

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma / Sairaanhoidaja AMK

Johanna Welling

KOSKETUSERISTYKSESSÄ HOIDETTAVIEN POTILAIEN KÄSITYKSIÄ
HEIDÄN SAAMASTAAN OHJAUKSESTA

Opinnäytetyö 2011

TIIVISTELMÄ

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyön koulutusohjelma

WELLING, JOHANNA

Kosketuseristyksessä hoidettavien potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta

Opinnäytetyö

47 sivua + 11 liitesivua

Työn ohjaaja

Lehtori, TtM Mirja Nurmi

Projektipäällikkö Sanna Haavisto

Hygieniahoitaja Oili Ström, Carea

Toimeksiantaja

Carea, Kymenlaakson sairaanhoitopiiri

Marraskuu 2011

Avainsanat

eristys, potilasneuvonta, infektiotaudit, kvantitatiivinen tutkimus, kysely

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tutkia Kymenlaakson sairaanhoitopiiriin, Carean neljällä eri osastoilla olevien kosketuseristyspotilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta. Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisena kyselytutkimuksena. Kyselylomakkeena käytettiin TtT Maria Kääriäisen väitöskirjassaan luomaa Potilasohjauksen laatu -mittaria. Teoreettisessa viitekehityksessä on jäsennetty potilasohjauksen aikaisempien tutkimuksien ydinkohdat ja eritelty auki potilasohjauksen tärkeimpiä määrittäjiä ja käsitteitä.

Tutkimuksen kehityshaasteiksi nousivat seuraavat asiat: suurin osa vastanneista oli sitä mieltä, että ohjaustilanteessa ei ollut käytetty hyödyllistä välineistöä. Toisena haasteena pidetään omaisten asemaa kosketuseristyspotilaan ohjauksessa. Yli puolet vastanneista oli sitä mieltä, että omaisia ei otettu mukaan ohjaustilanteeseen. Kolmantena kohtana pidetään ohjauksen soveltamista potilaan omaan elämään sopivaksi, johon yli puolet vastasi olevansa eri mieltä, eli ohjausta ei sovellettu potilaan omaan elämään sopivaksi. Neljäntenä haasteena on potilaan tunteiden huomioiminen ohjauksessa, johon myös yli puolet vastanneista oli eri mieltä, eli heidän tunteitaan ei huomioitu ohjauksessa.

ABSTRACT

KYMENLAAKSON AMMATTIKORKEAKOULU

University of Applied Sciences

Health Care

WELLING, JOHANNA

Opinions of Patients Treated in Contact Isolation about the
Guidance Received

Bachelor's Thesis

47 pages + 11 pages of appendices

Supervisor

Mirja Nurmi, MNSc

Sanna Haavisto, Project Manager

Oili Ström, Hygiene Nurse

Commissioned by

Carea, Kymenlaakso Central Hospital

November 2011

Keywords

isolation, patient guidance, infection diseases, quantitative
survey, inquiry

The purpose of this Bachelor's thesis was to study contact isolation patients' experiences about the guidance received. The patients were located in four different wards in Kymenlaakso Central Hospital. The research was a traditional quantitative survey. The questionnaire was created by Maria Kääriäinen, PhD, in her dissertation. In the theoretical part of this thesis all the main facts of previous researches were analyzed and all the important concepts of the patient guidance were opened.

Four different subjects requiring further development came out of this thesis. The first subject was that the majority of the respondents thought that useful equipment was not used in the guidance. The second subject was related to the next of kin. The majority of the respondents thought that the relatives were not taken along to the guidance. In the third subject the majority of the respondents thought that the guidance was not enough applied to their lives. In the fourth subject the majority of the respondents thought that their feelings were not taken into consideration in the guidance.

SISÄLLYS

TIIVISTELMÄ

ABSTRACT

1	TAUSTA JA TARKOITUS	6
2	KOSKETUSERISTYKSEEN LIITTYVÄT TAUSTATEKIJÄT	7
3	LAADUKAS KOSKETUSERISTYSPOTILAAN OHJAUS	12
	3.1 Potilasohjauksen resurssit	13
	3.2 Potilasohjauksen sisältö	16
	3.3 Potilasohjauksen toteutus	17
	3.4 Potilasohjauksen vaikutukset	19
4	TUTKIMUSONGELMAT	20
5	TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	22
	5.1 Tutkimusmenetelmä	22
	5.1.1 Kohderyhmä ja otanta	23
	5.1.2 Kysely menetelmänä	24
	5.1.3 Kyselylomake	24
	5.2 Tutkimusaineiston keruu	27
	5.3 Tutkimusaineiston analyysi	29
6	TUTKIMUKSEN TULOKSET	30
	6.1 Vastaajien taustatiedot	30
	6.2 Kosketuseristyspotilaan ohjauksen resurssit	30
	6.3 Kosketuseristyspotilaan ohjauksen sisältö	31
	6.4 Kosketuseristyspotilaan ohjauksen toteutus	34
	6.5 Kosketuseristyspotilaan ohjauksen vaikutukset	36
	6.6 Yhteenveto tuloksista	37
7	POHDINTA	39
	7.1 Tulosten tarkastelu	39
	7.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys	42
	7.3 Tutkimustulosten hyödyntäminen	43

7.4 Kehittämis ehdotuksia	44
7.5 Omia mietteitä opinnäytetyöprosessin varrelta	44
LÄHTEET	45
LIITTEET	48
Liite 1. Aikaisempien tutkimuksien taulukko	
Liite 2. Muuttujataulukko	
Liite 3. Kirje osastojen hoitajille	
Liite 4. Saatekirje	
Liite 5. Laadukas kosketuseristyspotilaan ohjaus -ohjeisto	
Liite 6. Carean tutkimuslupa	

1 TAUSTA JA TARKOITUS

Tämän opinnäytteen aihe on kosketuseristyksessä hoidettavien potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta. Pääyhteistyökumppani on Carea Kymenlaakson sairaanhoitopiiri. Työelämä ohjaaja on hygieniahoitaja Oili Ström.

Ohjausta käsitteenä, sen laatua ja vaikuttavuutta on tutkittu paljon, kuitenkin siitä ei voida luoda selkää kuvaa. Teoreettisesti laadukas ohjaus voidaan määritellä potilaan ja hoitajan fyysisten-, psyykkisten- ja sosiaalisten taustatekijöiden yhteiseksi sidokseksi. Nämä taustatekijät huomioiden ja potilaan ja hoitajan välisen kaksisuuntaisen vuorovaikutuksen avulla syntyy teoreettisesti laadukas ohjaus. Kun ohjaus on riittävää ja taustatekijät huomioivaa, syntyy ohjauksesta vaikuttavuutta, josta hyötyy potilas ja yhteiskunta. (Kääriäinen 2008, 10; Kääriäinen, Kyngäs, Ukkola & Torppa 2005, 11; Isola, Backman, Saarnio, Kääriäinen & Kyngäs 2007, 53.) Potilasohjaus on laissa määritelty potilasoikeus ja ohjaus ovat osa potilaan asianmukaista ja laadukasta hoitoa. Ohjauksen merkitys on vain lisääntynyt kuluneiden vuosien myötä. Yhtenä merkittävän syynä tähän on potilaiden hoitopäivien vähentyminen ja näin ollen vastaavasti on potilaan autonomisen elämän edellytyksiä tuettava kotona. Jotta hoitaja voi antaa laadukasta ohjausta, on hoitajalla itsellään oltava hyvät ohjausvalmiudet, jotka hän saa osana ammatillista peruskasvatusta opetuksesta. Hoitajan tehtävä on olla ohjausprosessin ammatillinen, joka velvoittaa hoitajalta hyvää tietotaitoa. (Kääriäinen 2008, 10.)

Työni tarkoitus on tutkia kosketuseristyksessä hoidettavien potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta. Työ tehdään yhteistyössä Carean, Kymenlaakson sairaanhoitopiirin osastojen 5A, 5B, 6A sekä K1 kanssa. Työni toteutetaan kyselynä aikuisille potilaille. Hoitajat toimittavat kyselyt potilaille ja potilas saa itse sulkea vastauksensa kirjekuoreen liimatarralla. Potilaan anonymiteetti säilyy koko tutkimuksen ajan. Vastaukset on nähnyt ja käsitellyt vain tutkija itse. Työni on klassinen määrällinen tutkimus.

Terveiden ja hyvinvoinninlaitoksen ylläpitämän tartuntatautirekisterin tilastotietokanta kertoo vuodelta 2010 seuraavanlaisia lukuja muutamista kosketuseristystä vaativista infektioista. Yhteensä koko suomessa uusia MRSA -kantajia ilmeni 1269 kpl, joista Kymenlaakson sairaanhoitopiiristä oli 46 kpl. Keuhkotuberkuloosia ilmeni koko suomessa 234 tapausta, joista Kymenlaaksosta oli 6 kpl. Clostridium Difficile -

antibioottiresistenttiä ripulia ilmeni koko suomessa 4825 tapausta, joista Kymenlaaksosta oli 214 kpl. Norovirusta, joka on jokavuotinen ripulivirusinfektio, ilmeni koko suomessa 2742 tapausta, Kymenlaaksossa ilmenneiden tapausten määrä oli 71 kpl. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos, 2010.)

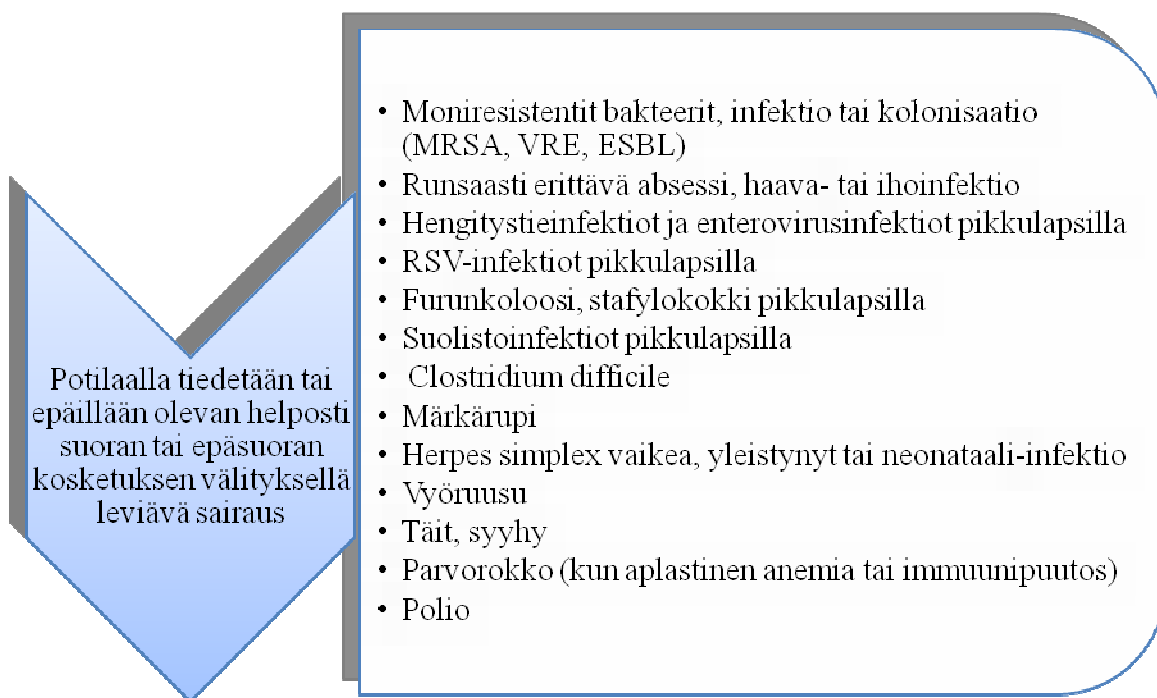
2 KOSKETUSERISTYKSEEN LIITTYVÄT TAUSTATEKIJÄT

Kosketuseristys

Sairaalassa toteutettava eristys jaetaan kolmeen luokkaan *kosketus-*, *pisara-*, ja *ilmaeristys*. Nimensä mukaisesti näissä eristyksissä keskitytään kyseessä olevan tartuntatien katkaisuun. Esimerkiksi kosketuseristyksessä katkaistaan käsien- ja materiaalien kautta tapahtuva tartunta. (Ylipalosaari & Keränen 2010, 185.) Potilaan eristämistä varten tarvitaan valmiudet yhden hengen potilashuoneeseen, asianmukaiset suojaimet, jotka riippuvat eristystyypistä, joka päivä vaihdettavat potilas- ja vuodevaatteet ja huonekohtaiset näytteenotto-, tutkimus-, hoito- ja siivousvälineet (Kujala & Hassi 2002, 331 - 334). Eristämisen peruskeinoja ovat käsidesinfektio, suojainhoito, tilaeristäminen ja ilmastointijärjestelyt. Suojainhoidolla tarkoitetaan työskentelyä apuvälineiden kanssa, jolloin pystytään välttämään mikrobien tarttuminen suoran kosketuksen kautta potilaasta tai välineiden välityksellä. Tilaeristäminen tarkoittaa kirjaimellisesti eri huonetta. Ilmastointijärjestelyt pitävät sisällään mahdollisuuden torjua ilmatartuntaa. (Ylipalosaari & Keränen, 2010, 188 - 194.) Epidemiatilanteissa osastoilla on ohjesääntönä *kohortoida* potilaat. Kohortointi tarkoittaa potilaiden jakamista puhtaisiin ja infektoituneisiin eli potilaat ryhmäeristetään. Kohortoinnissa tärkeää on katkaista kokonaan kohorttien väliset suorat ja epäsuorat kontaktit. Tähän pyritään jakamalla hoitohenkilökunta kahtia, toiset hoitavat pelkästään puhtaita potilaita ja toiset pelkästään infektoituneita potilaita, jos tätä jakoa ei pystytä tekemään ovat potilaat hoidettava tavanomaisten varotoimien mukaan eli ensin puhtaat potilaat ja vasta sen jälkeen infektoituneet. (Ylipalosaari & Keränen, 2010, 194 - 195.)

Kosketuseristys tarkoittaa eristystä, jossa potilas sairastaa infektiota, joka tarttuu suoran tai epäsuoran kosketuksen kautta. (Ylipalosaari & Keränen, 2010, 201). Olennainen osa eristystä on ehdoton käsidesinfektio. Kädet on aina pestävä ja desinfioitava ennen ja jälkeen potilaskontaktin, desinfektio tulee muistaa myös eristysluonesta

poistuttua. Yleensä pelkkä alkoholihiuuhe tappaa suurimman osan käsien mikrobeista, mutta esimerkiksi *Clostridium difficile*-bakteerin itiöt eivät kuole kokonaan, vaan silloin täytyy muistaa myös saippuapesu ja alkoholihiuuhe. (Ylipalosaari & Keränen, 2010, 196.) Pittet'n vuosia kestäneen moniammatillisen projektin tuloksena on saatu kiistattomia tuloksia siitä, miten vaatimattomankin käsihygienian aktiivisuuden lisääntyminen vähensi hoidossa ilmaantuvia infektioita. (Pittet, 2001). Alla olevassa kuviossa on listattu suurin osa suomessa kosketuseristyksen vaativista sairauksista.



KUVA 1. Esimerkkejä kosketuseristysluokkaan kuuluvista sairauksista. (Ylipalosaari & Kerästä 2010, 188 mukaillen.)

Tartuntatautilain 17. §:ssä todetaan eristysmääräyksestä näin: ”Yleisvaaralliseen tartuntatautiin sairastunut tai sairastuneeksi perustellusti epäilty voidaan eristää sairaanhoitolaitokseen jos taudin leviämisen vaara on ilmeinen ja jos taudin leviämistä ei voida estää muilla toimenpiteillä.” Eristys voidaan toteuttaa myös potilaan tahdosta riippumatta, kun kriteerit täyttyvät. (Tartuntatautilaki, 17 §). Suomen lainsäädännön mukaan potilaalla on oikeus laadukkaaseen terveyden- ja sairaanhoitoon. Potilaan ihmisarvoa ei saa missään tilanteessa loukata ja potilaan vakaumusta ja yksityisyyttä tulee kunnioittaa. Potilaan yksilölliset tarpeet, kulttuuri sekä äidinkieli on mahdollisuuksien mukaan otettava huomioon hoidossa ja kohtelussa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista, 17.8.1992/785, 3. §.)

