

Saimaan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala Lappeenranta
Hoitotyön koulutusohjelma

Antti Rechardt, Sini Sorvali ja Satu Terävä

Asiakkaan ja terveydenhuollon ammattilaisen välinen vuorovaikutus Etelä-Karjalan keskussairaalan infuusiopoliklinikalla

Opinnäytetyö 2017

Tiivistelmä

Antti Rechartt, Sini Sorvali ja Satu Terävä
Asiakkaan ja terveydenhuollon ammattilaisen välinen vuorovaikutus Etelä-Karjalan keskussairaalan infuusiopoliklinikalla, 39 sivua, 2 liitettä
Saimaan ammattikorkeakoulu
Sosiaali- ja terveysala, Lappeenranta
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö 2017
Ohjaajat: Lehtori, TtT, Susanna Tella, Saimaan ammattikorkeakoulu, Toimintayksikön kehittämissiimes, Medisiiniset poliklinikat, Anne Heikkonen, Etelä-Karjalan keskussairaala

Tämän opinnäytetyön tarkoitus oli tutkia asiakkaan ja terveydenhuollon ammattilaisen välisen vuorovaikutuksen toteutumista Etelä-Karjalan keskussairaalan infuusiopoliklinikan hoitokäynnin yhteydessä. Tutkimustehtävänä oli selvittää, kuinka asiakas kokee vuorovaikutuksen toteutuneen terveydenhuollon ammattilaisen kanssa hoitokäynnin eri vaiheissa. Työssä haluttiin myös selvittää taustamuuttujien (asiakkaan ikä, sukupuoli, aikaisemmat käynnit) vaikutusta kokemukseen vuorovaikutuksen toteutumisesta.

Opinnäytetyö oli osa Etelä-Karjalan keskussairaalan infuusiopoliklinikan tutkimus- ja kehittämishanketta asiakaslähtöisen ja potilasturvallisen hoitopolun luomiseksi. Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisena tutkimuksena ja aineisto kerättiin tarkoitusta varten suunnitellulla strukturoiduilla kyselylomakkeilla. Tutkimukseen osallistui 73 infuusiopoliklinikalla käynnyttä asiakasta.

Tutkimustulosten mukaan yleisesti oltiin erittäin tyytyväisiä vuorovaikutuksen toteutumiseen henkilökunnan kanssa. Vastaajat olivat eniten tyytyväisiä hoitajien ystävälliseen ja asialliseen käytökseen. Vähiten tyytyväisiä asiakkaat olivat lääkehoitoa ja sen sivuvaikutuksia koskevaan ohjaukseen ja neuvontaan ja yksityisyyden suojan säilymiseen eri hoitotiloissa. Vastaajien iällä, sukupuolella ja aikaisemmillä käynneillä oli vaikutusta osaan vastauksista tilastollisesti merkitseväällä tavalla ($p < 0,05$). Aikaisemmin infuusiopoliklinikalla käyneet kokivat ensikeräisiä vähemmän, että heidän kanssaan käytiin lääkehoitoa koskevaa keskustelua. 70 vuotta täyttäneet kokivat alle 70-vuotiaita positiivisemmin vuorovaikutuksen lääkärin kanssa. Naiset kokivat negatiivisemmin yksityisyyden suojan puutteen ja miehet olivat vähemmän tyytyväisiä siihen, kuinka hoitaja heitä kuunteli.

Tuloksia voidaan hyödyntää infuusiopoliklinikalla vahvuuksien tunnistamisessa ja esimerkiksi yhtenäisen ja turvallisen lääkehoitoa ja sen sivuvaikutuksia koskevan ohjaus- ja neuvontakäytännön luomisessa. Jatkotutkimuksena voitaisiin tehdä vastaavanlainen kysely uudistusten vaikutusten selvittämiseksi. Vuorovaikutuksen ja asiakaslähtöisyyden toteutumista voisi tutkia myös hoitajan näkökulmasta, oman ammatillisuuden kehittämiskohteena.

Asiasanat: vuorovaikutus, infuusiopoliklinikka, asiakaslähtöisyys, potilasturvallisuus, potilaan oikeudet.

Abstract

Antti Rechartt, Sini Sorvali and Satu Terävä

The interaction between the client and health care professionals at the South Karelia Central Hospital Outpatient Infusion Clinic, 39 pages, 2 appendices

Saimaa University of Applied Sciences

Health Care and Social Services, Lappeenranta

Degree Programme in Nursing

Bachelor's Thesis 2017

Instructors: Senior Lecturer Susanna Tella, PhD, Saimaa University of Applied Sciences, Operational unit development manager Anne Heikkonen, medical outpatient clinics, South Karelia Central Hospital

The main purpose of this thesis was to explore the interaction between the client and health care professionals at the South Karelia Central Hospital Outpatient Infusion Clinic. The research task was to determine how the client perceives the interaction between him/her and the healthcare professionals during the medical visit. The task was also to find out whether the background variables (age, gender, earlier visits) have impact on the experience of the interaction.

The thesis was part of the research and development project for creating client-oriented and a safe care pathway at the outpatient clinic. Quantitative methods were used and the data was collected by a structured questionnaire especially designed for this research. 73 clients participated in the research.

The results show that clients were generally satisfied with the interaction during the visit. Clients were especially satisfied with the nurses' friendly and appropriate behavior. Clients were least satisfied with getting information about the given medical treatment and its side-effects, or maintaining privacy in different care settings. Statistical significance ($p < 0,05$) was found between some background variables (age, gender, earlier visit) and client's opinion. Clients with earlier visits felt they received less advice and information about the medical treatment. Clients of age 70 and over were more satisfied with the interaction with the physician. Women were more negative about the lack of privacy in different situations and men were less satisfied with how they were being heard by the nurse.

The results can be beneficial for identifying existing strengths and, e.g., for developing unified and safe practices in giving advice and information on medication and its side-effects. In future, a similar research could be done to find out the effect of the reforms. Because the quality of interaction plays a central role in achieving objectives in patient care, it would be interesting to do similar research in different kinds of care settings. Also, it would be interesting to study interaction and customer orientation from the nurse's point of view, as an area for professional development.

Keywords: interaction, outpatient infusion clinic, customer orientation, patient safety, patient's right

Sisällys

1	Johdanto	5
2	Vuorovaikutus hoitosuhteessa	6
2.1	Sanallinen ja sanaton viestintä vuorovaikutuksessa	6
2.2	Vuorovaikutuksen erityispiirteitä hoitosuhteessa	7
2.3	Vuorovaikutustaitojen merkityksestä ja kehittämisestä	8
2.4	Vuorovaikutus osana potilasturvallisuutta	9
2.5	Vuorovaikutuksen rooli näyttöön perustuvassa hoitotyössä.....	10
2.6	Vuorovaikutus osana potilaan oikeuksien toteutumista	11
2.7	Turvallisuuden tunteen, luottamuksen ja toivon edistäminen.....	13
3	Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet.....	14
4	Opinnäytetyön toteuttaminen	15
4.1	Tutkimusmenetelmä, kohderyhmä ja aineiston keruu	15
4.2	Mittari	15
4.3	Aineiston käsittely ja analysointi	16
5	Tulokset	19
5.1	Taustamuuttajat	19
5.2	Vastaajien kokemukset vuorovaikutuksen toteutumisesta	21
5.3	Taustamuuttujien vaikutus vastauksiin	22
6	Yhteenveto ja pohdinta	25
7	Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	30
7.1	Tutkimuksen luotettavuus	30
7.2	Tutkimuksen eettisyys.....	32
8	Päätelmät, kehittämissuhteet ja jatkotutkimushaasteet.....	33
	Taulukot.....	35
	Kuviot.....	35
	Lähteet.....	36

Liitteet

Liite 1 Vuorovaikutusta koskevat väittämät ja vastaukset

Liite 2 Vastausten jakautuminen vuorovaikutusta koskevissa väittämässä

1 Johdanto

Opinnäytetyön aiheena on tutkia potilaan näkökulmasta vuorovaikutuksen toteutumista terveydenhuollon ammattihenkilöiden kanssa Etelä-Karjalan keskussairaalan infuusiopoliklinikalla ja erikoisalanpoliklinikoilla. Opinnäytetyöprosessi sai alkunsa mielenkiinnosta tutkia tarkemmin hyvän hoitotyön toteutumiseen vaikuttavia tekijöitä. Opiskelun myötä vastaan tulleiden uusien näkökulmien, käytännön harjoittelujaksojen ja aiemman työelämäkokemustemme perusteella koimme, että kliinisten taitojen lisäksi potilaan henkilökohtainen kokemus hyvästä kohtelusta ja riittävästä huomioimisesta ovat tärkeitä osatekijöitä laadukkaassa hoidossa. Lisäksi asiakaslähtöisten prosessien huomioiminen kuuluu hoitotyön keskeisiin kehittämiskohteisiin.

Vuorovaikutus ja vuorovaikutustaidot ovat olennainen osa potilaan ja ammattihenkilökunnan välistä turvallista ja laadukasta hoitosuhdetta. Ei ole yhdentekevää, miten potilas kokee tulevansa kohdatuksi, kuulluksi ja ymmärretyksi tai saa tarvitsemansa tiedon. Epäonnistuneen vuorovaikutuksen vaikutus hoitosuhteeseen voi olla pitkäkestoinen. (Kettunen & Gerlander 2013, 293-295.)

Tutkimuksen aihe, tutkimusasetelma ja tutkimusmenetelmä tarkentuivat saatamme tilaisuuden toteuttaa opinnäytetyön työelämälähtöisesti osana Etelä-Karjalan sosiaali- ja terveystieteiden (Eksote) ja Saimaan ammattikorkeakoulun yhteistä kehittämishanketta. Sen tavoitteena on kartoittaa infuusiopoliklinikan asiakasprosessien nykytilannetta hankkeen yhteydessä toteutettavien opinnäytetöiden avulla. Kerätyn tiedon avulla kehitetään asiakaslähtöisiä, oikea-aikaisia ja turvallisia asiakasprosesseja (Lampinen, Heikkonen, Hakuli, Lehto & Tella 2016, 15). Tuloksia voidaan myös hyödyntää infuusiopoliklinikan jatkokehittämisessä poliklinikan siirtyessä osaksi uutta hoitokeskusta.

Tässä tutkimuksessa vuorovaikutuksen käytännön toteutumista tutkitaan infuusiopoliklinikan asiakkaiden kokemana. Mittarina käytetään strukturoitujen kyselylomakkeiden vastauksia. Vastaukset analysoidaan tilastollisesti SPSS-ohjelman avulla. Haluamme lisäksi selvittää, miten erilaiset kyselylomakkeessa kartoitetut taustamuuttujat (ikä, sukupuoli, aiemmat käynnit poliklinikalla tai sairaalassa)

lassa, työelämässä tai eläkkeellä oleminen) mahdollisesti vaikuttavat kokemukseen vuorovaikutuksen toteutumisesta. Oletuksena on, että esimerkiksi asiakkaan ikä tai sukupuoli saattavat vaikuttaa sekä itse vuorovaikutustapoihin, että kokemukseen vuorovaikutuksen onnistumisesta.

Pohdimme opinnäytetyöprosessin alussa eri näkökulmista potilaan hyvää kohtelua, hoitotyön eettisyyttä, potilaan oikeuksien toteutumista ja yleensäkin laadukkaan hoitotyön tunnusmerkkejä ja osa-alueita. Koska päämääränä on kehittää omaa ammatillisuutta, tavoitteena on löytää käytännönläheinen näkökulma ja tutkimusasetelma, jota voitaisiin soveltaa arkipäivän hoitotyön tasolle. Katsomme tärkeäksi tuoda opinnäytetyössä esille erilaisia perusteluita vuorovaikutuksen merkitykselle hoitotyössä. Käymme läpi hoitosuhteessa tapahtuvan vuorovaikutuksen erityispiirteitä ja sen merkitystä osana potilasturvallisuutta, näyttöön perustuvaa hoitotyötä, potilaan hoitomotivaation ylläpitämistä ja toivon säilyttämistä. Tarkastelu antaa paremman pohjan esimerkiksi tilastollisen tulosten merkityksen pohdintaan. Lisäksi sen avulla lukija saa kattavamman kuvan, miten monella tasolla vuorovaikutus käytännössä voi vaikuttaa.

2 Vuorovaikutus hoitosuhteessa

2.1 Sanallinen ja sanaton viestintä vuorovaikutuksessa

Vuorovaikutuksella tarkoitetaan sitä, että siihen osallistuvat henkilöt vaikuttavat vuorotellen toisiinsa. Vuorovaikutukseen osallistuu vähintään kaksi osapuolta, joiden välillä viesti tai sanoma kulkee. (Mäkisalo-Ropponen 2011, 99.) Symmetria keskustelussa tarkoittaa sitä, että kaikki keskustelijat ovat tasaveroisia. Myös puheenvuorojen laatu, tietämys ja ymmärrys ovat silloin yhteneväisiä. Vastavuoroisuudessa on kyse siitä, että osaa kuunnella puhujaa ja arvostaa hänen ajatuksiinsa. (Väisänen, Niemelä & Suua 2009, 15,19.)

Keskeisiä elementtejä vuorovaikutuksessa ovat sanat; ne ovat ilmaisukeinoja, jotka kuvastavat puhujan suhdetta toiseen henkilöön (Haho 2014). Sanalliseen viestintään kuuluu kohteliaisuus, joka on toisen ihmisen huomioon ottamista ollen hyvin olennainen asia ihmissuhdeammateissa. Esimerkiksi teitittelyllä osoitetaan kunnioitusta ja arvostusta asiakasta kohtaan. Teitittelyllä voi myös osoittaa oman

roolinsa vuorovaikutuksessa niin, että työntekijä puhuu oman organisaation edustajana eikä omana itsenään. (Niemi, Nietosvuori & Virikko 2006, 29-30.)

Parhaimmillaan vuorovaikutus on oppimista, jossa on tavoitteena näkemysten laajentaminen. Tärkeimmät asiat vuorovaikutuksen onnistumisessa ovat, osaako toinen osapuoli lähettää sanoman ymmärrettävästi, kuunteleeko toinen osapuoli viestin, kuuleeko hän sen, ja miten viesti tulkitaan. (Mäkisalo-Ropponen 2011, 99.)

