joissa kerrottiin mihin kysymyksillä haetaan tietoa ja kuinka kysymyksiin vastataan. Kysymysten ja vastausvaihtoehtojen tulee olla muotoiltu onnistuneesti (Paunonen 2007: 210-211). Kysymysten paljous, ymmärrettävyys ja järjestys sekä toimiva vastausasteikko vaikuttavatkin luotettavuuteen (Vilka 2007: 150). Kyselyyn vastaajat voivat jättää myös muista syistä vastaamatta tai vastata epäselvästi kyselylomakkeen kysymyksiin (Vilka 2007: 150). Tutkimuksen kohteesta riippuvat tekijät, joita voivat olla kysymysten paljous, ymmärrettävyys ja niiden järjestys sekä vastaajan väsymys ja kiire voivat vaikuttaa luotettavuuteen (Paunonen 2006: 210).

Tutkimusaineistossa erityisesti kyselylomakkeen loppuosan kysymyksiin oli jätetty vastaamatta. Puutteelliseen vastaamiseen on voinut vaikuttaa kyselylomakkeen kokeminen liian pitkäksi tai monimutkaiseksi. Tärkeyttä mittaavassa osiossa esiintyi erityisesti puutteellisia vastauksia. Tähän on voinut olla syynä se, että osiossa oli vastattava rinnakkain oleviin asian toteutumista ja tärkeyttä koskeviin kysymyksiin. Tässä osiossa oli samantyyppisiä ongelmia myös Sainion tutkimuksessa (Sainio 2002: 39). Myös tutkimusympäristöön liittyvät tekijät voivat vaikuttaa kyselylomakkeen luotettavuuteen. (Paunonen 2007: 210).

Kyselylomake on hyvä testata ennen varsinaista tutkimusta, jotta saataisiin selville kohdat, joita vastaajat eivät välttämättä ymmärrä. (Vilka 2003: 59-62.) Lopullista kyselylomaketta ei esitettävä, koska sitä arvioitiin ja muokattiin useissa vaiheissa. Kyselylomaketta arvioivat opinnäytetyön tekoa ohjaavat opettajat ja tutkimusorganisaation ylihoitaja. Siihen tehtiin pyydetyt muutokset. Kyselylomaketta arvioitiin myös opinnäytetyön tekoon liittyvissä seminaareissa, joissa se todettiin selkeäksi.

Tutkimuksen toteutuksessa mukana olevia tulisi ohjeistaa niin, että he toimisivat aineistonkeruu tilanteessa mahdollisimman samantyyppisesti (Paunonen 2006: 210). Aineiston keruun suhteen on pyritty parantamaan tutkimuksen luotettavuutta antamalla

osastojen hoitohenkilökunnalle kirjalliset ohjeet tutkimuksen suunnitellusta toteutuksesta. Myös kyselylomakkeiden palauttaminen suljettuihin vastauslaatikkoihin parantaa luotettavuutta, koska silloin vain tutkija käsittelee saatuja vastauksia.

Tutkimuksen luotettavuuden kannalta on tärkeää, että saatu otos on riittävän suuri ja edustava. (Heikkilä 2005: 188) Tehdyn tutkimuksen otos on määrälliseen tutkimukseen verraten pieni. Kun kahden osaston potilailta saatu aineisto jaettiin osastoittain vertailua varten, otoskoko pieneni entisestään. Lisäksi osastojen otoskoot eivät olleet samansuuruisia. Näiden seikkojen takia tutkimuksen luotettavuus kärsii. Tutkimus antaa suuntaa antavaa tietoa osastojen eroista tutkimuksen aikana osastolla hoidossa olleiden potilaiden kokemuksista. Koska kyselylomake on ainoastaan suomenkielisenä, myös otos koostuu vain suomenkieltä osaavista potilaista. Tutkimustulosten luotettavuutta on pyritty varmistamaan havaintoyksiköiden huolellisella syöttämisellä tilasto-ohjelmaan.

7.4.2 Tutkimuksen eettisyys

Tutkimusta tehtäessä tutkijan on otettava huomioon monia eettisiä kysymyksiä (Hirsjärvi 2007: 23). Tutkimuseettiset kysymykset jaetaan tiedon hankintaa ja tutkittavien suoja koskeviin sekä tutkijan vastuuta tulosten soveltamisesta koskeviin sääntöihin. Nämä eettiset kysymykset koskevat myös hoitotieteellistä tutkimusta. (Paunonen 2006: 26.)