Suojavarusteet ja eristysvalmius

Suojavarusteisiin luetaan suojatakki, suojaesiliina, hiussuojus, suu-nenäsuojus, silmäsuojat, suojakäsineet ja kengänsuojat (Tiittanen 2002, 158 - 164). Työ- ja suojavaatetuksen käyttötarkoitus on yksinkertaisesti estää omien vaatteiden likaantuminen. Käytännössä se siis tarkoittaa suojautumista eritteiltä ja roiskeilta. Suojavälineitä käyttämällä pystytään minimoimaan infektioiden leviäminen vaatteiden välityksellä. Tänä päivänä käytetäänkin paljon kertakäyttösuojavälineitä, jotka on helppo hävittää heti käytön jälkeen ja mikrobien leviäminen katkeaa. Itse työasun käyttö suojavaatteena mikrobien leviämistä vastaan hoitajasta potilaaseen on heikko, sillä työasu kerää itseensä bakteereja ja tämän päivän resurssien mukaan ei ole mahdollista vaihtaa työasua läheskään päivittäin, saati potilaskosketuksen jälkeen. Tämän vuoksi kertakäyttösuojavarusteet ovat mitä parhain keksintö. Ensiarvoisen tärkeää on kuitenkin hoitajan oma käsihygienia ja aseptiset työtavat. (Tiittanen 2002, 158 - 159.)

Puhuttaessa eristyksestä on aina muistettava, mihin se pohjautuu. Tavanomaiset varotoimet ovat pohja ja perusta koko potilashoidolle oli potilaalla infektio tai ei. *Tavanomaisien varotoimien* tarkoitus on torjua mikrobien siirtymistä työntekijöistä potilaisiin ja toisinpäin sekä työntekijöiden kautta muihin potilaisiin. Tavanomaiset varotoimet pitävät sisällään veren, kaikki kehon nesteet ja eritteet (paitsi hiki) sekä rikkinäisen ihon ja limakalvot. Jo pelkästään tavanomaiset varotoimet yhdistettynä hyvään käsihygieniaan ovat iso osa sairaalainfektioiden sekä antibioottiresistenssien bakteerien torjuntaa. (Kujala & Hassi 2002, 326 - 328.)

Aseptiikka ja aseptinen omatunto

Sairaalahenkilökunnan peruslähtökohtana on oma hyvä henkilökohtainen hygienia. Hyvään hygieniaan luetaan oma hygienia, puhdas henkilökohtainen vaatetus, käsihygienia, puhtaat työvaatteet, suojainten oikea käyttö, eritetahradesinfektion osaaminen sekä työskentelytavat, jotka edistävät aseptiikkaa. Ihmiselimestössä on luontaisesti monia terveellisiä bakteereja ja mikrobeja, jotka suojaavat kehoa tietyiltä tartunnoilta. Esimerkiksi kosteus lisää mikrobien lisääntymistä ja sairaalaympäristössä onkin huomioitava bakteerien räjähdysmäinen lisääntymiskyky, koska bakteerien hyviä elatusalustoja on joka paikassa mm. oven kahvat, yöpöydät, sänkyjen päädyt, wc:t ja

suihkuhuoneet jne. Jo pelkästään sormusten ja kellojen alle jäänyt kosteus lisää bakteerien mahdollisuutta kasvaa ja lisääntyä. Näin ollen aseptiikkaan onkin kiinnitettävä erityistä huomiota, ettei tartuntoja tapahtuisi. Aseptiikka pitää kokonaisuudessaan sisällään ammattihenkilön aseptiset tiedot ja taidot, arvot ja omantunnon. Merkittävänä tekijänä sairaalaympäristössä on koko sairaalahenkilökunnan oma aseptinen omatunto. Monesti sairaalassa tehdään töitä yksin ja kukaan muu ei ole näkemässä miten asiat tehdään. Aseptisen omantunnon tehtävänä on ohjata henkilöä tekemään oikein tilanteessa, jolloin kukaan ei näe ja jolloin houkutus ”päästä helpommalla” on suuri. Jotta henkilölle kehittyy aseptinen omatunto, on hänellä oltava vankka tieto ja taito tehdä ja kyky ymmärtää oikein. Aseptiikan päätavoitteena on potilaan suojaaminen infektioartunnoilta, mutta samalla oman ja työtovereiden työturvallisuus. Jokaisella ammattihenkilöllä sairaalaympäristössä on itsellään vastuu tekemästään työstä ja sen aseptiikan toteutumisesta, tätä vastuuta ei voi siirtää toiselle. Aseptisesti oikea työjärjestys on aina puhtaasta kohti likaista. (Pentti & Lankinen 2008, 111 - 115.)

Sairaalahygienia

Sairaalamaailmassa hygienian peruskäsitteistöä on *puhdistus*, *desinfiointi* ja *sterilointi*. Näiden perusmenetelmien tavoitteena on taata potilaalle infektioriskitön ja kokonaisuudessaan turvallinen hoitoympäristö. Puhuttaessa *puhdistuksesta* tarkoitetaan lian ja mikrobien poistamista välineen pinnalta. Vaikka välineeseen jää mikrobeja pelkän puhdistuksen jälkeen, on se riittävä useimmille ympäristön kohteille ja näin ollen käyttöönsä turvallinen väline. *Desinfektio* on askeleen ylempänä puhdistusta, ja siinä onkin tarkoitus tappaa mikrobit ja tehdä niistä vaarattomia, saattamalla niiden taudinaiheuttamiskyky olemattomaksi. Desinfektio ei kuitenkaan tehoa mikrobien itiöihin, ja mikrobien herkkyys desinfektioaineille on hyvinkin vaihtelevaa. Desinfektioainetta käytetään elottomaan esineistöön, iholle tai limakalvoille. Desinfektiota voidaan käyttää eritasoisina. Esimerkiksi kuumemittarin ja laparoskopian tähystimen desinfektioit eroavat suuresti toisistaan infektioalttiuksien ollessa hyvin erilaiset näillä aloilla. Kirjallisuudessa onkin jo pitkään jaettu kemialliset desinfektioit kolmeen osaan. Jako tapahtuu aineisiin, joilla on erittäin laaja, laaja tai suppea vaikutus erilaisiin mikrobeihin. Desinfektio onkin hankala määrittää, ja monessa muussa maassa meidän ymmärtämä määritelmä desinfektioille ei ole ollenkaan se sama. *Steriloinnissa* on tarkoituk-

senä päästä täysin mikrobittomaan tulokseen eli tuhotaan kaikki mikrobit elinkyvyttömiksi jolloin väline ei sisällä yhtään lisääntyvää ja tautia aiheuttavaa bakteeria. On kuitenkin hyvin vaikea tietää, ovatko välineet todellisuudessa täysin mikrobittomia. Kuolleet mikrobit eivät aiheuta infektioita, mutta steriloiduissa tuotteissa havaittujen mikrobien hajoamistuotteiden on havaittu aiheuttaneen vakavia kuumereaktioita vereen tai kudoksiin päästyään. (Grönroos, Kujala & Tiittanen 2002, 207 - 210.)

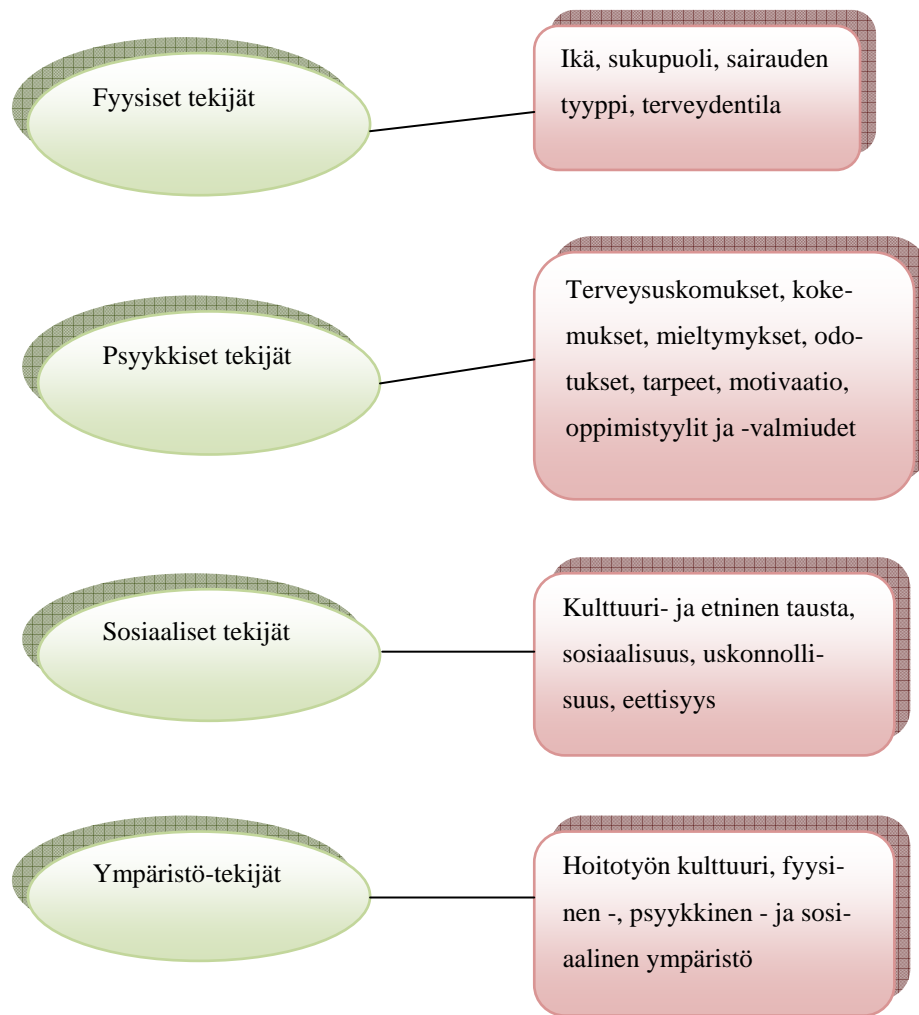
Väline- ja laitoshuolto

Välinehuollon alkujuuria on voitu havaita jo kauan sitten kaukaisessa esihistoriassa ja Antiikin Kreikassa. Silloiset tavat ja keinot perustuivat suurelta osin riitteihin ja uskomuksiin, mutta ne ovat perusta tämän päivän välinehuoltotyölle. Puhdistus tehtiin vedellä ja sterilointiin kuumalla kuivalla ilmalla ja tulella. Samoihin aikoihin oli suuri uskomus auringonvoimaan ja potilaat pyrittiinkin pitämään paljon ulkona auringossa ja huoneisiin oli saatava paljon auringonvaloa. Tällä ajatuksella pyrittiin välttämään tartuntoja ultraviolettisäteilyn avulla. Yhtenä taudinaiheuttajana pidettiin myös tuulta, varsinkin etelätuulta. Myös pahat henget, noituus ja paha silmä mainitaan historiassa tartuntojen ja onnettomuuksien aiheuttajina. Ensimmäisiä autoklaavisterilointeja toteutettiin höyryvoimalla. Välinehuoltotyön kehityksessä hyvin läheisesti käsi kädessä kulkee lääketiede ja hoitotyö. Bakteerien ja bakteriologian löytö on luonut suurta pohjaa infektioautien ehkäisymenetelmille, joka on lisännyt puhdistus-, desinfektio- ja sterilointimenetelmien kehittymistä koko ajan, edelleen tämän päivän tasolle. (Karhumäki 2008, 11 - 13.)

3 LAADUKAS KOSKETUSERISTYSPOTILAAN OHJAUS

Kääriäinen, Kyngäs, Ukkola ja Torppa, (2005), tutkimusartikkelissaan Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta määrittivät ohjauksen *potilaan ja hoitajan kontekstiin sidonnaiseksi, aktiiviseksi, tavoitteelliseksi ja vuorovaikutukselliseksi ohjaussuhteeksi*. Määrittäminen pitää sisällään käsitteet *kaksisuuntainen vuorovaikutus*, joka tarkoittaa, että hoitaja ja potilas yhdessä luovat tavoitteet ja suunnittelevat ohjausprosessin. (Kääriäinen ym. 2005, 11; Kääriäinen 2008, 10.) *Kontekstilla* tarkoitetaan potilaan fyysisiä, psyykkisiä, sosiaalisia ja ympäristöön liittyviä taustatekijöitä (Kääriäinen ym. 2005, 10; Kääriäinen 2008, 12). Ohjauksella pyritään parantamaan potilaan kykyä ja aloitteellisuutta edistää omaa elämäänsä (Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors, 2007, 25).

Ohjaustilanne on rakenteellisesti suunniteltu keskustelutilanne, jossa hoitaja tukee potilaan päätöksentekoa eikä esitä valmiita vastauksia. Jotta ohjaus on tuloksellista, saattaa se vaatia useampia ohjauskertoja. Ohjaustilanne on aina tasa-arvoinen. Ohjauksen toteutumisen tärkeimpiä tekijöitä on lähtötilanteen arviointi, johon ei kuitenkaan tutkimusten mukaan kiinnitetä tarpeeksi huomiota. Syynä tähän keskeisesti on, ettei käytössä ole yhtä selkeää ja hyvää tapaa selvittää asiaa. Ohjauksessa on aina lähtökohtana potilaan ja hoitajan taustatekijöihin liittyvä tilanne, tunne tai tavoite joiden pohdinnan tuloksena on aina uusi tilanne. Potilaan tilanteen ja sitoutumisen mahdollisuus oman terveyden edistämiseen tulee aina selvittää ohjaustilanteen alussa tai muuten potilaan yksilöllisiin tarpeisiin ei pystytä vastaamaan. Jos taustatekijöitä ei huomioitaisi ollenkaan, saisivat kaikki samassa tilanteessa olevat potilaat samansisältöisen ohjauksen eikä ohjaus silloin kunnioittaisi yksilöllisyyttä. On kuitenkin tilanteita, jolloin potilas ei itse pysty arvioimaan omaa parastaan ja tällöin hoitaja tekee arvion potilaan parhaasta. (Kyngäs ym. 2007, 25 - 28; Kääriäinen 2008, 12.) Kuva 2 avaa auki käsitteet fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja ympäristölliset taustatekijät, jotka ovat toimivan ohjauksen kulmakiviä (Kyngäs 2007, 29 - 38).



Kuva 2. Asiakkaan ja hoitajan taustatekijöitä (Vrt. Kyngäs, Kääriäinen, Poskiparta, Johansson, Hirvonen & Renfors. 2007, 31)

3.1 Potilasohjauksen resurssit

Ympäristötekijöillä tarkoitetaan ohjaustilanteeseen parantavalla tai heikentävällä tavalla vaikuttavia asioita tai esineitä. Ympäristön psyykkistä ilmapiiriä heikentää kiire, joka vaikuttaa heti vuorovaikutuksen laatuun ja sen myötä ohjauksen suunnitelmallisuuteen. Käytännössä potilas ei ehkä uskalla kysyä mieltä askarruttavia kysymyksiä tai avata keskustelua. (Kyngäs ym. 2007, 37.) Isola, Backman, Saarnio, Kääriäinen & Kyngäs (2007) tutkimuksen iäkkäiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta erikoissairaanhoidossa mukaan ohjausaika koettiin liian lyhyeksi ja he toivoivatkin ohjaukseen varattavan enemmän aikaa (Isola ym. 2007, 58). Kääriäinen ym. 2005, kirjoit-

taa, että tutkimuksessa ilmeni puutteita ohjauksen aikajärjestelyissä sekä ohjauksessa käytettävän välineistön, esimerkiksi DVD -materiaali, hallinnassa. Puutteet olivat merkittävämpiä osastolla olleiden potilaiden keskuudessa, kuin poliklinikalla olleiden. (Kääriäinen ym. 2005, 13.)

Hoitoyksikön ensivaikutelma ja yleisilme antavat heti potilaalle mielikuvan tulevasta. Tunnetta ruokkii mielikuvitus ja siksi tärkeää onkin luoda mahdollisimman kotoisa, äänieristetty, rauhallinen ja häiriötön ohjauspaikka ja -tilanne. (Kyngäs ym. 2007, 36 - 38.) Kääriäinen 2005 tutkimuksessaan potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta kirjoittaa, että ilmapiiri on arvioitu asiantuntevaksi, luotettavaksi, rauhalliseksi, miellyttäväksi sekä onnistuneeksi ja kannustavaksi. Yli 65-vuotiaat pitivät ilmapiiriä kaikkein parhaimpana kaikista vastaajista. (Kääriäinen ym. 2005, 12.) Isola ym. (2007, 56) tutkimuksessa iäkkäiden mielestä tilat ja aikajärjestelyt olivat onnistuneita. Hoitajien yhteistyö todettiin myös toimivaksi. Avoimien kysymysten vastauksista kävi kuitenkin ilmi, että iäkkäät pitivät huonona ohjaustiloja, jotka kuvattiin meluisiksi, liian pieniksi ja kokonaisuudessaan ohjaukseen soveltumattomiksi.

