

Opinnäytetyö (AMK)
Hoitotyön koulutusohjelma
Hoitotyö
2011

Emilia Peltosalo

SAIRAALAPOTILAAN TIEDON TARVE (SPTT©) -MITTARIN TESTAUS NEUROTOIMIALUEEN POTILAILLE



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Emilia Peltosalo

SAIRAALAPOTILAAN TIEDON TARVE (SPTT©) - MITTARIN TESTAUS NEUROTOIMIALUEEN POTILAILLE

Työ kuuluu Tulevaisuuden sairaala - Hoitotyön kehittämisprojekti 2009–2015 (Hoi-Pro) hankkeeseen. Projektin potilasohjaus -osatehtävässä testataan Sairaalapotilaan tiedon tarve (SPTT) (© Leino-Kilpi, Salanterä, Hölttä 2003) -mittaria potilaiden ja hoitohenkilökunnan näkökulmista tulevilla Neuro-, Tules-, Sydän- ja Vatsatoimialueilla. (Kummel ym. 2011.)

Tutkimuksen tavoitteena on kehittää tiedon tarve mittaria neurotoimialueen potilaiden tarpeita vastaavaksi. Tutkimuksen tarkoituksena oli testata neurologisten potilaiden tiedon tarvetta (SPTT) (© Leino-Kilpi, Salanterä, Hölttä 2003) -mittarilla. Sairaalapotilaan tiedon tarve SPTT -mittarin testausta kuvaava tutkimus toteutettiin yhden sairaanhoitopiirin alueella seitsemällä neurologisella osastolla. Kyselylomakkeita jaettiin yhteensä 160 kappaletta Turun yliopistolliseen keskussairaalaan ja Salon aluesairaalaan. Tutkimusaineisto kerättiin kahden viikon aikana toukokuussa 2011. Lomakkeiden jaosta potilaille huolehti osastojen henkilökunta ja neurologiset potilaat täyttivät lomakkeet sairaalassaoloaikanaan. Vastausprosentti oli 42,5 % (n=68). Aineiston strukturoidut kysymykset analysoitiin tilastollisesti SPSS 17.0 -ohjelmalla ja avoin kysymys sisällön analyysillä.

Tutkimustulosten mukaan neurologiset potilaat tarvitsevat eniten tietoa biologis-fysiologiselta osa-alueelta ja vähiten eettiseltä osa-alueelta. Erityisesti tarvitaan tietoa hoitoon liittyvistä komplikaatioista ja niiden ehkäisystä. Hyvin vähän tietoa kaivataan potilasasiain miehen toiminnasta. Eettisellä ja ekonomisella osa-alueella on eniten epäselviä väittämiä neurologisten potilaiden näkökulmasta, vaikkakaan epäselvyysprosentit eivät ole kovin suuria. Näistä nousee esiin omiin potilasasiakirjoihin tutustuminen, hoitoon osallistuvien ammattiryhmien vastuualueiden määrittely sekä kuntoutus kustannuksineen. Neurologisten potilaiden kehitysehdotuksista nousi esille oikean potilaan huomioiminen tiedon saajana, päiväkohtaisen tiedon saaminen, potilaiden tukeminen, kiireettömyys ja ystävällisyys sekä väittämien tärkeysjärjestykseen laittaminen.

Tiedon tarvetta kartoittamalla löydetään potilaiden yksilölliset tiedon tarpeet ja edistetään heidän voimavarojaan. Jatkossa olisi mielenkiintoista selvittää, toimiiko tiedon tarve mittari käytännössä ohjauksen apuvälineenä potilasohjauksessa sekä potilaiden että hoitajien näkökulmasta.

ASIASANAT: mittari, neurologia, potilas, SPTT, tiedon tarve.

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in nursing | Nursing

December 2011 | 51

Instructors: Sirpa Nikunen and Tiina Pelander

Emilia Peltosalo

THE RECEIVED KNOWLEDGE OF HOSPITAL PATIENTS (RKHP©) -SCALE TESTING NEUROLOGICAL PATIENTS

The thesis is part of Nursing Development Project 2009-2015 (Hoi-Pro). The Received Knowledge of Hospital Patients (RKHP) (© Leino-Kilpi, Salanterä, Hölttä 2003) -scale is tested in the project from the perspectives of patients and medical staff coming to Neuro, MSD, Heart and Stomach of operations. (Kummel et al 2011.)

The purpose of the study was to describe patients' information needs on neurological patients. The material was collected from neurological patients at Turku University Hospital and Salo Regional Hospital during hospital treatment in May 2011. A deductive approach was adopted for the study. The material for the study was collected using The Received Knowledge of Hospital Patients (RKHP) (© Leino-Kilpi, Salanterä, Hölttä 2003) -scale. The response rate was 42.5 % (n=68). The structured material was analyzed using the SPSS 17.0 program. The material was analyzed by examining the frequency distribution and percentages for the variables and an open question with content analysis.

The results showed that neurological patients need most information on bio physiological field of knowledge and the least information on ethical field of knowledge. In particular, information is needed to treat complications and their prevention. Very little information is needed about the patient agent's activities. In ethical and financial fields of knowledge there are the most ambiguous arguments from the neurological patient's perspective, even if the ambiguity of the percentages is not very high. These include access to their own patient documents, involvement in the treatment of occupational groups as well as defining the responsibilities of the rehabilitation costs. Development proposals raised by neurological patients were such as patient attention as the correct recipient of the information, day specific data acquisition, patient support, peace, and friendliness and placing things into order of importance.

It is possible to recognize the individual patient information needs with the received knowledge scale. In the future, it would be interesting to find out whether the need for received scale works in practice as a tool for patient guidance from both patients and nurses' point of view.

KEYWORDS: patient, information needs, neurology, RKHP.

SISÄLTÖ

| | |
|--|-----------|
| 1 JOHDANTO | 6 |
| 2 NEUROLOGISET SAIRAUDET | 7 |
| 3 OHJAUKSESSA ANNETTAVAN TIEDON MERKITYS POTILAALLE | 11 |
| 3.1 Potilasohjaus tasa-arvoisena ja vuorovaikutteisena tilanteena | 12 |
| 3.2 Potilaiden tiedontarve | 14 |
| 4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT | 17 |
| 5 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS | 18 |
| 5.1 Aineiston keruun toteutus | 19 |
| 5.2 Aineiston analyysi | 24 |
| 6 TULOKSET | 26 |
| 6.1 SPTT-mittarin väittämien asiaankuuluvuus neurologisten potilaiden näkökulmasta | 27 |
| 6.2 SPTT-mittarin väittämien selkeys neurologisten potilaiden näkökulmasta | 34 |
| 6.3 Neurologisten potilaiden kehitysehdotuksia SPTT-mittarille | 38 |
| 7 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS | 40 |
| 8 POHDINTA | 45 |
| LÄHTEET | 49 |

LIITTEET

- Liite 1. Opinnäytetyön toimeksiantosopimus
- Liite 2. Kirjallisuushaut
- Liite 3. Sairaalapotilaan tiedon tarve (SPTT) -mittari
- Liite 4. SPTT -mittarin käyttö lupa
- Liite 5. Saatekirje
- Liite 6. Tiedote henkilökunnalle
- Liite 7. Tutkimuslupa

KUVIOT

Kuvio 1. Vastausmäärät eri osastoilla (n=67).

27

TAULUKOT

| | |
|---|----|
| Taulukko 1. Esimerkki sisällönanalyysistä | 25 |
| Taulukko 2. Potilaiden ikäjakauma prosentteina (n=68). | 26 |
| Taulukko 3. Sairauden kesto, minkä vuoksi potilaat ovat hoidossa (n=67). | 26 |
| Taulukko 4. Potilaan hoidossa olon syy (n=67). | 27 |
| Taulukko 5. Biologis-fysiologisen osa-alueen väittämien asiaankuuluvuus. | 28 |
| Taulukko 6. Toiminnallisen osa-alueen väittämien asiaankuuluvuus. | 29 |
| Taulukko 7. Kokemuksellisen osa-alueen väittämien asiaankuuluvuus. | 30 |
| Taulukko 8. Eettisen osa-alueen väittämien asiaankuuluvuus. | 31 |
| Taulukko 9. Sosiaalisyhteisöllisen osa-alueen väittämien asiaankuuluvuus. | 32 |
| Taulukko 10. Ekonomisen osa-alueen väittämien asiaankuuluvuus. | 33 |
| Taulukko 11. Biologis-fysiologisen osa-alueen väittämien selkeys. | 34 |
| Taulukko 12. Toiminnallisen osa-alueen väittämien selkeys. | 35 |
| Taulukko 13. Kokemuksellisen osa-alueen väittämien selkeys. | 35 |
| Taulukko 14. Eettisen osa-alueen väittämien selkeys. | 36 |
| Taulukko 15. Sosiaalisyhteisöllisen osa-alueen väittämien selkeys. | 37 |
| Taulukko 16. Ekonomisen osa-alueen väittämien selkeys. | 38 |
| Taulukko 17. Avoimen kysymyksen vastaukset ryhmiteltyinä. | 39 |

1 JOHDANTO

Potilaat tietävät nykyään terveyteensä liittyvistä asioista yhä enemmän ja heidän ohjauksen tarpeensa on kasvanut. Tämän johdosta potilasohjaus ja sen kehittäminen ovat tärkeitä aiheita. Potilasohjaus kuuluu luonnollisena osana jokaisen potilaan hoitoon. (Leino-Kilpi 2009.) Potilasohjauksen haasteena on kehittää ohjausta lähtemään potilaan ja omaisten voimavaroista (Blek, Heikkilä, Karinen, Kiema & Liimatainen 2007, 13). Aivoverenkiertohäiriöpotilaat (n=192) kokivat kohteluun ja asioista kertomiseen liittyvien asioiden toteutuneen parhaiten, kun oireista kertomisen ja potilasohjeiden saannin koettiin toteutuneen huonommin (Helminen & Åstedt-Kurki 2010, 306).

Työ kuuluu Tulevaisuuden sairaala - Hoitotyön kehittämisprojekti 2009–2015 (Hoi-Pro) hankkeeseen, jonka toimeksiantaja on Varsinais-Suomen Sairaanhoidopiiri yhteistyössä Turun ammattikorkeakoulun kanssa. Projektin potilasohjaus -osatehtävässä testataan Sairaalapotilaan tiedon tarve (SPTT) (© Leino-Kilpi, Salanterä, Hölttä 2003) -mittaria potilaiden ja hoitohenkilökunnan näkökulmista tulevilla Neuro-, Tules-, Sydän- ja Vatsatoimialueilla. Saatujen testaustulosten perusteella Varsinais-Suomen Sairaanhoidopiiri modifioi mittaria yhteistyössä Turun yliopiston Hoitotieteen laitoksen kanssa. Sen jälkeen kartoitetaan potilaan tiedon tarvetta tulevilla Neuro-, Tules-, Sydän- ja Vatsatoimialueilla. Kehittämisprojektin tavoitteena on potilasohjauksen kehittäminen, minkä avulla saadaan aikaan yksilöllistä, potilaan tarpeisiin perustuvaa potilasohjausta. (Kummel ym. 2011.)

Tutkimuksen tarkoituksena oli testata sairaalapotilaiden tiedon tarve (SPTT) (© Leino-Kilpi, Salanterä, Hölttä 2003) -mittaria neurotoimialueen potilaiden näkökulmasta. Tavoitteena on kehittää tiedon tarve mittaria neurotoimialueen potilaiden tarpeita vastaavaksi. Aineisto tutkimukseen kerättiin neurotoimialueen potilailta, joihin kuuluvat AVH-, aivovamma-, epilepsia-, MS-tauti-, neurologinen kasvain-, valtimo- ja laskimosairauspotilaiden prosessit, Turun yliopistollisesta keskussairaalaista ja Salon aluesairaalaista (Turun yliopistollinen keskussairaala 2011b).

2 NEUROLOGISET SAIRAUDET

Neurologia on erikoisala, joka tutkii ja hoitaa hermoston eli aivojen, selkäytimen, ääreishermostojen ja lihasten sairauksia. Tavallisimpia neurologisia oireita ovat päänsärky, huimaus, lihasheikkous, sekavuus, tajuttomuus ja vapina sekä kipu. Neurologiset sairaudet saattavat aiheuttaa häiriöitä havaintokyvyssä, loogisessa ajattelussa, asioiden tunnistamisessa tai muistissa. Erilaiset halvausoireet, puheen tuottamisen tai ymmärtämisen, lukemisen tai laskemisen häiriöt saattavat myös olla merkki neurologisesta sairaudesta. Myös kohtaukselliset oireet, kuten tajunnanmenetykset, nykäykset tai kouristukset sisältyvät neurologisiin oireisiin. (Soinila 2003, 91; Kaste, Soinila & Somer 2006, 7.) Aivot säätelevät kaikkia elintoimintojamme viime kädessä, lähes mikä oire tahansa voi olla merkki neurologisesta sairaudesta (Soinila 2003, 92).

Varsinais-Suomen Sairaanhoidopiiriin neurotoimialueen potilaiden prosesseihin kuuluvat muun muassa aivoverenkiertohäiriö, aivovamma, epilepsia, MS-tauti, neurologinen kasvain, valtimo- ja laskimosairaudet (Turun yliopistollinen keskussairaala 2011b).

Aivoverenkiertohäiriö (AVH) on yhteisnimitys ohimeneville tai pitkäaikaisia neurologisia oireita aiheuttaville aivoverisuonten tai aivoverenkierron tai molempien sairauksille. Aivoverenkiertohäiriöihin sairastuu Suomessa vuosittain noin 14 000 ihmistä, joista neljännes on työikäisiä. AVH:n hoitoon kuluu noin 400 000 sairaalahoitopäivää erikoissairaanhoidossa ja noin 1,5 miljoonaa hoitopäivää perusterveydenhuollossa vuosittain. Ikääntyminen on AVH:n tärkein riskitekijä. (Aivoinfarkti 2006; Hernesniemi ym. 2006, 271-273.)

Suomessa **aivovamman** saa noin 15 000-20 000 ihmistä vuosittain. Sairaalahoitoa näistä vaatii noin neljännes. Sairaalassa hoidetuista aivovamman saaneista suurimmalla osalla on syynä kaatumis- tai putoamisvamma, muita syitä ovat liikenneonnettomuudet ja väkivaltaiset tapahtumat. Aivovammaan kuolee noin 1000 ihmistä vuosittain. Aivovamman syynä on päähän kohdistuneen trauman aiheuttama tajunnan menetys, muistin menetys, henkisen toimintakyvyn muutos tai paikallista aivovauriota osoittava

neurologinen oire tai löydös. Osoituksena muutoksesta voi myös olla kuvantamistutkimuksessa todettu vammamuutos. (Aikuisiän aivovammat 2003; Koskinen, Palomäki & Öhman 2006, 424-425.)

Epilepsia on aivojen sähköisen toiminnan häiriötila. Siinä esiintyy toistuvasti kohtauksia, joissa tajunta hämärtyy ja samalla voi esiintyä kouristuksia tai muita oireita. Epilepsia voi ilmetä missä iässä tahansa. Lapsilla ja yli 60-vuotiailla ilmaantuvuus on noin 40 - 100 henkilöä 100 000 henkilöä kohden vuodessa, nuorilla aikuisilla ja keski-ikäisillä pienempi. Arviolta yhdeksän prosenttia ihmisistä saa ainakin yhden epileptisen kohtauksen elämänsä aikana ja epilepsian saa viisi prosenttia ihmisistä. (Atula 2010; Keränen & Kälviäinen 2006, 332.)

MS-tauti eli multippliskleroosi on hajapesäkkeinen keskushermoston sairaus. Sen oireet aiheutuvat suoranaisesta hermokudoksen vauriosta tai kemiallisten tulehdusvälittäjäaineiden vaikutuksesta hermosoluihin. Se on monioireinen ja etenemistavaltaan vaikeasti ennakoitava sairaus, joka alkaa nopeasti kehittyvillä keskushermosto-oireilla. MS-tauti on Suomen yleisin nuoria invalidisoiva keskushermoston sairaus. Sitä sairastaa noin 6000 suomalaista ja vuosittain siihen sairastuu keskimäärin viisi henkilöä 100 000 asukasta kohden. (MS-taudin diagnoosi, lääkehoito ja kuntoutus 2002; Ruutiainen & Tienari 2006, 379, 382-383.)

Primaarinen keskushermosto **kasvain** ilmaantuu Suomessa noin 700 potilaalle vuosittain. Ilmaantuvuus on yleistä varhaislapsuudessa sekä keski-ikästä ylöspäin. Useimpien keskushermostokasvainten syy on tuntematon. Aivokasvainten oireet jaetaan ei-paikallistaviin oireisiin esimerkiksi päänsärky, kohonneen kallonsisäisen paineen oireisiin, kuten pahoinvointi ja paikallistaviin oireisiin esimerkiksi kasvaimen sijainti puhealueella. Selkäydinkanavan kasvaimien oireita ovat selkäydinpinteessä muun muassa halvaukset, spastisuus ja virtsaamisvaikeudet. Hermojuuripinteessä oireita ovat muun muassa kipu, puutuminen ja tunnon heikkeneminen. Keskushermoston kasvaimia on melkein sata eri kudostyyppiä, niistä tavallisimpia ovat glioomat eli aivojen tukikudoksen kasvaimet, meningeoomat eli aivokalvosta lähteviä,

hitaasti kasvavia, tarkkarajaisia ja hyvänlaatuisia kasvaimia ja neurinoomat eli aivohermoista, selkäydinkanavan hermojuurista tai ääreishermoista lähteviä, hitaasti kasvavia ja lähes aina hyvänlaatuisia kasvaimia. (Jääskeläinen, Kallio & Kouri 2006, 395-396, 400, 421; Mäenpää 2006, 34, 37-38.)