Hoitotieteellisessä tutkimuksessa potilas on usein tutkittavan tiedon lähteenä. Tämä asettaa tutkimukselle erityisiä vaatimuksia. (Hirsjärvi 2007: 24-25.) Tutkimuksen teko ei saa vahingoittaa tutkittavaa fyysisesti, psyykkisesti eikä sosiaalisesti. Tutkimuksesta saatavan hyödyn on oltava suurempi, kuin siitä aiheutuvan haitan. Tutkittavilla on oikeus tietää mihin tutkimukseen he osallistuvat ja mitä se tarkoittaa. Tutkittavien tulee saada tutkimuksesta riittävästi tietoa, tämän kuitenkin vaikuttamatta tutkimuksen luotettavuuteen. Tutkimuksen tulee olla tutkittaville vapaaehtoista ja heillä tulee olla mahdollisuus keskeyttää osallistuminen koska tahansa. Kieltäytyminen tutkimuksesta ei saa vaikuttaa kyseisen henkilön hoitoon (Paunonen 2006: 26-27, 29-30). Tästä sekä tutkimuksen tarkoituksesta ja saatujen tietojen käyttötarkoituksesta kerrottiin vastaajille kyselylomakkeeseen liitettyssä saatekirjeessä (liite 5) (Vilka 2003: 59-62). Saatekirjeessä kerrottiin myös, että vastaaminen tapahtuu ilman potilastunnistietoja ja,

että kyselylomake palautetaan sille varattuun palautuslaatikkoon. Näin varmistettiin potilaiden anonymiteetin säilyminen. Vastaamalla kyselyyn tutkittavat antoivat tietoisensa suostumuksensa tähän tutkimukseen osallistumisesta.

Tutkimuksessa jo tutkimusaiheen valinta on eettinen ratkaisu. Tutkimuskohteen tai -ongelman valinnassa tulisi pohtia kenen ehdoilla tutkittava aihe valitaan ja miksi tutkimusta tehdään. (Hirsjärvi 2007: 24-25.) Tarve tämän tutkimuksen tekemiseen lähti osastoilta, joilla tutkimus toteutettiin ja aihe valittiin tämän tarpeen pohjalta. Tutkimusluvan saamisen edellytyksenä oli osastojen vertailu keskenään. Muokattuun kyselylomakkeeseen valittiin kysymyksiä tutkittavien osastojen luonteen perusteella. Kysymykset pyrittiin pitämään neutraaleina, koska tutkittiin naistentautipotilaiden kokemuksia. Kuitenkin joku vastaajista saattoi kokea jonkun kysymyksen liian henkilökohtaiseksi, koska naistentautien hoitotyö koskettaa intiimiä aluetta.

Tutkijan ja tutkimusorganisaation välinen suhde on osa tutkimustyön etiikkaa. Tutkimusluvan saamisesta tutkijan tulee sopia tutkimusorganisaation johdon kanssa. Yhdessä on sovittava myös tulosten esittämisestä, koska tutkittavien suojeleminen on tärkeää. (Paunonen 2006: 28-29.) Tutkimuksen tekemiseen saatiin lupa Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoidopiirin johtavalta ylihoitajalta (liite 6 ja liite 7). Tulosten julkaisemisessa pyrittiin objektiivisuuteen avoimella ja rehellisellä raportoinnilla tutkittavien tietosuoja huomioon ottaen (Paunonen 2006: 31). Tutkimustuloksia kirjoitettaessa pyrittiin välttämään ilmaisutapoja, jotka voisivat esimerkiksi loukata tai tyypitellä tutkimuksen kohdetta (Vilka 2007: 164).