Vuorovaikutussuhteen viestinnästä arviolta yli puolet on sanatonta viestintää. Sanattomalla viestinnällä pyritään tukemaan, täydentämään, painottamaan, kumoamaan tai jopa korvaamaan sanallista viestintää. (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors 2007, 38-39.) Sanaton viestintä välittyy hyvin nopeasti toiselle ihmiselle. Sanattomaan viestintään kuuluvat esimerkiksi katsominen, keskusteluetäisyys, kehon liikkeet, eleet, koskettaminen ja pukeutuminen. Sanaton vuorovaikutus alkaa jo ennen varsinaista keskustelua. Ensivaikutelman syntyyn vaikuttaa se mitä sanotaan, mutta myös se miten tervehditään ja katsotaan toista silmiin. (Väisänen ym. 2009, 28.)

Usein kiireellisen hoitotyön kannalta on hyvä muistaa, että varsinkin kriittisissä tilanteissa sanaton viestintä on luotettavampaa kuin sanallinen. Hyvä vuorovaikutus vaatii, että sanallinen ja sanaton viestintä ovat yhdenmukaisia. (Kauppila 2011, 33.) Esimerkiksi epäkohteliaisuuden vaikutelma voi syntyä huomiotta jättämisestä, puhumisesta ilman katsekontaktia tai kiireisestä suhtautumisesta asiakkaaseen (Niemi ym. 2006, 29).

2.2 Vuorovaikutuksen erityispiirteitä hoitosuhteessa

Hoitajan ja potilaan välinen vuorovaikutus tapahtuu hoitosuhteessa, joka on ammatillinen ja kestää potilaan hoidon tarpeen ajan. Hoitosuhteeseen tulee suhtautua aina samankaltaisesti ja vuorovaikutuksen tulee aina olla laadukasta lyhyessäkin hoitosuhteessa. (Rautava-Nurmi, Westergård, Henttonen, Ojala & Vuorinen 2013, 28-29.)

Vaikka vuorovaikutus on vähintään kahden henkilön välistä viestintää ja toisiinsa vaikuttamista, hoitajalla on enemmän vastuuta ja velvollisuuksia hoito- ja asiakassuhteessa kuin asiakkaalla. Hoitajan toimintaa ohjaa hänen ammatillinen tietämyksensä, vastuu hoitosuhteen kehittymisestä sekä eettiset ohjeet. Asiakkaalla on sen sijaan vastuu oman terveytensä edistämisestä sekä velvollisuus kertoa asioista rehellisesti, jotta hän saisi tarvitsemansa avun ja tiedon. (Kyngäs ym. 2007, 155-156.)

Vuorovaikutussuhde alkaa hoitajan osalta jo ennen ensimmäistä vuorovaikutustilannetta asiakkaan kanssa. Hoitajalla on useimmiten tietoa asiakkaasta ennen kuin he tapaavat. Asiakkaan ja hoitajan ensimmäinen tapaaminen ansaitsee erityistä huomiota, sillä se määrää sen millaiseksi suhde muodostuu jatkossa. Esimerkiksi kaikissa ihmissuhteissa on tärkeää, että kykenee tunnistamaan toisen nimellä ja tämä korostuu auttamistyössä. (Sundeen, Stuart, Rankin & Cohen 1987, 141-142.)

Potilaan ja hoitohenkilökunnan välinen luottamuksellinen vuorovaikutussuhde poikkeaa muista inhimillisistä vuorovaikutussuhteista myös siinä, että hoitavat henkilöt joutuvat käsittelemään ihmisten arkaluonteisia asioita ja puuttumaan niihin. Autettavan henkilön tulee tuntee, että häntä kunnioitetaan ja hänen asioitaan ajatellaan parhain päin. Hoitotyön ammattilaisen on tiedettävä, millaista kohtelua palvelujen käyttäjä toivoo ja minkälaiseen osallistumiseen hänellä on mielestään voimavaroja. (Leino-Kilpi & Välimäki 2014, 14, 28, 83.)

Ammattilaisen ja potilaan kohtaamisessa ovat läsnä yhteiskunnassa ja palvelujärjestelmässä vallitsevat totuudet, pyrkimykset, asenteet, lainsäädäntö, ohjeet ja normit sekä työn tekemiseen liittyvät rakenteelliset ehdot. Lopulta on kuitenkin kyse siitä, miten asiakas tulee tilanteessa kohdatuksi ihmisenä. Työntekijä vastaa henkilökohtaisesta vuorovaikutuksesta asiakkaan kanssa, vaikka tilanteessa olisi rajoittavia tekijöitä. (Mäkisalo-Ropponen 2011, 167-168.)

2.3 Vuorovaikutustaitojen merkityksestä ja kehittämisestä

Vuorovaikutustaitojen arviointi ja kehittäminen ovat olennainen osa hoitotyön osaamista. Mäkisalo-Ropposen mukaan hoitotyöntekijät kokevat usein olevansa vuorovaikutuksen ammattilaisia ja asiantuntijoita. Heidän tulisi kuitenkin muistaa,

että vuorovaikutustaidoissa ei kukaan tule koskaan täysin oppineeksi. Vuorovaikutustaitoja voi oppia vain kohtaamalla ihmisiä ja ottamalla oppia omista onnistumisista ja epäonnistumisista. (Mäkisalo-Ropponen 2011, 167-168.)

Vuorovaikutussuhteita luotaessa hoitajan on hyvä muistaa, että potilas on oman elämänsä ja hoitaja ammattinsa asiantuntija. Hoitajan pitää tukea potilasta kertomaan taustatekijöistään, tarpeistaan, odotuksistaan ja pyrkimyksistään. (Kyngäs ym. 2007, 39-40.)

Hyvät vuorovaikutustaidot auttavatkin potilaan ongelmien tunnistamisessa ja potilaat sopeutuvat paremmin sairautensa hoitoon. Epäonnistuneella vuorovaikutuksella saattaa olla pitkälle meneviä vaikutuksia hoidon toteuttamiseen ja hoitoon sitoutumiseen. Epämiellyttävä, turhauttava tai ahdistava käynti voi aiheuttaa jopa kielteisen suhtautumisen omaa hoitoaan tai henkilökuntaa kohtaan. (Kettunen & Gerlander 2013, 293-295.)

Ihmisten tulisi kehittää viestintätaitojaan, jotta välttyttäisiin virhetulkinnoilta ja epäselvyyksiltä. Hyvä viestintätaito mahdollistaa onnistumisen vuorovaikutustilanteissa, mutta ei takaa kuitenkaan sosiaalisia taitoja. Epäselvyyksien välttämiseksi olisi kuitenkin tärkeää pyrkiä elävöittämään viestintää ja tekemään se mahdollisimman konkreettiseksi. (Kauppila 2011, 25, 30.)

Vuorovaikutustaitoihin sisältyy myös taito ja herkkyys havainnoida. Falk (2003) ja Väisänen ym. (2009) ovat todenneet, että hoitotyössä pyritään tavoitteelliseen vuorovaikutukseen, jolloin hoitotyöntekijä kuulee, näkee ja havaitsee sekä sanallista että ei-sanallista (liikkeet, eleet, äänensävy, reviiri, hiljaisuus, kosketus yms.) viestintää. Potilaan viestejä ymmärtääkseen työntekijän on opeteltava taitoa olla läsnä ja eläytyä. Tällöin on kyettävä näkemään näkyvän käyttäytymisen taakse, todelliseen tarpeeseen, viestiin tai tunteeseen. (Mäkisalo-Ropponen 2011, 167-168.)

2.4 Vuorovaikutus osana potilasturvallisuutta

Keskeisenä terveydenhuollon ammattilaisen välineenä vuorovaikutus vaikuttaa työn laatuun, siis myös potilasturvallisuuden toteutumiseen. (Kettunen & Gerlan-

der 2013, 293). Vaikkakin näyttöön perustuva lääketiede ja hoitosuositukset ohjaavat turvallista hoidon toteuttamista, pelkkä hoitosuosituksen seuraaminen voi johtaa tilanteisiin, joissa potilaan yksilöllisiä ominaisuuksia, vaikkapa hänen elämäntilannettaan ja muita sairauksiaan, ei huomioida hoitoa suunniteltaessa ja annettaessa. Tästä voi seurata hoidon huonompi vaikuttavuus ja ennakoitua suuremmat haitat. (Komulainen 2013, 137.)

Potilasturvallisuuden kannalta ovat potilaan osallistuminen ja osallisuus tärkeitä asioita. Osallistumisella tarkoitetaan mukanaoloa muiden määrittelemässä tilanteessa ja osallisuus syntyy osallistumisesta, toiminnasta ja vaikuttamisesta. Terveystenhoitohenkilöstön asenne ja suhtautuminen potilaiden osallisuuteen välittyy potilaille jokaisessa kohtaamisessa. (Kettunen & Gerlander, 2013, 300-301.)

Vuorovaikutuksen onnistumiseen liittyy kiinteästi vuorovaikutuksen selkeys. Ongelmat vuorovaikutussuhteessa ja kielellisessä yhteisymmärryksessä voivat uhata potilasturvallisuutta. (Kettunen & Gerlander 2013, 293-295.) Vuorovaikutuksen selkeyttä lisää se, että tarkistaa tulkinnat, joista ei ole varma. Viestin lähettäjä ei voi olla varma, miten hänen viestinsä on vastaanotettu ja ymmärretty. Kuulijan on sanottava ääneen, jos hän epäilee, että ei ole ymmärtänyt kuulemaansa. (Mäkisalo-Ropponen 2011, 105.)

Selkeys ja tulkintojen oikeellisuuden varmistaminen ovat keskeisiä turvallisuutta edistävän vuorovaikutuksen piirteitä lääkehoidossa. Esimerkiksi kun hoitaja antaa potilaalle lääkkeen, kertoo hän samalla, mikä lääke on ja mihin tarkoitukseen, sekä muun oleellisen tiedon lääkkeestä. (Saano & Taam-Ukkonen 2014, 296.) Hoitajan on selvitettävä, kenelle lääke tulee ja varmistettava tämän henkilöllisyys. Lääkkeenannon yhteydessä on aina kysyttävä potilaan nimi ja henkilötunnus, jotta lääkkeen saa varmasti oikea potilas. Jos käytössä on tunnistusranneke, voidaan henkilöllisyys tarkastaa myös siitä. (Rautava-Nurmi ym. 2013, 133.)

2.5 Vuorovaikutuksen rooli näyttöön perustuvassa hoitotyössä

Näyttöön perustuvan hoitotyön tavoitteena on potilaan paras mahdollinen hoito. Se on parhaan saatavilla olevan ajantasaisen tiedon harkittua käyttöä asiakkaan/potilaan hoidossa ja terveyden edistämisessä sekä hänen läheistensä huomioimisessa. Tavoitteena on vastata hoidon tarpeeseen käyttäen vaikuttaviksi

tunnistettuja menetelmiä ja hoitokäytäntöjä. (STM 2009; Sarajärvi, Mattila & Rekola 2011,15.)

Hyväksi havaittu hoitokäytäntö perustuu monipuoliseen tietoon vaikuttavuudesta. Sen perustana ovat tutkimus, asiantuntijuus tai vahvan kokemuksen kautta syntynyt näyttö. Asiantuntijuuteen kuuluu potilaslähtöisen toiminnan perusteleva tieteellisellä tiedolla, kokemukseen perustuvalla tiedolla sekä potilaan kokemukseen perustuvalla tiedolla. (Sarajärvi ym. 2011,15, 55.)

Näyttöön perustuvan toiminnan lähtökohtana ovat asiakkaan tai potilaan erilaiset terveyteen liittyvät ongelmat (Lauri 2003, 12). Sarajärven & Isolan (2006) mukaan potilasta pidetään oman elämänsä asiantuntijana (Sarajärvi ym. 2011, 51). Asiakkaan motivaatio ja mahdollisuudet hallita omaa tilannettaan on arvioitava, jotta hoitotyö onnistuisi. On arvioitava myös asiakkaan osallistuminen oman hoitonsa suunnitteluun ja toteuttamiseen sekä tunnettava asiakkaan tai potilaan odotukset hoidosta ja hoidon tuloksista. (Lauri 2003, 12.)

Sarajärvi ym. (2011) toteavat, että onnistuakseen näyttöön perustuva hoitotyö edellyttää toimivaa ja arvostavaa vuorovaikutusta osapuolten kesken. Näyttöön perustuvassa hoitotyön päätöksenteossa hoitotyöntekijä yhdistää asiakaslähtöisyyden ja tutkimustiedon kliinisen asiantuntijuuden avulla, jotta potilas saa juuri hänelle sopivan hoidon ja palvelun. Hoitotyöntekijä näkee asiakkaan kokonaistilanteen, eikä pelkästään sairautta ja ongelmaa. Hänellä on tieteellisen tiedon lisäksi kyky tunnistaa asiakkaiden tilanteiden erilaisuutta ja muuttaa omia toimintatapojaan tarvittaessa. (Sarajärvi ym. 2011, 70 - 72.)

2.6 Vuorovaikutus osana potilaan oikeuksien toteutumista

Hoitotyötä ohjaava eettinen lähtökohta ovat potilaan oikeudet (Kangasniemi, Lämsimies-Antikainen, Halkoaho & Pietilä 2012, 114). Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista säädetään potilaan oikeudesta hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon ja siihen liittyvään kohteluun. Lain tarkoituksena on vahvistaa potilaan oikeusturvaa ja luottamuksellisen hoitosuhteen syntymistä. (Väisänen 2004, 88, 31.) ETENE-julkaisuissa 1 (2001) todetaan: *Jokaisella on yhtäläinen ja ainutkertainen ihmisarvo. ihmisen kunnioittamiseen kuuluvat inhimillinen kohtelu, luottamuksel-*

lisuus, ja yksityisyyden suoja, hyvä vuorovaikutus ja rehellisyys sekä tiedonsaannin yksilön vaikuttamismahdollisuuksien ja itsemääräämisoikeuden edistäminen. (Väisänen 2004, 31.)