Valtimosairauksiin kuuluu alaraajojen valtimoahtauma. Sen riskitekijöitä ovat tupakointi ja huonossa hoitotasapainossa oleva diabetes, joka lisää ahtauman riskiä. Muita aiheuttajia ovat kohonnut veren kolesteroli ja kohonnut verenpaine. Tyypillinen oire on katkokävely eli klaudikaatio, joka johtuu vähentyneen verenkierron aiheuttamasta hapenpuutteesta. Oireet ilmaantuvat tavallisimmin liikkuesssa ja väistyvät levossa, kun levon jälkeen jatkaa kävelyä kipu alkaa yleensä uudestaan. Valtimotaudista johtuen jalat palelevat tavallista herkemmin. Vaikea-asteinen valtimotauti voi aiheuttaa jatkuvaa myös levossa tuntuvaa kipua varpaissa ja jalkaterissä. Taudin edetessä ilman hoitoa, voi seurauksena olla varpaiden kuolio. Tärkeimmät ehkäisykeinot ovat tupakoinnin lopettaminen, kohonneen verenpaineen hoito ja veren kolesteroliarvon pitäminen normaalina sekä liikunta. (Ellonen & Mustajoki 2010.)

Alaraajan laskimoiden vajaatoiminta kuuluu **laskimosairauksiin**. Vaaratekijöitä ovat ikääntyminen, synnytykset, naissukupuoli ja vajaatoiminnan esiintyminen suvussa. Alaraajan suonikohjut ovat yleisiä, mutta alaraajan laskimoiden vajaatoiminta ei välttämättä korreloi pinnallisten kohjujen runsauteen. Laskimon seinämän vioittuessa syntyy takaisinvirtaus, joka saattaa johtaa laskimopaineen kohoamiseen eli laskimohypertensioon. Tämä saattaa johtaa säären alueen yhdyslaskimoiden vajaatoimintaan ja jopa syvien laskimoiden sekundaariseen vajaatoimintaan. Pitkään jatkuneena laskimohypertensio voi johtaa raajan turvotustaipumukseen, myöhemmin ihon pigmentoitumiseen, ihonalaiskudoksen sklerosoitumiseen ja säärihaavaan. Oireina ovat paikallinen kipu, kiristys tai polte, joka pahenee päivän aikana etenkin seistessä tai pitkään istuttaessa, alaraajan väsyminen ja turvotus iltaa kohden, suonenveto, särky tai levottomuus yö aikaan. Tavoitteena on oireiden lievittäminen ja komplikaatioiden estäminen. Säännöllinen liikunta ja painon hallinta ovat tärkeitä laskimoiden vajaatoiminnan etenemisen ehkäisyssä. Hoitosukkien käyttö on tärkein perushoito

mahdollisesta leikkaushoidosta riippumatta. (Alaraajojen laskimoiden vajaatoiminta 2010; Honkala 2009.)

3 OHJAUKSESSA ANNETTAVAN TIEDON MERKITYS POTILAALLE

Lain mukaan potilaalla on oikeus saada tietoa terveydestään ja omaan hoitoonsa liittyvistä asioista. Tiedot on annettava niin, että potilas pystyy ne ymmärtämään. Eikä tietoa saa antaa vastoin hänen tahtoaan tai, kun selvityksen antamisesta aiheutuisi potilaalle vaaraa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785.) Luottamuksellisuuteen on kiinnitettävä huomiota, sillä hoitotyöntekijöiden tulee tietää, kenelle on asianmukaista antaa potilasta koskevaa tietoa. Potilaalla tulee olla mahdollisuus ilmaista oma päätöksensä siitä, kenelle annetaan tietoa hänen tilanteestaan. (Edwards 2003, 529.) Terveyttä koskeva tieto auttaa potilaita aktiivisiksi osallistujiksi hoidossaan ja varmistaa potilaan riittävän tietoperustan komplikaatioiden ehkäisemiseksi (Iire, Leino-Kilpi, Suominen, Vuorenheimo & Välimäki 1993, 4). Tieto auttaa potilasta suunnittelemaan toimintaansa, asettamaan tavoitteita, tekemään hoitoon liittyviä tekoja, arvioimaan ammattilaisten tekemiä suunnitelmia sekä toteutunutta hoitoa. Tieto auttaa myös ymmärtämään asioita, niiden yhteyksiä, kokonaisuuksia ja niihin yhteydessä olevia tekijöitä. (Leino-Kilpi 2009, 176-177.) Potilas, joka tietää terveydestään, sitoutuu hoitoonsa ja edistää sen tavoitteita. Potilaat ovat tyytyväisiä, jos he saavat riittävästi tietoa ja heitä ohjataan tai opetetaan hoitoon liittyvissä asioissa. (Iire ym. 1993, 4,8.) Potilas pystyy ymmärtämään ja hyödyntämään sairauttaan koskevaa tietoa paremmin, mitä varhaisemmassa vaiheessa hän sitä saa (Hotti 2005, 3748).

Potilaan tiedon osa-alueisiin kuuluvat voimavaraistavassa potilasohjauksessa biologis-fysiologinen, johon kuuluvat muun muassa tieto oireista, tutkimuksista, hoidosta ja komplikaatioista. Toiminnallinen alue, johon kuuluvat muun muassa tiedot päivittäisistä toiminnoista ja toiminnalliset rajoitukset. Sosiaalis-yhteisölliselle alueelle kuuluvat muun muassa tiedot läheisiltä ja potilasjärjestöiltä saatavasta tuesta. Kokemukselliselle alueelle lukeutuvat muun muassa tiedot tunteista, aikaisemmista terveysongelmista ja sairaalakokemuksista. Eettiselle alueelle lukeutuvat muun muassa tiedot

päätöksenteosta, potilaan oikeuksista ja luottamuksellisuudesta. Ekonomiseen lukeutuvat tiedot sosiaaliturvasta, kustannuksista ja hoidon jatkuvuudesta. Potilasohjauksessa tulee välittyä monipuolista tietoa eri voimavaraistavan tiedon osa-alueilta. (Leino-Kilpi ym. 2005, 309-310; Johansson, Katajisto, Kettunen, Leino-Kilpi & Montin 2010, 248; Katajisto, Leino-Kilpi & Mäenpää 1999, 33-34.)

3.1 Potilasohjaus tasa-arvoisena ja vuorovaikutteisena tilanteena

Ohjaus pyrkii edistämään potilaan kykyä ja aloitteellisuutta parantaa elämäänsä valitsemallaan tavalla. Potilas on ohjauksessa aktiivinen ongelman ratkaisija, jota hoitaja tukee päätöksenteossa ja pyrkii olemaan esittämättä valmiita ratkaisuja. Rakenteeltaan ohjaus on suunnitelmallista ja sisältää tiedon antamista, mikäli potilas ei ole kykenevä ratkaisemaan tilannetta. Ohjaussuhde on aina tasa-arvoinen. (Hirvonen 2007, 25.)

Potilaalle tulisi antaa lisää tietoa hänellä jo olevan tiedon perusteella. Oleellista on, että tietoa on saatavilla eri tavoin, kuten kirjallisena, suullisena, kuvallisena tai elektronisena. Sen lisäksi, että tietoa on saatavilla, on varmistettava, ymmärtääkö potilas käytettävissä olevan tiedon. Potilaalle on annettava mahdollisuus testata tietoaan ja kysyä lisää, jotta hän voi täydentää tietoperustaansa. Tämä edellyttää hoitohenkilökunnan ja lähdemateriaalin saatavuutta, ajantasaisuutta sekä pätevyyttä. Nykyisin tietoa voi etsiä monista eri lähteistä ja näin ollen potilaat ovat hyvin tietoisia asioista hoitoon tullessaan. Hoitotyöntekijöiden tehtävänä on varmistaa, että potilaiden tieto on perusteltua ja turvallista sekä auttaa potilaita hakeutumaan laadukkaille tietolähteille. (Leino-Kilpi 2009, 178-179.)

Johanssonin (2007) tutkimuksessa korostuu, että potilaille (n=22) annettava tieto tulisi kertoa yksinkertaisesti, potilaan omalla kielellä ja kertaamalla yhä uudelleen. Kaikkea tietoa ei tule kertoa yhdellä kerralla, vaan hiljalleen pienissä osissa ja on huomioitava, mitä potilas pystyy vastaanottamaan. Ohjaustilanteissa omaisten läsnäolo on tärkeää, koska aina ei voi luottaa potilaan muistiin. Tietoa haluttiin annettavan myös kirjallisena suullisesti

annetun tiedon tueksi. (Johansson 2007, 39.) Kirjalliset ohjeet auttoivat nivelreumapotilaita (n=39) selviämään kotona, koska oli mahdollisuus tarkistaa puutteelliseksi jäänyt tieto kirjallisesta materiaalista (Kukkurainen, Kyngäs & Mäkeläinen 2004, 233). Ahosen ym. (2003) tutkimuksessa tuli esille, että kirjallista tietoa sai potilaista (n=754) vain noin puolet. Kirjallinen tieto on erityisen tärkeää, koska ihmiset usein unohtavat, mitä heille on kerrottu. Erityisesti jos he ovat stressaantuneita tai ahdistuneita. (Edwards 2003, 531.) Varmistaakseen potilaan oppimisen hoitajat haastattelevat potilasta, demonstroivat hoitotoimenpiteen, toistavat ohjeet suullisesti tai antavat kirjallisen ohjeen potilaalle (Ahonen ym. 2003, 242).

Potilaalle tietoa annettaessa olisi hyvä varmistaa tiedon ymmärtäminen tehostamalla ohjauksen ja oppimisen tavoitteellisuutta ja arviointia. Potilasohjauksen haasteena on kehittää ohjausta siten, että se lähtee potilaan ja omaisten voimavaroista. Tiedonantamisen ohella olisi syytä varmistaa tiedon omaksuminen. (Blek ym. 2007, 13.) Ohjauksen epäkohdiksi on mainittu ohjeiden epätasällisyys ja -yksilöllisyys. Nivelreumapotilaat haluavat saada yksilöohjausta. (Kukkurainen ym. 2004, 232.) Myös Backmanin ym. (2007) ja Ahosen ym. (2003) tutkimuksissa tulee esille ohjauksen yksilöllisyyden tärkeys potilaille. Kun potilailla on kognitiivisia, keskittymiskyvyn tai havaintokyvyn vaikeuksia tieto tulee yksinkertaistaa, vahvistaa ja rajata olennaiseen. Potilaiden ja omaisten tiedontarve täytyy selvästi tunnistaa hoidon eri vaiheissa ja tiedonannon tulisi olla täsmällisempää, tarkempaa ja yksilöllisempää. (Edwards 2003, 531-532.) MS-tautia sairastavat haluavat ja tarvitsevat yksilöllisesti räätälöityä tietoa taudistaan kaikilta tiedon alueilta. Tieto tulisi antaa eri muodoissa ja eri henkilöstöryhmiltä, jotta voidaan vastata potilaiden yksilöllisiin tarpeisiin. (MacLean & Russell 2005, 757.)

Leino-Kilpi ym. (2007) analysoi tutkimuksia (n=15), joista ilmenee, että tärkeintä hoitajan roolissa on tiedon ja tuen antaminen potilaille. Hoitajat pystyvät vastaamaan potilaiden todellisiin tarpeisiin tarjoamalla neuvontaa ja ohjausta, ottamalla huomioon potilaiden tiedon tason, kyvyt, asenteet ja arvot. Näin toimiessaan he suunnittelevat ja toteuttavat yksilöllistä ohjausta yhteistyössä

potilaiden kanssa. (Leino-Kilpi, Salanterä & Virtanen 2007, 146.) Potilaat (n=855) pitivät tärkeimpänä tiedonlähteenään hoitohenkilökuntaa ja halusivat enemmän aikaa keskusteluun heidän kanssaan. Avoimuus ja selkeäkielisyys ovat tärkeitä keskusteluissa. (Alanen 2002, 51.) Keskustellessaan diagnoosista, ennusteesta ja riskitekijöistä potilaan ja hänen omaisensa kanssa, hoitajan tulee ymmärtää heidän sanalliset ja ei sanalliset vihjeensä. Hoitajalla tulee olla keinot arvioida olemassa olevan tiedon ymmärrystä ja potilaan halua tietää enemmän. (Edwards 2003, 530.)

3.2 Potilaiden tiedontarve

Potilaat (n=928) pitävät tiedonsaantia hyvin tärkeänä, mutta silti tietoa kaikilta tiedon osa-alueilta ei pidetty tärkeänä, eikä potilaille välitetty tieto kohtaa heidän tiedon tarvettaan sairaalassaolo aikana, todetaan Laukan ym. (2005) tutkimuksessa. Nivelreumapotilaat halusivat puhua enemmän tunteistaan, siihen ei kuitenkaan ollut riittävästi mahdollisuuksia (Kukkurainen ym. 2004, 232), myös iäkkäät potilaat (n=203) halusivat ohjauksen sisältävän enemmän tunteiden käsittelyä (Backman, Isola, Kyngäs, Kääriäinen & Saarnio 2007, 59).

Heikkinen ym. (2006) analysoi hoitotieteellisiä opinnäytetöitä (n=50). Tutkimusten mukaan suurin osa potilaista sai riittävästi ohjausta ja eniten tietoa annettiin sairaudesta, tutkimuksista ja hoitoon liittyvistä asioista, joita myös potilaat pitivät tärkeimpinä (Heikkinen ym. 2006, 127). Tätä tukee myös Alasen (2002) tutkimus, jossa selvitettiin potilaiden tiedontarpeita ja -saantia kirurgian-, sisätautien- ja päiväkirurgian osastoilla sekä Backmanin ym. (2007) tutkimus iäkkäiden kokemuksista saamastaan potilasohjauksesta. Tästä huolimatta potilailla ilmeni tiedon puutetta esimerkiksi sairauden hoidosta, oireista, tutkimustuloksista, jatko-ohjeista, apuvälineiden käytöstä ja sosiaalietuksista. Tietoa ei aina välitetä riittävän laaja-alaisesti tai sitä ei ole esitetty muodossa, jossa potilas sen ymmärtäisi. (Heikkinen ym. 2006, 128.) Samansuuntaisia tuloksia ilmeni myös Kukkuraisen ym. (2004) tutkimuksessa, jossa nivelreumapotilaat arvioivat potilasohjausta. Skitsofreniapotilaat (n=100) haluavat tietoa aikaisemmin, useammin ja monipuolisemmin kuin, mitä ovat

saaneet. Myös pitkään hoidossa olleet tarvitsevat ja haluavat runsaasti tietoa sairauteensa liittyen. (Hotti 2005, 3748.)

Erittäin tärkeänä potilaat pitivät tietoa sairaudesta ja sen hoidosta, tietoa näiltä alueilta potilaat kokivat saaneensa varsin tyydyttävästi. Tietoa haluttiin enemmän lääketieteelliseltä alueelta sekä elämäntapojen hallinnasta sairauden hoidossa ja potilaiden saama tieto myös vastasi tähän tarpeeseen. Vähemmän tärkeänä potilaat pitivät tietoa lääkityksestä, kivun hallinnasta ja anestesiasta, vaikka moni saikin tietoa näiltä alueilta. (Laukka ym. 2005, 1173-1174.) Anestesia kuului myös Alasen (2002) tutkimuksessa vähiten tärkeään tiedonalueeseen. Tietoa riskeistä, ennusteesta tai hoidon etenemisestä saatiin vähemmän, vaikka potilaat pitivät näitä tärkeinä (Laukka ym. 2005, 1174). Potilaat kokivat saaneensa riittämättömästi tietoa mahdollisista sivuvaikutuksista ja hoitoon liittyvistä ongelmista. Riittämättömänä pidettiin myös kokemuksellisista, eettisistä ja taloudellisista tekijöistä saatua tietoa. (Ahonen ym. 2003, 241-242.)

Kotiutumistilanteessa potilaat (n=404) pitivät erityisen tärkeänä tietoa komplikaatiomahdollisuuksista ja siitä, mitä saa ja pitää tehdä kuntoutuksen edistämiseksi (Helenius, Leino-Kilpi, Vuorenheimo, Välimäki & Walta 1996, 120). Vähiten ohjausta iäkkäät potilaat olivat saaneet kuntoutuksesta, sairauden syistä ja tukiryhmistä (Backman ym. 2007, 59). Skitsofreniapotilaiden mielestä sairauden luonteesta ja hoidosta, sairauden kulkuun vaikuttavista tekijöistä, ennusteesta, sosiaalisista oikeuksista ja sairauden vaikutuksesta jokapäiväisistä toiminnoista selviytymiseen tulee kertoa (Hotti 2005, 3748).

Sepelvaltimotautipotilaat (n=385) ja heidän omaisensa (n=140) saavat tutkimuksen mukaan liian vähän tietoa ja ohjausta. Kuitenkin melkein kaikki pitivät tiedon saamista tärkeänä. Enemmistö miespotilaista koki saavansa riittävästi tietoa, kun taas naiset kokivat saavansa liian vähän tietoa. (Blek ym. 2007, 11,13.) Ahosen ym. (2003) tutkimuksessa naiset kokivat tietävänsä jatkohoidosta ja hoitoon liittyvistä ongelmista enemmän kuin miehet.

Helminen ja Åstedt-Kurjen (2010) tutkimuksessa aivoverenkiertohäiriöpotilaat (n=192) kokivat kohteluun ja asioista kertomiseen liittyvien asioiden toteutuneen parhaiten, kun taas oireista kertomisen ja potilasohjeiden saannin koettiin toteutuneen huonommin. Oireista kertomisen kohdalla ilmeni avio- tai avoliitossa olevien ja naimattomien välillä merkittävä ero. Avio- tai avoliitossa olevat olivat tyytyväisempiä saamaansa ohjaukseen. Kokemuksista tiedonsaannista ilmeni, että alle 65-vuotiaat kokivat saaneensa enemmän tietoa koskien sairautta, oireita ja jatkohoitoa kuin yli 65-vuotiaat. (Helminen & Åstedt-Kurki 2010, 306-307.) Myös Ahnin ym. (2005) tutkimuksessa todetaan alle 60-vuoden iän vaikuttavan huomattavasti potilaiden (n=50) ohjauksen laatuun ja tiedon määrään. Alasen (2002) tutkimuksessa todetaan iäkkäämpien potilaiden tiedon saannin olevan vähäisempää kuin alle 64-vuotiailla ja nuoremmat pitävät useammin tiedon saantiaan riittämättömämpänä kuin vanhemmat. Potilaiden havaintokykyyn vaikuttavat sukupuoli ja ikä (Ahn ym. 2005, 91).