LÄHTEET:

- Alexander, IM 2001: Hearing women's voices: primary care interactions. University of Connecticut. Ph.D. Doctoral dissertation.
- Aro, Anne 2004: Potilaan tiedontarpeet päiväkirurgisessa ponnistusinkontinenssileikkauksessa. Pro gradu-tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Breitbart, V 2000: Counseling for medical abortion. Planned Parenthood of New York City. American Journal of Obstetrics & Gynecology 183(2). S26-33.
- Chapel, Hill 2004: Sexual healthcare needs of women aged 65 and older. Department of Family Medicine. Journal of the American Geriatrics Society 52(1). 117-22.
- Eskola, Kaarina; Hytönen, Eeva 2002: Nainen hoitotyön asiakkaana. WS Bookwell Oy. Porvoo.
- ETENE 2001: Terveydenhuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta. Sosiaali- ja terveysministeriö. Verkkodokumentti.
<<http://www.etene.org/dokumentit/EteneFIN.pdf>> Luettu 24.8.2007.
- Finlex 1992: Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Verkkodokumentti.
<<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>> Luettu 29.03.2007.
- Fletcher, J; Heke, S; Slade, P; Stewart, P 2001: Termination of pregnancy: patients' perceptions of care. Journal of Family Planning & Reproductive Health Care 27(2). 72-7.
- Foxall, MJ; Barron, CR; Houfey, J 2003: Women's satisfaction with breast and gynecological cancer screening. Women & Health. 38(1). 21-36.
- Hakala, Kirsi-Marja 2005: Sopeutujasta selviytyjäksi: rintasyövän sairastaneiden naisten voimavaraistumiskokemukset hoitojen jälkeen ja ohjauksen yhteys koettuun voimavaraistumiseen. Pro-gradu-tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.
- Halonen, Johanna 2006: Potilasohjaus naistenteutien hoitotyössä potilaiden ja sairaanhoitajien arvioimana. Pro gradu-tutkielma. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.
- Hartikainen, Anna-Liisa; Tuomivaara, Leena; Puistola, Ulla; Lang, Leena 1995: Koko nainen. WSOY. Porvoo.
- Heikkilä, T. 2005: Tilastollinen tutkimus. Edita. Helsinki.
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) 2007: HUS:in toimintaa ohjaa uusi strategia. Verkkodokumentti.

<<http://www.hus.fi/default.asp?path=1,46,20435,20605>> Luettu 10.1.2008.

Helsingin yliopisto 2002: Kurssimateriaali: SPSS-ohje. Helsingin yliopiston valtiotieteellinen tiedekunta. Verkkodokumentti <<http://www.valt.helsinki.fi/atk/start/s2002/opas/4.htm>> Luettu 17.4.2009.

Himel, D; Nyhof-Young, J; Toubassi, D; Winton, S 2006: The informational needs of newly diagnosed cervical cancer patients who will be receiving combined chemoradiation treatment. Department of Medicine. University of Toronto. Journal of Cancer Education. Winter; 21(4): 263-8.

Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko; Sajavaara, Paula 2007: Tutki ja kirjoita. Tammi. Keuruu.

Huovinen, Satu; Riikonen, Riitta 2002: Rintasyöpää sairastaneiden naisten elämänlaatu ja sitä edistävät tekijät rinnan korjausleikkauksen jälkeen. Pro gradu-tutkielma. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos.

IPPF 2009: Charter of Sexual and Reproductive Rights. International Planned Parenthood Federation. Verkkodokumentti. <<http://www.ippf.org/en/Resources/Statements/IPPF+Charter+on+Sexual+and+Reproductive+Rights.htm>>. Luettu 16.4.2009.

Keränen, Katja 2006: Raskaudenkeskeytykseen tulevan naisen tiedon tarve ja toteutunut tiedonsaanti. Pro gradu-tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Koivisto, Jaana-Maija 2000: Rintasyövän vaikutus naisten ruumiinkuvaan ja ruumiinkuvan muutoksiin sopeutuminen. Pro gradu-tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Lamminperä, Tarja 1999: Gynekologista tulehdusta sairastavien naisten kokemuksia sairaalahoidosta. Pro gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Metsämuuronen, Jari 2000: SPSS aloittelevan tutkijan käytössä. Jaabes OÜ. Viro.

Nykänen, Kaisa 2002: Potilaiden kokemuksia hoidosta naistentautien poliklinikalla. Pro gradu. Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus.

Ojala, Sanna 2001: Tietoinen suostumus, autonomia ja yksityisyys – potilaiden ja hoitohenkilökunnan määrittelemänä Suomessa, Saksassa ja Isossa-Britanniassa. Tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Paunonen, Marita; Vehviläinen-Julkunen, Katri 1997: Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. WSOY. Juva.

Rainto, Satu 2004: Raskaudenkeskeytysasiakkaiden hoitokokemuksia. Pro gradu-tutkielma. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos.