Haho (2014) toteaa artikkelissaan, että pelkkä tahtominen ja tiedostaminen eivät riitä takaamaan eettisyyden toteutumista potilaan kohtaamisessa, vaan sen tulee ilmetä myös hoitajan käytöksessä, kuten sanoissa, eleissä ja toiminnassa. Eettisen hoitamisen keskeisiä taitoja ovat pysähtyminen, kuunteleminen ja keskusteleminen. (Haho 2014.)

Toimiva vuorovaikutus liittyy myös riittävään tiedonsaantiin. Potilaalle kuuluu antaa selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä sekä eri hoitovaihtoehtoista ja niiden vaikutuksista. On annettava tietoa myös muista potilaan hoitoon liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä päätettäessä hänen hoidostaan. Selvityksen anto on kuitenkin aina määriteltävä potilaskohtaisesti ja terveydenhuollon ammattihenkilön tulee antaa se niin, että potilas ymmärtää sen sisällön. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.) Potilaalla on terveydenhuollossa itsemääräämisoikeus, joka tarkoittaa oikeutta osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon ja silloin juuri riittävällä tiedonsaannilla on merkitystä (ETENE 2001).

Potilaan ohjaus ja neuvonta ovat osa hoitohenkilöstön ammattitaitoa ja ne kuuluvat myös potilaan oikeuksiin. Ohjaus onkin tärkeä osa asiakkaiden hoitoa, sillä hyvin onnistuessaan sillä on vaikutusta asiakkaiden ja heidän omaistensa terveyteen, terveyttä edistävään toimintaan sekä kansantalouteen (Kääriäinen & Kynäs 2014). Potilaalle on tärkeää saada ohjausta sairauteensa ja tulevaan hoitoonsa liittyen. Hoitotoimenpiteiden yhteydessä potilas odottaa, että hoitaja selostaa mitä hän tekee. (Heikkinen & Laine 1997, 139.)

Potilaalla on lain mukaan tiedonsaantioikeus sekä oikeus tehdä muistutus ja kantelu asiastaan. Hänellä on oikeus kuulla mahdollisimman pian, jos hoidossa tapahtuu jotain ennalta arvaamatonta, kuten vahinko, hoitovirhe tai läheltä piti -tilanne. Tapahtumasta voi potilaalle jäädä pitkäaikainen tai pysyvä haitta tai arkea haittaavia oireita, jolloin luottamus terveydenhuoltoon kohtaan voi kärsiä. (Halila 2013, 226-228.)

2.7 Turvallisuuden tunteen, luottamuksen ja toivon edistäminen

Potilasturvallisuuden toteutumisen lisäksi myös asiakkaan tunne turvallisesta hoidosta on tärkeää. Turvallisuuden tunnetta on sivuttu Salmelan (2015) tutkimuksessa Asiakaslähtöisyyden toteutuminen Oulun yliopistollisen sairaalan medisiinisessä päiväsairaalassa. Salmela katsoo, että henkilökunnan rauhallinen, ystävällinen ja potilasta arvostava käyttäytyminen sekä hoitoympäristössä työskentelevien yhteistyö ovat tärkeitä tekijöitä potilaan turvallisuuden kokemiselle ja luottamuksen synnyttämiseksi. (Salmela 2015, 19, 54.) Esimerkiksi henkilökunnan tapa esitellä itsensä toi kiitosta ja loi turvallisuuden tunnetta (Salmela 2015, 50).

Kiire ja kiireen tunne ovat tavallisia haasteita hoitotyössä ja siten jatkuvasti läsnä myös vuorovaikutustilanteissa. Potilas kuitenkin odottaa hoitajan pysähtyvän hetkeen, sillä se tuottaa potilaalle turvallisuuden tunteen (Heikkinen & Laine 1997, 137-138). Potilaan ja hoitajan lähtökohdat tilanteisiin saattavat olla tässä suhteessa hyvin erilaiset. Heikkinen & Laine (1997) toteavatkin, että potilas kokee ajan merkityksen tilanteessa eri tavalla kuin hoitaja. Hoitajan kokema kiire ei aina välity potilaalle, mutta kiireen tai kiireettömyyden potilas aistii hoitajan olemuksesta. Kohdatessaan hoitajan potilas tulkitsee hoitajan olemusta ja mahdollisuutta lähestyä häntä. Kiireetön, ystävällinen, rauhallinen ja varma hoitaja koetaan turvallisuutta luovana. (Heikkinen & Laine 1997, 137, 139.)

Sairaala on usein potilaalle vieras ympäristö ja siellä vastaantulevat asiat saattavat tuntua ahdistavilta. Heikkisen & Laineen (1997) mukaan jo ympäristön vieraus herättää turvattomuuden tunnetta, ja että hoitaja voi omilla vuorovaikutustaidoillaan lievittää tilannetta. Esimerkiksi hoitajan kohtaamisessa käyttämä arkipuhe yhdistää sairaalamaailman potilaan tuttuun ja turvalliseen arkimaailmaan. (Heikkinen & Laine 1997, 138.)

Luottamus ja luottamusta herättävä vuorovaikutus ovat yhteistyön onnistumisen kannalta oleellisia hoito- tai auttamissuhteen kestosta, muodosta tai luonteesta riippumatta. Luottamuksen herättää ihminen, joka ei tuomitse muita, on empaattinen, ymmärtää aidosti sekä välittää ihmisenä. Luotettava ihminen toimii johdon-

mukaisesti ja ennustettavasti. Puheiden lisäksi hän osoittaa luottamuksenarvoisuutensa ja johdonmukaisuutensa myös teoillaan. Potilaalle tulee tunne, että työntekijä hyväksyy hänet omana itsenään. (Raatikainen 2015, 18, 51-52.)

Potilaan epäluottamus syntyy työntekijän ei-ammattillisesta ja epäasiallisesta käyttäytymisestä. Työntekijän tulee hallita henkilökohtaisuuden ja ammattilaisuuden rajat varsinkin silloin, kun kohdataan jotain itselle vieraampaa, kun potilaan elämäntilanne ja -tapa ovat erilaiset kuin hänen omansa. (Raatikainen 2015, 132.)

Luottamusta herättävällä vuorovaikutuksella on tärkeä rooli esimerkiksi pitkäaikaisesti ja vakavasti sairaiden potilaiden hoidossa. Childin (2001) mukaan luottamus on ihmissuhteissa elinvoimaa lisäävä tekijä, joka lisää ihmisen toivoa ja uskoa tulevaisuuteen. Kun ihmisellä on kokemusta luotettavista ihmisistä, voimistuu toivo tulevaisuutta kohtaan. Raatikainen (2015) katsookin, että juuri luottamuksen toivoa ja uskoa luova vaikutus ja siihen pyrkiminen ovat sosiaali- ja terveysalan työssä tärkeä työn lähtökohta ja perusta. (Raatikainen 2015, 18.) Lehtosen (2013) mukaan varsinkin vakavissa sairauksissa toivon säilymiseen on kiinnitettävä erityistä huomiota. Toivon ylläpitäminen vaatii hoitohenkilökunnalta rehellisyyttä ja inhimillistä taitoa, jopa henkilökohtaista kasvua, kun ennuste ei lupaa paranemista. (Lehtonen 2013, 19.)

3 Tutkimuksen tarkoitus ja tavoitteet

Tämän opinnäytetyön tarkoitus on kartoittaa infuusiopoliklinikan asiakkaiden kokemuksia vuorovaikutuksen toteutumisesta terveydenhuollon ammattilaisten kanssa hoitokäynnin aikana. Terveydenhuollon ammattilaisilla tarkoitetaan tässä yhteydessä hoitajia, lääkäreitä tai muuta vastaanottohenkilökuntaa. Opinnäytetyön tavoitteena on tuottaa tulosten analysoinnilla ja tarkastelulla hyödynnettävää tietoa infuusiopoliklinikan asiakaslähtöisten palveluiden kehittämiseksi.

Opinnäytetyön tutkimuskysymykset ovat:

* Miten infuusiopoliklinikan asiakas on kokenut vuorovaikutuksen toteutuneen terveydenhuollon ammattilaisen kanssa hoitokäynnin aikana?

* Mikä yhteys on asiakkaiden taustatekijöillä (ikä, sukupuoli, tilannetekijät) heidän näkemyksiinsä vuorovaikutuksen toteutumisesta?

4 Opinnäytetyön toteuttaminen

4.1 Tutkimusmenetelmä, kohderyhmä ja aineiston keruu

Tutkimus toteutettiin osana Etelä-Karjalan keskussairaalan Infuusiopoliklinikan tutkimus- ja kehittämishanketta. Hankkeen yhteydessä tutkimusainestoa kerättiin sekä laadullista että määrällistä tutkimusta varten. Tässä tutkimuksessa pitäydettiin määrällisesti mitattavassa aineistossa ja määrällisessä tutkimusmenetelmässä, mittarina käytettiin strukturoitua kyselylomaketta.

Kyselyyn osallistuneet olivat infuusiohoidossa käyviä asiakkaita eri erikoisalojen poliklinikoilta: reumatautien-, neurologian-, gastroenterologian-, keuhkotautien-, ihotautien- ja syöpähoitoyksiköistä. Kyselylomakkeita tarjottiin infuusiopoliklinikan asiakkaille täytettäväksi asiakaskäynnin aikana. Osa osallistuneista (n=18) antoi vastaukset kyselyyn suullisesti osana ennalta sovittua haastattelututkimusta.

Aineisto kerättiin ennalta määrätyllä kolmen kuukauden aikajaksolla. Ajanjakso edusti infuusiopoliklinikan normaalia ja vakiintunutta toimintaa. Haastatteluun osallistuvat valikoituivat erikoisalojen poliklinikoiden hoitajien tiedusteltua asiakkaan halukkuutta osallistua kyselyyn.

4.2 Mittari

Tutkimuksen mittarina käytettiin strukturoitua kyselylomaketta. Kyselylomakkeeseen sisältyi kaiken kaikkiaan 61 väittämää sairaalan tiloista, opasteiden toimivuudesta ja näkyvyydestä sekä henkilökunnan toiminnasta ja vuorovaikutuksesta. Tässä tutkimuksessa havaintoaineisto kerättiin kyselylomakkeen 38:n vuorovaikutusta koskevan väittämän avulla (Liite 1).

Hoitokäynnin yhteydessä - ennen varsinaista infuusiohoitoa - asiakkaat kävivät erikoisalan poliklinikalla joko sairaanhoitajan vastaanotolla, lääkärin vastaan-

otolla tai molemmissa. Kyselylomakkeessa vuorovaikutuksen toteutumista kysyttiin aulatiloiissa saadun ohjauksen ja neuvonnan, hoitajan vastaanoton, lääkärin vastaanoton ja infuusiopoliklinikalla tapahtuneen hoidon osalta.

Strukturoidun kyselylomakkeen vastausvaihtoehdoissa käytettiin 5-portaista Likert-asteikkoa: samaa mieltä - lähes samaa mieltä - lähes eri mieltä - täysin eri mieltä - en osaa sanoa. Kaavakkeessa esitetyt väittämät laadittiin siten, että ne noudattivat samansuuntaisuuden periaatetta. Jokaisen väittämän kohdalla samaa mieltä oleminen kuvasi asian tilan tai toiminnan kannalta positiivisempaa vaihtoehtoa kuin eri mieltä oleminen.

Kyselylomakkeessa oli osio, jossa kysyttiin osallistujan taustatietoja. Tässä tutkimuksessa taustatiedoista valittiin taustamuuttujiksi ikä, sukupuoli, aikaisemmat käynnit ja status työmarkkinoilla. Näitä käytettiin taustamuuttujina vertailemaan mahdollisia osallistujaryhmien välisiä eroja vastauksissa.

Kyselylomake laadittiin Saimaan ammattikorkeakoulun ja Etelä-Karjalan keskussairaalan yhteistyönä. Laadinnan perusteena olivat kehittämishankkeen mukaiset tavoitteet hoitotyön ja asiakaslähtöisten prosessien kehittämiseksi.

4.3 Aineiston käsittely ja analysointi

Vastauskaavakkeita palautettiin yhteensä 73, joista 18 palautui haastattelututkimuksen yhteydessä ja infuusiopoliklinikalla täytettäväksi tarjotuista kaavakkeista palautui 55. Kaavakkeiden vastaukset ja taustamuuttujat siirrettiin ensin Excel-taulukkoon. Excel-taulukkoon syötettäessä jokainen vastausvaihtoehto sai oman numeron: 4=samaa mieltä, 3=melko samaa mieltä, 2=melko eri mieltä, 1=eri mieltä ja 0=en osaa sanoa. Vastaamattomat kohdat saivat tässä vaiheessa arvon -1. Tällä tavalla vastauskaavakkeiden taustatiedot ja vastaukset saatiin siirrettyä taulukkoon havaintomatriisiksi ja ne olivat jatkokäsiteltävissä eri tavoin SPSS-ohjelmassa.

Likert-asteikollisen aineiston tunnusluvut

Kysymyskaavakkeissa käytetty Likert-asteikollinen asennetta tai mielipidettä kuvaava asteikko on ordinaaliasteikko, jossa vakiintuneen käytännön mukaan käy-

tetään tunnuslukuna mediaania (Valli 2015; Vilkkä 2007). Järjestysluvullista asteikkoa ei yleensä suositella käsiteltävän välimatka-asteikon tapaan, koska eri asenteiden kuten samaa mieltä ja melko eri mieltä välistä suuruutta ei voi objektiivisesti määritellä (Sullivan & Artino 2013).

Välimatka-asteikolliseen aineistoon tarkoitettujen menetelmien käytöstä Likert-asteikolliseen aineistoon on kuitenkin useanlaisia käytäntöjä ja näkemyksiä. Yleinen motivaatio käsitellä Likert-asteikkoa kuten välimatka-asteikkoa on, että pelkästään järjestysasteikkoon tarkoitettuja menetelmiä käyttämällä osa tutkimuksen sisältämästä informaatiosta häviäisi (Valli 2015, 25). Sullivan ym. (2013) toteavat, että on pystytty melko luotettavasti osoittamaan välimatka-asteikollisille tarkoitettujen menetelmien pystyvän tuottamaan totuudenmukaisia tuloksia myös Likert-asteikossa, huolimatta esimerkiksi aineiston huomattavasta jakauman vinoudesta. Valinnan perustelut tulisi kuitenkin aina tuoda esille.