Mitä pidempään potilaat joutuivat ensiapupoliklinikalla odottamaan, sitä kielteisemmin he kokivat tiedonsaannin toteutuneen (Helminen & Åstedt-Kurki 2010, 309). Tutkimuksessa aivoverenkiertohäiriöpotilaiden (n=113) tiedon tarpeesta todettiin, että mitä korkeampi ikä tai mitä matalampi koulutustaso, sitä suurempi oli potilaiden tiedon tarve (Uusitalo 2009, 50). Samansuuntaisia tuloksia koulutustason merkityksestä ilmeni myös Laukan ym. (2005) ja Alasen (2002) tutkimuksissa. Iäkkäät potilaat olivat pyytäneet useammin hoitajaa toistamaan ennen kotiutumistaan saamia ohjeita. Hoitajat olivat useammin varmistaneet kotihoito-ohjeiden ymmärtämisen potilailta, joilla oli alhainen koulutustaso. Nuoremmat potilaat olivat saaneet vähemmän ohjausta heti sairaalaan tultuaan. (Ahonen ym. 2003, 243.) Naissukupuoli, korkea koulutustaso ja nuori ikä liittyvät järjestelmällisesti tiedon suurempaan merkitykseen ja tiedollisten alueiden parempaan arviointiin hoidon aikana (Ahn ym. 2005, 91; Ahonen ym. 2003, 243; Blek ym. 2007, 13; Laukka ym. 2005, 1174).

4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoituksena oli testata sairaalapotilaiden tiedon tarve (SPTT) (© Leino-Kilpi, Salanterä, Hölttä 2003) -mittaria neurotoimialueen potilaiden näkökulmasta. Tavoitteena on kehittää tiedon tarve mittaria neurotoimialueen potilaiden tarpeita vastaavaksi.

Tutkimusongelmat:

1. Mitkä tiedon tarve (SPTT) -mittarin väittämät ovat asiaankuuluvia neurologisten potilaiden mielestä?
2. Mitkä tiedon tarve (SPTT) -mittarin väittämät ovat selkeitä neurologisten potilaiden mielestä?
3. Millaisia asioita neurologiset potilaat haluavat lisätä tiedon tarve (SPTT) -mittariin?

5 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS

Potilasohjaus kuuluu tärkeänä osana jokaisen potilaan hoitoon ja on tärkeää, että sen kattavuuteen kiinnitetään huomiota. Aihetta on tutkittukin melko paljon sekä Suomessa että ulkomailla. On myös kehitetty mittareita kartoittamaan potilaiden tiedon tarvetta, kuten tämä SPTT (© Leino-Kilpi, Salanterä, Hölttä 2003) -mittarikin. Mittarin avulla voidaan selvittää, mistä asioista potilaat haluavat saada enemmän tietoa. Neurologisilla potilailla tulee selvästi esille tiedon tarpeen puutteita aiheesta tehtyjen tutkimusten (esim. Helminen ja Åstedt-Kurki 2010; Johansson 2007) tulosten perusteella. On siis hyvä, että mittaria kehitetään vastaamaan paremmin potilaiden tarpeisiin ja näin ollen he tulevat saamaan tulevaisuudessa yksilöllistä ja omiin tarpeisiinsa perustuvaa ohjausta.

Tutkimus kuuluu Tulevaisuuden sairaala - Hoitotyön kehittämisprojekti 2009–2015 (Hoi-Pro) hankkeeseen. Projektin potilasohjaus -osatehtävässä testataan Sairaalapotilaan tiedon tarve (SPTT) (© Leino-Kilpi, Salanterä, Hölttä 2003) -mittaria potilaiden ja hoitohenkilökunnan näkökulmista tulevilla Neuro-, Tules-, Sydän- ja Vatsatoimialueilla. (Kummel ym. 2011.) Tutkimuksen toimeksiantaja (Liite 1) on Varsinais-Suomen Sairaanhoidopiiri yhteistyössä Turun ammattikorkeakoulun kanssa. Toimeksiantajan näkökulman perusteella tutkimuksessa tulee selvittää neurologisten potilaiden tiedon tarvetta ja kehittää tämän perusteella tiedon tarve (SPTT) (© Leino-Kilpi, Salanterä, Hölttä 2003) -mittaria.

Kirjallisuushakuja (Liite 2) tehtiin tammikuussa 2011 Cinahl-, Medic- ja Medline tietokannoista. Hauista karsittiin ensin otsikon perusteella aiheeseen sopimattomat artikkelit. Tämän jälkeen sopivilta näyttävistä artikkeleista luettiin tiivistelmät, minkä perusteella vielä osa artikkeleista karsittiin pois. Jäljelle jääneistä artikkeleista valittiin vielä koko tekstin lukemisen perusteella tämän työn aiheeseen sopivat artikkelit. Tietokannoista hakusanoilla tiedon tarve ja potilas saatiin 64 osumaa. Näistä valittiin neljä artikkelia. Hakusanalla tiedon tarve mittari osumia tuli 142, joista valittiin yksi artikkeli. Hakusanalla mittarin testaus saatiin 282 osumaa, mutta vain yksi artikkeli tuli valituksi. Hakusanat

patient's information needs and neurology tuottivat 52 osumaa, näistä kaksi artikkelia valittiin. Suurin osa käytetyistä artikkeleista on löydetty manuaalisella haulla, muun muassa käytettyjen artikkelien lähdeluetteloista.

5.1 Aineiston keruun toteutus

Aineistonkeruumenetelmänä oli kyselytutkimus. Kun halutaan tietää, mitä ihminen ajattelee tai miksi hän tekee niin kuin tekee, on hyvä kysyä häneltä itseltään esimerkiksi kyselyn avulla (Sarajärvi & Tuomi 2009, 72). Kyselytutkimuksen tarkoituksena on saada kerättyä tietyin kriteerein valitulta joukolta vastauksia laadittuihin kysymyksiin. Kyselyn avulla voidaan kerätä laaja tutkimusaineisto ja se on tehokas. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 190.) Kyselylomakkeen käytön tavoitteena on muuntaa tutkijan tiedon tarve kysymyksiksi, joihin vastaaja haluaa ja kykenee vastaamaan. Mikäli lomakkeessa on valmiit vastausvaihtoehdot, niin vastauksista tulee yhdenmukaisia, mikä nopeuttaa lomakkeiden käsittelyä. (Holopainen & Pulkkinen 2008, 42.) Kysyjä ja vastaaja eivät ole vuorovaikutuksessa keskenään, vaan viestintä tapahtuu kyselylomakkeen välityksellä (Heikkilä 2008, 66).

Tutkimuksessa käytettiin valmista, Turun yliopistossa, Hoitotieteen laitoksella kehitettyä Sairaalapotilaan tiedon tarve (SPTT) (© Leino-Kilpi, Salanterä, Hölttä 2003) -mittaria (Liite 3). Lupa (Liite 4) kyselylomakkeen käyttöön oli Turun yliopiston hoitotieteenlaitokselta. Alkuperäiseen SPTT (© Leino-Kilpi, Salanterä, Hölttä 2003) -mittariin kuuluu neljäkymmentä Likert-asteikollista väittämää, jotka koostuvat voimavaraistavan tiedon kuudesta osa-alueesta. Kysymykset jakautuvat seuraavasti ja ovat mittarissa tässä järjestyksessä: biologis-fysiologinen alue 8 kysymystä, toiminnallinen alue 8 kysymystä, kokemuksellinen alue 3 kysymystä, eettinen alue 9 kysymystä, sosiaalis-yhteisöllinen alue 6 kysymystä ja ekonominen alue 6 kysymystä. (Leino-Kilpi ym. 2005, 309-310.)

Tässä tutkimuksessa mittaria modifioitiin tutkimukseen sopivaksi lisäämällä taustakysymykset. Lomakkeessa potilailta kysyttiin kuusi taustakysymystä.

Joissa selvitettiin osastoa, hoidossa olon syytä, sairauden kestoa, aikaisempaa sairaalassaoloa, sukupuolta ja ikää. SPTT (© Leino-Kilpi, Salanterä, Hölttä 2003) -mittarin väittämiin vastataan 4-portaisella Likert-asteikolla väittämien asiaankuuluvuudesta (1=en tarvitse tietoa ollenkaan, 2=tarvitsen jonkin verran tietoa, 3=tarvitsen melko paljon tietoa, 4=tarvitsen paljon tietoa) sekä dikotomisella asteikolla, jossa on vain kaksi vaihtoehtoa väittämien selkeydestä (1=ei ole selkeä, 2=selkeä). Lomakkeen lopussa on yksi avoin kysymys koskien, mitä asioita lomakkeeseen pitäisi lisätä. Avoimen kysymyksen avulla oli mahdollista saada potilailta parannusehdotuksia kyselylomakkeeseen. Alkuperäinen SPTT (© Leino-Kilpi, Salanterä, Hölttä 2003) -mittari ei vaatinut esitestausta ja sitä on käytetty jo aikaisemmin muun muassa tutkittaessa aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen potilaan tiedon tarvetta (Uusitalo 2009), jossa mittaria oli muokattu tutkimukseen sopivaksi.

Saatekirjeen tehtävänä on motivoida vastaaja täyttämään kyselylomake ja selvittää tutkimuksen taustaa ja vastaamista. Saatekirjeessä kerrotaan tutkimuksen toimeksiantaja, tavoite, tutkimustietojen käyttötapa, mihin mennessä on vastattava, lomakkeen palautusohje, kommentti tietojen luottamuksellisuudesta, kiitos vastaamisesta ja tutkijan allekirjoitus. (Heikkilä 2008, 61-62.) Suostumuslomakkeella potilas hyväksyy tutkimuksen ehdot ja vastausten käytön tutkimuksen teossa (Turku CRC 2011). Kyselylomakkeeseen vastaaminen katsottiin tässä tutkimuksessa suostumukseksi osallistua tutkimukseen, tämä kerrottiin vastaajille saatekirjeessä. Saatekirjeestä (Liite 5) kävi ilmi, mikä on tutkimuksen tarkoitus ja tavoite. Siinä kerrottiin myös tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuus, kieltäytymisen ja keskeyttämisen mahdollisuus sekä se, että vastaaminen tai vastaamatta jättäminen ei vaikuta mitenkään potilaan saamaan hoitoon. Saatekirjeessä kerrottiin myös lomakkeen palauttamisesta ja vastausten luottamuksellisuudesta, käsittelystä ja hävittämisestä. Siitä selvisi myös tutkimuksen tekijän nimi ja yhteystiedot.

Tutkimukseen mukaan otettavat potilaat rajattiin tietyin kriteerein. Näistä kriteereistä ja tutkimukseen vastaamisen etenemisestä tehtiin

hoitohenkilökunnalle ohje (Liite 6). Ohjeen avulla hoitohenkilökunta tiesi, minkälaisille potilaille he kyselylomakkeet jakoivat ja pystyivät neuvomaan potilasta tutkimuksen etenemisestä ja palauttamisesta. Kriteereinä olivat suomenkielinen potilas, potilas pystyy joko itse vastaamaan kyselyyn tai antamaan vastauksensa niin, että omainen tai läheinen kirjaa potilaan puolesta vastaukset lomakkeelle. Tutkimukseen ja sen toteutukseen liittyvässä henkilökunnan ohjeistuksessa oli tutkimuksen tekijän yhteystiedot siltä varalta, että tulisi jotakin kysyttävää. Tavoitteena oli ottaa tutkimukseen mukaan kaikki potilaat, jotka täyttivät kriteerit, mikäli he eivät kieltäytyneet osallistumasta.

Toimeksiantajan kanssa tehdyn toimeksiantosopimuksen teon jälkeen alkoi tutkimussuunnitelman teko. Tutkimussuunnitelmassa kerrottiin tutkimushankkeesta, aiheesta aikaisemmin tehdyistä tutkimuksista, tutkimuksen tarkoituksesta, tavoitteesta ja tutkimusongelmista. Kerrottiin myös muun muassa tutkimuksen toteutuksesta, siinä käytettävästä mittarista ja tutkimustuloksien esittämisestä. Tällä tutkimussuunnitelmalla haettiin tutkimusta varten tutkimuslupa (Liite 7) Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriltä. Tutkimuslupa saatiin 19.4.2011.

Tutkimus toteutettiin yhden sairaanhoitopiirin alueella, seitsemällä neurologisella osastolla. Tutkimuksen kohderyhmään kuuluivat neurotoimialueen potilaat, joihin kuuluvat aivoverenkierohäiriö (AVH)-, aivovamma-, epilepsia-, MS-tauti-, neurologinen kasvain-, valtimo- ja laskimosairauspotilaiden prosessit (Turun yliopistollinen keskussairaala 2011b).

Osastojen osastonhoitajiin oltiin yhteydessä tutkimusluvan saannin jälkeen. Heille kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta ja toteutuksesta osastoilla sekä sovittiin ajankohta, jolloin kyselylomakkeet vietiin osastoille. Ennen tutkimuksen aloittamista tutkimuksen tekijä piti eri osastoilla osaston henkilökunnalle tiedotustilaisuuden tai osastonhoitajalle, joka kertoi asiasta henkilökunnalle. Siinä kerrottiin, tutkimuksen tarkoitus, tavoite ja aineiston keruun toteutus. Hoitajille annettiin ohjeet siitä, mitkä ovat tutkimukseen osallistuvien potilaiden

kriteerit ja kehoitettiin heitä ajoittamaan kyselylomakkeen anto potilaille ennen kotiutumista.

Aineisto kerättiin kyselylomakkeella kahden viikon ajalta toukokuussa 2011 Turun yliopistollisen keskussairaalan osastoilta 210, 219, 221, 714 ja 720 sekä Salon aluesairaalan sisätautien yksiköstä ja neurologian poliklinikalta. Neurokirurgian yksikön 210 tehtävä on vastata Lounais-Suomen alueen keskushermosto kirurgiasta. Tärkeimmät hoidettavat tautiryhmät ovat aivokasvaimet, aivoverenvuodot, aivovammat ja selkäydinkanavan kirurgia. Vuodeosastolla on 20 potilaspaikkaa. Osastolla 219 hoidetaan verisuonikirurgisia potilaita ja osastolla on 11 potilaspaikkaa. Kirurgian poliklinikan 221 tehtävänä on vastata alueensa yliopistosairaalatasoisesta polikliinisestä potilashoidosta. Sen erikoisaloihin kuuluvat muun muassa neurokirurgia ja verisuonikirurgia. Neurologian vuodeosastolla 714 on 34 potilaspaikkaa. Potilaat tulevat pääsääntöisesti ensiapupoliklinikan kautta. Myös aivohalvausyksikkö siirtää potilaita osastolle jatkohoitoon. Lisäksi luvatuille paikoille tulee potilaita tutkimuksiin. Neurologian poliklinikan 720 vastuualueena on erityisosaamista vaativien neurologisten sairauksien diagnostiikka, hoito ja seuranta. Poliklinikka toimii yhteistyössä sairaanhoitopiirin alueella toimivien neurologisten poliklinikoiden kanssa koordinoitua eri potilasryhmien hoitoa piirin alueella. (Turun yliopistollinen keskussairaala 2011a.) Salon aluesairaalan sisätautien yksikössä tutkitaan, hoidetaan ja kuntoutetaan laajasti eri sairauksia sairastavia potilaita muun muassa aivoverenkiertohäiriö-, sydän- ja sokeritautipotilaita. Salon Aluesairaalan neurologian poliklinikalla tutkitaan aivojen ja hermoratojen sairauksia. (Salon aluesairaala 2011.)

Kyselylomakkeita jaettiin ennakkotietojen perusteella osastoille potilasmäärien ja potilaiden vaihtuvuuden mukaisesti. Tämän perusteella pohdittiin, kuinka monta lomaketta olisi mahdollista saada täytettynä takaisin tutkimusaikana. Osastoille 219 ja 714 vietiin kummallekin kolmekymmentäviisi lomaketta, osastolle 720 vietiin kolmekymmentä lomaketta, osastoille 210 ja 221 vietiin kumpaankin kaksikymmentä lomaketta ja Salon aluesairaalan

sisätautiyksikköön ja neurologian poliklinikalle vietiin kummallekin 10 lomaketta. Otot oli yhteensä 160.

Osastoilla potilaan hoidosta tai kotiutuksesta vastaava hoitaja antoi kyselylomakkeen potilaalle kotiutumista edeltävänä päivänä tai kotiutumispäivänä ennen kotiin lähtöä. Samalla hoitaja antoi vastaus- ja palautusohjeet potilaalle ja tarkemmin potilas saattoi tutustua niihin saatekirjeessä. Täytetyt lomakkeet potilaat laittoivat suljettuun kirjekuoreen, joka oli kyselylomakkeen mukana kuten myös saatekirje. Potilaita ohjattiin antamaan suljettu kirjekuori hoitajille sairaalassaoloaikana. Palautettu vastauslomake tulkittiin suostumukseksi osallistua tutkimukseen. Kirjekuoret haettiin osastoilta tutkimusajan päätyttyä.

Osastolla 714 sanottiin jo lomakkeita vietäessä, että potilasaines on osastolla melko huonokuntoista ja vastausmäärä saattaa jäädä pieneksi tämän vuoksi. He yrittävät kuitenkin jakaa lomakkeita mahdollisimman monelle kriteerit täyttävälle potilaalle. Turun yliopistollisen keskussairaalan muutamalla osastolla tuli ensimmäisellä viikolla kyselylomakkeiden jakamisesta epäselvyyttä siitä, ketä kyselylomakkeeseen voi vastata. Tämä johtui siitä, että heidän osastoillaan oli kirurgisia potilaita, jotka eivät koe itseään neurologisiksi potilaiksi ja kyselylomakkeessa lukee neurologinen potilas. Sovittiin osastonhoitajan kanssa joka oli tutkimuksen tekijään yhteydessä, että he vetävät kyselylomakkeista yli sanan neurologinen, ennen kuin antavat sen potilaalle. Lomakkeita päästiin jakamaan näillä osastoilla potilaille vähän lyhyemmän ajan kuin muilla osastoilla. Tämä vaikutti jonkin verran täytettyjen kyselylomakkeiden määrään näillä osastoilla.

Palautetut lomakkeet olivat suurimmaksi osaksi huolellisesti täytettyjä ja vastausprosentti oli 42,5 % (n=68). Vain 5 lomaketta oli tyhjiä kaikkien palautuneiden määrästä (n=73), jotka jouduttiin hylkäämään. Kyselylomakkeita todennäköisesti jaettiin harkiten potilaille, jotka täyttivät kriteerit. Tutkimusohjeissa kerrottiin osallistuvien potilaiden kriteerit, koska potilaiden oirekuvat saattoivat olla laajoja.