Hoitajan tehtävänä ohjauksessa on toimia ohjauksen ja vuorovaikutuksen käynnistämisen ja etenemisen asiantuntijana. Hoitajalta vaaditaan vuorovaikutus- ja johtamistaitoja. Näiden vaatimusten perustana ovat hyvät tiedot ja taidot ohjattavista asioista, erilaisista ohjausmenetelmistä sekä oppimisen periaatteista. Hoitajan tärkeitä tehtäviä on myös tukea ja kannustaa, jotta potilas pystyy ottamaan palautetta vastaan ulkopuoliselta taholta. (Kyngäs ym. 2007, 34.) Potilaat odottavat hoitajilta vastavuoroisesti aloitteellisuutta sekä herkkyyttä tietämänsä asian jakamisessa. Monesti tiedon puute potilailla vaikeuttaa heidän päätöksen- ja ratkaisuntekoa. (Kyngäs ym. 2007, 32.) Isola ym. (2007, 56) tutkimuksessa iäkkäät kokivat hyvänä asiana hoitajien tiedot ja taidot ohjattavaan asiaan. Iäkkäistä 88 % oli tyytyväinen hoitajan ohjauksen tietoon ja taitoon. 85 %:in mielestä hoitajien asennoituminen ohjaukseen oli hyvää tai kiitettävää. Kuitenkin vastakohdaksi asettuivat laadullisten kysymysten vastaukset, joista ilmeni iäkkäiden potilaiden huonot kokemukset liittyen ohjaajien vaihtumista usein sekä siitä liittyen ristiriitainen tieto hoitajien antamien ohjausten välillä. Iäkkäät kokivat myös hoitajien käyttävän paljon vierasperäisiä sanoja.

Eri-ikäisillä potilailla on eri tarpeet ja tavoitteet ohjaukselle. Yksilöllisyys onkin tärkeää ottaa huomioon jo potilasohjauksen alkumetreillä, jolloin mietitään potilaan taust-

tatekijöitä. Ikääntyneen potilaan ohjauksen kulmakivet muodostuvat näkö-, kuulo- ja muistiasioista. Näihin ongelmiin harvoin törmätään lasten ohjauksen parissa, koska lapsilla on aina luonnostaan aikuinen mukana ohjauksessa. Hoitajan tuleekin ottaa huomioon ikääntyneen ohjauksen haasteet eli hidastaa puheen tempoa, paneutua vain ydinasioihin ja pitää ohjaus lyhytkestoisena, mutta vastaavasti useasti toistaen. Potilaan itsemääräämisoikeutta kunnioittaen hoitajan tulee muistaa huomioida omaisten läsnäolo ja suunnitella ohjaus toteutettavaksi silloin, kun omaiset ovat paikalla jos se on omaisen tahto. (Kyngäs ym. 2007, 29 - 30.) Isola ym. (2007, 56) tutkimuksen avoimien kysymysten vastauksien perusteella tuli ilmi potilaiden tyytymättömyys hoitajien taustatietojen laatuun liittyen potilaiden henkilökohtaisia erikoisvaatimuksia. Iäkkäät toivoivat parempaa huomioimista näkö-, kuulo- ja muistiongelmiin ja näiden huomioimista ohjauksessa.

Resursseihin liittyen on tärkeää ohjaus sairauden hoitoon liittyvien asioiden harjoittelussa. Useimmissa tapauksissa potilas hakeutuu sairaalahoitoon, ensisijaisesti jonkin muun syyn takia, kuin kosketuseristystä vaativan sairautensa takia. Keuhkotautien vuodeosastolle tulee akuutista keuhkokuumeesta kärsivä potilas, joka on saanut resistentin mikrobirtartunnan kuusi vuotta sitten polvileikkauksen yhteydessä. Tämän resistentin mikrobirtartunnan vuoksi potilasta hoidetaan kosketuseristyksessä, jottei mikrobi välity muihin potilaisiin. Hoidon tavoitteet eivät liity kosketuseristyssairauteen, vaan hoitajien suorittamiin lääkkeiden antoihin, perushoitoon, lepoon ja kuntoutukseen. Hoidossa korostuu kuitenkin eristyksessä oleminen ja potilaat hoidetaan tavanomaisen varotoimien mukaan eli ensin puhtaat potilaat ja vasta sen jälkeen infektoituneet eli eristyksessä olevat potilaat. (Ylipalosaari & Keränen, 2010, 194 - 195.)

3.2 Potilasohjauksen sisältö

Isola ym. (2007, 56) tutkimuksessa Iäkkäiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta erikoissairaanhoidossa koettiin ohjaus riittämättömäksi mm. kuntoutuksesta (20 %), tukiryhmistä (18 %) sekä sairauden syistä (17 %). Riittävästi ohjausta on saatu sairaudesta (91 %), sairauden hoidosta (88 %) ja hoitotoimenpiteistä sekä tutkimuksista (86 %). Kääriäinen ym. (2005, 12) tutkimuksessaan kirjoitti, että parhaiten potilaat olivat saaneet ohjausta seurantakäynteihin, tutkimuksiin, toimenpiteisiin ja hoitoon valmistautumiseen liittyen, mutta huonosti ohjausta oli annettu vastaavasti tutkimustuloksista, sairauden ennusteesta, riskeistä sekä toipumisajan pituudesta. Iäkkäät eivät katsoneet tarpeelliseksi saada ohjausta sosiaalietuksista (48 %) ja tukiryhmistä (47 %). Tutkimuksen avoimien kysymysten vastauksista kuitenkin kävi ilmi, että parannettavaa oli sairauden, sen ennusteen, toimenpiteiden ja kelakorvauksiin liittyvässä ohjauksessa. Avoimien kysymysten vastauksissa ilmeni myös iäkkään potilaan omien tunteiden käsittelyssä sekä omaisten tunteiden ohjaamisessa olevan parannettavaa. 16 % vastaajista oli sitä mieltä, ettei omaisia otettu huomioon ohjauksessa toiveista huolimatta. (Isola ym. 2007, 56.)

Ikääntyvistä kyselyyn vastanneista ihmisistä noin puolet sitoutuu noudattamaan lääkehoitoaan lääkärin määräämien ohjeiden mukaisesti. Ei voida suoraan sanoa, onko ikä tässä vaikuttava tekijä, sillä kyselyihin ovat vastanneet vain kaikin tavoin aktiiviset iäkkäät iästä riippumatta. Iäkkäät, jotka kokevat saavat itse vaikuttaa ja olla aktiivisena osapuolena omassa hoidossaan sitoutuvat kokonaisuudessaan muita paremmin hoitoonsa jolloin hoitotuloksetkin ovat paremmat. (Kyngäs & Hentinen 2008, 187.)

Potilaan tarkastelu hänen ympäristön, maailmankuvan, kulttuurin ja uskonnon kautta on osa ohjauksen kokonaisuutta. Potilaan yksilöllisyyden ja itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen ovat pääperiaatteita koko hoitotyössä. Potilaan ja hoitajan näkemykset elämänarvoista määrittelevät, miten asioita lähestytään ohjauksessa. Perhe ja suku ovat toisille tärkeämmässä asemassa kuin toisille, ja onkin ensiarvoisen tärkeää heti alussa selvittää omaisten rooli ohjaustilanteissa ja kunnioittaa päätöstä koko ajan. (Kyngäs ym. 2007, 26 - 38.)

Kääriäinen ym. 2005 tutkivat potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta. Tutkimuksessa selvisi, että ennen sairaalaan tuloa 66 % vastaajista piti ohjauksen määrää riittävänä ja 22 % vastaajista ei saanut riittävästi ohjausta. 12 % vastaajista ei

tarvinnut ohjausta lainkaan. Sairaalassa 71 % vastaajista piti ohjausta riittävänä ja 13 % vastaajista ei saanut riittävästi ohjausta. 16 % ei tarvinnut ohjausta ollenkaan. Hoidon jälkeen ohjausta sai riittävästi 77 % ja 10 % sai ohjausta riittämättömästi. Tutkimuksen mukaan heikoiten ohjausta annettiin sosiaalietuuksista sekä tukiryhmistä. Yleisesti sosiaalietuuksista sai vain 41 % riittävästi ohjausta ja 25 % riittämättömästi. Hoidon aikainen ohjaus liittyen sairauden hoitoon ja siihen liittyvien toimenpiteiden harjoitteluun ilmeni puutteita. Tuloksien mukaan yli 65-vuotiaat miehet saivat ohjausta tältä alueelta riittävimmin. (Kääriäinen ym. 2005, 12.)

Ohjauksen sisältö pitää sisällään käsitteitä rajoittaminen, sairauden vaikutus arkeen ja mahdollisuus itse osallistua hoitoon. Kosketuseristyksessä oleva voidaan lain nojalla rajoittaa liikkumasta. Tartuntatautilain 17. §:ssä kerrotaan eristysmääräyksestä näin: ”Yleisvaaralliseen tartuntatautiin sairastunut tai sairastuneeksi perustellusti epäilty voidaan eristää sairaanhoitolaitokseen jos taudin leviämisen vaara on ilmeinen ja jos taudin leviämistä ei voida estää muilla toimenpiteillä.” (Tartuntatautilaki 25.7.1986/583 17. §). Potilas voidaan kuitenkin myös ryhmäeristää, jolloin samassa tilassa on samasta tarttuvasta infektiosta kärsiviä. He saavat liikkua huoneesta ulos, kun pukeutuvat oikein. Suojainhoidolla tarkoitetaan apuvälineiden käyttöä, jolloin pystytään välttämään mikrobien tarttuminen suoran kosketuksen kautta potilaasta tai välineiden välityksellä. Suojaimien käyttö arjessa ja etenkin kotioloissa on ratkaiseva infektioiden leviämisen estossa. (Ylipalosaari & Keränen, 2010, 194 - 195.)

3.3 Potilasohjauksen toteutus

Työni keskittyy aikuisten ja iäkkäiden kosketuseristyspotilaiden ohjaukseen ja tässä ilmeneekin iäkkäiden ohjauksen kulmakiviä. Iäkkäillä potilailla saattaa olla huonontunut näkökyky, fyysisiä rajoitteita tai muistihäiriöitä. Näiden kohtien huomioonottaminen lisää taustatekijöiden selvittämisen tarvetta, jotta ohjaus voi tarvittaessa olla lyhytkestoisempaa, kovemalla äänellä lausuttua, vain ydinasioihin keskittyvää tai mahdollisesti monta kertaa toistuvaa. (Kyngäs ym. 2007, 29.)

Psyykkisten taustatekijöiden kautta ohjauksen sisäistämiseen vaikuttaa suurelta osin se, kuinka tärkeäksi potilas tuntee käsiteltävän asian. On tärkeää, että potilas saa itse prosessoida ohjatun asian ja sisäistää sen vaatimat tarpeet. Prosessointiin ja sisäistämi-

seen potilas tarvitsee aina aikaa. Motivaatio korostuu tässä kohdassa, ja onkin tärkeä luoda jokaiselle ohjaukselle selkeästi kuvatut ja konkreettiset tavoitteet, joiden avulla päästään herkemmin onnistumisen kokemuksiin ja sitä kautta parempaan motivaatioon. Hoitajan ja potilaan on tärkeä keskustella ohjauksen odotuksista, jotta käsitykset ohjaustarpeista ovat samanlaiset. (Kyngäs ym. 2007, 32.)

Backman väitöskirjassaan Kotona asuvien ikääntyvien itsestä huolenpito, hän kirjoittaa ohjauksen tulkinnan erilaisuudesta, kun taustatekijöinä on yksilöllinen elämänhistoria ja siihen liittyvä, nykypäivästä eroava tapa huolehtia itsestä ja lähimmäisistä. Backman kirjoittaa myös, että iäkkäillä on erilainen tapa sisäistää ja noudattaa terveydenhuollon ammattilaisen antamaa ohjausta. (Backman 2001) Potilaan työ- ja toimintatapojen aktivoimiseen ja ohjaukseen on panostettava enemmän, sillä terveysorientaatio on kasvanut huomasti ja tällä ohjauksen keinolla pystyttäisiin tukemaan potilaan autonomista elämää (Kääriäinen 2008, 10).

Isola ym. 2007 tutkimuksessa iäkkäiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta erikoissairaanhoidossa raportoi, että 16 % vastanneista ilmoitti, ettei omaisia otettu mukaan ohjaustilanteeseen, toivomuksesta huolimatta. Tutkimuksen laadullisista vastauksista ilmeni myös, miten potilaat olisivat toivoneet omaisten olevan paikalla, iäkkäät vastaajat olivat toivoneet etukäteistietoa ajankohdasta ja siitä, voiko omainen olla paikalla. (Isola ym. 2007, 58.)

Kääriäinen ym. 2005 tutkimuksessa Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta raportoi, että 74 % vastaajista oli saanut potilaslähtöistä ohjausta. 9 % vastaajista oli eri mieltä, ohjaus ei ollut potilaslähtöistä. Puutteita oli seuraavanlaisissa tilanteissa: 24 % oli sitä mieltä että, ohjausta ei sovellettu potilaan elämäntilanteeseen sopivalla tavalla. 23 % oli sitä mieltä että, ongelmista ei ollut mahdollista keskustella. 23 % oli sitä mieltä että, ohjeita ei perusteltu ja 15 % oli sitä mieltä että, omaisia ei saanut ottaa mukaan ohjaukseen. (Kääriäinen ym. 2005, 12.)

3.4 Potilasohjauksen vaikutukset

Ohjauksen voi suorittaa tavoitteellisesti, sisällöllisesti tai menetelmällisesti. Koska tapoja on useampi, voidaan vaikuttavuutta tarkastella yksilön tai yhteisönnäkökulmista. Yksilönnäkökulmassa pohditaan kokemusta tiedosta ja tuesta, jotka on saavutettu ohjauksen avulla. Parhaimmillaan ohjaus edistää potilaan toimintakykyä, elämänlaatua, hoitoon sitoutumista, itsehoitoa, kotona selviytymistä ja vähentää potilaan kokemaa masentuneisuuden tunnetta. Yhteiskunnannäkökulmassa asiaa tarkastellaan taloudellisten ja yhteiskunnallisten hyötyjen kautta. (Kyngäs ym. 2007, 145.) Käärinen väitöskirjassaan Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen, kirjoittaa että, ohjauksella mahdollistetaan oppimisen ja voimaantumisen kasvu ja samalla se edistää potilaan terveyttä ja tehdään kansantaloudellista säästöä. (vrt. Kääräinen 2007; Kääräinen 2008, 13.)

Vaikuttava ohjaus voidaan jakaa seuraaviin osiin: ohjauksen tarpeen määrittäminen, potilaan terveystietojen ja taustatekijät, potilaan asennoituminen terveytensä hoitoon, ohjauksen tavoitteiden määrittäminen, ohjauksen keinojen määrittely keinojen saavuttamiseksi, ohjauksen sisällön määrittäminen sekä tavoitteiden toteutumisen seuranta. (Kyngäs ym. 2007, 147.)

Kääräinen ym. 2005 tutki Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta, tutkimuksessa selvisi, kuinka vähän ohjaus vaikutti potilaisiin. 25 % vastanneista sanoi ohjauksen vaikuttaneen vähäisesti ja 7 % piti ohjauksen vaikutusta olemattomana. Nuoret vastaajat, ikäryhmässä 19 - 33-vuotiaat, pitivät ohjauksen vaikutusta kaikkein vähäisimpänä verraten vanhempiin ikäluokkiin 50 - 65 ja yli 65-vuotiaat. Kokonaisuudessaan ohjausta hyvänä piti 56 % vastaajista, kiitettävänä 40 % ja vain 4 % huonona. Kehittämishaasteiksi ilmenivät itse ohjaustoimintaan liittyvät seikat sekä ohjauksen käsitteeseen liittyvät seikat. Ulkoisia kehittämistarpeita tuli ilmi tila-, aika ja henkilökuntaresurssit. (Kääräinen ym. 2005, 13.)

4 TUTKIMUSONGELMAT

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on tutkia kosketuseristyksessä hoidettavien potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta. Tavoitteina on saada selville ohjauksen resurssien kautta ohjaukseen käytetyn ajan riittävyttä, käytetyn ohjausmateriaalin ja -välineistön hyödyllisyyttä sekä hoitajien ohjauksessa tarvitseman tietotaidon hallitsemista. Ohjauksen riittävyyden kannalta tavoitteena on selvittää ohjausta sairauden oireista, lääkehoidosta, sairauden vaatimista rajoituksista, ohjausta arjen järjestelyistä ja hoitoon osallistumisesta. Ohjauksen toteutuksessa arvioidaan ohjauksen omakohtaisuutta, omaisten ja läheisten huomioonottamista sekä tunteiden huomioon ottamista ohjauksessa. Ohjauksen vaikutukset arvioidaan ohjauksen toimintakyvyn edistämisenä, hoitoon asennoitumisen edistämisenä ja kotona selviytymisen edistämisenä.