Tässä tutkimuksessa kaikkien vastausten mediaani, yhtä lukuun ottamatta, oli tasan 4, eli korkein mahdollinen. Tällainen tulos olisi epäsensitiivinen muiden havaintojen suhteen, esimerkiksi havainnolle, että joidenkin vastauksien kohdalla oli tilastollisesti merkitseviä eroja eri taustamuuttujien vaikutuksesta. Lisäksi hoidon turvallisuuteen liittyvän tutkimuksen yhteydessä yksittäistäkin henkilöä tai pientä joukkoa koskevat huomiot voivat olla tärkeitä. Tässä tutkimuksessa päädyttiinkin käyttämään tunnuslukuina tarkempia arvoja tuottavaa keskiarvoa ja sen rinnalla keskihajontaa (Liite 1). Näin saadut tulokset näyttivät heijastelevan vastauksissa esiintynyttä mielipiteiden hajontaa johdonmukaisesti eräiden kysymysten ja tiettyjen teemojen kohdalla. Vaikka ratkaisu asettaa rajoitteita tilastolliselle yleistämiselle, sillä voidaan paremmin poimia esille toiminnan ja potilasturvallisuuden kehittämisen kannalta olennaisia havaintoja. Mediaanin tai keskiarvon käytöstä riippumatta, yksittäiselle Likert-asteikolle kysymykselle yksiselitteisin ja tyhjintävin kuvaus on vastausvaihtoehtojen jakauma. Jokaisen vastauksen jakauma on koottu Liitteeseen 2.

Tilastollisten testien käyttö ryhmien vertailussa

Toisin kuin Likert-asteikon asteikon tunnuslukujen osalta, tilastollisten testien osalta pitäydettiin perinteisesti ordinaaliasteikkoon sovelletuissa ei-parametrisissä menetelmissä. Yksittäisen taustamuuttujan vaikutusta kahden eri ryhmän vastauksiin testattiin Mann-Whitneyn U-testillä ja useamman ryhmän välisiä eroja vastauksissa tarkasteltiin Kruskal-Wallis -testillä. (Valli 2014; Vilkkä 2007.)

Puuttuvien havaintojen käsittely

Kyselykaavakkeen havaintomatriisissa esiintyi 438 puuttuvaa havaintoa koko kyselytutkimuksen 2774 mahdollisesta Likert-asteikollisesta havainnosta. Puuttuvalla havainnolla tarkoitetaan tässä yhteydessä tyhjän vastauksen tai vastausvaihtoehdon ”en osaa sanoa” antamista. Puuttuvien havaintojen eli aineistohukan käsittelyssä tulee varmistaa, ettei sillä vääristetä tuloksia. Mikäli aineisto on tarpeeksi laaja, voi harkita havaintoyksikön (kyselyyn osallistujan) poistamista kokonaan havaintomatriisista. Pienemmässä otoksessa tämä ei kuitenkaan tule kysymykseen. On kuitenkin varmistettava, etteivät puuttuvat havainnot keskity johonkin tiettyyn vastaajaryhmään, mikä saattaisi vääristää tilastollisia analyysejä. (Vilkkä 2007, 108-109.)

Aineiston suppeuden vuoksi tutkimuksessa päädyttiin säilyttämään kaikki havaintoyksiköt. Valintaa voi perustella sillä, että yli puolet (arviolta 268) tämän tutkimuksen tyhjästä vastauksista annettiin seuraavista syistä: osallistuja ei joko ollut käynyt hoitokerran aikana lääkärin tai hoitajan luona, ollut saapunut sairaalaan pääaulan kautta tai ollut saattajan tarpeessa. Näin ollen puuttuvat vastaukset eivät johtuneet sellaisista syistä, jotka olisivat vääristäneet muita vastauksia, koskien esimerkiksi infuusiopoliklinikalla annettua hoitoa.

Puuttuvat havainnot eivät myöskään painottuneet mihinkään havaintoyksiköiden luokkaan, esimerkiksi tiettyyn ikäryhmään tai sukupuoleen. Lisäksi SPSS-ohjelmassa varmistettiin suodatustoiminnolla, etteivät puuttuvat havainnot vaikuttaneet tilastollisiin analyyseihin.

5 Tulokset

5.1 Taustamuuttujat

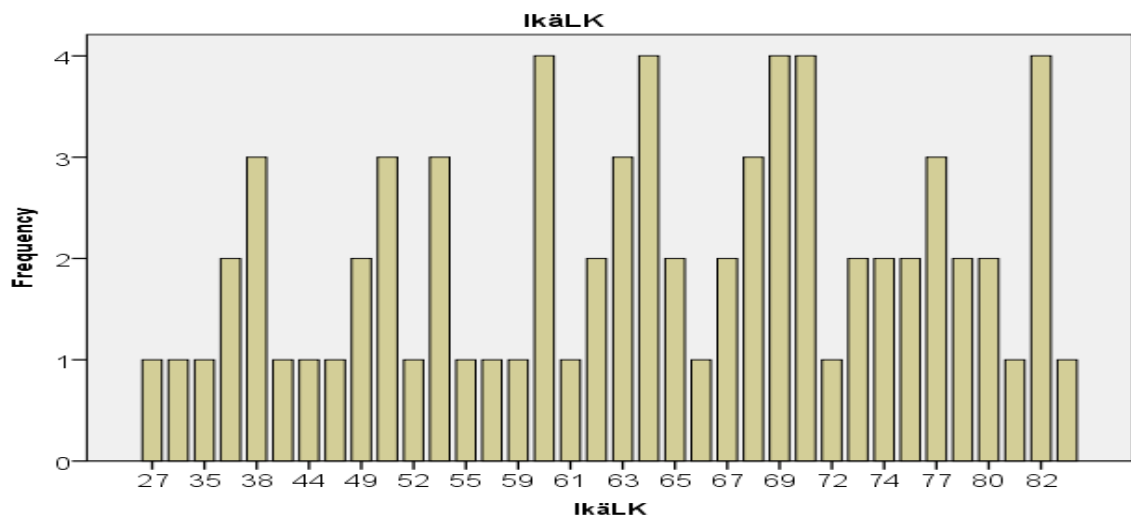
Ikä ja sukupuoli

Vastanneiden asiakkaiden (n=73) ikähaarukka oli 27-83 vuotta. Iän keskiarvo on 62,5 vuotta ja mediaani 64. Moodeja ikäjakaumalla on useita (kuvio 1). Neljännes vastanneista oli alle 54 vuotta ja neljännes asiakkaista oli yli 73-vuotiaita.

Tunnusluvut / vastaajien ikä

IkäLK		
N		73
Keskiarvo		62,5
Keskihajonta		13,7
Mediaani		64
Moodi (useita)		60,64,69,70,82
Alakvartiili	25	54,00
Yläkvartiili	75	73,00

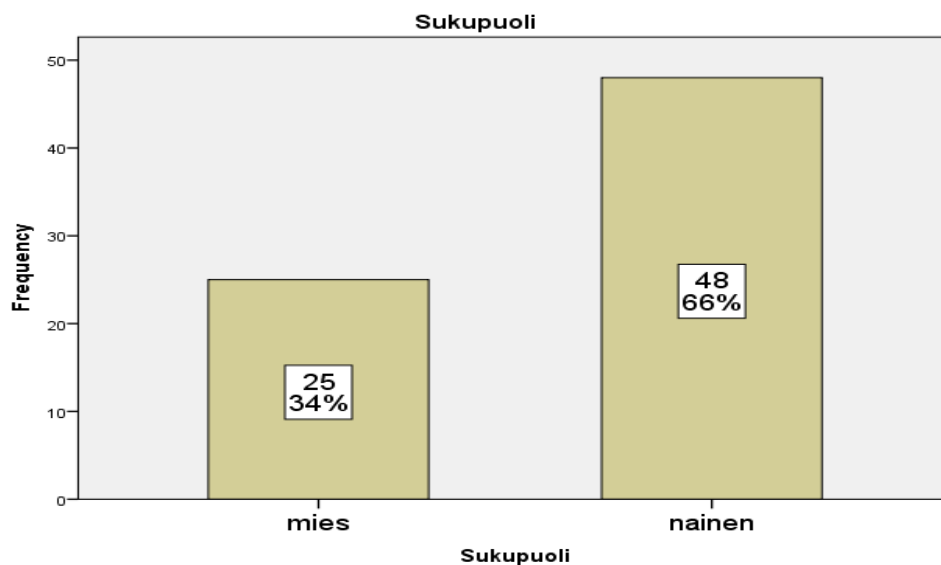
Taulukko 1. Vastanneiden (n=73) ikää koskevat tunnusluvut



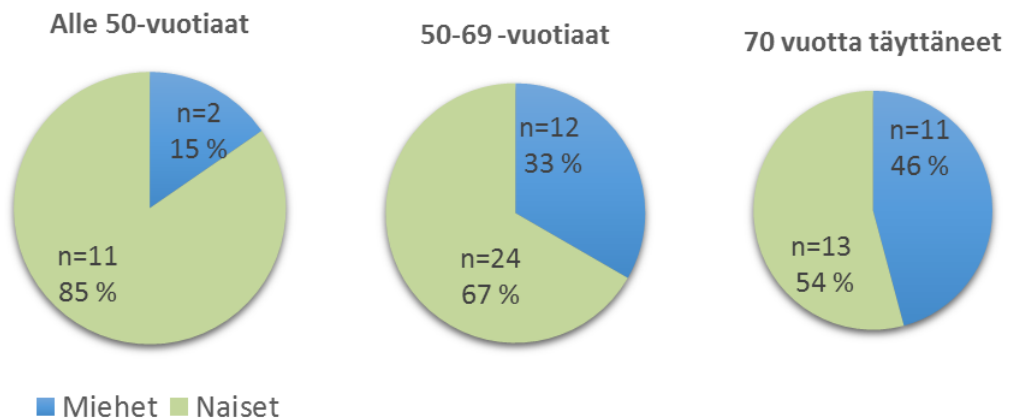
Kuvio 1. Vastanneiden ikäjakauma

Aineiston perusteella ikäryhmät muodostettiin seuraavasti: alle 50-vuotiaat (n=13), 50-69-vuotiaat (n=36) ja 70 vuotta täyttäneet (n=24). Jaottelu katsottiin sopivaksi tarkasteltaessa ikään liittyvien tekijöiden mahdollisia vaikutuksia taustamuuttujana. Tällä jaottelulla toteutui myös riittävä havaintojen määrä kussakin ikäryhmässä.

Vastanneista kaksi kolmasosaa (66%, n=48) oli naisia ja yksi kolmasosa (34%, n=25) miehiä. Miesten osuus kasvoi vanhemmissa ikäryhmissä ollen 15 % alle 50-vuotiaiden ryhmässä ja 46 % 70 vuotta täyttäneiden ryhmässä (kuvio 3).



Kuvio 2. Kaikkien vastanneiden sukupuolijakauma



Kuvio 3. Vastanneiden sukupuolijakauma ikäryhmittäin

Aikaisemmat käynnit infuusiopoliklinikalla tai sairaalassa

Vastanneista noin viidennes (n=16, 22%) oli ensimmäistä kertaa infuusiopoliklinikalla. Ensimmäistä kertaa sairaalassa oli kolme vastaajaa. Ensimmäistä kertaa sairaalassa olevien määrä oli liian pieni tilastolliseen analyysiin tai päätelmien tekoon.

Työelämässä oleminen

Vastanneista 19 (26%) ilmoitti olevansa työelämässä tällä hetkellä. Työelämän ulkopuolella olevista (n=54) valtaosa (n=49) ilmoitti olevansa eläkkeellä ja viisi oli muusta syystä pois työelämästä.

5.2 Vastaajien kokemukset vuorovaikutuksen toteutumisesta

Vastanneet olivat eniten samaa mieltä hoitajan ystävällisestä ja asiallisesta käytöksestä (keskiarvo 3,98, keskihajonta 0,13), henkilöllisyyden varmistamisesta tai tunnistamisesta hoitajan vastaanotolla (keskiarvo 3,98, keskihajonta 0,13), hoitajan kuuntelukyvystä (keskiarvo 3,98, keskihajonta 0,18), sisääntuloaulassa saadusta avusta ja neuvonnasta (keskiarvo 3,96, keskihajonta 0,2) ja hoitohenkilökunnan ystävällisyydestä infuusiopoliklinikalla (keskiarvo 3,94, keskihajonta 0,23). (Liite 1.)

Vastanneet olivat vähiten samaa mieltä väittämistä koskien yksityisyyttä odotus-tilassa (keskiarvo 3,27, keskihajonta 0,89), lääkehoidosta kertomisesta (keskiarvo 3,3, keskihajonta 1,12), lääkkeiden sivuvaikutusten läpikäymisestä (keskiarvo 3,3, keskihajonta 1,07), voinnin kyselystä hoidon aikana (keskiarvo 3,35, keskihajonta 0,82) ja yhteydenottotavasta informoimisesta ongelmien mahdollisesti ilmaantuessa hoidon jälkeen (keskiarvo 3,46, 1,06). Näissä vastauksissa keskiarvot olivat pienimpiä ja vastausten hajonta suurinta (Liite 1). Taulukossa 2 on esitetty vastausten jakautuminen kyseisten väittämien kohdalla.