Tutkimus esitettiin Turun ammattikorkeakoulussa 30.11.2011. Tutkimuksen tuloksia tullaan esittämään Turun yliopistollisessa keskussairaalassa 26.1.2012.

5.2 Aineiston analyysi

Tilastollisessa analyysissä aineisto esitetään numeerisin tai graafisin keinoin. Aineiston keruussa käytetään standardoituja kyselylomakkeita, joissa on valmiit vastausvaihtoehdot. Aineistosta saatuja tuloksia yritetään yleistää tutkittuja havaintoyksiköitä laajempaan joukkoon tilastollisen päättelyn keinoin. (Heikkilä 2008, 16, 183.) Tässä tutkimuksessa strukturoidut kysymykset tallennettiin SPSS 17.0 tilasto-ohjelmaan ja analysoitiin tilastollisesti. Tulokset tulostettiin ohjelmasta niin, että saatiin frekvenssit ja prosentit sekä keskiarvot, jotka taulukoitiin, jotta vastauksia oli helpompi tulkita. Myös summamuuttujat tiedon eri osa-alueilta tulostettiin. Väittämien asiaankuuluvuuksien tulkinnassa on joillain tiedon osa-alueilla yhdistetty vastauksien frekvenssejä, vastausten ”en tarvitse ollenkaan tietoa” ja ”tarvitsen jonkin verran tietoa” kesken sekä ”tarvitsen melko paljon tietoa” ja ”tarvitsen paljon tietoa” kesken, jotta on saatu erotettua vastauksista joitain selkeitä tuloksia.

Sisällönanalyysissä muodostetaan tutkittavasta ilmiöstä tiivistetty kuvaus sanallisesti ja etsitään tekstin merkityksiä. Siinä pyritään järjestämään aineisto tiiviiseen ja selkeään muotoon hukkaamatta sen informaatiota. Sisällönanalyysillä saadaan kerätty aineisto järjestetyksi johtopäätöksen tekoa varten. Teorialähtöisen eli deduktiivisen aineiston analyysin luokittelu perustuu aikaisempaan viitekehukseen. Ensimmäinen vaihe on analyysirungon muodostaminen eli aineistosta muodostetaan erilaisia luokituksia tai kategorioita induktiivisen eli aineistolähtöisen sisällönanalyysin periaatteita noudattaen. Analyysirungon ulkopuolelle jäävistä asioista muodostetaan uusia luokkia. Sisällönanalyysiin kuuluvat aineiston pelkistäminen, aineiston ryhmittely ja teoreettisten käsitteiden luominen. Kysymyksien vastaukset kirjoitetaan auki ja luetaan, jonka jälkeen etsitään pelkistettyjä ilmaisuja, jotka listataan. Näistä etsitään samankaltaisuuksia ja erilaisuuksia, sitten pelkistetyt ilmaukset yhdistetään ja muodostetaan alaluokkia. Alaluokat yhdistetään ja niistä

muodostetaan yläluokkia ja lopuksi yläluokat yhdistetään kokoavan käsitteen mukaan. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 103, 108, 113-114.) Avoimen kysymyksen vastaukset analysoitiin deduktiivisella sisällönanalyysillä. Avoimen kysymyksen vastaukset kirjoitettiin tietokoneella tekstiksi sanasta sanaan, jonka jälkeen tekstistä etsittiin tutkimuksen kannalta oleellinen informaatio. Ilmaisut ryhmiteltiin voimavaraistavan tiedon osa-alueiden mukaan, mikäli tämä onnistui ja annettiin ryhmille kokoavat käsitteet (Taulukko 1).

Taulukko 1. Esimerkki sisällönanalyysistä.

| Alkuperäinen ilmaus | Pelkistetty ilmaus | Alaluokka | Yläluokka | Kokoava käsite |
|--|------------------------------|------------------|--------------------------|-----------------------|
| Hoitajilla liian kiire, ystävällisyys puuttui monilta. | Kiire, ystävällisyys puuttui | Aikaa potilaalle | Kokemuksellinen osa-alue | Voimavaraistava tieto |

6 TULOKSET

Tutkimukseen vastasi yhteensä 68 potilasta, heistä 66 % (f=45) oli naisia ja 34 % (f=23) oli miehiä. Taulukosta 2 selviää kyselyyn vastanneiden ikä, se vaihteli 20–80 vuoden välillä, eniten vastaajia oli 51–65 vuotiaiden joukossa.

Taulukko 2. Potilaiden ikäjakauma prosentteina (n=68).

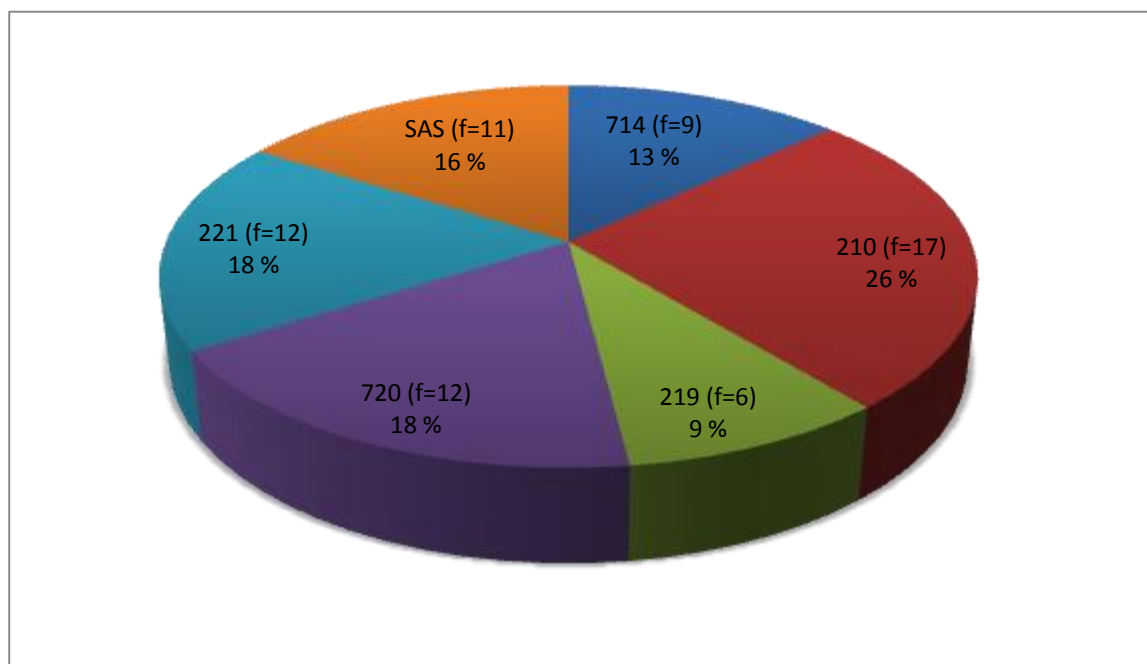
| Ikä | f | % |
|--------------|----|----|
| 20-35 vuotta | 15 | 22 |
| 36-50 vuotta | 18 | 27 |
| 51-65 vuotta | 27 | 40 |
| 66-80 vuotta | 8 | 11 |

Vastanneista 39 % (f=26) oli sairastanut sairauttaan vuoden verran tai sen alle. Heistä suurimmalla osalla sairaus oli juuri todettu kahden viikon sisällä ennen tutkimukseen vastaamista. Yleisin sairauden kesto aika oli alle viisi vuotta. Sairaalassaolo kokemus oli seitsemälle prosentille vastaajista ensimmäinen, loput 93 % olivat olleet aiemmin sairaalassa. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Sairauden kesto, minkä vuoksi potilaat ovat hoidossa (n=67).

| Sairauden kesto | f | % |
|-----------------|----|----|
| 0-1 vuotta | 26 | 39 |
| > 1-5 vuotta | 22 | 33 |
| > 5-10 vuotta | 12 | 18 |
| > 10 vuotta | 7 | 10 |

Eniten täytettyjä kyselylomakkeita (f=17) tuli osastolta 210. Sinne vietiin 20 kyselylomaketta, joten vastausprosentti oli tällä osastolla erittäin hyvä. Osastolta 219 tuli vähiten vastauksia (f=6), vaikka sinne vietiin 35 kyselylomaketta. (Kuvio 1.)



Kuvio 1. Vastausmäärät eri osastoilla (n=67).

Vastanneista suurimmalla osalla oli jokin muu sairaus tai syy, minkä vuoksi he olivat hoidossa, kuin taulukossa 4 mainitut sairaudet. Näitä olivat muun muassa neurologisen oireen syyn selvittäminen (f=10), muut yksittäiset syyt (f=8), jokin leikkaus (f=4), Parkinsonin tauti (f=3) ja pullistuma (f=3) (Taulukko 4).

Taulukko 4. Potilaan hoidossa olon syy (n=67).

| Sairaus | f | % |
|----------------------------|----|----|
| AVH | 4 | 6 |
| Aivovamma | 1 | 1 |
| Epilepsia | 2 | 3 |
| MS-tauti | 9 | 13 |
| Neurologinen kasvain | 5 | 8 |
| Valtimo- ja laskimosairaus | 18 | 27 |
| Muu | 28 | 42 |

6.1 SPTT-mittarin väittämien asiaankuuluvuus neurologisten potilaiden näkökulmasta

Biologis-fysiologisella osa-alueella kaivattiin paljon tietoa hoitoon liittyvistä komplikaatioista (f=39) ja niiden estämisestä (f=34). Myös muista tähän osa-alueeseen kuuluvista asioista haluttiin saada melko paljon tai paljon tietoa.

Hyvin harva vastanneista ei tarvinnut biologis-fysiologisella osa-alueella tietoa ollenkaan. Keskiarvot ovat jokaisen kysymyksen kohdalla yli kolmen, tämä tarkoittaa, että tietoa tältä osa-alueelta tarvitaan. Suurin keskiarvo on hoitoon liittyvien komplikaatioiden kohdalla 3,32, jossa tarvitaan tietoa jo paljon. (Taulukko 5.)

Taulukko 5. Biologis-fysiologisen osa-alueen väittämien asiaankuuluvuus.

| | en tarvitse tietoa ollenkaan f / % | tarvitsen jonkin verran tietoa f / % | tarvitsen melko paljon tietoa f / % | tarvitsen paljon tietoa f / % | KA SD |
|---|---------------------------------------|---|--|----------------------------------|--------------|
| Biologis-fysiologinen osa-alue (n=58) | | | | | 3,16 0,68 |
| Sairauteeni liittyvistä oireista (n=68) | 1 / 2 | 22 / 32 | 16 / 23 | 29 / 43 | 3,07 |
| Milloin minun on syytä ottaa yhteyttä hoitopaikkaan oireiden pahentuessa (n=64) | 3 / 5 | 17 / 26 | 19 / 30 | 25 / 39 | 3,03 |
| Minulle tehtävistä tutkimuksista (n=67) | 0 / 0 | 13 / 19 | 24 / 36 | 30 / 45 | 3,25 |
| Miten minun pitäisi valmistautua tutkimuksiin (n=67) | 3 / 5 | 18 / 27 | 19 / 28 | 27 / 40 | 3,04 |
| Miten saan tietoa tutkimuksen tuloksista (n=68) | 2 / 3 | 17 / 25 | 21 / 31 | 28 / 41 | 3,10 |
| Erilaisista hoitovaihtoehdoista (n=66) | 1 / 2 | 20 / 30 | 16 / 24 | 29 / 44 | 3,11 |
| Hoitooni liittyvistä mahdollisista komplikaatioista (n=68) | 3 / 4 | 11 / 16 | 15 / 22 | 39 / 58 | 3,32 |
| Miten voisin itse estää komplikaatioita (n=63) | 1 / 1 | 13 / 21 | 15 / 24 | 34 / 54 | 3,30 |

Toiminnallisella osa-alueella on selvästi enemmän sellaisia asioita, joista suurin osa vastanneista ei tarvitse lainkaan tietoa, kuten peseytyminen (f=23) ja apuvälineiden saanti (f=23). Useamman väittämän vastaukset jakautuvat kuitenkin melko tasaisesti neljän eri vastausvaihtoehdon kesken. Liikunnan

harjoittamisesta tarvitaan melko paljon tai paljon tietoa (f=42). Peseytymisestä ei tarvita tietoa ollenkaan tai jonkin verran (f=43). Keskiarvot ovat jokaisen väittämän kohdalla päälle kahden, joten tiedon tarvetta on melko paljon. Suurin keskiarvo on väittämän, ”millaista liikuntaa voin harjoittaa” kohdalla 2,74, joten tietoa tarvitaan melko paljon. (Taulukko 6.)

Taulukko 6. Toiminnallisen osa-alueen väittämien asiaankuuluvuus.

| | en tarvitse tietoa ollenkaan f / % | tarvitsen jonkin verran tietoa f / % | tarvitsen melko paljon tietoa f / % | tarvitsen paljon tietoa f / % | KA SD |
|---|---------------------------------------|---|--|----------------------------------|--------------|
| Toiminnallinen osa-alue (n=64) | | | | | 2,50 0,79 |
| Miten voin toimia yksilöllisesti henkilökohtaisten tarpeitteni hoitamiseksi sairaalassa/poliklinikalla (n=67) | 9 / 13 | 23 / 34 | 19 / 29 | 16 / 24 | 2,63 |
| Millaista liikuntaa voin harjoittaa (n=68) | 9 / 13 | 17 / 25 | 25 / 37 | 17 / 25 | 2,74 |
| Miten paljon minun tulee levätä (n=66) | 14 / 21 | 14 / 21 | 24 / 37 | 14 / 21 | 2,58 |
| Millainen on minulle soveltuva ruokavalio (n=67) | 16 / 24 | 21 / 31 | 20 / 30 | 10 / 15 | 2,36 |
| Milloin voin peseytyä (esim. mennä suihkuun) (n=68) | 23 / 34 | 20 / 29 | 14 / 21 | 11 / 16 | 2,19 |
| Miten sairaus tai hoito mahdollisesti vaikuttaa eritystoimintaani (esim. hikoiluun, virtsaamiseen) (n=67) | 13 / 19 | 18 / 27 | 23 / 35 | 13 / 19 | 2,54 |
| Mitä sairaus tai hoito mahdollisesti vaikuttaa kotona tapahtuviin järjestelyihin (esim. kotiapu) (n=68) | 19 / 28 | 19 / 28 | 14 / 21 | 16 / 23 | 2,40 |
| Mistä saan tarvitsemiani hoidon apuvälineitä (esim. liikkumiseen, haavan hoitoon, syömiseen) (n=67) | 23 / 34 | 14 / 21 | 13 / 20 | 17 / 25 | 2,36 |

Kokemuksellisella osa-alueella vastaajat eivät tarvitse tietoa laisinkaan aikaisempien sairaalakokemusten hyödyntämisestä (f=30). Sairauden ja sen hoidon aiheuttamista tunteista tarvitaan tietoa (f=58). Keskiarvot jakautuvat yli ja alle kahden. Suurin keskiarvo on väittämällä, ”minkälaisia tunteita sairauteni ja sen hoito mahdollisesti minulle aiheuttaa” 2,70, tietoa tarvitaan melko paljon tästä aiheesta. (Taulukko 7.)

Taulukko 7. Kokemuksellisen osa-alueen väittämien asiaankuuluvuus.

| | en tarvitse tietoa ollenkaan f / % | tarvitsen jonkin verran tietoa f / % | tarvitsen melko paljon tietoa f / % | tarvitsen paljon tietoa f / % | KA SD |
|--|---------------------------------------|---|--|----------------------------------|--------------|
| Kokemuksellinen osa-alue (n=63) | | | | | 2,36 0,91 |
| Minkälaisia tunteita sairauteni ja sen hoito mahdollisesti minulle aiheuttaa (n=67) | 9 / 13 | 21 / 31 | 18 / 27 | 19 / 29 | 2,70 |
| Kenen kanssa voin keskustella sairautteeni ja sen hoitoon liittyvistä tunteista (n=67) | 13 / 19 | 23 / 34 | 14 / 21 | 17 / 26 | 2,52 |
| Miten voin hyödyntää aikaisempia sairaalakokemuksiani nykyisessä hoidossa (n=64) | 30 / 47 | 15 / 23 | 14 / 22 | 5 / 8 | 1,91 |

Eettisellä osa-alueella kaivataan melko paljon tai paljon tietoa (f=45) omasta vastuusta hoidon onnistumisessa. Tietoa potilasasiamiehen toiminnasta ei tarvittu ollenkaan tai tarvittiin jonkin verran (f=42). Myöskään itseään koskevien tietojen salassa pysymisestä (f=44) ja tietojen antamisesta muille (f=41) ei tarvittu ollenkaan tietoa tai tarvittiin jonkin verran tietoa. Väittämien keskiarvot ovat yli kahden, suurin keskiarvo on väittämällä, ”mikä on oma vastuuni hoidon onnistumiseksi” 2,85. Tietoa tarvitaan näin ollen melko paljon. (Taulukko 8.)