Sosiaali- ja terveysministeriö 2007: Seksuaali- ja lisääntymisterveyden edistäminen. Toimintaohjelma 2007-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007: 17.

Sainio, Carita 2002: Cancer patients' participation in decision-making about treatment and nursing. Tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Suomalaisen kirjallisuuden seura 1961: Nykysuomen sanakirja. Osa 1: A-I. Werner Söderström osakeyhtiö. Porvoo-Helsinki.

Suomen sairaanhoitajaliitto ry 1996: Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Verkkodokumentti. <http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_ty/ohjeita_ja_suosituksi_a/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/>. Luettu 13.04.2007.

Tammilehto, Anne 1998: Kohdunpoisto naisen kokemana. Pro gradu-tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Thure-Toivanen, Tiina 2001: Päiväkirurgisen gynekologisen potilaan yksityisyys-odotukset, kokemukset ja toiminta yksityisyyden toteutumisessa potilaan näkökulmasta. Pro gradu-tutkielma. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Vilka, Hanna 2007: Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Gummerus kirjapaino Oy. Jyväskylä.

WHO 2001: WHO Regional Strategy on Sexual and Reproductive Health. Reproductive Health/Pregnancy Programme. WHO Regional Office for Europe. Copenhagen, Denmark.

Wittmann-Price, Ruth A. 2004: Emancipation in decision-making in women's health care. Journal of Advanced Nursing. 47(4). 437-45.

JULKAISEMATTOMAT LÄHTEET

Heino, Kirsi 2007: Osastonhoitajan kuvaus osastostaan Naistenklinikan osasto 30. 29.8.2007. Suullinen tiedonanto.

Kättö, Teija 2007: Osastonhoitajan kuvaus osastostaan Kätilöopiston osasto 8. 28.8.2007. Suullinen tiedonanto.

HELSINGIN AMMATTIKORKEAKOULU
Osaamisyhteisö F
Hoitotyön- ja ensihoidon koulutusohjelma
Kätilötyön suuntautumisvaihtoehto

11.03.2008
SAATE

HYVÄ HOITOTYÖNTEKIJÄ

Olemme kolme kätilöopiskelijaa Helsingin Ammattikorkeakoulu Stadiasta. Teemme opinnäytetyömme Näyttöön perustuva kätilötyö hankkeeseen. Opinnäytetyömme tarkoituksena on tutkia Helsingin ja Uudenmaan Sairaanhoidopiirin Naistensairaalan Kätilöopiston sairaalan osastolla 8 ja Naistenklinikan osastolla 30 hoidossa olleiden potilaiden kokemuksia liittyen heidän hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Tarkoituksena on selvittää itsemääräämisoikeuden toteutumista päätöksenteossa potilaan näkökulmasta kvantitatiivisen kyselytutkimuksen keinoin. Tutkimuksen tekemiseen on saatu lupa johtavalta ylihoitajalta.

Kyselylomakkeita on tarkoitus jakaa kaikille osastolla hoidossa oleville potilaille. Vastauksia kerätään kunnes niitä on saatu 50 kappaletta. Saatujen vastausten määrää käydään tarkistamassa säännöllisesti. Kyselyn avulla osastoilta saatujen tulosten analysointi ja vertailu keskenään auttaa osastoja arvioimaan toimintaansa. Pyydämme teitä ystävällisesti auttamaan opinnäytetyön toteuttamisessa. Toivoisimme kyselylomakkeita jaettavan kaikille potilaille. Potilaan olisi tarkoitus vastata ja palauttaa kyselylomake ennen kotiinlähtöään osastolle sitä varten tuotuun palautuslaatikkoon.

Etukäteen yhteistyöstä kiittäen

Helena Keinänen

Neena Kolmonen

Anastasia Simonen

Yhteystiedot:
Sähköpostiosoite
puh.

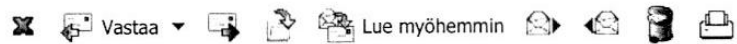







LUPA KYSELYLOMAKKEEN KÄYTTÖÖN

Novell WebAccess

Page 1 of 1

Postiviesti

N

 Vastaa ▾    Lue myöhemmin    

Postiviesti Ominaisuudet

Lähettäjä: "Sainio Carita" torstai - 13 joulukuu, 2007 14:48
<carita.sainio@hus.fi>

Jakelu: "Helena Keinanen" <Helena.Keinanen@edu.stadia.fi>

Aihe: VS: Kyselylomakkeen käyttö opinnäytetyössä

Viestin liitteet: Mime.822 (3780 tavua) [Näytä] [Tallenna nimellä]

Hei

^

Ihan vapaasti voitte käyttää kyselykaavakettani ja hyvä vain, jos olette sitä muokanneet, koska uskon, että kyselystä tulee aina vain parempi mitä useampi sitä katsoo ja pohtii....