Minulle kerrottiin, mihin pitää ottaa yhteyttä, jos tulee ongelmia hoidon jälkeen (keskiarvo=3,46; keskihajonta=1,06)	Havainnot	Osuus prosentteina
Eri mieltä	9	13,2
Melko eri mieltä	2	2,9
Melko samaa mieltä	6	8,8
Samaa mieltä	51	75
Yhteensä	68	100
Hoitaja kertoi minulle saamastani lääkehoidosta (keskiarvo=3,33, keskihajonta=1,12)	Havainnot	Osuus prosentteina
Eri mieltä	9	14,8
Melko eri mieltä	4	6,6
Melko samaa mieltä	6	9,8
Samaa mieltä	42	68,9
Yhteensä	61	100
Hoitaja kertoi minulle lääkehoidon sivuvaikutuksista (keskiarvo=3,30, keskihajonta=1,07)	Havainnot	Osuus prosentteina
Eri mieltä	8	12,7
Melko eri mieltä	5	7,9
Melko samaa mieltä	10	15,9
Samaa mieltä	40	63,5
Yhteensä	63	100
Hoitaja tiedusteli vointiani (keskiarvo=3,35, keskihajonta=0,82)	Havainnot	Osuus prosentteina
Eri mieltä	3	4,4
Melko eri mieltä	6	8,8
Melko samaa mieltä	23	33,8
Samaa mieltä	36	52,9
Yhteensä	68	100

Taulukko 2. Vastausten jakautuminen eräissä lääkehoitoa koskevissa väittämissä

5.3 Taustamuuttujien vaikutus vastauksiin

Aikaisempi käynti infuusiopoliklinikalla

Aikaisempi käynti vaikutti taustamuuttujana tilastollisesti merkitsevällä tavalla muutamiin vastauksiin (Taulukko 3). Aikaisemmin käyneet olivat enemmän sitä mieltä, että heidän henkilöllisyytensä tarkastettiin tai heidät muuten tunnistettiin ($p=0,015$) niin, että he kokivat itsensä tervetulleeksi ($p=0,39$) ja että heitä osattiin odottaa poliklinikalla ($p=0,32$). Sen sijaan vastaajat olivat vähemmän sitä mieltä, että hoitaja olisi kertonut lääkkeen sivuvaikutuksista ($p=0,014$). Vastauksien jakautuminen eri vastausvaihtoehdoille on nähtävillä Taulukossa 3.

Hoitaja kertoi minulle lääkehoidon sivuvaikutuksista (p=0,014)		Aikaisemmin infuusiopoliklinikalla		Yhteensä
		ei	kyllä	
	Eri mieltä	0	8	8
	Melko eri mieltä	0	5	5
	Melko samaa mieltä	1	9	10
	Samaa mieltä	12	28	40
	Yhteensä	13	50	63
Henkilöllisyyteni tarkastettiin tai minut tunnistettiin muutoin (p=0,015)		Aikaisemmin infuusiopoliklinikalla		Yhteensä
		ei	kyllä	
	Melko eri mieltä	1	0	1
	Melko samaa mieltä	1	6	7
	Samaa mieltä	11	51	62
	Yhteensä	13	57	70
Minua osattiin odottaa poliklinikalla (p=0,032)		Aikaisemmin infuusiopoliklinikalla		Yhteensä
		ei	kyllä	
	Eri mieltä	1	1	2
	Melko samaa mieltä	3	4	7
	Samaa mieltä	5	21	26
	Yhteensä	9	26	35
Koin itseni tervetulleeksi (p=0,039)		Aikaisemmin infuusiopoliklinikalla		Yhteensä
		ei	kyllä	
	Melko eri mieltä	0	1	1
	Melko samaa mieltä	4	3	7
	Samaa mieltä	10	51	61
	Yhteensä	14	55	69

Taulukko 3. Ristiintaulukoinnit vastauksista, joissa on tilastollisesti merkitsevä ero (Mann-Whitney U-testissä $p < 0,05$) aikaisemmin käyneiden ja ensimmäistä kertaa infuusiopoliklinikalla käyneiden osallistujien vastausten välillä

Ikäryhmien väliset eroavaisuudet vastauksissa

70 vuotta täyttäneet olivat eniten sitä mieltä, että lääkärin käytös oli ystävällistä ja asiallista ($p = 0,016$), että lääkäri kuunteli ($p=0,037$) ja että lääkäriltä sai tarvitun tiedon ($p=0,003$). Myöskään yksityisyyden suojan puutetta ei koettu yhtä negatiivisesti kuin muissa ikäryhmissä ($p=0,22$). (Taulukko 4.) Muiden ikäryhmien välillä vastauksissa ei löydetty tilastollisesti merkitseviä eroja.

Sukupuoli

Sukupuolen vaikutus vastauksiin näkyi tilastollisesti merkitsevällä tavalla kysymyksissä, jotka koskevat yksityisyyden suojaa ja hoitajan kykyä kuunnella. Naiset olivat miehiä enemmän sitä mieltä, ettei heidän yksityisyytensä ole suojattu potilasaulassa ($p=0,024$) tai silloin kun paikalla on muita potilaita ($p=0,049$). Sairaanhoidajan vastaanotolla miehet taas kokivat naisia useammin, että hoitajat eivät kuunnelleet heitä ($p=0,034$). (Taulukko 5.)

Lääkärin käytös oli ystävällistä ja asiallista ($p=0,016$)	Alle 70 vuotiaat	70 vuotta täyttäneet	Yhteensä
Melko samaa mieltä	7	0	7
Samaa mieltä	23	22	45
Yhteensä	30	22	52
Sain lääkäriltä tarvitsemani tiedon ($p=0,003$)	Alle 70 vuotiaat	70 vuotta täyttäneet	Yhteensä
Melko eri mieltä	2	0	2
Melko samaa mieltä	8	0	8
Samaa mieltä	20	22	42
Yhteensä	30	22	52
Lääkäri kuunteli minua ($p=0,037$)	Alle 70 vuotiaat	70 vuotta täyttäneet	Yhteensä
Melko eri mieltä	2	0	2
Melko samaa mieltä	8	0	8
Samaa mieltä	20	22	42
Yhteensä	30	22	52
Koin, että yksityisyyteni oli suojattu, vaikka paikalla oli muita potilaita ($p=0,022$)	Alle 70 vuotiaat	70 vuotta täyttäneet	Yhteensä
Eri mieltä	2	0	2
Melko eri mieltä	4	0	4
Melko samaa mieltä	17	4	21
Samaa mieltä	23	19	42
Yhteensä	46	23	69

Taulukko 4. Ristiintaulukoinnit vastauksista, joissa on tilastollisesti merkitsevä ero (Mann-Whitney U-testissä $p<0,05$) alle 70-vuotiaiden ja 70 vuotta täyttäneiden antamien vastausten välillä

Potilasaulassa yksityisyyteeni oli suojattu (p=0,024)	Sukupuoli		Yhteensä
	mies	nainen	
Eri mieltä	2	2	4
Melko eri mieltä	0	5	5
Melko samaa mieltä	4	17	21
Samaa mieltä	15	14	29
Yhteensä	21	38	59
Hoitaja kuunteli minua (p=0,034)	Sukupuoli		Yhteensä
	mies	nainen	
Melko samaa mieltä	2	0	2
Samaa mieltä	18	42	60
Yhteensä	20	42	62
Koin, että yksityisyyteni oli suojattu, vaikka paikalla oli muita potilaita (p=0,049)	Sukupuoli		Yhteensä
	mies	nainen	
Eri mieltä	0	2	2
Melko eri mieltä	1	3	4
Melko samaa mieltä	5	16	21
Samaa mieltä	19	23	42
Yhteensä	25	44	69

Taulukko 5. Ristiintaulukoinnit vastauksista, joissa on tilastollisesti merkitsevä ero (Mann-Whitney U-testissä $p < 0,05$) eri sukupuolta olevien vastaajien välillä

Työelämässä oleminen

Työelämässä olemista taustatekijänä tarkasteltiin, koska hypotesina oli, että työelämässä olevat saattaisivat olla esimerkiksi hoidon vaatimien käytännön järjestelyjen takia enemmän kiinnostuneita siitä, miten hyvin heidät otetaan mukaan oman hoidon suunnitteluun. Lisäksi kiinnosti, suhtautuvatko työelämässä olevat vuorovaikutukseen toisin kuin esimerkiksi eläkeläiset. Vastauksissa ei kuitenkaan ollut tilastollisesti merkitsevää eroa muihin vastaajiin verrattuna.

6 Yhteenveto ja pohdinta

Tässä opinnäytetyössä tarkasteltiin Etelä-Karjalan keskussairaalan infuusiopoliinikan asiakkaan ja ammattilaisen välisen vuorovaikutuksen toteutumista. Val-

taosa asiakkaista koki vuorovaikutuksen myönteisenä niin henkilökunnan käyttäytymisen kuin tarvittavan avun ja opastuksen saamisen osalta. Vastaukset jakautuivat siten, että kaikista 2336 annetuista vastauksista 95% oli väittämien kanssa joko samaa mieltä tai melko samaa mieltä.

Asiakkaat kokivat vuorovaikutuksen terveydenhuollon ammattihenkilökunnan kanssa olleen ystävällistä ja asiallista niin infuusiopoliklinikalla kuin hoitajan ja lääkärin vastaanotoillakin. Korkeaa tyytyväisyyden tasoa voidaan pitää tärkeänä ja hoitotyön laadukkuutta kuvaavana tuloksena jo esimerkiksi teoriaosiossa esitettyjen näkökulmien valossa: vuorovaikutuksen onnistuminen edistää monella tasolla laadukkaan ja turvallisen hoidon toteutumista. Vuorovaikutus on tärkeä osa myös asiakkaan hoitomotivaation ja toivon ylläpitämistä sekä osa turvallisuuden tunteen syntyä ja potilasturvallisuuden ylläpitämistä eri tilanteissa.

Vaikka kyselyn vastaukset ovat voimakkaasti painottuneet kahdelle positiivisimmalle vastausvaihtoehdolle, lähempi tarkastelu tuo esille sekä mainitsemisen arvoisia että pohtimistakin vaativia asioita, liittyen esimerkiksi tiedonkulun ja turvallisen lääkehoidon varmistamiseen. Huomionarvoista on myös, että tilastollisilla testeillä havaitut iän ja sukupuolen vaikutukset annettuihin vastauksiin saavat tukea aiemmista tutkimuksista.

Tyytyväisyys sairaanhoitajan vastaanottoon

Asiakkaat olivat kaiken kaikkiaan tyytyväisimpiä vuorovaikutuksen toteutumiseen sairaanhoitajan vastaanotolla. Eniten oltiin tyytyväisiä sairaanhoitajan ystävälliseen ja asialliseen käytökseen (Liite 1). Korkeimpia keskiarvoja saivat myös väittämät hoitajan kyvystä kuunnella ja antaa tarvittava tieto. Hoitajan vastaanotolta myös lähdettiin tyytyväisimpinä verrattuna lääkärin vastaanottoon ja infuusiopoliklinikkakäyntiin. Samankaltaisia tuloksia on saanut myös Härkönen (2005) tutkimuksessaan, jossa hän havaitsi potilaiden olleen kaiken kaikkiaan tyytyväisiä hoitajien vuorovaikutustaitoihin vastaanotolla (Härkönen 2005, 37-38).

Sairaanhoitajan vastaanoton osalta vähiten tyytyväisiä hoitajan tapaan ottaa asiakas mukaan hoitosuunnitelman tekemiseen. Asia saattaa olla tarkastelemisen arvoinen, koska esimerkiksi Hartikaisen (2013) mukaan laadukkaan hoidon takaamiseksi sairaanhoitajan vastaanotolla tulisi asiakkaiden kanssa keskustella

hoitotoimista ja -tavoitteista (Hartikainen 2013, 57). Myös hoitoon sitouttaminen tapahtuu asiakasta osallistamalla. Toisaalta tulosta tulee tarkastella sitä vasten, että asiakkaat olivat tyytyväisiä tarvittavan tiedon saantiin tai hoitajan kykyyn kuunnella. Asiakkaille on saattanut jäädä myös epäselväksi, mitä hoitosuunnitelmaan tekemiseen osallistuminen käytännön tasolla tarkoittaa.

Tyytyväisyys infuusiopoliklinikan henkilökunnan toimintaan

Tyytyväisimpiä infuusiopoliklinikan asiakkaat olivat hoitohenkilökunnan ystävällisyyteen, hoidon sujumiseen ongelmitta ja kokemukseen hoidon turvallisuudesta. Asiakkaat myös lähtivät tyytyväisinä kotiin.

Tulosten mukaan aiemmin infuusiopoliklinikalla käyneet asiakkaat kokivat olonsa enemmän tervetulleiksi poliklinikalle tultaessa kuin ensimmäistä kertaa tulevat (*). Tämä voi olla yhteydessä asiakkaan aiempiin positiivisiin käyntikokemuksiin ja tutuksi tulemiseen hoitajien kanssa. Tervetulleeksi itsensä kokeminen kertoo esimerkiksi siitä, että työntekoon kuuluvaa kiire ja kiireen tunne eivät välity asiakkaalle negatiivisella tavalla, ja että asiakkaan saapuessa hänet huomioidaan yksilöllisesti.

Lääkitykseen liittyvä ohjaus, neuvonta ja jatko-ohjeistus

Tutkimukseen osallistuneet olivat vähiten tyytyväisiä infuusiopoliklinikalla kerrottavaan ja läpikäytävään tietoon lääkehoidosta, mahdollisten sivuvaikutusten läpikäyntiin, voinnin tiedusteluun sekä tietoon siitä, mihin voi ottaa yhteyttä tarvittaessa (Liite 1, Taulukko 2).

Ensimmäistä kertaa asiakkaana olevat kokivat eniten saavansa lääkehoitoon liittyvää tietoa ja ohjausta. Aiemmin käyneiden ja ensimmäistä kertaa käyneiden vastausten välillä löytyi lääkkeiden sivuvaikutusten läpikäymisessä tilastollisesti merkitsevä ero (*). Tämä on ymmärrettävää, sillä luonnollisesti ensimmäisellä kerralla huolehditaan riittävästä ja välttämättömästä ohjauksesta ja esimerkiksi lääkkeiden sivuvaikutusten läpikäymisestä.