1. Miten kosketuseristyspotilaat arvioivat saamansa ohjauksen resurssit?

1.1 Miten potilaat arvioivat ohjaukseen käytetyn ajan riittävyyden?

1.2 Miten potilaat arvioivat ohjauksessa käytetyn ohjausmateriaalin ja -välineistön sekä tilan ajantasaisuuden ja hyödyllisyyden?

1.3 Miten potilaat kokivat hoitajien hallitsevan ohjauksessa tarvittavan tiedon ja taidon?

1.4 Miten potilaat kokivat ohjauksen henkilökohtaisuuden?

2. Miten kosketuseristyspotilaat arvioivat saamansa ohjauksen riittävyyden?

2.1 Miten potilaat kokivat saamansa ohjauksen sairauden oireista?

2.2 Miten potilaat kokivat saamansa ohjauksen lääkehoidosta?

2.3 Miten potilaat kokivat saamansa ohjauksen sairauden vaatimista rajoituksista?

2.4 Miten potilaat kokivat saamansa ohjauksen sairauden vaikutuksesta perheeseen, omaisiin, arkeen ja Kelan korvaus asioihin?

2.5 Miten potilaat kokivat saamansa ohjauksen omasta mahdollisuudesta osallistua hoitoon osastolla ja kotona?

3. Miten kosketuseristyspotilaat arvioivat saamansa ohjauksen toteutuksen?

3.1 Miten potilaat kokivat käsiteltävien asioiden omakohtaisuuden ja sovellettiinko ohjausta potilaan elämään sopivaksi?

3.2 Miten potilaat kokivat omaisten ja läheisten huomioimisen ohjaustilanteessa?

3.3 Miten potilaat kokivat tunteiden huomioimisen ohjauksessa?

3.4 Miten potilaat kokivat ohjaustilanteen ilmapiirin?

4. Miten kosketuseristyspotilaat arvioivat saamansa ohjauksen vaikutukset?

4.1 Miten potilaat kokivat ohjauksen edistäneen heidän fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä?

4.2 Miten potilaat kokivat ohjauksen edistäneen heidän asennoitumistaan hoitoa kohtaan?

4.3 Miten potilaat kokivat ohjauksen edistäneen heidän selviytymistä kotona?

5 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

Idea tutkimuksen toteuttamiselle TtT, yliopisto-opettaja Maria Kääriäisen väitöskirjan pohjalta luoman Potilasmittarin käytölle syntyi alkukeväällä 2011. Kun idea oli suunniteltu hyvälle alulle kirjoitin ensimmäisen sähköpostiviestin yhteistyössä TtM, lehtori Mirja Nurmen sekä projektipäällikkö Sanna Haaviston kanssa TtT, yliopisto-opettaja Maria Kääriäiselle. Viestissä hyvin kohteliaasti tiedustelin saada lupaa käyttää hänen luomaa Potilasohjauksen laatu -mittaria. TtT, yliopisto-opettaja Maria Kääriäinen oli mielissään, kun potilasohjaus aiheena kiinnosti ja antoi luvan tietyin ehdoin käyttää Potilasmittaria. Sopimuksessa, jonka on allekirjoittanut TtT, yliopisto-opettaja Maria Kääriäinen, THT, Professori Helvi Kyngäs ja minä, Johanna Welling, mainitaan että potilasohjauksen laatu- mittarin käyttö on sallittu vain opinnäytetyötä varten kerättävään aineistoon, en saa luovuttaa tai julkaista potilasohjauksen laatu- mittaria kenellekään tai missään sekä olen velvoitettu luovuttamaan kyselyn tulokset Oulun yliopiston terveystieteiden laitoksen tutkimusryhmälle.

5.1 Tutkimusmenetelmä

Työni on klassinen, kvantitatiivinen ja suunnitelmallinen kyselytutkimus, jota voidaan kutsua survey-tutkimukseksi. (Heikkilä 2002, 19). Kvantitatiivisessa eli määrällisessä tutkimuksessa on tärkeää teorian määrä ja laatu. Määrällisellä tutkimuksella yleisesti rakennetaan, selitetään, uudistetaan, puretaan tai täsmennetään aiempaa teoriaa tai käsitteitä. Määrällisen tutkimuksen marssijärjestys onkin teoriasta käytäntöön ja vielä käytännöstä takaisin tulosten teoreettiseen analysointiin. (Vilka 2007, 25, 36 - 37). Vilka Tutki ja mittaa kirjassaan määrittelee määrällisen tutkimuksen menetelmäksi, joka kertoo yleisesti *muuttujien*, tutkittava kohde, välisistä eroista ja suhteista numeerisesti. Määrälliselle tutkimukselle ominaisia kysymyksiä ovat kuinka moni, kuinka paljon ja kuinka usein. *Objektiivisuus* on myös määrällisen tutkimuksen yksi avainsanoista ja sillä tarkoitetaan tutkijasta riippumatonta tutkimustulosta. Määrällisissä tutkimuksissa käytettyjä mittareita ovat kysely-, haastattelu- ja havainnointilomake. Määrälliselle tutkimukselle luonteenomaista on *strukturoidut kysymykset* eli tutkittavat asiat ja ominaisuudet suunnitellaan ja vakioidaan. Tällöin kysymykset on muutettu rakenteellisesti niin, että vastaaja ymmärtää ne arkiymmärryksellään eli kysymykset on operationalisoitu. (Vilka 2007, 13 - 17.) Mahdollisia virheitä määrälliselle tutki-

mukselle ovat epäselväksi jääneet tutkimusongelmat tai että ne ovat hämärtyneet tutkimuksen aikana. Tutkimuskohteen riittämätön tuntemus tai, että tietoa ei ole alun perinkään saatu riittävästi sekä puhdas huolimattomuus tutkimuksen eri vaiheissa. (Vilka 2007, 100 - 101.)

5.1.1 Kohderyhmä ja otanta

Otannalla tarkoitetaan menetelmää, jolla saadaan poimittua perusjoukosta otos eli tutkittava kohderyhmä. Otantamenetelmiä ovat kokonaisotanta, yksinkertainen satunnaisotanta, systemaattinen otanta, ositettu otanta ja ryväotanta. Aineiston voi valita myös harkinnanvaraisesti. (Vilka 2007, 52, 56, 58.) Tässä työssä on käytetty harkinnanvaraista otoksenhankintatapaa. Harkinnanvaraisessa otoksessa ei ole tarkoitus yleistää tuloksia suurempaan perusjoukkoon, vaan tarkastella yksin tietyn kohderyhmän tuloksia. Tuloksia ei yleistetä esimerkiksi kaikkiin Kymenlaakson kosketuseristyspotilaisiin, vaan tuloksia arvioidaan osastokohtaisesti. Harkinnanvaraisessa otoksessa tutkija itse valitsee perustellusti, mutta omien päätöstensä perusteella tutkimuskohteet. (Vilka 2007, 58.) Työni kohderyhmä ja otanta on kymenlaakson sairaanhoitopiiri, Carean vuodeosastojen 5A, 5B, 6A ja K1 aikuiset kosketuseristyspotilaat. Kohderyhmän valitsi Carean hygieniahoitaja Oili Ström aikaisempien tilastojen perusteella, millä osastoilla oli ollut aikaisemmin eniten kosketuseristyspotilaita. Tutkimuskohteet valikoituivat kohderyhmien hoitajien päätöksestä, kuka kosketuseristyspotilas oli kykenevä vastaamaan kyselylomakkeeseen. Tutkija itse ei pystynyt tässä tutkimuksessa vaikuttamaan harkinnanvaraiseen otantaan.

5.1.2 Kysely menetelmänä

Kvantitatiivisen tutkimuksen yksi käytetty mittari on kysely (Vilkkä 2007, 28). Tämä tutkimus toteutetaan kyselynä kosketuseristyksessä hoidettaville potilaille. Kyselylomaketta käytetään, kun havainnoidaan henkilöä ja häntä koskevia asioita esimerkiksi mielipiteitä, asenteita, koettu terveys tai ruokatottumukset. Kyselyssä esitetään vakioituja kysymyksiä, eli kysymykset ovat kaikille samat ja samassa järjestyksessä. Kyselyssä vastaaja lukee ja vastaa kysymykseen itse. (Vilkkä 2007, 28.) Kyselytutkimuksen ongelmaksi muodostuu yleensä vastausten hidas palautuminen. Monesti tämä johtaa uusintakyselyiden lähettämiseen, joka lisää kustannuksia. Tärkeänä muistettavana asiana onkin kyselyn ajoitus. Hyvin suunnitellulla ajoituksella välttää alhaisen vastausprosentin. (Vilkkä 2007, 28.)

5.1.3 Kyselylomake

Tämän opinnäytetyön kyselylomake on TtT, yliopisto-opettaja Maria Kääriäisen väitöskirjassaan luoma potilasohjauksen laatu – mittari. Carean Johtajaylihoitaja Arja Narisen ensimmäisen tapaamiskerran jälkeen sain opinnäytetyölleni tarkemman suunnan, joka oli potilasohjaus. Tämän tapaamisen jälkeen aloin pohtia ohjaajieni kanssa, mikä olisi sopiva tapa toteuttaa tutkimusta ja miten sitä lähdetäisiin suunnittelemaan.

Idea TtT, yliopisto-opettaja Maria Kääriäisen luoman mittarin käyttöön tuli ohjaajaltani, koska olin etsinyt siihen asti teoreettista viitekehystä varten tutkimuksia liittyen potilasohjaukseen ja löytänyt paljon materiaalia Maria Kääriäiseltä ja Helvi Kynkäältä. Työn tässä vaiheessa olin myös tutustunut Maria Kääriäisen väitöskirjaan. Yhdessä ohjaajieni kanssa suunnittelimme ajatusta pidemmälle. Päätimme, että ensimmäinen sähköpostiviesti täytyy lähettää mitä pikimmiten, jotta asia saataisiin etenemään. Viestissä hyvin kohteliaasti tiedustelin saada lupaa käyttää hänen luomaa Potilasohjauksen laatu -mittaria. TtT, yliopisto-opettaja Maria Kääriäinen oli mielissään, kun potilasohjaus aiheena kiinnosti ja antoi luvan tietyin ehdoin käyttää Potilasmittaria.

Ehdin aloittaa yhteistyöneuvottelut Carean Johtajaylihoitaja Arja Narisen ja työelämä ohjaaja Hygieniahoitaja Oili Strömin kanssa, ennen kuin sain luvan Potilasmittarin käyttöön, alkukeväällä 2011. 1.4.2011 allekirjoitin Kymenlaakson ammattikorkeakoulun ja Carean välisen hankkeistussopimuksen opinnäytetyöstä Carean Johtajaylihoitaja Arja Narisen kanssa. Carean sopimus opinnäytetyöstä allekirjoitettiin 20.10.2011. En-

nen kesää Potilasmittari työstettiin kosketuseristyspotilaan ohjauksen laatua mittavaksi. Potilasohjauksen laatu- mittari on alkuperäisesti suunnattu kaikille potilaille. Kysymyksiä on muokattu yhteistyössä projektipäällikkö Sanna Haaviston, lehtori Mirja Nurmen sekä Carean hygieniahoitaja Oili Strömin kanssa. Carean tilastojen ja hygieniahoitaja Oili Strömin mukaan pääosa Carean kosketuseristyspotilaista ovat eläkkeellä olevia, iäkkäitä ja pääosin huonokuntoisia potilaita. Monet kysymykset olivat alkuperäisessä kyselylomakkeessa suunnattu aikuiselle, työssäkäyvälle potilaalle ja ne jätettiin pois Carean hygieniahoitaja Oili Strömin pyynnöstä. Useissa kysymyksissä oli vääränlainen kysymysasettelu tai kysymys oli kokonaan väärä kosketuseristyspotilaille, joten ne muokattiin kosketuseristyspotilaalle sopivaksi ja muutamia kysymyksiä jätettiin pois alkuperäiseen lomakkeeseen verraten. Muokattu mittari hyväksyttiin Maria Kääriäisellä, Carean Johtajaylihoitaja Arja Narisella sekä hygieniahoitaja Oili Strömillä. Kyselylomaketta ei ole liitetty tähän työhön, koska se minun, Maria Kääriäisen ja Helvi Kynkään kanssa yhteisesti allekirjoitetussa sopimuksessa kielletään. Saatekirje on liitetty työhön, koska se ei kuulu potilasohjauksen laatu -mittarin sopimuksen mukaiseen kokonaisuuteen.

Hyvä kyselylomake mittaa tarkasti mitä tutkimussuunnitelma kertoo mitattavan (Vilkkä 2007, 63). Määrällisen tutkimuksen kysymykset täytyy vakioida lomakkeelle niin, että kaikki ymmärtävät kysymykset samalla tavalla eli kysymykset strukturoidaan (Vilkkä 2007, 14). Vilkkä 2007 kirjassaan Tutki ja mittaa määrittelee onnistuneen mittarin edellytyksiä seuraavasti: asiaongelmat tulee olla määritetty täsmällisesti, tutkimusongelmat tulee olla täsmällisesti määritetty asiaongelmista, perehtyneisyys kirjallisuuteen ja aiempiin tutkimuksiin, ala- ja avainkäsitteiden määrittely teoriapohjaan liittyen sekä asioiden välisten yhteisten riippuvuuksien pohdinta. (Vilkkä 2007, 63.) Tutkimuksen teoreettinen viitekehys ja tutkimusongelmat on järjestelmällisesti koottu yhteen muuttujatauluksoon (liite 2), jotta voidaan nähdä, että jokaiseen tutkimusongelmaan on löydetty teoreettista pohjatietoa sekä jokaista tutkimusongelmaa on tutkittu työssä asianmukaisesti.

Erityisen tärkeää kyselyssä on kysymysten sisältö, muotoilu ja esitystapa. Hyvässä kyselyssä tutkija on varmistanut lomakkeen jokaisen kysymyksen mieltien: Mikä on asiaongelma? Mikä on tutkimusongelma? Mitä asioita mitataan? Onko lomakkeessa näistä asioista kysymys? Tarvitaanko lomakkeessa kaikki kysymykset? Puuttuuko lomakkeesta jokin kysymys? (Vilkkä 2007, 63- 64.) Hyvä lomake on kokonaisuudes-

saan selkeä ja helppolukuinen, vastaajan ei tarvitse arvata miten lomakkeeseen vastataan eli kysely on ns. intuitiivinen. (Vilka 2007, 66.) Kokonaisuuteen kuuluu myös, että tutkittavat asiat ja ominaisuudet suunnitellaan ja vakioidaan jo lomakkeen teon alkumetreillä. Tällöin kysymykset on muutettu rakenteellisesti ja tarkasti niin, että vastaaja ymmärtää ne arkiymmärryksellään eli kysymykset on operationalisoitu. (Vilka 2007, 13- 17.)

Kyselylomakkeen rakentaminen jaetaan kolmeen osaan: suunnittelu, kysymysten muotoilu ja testaus. Onnistuneen kyselyn viimeinen vaihe on testaus. Virheiden korjaaminen on myöhäistä aineistonkeruun jälkeen. Testauksella tarkoitetaan, että lomake esitetään asiantuntijoilla tai kollegoilla ennen kyselyn virallista aloittamista. Pelkkä kyselylomakkeen kommentointi ei riitä testaukseksi ja monesti testaus täytyy toistaa, jotta lomakkeesta saadaan hyvä. (Vilka 2007, 78- 79.) Tähän tutkimukseen ei kyselylomaketta enää erikseen esitetä, koska kyselylomake oli ollut jo aikaisemmin TtT, yliopisto-opettaja Maria Kääriäisellä käytössä omassa väitöskirjassaan ja siinä testattu.

Kyselylomakkeen ensimmäisellä sivulla heti saatekirjeen jälkeen on esitetty vastaajan taustoja selvittäviä kysymyksiä. Näiden kysymyksiä avulla laatueroasteikkoa käyttäen esitetään asioiden samanlaisuutta ja erilaisuutta. Tällä pystytään jakamaan laadulliset ominaisuudet luokkiin tai ryhmiin, mutta ei minkäänlaiseen paremmuusjärjestykseen. Näitä laatueroasteikkoon kuuluvia käsitteitä ovat sukupuoli, ikä, siviilisääty, millä Carean osastolla potilas oli vastaushetkellä hoidettavana ja kuinka kauan potilaalla on ollut sairaus, jonka vuoksi hän on vastaushetkellä eristettynä. (Vrt. Vilka 2007, 48; Heikkilä 2002, 81.)