Mielelläni joskus lukisin teidän tuotoksenne, sitten kun olette saaneet valmiiksi. Ei minulle tarvitse omaa kappaletta antaa, mutta voisin vaikka lainata sen teiltä ja lukea läpi.

Yt. Carita

Pyydämme Teitä ystävällisesti vastaamaan kyselylomakkeen kysymyksiin ympyröimällä sopivaksi katsomanne yhden vaihtoehdon. Toivoisimme, että vastaisitte jokaiseen kohtaan.

Taustatiedot

1. Ikänne? _____ vuotta

Seuraavissa kysymyksissä (2-7) ympyröikää sopiva vaihtoehto

2. Siviilisäätynne? 1 en seurustele
2 seurustelen
3 naimisissa/avoliitossa
4 eronnut/asumuserossa
5 leski
3. Onko teillä lapsia? 1 kyllä
2 ei
4. Ammattikoulutuksenne? 1 ei ammatillista koulutusta
2 koulutason ammatillinen tutkinto
3 opistotason- tai ammattikorkeakoulu tutkinto
4 korkeakoulututkinto
5. Oletteko ollut ennen sairaalahoidossa? 1 kyllä
2 en
6. Sairaalaan tulotapanne? 1 päivystys
2 suunniteltu
7. Jos vastasitte edelliseen kysymykseen suunniteltu, niin mikä on syy sairaalassa oloon tällä kertaa? 1 leikkaus
2 tutkimus
3 muu toimenpide

Seuraavat kysymykset (8-15) liittyvät hoitajien antamaan tietoon ja sen riittävyyteen. **Miten riittävästi ja millä tavoin hoitohenkilökunta on antanut Teille tietoa?** Ympyröikää vaihtoehto, joka kuvaa parhaiten hoitohenkilökunnan antaman tiedon riittävyyttä.

ASIAN TOTEUTUMISEN RIITTÄVYYS

	Riittävästi	Jonkin verran riittävästi	Ei lainkaan riittävästi	Ei ollut tarpeellista
Miten riittävästi olette saanut tietoa?				
8. hoitajilta	1	2	3	4

Miten riittävästi hoitajat ovat antaneet tietoa?

9. suullisesti	1	2	3	4
10. kirjallisesti	1	2	3	4
11. ymmärrettävästi	1	2	3	4
12. oma-aloitteisesti	1	2	3	4
13. mielellään	1	2	3	4
14. juuri sellaisen määrän kerrallaan kuin olette pystynyt omaksumaan	1	2	3	4
15. juuri silloin kun olette tarvinnut sitä	1	2	3	4

Seuraavat kysymykset (16-29) liittyvät saamaanne tietoon ja sen riittävyyteen. **Miten riittävästi ja mistä asioista olette saanut tietoa?** Ympyröikää vaihtoehto, joka kuvaa parhaiten tiedonsaantinne riittävyyttä.

	Riittävästi	Jonkin verran riittävästi	Ei lainkaan riittävästi	Ei ollut tarpeellista
Miten riittävästi olette saanut tietoa hoitajilta?				
16. hoitovaihtoehtojen hyödyistä	1	2	3	4
17. hoitovaihtoehtojen haitoista	1	2	3	4
18. hoidon tavoitteista	1	2	3	4
19. hoidon sivuvaikutuksista	1	2	3	4
20. hoidon kestosta	1	2	3	4
21. tehdyistä tutkimuksista	1	2	3	4
22. tutkimusten tuloksista	1	2	3	4
23. siitä mitä voitte itse tehdä terveyttenne edistämiseksi	1	2	3	4
24. siitä mihin oireisiin teidän pitää kiinnittää huomioita	1	2	3	4
25. mahdollisuudestanne osallistua keskusteluihin, joissa suunnitellaan hoitoanne	1	2	3	4

**Miten riittävästi olette saanut tietoa hoitajilta
hoitonne/sairautenne vaikutuksista?**

26. jokapäiväiseen elämäänne	1	2	3	4
27. seksuaalielämäänne	1	2	3	4
28. tulevaisuuteenne	1	2	3	4
29. sosiaaliseen elämäänne	1	2	3	4

Seuraavat väittämät (30-43) liittyvät Teidän hoitoon. **Miten olette osallistunut hoidostanne päätettäessä ja miten tärkeää se on teille ollut?** Ympyröikää sekä asian toteutumisen että tärkeiden kohdalta sopivin vaihtoehto.