Lääkehoidon turvallisuuden kannalta olisi kuitenkin syytä toimia jatkuvan tunnistamisen ja varmistamisen periaatteen pohjalta, myös aiemmin käyneiden asiakkaiden kohdalla. Infuusiopoliklinikalla käy paljon asiakkaita, joten on mahdollista,

etteivät hoitajat muista, ketkä asiakkaista ovat saaneet ohjeistusta jo aiemmin. Hoitajat voivat myös vaihtua, joten on aina tärkeää varmistaa asiakkaan riittävä tiedonsaanti jokaisella käyntikerralla. Suonensisäisesti annettavat lääkeinfuusiot voivat olla vahvoja, ja jokaisen asiakkaan reagointi lääkitykseen on yksilöllistä. Myös allergiat ja yliherkkyysoireet voivat kehittyä hoitokertojen välillä, ja esimerkiksi äkilliset painonmenetykset hoitokertojen välillä voivat vaikuttaa lääkkeen sivuvaikutuksiin.

Hoitojen aikana asiakaskaan ei välttämättä ajattele, muista tai kehtaa kysyä jatko-ohjeista. Kun asiakkaille kerrotaan tai kerrataan sekä käydään läpi samat asiat ymmärrettävällä tavalla jokaisella hoitokäynnillä, taataan yhtenäinen ja potilasturvallinen hoitolinja sekä turvallinen, luottamusta herättävä hoitokokemus asiakkaille.

Yksi vuorovaikutuksen keskeinen tehtävä hoitohenkilöstön ja potilaan välillä on lääkityksestä ja hoidosta keskusteleminen (Gerlander, Kivinen, Isotalus & Kettunen 2013, 14). Aiempien tutkimusten tulosten mukaan potilaat ovat toivoneet enemmän keskustelua lääkehoidosta sekä tietoa lääkkeiden mahdollisista sivu- ja haittavaikutuksista (Hiidenhovi 2001, 61; Nykänen 2002, 40; Gerlander ym. 2013, 17). Oleellisenkin tiedon kulku voi kuitenkin kärsiä, jos hoitaja olettaa potilaan tietävän jo ennestään tarpeellisen tiedon lääkehoitoonsa liittyen ja siten jättää keskustelematta asiasta.

län vaikutus vuorovaikutuksen kokemiseen lääkärin vastaanotolla

Tutkimuksen tulosten mukaan iäkkäät asiakkaat (70 vuotta täyttäneet) olivat nuorempia asiakkaita tyytyväisempiä vastaanottojen lääkäreiden toimintaan. Iäkkäämmät asiakkaat kokivat nuoria useammin, että käytös oli ystävällistä ja asiallista (*), että he saivat tarvittavan tiedon lääkäriltä (**), ja että lääkäri otti heidät mukaan hoitoa koskevaan päätöksentekoon (*).

Pohjalan (2009) tutkielman mukaan potilaille on hyvin tärkeää, että lääkäri kuuntelee heidän vaivojaan osoittaen ymmärrystä potilaan ongelmaa kohtaan; aidon kiinnostuksen osoittaminen on tärkeää potilaalle (Pohjala 2009, 90). Sarvilinna (2012) toteaa tutkielmassaan, että potilaan ja lääkärin väliseen vuorovaikutuksen

onnistumiseen ja potilaan tyytyväisyyteen vaikuttaa, kuinka hyvin potilaat kokevat saavansa vastaukset kysymyksiinsä (Sarvilinna 2012, 71).

Nykyaikana ja tulevaisuudessa nuorempi sukupolvi asiakaskunnassa on muuttumassa entistä kriittisemmäksi arvioidessaan saamansa hoidon laatua ja kohtelua vastaanotolla. Esimerkiksi Narvola (2011) on todennut tutkimuksessaan, että lääkärin voi olla helpompi luoda yhteys ikääntyneemmän kuin nuoremman potilaan kanssa, sillä vanhemmalle sukupolvelle lääkärin hierarkkinen auktoriteettiasema on jopa itsestäänselvyys. Lääkärin annetaan hoitaa käyntiä koskeva asia ja hänen asiantuntijuutensa luotetaan ja hänen auktoriteettiaan totellaan. Kasvanut terveystietoisuus on kuitenkin syönyt tätä auktoriteettista asemaa. (Narvola 2011, 66, 74.)

Sukupuolen vaikutus kokemukseen, kuinka hoitaja kuuntelee

Tutkimuksessa oltiin yleisesti tyytyväisiä hoitajilta saatuun kohteluun ja vuorovaikutuksen onnistumiseen. Taustamuuttujia vertailemalla saatiin tulokseksi, että miehet olivat vähemmän tyytyväisiä siihen, kuinka hoitajat kuuntelevat heitä vastaanotolla (*). Samankaltaisia tuloksia on saanut Härkönen (2005) tutkimuksessaan. Asiakkaat olivat kaiken kaikkiaan tyytyväisiä hoitajien vuorovaikutustaitoihin vastaanotolla, mutta naiset olivat kuitenkin tyytyväisempiä hoitajan vuorovaikutustaitoihin kuin miehet. (Härkönen 2005, 37-38.)

Kettusen (2010) tutkimuksen mukaan miehet omaksuvat usein passiivisen kuuntelijan roolin ollessaan vastaanotolla. Vaikeneminen omaan terveyteen liittyvistä asioista, vähäiset kysymykset ja myötäilevät vastaukset jättävät keskustelun ylläpitämisen enimmäkseen hoitohenkilökunnan vastuulle. (Kettunen 2010, 34-35.) Oikarisen (2008) mukaan miehet kokevat liian empaattisuuden haitalliseksi, jolloin he eivät koe saavansa oikeanlaista apua (Oikarinen 2008, 104-105). Jokaisen potilaan lähtökohta vuorovaikutukseen on yksilöllistä, sillä tarve ja kyky siihen vaihtelevat. Työntekijän on oltava herkkä aistimaan kunkin potilaan vuorovaikutustarve. (Raatikainen 2015, 107.)

Sukupuolen vaikutus yksityisyyden kokemiseen

Sukupuolen vaikutus taustatekijänä näkyi yksityisyyden suojaa koskevissa vastauksissa. Naisiasiakkaat olivat vähemmän tyytyväisiä yksityisyytensä suojaan hoitokäynnin aikana kuin miehet (*). Yksityisyyden turvan mahdollisuus osana vuorovaikutuksen toteutumisesta on tärkeä potilaalle. Rautava-Nurmen ym. (2013) mukaan jokaisella potilaalla on henkilökohtainen tila, johon vaikuttavat vuorovaikutus ja fyysinen ympäristö. Potilas voi kokea yksityisyyden loukkauksena, jos muut potilaat kuulevat tai näkevät hänen asioitaan. (Rautava-Nurmi ym. 2013, 23.) Asiakkaan on saatava itsemääräämisoikeuden periaatteen mukaisesti säädellä, missä määrin ja miten yksityisyyteen puututaan. Leppäsen ym. (1997) tutkimustuloksissa tuli esille, että naiset arvioivat potilaana ollessaan yksityisyyden säilymisen tärkeämmäksi kuin miehet (Leppänen, Töyry & Vehviläinen-Julkunen 1997, 181). Kokemus yksityisyyden säilymisestä on kuitenkin aina yksilöllistä, ja muiden kuullen asioiden puhuminen saattaa saada potilaat varautuneiksi. Esimerkiksi ahtaissa hoitotiloissa saattaa joutua keskustelemaan arkaluontoisiakin asioita muidenkin kuin hoitohenkilökunnan kuullen. Tarpeen mukaan hoitajan on varattava tila ja aikaa luottamuksellista keskustelua varten (Rautava-Nurmi ym. 2013, 23).

7 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

7.1 Tutkimuksen luotettavuus

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tulosten luotettavuutta arvioidaan tutkimuksen validiteetin ja reliabiliteetin näkökulmista (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 189). Validiteetti tarkoittaa kykyä mitata tutkimuksessa sitä mitä oli tarkoituskin. Kyse on siitä, onko tutkija onnistunut siirtämään tutkimuksen teorian ja ajatuksensa lomakkeeseen eli mittariin. (Vilkka 2007, 150.) Tähän tutkimukseen saatiin ohjaajien valmiiksi laatima kyselylomake, jota päästiin vielä täydentämään lisäehdotuksilla. Tämän tilanteen ohjaamana laadittiin valmiin kyselylomakkeen pohjalta opinnäytetyön tutkimustehtävät.

Vilkan (2005) ja Hirsjärven ym. (2005) mukaan reliabiliteetti tarkoittaa tutkimuksen kykyä tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Tällä viitataan siihen, että tutkijasta riippumatta tutkimuksesta saadaan sama tulos, kun mittaus toistetaan. Tutkimuksen toistettavuus taataan tutkimuksen tarkalla toteutuksella, jolloin tutkimukseen ei sisälly satunnaisvirheitä. (Vilka 2007, 149.)

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta lisää riittävän suuri otosjoukko (Heikkilä 2014, 178). Analysoitavaksi saatiin yhteensä 73 kyselylomaketta, joista 18 tuli opiskelijoiden haastattelemilta asiakkaita. Tätä voidaan pitää riittävänä määränä luotettavuuden kannalta. Tilastollisten testien ja tunnuslukujen käytössä noudatettiin yleisiä tutkimuskäytäntöjä. Likert-asteikkoisen aineiston analyysissä kuitenkin käytettiin mediaanin sijasta keskiarvoa ja keskihajontaa. Valintaa perusteltiin yleisellä käytännöllä tilanteissa, joissa vaarana on havaintoja koskevan tarkemman informaation häviäminen. Potilasturvallisuutta koskevissa asioissa yksilöä tai pientä joukkoa koskevien havaintojen merkitys on suurempi kuin esimerkiksi tutkimuksissa, joissa etsitään suurempaa joukkoa koskevia yleistyksiä.

Tulokset kertovat tutkimukseen osallistuneiden asiakkaiden kokemasta vuorovaikutuksesta ammattilaisten kanssa erikoisalanpoliklinikoilla ja infuusiopoliklinikalla, joten tuloksia ei voida yleistää muualle. Heikkilä (2004) toteaaakin, että mitaustuloksia ei saa yleistää tehdyn tutkimuksen ulkopuolelle, tutkimustulokset ovat aikaan ja paikkaan sidotut (Vilka 2007, 149).

Tutkimuksen aikana on pyritty toimimaan objektiivisesti. Yleisen tutkimuskäytännön mukaisesti tutkimuksen tulosten on oltava tutkijasta riippumattomia (esimerkiksi Heikkilä 2014, 28-29). Tässä opinnäytetyössä objektiivisuuteen on pyritty myös siksi, koska esitetyjä tuloksia on tarkoitus soveltaa hoitotyön kehittämiseen. Objektiivisuuteen pyrittiin myös erottamalla selkeästi toisistaan omat näkemykset lähdemerkinnöistä.

Täytyy myös huomioida, että tilastollisesti merkitsevä tulos ei ole suora kuvaus todellisuudesta, eikä tilastollinen merkitsevyys myöskään osoita suoraa syy-seuraus-suhdetta. Tilastollinen merkitsevyys lähinnä motivoi siihen, että vastauksiin vaikuttavia eri tekijöitä on syytä tarkastella lähemmin. Tässä opinnäytetyössä tilastollisesti merkitsevien vuorovaikutusta koskevien havaintojen tueksi on pyritty

löytämään vastaavanlaisia havaintoja aiemmista tutkimuksista tai muuten arvi-
oitu, onko havainto tärkeä toiminnan, asiakaslähtöisyyden tai potilasturvallisuus-
den kannalta.

Lähteiden valinnan kriteerinä on ollut luotettavuus ja hoitotyössä tapahtuvan vuo-
rovaikutuksen kannalta olennaisen tiedon kerääminen monipuolisesti eri läh-
teistä. Käytetyt lähteet ovat olleet mahdollisimman uusia. Mukaan on kuitenkin
kelpuutettu myös joitakin vanhempia lähteitä, koska tällä hetkellä ei ole vallalla
yhtenäistä ja yleisesti hyväksyttyä teoreettista viitekehystä hoitotyössä tapahtu-
vasta vuorovaikutuksesta, jonka perusteella esimerkiksi kymmenen vuotta van-
hemmat teokset olisivat epärelevantteja vuorovaikutuksen syvällisemmän ym-
märtämisen tai sitä koskevan tiedon lisääntymisen näkökulmasta.

7.2 Tutkimuksen eettisyys

Kun tieteellinen tutkimus tehdään hyvän tieteellisen käytännön sääntöjä noudat-
taen, ovat tulokset uskottavia ja lopputulos eettisesti hyväksyttävä ja luotettava.
Käytännön tasolla tämä tarkoittaa, että tutkimustyössä noudatetaan rehellisyyttä,
huolellisuutta ja tarkkuutta. Tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmien tu-
lee olla tieteellisen tutkimuksen mukaisia. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta
2012, 6.) Opinnäytetyö oli osa Eksoten ja Saimaan ammattikorkeakoulun tutki-
musprojektia, jolle oli saatu eettisen työryhmän puoltava lausunto ja tutkimus-
lupa. Osallistujat saivat saatekirjeen, jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta
ja osallistumisesta.

Suurin osa tutkittavista (n=55) valikoitui tutkimukseemme sattumanvaraisesti, en-
nalta sovitun (3 kuukautta) ajanjakson aikana. Haastatteluun osallistuneet (n=18)
asiakkaat sovittiin etukäteen kunkin erikoisalain poliklinikan hoitajan kanssa.
Haastattelutilanteissa pyrittiin olemaan ohjailematta asiakkaiden mielipiteiden ja
näkemysten suuntaa. Täysin varma ei kuitenkaan voi olla, etteikö läsnäolo jollain
tavalla olisi vaikuttanut vastauksiin.

Potilaiden anonymiteetin tulee säilyä tutkimuksessa, ja tutkijoita ohjaa lupaus sa-
lassapitovelvollisuudesta ja tietojen luottamuksellisuudesta (Kankkunen & Vehvi-
läinen-Julkunen 2013, 221). Kyselylomakkeiden vastauksissa ei tullut esille vas-
taajien nimiä eikä heitä voi tunnistaa taustamuuttujien pohjalta.