Kyselylomakkeessa on käytetty Likertin asteikkoa, joka on asenneasteikoista tavallisimmin käytetty. Likertin asteikko on tavallisesti 4- tai 5-portainen järjestysasteikkoa muistuttava asteikko, jota käytetään yleisesti mielipideväittämissä. Asteikossa on yleensä toisena ääripäänä *täysin samaa mieltä* ja toisessa ääripäässä *täysin eri mieltä*. Vastaaja päättää itse mielipidettään parhaiten kuvaavan vaihtoehdon. (Heikkilä 2002, 53; Vilka 2007, 46.) Kyselylomakkeessa on yksi avoin kysymys. Kysymyksessä kysytään avoimesti mielipidettä miten potilasohjausta voisi vastaajan mielestä kehittää. Aihe on rajattu, mikä on kvantitatiivisessa kyselyssä olevalle avoimelle kysymykselle tavanomaista. Avoimille kysymyksille on tyypillistä niiden helppo laadinta, mutta työ-

läs käsittely. Usein avoimet kysymykset ovat myös helppo jättää vastaamatta. (Heikkilä 2002, 49.)

Saatekirjeen tehtävä on saada vastaaja vastaamaan kyselyyn. Motivaation herättämiseksi saatekirje ei saa olla liian pitkä. (Heikkilä 2002, 61.) Saatekirje antaa vastaajalle motivaation vastata tai jättää vastaamatta (Vilkkä 2007, 80 - 81). Hyvä saatekirje sisältää tietoja tutkimuksen toteuttajasta, tutkimuksen tavoitteet, tutkimustietojen käytötavat, miten vastaajat on valittu, mihin mennessä on vastattava, lomakkeen palautuksesta, lomakkeen luottamuksellisuudesta sekä lopussa on aina kiitos ja tutkijan allekirjoitus. (Heikkilä 2002, 61 - 62.) Kyselylomakkeessa käytössä oli TtT, yliopisto-opettaja Maria Kääriäisen itse kirjoittama saatekirje, jota hän antoi luvan käyttää. (liite 4) Saatekirjeessä kerrottiin aluksi, ketkä ovat yhteistyössä tämän tutkimuksen taustalla ja mikä on tämän tutkimuksen ja potilasohjauksen tarkoitus. Motivaation lisäämiseksi saatekirjeessä kerrottiin vastauksen tärkeydestä, anonymiteetin säilymisestä sekä vastausten luottamuksellisesta käsittelystä, vastaamisen vapaaehtoisuudesta sekä ohjeet täytetyn kyselylomakkeen eteenpäin toimittamisesta. Saatekirjeeseen muutettiin tutkijan omat tiedot ja, että se on kohdistettu Kymenlaakson sairaanhoitopiiri Carean potilaille.

5.2 Tutkimusaineiston keruu

12.8.2011 allekirjoitin TtT, yliopisto-opettaja Maria Kääriäisen ja Professori Helvi Kynkään kanssa sopimuksen Potilasohjauksen laatu- mittarista ja sen käytöstä. Elokuussa otin yhteyttä yhteistyöosastojeni osaston- tai apulaisosastonhoitajiin ja sovin henkilökohtaisesti tapaamisajasta jolloin esittelin heille Potilasmittarin. 15.8.2011 Tapasin osastojen 6A ja K1 osastonhoitajan ja apulaisosastonhoitajan. Esittelin heille Potilasmittarin. He ottivat kyselyt avoimesti vastaan. Jätin kummallekin osastolle 20 kpl Potilasmittaria, 20 kpl henkilökohtaista vastauskuorta, joissa oli päällä teksti: Johanna Welling Sairaanhoitajaopiskelija AMK Opinnäytetyö / Vastauskuori. Potilas pystyi sulkemaan vastauskuorensa itse liimatarralla. Vastauskuorille oli jokaista osastoa kohden yksi iso palautuskuori, josta kävin vastauskuoria hakemassa. Ison palautuskuoren päällä oli liimattu A4 kokoinen infoteksti hoitajille. (liite 3). 16.8.2011 tapasin osastojen 5A ja 5B apulaisosastonhoitajat. He ottivat myös hyvin asiaankuuluvasti minut vastaan ja sain kertoa mitä olin tuomassa. Annoin heille kummallekin 10 Potilasmittaria, 10 vastauskuorta sekä molemmille osastoille menevät omat palautuskuo-

ret. Kaikille osastoille annoin myös mukaan kuulakärkikyniä, jotta kyselyn täyttämisen ei vain jäisi siitä kiinni.

Yhteensä kyselylomakkeita jaettiin kentälle 60kpl, joista täytettyinä palautui 4kpl ja täyttämättömänä 53kpl. Kun kyselyt olivat olleet kentällä n. kaksi viikkoa, oli vastauksia tullut vain yksi. Osastojen vastaavat hoitajat kertoivat, että heidän osastoillaan on ollut heikosti niitä kosketuseristyspotilaita, joita työni käsittelee. He kuitenkin kertoivat, että TRPA- eristyspotilaita oli useammalla yhteistyöosastollani. Päätin lisätä työhöni tässä vaiheessa TRPA:n. 8.9.2011 pidetyn suunnitelmaseminaarin jälkeen päätettiin työhön ottaa mukaan edelleen vähäisten vastausten takia kaikki kosketuseristyspotilaat. Informoin muutoksesta osastojen osaston- ja apulaisosastonhoitajia sähköpostitse. Ilmoitin viestissä myös kyselyajan menevän lokakuun puolelle, jotta vastauksia ehtisi tulla mahdollisimman paljon. Korostin viestissäni edelleen hyvää yhteistyötä sekä vastausten tärkeää merkitystä työni kannalta. Kysyin myös hygieniahoitaja Oili Strömiltä voisiko kyselyaluetta laajentaa esimerkiksi tekonivelkeskukseen, mutta tilastojen perusteella tekonivelkeskuksessa on hyvin harvoin kosketuseristyspotilaita ja siksi emme laajentaneet kyselyaluetta. Syy vähäiseen vastausmäärään koko kyselyn ajan oli mitä ilmeisimmin vähäinen kosketuseristyspotilaiden määrä sekä potilaiden huono yleiskunto. Kysely päättyi osastoilla maanantaina 15.10.2011. Aikataulullisista syistä kyselyaikaa ei voinut enää pidentää. Vastauksia oli kaiken kaikkiaan neljä kappaletta. Neuvottelin ohjaajani lehtori Mirja Nurmen kanssa aineiston määrästä ja tulimme siihen lopputulokseen, että määrä on vähäinen, mutta aikataulullisesti emme voi tehdä enää mitään aineiston määrän eteen. Torstaina 13.10.2011 aineisto analysoitiin käyttämällä SPSS for Windows – analysointiohjelmaa yliopettaja Hilikka Dufvan opastuksella.

5.3 Tutkimusaineiston analyysi

Käytettäessä määrällistä tutkimusmenetelmää on tarkoituksena luoda numeroiden ja tilastojen avulla perusteluita muuttujia koskeviin väitteisiin. Tutkimusaineisto ryhmitellään taulukkomuotoon eli *havaintomatriisiin*, jolloin saatu tutkimusaineistotieto on helppo käsitellä numeroin. (Vilka 2005, 90.) Havaintomatriisissa vaakarivi ilmaisee tilastoyksiköitä ja pystyrivi muuttujia. Jokaisesta vastauksesta luodaan taulukkoon oma muuttuja. (Heikkilä 2002, 123.) Tutkimusaineistojen käsittelyyn on useita erilaisia analysointiohjelmiä. (Vilka 2005, 94). Tässä tutkimuksessa käytetään määrällistä tutkimusmenetelmää ja olen analysoinut tutkimusaineiston SPSS for Windows-ohjelmalla. Vähäisen tutkimusaineiston takia työssäni ei pysty toteuttamaan järkevää *ristiintaulukointia*. Ristiintaulukointi tarkoittaa kahden muuttujan välistä yhteyttä, millä tavalla muuttujat vaikuttavat toisiinsa. (Heikkilä 2002, 147, 210.)

Tämän tutkimuksen kyselylomakkeessa on yksi avoin kysymys. Avoimet kysymykset määrällisen tutkimuksen kyselyssä eivät automaattisesti tarkoita laadullista tutkimusmenetelmää eli sisällönanalyysiä. Pelkkä kysymysten muoto ei määrää tutkimusmenetelmää, vaan nimenomaan avoimien kysymysten analysointitapa ja *tiedonintressi* ovat merkitseviä. Tiedonintressillä tarkoitetaan millaista tietoa tutkimuksella tavoitellaan, laadullista vai määrällistä, numeerista tietoa vai tietoa ilmiön tai asian ymmärtämiseen. Tietointressi pohditaan tutkimuksen ideatasolla. (Vilka 2005, 49, 86 - 87.)

6 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Kyselyyn vastasi yhteensä neljä (n=4) kosketuseristyspotilasta. Lomakkeita jaettiin kahden kuukauden ajan. Anonymiteetin lisäämiseksi potilas sai itse sulkea lomakkeensa henkilökohtaiseen vastauskuoreen. Vastauskuoret on avannut ja lomakkeet käsitellyt vain tutkija itse. Tutkimuksen päätyttyä lomakkeet hävitetään. Tutkimuksessa käytetyssä kyselylomakkeessa oli käytössä Likertin asteikko 1 - 5 (1= täysin eri mieltä, 5= täysin samaa mieltä). Tutkimustulosten taulukoissa olen yhdistänyt mielipiteitä seuraavalla tavalla: ”täysin samaa mieltä” ja ”osittain samaa mieltä” on yhdistetty ”samaa mieltä -vastaukseksi”. ”en samaa enkä eri mieltä” on oma vastauksensa. ”osittain eri mieltä” ja ”täysin eri mieltä” ovat yhdistetty ”eri mieltä -vastaukseksi”.

6.1 Vastaajien taustatiedot

Vastaajista kaikki olivat miehiä. Kolme vastaajaa eli parisuhteessa ja yksi vastaaja eli yksin. Yksi vastaaja ei vastannut ikäänsä ja kolmen muun vastaajan iän keskiarvo oli 64 vuotta.

6.2 Kosketuseristyspotilaan ohjauksen resurssit

Kyselylomakkeen ensimmäisessä osiossa käsiteltiin ohjauksen resursseihin liittyviä asioita. Vastaajat olivat kaikki sitä mieltä, että hoitajat osasivat ohjata sairauden hoitoon liittyvien asioiden harjoittelussa. Kolme vastaajaa neljästä pitivät hoitajien yhteistyötä ohjauksissa toimivana ja yksi oli eri mieltä. Kaksi vastaajaa neljästä oli sitä mieltä, että hoitajilla oli tarpeeksi aikaa ohjata, yksi ei ollut samaa eikä eri mieltä ja yksi vastaaja oli eri mieltä. Kaksi vastaajaa piti ohjaustilaa sopivana, yksi vastaaja ei ollut samaa eikä eri mieltä ja yksi vastaaja oli eri mieltä. Hoitajien ohjauksessa tarvitsemia tietoja ja taitoja arvioitaessa kaksi vastaajaa oli sitä mieltä, että hoitajat hallitsivat ohjauksessa tarvittavat tiedot ja taidot, yksi ei ollut samaa eikä eri mieltä ja yksi vastaaja oli eri mieltä. Kaksi vastaajaa oli sitä mieltä, että hoitajilla oli myönteinen asenne ohjaukseen, yksi ei ollut samaa eikä eri mieltä ja yksi oli eri mieltä. Ohjauksen henkilökohtaisuutta arvioitaessa vastaajista kaksi oli sitä mieltä, että ohjaus oli henkilökohtaista, yksi vastaaja ei ollut samaa eikä eri mieltä ja yhden vastaajan mielestä ohjaus ei ollut henkilökohtaista. Ohjauksessa käytetyn välineistön hyödyllisyyttä arvioitaessa vastaajista kolme oli sitä mieltä, että välineistö ei ollut hyödyllistä ja vain yksi

sitä mieltä, että välineistö oli hyödyllistä. Taulukossa 1 on esitelty kosketuseristyspotilaiden ohjauksen resurssien vastauksia.

Taulukko 1. Kosketuseristyspotilaiden käsityksiä ohjauksen resursseista

1. Ohjauksen resurssit	Samaa mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Eri mieltä	Vastaamatta	Yhteensä
Ohjaus sairauden hoitoon liittyvien asioiden harjoittelussa	4	-	-	-	4
Henkilökunnan yhteistyö ohjaustilanteissa	3	-	1	-	4
Henkilökunnalla oli tarpeeksi aikaa ohjata	2	1	1	-	4
Ohjaus oli sopivassa tilassa	2	1	1	-	4
Henkilökunta hallitsi tarvittavat tiedot	2	1	1	-	4
Henkilökunta hallitsi tarvittavan taidon	2	1	1	-	4
Henkilökunnalla oli myönteinen asenne ohjaukseen	2	1	1	-	4
Ohjaus oli henkilökohtaista	2	1	1	-	4
Ohjauksessa käytetyn välineistön hyödyllisyys	1	-	3	-	4

6.3 Kosketuseristyspotilaan ohjauksen sisältö

Kyselylomakkeen toisessa osiossa käsiteltiin ohjauksen sisältöä ja sen riittävyyttä. Kolme vastaajaa neljästä saivat riittävästi ohjausta siitä, miten sairaus vaikuttaa potilaan perheeseen, yhden vastaajan mielestä ohjaus ei ollut riittävää. Ohjausta sairauden oireista ja ruokavaliosta piti riittävänä kaksi vastaajaa neljästä, yksi ei ollut samaa eikä eri mieltä ja yksi vastaaja piti ohjausta riittämättömänä. Ohjausta sairauden ennusteesta tulevaisuudessa ja ohjausta sairauden vaatimista rajoituksista piti riittävänä kaksi vastaajaa neljästä, yksi vastaaja ei ollut samaa eikä eri mieltä ja yksi piti ohjausta riittämättömänä. Kaksi vastaajaa oli sitä meiltä, että ohjauksessa kerrottiin tutkimustulosten merkityksistä, yksi ei ollut samaa eikä eri mieltä ja yksi oli eri mieltä. Lääkehoidon ohjauksen riittävyyttä kysyttäessä, yksi vastasi saaneensa ohjausta riittävästi, kaksi olevansa ei samaa eikä eri mieltä, ja yksi vastasi saaneensa ohjausta riittämättömästi. Yksi vastaaja oli sitä mieltä, että ohjausta liikunnasta annettiin tarpeeksi, kaksi vas-

taajaa ei ollut samaa eikä eri mieltä ja yksi vastaaja oli eri mieltä. Ohjausta sairauden vaikutuksesta arken arvioi yksi saaneensa riittävästi, kaksi ei ollut samaa eikä eri mieltä ja yksi sai ohjausta riittämättömästi. Ohjaus hoitoon valmistautumisesta ja tutkimuksista oli yhden vastaajan mielestä riittävä, kaksi vastaajaa ei ollut samaa eikä eri mieltä ja yksi vastaaja oli eri mieltä. Ohjaus omasta mahdollisuudesta osallistua hoitoon oli yhden vastaajan mielestä riittävä, kaksi ei ollut samaa eikä eri mieltä ja yksi vastaaja vastasi ohjauksen olleen riittämätöntä. Ohjaus henkisestä hyvinvoinnista oli yhden vastaajan mielestä riittävä, kaksi ei ollut samaa eikä eri mieltä ja yhden vastaajan mielestä ohjaus oli riittämätöntä. Ohjaus liittyen mahdollisiin lisäsairauksiin oli yhden vastaajan mielestä riittävä, kaksi vastaajaa ei ollut samaa eikä eri mieltä ja yksi vastaaja piti ohjausta riittämättömänä. Ohjaus itsehoidosta kotona ja ohjaus jatkokäynneistä sairaalassa oli yhden vastaan mielestä ollut riittävä, kaksi ei ollut samaa eikä eri mieltä ja yksi vastaaja ei ollut saanut ohjausta riittävästi. Ohjaus kuntoutuspalveluista ja tukiryhmistä oli yhden vastaajan mielestä riittävä, kaksi vastaajaa ei ollut samaa eikä eri mieltä ja yhden vastaajan mielestä ohjaus oli riittämätöntä. Ohjaus liittyen kotona tapahtuviin hoito-ongelmiin oli yhden vastaan mielestä riittävä, kaksi ei ollut samaa eikä eri mieltä ja yhden vastaajan mielestä ohjaus ei ollut riittävä. Taulukossa 2 on esitelty kosketuseristyspotilaiden ohjauksen sisällön vastauksia.