Taulukko 8. Eettisen osa-alueen väittämien asiaankuuluvuus.

| | en tarvitse tietoa ollenkaan f / % | tarvitsen jonkin verran tietoa f / % | tarvitsen melko paljon tietoa f / % | tarvitsen paljon tietoa f / % | KA SD |
|--|---------------------------------------|---|--|----------------------------------|--------------|
| Eettinen osa-alue (n=62) | | | | | 2,44 0,81 |
| Miten voin osallistua hoitoani koskevaan päätöksentekoon (n=67) | 11 / 16 | 21 / 31 | 17 / 26 | 18 / 27 | 2,63 |
| Miten voin saada hoidon aikana omat toiveeni kuuluville (n=67) | 10 / 15 | 18 / 27 | 22 / 33 | 17 / 25 | 2,69 |
| Mitä oikeuksia minulla on sairaalassa (n=68) | 15 / 22 | 16 / 23 | 19 / 28 | 18 / 27 | 2,59 |
| Mikä on oma vastuuni hoidon onnistumiseksi (n=68) | 8 / 12 | 15 / 22 | 24 / 35 | 21 / 31 | 2,85 |
| Potilasasiamiehen toiminnasta (n=64) | 20 / 31 | 22 / 34 | 14 / 22 | 8 / 13 | 2,16 |
| Miten eri hoitooni osallistuvien ammattiryhmien vastualueet on määritelty (n=66) | 19 / 29 | 17 / 25 | 15 / 23 | 15 / 23 | 2,39 |
| Miten minua koskevat tiedot pysyvät salassa (n=66) | 27 / 41 | 17 / 25 | 11 / 17 | 11 / 17 | 2,09 |
| Kenelle minua koskevia tietoja annetaan (n=65) | 18 / 28 | 23 / 35 | 11 / 17 | 13 / 20 | 2,29 |
| Miten voin itse tutustua potilasasiakirjoihini (n=65) | 15 / 23 | 20 / 31 | 16 / 25 | 14 / 21 | 2,45 |

Sosiaalisyhteisöllisellä osa-alueella enemmistö vastaajista (f=41) ei tarvitse tietoa sairaalapapin tapaamisesta ja vastaajista (f=28) ei tarvitse tietoa potilasjärjestöistä. Läheisten osallistumisesta hoitoon (f=44) ja tukihenkilön saamisesta sairaalassa olon jälkeen (f=44) ei tarvita ollenkaan tietoa tai

tarvitaan jonkin verran tietoa. Väittämien keskiarvot jakautuvat tällä osa-alueella yli ja alle kahden. Suurin keskiarvo on väittämällä, ”keneltä läheiseni saavat tietoa sairauteeni ja sen hoitoon liittyvissä asioissa” 2,45, tietoa tarvitaan siis jonkin verran. (Taulukko 9.)

Taulukko 9. Sosiaalisyhteisöllisen osa-alueen väittämien asiaankuuluvuus.

| | en tarvitse tietoa ollenkaan f / % | tarvitsen jonkin verran tietoa f / % | tarvitsen melko paljon tietoa f / % | tarvitsen paljon tietoa f / % | KA SD |
|--|---------------------------------------|---|--|----------------------------------|--------------|
| Sosiaalisyhteisöllinen osa-alue (n=63) | | | | | 2,12 0,85 |
| Keneltä läheiseni saavat tietoa sairauteeni ja sen hoitoon liittyvissä asioissa (n=66) | 19 / 29 | 16 / 24 | 13 / 20 | 18 / 27 | 2,45 |
| Miten läheiseni voivat osallistua hoitooni (n=67) | 23 / 35 | 21 / 31 | 12 / 18 | 11 / 16 | 2,16 |
| Mistä saan halutessani tukihenkilön sairaalassa olon jälkeen (n=66) | 21 / 31 | 23 / 35 | 11 / 17 | 11 / 17 | 2,18 |
| Mistä saan mahdollisesti tarvittavan jatkohoitoapaikan (n=65) | 24 / 37 | 15 / 23 | 9 / 14 | 17 / 26 | 2,29 |
| Miten voin tavata sairaalapapin/-teologin (n=65) | 41 / 63 | 16 / 25 | 4 / 6 | 4 / 6 | 1,55 |
| Potilasjärjestöjen toiminnasta (n=66) | 28 / 42 | 17 / 26 | 16 / 24 | 5 / 8 | 1,97 |

Ekonomisella osa-alueella kaivataan melko paljon tai paljon tietoa kuntoutuksesta ja sen kustannuksista (f= 42). Sairauspäivärahoista (f=40), vakuutusasioista (f=41) ja sopeutumisvalmennuskursseista ja niiden kustannuksista (f=44) tarvitaan jonkin verran tai ei ollenkaan tietoa. Osa-alueen väittämien keskiarvot ovat yli kahden. Väittämällä, ”kuntoutuksesta ja siihen liittyvistä kustannuksista” 2,79 on suurin keskiarvo, mikä tarkoittaa, että tarvitaan paljon tietoa. (Taulukko 10.)

Taulukko 10. Ekonomisen osa-alueen väittämien asiaankuuluvuus.

| | en tarvitse tietoa ollenkaan f / % | tarvitsen jonkin verran tieto f / % | tarvitsen melko paljon tietoa f / % | tarvitsen paljon tietoa f / % | KA SD |
|---|---|---|---|--|--------------|
| Ekonominen osa-alue (n=64) | | | | | 2,40 0,94 |
| Kuntoutuksesta ja siihen liittyvistä kustannuksista (n=66) | 11 / 16 | 13 / 20 | 21 / 32 | 21 / 32 | 2,79 |
| Sairauspäivärahoista (n=67) | 24 / 36 | 16 / 24 | 13 / 19 | 14 / 21 | 2,25 |
| Vakuutusasioista (n=65) | 27 / 42 | 14 / 22 | 12 / 18 | 12 / 18 | 2,14 |
| Sopeutumisvalmennuskursseista ja niiden kustannuksista (n=67) | 28 / 42 | 16 / 24 | 11 / 16 | 12 / 18 | 2,10 |
| Jatkohoidon tai kotona tapahtuvan hoidon kustannuksista (n=67) | 21 / 32 | 15 / 22 | 15 / 22 | 16 / 24 | 2,39 |
| Lääkehoidon kustannuksista (n= 67) | 19 / 28 | 12 / 18 | 17 / 26 | 19 / 28 | 2,54 |

6.2 SPTT-mittarin väittämien selkeys neurologisten potilaiden näkökulmasta

Biologis-fysiologisella osa-alueella kaikki väittämät ovat vastaajista suurimman osan mielestä selkeitä (Taulukko 11).

Taulukko 11. Biologis-fysiologisen osa-alueen väittämien selkeys.

| | ei selkeä f / % | selkeä f / % |
|---|--------------------|-----------------|
| Biologis-fysiologinen osa-alue | | |
| Sairauteeni liittyvistä oireista (n=59) | 11 / 19 | 48 / 81 |
| Milloin minun on syytä ottaa yhteyttä hoitopaikkaan oireiden pahentuessa (n=56) | 9 / 16 | 47 / 84 |
| Minulle tehtävistä tutkimuksista (n=55) | 8 / 14 | 47 / 86 |
| Miten minun pitäisi valmistautua tutkimuksiin (n=58) | 5 / 9 | 53 / 91 |
| Miten saan tietoa tutkimuksen tuloksista (n=59) | 9 / 15 | 50 / 85 |
| Erlaisista hoitovaihtoehdoista (n=57) | 8 / 14 | 49 / 86 |
| Hoitooni liittyvistä mahdollisista komplikaatioista (n=56) | 10 / 18 | 46 / 82 |
| Miten voisin itse estää komplikaatioita (n=56) | 8 / 14 | 48 / 86 |

Toiminnallisella osa-alueella väittäjä, toimiminen henkilökohtaisten tarpeiden hoitamiseksi sairaalassa/poliklinikalla ei ollut 18 vastanneen mielestä selkeä. Muuten väittämät koettiin suurimmilta osin selkeiksi. (Taulukko 12.)

Taulukko 12. Toiminnallisen osa-alueen väittämien selkeys.

| | ei selkeä f / % | selkeä f / % |
|---|--------------------|-----------------|
| Toiminnallinen osa-alue | | |
| Miten voin toimia yksilöllisesti henkilökohtaisten tarpeitteni hoitamiseksi sairaalassa/poliklinikalla (n=56) | 18 / 32 | 38 / 68 |
| Millaista liikuntaa voin harjoittaa (n=58) | 3 / 5 | 55 / 95 |
| Miten paljon minun tulee levätä (n=57) | 4 / 7 | 53 / 93 |
| Millainen on minulle soveltuva ruokavalio (n=57) | 7 / 12 | 50 / 88 |
| Milloin voin peseytyä (esim. mennä suihkuun) (n=58) | 4 / 7 | 54 / 93 |
| Miten sairaus tai hoito mahdollisesti vaikuttaa erityistoimintaani (esim. hikoiluun, virtsaamiseen) (n=57) | 9 / 16 | 48 / 84 |
| Mitä sairaus tai hoito mahdollisesti vaikuttaa kotona tapahtuviin järjestelyihin (esim. kotiapu) (n=58) | 9 / 15 | 49 / 85 |
| Mistä saan tarvitsemiani hoidon apuvälineitä (esim. liikkumiseen, haavan hoitoon, syömiseen) (n=58) | 6 / 10 | 52 / 90 |

Kokemuksellisella osa-alueella vastaajista 47 ja 48 koki kokemuksellisen osa-alueen kaikki kolme väittämää selkeiksi. Harva vastanneista piti väittämiä epäselvinä. (Taulukko 13.)

Taulukko 13. Kokemuksellisen osa-alueen väittämien selkeys.

| | ei selkeä f / % | selkeä f / % |
|--|--------------------|-----------------|
| Kokemuksellinen osa-alue | | |
| Minkälaisia tunteita sairauteni ja sen hoito mahdollisesti minulle aiheuttaa (n=58) | 11 / 19 | 47 / 81 |
| Kenen kanssa voin keskustella sairauteni ja sen hoitoon liittyvistä tunteista (n=56) | 9 / 16 | 47 / 84 |
| Miten voin hyödyntää aikaisempia sairaalakokemuksiani nykyisessä hoidossa (n=54) | 6 / 11 | 48 / 89 |

Eettisellä osa-alueella väittämä potilaan oikeuksista sairaalassa ei ollut selkeää 13 vastanneen mielestä. Potilasasiamiehen toimintaa koskeva väittämä ei ollut selkeää 16 vastaajan mielestä. Myös hoitoon osallistuvien ammattiryhmien vastuualueiden määrittelyä koskeva väittämä oli epäselvä 17 vastaajan mielestä ja 18 vastaajan mielestä väittämä potilasasiakirjoihin tutustumisesta ei ollut selkeää. (Taulukko 14.)

Taulukko 14. Eettisen osa-alueen väittämien selkeys.

| | ei selkeää f / % | selkeää f / % |
|---|---------------------|------------------|
| Eettinen osa-alue | | |
| Miten voin osallistua hoitoani koskevaan päätöksentekoon (n=55) | 8 / 14 | 47 / 86 |
| Miten voin saada hoidon aikana omat toiveeni kuuluville (n=55) | 11 / 20 | 44 / 80 |
| Mitä oikeuksia minulla on sairaalassa (n=54) | 13 / 24 | 41 / 76 |
| Mikä on oma vastuuni hoidon onnistumiseksi (n=54) | 9 / 17 | 45 / 83 |
| Potilasasiamiehen toiminnasta (n=52) | 16 / 31 | 36 / 69 |
| Miten eri hoitooni osallistuvien ammattiryhmien vastuualueet on määritelty (n=53) | 17 / 32 | 36 / 68 |
| Miten minua koskevat tiedot pysyvät salassa (n=54) | 9 / 17 | 45 / 83 |
| Kenelle minua koskevia tietoja annetaan (n=55) | 8 / 14 | 47 / 86 |
| Miten voin itse tutustua potilasasiakirjoihini (n=53) | 18 / 34 | 35 / 66 |

Sosiaalisyhteisöllisellä osa-alueella tukihenkilön saaminen haluttaessa sairaalassa olon jälkeen ei ollut 13 vastaajan mielestä selkeää väittämä, eikä myöskään mahdollisesti tarvittavan jatkohoitopaikan saaminen ollut selkeää väittämä 12 vastaajan mielestä (Taulukko 15).

Taulukko 15. Sosiaalisyhteisöllisen osa-alueen väittämien selkeys.

| | ei selkeä f / % | selkeä f / % |
|--|--------------------|-----------------|
| Sosiaalisyhteisöllinen osa-alue | | |
| Keneltä läheiseni saavat tietoa sairauteeni ja sen hoitoon liittyvissä asioissa (n=53) | 11 / 21 | 42 / 79 |
| Miten läheiseni voivat osallistua hoitooni (n=53) | 8 / 15 | 45 / 85 |
| Mistä saan halutessani tukihenkilön sairaalassa olon jälkeen (n=53) | 13 / 24 | 40 / 76 |
| Mistä saan mahdollisesti tarvittavan jatkohoitopaikan (n=54) | 12 / 22 | 42 / 78 |
| Miten voin tavata sairaalapapin/-teologin (n=53) | 7 / 13 | 46 / 87 |
| Potilasjärjestöjen toiminnasta (n=52) | 11 / 21 | 41 / 79 |

Ekonomisen osa-alueen väittämät ovat epäselvempiä vastaajille kuin muiden osa-alueiden väittämät. Väittämä ”kuntoutuksesta ja siihen liittyvistä kustannuksista” ei ole selkeä 15 vastaajan mielestä. Väittämät ”sairauspäivärahoista” ja ”sopeutumisvalmennuskursseista ja niiden kustannuksista” eivät olleet selkeitä 14 vastaajan mielestä. Jatkohoidon tai kotona tapahtuvan hoidon kustannuksia koskeva väittämä ei ollut selkeä 12 vastanneen mielestä. Väittämää ”vakuutusasioista” piti 11 vastaajaa epäselvänä. (Taulukko 16.)

Taulukko 16. Ekonomisen osa-alueen väittämien selkeys.

| | ei selkeä f / % | selkeä f / % |
|--|--------------------|-----------------|
| Ekonominen osa-alue | | |
| Kuntoutuksesta ja siihen liittyvistä kustannuksista (n=52) | 15 / 29 | 37 / 71 |
| Sairauspäivärahoista (n=54) | 14 / 26 | 40 / 74 |
| Vakuutusasioista (n=53) | 11 / 21 | 42 / 79 |
| Sopeutumisvalmennuskursseista ja niiden kustannuksista (n=54) | 14 / 26 | 40 / 74 |
| Jatkohoidon tai kotona tapahtuvan hoidon kustannuksista (n=53) | 12 / 23 | 41 / 77 |
| Lääkehoidon kustannuksista (n= 53) | 10 / 19 | 43 / 81 |

6.3 Neurologisten potilaiden kehitysehdotuksia SPTT-mittarille

Avoimeen kysymykseen tuli 16 vastausta. Näistä yhdeksässä ei ollut parannusehdotuksia mittarille, vaan sitä pidettiin kattavana ja monipuolisena.

”Aika kattavasti kysymykset esitetty. Ei tule mieleen lisäyksiä.”

”En valitettavasti keksi mitään. Lista oli varsin kattava.”

Vastaukset saatiin ryhmiteltyä ja kokoaviksi käsitteiksi nousivat mittarin kehitys ja voimavaraistava tieto. Mittarin kehityksestä oli vain yksi lausuma koskien kysymysten järjestystä. Voimavaraistavan tiedon yläkategorioihin kuuluvat biologis-fysiologinen osa-alue, josta nousi esille se, että oikea potilas saa oikean tiedon. Kokemuksellinen osa-alue, jossa ehdotetaan lisättäväksi väittämiä potilaan tukemiseen, hoitajien potilaille antamaan aikaan ja ystävällisyyteen liittyen. Toiminnallinen osa-alue, jossa kaivattaisiin enemmän päiväkohtaista tietoa. (Taulukko 17.)

Taulukko 17. Avoimen kysymyksen vastaukset ryhmiteltyinä.

| Alkuperäinen ilmaus | Pelkistetty ilmaus | Alaluokka | Yläluokka | Kokoava käsite |
|---|--|----------------------|--|-------------------------------|
| "Asiat tärkeys järjestykseen." | Tärkeys järjestys. | Järjestys | Kysymysten järjestys | Mittarin kehitys |
| "Hoitajilla liian kiire, ystävällisyys puuttui monilta." | Kiire, ystävällisyys puuttui. | Aikaa potilaalle | Kokemuksellinen osa-alue | Voima- varaistava tieto |
| "Henkinen tuki olisi tarpeen, siinä vaiheessa kun on valmistautunut toimenpiteeseen eikä sitten jostain syystä pääsekään." | Henkinen tuki. | Tukeminen | | |
| "Hoitohenkilökunnan oma-aloitteinen neuvonta ja vastuunotto potilaasta. Ystävällisyys ja ihmisen kohtaamisen taito, ammattitaito ja tietoisuuden välittäminen." | Ohjaus ja vastuu potilaasta. Ystävällisyys ja kohtaaminen. Ammattitaito. | Potilaan kohtaaminen | | |
| "Tärkeätä saada juuri oikeata tietoa oikealle potilaalle juuri hänen sairaudestaan." | Oikea tieto oikealle potilaalle. | Tiedon kohdistaminen | Biologis- fysiologinen osa- alue | |
| "Enemmän päiväkohtaista tietoa." | Päiväkohtainen tieto. | Päiväjärjestys | Toiminnallinen osa-alue | |

7 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Tutkimus tulee tehdä rehellisesti, puolueettomasti ja aiheuttamatta haittaa vastaajille (Heikkilä 2008, 29). Tutkimusaineiston keruussa on huomioitava tutkimukseen osallistuvien ihmisten oikeudet ja kohtelu. Heitä kohdellaan rehellisesti ja kunnioittavasti. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 290.) Tutkimukseen vastaavalle on taattava anonymiteetti ja annettava riittävästi tietoa tutkimuksesta ja siihen vastaamisesta (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 29). Tietoja kerätessä vastaajille tulee kertoa tutkimuksen tarkoitus ja käyttötapa (Heikkilä 2008, 31). Vastaaminen on vapaaehtoista ja tutkimukseen osallistuville annetaan mahdollisuus kieltäytyä ja keskeyttää tutkimus halutessaan (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 290; Vehviläinen-Julkunen, 1997, 27). Tulokset tulee raportoida niin, ettei vastaajien yksityisyyttä vaaranneta (Heikkilä 2008, 32).

Ihmistä tutkittaessa eettisyys korostuu ja on esillä koko tutkimuksen teon ajan. Kyselylomakkeen mukana olleessa saatekirjeessä kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta, osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja tulosten käsittelyn luottamuksellisuudesta. Potilaan oikeus keskeyttää tutkimus täyttyi, koska potilaat täyttivät kyselylomakkeen itsenäisesti ja näin ollen heillä oli mahdollisuus olla vastaamatta kyselyyn, tästä kerrottiin myös saatekirjeessä. Lisäksi kerrottiin, että tutkimuksesta kieltäytyminen ei vaikuta mitenkään heidän saamaansa hoitoon. Täytettyjen lomakkeiden kerrottiin olevan vain tutkimuksen tekijän käytössä ja, että ne hävitetään asianmukaisesti tutkimuksen päätyttyä. Vastaaminen tapahtui nimettömästi, mikä takasi vastaajien anonymiteetin säilymisen eikä yksittäistä henkilöä voi tunnistaa tuloksista. Vastaaja sulki itse vastauksensa kirjekuoreen, joten hoitohenkilökunta ei nähnyt vastauksia. Vastauskuoret avasi tutkimuksen tekijä. Tutkimuksen tekijän ja hänen ohjaajiensa yhteystiedot olivat saatekirjeessä, joten tutkimukseen osallistujalla oli mahdollisuus saada tutkimuksesta lisätietoja. Osastojen henkilökuntaa oli ohjattu ennen tutkimuksen aloitusta siitä, kuinka aineistonkeruu suoritetaan.