ASIAN TOTEUTUMINEN JA SEN TÄRKEYS

Asian toteutuminen

Asian tärkeys

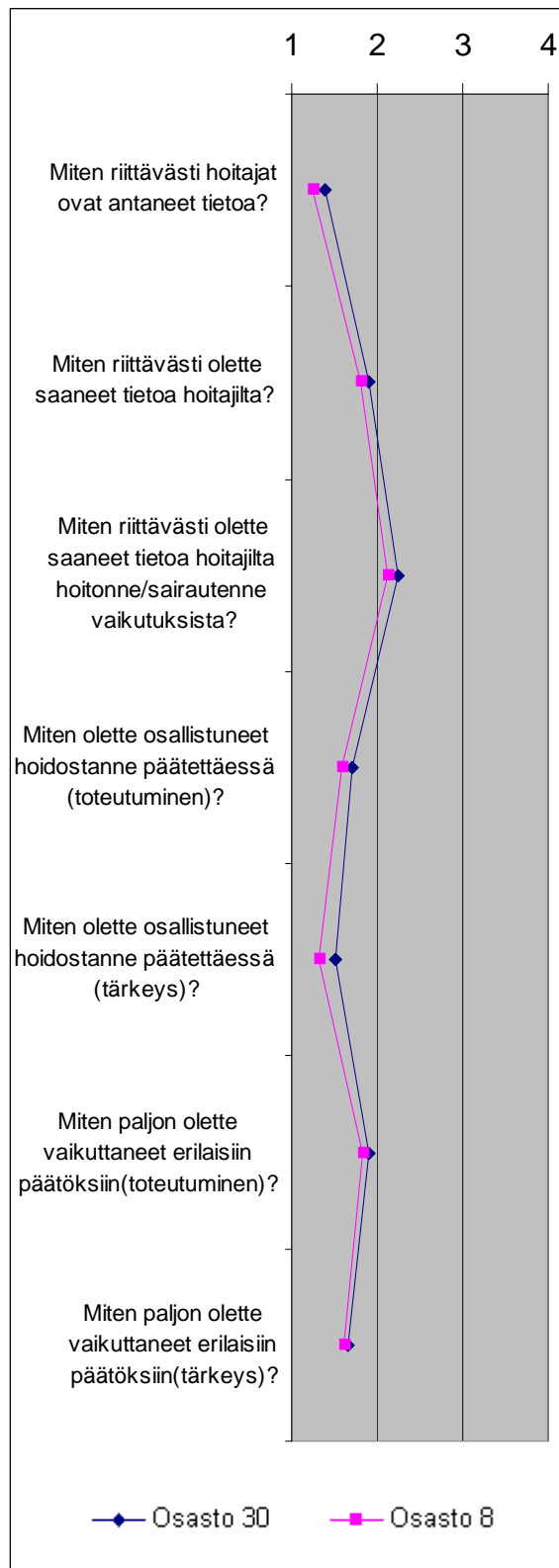
	Paljon	Kohtalaisesti	Ei lainkaan	Tärkeä	Vähän tärkeä	Ei lainkaan tärkeä
30. Olen ollut mukana keskusteluissa, joissa on päätetty hoidostani	1	2	3	1	2	3
31. Olen saanut ilmaista mielipiteeni hoitoani koskevista kysymyksistä	1	2	3	1	2	3
32. Mielipiteitäni hoitoani koskevista kysymyksistä on kuunneltu	1	2	3	1	2	3
33. Minulta on kysytty suostumus ennen hoidon aloittamista	1	2	3	1	2	3
34. Minulle on esitetty eri hoitovaihtoehtoja	1	2	3	1	2	3
35. Minulle on perusteltu hoitopäätöksiä	1	2	3	1	2	3
36. Minua on rohkaistu olemaan mukana hoidossani	1	2	3	1	2	3
37. Olen saanut valita eri hoitovaihtoehtojen välillä	1	2	3	1	2	3
38. Toiveeni on huomioitu hoitoa koskevista kysymyksistä	1	2	3	1	2	3