Taulukko 2. Kosketuseristyspotilaiden käsityksiä ohjauksen sisällöstä

2. Ohjauksen sisältö	Samaa mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Eri mieltä	Vastaamatta	Yhteensä
Ohjaus sairauden vaikutuksesta perheeseen	3	-	1	-	4
Ohjaus sairauden oireista	2	1	1	-	4
Ohjaus sairauden ennusteesta tulevaisuudessa	2	1	1	-	4
Ohjaus ruokavaliosta	2	1	1	-	4
Ohjaus sairauden vaatimista rajoituksista	2	1	1	-	4
Ohjaus tutkimustulosten merkityksistä	2	1	1	-	4
Ohjaus lääkehoidosta	1	2	1	-	4
Ohjaus liikunnasta	1	2	1	-	4
Ohjaus sairauden vaikutuksesta arkeen	1	2	1	-	4
Ohjaus hoitoon valmistautumisesta	1	2	1	-	4
Ohjaus tutkimuksista	1	2	1	-	4
Ohjaus omasta mahdollisuudesta osallistua hoitoon	1	2	1	-	4
Ohjaus henkisestä hyvinvoinnista	1	2	1	-	4
Ohjaus mahdollisista lisäsairauksista	1	2	1	-	4
Ohjaus itsehoidosta kotona	1	2	1	-	4
Ohjaus jatkokäynteistä sairaalassa	1	2	1	-	4
Ohjaus kuntoutuspalveluista	1	2	1	-	4
Ohjaus tukiryhmistä	1	2	1	-	4
Ohjaus hoitongelmista kotona	1	2	1	-	4

6.4 Kosketuseristyspotilaan ohjauksen toteutus

Kyselylomakkeen kolmannessa osiossa käsiteltiin ohjauksen toteutukseen liittyviä asioita. Kaksi vastaajaa oli sitä mieltä, että ohjaustilanteen ilmapiiri oli myönteinen ja avoin. Yksi vastaaja oli eri mieltä. Yksi vastaaja ei vastannut kysymykseen. Kaksi vastaajaa oli sitä mieltä, että ohjauksessa käytettiin ymmärrettävää kieltä. Yksi vastaaja oli eri mieltä ja yksi vastaaja ei vastannut kysymykseen. Kysyttäessä kuunneltiin potilasta ohjauksessa, kaksi vastaajaa oli sitä mieltä, että heitä kuunneltiin ohjauksessa, yksi vastaaja oli eri mieltä. Yksi vastaaja ei vastannut kysymykseen. Kaksi vastaajaa oli sitä mieltä, että ohjauskeskustelu eteni heidän esiin tuomien asioiden mukaan, yksi vastaaja oli eri mieltä ja yksi jätti vastaamatta kysymykseen. Kaksi vastaajaa sai perusteluita asioihin ohjauksessa, yksi oli eri mieltä. Yksi vastaaja ei vastannut kysymykseen. Kaksi vastaajaa sai itse asettaa ohjaukselleen tavoitteet, yksi vastaaja oli eri mieltä ja yksi vastaaja ei vastannut kysymykseen.

Kysyttäessä asetettiin ohjauksentavoitteet yhdessä potilaan kanssa, oliko asetetut tavoitteet selkeät, tarkistettiin potilaalta ohjattujen asioiden ymmärtäminen ja kysyttiin potilaalta ohjauksen onnistumista, oli kaksi vastaajaa sitä mieltä, että näissä kohdissa onnistuttiin, yksi vastaaja oli eri mieltä ja yksi vastaaja jätti vastaamatta kysymykseen. Kahdelta vastaajalta kysyttiin ohjauksen päätteeksi mitä hän itse oppi, yksi vastaaja oli sitä mieltä, että häneltä ei kysyty ohjauksen päätteeksi mitä hän itse oppi ja yksi vastaaja jätti vastaamatta kysymykseen. Kaksi vastaajaa ilmoitti saaneensa ohjauksesta palautetta, yksi ei saanut ohjauksesta palautetta ja yksi jätti vastaamatta kysymykseen. Kaksi vastaajaa ilmoitti, että heiltä kysyttiin, miltä palautetta tuntui saada, yksi vastaaja oli eri mieltä ja yksi jätti vastaamatta kysymykseen. Kaksi vastaajaa vastasi saaneensa antaa palautetta ohjauksesta, yksi oli eri mieltä ja yksi vastaaja jätti vastaamatta kysymykseen. Vain yksi vastaaja ilmoitti saaneensa ottaa omaiset tai puolison mukaan ohjaukseen. Kaksi oli eri mieltä. Yksi vastaaja jätti vastaamatta kysymykseen. Kysyttäessä sovellettiin ohjaus potilaan elämään sopivaksi, oli yksi vastaaja samaa mieltä, kaksi vastaajaa eri mieltä ja yksi jätti vastaamatta kysymykseen. Yksi vastaaja kertoi ohjauksessa tunteiden huomioon ottamisesta, kaksi oli eri mieltä. Yksi vastaaja jätti vastaamatta kysymykseen. Taulukossa 3 on esitelty kosketuseristyspotilaiden ohjauksen toteutuksen vastauksia.

Taulukko 3. Kosketuseristyspotilaiden käsityksiä ohjauksen toteutuksesta

3. Ohjauksen toteutus	Samaa mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Eri mieltä	Vastaamatta	Yhteensä
Ohjaustilanteen ilmapiiri	2	-	1	1	4
Ohjauksessa käytettiin ymmärrettävää kieltä	2	-	1	1	4
Potilaan kuuntelu ohjauksessa	2	-	1	1	4
Keskustelu eteni potilaan asioiden mukaan	2	-	1	1	4
Potilas sai perusteluita asioille	2	-	1	1	4
Potilas sai asettaa itse ohjaustavoitteet	2	-	1	1	4
Tavoitteet sairaudenhoitoon asetettiin yhdessä potilaan kanssa	2	-	1	1	4
Asetetut tavoitteet olivat selkeät	2	-	1	1	4
Ohjattujen asioiden ymmärryksen tarkistus	2	-	1	1	4
Potilaalta kysytty ohjauksen onnistumista	2	-	1	1	4
Potilaalta kysytty mitä itse oppi	2	-	1	1	4
Potilas sai toiminnastaan palautetta	2	-	1	1	4
Potilaalta kysyttiin miltä palaute tuntui	2	-	1	1	4
Potilas sai antaa ohjauksesta palautetta	2	-	1	1	4
Omaiset otettiin halutessaan mukaan ohjaukseen	1	-	2	1	4
Ohjaus sovellettiin potilaan elämään	1	-	2	1	4
Potilaan tunteet huomioitiin ohjauksessa	1	-	2	1	4

6.5 Kosketuseristyspotilaan ohjauksen vaikutukset

Kyselylomakkeen neljännessä osiossa käsiteltiin ohjauksen vaikutuksia. Kaksi vastaajaa oli sitä mieltä, että ohjaus edisti hyvinvoinnin tunnetta. Yksi vastaaja oli eri mieltä ja yksi vastaaja jätti vastaamatta kysymykseen. Kaksi vastaajaa oli myös sitä mieltä, että ohjaus edisti myönteisyyttä hoitoa kohtaan. Yksi vastaaja oli eri mieltä ja yksi vastaaja jätti vastaamatta kysymykseen. Kaksi vastaajaa oli sitä mieltä, että ohjaus edisti tiedon määrää sairaudesta, yksi vastaaja oli eri mieltä ja yksi jätti vastaamatta kysymykseen. Kaksi vastaajaa oli sitä mieltä, että ohjaus edisti potilaan tiedon ymmärtämistä, yksi vastaaja oli eri mieltä ja yksi jätti vastaamatta kysymykseen. Kaksi vastaajaa piti ohjauksen edistäneen itsehoitoa kotona. Yksi vastaaja oli eri mieltä ja yksi vastaaja jätti vastaamatta kysymykseen. Kaksi vastaajaa oli sitä mieltä, että ohjaus edisti kotona selviytymistä, yksi vastaaja oli eri mieltä ja yksi jätti vastaamatta kysymykseen. Kaksi vastaajaa oli myös sitä mieltä, että ohjaus edisti omaisten tiedon saantia. Yksi vastaaja oli eri mieltä ja yksi vastaaja jätti vastaamatta kysymykseen. Taulukossa 4 on esitelty ohjauksen vaikutuksen vastauksia.

Taulukko 4. Kosketuseristyspotilaiden käsityksiä ohjauksen vaikutuksesta

4. Ohjauksen vaikutukset	Samaa mieltä	Ei samaa eikä eri mieltä	Eri mieltä	Vastaamatta	Yhteensä
Ohjaus edisti hyvinvoinnin tunnetta	2	-	1	1	4
Ohjaus edisti potilaan myönteisyyttä hoitoa kohtaan	2	-	1	1	4
Ohjaus edisti potilaan tiedon määrää sairaudesta	2	-	1	1	4
Ohjaus edisti potilaan tiedon ymmärtämistä	2	-	1	1	4
Ohjaus edisti itsehoitoa kotona	2	-	1	1	4
Ohjaus edisti selviytymistä kotona	2	-	1	1	4
Ohjaus edisti omaisten tiedon saantia	2	-	1	1	4

6.6 Yhteenveto tuloksista

Yhteenvetona kosketuseristyspotilaiden ohjauksesta voidaan sanoa, että hoitajat osasivat ohjata hyvin sairauden hoitoon liittyvien asioiden harjoittelussa ja hoitajien yhteistyö ohjauksissa oli toimivaa. Puolet vastaajista oli sitä mieltä, että hoitajilla oli tarpeeksi aikaa ohjata ja että hoitajat hallitsivat ohjauksessa tarvittavat tiedot ja taidot. Puolet vastaajista oli sitä mieltä, että ohjaus oli henkilökohtaista. Ohjauksessa käytetyn välineistön hyödyllisyys oli ohjauksen resurssien huonoimmaksi arvioitu. Vastaajista kolme oli sitä mieltä, että ohjauksessa käytetty välineistö ei ollut hyödyllistä.

Kolme vastaajaa neljästä sai riittävästi ohjausta sairauden vaikutuksesta perheeseen. Puolet vastaajista piti ohjausta sairauden oireista ja ruokavaliosta riittävänä. Ohjaus liittyen sairauden ennusteeseen tulevaisuudessa ja ohjaus sairauden vaatimista rajoituksista oli kahden vastaajan mielestä riittävää. Ohjaus lääkehoidosta jakoi mielipiteitä, yksi vastasi saaneensa ohjausta riittävästi, kaksi olevansa ei samaa eikä eri mieltä, ja yksi vastasi saaneensa ohjausta riittämättömästi. Ohjausta sairauden vaikutuksesta arkeen, ohjausta omasta mahdollisuudesta osallistua hoitoon ja ohjausta henkisestä hyvinvoinnista arvioi vain yksi saaneensa riittävästi ja yksi riittämättömästi. Ohjaus itsehoidosta kotona ja ohjaus jatkokäynneistä sairaalassa oli vain yhden vastaajan mielestä ollut riittävää. Ohjaus kuntoutuspalveluista ja tukiryhmistä oli myös vain yhden vastaajan mielestä riittävää.

Kaksi kolmesta vastanneista oli sitä mieltä, että ohjaustilanteen ilmapiiri oli myönteinen ja avoin. Kaksi kolmesta vastanneista oli sitä mieltä, että ohjauksessa käytettiin ymmärrettävää kieltä. Yli puolet vastanneista oli sitä mieltä, että heitä kuunneltiin ohjauksessa. Yli puolet vastanneista sai itse asettaa ohjaukselleen tavoitteet ja yli puolet ilmoitti, että heiltä kysyttiin ohjauksen päätteeksi mitä hän itse oppi. Kaksi vastaajaa vastasi saaneensa antaa palautetta ohjauksesta. Vain yksi vastaaja ilmoitti saaneensa ottaa omaiset tai puolison mukaan ohjaukseen. Samoin vain yksi vastaaja kertoi ohjauksessa tunteidensa huomioon ottamisesta.

Yli puolet vastaajista oli sitä mieltä, että ohjaus edisti heidän hyvinvoinnin tunnetta. Yli puolet vastaajista oli myös sitä mieltä, että ohjaus edisti heidän hoitomyönteisyytään ja itsehoitoa kotona. Yli puolet vastaajista oli myös sitä mieltä, että ohjaus edisti omaisten tiedon saantia.

Kyselylomakkeessa kysyttiin kokonaisarvosanaa kosketuseristyspotilaiden saamalle ohjaukselle. Vastauksien (n=3) keskiarvo oli tyydyttävä.

Kyselylomakkeen avoin kysymys on miten potilasohjausta voisi kehittää? Tässä kuviossa on esitetty vastaus käsitteellistettynä seuraavanlaisiin sanaryhmiin. Alkuperäinen vastaus on pelkistetty yksittäisiin sanoihin, jotka on ryhmitelty niiden sisällön mukaan.



Kuva 3. Avoimen kysymyksen käsitteellistetty vastaus

Tämän tutkimuksen kehittämishaasteiksi nousivat seuraavat seikat: ohjauksessa käytettävien välineiden käyttö ja hyödyllisyys. Tänä teknologian aikakautena tutkimuksesta kävi ilmi, että suurin osa vastanneista oli sitä mieltä, että ohjaus tilanteessa ei ollut käytetty hyödyllistä välineistöä eli Internetiä tai DVD-materiaali. Toisena haasteena pidetään omaisten asemaa kosketuseristyspotilaan ohjauksessa. Yli puolet vastanneista oli sitä mieltä, että omaisia ei otettu mukaan ohjaustilanteeseen. Kolmantena kohtana pidetään ohjauksen soveltamista potilaan omaan elämään sopivaksi, johon yli puolet vastasi olevansa eri mieltä, eli ohjausta ei sovellettu potilaan omaan elämään sopivaksi. Neljäntenä haasteena on potilaan tunteiden huomioiminen ohjauksessa, johon myös yli puolet vastanneista oli eri mieltä, eli heidän tunteitaan ei huomioitu ohjauksessa.

7 POHDINTA

Tämän opinnäyteyön tarkoituksena oli selvittää kosketuseristyspotilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta. Taustalla oli tutkijan oma mielenkiinto selvittää kosketuseristyspotilaiden ohjausta. Kyselyvastausten hyvin vähäinen määrä tuli hieman yllätyksenä, vaikka osasin ennalta odottaa pientä vastausmäärää. Mitä ilmeisimmin suurin syy vähäiseen vastausmäärään oli ajankohta. Kosketuseristyspotilaiden määrä osastoilla vaihtelee vuoden aikana ja erilaisia pyrähdyksiä kosketuseristyspotilasmäärissä varmasti tapahtuu, mutta tänä vuonna syksy oli hiljaista aikaa. Tätä ei voitu ennakoita millään tilastolla. Osastoilta kerrottiin myös kosketuseristyspotilaiden olleen heikossa yleiskunnossa ja vastaaminen näin ollen on itsenäisesti, ilman avustajaa, vaikeaa. Kyselylomake oli useampisivuinen ja kysymyksiä oli paljon. Kyselylomakkeen pituudella on vaikutus vastausten määrän kanssa. Huonokuntoisten iäkkäiden potilaiden olisi ollut helpompi vastata lyhyempään kyselylomakkeeseen. Kyselyiden vastauksilla sain vastaukset tutkimusongelmiin, vaikka vastaukset ovat pienen otoskoon myötä sattumanvaraisia vastauksia.

7.1 Tulosten tarkastelu

Kosketuseristyspotilaiden ohjauksessa hoitajat osasivat ohjata hyvin sairauden hoitoon liittyvien asioiden harjoittelussa. Kosketuseristyspotilaiden ohjaus liittyen sairauden hoitoon liittyvien asioiden harjoittelussa ilmeni ristiriitaa aikaisempiin tutkimuksiin viitaten. Hoidon aikaisessa ohjauksessa liittyen sairauden hoitoon ja hoitoon liittyvien toimenpiteiden harjoitteluun ilmeni puutteita. Tuloksien mukaan vain yli 65-vuotiaat miehet saivat ohjausta tältä alueelta riittävimmin. (Kääriäinen ym. 2005, 12.)

Tutkimuksessa ilmeni, että hoitajien yhteistyö ohjauksissa oli toimivaa. Hoitajien yhteistyön toimivuus jakoi mielipiteitä strukturoitujen ja laadullisten kysymyksien vastausten välillä, joissa 85 % mielestä hoitajien asennoituminen ohjaukseen oli hyvää tai kiitettävää. Hoitajien yhteistyö todettiin myös toimivaksi. Kuitenkin vastakohdaksi asettuivat laadullisten kysymysten vastaukset, joista ilmeni iäkkäiden potilaiden huonot kokemukset liittyen ohjaajien vaihtumiseen usein sekä ristiriitainen tieto hoitajien antamien ohjausten välillä. Iäkkäät kokivat myös hoitajien käyttävän paljon vierasperiäisiä sanoja. (Isola ym. 2007, 56.)