Tutkittavien täytyy tietää minkälaiseen tutkimukseen he ovat osallistumassa ja heille täytyy antaa mahdollisuus kysymysten esittämiseen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013, 219). Päätöksenteon on tapahduttava ilman painostusta ja pelkoa kieltäytymisen seurauksista. Tutkimukseen osallistuvaa voidaan kuitenkin motivoida kertomalla, millaista uutta tietoa tavoitellaan, ja kuinka tuloksia voidaan mahdollisesti hyödyntää. (Tampereen yliopisto 2016.) Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista ja osallistumisen saattoi keskeyttää minä hetkenä vain vastaaja halusi. Osallistujat allekirjoittivat kaavakkeen tietoisesta suostuksesta, mikä oli ehtona vastausten käsittelylle.

8 Päätelmät, kehittämissuositukset ja jatkotutkimushaasteet

Tutkimuksen tavoitteena oli selvittää, miten asiakkaat kokivat vuorovaikutuksen toteutuneen Etelä-Karjalan keskussairaalassa erikoisalapoliklinikoiden lääkärien ja hoitajien vastaanotoilla sekä infuusiopoliklinikalla hoitohenkilöstön kanssa. Lisäksi tarkastelun kohteena oli taustamuuttujien vaikutus asiakkaiden kokemukseen.

Tuloksien perusteella henkilökunnan toiminta on omiaan tukemaan asiakkaan hoitoon sitoutumista, itsehoitoa ja potilaan oikeuksien toteutumista. Luottamusta herättävä ja ystävälliseksi koettu henkilökunnan toiminta luo tukevan perustan asiakaslähtöisten prosessien ja potilasturvallisten käytäntöjen kehittämiseksi jatkossa. Tilastollinen analyysi toi esille positiivisten tulosten lisäksi yksittäisiä seikkoja, jotka sopivat kehittämistoimenpiteiden ja jatkopohdintojen aiheiksi. Tuloksia voidaan hyödyntää kehitettäessä infuusiopoliklinikan yhtenäistä, potilasturvallista ja asiakaslähtöistä toimintaa.

Käytäntöön voitaisiin laatia toimenpidemalli asiakkaiden ohjaukseen ja neuvontaan sekä tiedonsaantiin liittyen. Jokainen käynti infuusiopoliklinikalla olisi syytä aloittaa henkilöllisyyden ja lääkehoidon kannalta olennaisten perusasioiden varmistamisella. Käyntikertojen välillä voi asiakkaalle ilmaantua yliherkkyyksiä, allergioita tai vaikkapa huomattavaa painonlaskua, jolloin lääkehoidon antamista ja annostusta voidaan joutua harkitsemaan. Lääkehoitoa saavan potilaan tulee saada ohjausta ja kertausta lääkkeen vaikutuksesta, mahdollisista sivuvaikutuksista sekä hänen tulee myös saada tieto, minne voi tarvittaessa ottaa yhteyttä.

Näin voitaisiin jokaisella hoitokerralla – asiakkaan tai hoitajan vallitsevista ennako-oletuksista tai hoitohenkilökunnan vaihtuvuudesta huolimatta – rutiininomaisesti varmistaa tietojen ajantasaisuus.

Infuusiopoliklinikan uusia tiloja suunnitellessa olisi hyvä ottaa huomioon yksityisyyden suoja. Muiden asiakkaiden kuullen ei ole suotavaa käydä läpi hoidettavan yksityisiä asioita. Väljemmät tilat ovat myös osa potilasturvallisuutta, sillä kulkeminen hoitotiloissa helpottuu ja mahdolliset vaaratilanteet vähenevät.

Asiakslähtöiseen hoitotyöhön kuuluu asiakkaan mukaanotto tasavertaisena kumppanina hoitoon liittyvässä suunnittelussa ja päätöksenteossa. Asiakkailla oli vastausten perusteella jonkin verran epätietoisuutta siitä, minkä verran heitä otettiin mukaan oman hoitonsa suunnitteluun. Hoitohenkilökunnan on tärkeää käyttää ymmärrettävää kieltä, jotta vältytään väärinymmärryksiltä hoidon suhteen. Asiakkaalle on annettava mahdollisuus esittää kysymyksiä ja toiveita hoitoonsa liittyen.

Jatkossa vastaavanlainen kysely voitaisiin suorittaa infuusiopoliklinikan asiakkailla uudestaan ja siten saataisiin tietoa muutosten vaikutuksista käytännössä. Koska vuorovaikutus on keskeinen ja monella tasolla vaikuttava väline ja osatekijä hoidon tavoitteiden saavuttamisessa, vuorovaikutusta voitaisiin tutkia samalla tutkimusmenetelmällä erilaisissa hoitoympäristöissä ja hoitoketjuissa. Jatkotutkimuksen aiheeksi sopisi myös vuorovaikutuksen kokeminen hoitajan näkökulmasta, oman ammatillisuuden kehittämiskohteena ja työvälineenä.

Taulukot

Taulukko 1. Vastanneiden (n=73) ikää koskevat tunnusluvut, s. 9

Taulukko 2. Vastausten jakautuminen eräissä lääkehoitoa koskevissa väittämissä, s. 22

Taulukko 3. Ristiintaulukoinnit vastauksista, joissa on tilastollisesti merkitsevä ero (Mann-Whitney U-testissä $p < 0,05$) aikaisemmin käyneiden ja ensimmäistä kertaa infuusiopoliklinikalla käyneiden osallistujien vastausten välillä, s. 23

Taulukko 4. Ristiintaulukoinnit vastauksista, joissa on tilastollisesti merkitsevä ero (Mann-Whitney U-testissä $p < 0,05$) alle 70-vuotiaiden ja 70 vuotta täyttäneiden antamien vastausten välillä, s. 24

Taulukko 5. Ristiintaulukoinnit vastauksista, joissa on tilastollisesti merkitsevä ero (Mann-Whitney U-testissä $p < 0,05$) eri sukupuolta olevien vastaajien välillä, s. 25

Kuviot

Kuvio 1. Vastanneiden ikäjakauma, s. 19

Kuvio 2. Kaikkien vastanneiden sukupuolijakauma, s. 20

Kuvio 3. Vastanneiden sukupuolijakauma ikäryhmittäin, s. 20

Lähteet

ETENE 2001. Terveystieteiden yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). ETENE-julkaisuja 1. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö.

Gerlander, M., Kivinen, T., Isotalus, P. & Kettunen, T. 2013. Potilaan osallistuminen lääkehoidosta keskustelemiseen. *Tutkiva hoitotyö* 11 (2), 14.

Haho, A. 2014. Asiakkaan ja potilaan kohtaaminen. <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/asiakkaan-ja-potilaan-kohtaaminen/> Luettu 28.11.2016.

Halila, R. 2013. Potilaan oikeudet. Teoksessa Aaltonen, L-M & Rosenberg, P (toim.) Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Hartikainen, T. 2013. Lääkäriaseman asiakkaiden arviointeja sairaanhoitajan vastaanoton laadusta. Itä-Suomen yliopisto. Terveystieteiden tiedekunta. Pro gradu –tutkielma. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20140005/. Luettu: 26.11.2016.

Heikkilä, T. 2014. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Publishing Oy.

Heikkinen, R-L. & Laine, T. 1997. Hoitava kohtaaminen. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Hiidenhovi, H. 2001. Palvelumittarin kehittäminen sairaalan poliklinikalla. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos. Akateeminen väitöskirja. <https://tampub.uta.fi/handle/10024/67135>. Luettu: 5.12.2016.

Härkönen, E. 2005. Potilaiden kuvaus tyytyväisyydestään hoitajavastaanottoon polikliinisessä hoitotyössä erikoissairaanhoidossa. Kuopion yliopisto. Yhteiskuntatieteellinen tiedekunta. Pro gradu- tutkielma.

Kangasniemi, M., Länsimies-Antikainen, H., Halkoaho, A. & Pietilä A-M. 2012. Potilaan velvollisuudet hoitotyössä. Teoksessa: Sairaanhoitajan eettiset pelisäännöt. Hoitotyön vuosikirja 2012. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Helsinki: Fioca Oy.

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

Kauppila, R. 2011. Vuorovaikutus- ja sosiaaliset taidot. Vuorovaikutusopas opettajille ja opiskelijoille. 3. painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

Kettunen, T. 2010. Maskuliinisuus miesten terveystieteiden tiedekunta. Pro gradu-tutkielma. <https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/23250/URN%3aNBN%3afi%3ajyu-201004191543.pdf?sequence=1>. Luettu 1.2.2017.

- Kettunen, T. & Gerlander, M. 2013. Viestintä terveydenhuollon vuorovaikutussuhteissa. Teoksessa Aaltonen, L-M & Rosenberg, P (toim.) Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 293-295, 300-301.
- Komulainen, J. 2013. Näyttöön perustuva lääketieteellinen hoito – käypä hoito ja muut hoitosuositukset. Teoksessa Aaltonen, L-M & Rosenberg, P. (toim.) Potilasturvallisuuden perusteet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 137.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2014. Ohjaus-tuttu mutta epäselvä käsite. <https://sairaanhoitajat.fi/artikkeli/ohjaus-tuttu-mutta-epaselva-kasite/>. Luettu 3.12.2016.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 17.8.1992/785. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>. Luettu: 28.11.2016.
- Lampinen, M., Heikkonen, A., Hakuli, V., Lehto, B. & Tella, S. 2016. Infuusiopoliinikka osana hoitokeskusta – Asiakaslähtöisten prosessien kehittäminen Ekso-ten ja Saimaan ammattikorkeakoulun yhteistyönä. Hankesuunnitelma. Julkaisematon.
- Lauri, S. 2003. Näyttöön perustuva hoitotyö. Helsinki: Werner Söderström Oy.
- Lehtonen, J. 2013. Toivo ja epätoivo. Teoksessa Pelkonen, R., Huttunen, M. & Saarela, K. (toim.) Sairaus ja toivo. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 19.
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2014. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Leppänen, T., Töyry, E. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Potilaiden käsitys ihmisläheisen hoidon sisällöstä. Hoitotiede 9 (4), 181. Teoksessa: Töyry, E. 2001. Hoidon ihmisläheisyys erikoissairaanhoidossa. Mittarin kehittäminen ja käyttö. Kuopion yliopiston julkaisuja. Yhteiskuntatieteet. Väitöskirja.
- Mäkisalo-Ropponen, M. 2011. Vuorovaikutustaidot sosiaali- ja terveysalalla. Helsinki: Tammi.
- Narvola, E. 2011. Lääkäri kohtaa potilaan – Yhteiskunnallinen muutos potilas-lääkäri-suhteen muokkaajana. Itä-Suomen yliopisto. Yhteiskuntatieteiden ja kauppatieteiden tiedekunta. Pro gradu-tutkielma. http://epublications.uef.fi/pub/urn_nbn_fi_uef-20110451/urn_nbn_fi_uef-20110451.pdf. Luettu 1.2.2017.
- Niemi, T., Nietosvuori, L. & Virikko, H. 2006. Hyvinvointialan viestintä. Helsinki: Edita Publishing Oy.
- Nykänen, K. 2002. Potilaiden kokemuksia hoidosta naistentautien poliklinikalla. Turun yliopisto, hoitotieteen laitos. Pro gradu –työ. Julkaisussa: Stakes, aiheita 18/2002.

Oikarinen, A. 2008. Kainuulaisten miesten terveystietäytyminen – Kulttuurinen näkökulma. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Väitöskirja. <http://jultika.oulu.fi/files/isbn9789514288401.pdf>. Luettu 9.1.2017

Pohjala, P. 2009. Asiakkaan osallistumisen vaikutus koettuun laatuun lääkäripalveluissa. Helsingin kauppakorkeakoulu. Markkinointi. Maisterin tutkinnon tutkielma. <http://epub.lib.aalto.fi/ethesis/id/12173>. Luettu: 9.12.2016

Raatikainen, E. 2015. Lujita luottamusta. Asiakassuhteen rakentaminen sosiaali- ja terveysalalla. Jyväskylä: PS-kustannus.

Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2013. Hoitotyön taidot ja toiminnot. 1.-2. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Saano, S. & Taam-Ukkonen, M. 2014. Lääkehoidon käsikirja. 1.-3. painos. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Salmela, S. 2015. Asiakaslähtöisyyden toteutuminen Oulun yliopistollisen sairaalan medisiinisessä päiväsairaalassa. Lapin AMK. Sairaanhoidtaja, YAMK. Opinnäytetyö. https://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/100685/Salmela_Senja.pdf?sequence=1. Luettu 28.11.2016.

Sarajärvi, A., Mattila, R-L. & Rekola, L. 2011. Näyttöön perustuva toiminta - Avain hoitotyön kehittämiseen. Helsinki: WSOYpro Oy.

Sarvilinna, S. 2012. Lääkärin ja potilaan vuorovaikutus tutkimuskohteena. Jyväskylän yliopisto. Puheviestinnän pro gradu –tutkielma. <https://jyx.jyu.fi/dspace/handle/123456789/39922>. Luettu 29.11.2016.

STM 2009. Johtamisella vaikuttavuutta ja vetovoimaa hoitotyöhön. Toimintaohjelma 2009-2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:18. Helsinki: Sosiaali- ja terveysministeriö. <https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/111909/URN%3ANBN%3Afi-fe201504226780.pdf?sequence=1>. Luettu 25.11.2016.

Sullivan, G. & Artino, A. 2013. Analyzing and interpreting data from Likert-type scales. *Journal of Graduate Medical Education*, December 2013. <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC3886444/>. Luettu 17.2.2017, 541-542.

Sundeen, S., Stuart, G., Rankin, E. & Cohen, S. 1987. Vuorovaikutus –avain hoitotyöhön. Porvoo: Werner Söderström osakeyhtiö.

Tampereen yliopisto 2016. Tutkittavien informointi. Tietoarkisto. Aineistonhallinnan käsikirja. <http://www.fsd.uta.fi/aineistonhallinta/fi/tutkittavien-informointi.html>. Luettu 10.1.2017

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Teoksessa Varantola, K., Launis, V.,

Helin, M., Spoof S. & Jäppinen, S. (toim.) Helsinki: Tutkimuseettinen neuvottelukunta. http://www.tenk.fi/sites/tenk.fi/files/HTK_ohje_2012.pdf. Luettu 10.1.2017, 6.