39. Olen päättänyt yhdessä hoitajan kanssa hoidostani	1	2	3	1	2	3
40. Olen päättänyt itse hoidostani	1	2	3	1	2	3
41. Hoitaja on päättänyt hoidostani	1	2	3	1	2	3
42. Minulla on ollut mahdollisuus kieltäytyä hoidosta/toimenpiteestä/ tutkimuksesta	1	2	3	1	2	3
43. Olen saanut osallistua jatkohoitooni suunnitteluun	1	2	3	1	2	3

Seuraavat kysymykset (44-53) liittyvät Teidän mahdollisuuksiinne vaikuttaa hoitoon. **Miten paljon olette vaikuttaneet erilaisiin päätöksiin ja miten tärkeää se on Teille ollut?**

	Asian toteutuminen			Asian tärkeys		
	Paljon	Kohtalaisesti	Ei lainkaan	Tärkeä	Vähän tärkeä	Ei lainkaan tärkeä
Kuinka paljon olette vaikuttanut päätöksiin liittyen?						
44. hoitonne aikatauluihin	1	2	3	1	2	3
45. tutkimustenne aikatauluihin	1	2	3	1	2	3
46. tarvitsemiinne lääkkeisiin (esim. kipulääkkeet)	1	2	3	1	2	3
47. henkilökohtaiseen hygieniaanne	1	2	3	1	2	3
48. lepoonne ja uneenne	1	2	3	1	2	3
49. liikkumiseenne	1	2	3	1	2	3
50. ruokailuunne	1	2	3	1	2	3
51. mihin vuoteeseen potilashuoneessa Teidät sijoitetaan	1	2	3	1	2	3
52. mihin potilashuoneeseen Teidät sijoitetaan	1	2	3	1	2	3
53. kotiinlähtöönne	1	2	3	1	2	3

LÄMMIN KIITOS ARVOKKAISTA VASTAUKSISTA!



HYVÄ VASTAAJA

Pyydämme teitä antamaan pienen hetken ajastanne ja vastaamaan oheiseen kyselyyn. Kysely liittyy Helsingin Ammattikorkeakoulu Stadiassa tehtävään opinnäytetyöhön. Opinnäytetyötä tehdään yhteistyössä Kätilöopiston sairaalan osaston 8 ja Naistenklinikan osaston 30 kanssa Näyttöön perustuva kätilötyö-hankkeeseen. Kyselyn tarkoituksena on selvittää itsemääräämisoikeuden toteutumista hoitoanne koskevassa päätöksenteossa. Kyselylomake jaetaan kaikille tietynä ajankohtana osastolla oleville potilaille.

Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista, eikä vastaamatta jättäminen vaikuta hoitoon. Vastaaminen tapahtuu nimettömästi. Saatuja tuloksia käytetään tässä ja tutkintoomme kuuluvassa toisessa opinnäytetyössä. Vastaamalla oheiseen kyselyyn annatte arvokasta tietoa itsemääräämisoikeuden toteutumisesta hoidossa. Kyselyn avulla saadaan tietoa, jonka avulla osastot voivat kehittää toimintaansa. Autatte myös opinnäytetyömme onnistumisessa.

Pyydämme teitä ystävällisesti palauttamaan kyselylomakkeen osastolla olevaan suljettuun palautuslaatikkoon ennen kotiutumistanne.

Annamme Teille mielellämme lisätietoja.

sähköpostiosoite

Kiittäen

Helena Keinänen

Neena Kolmonen

Anastasia Simonen

TUTKIMUSLUPA-ANOMUS

08.02.2008

Arvoisa johtava ylihoitaja Karoliina Haggren

Olemme kolme kättilöopiskelijaa Helsingin Ammattikorkeakoulu Stadiasta. Teemme opinnäytetyömme Näyttöön perustava kättilötyö hankkeeseen. Aiheenamme on potilaan itsemääräämisoikeuden toteutuminen häntä koskevassa päätöksenteossa naistentautien vuodeosastoilla. Olemme suunnitelleet yhteistyössä Naistenklinikan osaston 30 ja Kättilöopiston sairaalan osaston 8 osastonhoitajien kanssa kvantitatiivisen kyselytutkimuksen tekemistä kyseisten osastojen potilaille. Tutkimuksen tulosten avulla osastot voisivat kehittää hoitotyötä potilaslähtöisemmäksi. Ohjaava opettajamme on yliopettaja Paavilainen.