Puolet vastaajista oli sitä mieltä, että hoitajilla oli tarpeeksi aikaa ohjata. Ohjaukselle järjestettyä aikaa arvioitiin ristiriitaisesti strukturoitujen ja avoimien kysymysten välillä. Isola ym. 2007 tutkimuksen iäkkäiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta erikoissairaanhoidossa strukturoitujen kysymyksiä kautta iäkkäiden mielestä tilat ja aikajärjestelyt olivat onnistuneita. Avoimien kysymyksiä mukaan ohjausaika koettiin kuitenkin liian lyhyeksi ja vastaajat toivoivatkin ohjaukseen varattavan enemmän aikaa (Isola ym. 2007, 58.) Kääriäinen ym. 2005 kirjoittaa, että tutkimuksessa ilmeni puutteita ohjauksen aikajärjestelyissä. Puutteet olivat merkittävämpiä osastolla olleiden potilaiden keskuudessa, kuin poliklinikalla olleiden. (Kääriäinen ym. 2005, 13.)

Tutkimuksessa ilmeni, että hoitajat hallitsivat ohjauksessa tarvittavat tiedot ja taidot. Tämä ohjauksen osa-alue oli hyvin yksiselitteinen. Isola ym. 2007 tutkimuksessa iäkkäät kokivat hyvänä asiana hoitajien tiedot ja taidot ohjattavaan asiaan. Iäkkäistä 88 % oli tyytyväinen hoitajan ohjauksen tietoon ja taitoon.

Puolet vastaajista oli sitä mieltä, että ohjaus oli henkilökohtaista. Aikaisempien tutkimusten vastauksissa on näkemys liittyen ohjauksen henkilökohtaisuuteen. Isola ym. 2007 tutkimuksen avoimien kysymysten vastauksien perusteella tuli ilmi potilaiden tyytymättömyys hoitajien taustatietojen laatuun liittyen potilaiden henkilökohtaisia erikoisvaatimuksia. Iäkkäät toivoivat parempaa huomioimista näkö-, kuulo- ja muistiongelmien ja näiden huomioimista ohjauksessa. (Isola ym. 2007, 56.) 24 % vastaajista oli sitä mieltä että, ohjausta ei sovellettu potilaan elämäntilanteeseen sopivalla tavalla. 74 % vastaajista raportoi saaneensa potilaslähtöistä ohjausta ja 9 % vastaajista oli sitä mieltä, että ohjaus ei ollut potilaslähtöistä. (Kääriäinen ym. 2005, 12.)

Ohjauksessa käytetyn välineistön hyödyllisyys oli tämän tutkimuksen ohjauksen resurssien huonoimmaksi arvioitu. Vastaajista kolme oli sitä mieltä, että ohjaukseen käytetty välineistö ei ollut hyödyllistä. Aikaisempiin tutkimuksiin verraten on näkemys edelleen samansuuntainen. Kääriäinen ym. 2005, kirjoittaa, että tutkimuksessa ilmeni puutteita ohjauksessa käytettävän välineistön, esimerkiksi DVD-materiaali, hallinnassa. Puutteet olivat merkittävämpiä osastolla olleiden potilaiden keskuudessa, kuin poliklinikalla olleiden. (Kääriäinen ym. 2005, 13.)

Kolme vastaajaa neljästä sai riittävästi ohjausta sairauden vaikutuksesta perheeseen. Vain yksi vastaaja ilmoitti saaneensa ottaa omaiset tai puolison mukaan ohjaukseen. Ohjauksen vaikutus perheeseen ja omaisiin sekä heidän huomioonottaminen ohjausti-

lanteessa on ristiriitaisesti nähtävissä näissä vastauksissa. Avoimien kysymysten vastauksissa ilmeni myös iäkkään potilaan omien tunteiden käsittelyssä sekä omaisten tunteiden ohjaamisessa olevan parannettavaa. 16 % vastaajista oli sitä mieltä, ettei omaisia otettu huomioon ohjauksessa toiveista huolimatta. (Isola ym. 2007, 56.) Isola ym. 2007 tutkimuksessa iäkkäiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta erikoissairaanhoidossa raportoi, että 16 % vastanneista ilmoitti, ettei omaisia otettu mukaan ohjaustilanteeseen, toivomuksesta huolimatta. Tutkimuksen laadullisista vastauksista ilmeni myös, miten potilaat olisivat toivoneet omaisten olevan paikalla, iäkkäät vastaajat olivat toivoneet etukäteistietoa ajankohdasta ja siitä, voiko omainen olla paikalla. (Isola ym. 2007, 58.) 15 % oli sitä mieltä, että omaisia ei saanut ottaa mukaan ohjaukseen (Kääriäinen ym. 2005, 12).

Puolet vastaajista piti ohjausta sairauden oireista riittävänä. Hyviä yhtäläisyyksiä on nähtävissä näissä ohjauksen osa-alueissa. Riittävästi ohjausta on saatu sairaudesta (91 %), sairauden hoidosta (88 %), hoitotoimenpiteistä, tutkimuksista (86 %) sekä sairauden syistä (17 %). (Isola ym. 2007, 56.) Kääriäinen ym. 2005 tutkimuksessaan kirjoitti, että parhaiten potilaat olivat saaneet ohjausta seurantakäynteihin, tutkimuksiin, toimenpiteisiin ja hoitoon valmistautumiseen liittyen, mutta huonosti ohjausta oli annettu vastaavasti tutkimustuloksista, sairauden ennusteesta, riskeistä sekä toipumisajan pituudesta. (Kääriäinen ym. 2005, 12.)

Puolet vastaajista oli sitä mieltä, että ohjaus liittyen sairauden ennusteeseen tulevaisuudessa oli riittävä. Ohjaus sairauden ennusteesta tulevaisuudessa eriytyi verrattuna aikaisempien tutkimusten tuloksiin. Tutkimuksen avoimien kysymysten vastauksista kävi ilmi, että parannettavaa oli sairauden, sen ennusteen, toimenpiteiden ja kelakorvauksiin liittyvässä ohjauksessa. (Isola ym. 2007, 56.)

Ohjaus kuntoutuspalveluista ja tukiryhmistä oli myös vain yhden vastaajan mielestä riittävä. Kuntoutus- ja tukiryhmiin liittyvässä ohjauksessa ilmenee ristiriitaisia vastauksia verraten aikaisempiin tutkimustuloksiin. Isola ym. 2007 tutkimuksessa iäkkäiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta erikoissairaanhoidossa koettiin ohjaus riittämättömäksi kuntoutuksesta (20 %) ja tukiryhmistä (18 %). Iäkkäät eivät katso-neet tarpeelliseksi saada ohjausta sosiaalietuuksista (48 %) ja tukiryhmistä (47 %). (Isola ym. 2007, 56.) Kääriäinen ym. 2005 tutkimuksen mukaan heikoiden ohjausta

annettiin sosiaalietuuksista sekä tukiryhmistä. Yleisesti sosiaalietuuksista sai vain 41 % riittävästi ohjausta ja 25 % riittämättömästi. (Kääriäinen ym. 2005, 12.)

Yli puolet vastaajista oli sitä mieltä, että ohjaus edisti heidän hyvinvoinnin tunnetta ja heidän hoitomyönteisyyttään sekä itsehoitoa kotona. Tutkimuksissa ohjauksen vaikutuksista ollaan yhteistä mieltä. Kääriäinen ym. 2005 tutkimuksen mukaan 68 % vastaajista oli sitä mieltä, että ohjauksella oli paljon vaikutusta ja se edisti positiivista asennoitumista hoitoa kohtaan. Ohjauksen katsottiin myös edistäneen vastuunottoa hoidosta ja edistäneen tiedon määrää. Vähiten ohjauksen kerrottiin vaikuttaneen omaisten tiedon saantiin, potilaiden lääkkeiden käyttöön sekä hoitoon vaikuttavaan päätöksen tekoon. (Kääriäinen ym. 2005, 13.)

7.2 Tutkimuksen luotettavuus ja eettisyys

Tutkimuksen *reliabiliteetilla* eli luotettavuudella tarkoitetaan tutkijasta riippumatonta tutkimustulosta. Eli tutkijasta riippumatta tutkimus antaa täsmälleen saman mittauks tuloksen, kun tutkimus toistetaan samalla henkilöllä uudestaan. Luotettavuus tarkoittaa siis tulosten toistettavuutta ja tarkkuutta eli tutkimus antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. (Vilka 2005, 161; Heikkilä 2002, 30.) Pieni otoskoko tekee kuitenkin tuloksista sattumanvaraisia eli vähentää työn luotettavuutta (Heikkilä 2002, 30). Tutkimuksen luotettavuutta heikentävät myös satunnaisvirheet, joita ovat vastaajan eritavalla ymmärtämä kysymys, kuin tutkija on alun perin tarkoittanut, vastaaja muistaa asian väärin tai tutkija itse tekee virheen kirjoittaessaan vastauksen ylös työn tallennus vaiheessa. Satunnaisvirheet eivät suoraan vaikuta negatiivisesti tutkimustavoitteiden saavuttamiseen, vaan tärkeämpää on, että tutkija ottaa kantaa tutkimuksessa ilmenneisiin ilmeisiin satunnaisvirheisiin. Tutkimuksen analysointivaiheessa tutkijan tärkeimpiä piirteitä ovat tarkkuus ja kriittisyys. (Vilka 2005, 161; Heikkilä 2002, 30.) Tämän tutkimuksen luotettavuutta lisääviä tekijöitä on selkeä ja tarkka kerronta, siitä mitä on tapahtunut kyselylomakkeen luonnin missäkin vaiheessa ja miten prosessi Maria Kääriäisen kanssa on alkanut ja loppunut. Yhteydenotot osastoille on esitelty työssä tarkasti ja, se lisää myös osaltaan työn luotettavuutta. Tutkimustulokset on esitelty työssä tarkasti ja ilman erillisiä viittauksia. Lähdekritiikki on huomioitu tässä tutkimuksessa. Lähteinä ovat pääsääntöisesti vain alle kymmenen vuotta vanhat kirjat ja tutkimusartikkelit. Potilasohjaukseen liittyvät artikkelit ja kirjat on kirjoittanut tämän päivän nimekkäimmät potilasohjauksen tutkijat.

Tutkimuksen pätevydestä eli *validiudesta* puhutaan, kun mietitään mittasiko mittari sitä, mitä tutkimuksessa oli tarkoituskin mitata. Validiutta mietitäänkin jo tutkimuksen alkutekijöissä, jolloin tehdään käsitteiden, perusjoukon ja muuttujien tarkkaa määrittelyä. Kaiken kaikkiaan tämä pitää sisällään sen, miten vastaaja on ymmärtänyt kyselylomakkeen kysymykset. Yhdessä pätevyys ja luotettavuus ovat tutkimuksen kokonaisluotettavuus. Pätevyyttä mietittäessä nousevat esille systemaattiset virheet, jotka ovat satunnaisvirheitä vakavampia. Systemaattiseen virheeseen ei vaikuta otoskoon suuruus tai pienuus, vaan se esiintyy vastauskatona, joka saattaa olla systemaattista. Jos katoa ilmenee tutkimuksessa, on se aina tutkittava, millaisessa ryhmässä sitä esiintyy. Systemaattisella virheellä on tarkoitus vaikuttaa koko tutkimusaineistoon samansuuntaisesti. (Vilka 2005, 161; Heikkilä 2002, 186.) Tässä tutkimuksessa validiutta merkitsee Maria Kääriäisen luoman potilas mittarin mukaan luodut tutkimusongelmat ja muuttujataulukko, jolla pystytään varmentamaan, että kaikki tutkimusongelmien kohdat tulevat esille työn teoriaosassa.

Tutkimusetiikka tarkoittaa hyvän tieteellisen käytännön noudattamista. Hyvä tieteellinen käytäntö pitää sisällään kaikille tutkijoille samat sisällöt, ja se koskee kaikkia tutkijoita yhtä paljon. Hyvä tieteellinen käytäntö pitää sisällään ennalta sovittuja pelisääntöjä, joissa tutkijat noudattavat eettisesti kestäviä tiedonhankinta- ja tutkimusmenetelmiä. Tutkija osoittaa omalla tutkimuksellaan tutkimusmenetelmän, tiedonhankinnan ja tutkimustulosten selkeää hallintaa. Yksi tärkeä eettinen kohta on rehellisyys. Rehellinen tutkija kunnioittaa toisten tutkijoiden työtä ja saavutuksia. Toisten tutkijoiden kunnioittaminen otetaan omassa työssä huomioon mm. tarkoilla lähdemerkinnöillä. (Vilka 2005, 29 - 30.)

7.3 Tutkimustulosten hyödyntäminen

Tämän tutkimuksen tulosten hyödyntämissuunnitelmana on luoda osastoille selkeä, käyttökelpoinen, hyödyllinen ja helppokäyttöinen ohjeisto, josta osastonhenkilökunta voi tarkistuslistan tavoin tarkistaa, onko ohjauksessa otettu huomioon kaikki laadukkaan potilasohjauksen peruseikat. Ohjeiston käytettävyys alkaa heti, kun potilas saapuu osastolle potilaan taustatietojen selvittelyllä, jotka selviävät monesti sisäänkirjoutuksen yhteydessä. Ohjeisto on A4 kokoinen paperi, jossa lukee selkeästi mitkä kohdat ovat aikaisemmissa potilasohjauksen tutkimuksissa muodostuneet ohjauksen kulmaki-

viksi. Ohjeisto jaetaan kaikille tähän tutkimukseen osallistuneille osastoille. Ohjeisto on esitelty työn lopussa. (liite 5) Tutkimuksen tuloksista pidetään erillinen osastotunti tutkimukseen osallistuneilla osastoilla.

7.4 Kehittämisehdotuksia

Tässä tutkimuksessa kompastuskiveksi muodostui kyselyiden vähäinen vastausmäärä, mutta mielestäni tutkimusaiheen voi toistaa uudelleen, jolloin saisi toivottavasti laajemman ja luotettavan tuloksen Kymenlaakson kosketuseristyspotilaiden ohjauksen laadusta. Opinnäytetyönä aihe olisi ihanteellinen työparille, sillä yksin tämä on sisällöltään hyvin laaja. Mahdollisesti tutkimukseen voisi kuitenkin laajentaa useamman sairaalan esimerkiksi Pohjois-Kymen sairaalan tai Karhulan sairaalan, jolloin varmistettaisiin useampi tutkimustulos.

7.5 Omia mietteitä opinnäytetyöprosessin varrelta

Taival tähän pisteeseen on ollut pitkä. Prosessin puolivälissä epätoivo kalvoi mieltä, mutta hyvän ohjauksen ja kannustuksen myötä pääsin tämän pitkän oppimistaipaleen päätöspisteeseen. Olen oppinut tämän tutkimuksen aikana paljon niin ammattiin valmistuvana ihmisenä kuin tavallisena opiskelijana. Ison tutkimusprosessin haasteet on tullut eteen jo alkumetreillä, jolloin pohdin vasta aihetta. Aikataulut on osoittautunut yhdeksi työn merkittävimmistä osuuksista; sillä on suuri merkitys oman työn aikataulutuksella, työn valmistumiselle ja oman motivaation säilyttäminen pahimman alakulon iskiessä. On ollut kannustavaa tehdä yhteistyötä aiheen ympärillä ammatikseen tutkivien tutkijoiden avustuksella. Tutkimuksen yhteydessä olen myös oppinut seminaarityöskentelyä, esiintymistä sekä palautteen saamista ja sen muuntamista käytäntöön. Tämän opinnäytetyön tekeminen on ollut suuri henkinen kasvun paikka ja ammattiin valmistuminen on yksi elämän suurimpia virstanpylväitä.

LÄHTEET

Backman, K. 2001. Kotona asuvien ikääntyvien itsestä huolenpito. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Saatavissa: Oulun yliopiston Herkules tietokanta.

<http://herkules.oulu.fi/isbn9514259033/isbn9514259033.pdf> [viitattu 10.5.2011].

Edistämme potilasturvallisuutta yhdessä. Suomalainen potilasturvallisuusstrategia 2009-2013. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2009:3.

Grönroos, P., Kujala, P. & Tiittanen, L. 2002. Puhdistuksen, desinfektion ja steriloinnin tavoitteet ja tarve. Teoksessa: Kujala, P., Grönroos, P., Rantala, A., Tiittanen, L., Vuento, R. & Hellstén, S. (toim.) Infektioiden torjunta sairaalassa. Helsinki: Suomen kuntaliitto, s. 201 - 210.

Heikkilä, T. 2002. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.

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

Hulkko, T., Lyytikäinen, O., Kuusi, M., Seppälä, S. & Ruutu, P. (toim.) Tartuntataudit Suomessa 1995-2009. Raportti 17/2010. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Helsinki: Yliopistopaino.