Tutkimuksen eettisiin periaatteisiin kuuluu, että tutkimus ei saa vahingoittaa fyysisesti, psyykkisesti tai sosiaalisesti tutkittavaa ja tutkimuksesta saatavan hyödyn on oltava suurempi kuin siitä aiheutuvan haitan (Vehviläinen-Julkunen 1997, 27). Tutkimukseen saatiin tutkimuslupa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriltä. Tutkimuksen tavoitteena oli kehittää tiedon tarve mittaria neurotoimialueen potilaiden tarpeita vastaavaksi ja tuloksia käytetään heidän tiedonsaantimahdollisuuksiensa parantamiseen eli tarkoituksena on edistää tutkittavien etua. Tutkimuksesta aiheutuva haitta liittyi lähinnä kyselylomakkeen täyttämisen aiheuttamaan vaivaan, sillä kysytyjen asioiden ei pitänyt olla tutkittavien kannalta arkaluontoisia tai aiheuttaa epämiellyttäviä kokemuksia.

Tulokset raportoidaan avoimesti ja rehellisesti tutkittavien tietosuoja huomioiden (Vehviläinen-Julkunen 1997, 31). Tutkimusraportissa esitetään kaikki tärkeät tulokset ja johtopäätökset. Kerrotaan käytetyt menetelmät ja epätarkkuusriskit sekä niiden vaikutus tuloksien yleistettävyyteen yritetään selvittää. (Heikkilä 2008, 32.) Aineisto analysoitiin objektiivisesti. Tutkimusaineisto säilytettiin tutkimuksen tekijällä siihen asti, kunnes työ oli valmis. Tämän jälkeen aineisto hävitettiin asianmukaisesti.

Edellytys luotettavuudelle on, että tutkimus on tehty tieteelliselle tutkimukselle asetettujen kriteerien mukaan. Tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttavat muun muassa tutkittuun potilasjoukkoon liittyvät asiat, kyselylomakkeen ominaisuudet ja aineiston käsittelyyn ja analyysiin liittyvät tekijät. (Heikkilä 2008, 185). Potilaat olivat vastaushetkellä olleet hoidossa tai tutkimuksessa, joten muistikuvat ohjauksesta ja sen sisällöstä olivat hyvin tiedossa tutkimukseen vastattaessa.

Kvantitatiivisen tutkimuksen avulla selvitetään lukumääriin ja prosenttiosuuksiin liittyviä kysymyksiä (Heikkilä 2008, 16). Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa keskeistä on mittarin validiteetin ja reliabiliteetin tarkastelu. Tutkimustulokset ovat niin luotettavia kuin siinä käytetyt mittarit. Mittarin esitutkimuksella on tärkeä rooli sen validiteetin arvioinnissa. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 206). Validiteetilla tarkoitetaan pätevyyttä eli

mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata sitä, mitä sillä on tarkoituskin mitata (Hirsjärvi ym. 2007, 226). Tällä tarkoitetaan, että systemaattinen virhe puuttuu. Validilla mittarilla tehdyt tutkimukset ovat keskimäärin oikeita. Validius on varmistettava etukäteen huolellisella suunnittelulla ja harkitulla tiedonkeruulla. (Heikkilä 2008, 29-30.) Kyselytutkimuksessa siihen vaikuttaa, miten onnistuneita kysymykset ovat ja saadaanko niiden avulla vastaus tutkimusongelmaan (Heikkilä 2008, 186). Validin tutkimuksen toteutumista edesauttavat myös perusjoukon tarkka määrittely, edustavan otoksen saaminen ja korkea vastausprosentti (Heikkilä 2008, 30). Tutkimuksen aineiston keräämisessä käytettiin potilasohjauksen mittaamiseen kehitettyä kyselylomaketta, jota oli aiemmin käytetty, mikä lisää tutkimuksen luotettavuutta. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli juuri testata mittaria, jotta saadaan selville sen puutteet ja kehittää sitä saatujen vastausten pohjalta vastaamaan paremmin neurologisten potilaiden tarpeisiin. Perusjoukko oli määritelty hyvin, mutta kaikilla osastoilla ei ollut perusjoukkoon varsinaisesti kuuluvia potilaita ja osa ei huonon kuntonsa vuoksi pystynyt vastaamaan. Osastojen henkilökuntaa pitäisi saada paremmin motivoituneiksi jakamaan lomakkeita potilaille, sillä täytettyjä lomakkeita olisi varmasti ollut enemmän, mikäli hoitajat olisivat muistaneet antaa aktiivisemmin lomakkeita potilaille. Vastausprosentti jäi tässä tutkimuksessa melko pieneksi, mikä heikentää tutkimuksen luotettavuutta.

Reliabiliteetti on osa validiteettia. Reliabiliteetilla tarkoitetaan tutkimustulosten toistettavuutta ja tulosten tarkkuutta. (Sarajärvi & Tuomi 2009, 136.) Tutkimuksen reliabelius tarkoittaa siis, kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia (Hirsjärvi ym. 2007, 226). Aineistoa kerätessä, syötettäessä, käsiteltäessä ja tulkittaessa, tapahtuneet satunnaisvirheet alentavat reliabiliteettia (Heikkilä 2008, 30). Mittarin reliabiliteettia parantavat esitestaus, hyvät ohjeet kyselylomakkeen täyttämistä, kysymysten selkeys ja virhetekijöiden minimointi. Mittauksen virhetekijöitä voivat olla mittausaika, väsymys, kiire, kysymysten suuri määrä, kysymysten järjestys ja niiden ymmärrettävyys sekä vastaustilanteeseen liittyvät ympäristötekijät. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 210.) Tulosten tarkkuus riippuu otoksen koosta

tiettyyn rajaan asti. Mitä pienempi otos, sitä sattumanvaraisempia tuloksia saadaan. (Heikkilä 2008, 187.) Aineiston virheiden minimoimiseksi reliabiliteettia pyrittiin parantamaan panostamalla aineistonkeruun huolelliseen toteuttamiseen. Aineistonkeruu vaiheessa henkilökuntaa ohjattiin jakamaan kyselylomakkeet potilaille, jotka täyttävät kriteerit. Aineiston tallennus suoritettiin huolellisesti ja tarkistettiin kokonaisuudessaan tallennuksen jälkeen. Mittausaika olisi voinut olla pidempi, koska mittausaikana ei välttämättä ollut riittävästi perusjoukkoon kuuluvia potilaita, jotka olisivat pystyneet vastaamaan kyselyyn.

Strukturoituihin eli suljettuihin kysymyksiin liittyy haittoja, kuten vastaukset voidaan antaa harkitsematta ja jokin vaihtoehto saattaa puuttua. Etuna on kuitenkin vastaamisen nopeus. (Heikkilä 2008, 51.) Potilaiden vastauksiin saattaa vaikuttaa se, että he antavat vastauksia, joita he olettavat heiltä haluttavan (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 211). Potilaan hoidosta tai kotiutuksesta vastaava hoitaja jakoi potilaille kyselylomakkeet kotiutumista edeltävänä tai kotiutumispäivänä ja potilaat palauttivat kyselylomakkeet kirjekuoreen suljettuna hoitajalle ennen kotiutumistaan. Henkilökuntaa ohjeistettiin jakamaan lomakkeet niin, ettei vastaaminen jäänyt kotiutumishetkeen, koska potilaalla on silloin paljon muitakin asioita mielessään. Potilaille pyrittiin antamaan aikaa lomakkeen täyttämiseen, niin ettei se sijoittuisi kotiinlähtötilanteeseen, jolloin muut tekijät, kuten kiire ja kotiutumiseen liittyvät muut asiat häiritsisivät kyselylomakkeeseen vastaamista. Tällä pyrittiin minimoimaan erilaiset mittaukseen liittyvät virhetekijät, joita kyselylomakkeeseen vastaamiseen saattaisi liittyä. Kyselylomakkeet palautuivat tutkimuksen tekijälle suunnitellusti. Vastauslomakkeet toimitettiin tutkimuksen tekijälle suljettuina kirjekuorissa, joten ketään ulkopuolinen ei nähnyt vastauksia.

Kvalitatiivisessa tutkimuksessa käytetään usein avoimia kysymyksiä, joiden vastaukset saattavat tuoda uusia näkökantoja tai parannusehdotuksia (Heikkilä 2008, 50). Kvalitatiivinen tutkimus auttaa ymmärtämään tutkimuskohdetta ja selittämään sen käyttäytymistä ja päätösten syitä (Heikkilä 2008, 16). Avoimella

kysymyksellä pyrittiin saamaan tietoon mahdolliset mittarin puutteet ja parannusehdotukset.

Vastausprosentin suuruuteen vaikuttavat tutkimuksen kohderyhmä, tutkimuksen aihe, kysymysten määrä, lomakkeen ulkoasu ja kuinka saatekirjeellä on saatu vastaaja motivoitua (Heikkilä 2008, 66). Kohderyhmä oli laaja-alainen ja joillakin osastoilla huonokuntoinen, vaikuttaen yhtenä tekijänä matalaan vastausprosenttiin. Vastausprosenttia pienensi varmasti myös se, että kysymyksiä oli 47 kappaletta, joista 40 kappaletta oli kaksiosaisia.

8 POHDINTA

Sairaalapotilaan tiedon tarve SPTT -mittarin testausta kuvaava tutkimus toteutettiin yhden sairaanhoitopiirin alueella seitsemällä neurologisella osastolla. Tutkimusmenetelmänä strukturoitu kysely SPTT (© Leino-Kilpi, Salanterä, Hölttä 2003) -mittaria käyttäen onnistui kohtalaisesti. Vastausprosentti oli 42,5 % (n=68).

Tuloksissa tulee esille, että naiset ovat aktiivisempia vastaamaan kyselyyn kuin miehet. Vastajia oli eniten 51–65 vuotiaiden joukossa. Aktiivisimpia vastaajat olivat osastolla 210, jossa 20 lomakkeesta täytettiin 17 kappaletta. Osastolta 219 tuli vain 6 täytettyä lomaketta 35 kappaleesta. Tämä johtunee siitä, että osastolla oli kirurgisia potilaita, jotka eivät kokeneet itseään neurologiseksi potilaiksi ja kysymyslomakkeessa luki neurologinen potilas. Myös potilaiden huonokunto vaikutti vastausmääriin osastoilla.

Biologis-fysiologiselta osa-alueelta potilaat tarvitsevat paljon tietoa hoitoon liittyvistä komplikaatioista ja niiden estämisestä. Vastaus on samansuuntainen kuin Heleniuksen ym. (1996) tutkimuksessa. Potilaat kokivat saaneensa riittämättömästi tietoa sivuvaikutuksista ja hoitoon liittyvistä ongelmista Ahosen ym. (2003) tutkimuksessa ja tämän tutkimuksen tulos tukee tulosta, siitä että tietoa tarvitaan. Myös muut biologis-fysiologisen osa-alueen väittämät koetaan tärkeiksi ja niistä tarvitaan tietoa. Laukan ym. (2005) tutkimuksessa todetaan, että potilaat pitivät erittäin tärkeänä tietoa sairaudestaan, tämä tutkimus tukee tulosta. Biologis-fysiologiselta osa-alueelta saatava tieto on potilaille tärkeää. Väittämistä ei vastausten perusteella noussut esiin selvästi epäselvää väittämää, sillä vain harvat pitivät väittämiä epäselvinä. Neurologiset potilaat ehdottavat mittarissa huomioitavan, että oikea potilas saa oikean tiedon.

Toiminnallisella osa-alueella tulee esille, että suurin osa potilaista ei tarvitse lainkaan tietoa muun muassa peseytymisestä ja apuvälineiden saannista. Johtuen ilmeisesti siitä, että peseytyminen kuuluu jokaisen päivittäisiin toimintoihin ja sairaus ei pahemmin sitä rajoita. Apuvälineiden saanti voi olla jo ennestään tuttua ja siksi siitä ei kaivata tietoa. Vaihtoehtoisesti voi olla niin, että

tarvetta apuvälineelle ei tällä hetkellä ole ja koetaan, ettei tietoa sen vuoksi tarvita. Liikunnan harjoittamisesta tarvitaan paljon tietoa. Laukan ym. (2005) tutkimuksessa tulee esille samansuuntaisia asioita, kuten potilaat haluavat tietoa enemmän elämäntapojen hallinnasta sairauden hoidossa. Väittämää ”Miten voin toimia yksilöllisesti henkilökohtaisten tarpeitteni hoitamiseksi sairaalassa/poliklinikalla” pidettiin selvästi epäselvänä. Muut toiminnallisen osa-alueen väittämät olivat suurimman osan mielestä selkeitä. Neurologiset potilaat kaipaavat mittarissa huomioitavan, että potilaat saisivat enemmän päiväkohtaista tietoa.

Kokemuksellisella osa-alueella vastaajista puolet eivät tarvitse tietoa laisinkaan aikaisempien sairaalakokemusten hyödyntämisestä. Sairauden ja sen hoidon aiheuttamista tunteista tarvitaan tietoa, tätä tukee Backmanin ym. (2007) tutkimus, jossa halutaan ohjauksen sisältävän enemmän tunteiden käsittelyä. Ahosen ym. (2003) tutkimuksessa tuli esille, että kokemukselliselta osa-alueelta saatua tietoa pidettiin riittämättömänä. Tässä tutkimuksessa se ei kuitenkaan noussut niin vahvasti esille kuin vain yhdessä kolmesta kokemuksellisen osa-alueen väittämistä. Väittämistä ei noussut esiin selvästi epäselvää väittämää, sillä vain harvat vastaajista pitivät väittämiä epäselvinä. Neurologiset potilaat ehdottavat mittariin lisättävän väittämiä koskien potilaan tukemista, potilaan hoitajalta saamaa aikaa ja ystävällisyyttä.

Eettisellä osa-alueella kaivataan tietoa potilaan omasta vastuusta hoidon onnistumisessa. Tietoa potilasasiamiehen toiminnasta tarvitaan melko vähän. Ilmeisesti potilaat kokevat, etteivät tarvitse potilasasiamiehen palveluita, eivätkä sen vuoksi tarvitse sen toiminnasta tietoa. Kaikille vastaajista väittämän tarkoitus ei ole ihan selvä, sillä se koetaan jonkin verran epäselväksi. Itseään koskevien tietojen salassa pysymisestä ja tietojen antamisesta muille kaivataan vähän tietoa. Riittämättömänä pidettiin eettiseltä osa-alueelta saatua tietoa Ahosen ym. (2003) tutkimuksessa. Tässä tutkimuksessa ei kuitenkaan tule esille kovin suurta tiedon tarvetta eettisellä osa-alueella. Väittämistä nousi esiin muutama hieman muita epäselvempi väittämä. Nämä olivat, ”mitä oikeuksia minulla on sairaalassa”, ”potilasasiamiehen toiminnasta”, ”miten eri hoitoon

osallistuvien ammattiryhmien vastualueet on määritelty” ja ”miten voin itse tutustua potilasasiakirjoihini”.

Sosiaalisyhteisöllisellä osa-alueella vastaajat eivät tarvitse tietoa sairaalapidin tapaamisesta, eivätkä kovin paljon tietoa potilasjärjestöistä. Läheisten osallistumisesta hoitoon ja tukihenkilön saamisesta sairaalassa olon jälkeen tarvitaan hyvin vähän tietoa. Väittämistä löytyi kaksi hieman muita epäselvempää väittämää, ”mistä saan halutessani tukihenkilön sairaalassa olon jälkeen” ja ”mistä saan mahdollisesti tarvittavan jatkohoitopaikan”.

Ekonomisella osa-alueella kaivataan tietoa kuntoutuksesta ja sen kustannuksista. Kuntoutuksen edistämisestä saatavaa tietoa pidettiin tärkeänä Heleniuksen ym. (1996) tutkimuksessa. Sairauspäivärahoista, vakuutusasioista ja sopeutumisvalmennuskursseista ja niiden kustannuksista tarvitaan vain vähän tietoa. Väittämissä on selvästi enemmän epäselvempiä väittämiä kuin muilla osa-alueilla, mutta silti epäselvyysprosentit eivät ole kovin suuria.

Tämän opinnäytetyön tulosten perusteella voidaan todeta, että vastausten perusteella ei kovin selvästi tule esille asiaankuulumattomia tai epäselviä väittämiä. Eniten tietoa neurologiset potilaat haluavat biologis-fysiologiselta osa-alueelta ja vähiten eettiseltä osa-alueelta. Biologis-fysiologisella osa-alueella on myös suurin summamuuttuja arvo, mikä tarkoittaa, että tietoa tarvitaan tältä osa-alueelta eniten. Sosiaalisyhteisöllisellä osa-alueella on pienin summamuuttuja arvo eli tältä osa-alueelta ei kokonaisuudessaan kaivata niin paljon tietoa kuin muilta osa-alueilta. Eettisellä ja ekonomisella osa-alueella on eniten epäselviä väittämiä neurologisten potilaiden näkökulmasta, vaikka epäselvyysprosentit eivät ole kovin suuria. Tulosten perusteella tiedon tarve mittarin kehityksessä voisi kiinnittää huomiota tiedon osa-alueisiin, joissa potilaat kokivat eniten epäselvyyttä ja asiaankuulumattomuutta ja pyrkiä kehittämään niitä siltä osin kuin mahdollista. Mittarin kehittämissuhteissa nousi esille myös väittämien järjestäminen tärkeysjärjestykseen kyselylomakkeessa.