Kohteliammin pyydämme lupaa saada kerätä aineistoa kyseisillä osastoilla. Tarkoituksenamme olisi suorittaa kysely alkuvuodesta 2008.

Opinnäytetyömme aineistonkeruussa ja sen raportoinnissa tulemme noudattamaan tutkimuseettisiä periaatteita. Potilaat vastaavat kyselyyn anonyymisti eikä keräämiämme lomakkeita käytetä muuhun kuin tutkimukselliseen tarkoitukseen.

Kunnioittaen

Keinänen Helena

Kolmonen Neena

Simonen Anastasia

Yhteystiedot: Kolmonen Neena

puh

sähköpostiosoite

Lupa-anomuksen toimitus osoitteeseen: Osoite

Ohjaava opettaja: puh.

Liitteet

1 TUTKIMUSSUUNNITELMAN KUVAUS

2 TIIVISTELMÄ TUTKIMUSSUUNNITELMASTA

3 SAATE HOITAJILLE

4 SAATE VASTAAJALLE

5 KYSELYLOMAKE

6 LUPA KYSELYLOMAKKEEN KÄYTTÖÖN JA MUOKKAUKSEEN

SAIRAANHOITOPIIRI
HYKS-sairaanhoitoalue
Naistentautien ja synnytysten tulosyksikkö

MYÖNTÄMINEN
§ 15
20.02.2008

Dnro

Hakijat Keinänen Helena, Kolmonen Neena ja Simonen Anastasia

Esittelijä Ylihoitaja Riitta Kangas

Asia TUTKIMUSLUVAN MYÖNTÄMINEN AMK-OPINNÄYTETYÖTÄ VARTEN,
KEINÄNEN HELENA, KOLMONEN NEENA JA SIMONEN ANASTASIA

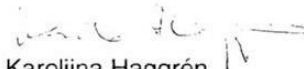
Perustelut Olen tutustunut Helena Keinäsen, Neena Kolmosen ja Anastasia Simosen tutkimussuunnitelmaan, joka liittyy em. opiskelijoiden Helsingin ammattikorkeakoulu Stadiassa suorittamiin kättilöopintoihin ja niihin liittyvään opinnäytetyöhön. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää naistentautien vuodeosastoilla 8 ja 30 hoidossa olleiden naistentautipotilaiden kokemuksia osallistumiseen hoitoon liittyvässä päätöksenteossa ja sen tavoitteena on pyrkiä edistämään itsemääräämisoikeuden toteutumista ja näin potilaslähtöistä hoitotyötä tutkittavilla naistentautien vuodeosastoilla.

Päätös Päätän myöntää tutkimusluvan Helena Keinäselle, Neena Kolmoselle ja Anastasia Simoselle yllä selostetun opinnäytetyöhön liittyvän kyselytutkimuksen tekemiseen Naistenklinikan osastolla 30 ja Kättilöopiston sairaalan osastolla 8 hoidossa oleville potilaille. Tutkimus suoritetaan kevään 2008 aikana.

Ehdot Opiskelijoiden tulee työn valmistuttua esitellä se joko niissä yksiköissä, joista aineisto kerätään tai yhteisessä opinnäytetöiden julkaisutilaisuudessa. Lisäksi heidän tulee toimittaa kappaleet valmiista opinnäytetyöstä Naistenklinikan ja Kättilöopiston sairaalan ylihoitajien toimistoihin sekä osastoille 8 ja 30.

Sovelletut oikeusohjeet HUS, yleiskirje 22/2000

Päätösvallan peruste HYKS-sairaanhoitoalueen johtajan delegointipäätös § 29, 31.1.2007


Karoliina Haggrén
johtava ylihoitaja, naistentaudit ja synnytykset

Tiedoksi Helena Keinänen, Neena Kolmonen ja Anastasia Simonen
Ylihoitaja Riitta Kangas
Osastonhoitajat Teija Kättö ja Kirsi Heino

Lähetetty tiedoksi