Valli, R. 2015. Johdatus tilastolliseen tutkimukseen. 2. uudistettu painos. Jyväskylä: PS-kustannus.

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

Väisänen, S. 2004. Hoitotyön etiikkaa oppimaan. Kajaanin ammattikorkeakoulun julkaisusarja C1.

Väisänen, L., Niemelä, M. & Suua, P. 2009. Sanat työssä –vuorovaikutus ammattitaitona. Helsinki: Kotimaa-Yhtiöt Oy/Kirjapaja.

Liite 1

Vuorovaikutusta koskevat väittämät – korkein keskiarvo ensin	N	Min	Max	Mean	StdDev
Hoitajan käytös oli ystävällistä ja asiallista (ShVo)	62	3	4	3,98	0,13
Henkilöllisyyteni tarkastettiin tai minut tunnustettiin muutoin (ShVo)	59	3	4	3,98	0,13
Hoitaja kuunteli minua (ShVo)	62	3	4	3,97	0,18
Sain tarvittavan avun aulassa henkilökunnalta (aulapalvelut)	49	3	4	3,96	0,2
Minut ohjattiin oikeaan paikkaan (aulapalvelut)	45	3	4	3,96	0,21
Sain hoitajalta tarvitsemani tiedon (ShVo)	60	3	4	3,95	0,22
Henkilökunta oli ystävällistä (InfPol)	70	3	4	3,94	0,23
Lähdin tyytyväisenä pois hoitajan luota (ShVo)	61	3	4	3,93	0,25
Hoitoni sujui ongelmitta (InfPol)	71	2	4	3,92	0,37
Lähdin tyytyväisenä kotiin (infpol)	69	3	4	3,91	0,28
Intimiteettisuoja oli mielestäni riittävä (InfPol)	70	2	4	3,9	0,39
Koin oloni turvalliseksi koko hoidon ajan (InfPol)	70	2	4	3,89	0,36
Lääkärin käytös oli ystävällistä ja asiallista	52	3	4	3,87	0,35
Koin itseni tervetulleeksi (InfPol)	69	2	4	3,87	0,38
Sain itselleni mieluisan hoitopaikan (InfPol)	68	3	4	3,87	0,34
Henkilöllisyyteni tarkastettiin tai minut tunnustettiin muutoin (InfPol)	70	2	4	3,87	0,38
Olin tietoinen jatkohoidostani (InfPol)	69	1	4	3,87	0,45
Hoitaja tiedusteli vointiani (ShVo)	61	1	4	3,85	0,57
Lääkäri tiedusteli vointiani	51	2	4	3,82	0,43
Hoitaja oli tietoinen minun lääkityksestäni (InfPol)	69	1	4	3,81	0,65
Lääkehoitoni kesto osattiin arvioida (InfPol)	70	1	4	3,8	0,6
Kaikki hoitoni osallistuneet tiesivät tilanteeni hoidon kestäessä (InfPol)	66	1	4	3,8	0,59
Lääkäri kuunteli minua	52	2	4	3,79	0,5
Sain lääkäriltä tarvitsemani tiedon	52	2	4	3,77	0,51
Lähdin tyytyväisenä pois lääkärin luota	51	2	4	3,75	0,52
Hoitaja otti minut mukaan hoitosuunnitelmani tekemiseen (ShVo)	55	1	4	3,71	0,6
Minut kutsuttiin nimellä vastaanotolle (lääkärin vastaanotto)	62	1	4	3,69	0,84
Lääkäri otti minut mukaan hoitoani koskevaan päätöksentekoon	47	2	4	3,66	0,56
Sain hoitoni aikana välipalaa (InfPol)	65	1	4	3,65	0,93
Minua osattiin odottaa poliklinikalla (InfPol)	35	1	4	3,63	0,77
Sain tarvittaessa saattajan (ShVo))	35	1	4	3,63	0,77
Sain väliaikatietoja hoitoni kuluessa (InfPol)	68	1	4	3,62	0,83
Koin, että yksityisyyteni oli suojattu, vaikka paikalla oli muita potilaita (InfPol)	69	1	4	3,49	0,74
Minulle kerrottiin, mihin pitää ottaa yhteyttä, jos tulee ongelmia hoidon jälkeen (InfPol)	68	1	4	3,46	1,06
Hoitaja tiedusteli vointiani (InfPol)	68	1	4	3,35	0,82
Hoitaja kertoi minulle saamastani lääkähoidosta (InfPol)	61	1	4	3,33	1,12
Hoitaja kertoi minulle lääkähoidon sivuvaikutuksista (InfPol)	63	1	4	3,3	1,07
Potilasaulassa yksityisyyteeni oli suojattu (erikoisalan poliklinikka)	59	1	4	3,27	0,89

Vuorovaikutusta koskevat väittämät korkeimman vastauskeskiarvon mukaan lajiteltuna. N=annettujen vastausten määrä, Min=pienin havaittu arvo, Max=suurin havaittu arvo (1=eri mieltä, 2=melko eri mieltä, 3=melko samaa mieltä, 4=samaa mieltä), Mean=keskiarvo, StdDev=vastausten keskihajonta, InfPol=infuusiopoliklinikka, ShVo=sairaanhoitajan vastaanotto.

Liite 2

VASTAUSTEN JAKAUTUMINEN VUOROVAIKUTUSTA KOSKEVISSA VÄITTÄMISSÄ

Frequency=annettujen vastausten määrä, Total=yhteensä, Valid Percent=lukumäärän suhteellinen osuus prosentteina (max. 100%).

Aulapalveluita koskevat väittämät

Sain tarvittavan avun aulassa henkilökunnalta

	Frequency	Valid Percent
Melko samaa mieltä	2	4,0
Samaa mieltä	47	96,0
Total	49	100,0

Minut ohjattiin oikeaan paikkaan

	Frequency	Valid Percent
Melko samaa mieltä	2	4,4
Samaa mieltä	43	95,6
Total	45	100,0

Erityisalapoliklinikan potilasaula

Potilasaulassa yksityisyyteeni oli suojattu

	Frequency	Valid Percent
Eri mieltä	4	6,8
Melko eri mieltä	5	8,5
Melko samaa mieltä	21	35,6
Samaa mieltä	29	49,2
Total	59	100,0

Lääkärin vastaanotto

Lääkärin käytös oli ystävällistä ja asiallista

	Frequency	Valid Percent
Melko samaa mieltä	7	13,5
Samaa mieltä	45	86,5
Total	52	100,0

Lääkäri kuunteli minua

	Frequency	Valid Percent
Melko eri mieltä	2	3,8
Melko samaa mieltä	7	13,5
Samaa mieltä	43	82,7
Total	52	100,0

Sain lääkäriltä tarvitsemani tiedon

	Frequency	Valid Percent
Melko eri mieltä	2	3,8
Melko samaa mieltä	8	15,4
Samaa mieltä	42	80,8
Total	52	100,0

Lääkäri tiedusteli vointiani

	Frequency	Valid Percent
Melko eri mieltä	1	2,0
Melko samaa mieltä	7	13,7
Samaa mieltä	43	84,3
Total	51	100,0

Lääkäri otti minut mukaan hoitoani koskevaan päätöksentekoon

	Frequency	Valid Percent
Melko eri mieltä	2	4,3
Melko samaa mieltä	12	25,5
Samaa mieltä	33	70,2
Total	47	100,0

Lähdin tyytyväisenä pois lääkärin luota

	Frequency	Valid Percent
Melko eri mieltä	2	3,9
Melko samaa mieltä	9	17,6
Samaa mieltä	40	78,4
Total	51	100,0

Hoitajan vastaanotto

Henkilöllisyyteni tarkastettiin tai minut tunnistettiin muutoin

	Frequency	Valid Percent
Melko samaa mieltä	1	1,7
Samaa mieltä	58	98,3
Total	59	100,0

Hoitaja kuunteli minua

	Frequency	Valid Percent
Melko samaa mieltä	2	3,2
Samaa mieltä	60	96,8
Total	62	100,0

Sain hoitajalta tarvitsemäni tiedon

	Frequency	Valid Percent
Melko samaa mieltä	3	5,0
Samaa mieltä	57	95,0
Total	60	100,0

Lähdin tyytyväisenä pois hoitajan luota

	Frequency	Valid Percent
Melko samaa mieltä	4	6,6
Samaa mieltä	57	93,4
Total	61	100,0

Infuusiopoliiklinikka

Minua osattiin odottaa poliiklinikalla

	Frequency	Valid Percent
Eri mieltä	2	5,7
Melko samaa mieltä	7	20,0
Samaa mieltä	26	74,3
Total	35	100,0

Sain itselleni mieluisan hoitopaikan

	Frequency	Valid Percent
Melko samaa mieltä	9	13,2
Samaa mieltä	59	86,8
Total	68	100,0

Hoitajan käytös oli ystävällistä ja asiallista

	Frequency	Valid Percent
Melko samaa mieltä	1	1,6
Samaa mieltä	61	98,4
Total	62	100,0

Hoitaja tiedusteli voitiani

	Frequency	Valid Percent
Eri mieltä	2	3,3
Melko samaa mieltä	3	4,9
Samaa mieltä	56	91,8
Total	61	100,0

Hoitaja otti minu mukaan hoitosuunnitelmani tekemiseen

	Frequency	Valid Percent
Eri mieltä	1	1,8
Melko eri mieltä	1	1,8
Melko samaa mieltä	11	20,0
Samaa mieltä	42	76,4
Total	55	100,0

Sain tarvittaessa saattajan

	Frequency	Valid Percent
Eri mieltä	2	5,7
Melko samaa mieltä	7	20,0
Samaa mieltä	26	74,3
Total	35	100,0

Koin itseni tervetulleeksi

	Frequency	Valid Percent
Melko eri mieltä	1	1,4
Melko samaa mieltä	7	10,1
Samaa mieltä	61	88,4
Total	69	100,0

Intimiteettisuoja oli mielestäni riittävä

	Frequency	Valid Percent
Melko eri mieltä	2	2,9
Melko samaa mieltä	3	4,3
Samaa mieltä	65	92,9
Total	70	100,0

Henkilökunta oli ystävällistä

	Frequency	Valid Percent
Melko samaa mieltä	4	5,7
Samaa mieltä	66	94,3
Total	70	100,0

Hoitaja tiedusteli vointiani

	Frequency	Valid Percent
Eri mieltä	3	4,4
Melko eri mieltä	6	8,8
Melko samaa mieltä	23	33,8
Samaa mieltä	36	52,9
Total	68	100,0

Hoitaja oli tietoinen minun lääkityksestäni

	Frequency	Valid Percent
Eri mieltä	3	4,3
Melko samaa mieltä	4	5,8
Samaa mieltä	62	89,9
Total	69	100,0

Henkilöllisyyteni tarkastettiin tai minut tunnistettiin muutoin

	Frequency	Valid Percent
Melko eri mieltä	1	1,4
Melko samaa mieltä	7	10,0
Samaa mieltä	62	88,6
Total	70	100,0

Hoitoni alkoi välittömästi

	Frequency	Valid Percent
Melko samaa mieltä	6	8,8
Samaa mieltä	62	91,2
Total	68	100,0

Hoitaja kertoi minulle lääkityksen sivuvaikutuksista

	Frequency	Valid Percent
Eri mieltä	8	12,7
Melko eri mieltä	5	7,9
Melko samaa mieltä	10	15,9
Samaa mieltä	40	63,5
Total	63	100,0

Hoitaja kertoi minulle saamastani lääkityksestä

	Frequency	Valid Percent
Eri mieltä	9	14,8
Melko eri mieltä	4	6,6
Melko samaa mieltä	6	9,8
Samaa mieltä	42	68,9
Total	61	100,0

Koin, että yksityisyyteni oli suojattu, vaikka paikalla oli muita potilaita

	Frequency	Valid Percent
Eri mieltä	2	2,9
Melko eri mieltä	4	5,8
Melko samaa mieltä	21	30,4
Samaa mieltä	42	60,9
Total	69	100,0

Henkilökunta oli ystävällistä

	Frequency	Valid Percent
Melko samaa mieltä	4	5,7
Samaa mieltä	66	94,3
Total	70	100,0

Lääkehoitoni kesto osattiin arvioida

	Frequency	Valid Percent
Eri mieltä	2	2,9
Melko eri mieltä	1	1,4
Melko samaa mieltä	6	8,6
Samaa mieltä	61	87,1
Total	70	100,0

Sain väliaikatietoja hoitoni kuluessa

	Frequency	Valid Percent
Eri mieltä	5	7,4
Melko samaa mieltä	11	16,2
Samaa mieltä	52	76,5
Total	68	100,0

Koin oloni turvalliseksi koko hoidon ajan

	Frequency	Valid Percent
Melko eri mieltä	1	1,4
Melko samaa mieltä	6	8,6
Samaa mieltä	63	90,0
Total	70	100,0

Sain hoitoni aikana välipalaa

	Frequency	Valid Percent
Eri mieltä	6	9,2
Melko eri mieltä	2	3,1
Melko samaa mieltä	1	1,5
Samaa mieltä	56	86,2
Total	65	100,0

Hoitoni sujui ongelmitta

	Frequency	Valid Percent
Melko eri mieltä	2	2,8
Melko samaa mieltä	2	2,8
Samaa mieltä	67	94,4
Total	71	100,0

Minulle kerrottiin, mihin pitää ottaa yhteyttä, jos tulee ongelmia hoidon jälkeen

	Frequency	Valid Percent
Eri mieltä	9	13,2
Melko eri mieltä	2	2,9
Melko samaa mieltä	6	8,8
Samaa mieltä	51	75,0
Total	68	100,0

Olin tietoinen jatkohoidostani

	Frequency	Valid Percent
Eri mieltä	1	1,4
Melko samaa mieltä	6	8,7
Samaa mieltä	62	89,9
Total	69	100,0

Lähdin tyytyväisenä kotiin

	Frequency	Valid Percent
Melko samaa mieltä	6	8,7
Samaa mieltä	63	91,3
Total	69	100,0