Osastojen henkilökuntaa pitäisi saada motivoitumaan paremmin kyselylomakkeiden jakamiseen potilaille, jotta saataisiin mahdollisimman paljon vastauksia. Olisi hyvä jos sairaaloiden ylihoitajat informoisivat osastojen henkilökuntaa tulevista osastoilla tapahtuvista tutkimuksista, koska osastoilla ei ollut mitään tietoa, että tällaista tutkimusta tullaan tekemään. Se voisi jo lisätä aktiivisuutta ja tehostaa kyselylomakkeiden jakoa potilaille.

Kyselylomake itsessään tässä tutkimuksessa oli melko pitkä, sisältäen kaikki väittämät kahteen kertaan sekä taustakysymykset. Osassa kyselylomakkeita vastauksia oli jätetty tyhjiksi, johtuen ilmeisesti vastaamisinnon lopahtamisesta. Nyt käytetty mittari on vasta kehittelyvaiheessa eikä lopullisessa mittarissa ole väittämät kuin yhteen kertaan. Väittämien määrä 40 on silti aika paljon kun ajattelee, että potilaat voivat olla huonokuntoisia. Mittaria pitänee saada yksinkertaisemmaksi, jotta sen käyttö ohjauksen apuvälineenä osastojen arjessa olisi helppoa ja kätevää.

Neurologiset osastot olisi hyvä määritellä jatkossa tarkemmin tehtäessä tämänkaltaisia tutkimuksia. Näin ollen vältyttäisiin jakamasta kyselylomakkeita potilaille jotka eivät ole neurologisia, mutta ovat kuitenkin hoidossa neurologisella osastolla. Potilaskriteereitä tulisi myös selventää esimerkiksi lisäämällä neurologinen potilas yhdeksi potilaskriteeriksi.

Jatkossa olisi mielenkiintoista selvittää, toimiiko tiedon tarve mittari käytännössä ohjauksen apuvälineenä potilasohjauksessa sekä potilaiden että hoitajien näkökulmasta. Tiedon tarve mittari olisi hyvä testata vielä mahdollisten parannusten jälkeen laajemmassa mittakaavassa ennen sen käyttöönottoa ohjauksen apuvälineenä.

LÄHTEET

- Ahn, J.S.; Choi-Kwon, S.; Kim, J.S.; Kwon, S.U.; Lee, S.K. & Park, H.A. 2005. What stroke patients want to know and what medical professionals think they should know about stroke: Korean perspectives. *Patient Education and Counseling* Vol. 56, 85–92.
- Ahonen, P.; Elomaa, L.; Johansson, K.; Lehtikunnas, T.; Leino-Kilpi, H.; Salanterä, S. & Salmela, M. 2003. Need for change in patient education: a Finnish survey from the patient's perspective. *Patient Education and Counseling* Vol. 51 No. 3, 239-245.
- Aikuisiän aivovammat. 2003. Käypä hoito –suositus. Duodecim. Viitattu 22.2.2011. <http://www.kaypahoito.fi>.
- Aivoinfarkti. 2006. Käypä hoito –suositus. Duodecim. Viitattu 22.2.2011. <http://www.kaypahoito.fi>.
- Alanen, S. 2002. Potilaiden tiedontarpeet ja tiedonsaanti Hyvinkään sairaalan sisätautien, kirurgian ja päiväkirurgian osastoilla. Pro gradu. Tampere: Tampereen yliopisto.
- Alaraajojen laskimoiden vajaatoiminta. 2010. Käypä hoito –suositus. Duodecim. Viitattu 5.5.2011. <http://www.kaypahoito.fi>.
- Atula, S. 2010. Tietoa potilaalle: Epilepsia aikuisella. Lääkärikirja Duodecim. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 27.1.2011. <http://www.terveysportti.fi>.
- Backman, K.; Isola, A.; Kyngäs, H.; Kääriäinen, M. & Saarnio, R. 2007. Iäkkäiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta erikoissairaanhoidossa. *Hoitotiede* Vol. 19 No. 2, 51-62.
- Blek, T.; Heikkilä, J.; Karinen, A.; Kiema, M. & Liimatainen, L. 2007. Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan ja hänen läheisensä tiedon saanti ja riskitekijöihin asennoitumisen yhteys terveystyöskäytymiseen. *Tutkiva hoitotyö* Vol. 5 No. 4, 9-14.
- Edwards, G. 2003. Good practice for keeping stroke patients and carers informed. *Professional nurse* Vol. 18 No. 9, 529-532.
- Ellonen, M. & Mustajoki, P. 2010. Tietoa potilaalle: Alaraajojen valtimoahtaus (katkokävely). Lääkärikirja Duodecim. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim. Viitattu 8.4.2011. <http://www.terveysportti.fi>.
- Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. 7., uudistettu painos. Helsinki: Edita.
- Heikkinen, K.; Johansson, K.; Leino-Kilpi, H.; Rankinen, S.; Virtanen, H. & Salanterä, S. 2006. Potilasohjaus tutkimuskohteena suomalaisissa hoitotieteellisissä opinnäytetöissä vuosina 1990–2003. *Hoitotiede* Vol. 18 No. 3, 120-130.
- Helenius, H.; Leino-Kilpi, H.; Vuorenheimo, J.; Välimäki, M. & Walta, L. 1996. Hoidon laadun mittaaminen. Potilaslähtöisen HYVÄ HOITO –mittarin kehittäminen ja mittarilla saadut tulokset. *Stakes Raportteja* 151. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino oy.
- Helminen, M. & Åstedt-Kurki, P. 2010. Aivoverenkiertohäiriöpotilaan tiedonsaanti ensiapupoliklinikalla. *Hoitotiede* Vol. 22 No. 4, 302-311.
- Hernesniemi, J.; Kaste, M.; Kotila, M.; Lepäntalo, M.; Lindsberg, P.; O.Roine, R.; Palomäki, H. & Sivenius, J. 2006. Aivoverenkiertohäiriöt. Teoksessa Kaste, M.; Soinila, S. & Somer, H. (toim.) *Neurologia*. Jyväskylä: Duodecim. 271-331.
- Hirsjärvi, S.; Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. 13., osin uudistettu painos. Keuruu: Tammi.

Hirvonen, E.; Johansson, K.; Kyngäs, H.; Kääriäinen, M.; Poskiparta, M. & Renfors, T. Ohjaaminen hoitotyössä. 2007. WSOY.

Holopainen, M. & Pulkkinen, P. 2008. Tilastolliset menetelmät. 5., uudistettu painos. WSOY.

Honkala, V. 2009. Alaraajan laskimoiden vajaatoiminta. Lääkärin käsikirja. Viitattu 5.5.2011 <http://www.terveysportti.fi>.

Hotti, A. 2005. Skitsofreniapotilas haluaa tietää sairaudestaan ja sen hoidosta. Suomen lääkärilehti Vol. 60 No. 38, 3745-3749.

Iire, L.; Leino-Kilpi, H.; Suominen, T.; Vuorenehoimo, J. & Välimäki, M. 1993. Tietääkö vai eikö tiedä? Katsaus potilasta ja tietoa koskevaan tutkimukseen. Stakes Raportteja 118. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino oy.

Johansson, S. 2007. Kirjallisen potilasohjeen vastaavuus aivovammapotilaiden ja heidän läheistensä tiedon odotuksiin hoidon alkuvaiheessa. Pro gradu. Turku: Turun yliopisto.

Johansson, K.; Katajisto, J.; Kettunen, J.; Leino-Kilpi, H. & Montin, L. 2010. Total joint arthroplasty patients' perception of received knowledge of care. Orthopaedic Nursing Vol. 29 No. 4, 246-253.

Jääskeläinen, J.; Kallio, M. & Kouri, M. 2006. Keskushermoston kasvaimet. Teoksessa Kaste, M.; Soinila, S. & Somer, H. (toim.) Neurologia. Jyväskylä: Duodecim. 395-423.

Kaste, M.; Soinila, S. & Somer, H. 2006. Neurologia. Jyväskylä: Duodecim.

Katajisto, J.; Leino-Kilpi, H. & Mäenpää, I. 1999. Pitkäaikaisen terveysongelman sisäinen hallinta. Potilaslähtöisen hoidon laadun arviointiperustan kehittäminen. Stakes, Raportteja 229. Saarijärvi: Gummerus Kirjapaino oy.

Keränen, T. & Kälviäinen, R. 2006. Epilepsia. Teoksessa Kaste, M.; Soinila, S. & Somer, H. (toim.) Neurologia. Jyväskylä: Duodecim. 332-355.

Koskinen, S.; Palomäki, H. & Öhman, J. 2006. Aivovammat. Teoksessa Kaste, M.; Soinila, S. & Somer, H. (toim.) Neurologia. Jyväskylä: Duodecim. 424-446.

Kukkurainen, M-L.; Kyngäs, H. & Mäkeläinen, P. 2004. Potilasohjaus nivelreumaa sairastavien potilaiden arvioimana. Hoitotiede Vol. 16 No. 5, 225-234.

Kummel, M. ym. 2011. Projektisuunnitelma. Tulevaisuuden sairaala – Hoitotyön kehittämiprojekti 2009-2015 (Hoi-Pro), Terveystieteiden tutkimuskeskus. Varsinais-Suomen Sairaanhoidopiiri.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785.

Laukka, A.; Nenonen, H.; Suhonen, R. & Välimäki, M. 2005. Patients' informational needs and information received do not correspond in hospital. Journal of Clinical Nursing Vol. 14, 1167-1176.

Leino-Kilpi, H. 2009. Tieto edistää potilaan turvallisuutta. Potilasturvallisuus ensin, Hoitotyön vuosikirja 2009. Toim. Kinnunen, M. & Peltomaa, K. Helsinki: Suomen sairaanhoitajaliitto. 173-180.

Leino-Kilpi, H.; Johansson, K.; Heikkinen, K.; Kaljonen, A.; Virtanen, S. & Salanterä, S. 2005. Patient education and health-related quality of life. Surgical hospital patients as a case in point. Journal of Nursing Care Quality Vol. 20 No. 4, 307-316.

Leino-Kilpi, H.; Salanterä, S. & Virtanen, H. 2007. Empowering discourse in patient education. Patient Education and Counseling 66, 140-146.

MacLean, R. & Russell, A. 2005. Innovative ways of responding to the information needs of people with MS. *British Journal of Nursing* Vol. 14 No. 14, 754-757.

MS-taudin diagnoosi, lääkehoito ja kuntoutus. 2002. Käypä hoito -suositus. *Duodecim*. Viitattu 27.1.2011 <http://www.kaypahoito.fi>.

Mäenpää, H. 2006. Tietoa aikuisten aivokasvaimista. Suomen syöpäpotilaat. Helsinki. Viitattu 12.5.2011. http://www.syopapotilaat.fi/pdf/aikuistenaivokasvaimet_2006.pdf.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. Juva: WSOY, 206-214.

Salon aluesairaala. 2011. Sairaanhoidopalvelut. Viitattu 12.5.2011. <http://www.salonaluesairaala.fi/fi/>.

Sarajärvi, A. & Tuomi, J. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 5., uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Soinila, S. 2003. Ajattele aivojasi. *Duodecim*. Jyväskylä.

Turku Clinical Research Centre. Tutkittavan tiedote ja suostumuslomake. Viitattu 12.2.2011. www.turkucrc.fi/index.phtml.

Turun yliopistollinen keskussairaala. 2011a. Sairaanhoidopalvelut. Viitattu 12.5.2011. <http://www.tyks.fi/fi/>.

Turun yliopistollinen keskussairaala 2011b. TYKS:in toimialueet. Organisaatorakenne VSSHP 18.1.2011.

Uusitalo, M. 2009. Aivoverenkiertohäiriöön sairastuneen potilaan tiedon tarve. Pro gradu. Turku: Turun yliopisto.

Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteellisen tutkimuksen etiikka. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. Juva: WSOY, 26- 34.

Opinnäytetyön toimeksiantosopimus



OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

1

OPISKELIJAN TIEDOT

Nimi Satu Järvinen, Emilia Peltosalu, Emilia Viitaharju ja Jaana Koivisto

Osoite Tampere University of Applied Sciences

Puhelin koti 0400000000 Puhelin työ 0400000000

Sähköposti satu.jarvinen@tamk.fi

Koulutusohjelma Hoitotyö

OPINNÄYTETYÖ

Aihe/ työnimi - Sairaalapotilaan tiedon tarve -mittarin testaus neurotoimialan hoitajilla
- Sairaalapotilaan tiedon tarve -mittarin testaus neurotoimialan potilailla

Aikataulu Valmis vuoden 2011 loppuun mennessä

TOIMEKSIANTAJA

Organisaatio VSSH

Työn ohjaaja / yhteysenkilö Suunnittelija Sini Eloranta

Osoite Kiinamylynkatu 4-8, PL 52 20521 Turku

Puhelin 0505608740 Sähköposti sini.eloranta@tyks.fi

OHJAAVAN OPETTAJAN YHTEYSTIEDOT

Ohjaava opettaja Tiina Pelander ja Sirpa Nikunen

Puhelin 0449075486 Sähköposti tiina.pelander@turkuamk.fi

Turun ammattikorkeakoulu
Joukahaisenkatu 3 A, 20520 Turku
puh. 02 263 350 faksi 02 2633 5791
sposti etunimi.sukunimi@turkuamk.fi



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

2

OPINNÄYTETYÖN SOPIMUSEHDOT

OHJAUS JA VASTUUT

Vastuu opinnäytetyön tekemisestä ja tuloksista on opiskelijalla. Turun ammattikorkeakoulu vastaa opinnäytetyön ohjauksesta. Toimeksiantaja sitoutuu antamaan opiskelijan käyttöön kaikki opinnäytetyön tekemisessä tarvittavat tiedot ja aineistot sekä ohjaamaan opinnäytetyötä toimeksiantajaorganisaation näkökulmasta.

OIKEUDET

Opinnäytetyön tekijänoikeus kuuluu tekijälle eli opiskelijalle. Tekijänoikeuden lisäksi myös muiden immateriaalioikeuksien osalta noudatetaan kulloinkin voimassa olevaa kyseessä olevaa oikeutta koskevaa lainsäädäntöä.

TULOSTEN JULKISTAMINEN JA LUOTTAMUKSELLISUUS

Opinnäytetyöstä laaditaan Turun ammattikorkeakoulun ohjeen mukainen kirjallinen raportti. Kirjallinen raportti luovutetaan toimeksiantajalle ja asetetaan kirjaston kokoelmiin tai julkaistaan elektronisessa muodossa verkkokirjastossa.

Julkaistava opinnäytetyöraportti on laadittava niin, ettei se sisällä liike- tai ammattisalaisuuksia tai muita julkisuuslaissa (laki viranomaisten toiminnan julkisuudesta) salassa pidettäväksi määrättyjä tietoja, vaan ne jätetään työn tausta-aineistoon. Opinnäytetyön arvioinnissa otetaan huomioon sekä julkaistava että salassa pidettävä osa.

Opinnäytetyön toimeksiantaja ja opiskelija sitoutuvat pitämään salassa kaikki opinnäytetyön tekemisessä ja sitä edeltävissä tai sen jälkeisissä neuvotteluissa esiin tulevat luottamukselliset tiedot ja asiakirjat.

Toimeksiantajan edustajalle varataan mahdollisuus tutustua opinnäytetyöraporttiin viimeistään neljätoista (14) päivää ennen aiottua julkaisemista. Toimeksiantajalla on oikeus määrittellä salassa pidettävä osuus, jota ei julkaista. Toimeksiantaja antaa työstä ennen edellä mainittua julkaisemisajankohtaa lausunnon, jossa toteaa, että opinnäytetyöraportti voidaan julkaista kokonaisuudessaan tai määrittelee, mikä osuus työstä on salassa pidettävää.

TYÖSUHDE JA KUSTANNUKSET

Mahdollisesta työsuhteesta, työstä maksettavasta palkkiosta ja työstä mahdollisesti aiheutuvien kustannusten korvaamisesta toimeksiantaja ja opinnäytetyön tekijä sopivat erikseen.

OLEMME YHTEISESTI SOPINEET OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUKSESTA YLLÄ ESITETTYLLÄ TAVALLA

7 / 2 20 11

Satu Järven, Emilia Peltosalu, Emilia Valtanen & Jaana Koski
Opiskelija

7 / 3 20 11

Sini Elomäki
Toimeksiantaja
SINI.ELOMAKI@AMK

LIITE : OPINNÄYTETYÖSUUNNITELMA

Tulosta lomake

Turun ammattikorkeakoulu
Joukahaisenkatu 3 A, 20520 Turku
puh. 02 263 350 faksi 02 2633 5791
sposti etunimi.sukunimi@turkuamk.fi

Kirjallisuushaut

| Tietokanta | Hakusana(t) | Tulos | Otsikon perusteella valitut | Tiivistelmän perusteella valitut | Koko tekstin perusteella valitut |
|------------|---|-------|-----------------------------|----------------------------------|----------------------------------|
| Medic | tiedontarve ja potilas | 64 | 5 | 4 | 4 |
| | tiedontarve ja mittari | 5 | 0 | 0 | 0 |
| | neurologia | 101 | 0 | 0 | 0 |
| | mittarin testaus | 282 | 4 | 1 | 1 |
| | mittarin testaus ja tiedon tarve | 5 | 0 | 0 | 0 |
| | tiedontarve mittari | 142 | 1 | 1 | 1 |
| | kyselylomakkeen testaus | 250 | 0 | 0 | 0 |
| | | | | | |
| Cinahl | Knowledge requirements and patient | 19 | 1 | 0 | 0 |
| | Knowledge requirements and survey | 16 | 0 | 0 | 0 |
| | survey and neurological patient | 5 | 0 | 0 | 0 |
| | patient's information needs and neurology | 52 | 4 | 4 | 2 |
| | patient education and nervous system diseases | 60 | 1 | 1 | 0 |
| | | | | | |
| Medline | knowledge requirements and patient | 129 | 0 | 0 | 0 |
| | Knowledge requirements and survey | 99 | 0 | 0 | 0 |
| | survey and neurological patient | 59 | 5 | 1 | 0 |

Sairaalapotilaan tiedon tarve (SPTT) -mittari

SAIRAALAPOTILAAN TIEDON TARVE – MITTARI (SPTT)

Vastatkaa alla oleviin kysymyksiin ympyröimällä sopiva vaihtoehto tai vastaamalla siihen varattuun tilaan.

1. Millä osastolla olette hoidossa?

1. TYKS 714
2. TYKS 210
3. TYKS 219
4. TYKS 720
5. TYKS 221
6. SAS

2. Minkä takia olette hoidossa?

1. Aivoverenkiertohäiriö (AVH)
2. Aivovamma
3. Epilepsia
4. MS-tauti
5. Neurologinen kasvain
6. Valtimo- ja laskimosairaus
7. Muu syy _____

3. Sukupuolenne?

1. Nainen
2. Mies

4. Ikänne?

_____ vuotta

5. Kuinka kauan olette sairastanut tätä sairautta?

6. Onko teillä aikaisempia kokemuksia sairaalassaolosta?

1. Kyllä
2. Ei

Seuraavassa Teille esitetään väittämiä koskien **neurologisen potilaan tiedon tarvetta sairaala hoidossa tai tutkimuksissa**.

Arvioi potilaana onko yksittäinen väittämä **neurologisen potilaan ohjauksen kannalta sisällöllisesti asiaankuuluva** (1=en tarvitse tietoa ollenkaan, 2=tarvitsen jonkin verran tietoa, 3=tarvitsen melko paljon tietoa, 4=tarvitsen paljon tietoa) ja **onko väittämä potilaan näkökulmasta selkeästi ymmärrettävä** (1=ei ole selkeä, 2=selkeä).

Väittämien tehtävänä on **auttaa potilasta ennen hoitoon tuloa** miettimään ja kirjoittamaan paperille asioista, joista hän haluaisi potilasohjauksessa keskusteltavan.

Vastatkaa jokaiseen väittämään ympyröimällä omaa näkemystänne parhaiten vastaava vaihtoehto.

| | Asiaankuuluvuus 1=en tarvitse tietoa ollenkaan 2=tarvitsen jonkin verran tietoa 3=tarvitsen melko paljon tietoa 4=tarvitsen paljon tietoa | Selkeys 1=ei selkeä 2=selkeä |
|---|---|------------------------------------|
| 1. Sairauteeni liittyvistä oireista | 1 2 3 4 | 1 2 |
| 2. Milloin minun on syytä ottaa yhteyttä hoitopaikkaan oireiden pahentuessa | 1 2 3 4 | 1 2 |
| 3. Minulle tehtävistä tutkimuksista | 1 2 3 4 | 1 2 |
| 4. Miten minun pitäisi valmistautua tutkimuksiin | 1 2 3 4 | 1 2 |
| 5. Miten saan tietoa tutkimuksen tuloksista | 1 2 3 4 | 1 2 |
| 6. Erilaisista hoitovaihtoehtoista | 1 2 3 4 | 1 2 |
| 7. Hoitooni liittyvistä mahdollisista komplikaatioista | 1 2 3 4 | 1 2 |
| 8. Miten voisin itse estää komplikaatioita | 1 2 3 4 | 1 2 |
| 9. Miten voin toimia yksilöllisesti henkilökohtaisten tarpeitteni hoitamiseksi sairaalassa/poliklinikalla | 1 2 3 4 | 1 2 |
| 10. Millaista liikuntaa voin harjoittaa | 1 2 3 4 | 1 2 |
| 11. Miten paljon minun tulee levätä | 1 2 3 4 | 1 2 |
| 12. Millainen on minulle soveltuva ruokavalio | 1 2 3 4 | 1 2 |
| 13. Milloin voin peseytyä (esim. mennä suihkuun) | 1 2 3 4 | 1 2 |
| 14. Miten sairaus tai hoito mahdollisesti vaikuttaa erityistoimintaani (esim. hikoiluun, virtsaamiseen) | 1 2 3 4 | 1 2 |
| 15. Mitä sairaus tai hoito mahdollisesti vaikuttaa kotona tapahtuviin järjestelyihin (esim. kotiapu) | 1 2 3 4 | 1 2 |
| 16. Mistä saan tarvitsemiani hoidon apuvälineitä (esim. liikkumiseen, haavan hoitoon, syömiseen) | 1 2 3 4 | 1 2 |

| | Asiaankuuluvuus 1=en tarvitse tietoa ollenkaan 2=tarvitsen jonkin verran tietoa 3=tarvitsen melko paljon tietoa 4=tarvitsen paljon tietoa | Selkeys 1=ei selkeä 2=selkeä |
|---|--|---|
| 17. Minkälaisia tunteita sairauteni ja sen hoito mahdollisesti minulle aiheuttaa | 1 2 3 4 | 1 2 |
| 18. Kenen kanssa voin keskustella sairauteeni ja sen hoitoon liittyvistä tunteista | 1 2 3 4 | 1 2 |
| 19. Miten voin hyödyntää aikaisempia sairaalakokemuksiani nykyisessä hoidossa | 1 2 3 4 | 1 2 |
| 20. Miten voin osallistua hoitoani koskevaan päätöksentekoon | 1 2 3 4 | 1 2 |
| 21. Miten voin saada hoidon aikana omat toiveeni kuuluville | 1 2 3 4 | 1 2 |
| 22. Mitä oikeuksia minulla sairaalassa on | 1 2 3 4 | 1 2 |
| 23. Mikä on oma vastuuni hoidon onnistumiseksi | 1 2 3 4 | 1 2 |
| 24. Potilasasiamiehen toiminnasta | 1 2 3 4 | 1 2 |
| 25. Miten eri hoitooni osallistuvien ammattiryhmien vastuualueet on määriteltä | 1 2 3 4 | 1 2 |
| 26. Miten minua koskevat tiedot pysyvät salassa | 1 2 3 4 | 1 2 |
| 27. Kenelle minua koskevia tietoja annetaan | 1 2 3 4 | 1 2 |
| 28. Miten voin itse tutustua potilasasiakirjoihini | 1 2 3 4 | 1 2 |
| 29. Keneltä läheiseni saavat tietoa sairauteeni ja sen hoitoon liittyvissä asioissa | 1 2 3 4 | 1 2 |
| 30. Miten läheiseni voivat osallistua hoitooni | 1 2 3 4 | 1 2 |
| 31. Mistä saan halutessani tukihenkilön sairaalassa olon jälkeen | 1 2 3 4 | 1 2 |
| 32. Mistä saan mahdollisesti tarvittavan jatkohoitopaikan | 1 2 3 4 | 1 2 |
| 33. Miten voin tavata sairaalapapin/-teologin | 1 2 3 4 | 1 2 |
| 34. Potilasjärjestöjen toiminnasta | 1 2 3 4 | 1 2 |
| 35. Kuntoutuksesta ja siihen liittyvistä kustannuksista | 1 2 3 4 | 1 2 |
| 36. Sairauspäivärahoista | 1 2 3 4 | 1 2 |
| 37. Vakuutusasioista | 1 2 3 4 | 1 2 |
| 38. Sopeutumisvalmennuskursseista ja niiden kustannuksista | 1 2 3 4 | 1 2 |
| 39. Jatkohoidon tai kotona tapahtuvan hoidon kustannuksista | 1 2 3 4 | 1 2 |
| 40. Lääkehoidon kustannuksista | 1 2 3 4 | 1 2 |

SPTT -mittarin käyttölupa

LUVAN MYÖNTÄMINEN SAIRAALAPOTILAAN TIEDON TARVE (SPTT) -mittarin KÄYTTÖÄ VARTEN


Myönnän kohteliaimmin luvan käyttää Sairaalapotilaan Tiedon Tarve (SPTT) -mittaria Tulevaisuuden sairaala – Hoitotyön kehittämisprojektissa 2009-2015, joka toteutetaan Turun ammattikorkeakoulun ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin yhteistyönä.

SPTT-mittaria tullaan käyttämään seuraavissa opinnäytetöissä (AMK):

- SPTT-mittarin testaus tulevilla Sydän-, Neuro-, Tules- (ei ortopedia) ja Vatsatoimialueilla – potilaiden ja hoitohenkilökunnan näkemykset (2011)
- Sydän-, neurologisen, Tules-, gastrokirurgisen ja urologisen potilaan tiedon tarpeen kartoitus SPTT-mittarilla nykytilanteessa (2011-2012)
- Sydän-, neurologisen, Tules-, gastrokirurgisen ja urologisen potilaan tiedon tarpeen kartoitus SPTT-mittarilla T2-vaiheessa eli silloin, kun T2-sairaala on valmis (2013-2014)

Mittarin tekijänoikeusmerkintä tulee liittää siihen kaikissa käyttövaiheissa, niin aineistonkeruussa kuin tuloksista raportoitaessa. Pyydän myös lähettämään Turun yliopiston hoitotieteen laitokselle mahdolliset raportit/julkaisut, joista käy ilmi mittarilla saadut tulokset.

Turussa 17.2.2011


Helena Leino-Kilpi
Professori

Saatekirje

Hyvä vastaaja

Tulevaisuuden sairaala - Hoitotyön kehittämisprojekti 2009–2015 (Hoi-Pro) on Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin (VSSHP) ja Turun ammattikorkeakoulun (Turun AMK) yhteinen projekti. Projektin yhtenä osatehtävänä testataan sairaalapotilaan tiedontarve (SPTT) –mittaria (©Leino-Kilpi, Salanterä, Hölttä 2003) niin potilaiden kuin hoitohenkilökunnankin näkökulmista Neurotoimialueella.

Kyselyn suorittamiseen on saatu lupa Varsinais-Suomen Sairaanhoitopiiriltä. Tämän kyselyn avulla kerätään Teidän kokemuksia sairaalapotilaan tiedontarve -mittarista. Tulosten avulla mittaria kehitetään edelleen, jotta potilaat saisivat yksilöllistä omia tarpeitaan vastaavaa ohjausta.

Vastauksenne on potilasohjauksen kehittämisen kannalta tärkeä ja arvokas, siksi toivomme, että osallistutte tähän tutkimukseen vastaamalla oheiseen kyselylomakkeeseen. Vastaamalla tähän lomakkeeseen annatte suostumuksenne tutkimukseen osallistumiselle. Mikäli ette itse jaksa täyttää lomaketta, voitte halutessanne pyytää apua lomakkeen täyttämiseen omaiselta/läheiseltä. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista, ja vastaamisen voitte halutessanne keskeyttää. Tutkimuksesta kieltäytyminen ei vaikuta mitenkään saamaanne hoitoon. Sulkekaa vastauksenne ohessa olevaan kirjekuoreen, jonka annatte hoitajalle sairaalassaoloaikanne. Hoitajat toimittavat kirjekuoren tutkimuksen tekijälle.

Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti, eikä Teidän henkilöllisyytenne tule esiin missään tutkimuksen vaiheessa. Täytetyt lomakkeet ovat vain tutkimuksen tekijän käytössä ja ne hävitetään asianmukaisesti tutkimuksen päätyttyä. Jos teillä on kysyttävää, vastaamme mielellämme. Työtäni ohjaavat Turun Ammattikorkeakoulun lehtorit, TtT Tiina Pelander (044-9075486, tiina.pelander@turkuamk.fi) ja THM Sirpa Nikunen (044-9075494, sirpa.nikunen@turkuamk.fi).

Kiitos yhteistyöstänne,

Emilia Peltosalo
Hoitotyön opiskelija

Tiedote henkilökunnalle

Tämä osasto/poliklinikka osallistuu tutkimukseen, jossa neurotoimialueen potilaat testaavat sairaalapotilaan tiedon tarve SPTT -mittaria (© Leino-Kilpi, Salanterä, Hölttä 2003). Seuraavassa on ohjeita siitä, ketkä neurotoimialueen potilaat osallistuvat tutkimukseen ja miten tutkimus etenee.

KETKÄ POTILAAT OSALLISTUVAT?

- Suomenkielinen
- Vointi sellainen, että kykenee vastaamaan kyselyyn joko itse tai omaisen/läheisen avustamana.
- Kyselylomake täytetään kotiutumista edeltävänä päivänä tai kotiutumispäivänä ennen kotiinlähtöä. / Poliklinikalla olevat potilaat täyttävät lomakkeen poliklinikka-aikanaan eli annetaan lomake potilaan tullessa poliklinikalle.

MITEN TUTKIMUS ETENEE?

1. Tutkimuksen saatekirje annetaan potilaalle.
2. Sairaalapotilaan tiedon tarve SPTT -mittari annetaan potilaalle, vastattuaan lomakkeeseen potilas laittaa sen suljettuun kirjekuoreen.
3. Kyselylomakkeeseen vastaaminen katsotaan suostumukseksi tutkimukseen.
4. Potilaiden vastaukset kerätään osastolla/poliklinikalla samaan paikkaan. (tutkimuksen tekijä hakee kirjekuoret osastolta/poliklinikalta)

YHTEYDENPITO

Lisätietoja tutkimukseen liittyen:

- Hoitotyön opiskelija Emilia Peltosalo
- Tutkimuksen ohjaajat: lehtorit, TtT Tiina Pelander (044-9075486, tiina.pelander@turkuamk.fi) ja THM Sirpa Nikunen (044-9075494, sirpa.nikunen@turkuamk.fi).

Tutkimuslupa

VARSINAIS-SUOMEN SAIRAANHOITOPIIRI
EGENTLIGA FINLANDS SJUKVÄRDSDISTRIKT

HOITOTYÖN TUTKIMUS- JA OPINNÄYTETYÖ

Nro 20/2011

LUPAHAKEMUS (katso erilliset ohjeet: <http://www.vsshp.fi/fi/tutkimus>)

Hakemus lähetetään: VSSHP, TYKS, Hoitotyön toimisto, suunnittelija, PL 52, 20521 TURKU

Uusi tutkimus

Jatko/Muutos lupaan

| | |
|--|---|
| TUTKIMUSLUVAN HAKIJA/HAKIJAT | Nimi/nimet: Emilia Peltosalu |
| Opiskelu- tai työpaikka | Osoite: |
| Opinnäytetyö | puhelin: sähköposti: |
| | <input type="checkbox"/> Väitöskirja <input type="checkbox"/> Pro gradu <input checked="" type="checkbox"/> Opinnäytetyö/AMK <input type="checkbox"/> muu, mikä? _____ <input type="checkbox"/> Lisensiaattityö <input type="checkbox"/> Ylempi AMK |
| TUTKIMUKSEN/OPINNÄYTETYÖN TIIVISTETTY KUVAUS (mm. tutkimuksen nimi, päätavoitteet, menetelmät, aineisto, tutkimuksen suorituspaikka, tutkimuksen merkitys) Tutkimussuunnitelma erillisenä liitteenä (max. 5 s.) | Sairaalapotilaan tiedon tarve (SPTT) -mittarin testaus neurotoimialueen potilaille Tutkimuksen tarkoituksena on testata sairaalapotilaan tiedon tarve (SPTT) (© Leino-Kilpi, Salanterä, Hötttä 2003) -mittaria neurotoimialueen potilaiden näkökulmasta. Tavoitteena on kehittää tiedon tarve mittaria neurotoimialueen potilaiden tarpeita vastaavaksi. Aineisto kerätään kyselylomakkeella neurotoimialueen potilailta Turun yliopistollisen keskussairaalan osastoilta 714 (n=30), 210 (n=15), 219 (n=20), 720 (n=30) ja 221 (n=20) sekä Salon aluesairaalan neurologian poliklinikalta ja sisätautien yksiköstä (n=20). Otos on yhteensä 135. |
| TUTKIMUKSEN OHJAAJA(T) | <u>10,3 2011</u> <u>Tommi Kallio</u> <u>10,3 2011</u> <u>Syda Mäkelä</u> allekirjoitus/nimen selvitys <u>EMILIA PELTOSALO</u> allekirjoitus/nimen selvitys <u>SYDA MÄKELÄ</u> |
| YHTEYSTIEDOT | |
| SITOUMUS JA JULKAISULUPA | Sitoudun noudattamaan hyvää tutkimuskäytäntöä, sairaalan yleisiä sääntöjä sekä vaitiolovelvollisuutta (http://www.vsshp.fi/fi/tutkimus/10711 , www.turkucrec.fi). <u>10,3 2011</u> <u>Emilia Peltosalu</u> <u>1</u> <u>1</u> hakijan allekirjoitus/nimen selvitys <u>Emilia Peltosalu</u> hakijan allekirjoitus/nimen selvitys <u>1</u> <u>1</u> hakijan allekirjoitus/nimen selvitys hakijan allekirjoitus/nimen selvitys |
| YLIHOITAJAN LAUSUNTO JA YHDYSHENKILÖN NIMEÄMINEN VSSHP:ssä | Klinikan/yksikön kehittämishanke, johon opinnäytetyö/tutkimus liittyy: <u>Neuron toimialueen juuratiheys</u> Yhdyshenkilö/virkan/toimen nimike: <u>Oh 714 Magakana Lanku</u> (yh nimeää) <u>Oh 720 Minna Anttonen</u> Puollan <input checked="" type="checkbox"/> En puolla <input type="checkbox"/> Ylihoitaja(t) <u>10,3 2011</u> <u>Jani Johansson</u> <u>13 2011</u> <u>Antti Kallio</u> allekirjoitus/nimen selvitys <u>JANI JOHANSSON</u> allekirjoitus/nimen selvitys <u>ANTTI KALLIO</u> |
| HOITOTYÖN ASiantuntija-RYHMÄN LAUSUNTO | <input checked="" type="checkbox"/> Lupaa puolletaan <input type="checkbox"/> Ei puolleta, Perustelu (tarv. liitteenä) <input type="checkbox"/> Pyydetään lähettämään eettiselle toimikunnalle <u>2,4 2011</u> <u>HELENA LEINO-KILPI</u> allekirjoitus/nimen selvitys <input type="checkbox"/> Pyydetään lisäselvityksiä: |
| EETTINEN TOIMIKUNTA | Eettisen toimikunnan lausunto saatu (liitteenä) <u>1</u> |
| TUTKIMUSLUVAN MYÖNTÄMINEN | <input checked="" type="checkbox"/> Myönnetty <input type="checkbox"/> Ei myönnetty <u>19,4 2011</u> <u>S. Tuomi</u> allekirjoitus/nimen selvitys <u>SARPA KUNIKI</u> allekirjoitus/nimen selvitys VSSHP:n/sairaalan nimen saa julkaista tutkimusraportissa/opinnäytetyössä Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Haluan nähdä tutkimusraportin/opinnäytetyön ennen julkaisuluvan antoa Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> |
| | Päätös annettu tiedoksi hakijalle <u>1</u> Päätöksen antoi _____ |

YHT 26sra TYKS/4.2009