Isola, A., Backman, K., Saarnio, R., Kääriäinen, M. & Kyngäs, H. 2007. Iäkkäiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksia erikoissairaanhoidossa. Hoitotiede. VOL: 19 2/2007. s. 51 - 62.

Jahren Kristoffersen, N., Nortvedt, F. & Skaug, E-A. 2006. (toim.) Hoitotyön perusteet. Tanska: Narayana Press.

Janhonen, S., Kuokkanen, R., Kääriäinen, S. & Matikka, S,-L. 1992. Kehittyvä hoitotyö. Porvoo: WSOY.

Karhumäki, T. 2008. Välinehuoltotyön alkujuuret. Teoksessa: Hirvonen, K., Karhumäki, T. & Tuominen, E. (toim.) Välinehuolto. Keuruu: Duodecim, 11 - 13.

Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M-L, & Hietanen, H. 2004. Hoitotyön osaaminen. WSOY

Kujala, P. 2002. Tartuntatautien vastustamistyön lainsäädäntöä. Teoksessa: Kujala, P., Grönroos, P., Rantala, A., Tiittanen, L., Vuento, R. & Hellstén, S. (toim.) Infektioiden torjunta sairaalassa. Helsinki: Suomen kuntaliitto, 624.

Kujala, P. & Hassi, K. 2002. Tartuntatautien vastustamistyön lainsäädäntöä. Teoksessa: Kujala, P., Grönroos, P., Rantala, A., Tiittanen, L., Vuento, R. & Hellstén, S. (toim.) Infektioiden torjunta sairaalassa. Helsinki: Suomen kuntaliitto, 326 - 328, 331 - 334.

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

Kärki, T., Meriö-Hietaniemi, I., Möttönen, T., Ruutu, P. & Lyytikäinen, O. 2009. Sairaalainfektioiden torjunta vaatii jatkuvaa ponnistelua. Suomen Lääkärilehti 38/2010 vsk 65, s. 3036 - 3041.

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Saatavissa: Oulun yliopiston Herkules tietokanta. <http://herkules.oulu.fi/isbn9789514284984/isbn9789514284984.pdf> [viitattu 10.5.2011].

Kääriäinen, M. 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. Tutkiva hoitotyö VOL: 6 4/2008. s.10 - 15.

Kääriäinen, M., Kyngäs, H., Ukkola, L. & Torppa, K. 2005. Potilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta. Tutkiva hoitotyö VOL: 3 1/2005. s. 10 - 15.

Laitinen, K. 2007. Mikä desinfectioaine ja miksi? Suomen sairaalahygienialehti 25. s. 143 - 148.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.

Pentti, M. & Lankinen, H. 2008. Hyvät sairaalahygieniatavat. Teoksessa: Hirvonen, K., Karhumäki, T. & Tuominen, E. (toim.) Välinehuolto. Keuruu: Duodecim. s. 111 - 114.

Pentti, M. & Lankinen, H. 2008. Aseptiikka. Teoksessa: Hirvonen, K., Karhumäki, T. & Tuominen, E. (toim.) Välinehuolto. Keuruu: Duodecim. s. 114 - 115.

Pittet, D. 2001. Improving Adherence to Hand Hygiene Practice: A Multidisciplinary Approach. Emerging Infectious Diseases Vol. 7, No. 2, March-April 2001. <http://www.cdc.gov/ncidod/eid/vol7no2/pdfs/pittet.pdf> [viitattu 2.12.2010].

Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. 2009. Hoitotyön etiikka. Helsinki

Syrjälä, H. & Teirilä, I. 2010. Käsihygieniä. Teoksessa: Anttila, V-J., Hellsté, S., Rantala, A., Routamaa, M., Syrjälä, H. & Vuento, R. (toim.) Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. Helsinki: Kuntaliitto. s. 177.

Tartuntatautilaki 25.7.1986/583.

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos. 2010 Tilastotietokanta. Tartuntatautirekisteri. Saatavissa: Terveiden ja hyvinvoinnin laitoksen Internet sivuilla. <http://www3.ktl.fi/> [viitattu 25.10.2011]

Tiittanen, L. 2002. Tartuntatautien vastustamistyön lainsäädäntöä. Teoksessa: Kujala, P., Grönroos, P., Rantala, A., Tiittanen, L., Vuento, R. & Hellstén, S. (toim.) Infektioiden torjunta sairaalassa. Helsinki: Suomen kuntaliitto. s. 158 - 164.

Vilkkä, H. 2005. Tutki ja kehitä. Vaajakoski: Tammi.

Vilkkä, H. 2007. Tutki ja mittaa. Jyväskylä: Gummerus.

Ylipalosaari, P. & Keränen, T. 2010. Potilaan eristäminen. Teoksessa: Anttila, V-J., Hellstén, S., Rantala, A., Routamaa, M., Syrjälä, H. & Vuento, R. (toim.) Hoitoon liittyvien infektioiden torjunta. Helsinki: Kuntaliitto. s. 185 - 195.

LIITTEET

AIKAISEMPIEN TUTKIMUKSIEN TAULUKKO

Liite 1/1

Tekijä(t), paikka, vuosi, työn nimi	Tarkoitus ja tutkimusongelmat	Otanta ja kohderyhmä	Keskeiset tutkimustulokset
Mari Kanerva, Veli-Jukka Anttila Helsinki 2006. Moniresistenttien mikrobin kantajien määrä ja kosketuseristyksen toteutuminen. Prevalenssitutkimus Helsingin ja Uudenmaan, Kymenlaakson ja Etelä-Karjalan sairaanhoitopiireissä	Tutkimuksen tarkoituksena tutkia moni-resistenttien mikrobin kantajien määrä ja kosketuseristyksen toteutuminen HUS:in, Kymenlaakson ja Etelä-Karjalan sh-piireissä.	Tiedot kerättiin kyselylomakkeilla, jotka täyttivät sairaaloiden hygienia-yhdyshenkilöt. Kysely lähetettiin 74 sairaalaan, joista 67 vastasi. 20 oli erikoissairaanhoidon sairaalaa ja 47 terveyskeskussairaalaa.	Resistenttien mikrobin kantajia tai altistuneita oli hoidossa tutkimuspäivänä 759 joista 692 oli HUS:in alueella. Kaikkiaan 34 HUS:in alueen sairaalassa oli MRSA-kantajia ja miltei yhtä monta altistunutta. Kymenlaaksossa oli 6 resistentin mikrobin kantaja ja 9 altistunutta. Etelä-Karjalasta löytyi tutkimuksen mukaan 36 MRSA-kantajaa.
Sofia Forssten Turun yliopisto, Väitöskirja 2009. Genetic bases and diagnostics of extended-spectrum B-lactamases among Enterobacteriaceae in Finland.	Tutkimuksen tarkoituksena oli tutkia ESBL- kantojen esiintyvyyttä ja resistenttejä E.coli ja Klebsiella Pneumoniae bakteereissa.	Tutkimuksessa analysoitiin 994 suomalaisen Enterobacteriaceae- kantaa. Näytteet kerättiin 26 laboratorionta vuosien 2000-2007 välillä.	Tutkimuksessa osoitettiin, että peräti 60% tutkituista näytteistä oli resistenttejä (= lääkevastustus-kykyisiä) monelle eri bakteerilääkkeelle yhtäaikaaisesti.
Tommi Kärki, Irma Meriö-Hietaniemi, Teemu Möttönen, Petri Ruutu & Outi Lyytikäinen. 2009. Sairaalainfektioiden torjunta vaatii jatkuvaa ponnistusta.	Tutkimuksessa tutkittiin hoitoon liittyviä infektioita pääsääntöisesti vuodelta 2008. Torjuntatyön kehittämiseksi on hyvä kartoittaa voimavarat säännöllisesti.	Tutkimuksessa lähetettiin postikyselyllä 57 kyselyä eri akuuttisairaaloihin ympäri suomen sairaanhoitopiirejä. Kyselyyn vastasi kaikki 57 sairaalaa. Vastaukset analysoitiin SPSS- ja STATA- ohjelmilla.	Infektioiden seuranta toimintaa oli lähes kaikissa sairaaloissa ja niissä toimi myös hygienia-työryhmät. Kaikissa vastanneissa sairaaloissa toimi henkilökunta infektioiden vastaisessa työssä, kaikissa oli hygienia-hoitaja, mutta ei infektio-lääkärinä. Kansainvälisellä tasolla Suomen tilanne on suhteellisen hyvä, kaikkia annettuja suosituksia ei kuitenkaan Suomessakaan täytetty.
Outi Lyytikäinen, Mari Kanerva, Niina Agthe & Teemu Möttönen, 2005. Sairaalainfektioiden esiintyvyys Suomessa 2005.	Tutkimuksessa tutkittiin kaikkien sairaanhoitopiirien akuuttisairaaloiden sairaalainfektiopotilaiden osuutta kaikista hoidossa olevista potilaista.	Jokaisesta vuodepaikan potilaasta täytettiin tiedonkeruulomake, tiedot keräsi hygienia-työryhmä (=hygieniahoitaja, infektio-lääkäri ja klinisen mikrobiologian erikoislääkäri) yhdessä osastojen hygienia-yhdyshenkilön kanssa. Tutkimuksessa oli mukana 30 sairaalaa.	Tutkimukseen osallistui 8234 potilasta joista 2759 oli tutkimuspäivänä infektion oireita tai infektion hoito. Kaikkiaan 703 potilaalla todettiin ainakin yksi sairaalainfektio. Leikkausalueen infektio. aheuttivat S. aureus. VTI:tä aiheuttivat E.coli ja Enterococcus faecalis. Clostridium difficile aiheuttamia antibiootitripuleja oli 5%.

Tekijä(t), paikka, vuosi, työn nimi	Tarkoitus ja tutkimusongelmat	Otanta ja kohderyhmä	Keskeiset tutkimustulokset
Bauer, M., Notermans, D., van Benthem, B., Brazier, J., Wilcox, M., Rupnik, M., Monnet, D., van Dissel, J. & Kuijper, E. Clostridium difficile infection in Europe: a hospital-based survey. 2008.	Työn tarkoitus oli tutkia C.Difficilen epidemiologiaa euroopassa.	Tutkimuksessa oli mukana 34 Euroopan maata ja niitä yhteensä 97 sairaalaa. Suomesta oli mukana 3 sairaalaa. Aineistona oli 509 potilasta, joista ensin kerättiin Web kyselylomakkeella tiedot. 3kk myöhemmin samoista potilaista kerättiin seurantatiedot.	44%:lla oli jokin vakava perussairaus ja kaksi kolmannesta oli yli 65-vuotiaita. 80%:lla oli ollut antibioottikuuri kuukauden sisällä sairastumisesta ja 92%:lla kolmen kuukauden sisällä sairastumisesta. koko potilasmäärästä 22% kuoli. 40%:lla kuolemapauksista Clostridium Difficile todettiin joko aiheuttajaksi tai osasyiksi kuolemaan. Eri ribotyyppejä löydettiin yhteensä 65, 027- kanta oli 6. yleisin.
Maria Kääriäinen ja Helvi Kyngäs, 2005, Potilaiden ohjaus hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995 - 2002.	Artikkelissa on tarkoitukseen kuvata tutkimuksista ilmi tulleiden tulosten kautta potilaiden ohjausta hoitotieteellisissä tutkimuksissa vuosina 1995 - 2002. Ongelmina ovat: Millaisia käsityksiä potilailla on ohjauksesta? Miten potilaiden ohjaus on toteutettu? Millaisia vaikutuksia potilaiden ohjauksella on?	Tutkimus tehtiin induktiivisella sisällön analyysi menetelmällä. Aineistona oli 96 artikkelia, jotka kerättiin kirjallisuushauilla Medline-, Cinahl- ja Medic- tietokannoista.	Kolme tärkeintä pääteemaa nousivat esiin: potilaiden käsitykset ohjauksesta, ohjauksen toteuttaminen ja ohjauksen vaikutukset. Ohjaus oli sisällöltään niukkaa, potilaat kaipasivat enemmän sairauteen, sen hoitoon ja niistä selvitymiseen lisää tietoa. Tieto potilaiden ohjaustarpeen tunnistamisesta oli ristiriitainen, koska hoitohenkilökunnan oli vaikea arvioida tarpeen määrää potilaan taustatekijöiden ja terveydentilan mukaan. Potilaat myös toivoivat enemmän tukea sairauteen liittyvien tunteiden käsittelyssä ja omaisten läsnäoloa ohjauksessa.

Tekijä(t), paikka, vuosi, työn nimi	Tarkoitus ja tutkimusongelmat	Otanta ja kohderyhmä	Keskeiset tutkimustulokset
Maria Kääriäinen ja Helvi Kyngäs, 2005, Käsiteanalyysi ohjauskäsitteestä hoitotieteessä.	Artikkelissa on tarkoitus kuvata käsiteanalyysin avulla saatuja tuloksia ohjauskäsitteen käytöstä ja sisällöstä hoitotieteessä. Tutkimusongelmia olivat: Miten ohjauskäsitettä on määritelty? Mitkä ovat ohjauskäsitteen lähikäsitteet? Mitkä ovat ohjauskäsitteen ominaispiirteet? Mitä ennakkoehtoja ohjauskäsitteen esiintyminen edellyttää? Mitä seurauksia ohjauskäsitteestä on?	Tutkimus suoritettiin induktiivisella sisällönanalyysillä, käsiteanalyysillä. Tutkimuksessa käytettiin hoitotieteellistä kirjallisuutta ja yleisteoksia yhteensä 38 kpl.	Ohjauskäsite määriteltiin ammatillisena toimintana tai prosessina. Rinnakkaisena ja synonyymi merkityksenä se oli neuvonnan, opetuksen ja tiedon antamisen käsitteiden kanssa. Käsitteelle ominaista oli ohjattavan ja ohjaajan konteksti, vuorovaikutus, ohjaussuhde ja aktiivinen toiminta. Ammatillinen vastuu näkyi ennakkoehtona ja seurauksia olivat oppiminen, voimaantuminen, itseohjautuvuuden kasvu, terveyden edistäminen ja kansantaloudellinen säästö.
Arja Isola, Kaisa Backman, Reetta Saarnio, Maria Kääriäinen ja Helvi Kyngäs, Oulun yliopisto, 2007, Iäkkäiden kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta erikoissairaanhoidossa.	Tutkimuksen tarkoituksena oli saada selville iäkkäiden (yli 65-vuotiaiden) kokemuksia saamastaan potilasohjauksesta, sen edellytyksistä, toiminnasta ja hyödyistä. Tutkimusongelmia olivat: Miten iäkkäät potilaat kokevat erikoissairaanhoidossa potilasohjauksen edellytykset? Miten iäkkäät potilaat kokevat erikoissairaanhoidossa ohjaustoiminnan? Miten iäkkäät potilaat kokevat erikoissairaanhoidossa potilasohjauksen hyödyn?	Tutkimus tehtiin kyselynä yliopistosairaalan eri osastoille ja poliklinikoille, n=203. Kyselyssä oli strukturoituja sekä strukturoimattomia kysymyksiä. Määrällinen osuus analysoitiin suoraan prosenttijaumia käyttämällä, laadullinen induktiivisen sisällön analyysin avulla.	Tuloksista selviää, että iäkkäät olivat tyytyväisiä ohjauksen laatuun, mutta ohjaustilan toivottiin olevan paremmin ohjaukseen soveltuva. 49 % ohjauksista oli lääkäri-hoitaja työparin toteuttamaa. Erityisesti henkilökohtainen ohjaus korostui. Potilaat kertoivat saaneensa liian vähän ohjausta kuntoutuksesta, tukiryhmistä ja sairauden syistä. Riittävästi tietoa oli annettu sairaudesta, sairauden hoidosta, hoitotoimenpiteistä ja tutkimuksista. Iäkkäät olivat myös toivoneet omaisten läsnäoloa ohjaustilanteissa. Yksilöllisyys ja monipuoliset ohjausmenetelmät nousivat myös esille.

Tekijä(t), paikka, vuosi, työn nimi	Tarkoitus ja tutkimusongelmat	Otanta ja kohderyhmä	Keskeiset tutkimustulokset
Maria Kääriäinen, Oulun yliopisto, 2008, Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät.	Artikkelissa on tarkoituksena kuvata potilasohjauksen laatuun vaikuttavia tekijöitä kirjallisuuteen perustuen.		Lyhykäisyydessään artikkelista ilmeni, että ohjaus edellyttää aina hoitajalta filosofisten ja eettisten lähtökohtien tiedostamista. Hyvät ohjausvalmiudet kuuluvat osana hyvää ohjausta. Potilaalla ja hoitajalla pitää olla hyvät fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset taustatekijät, jotta hyvä ohjaus onnistuu. Kaksisuuntaisuus eli ohjaaja ja ohjattava ovat molemmat aktiivisia ohjaussuhteessa ja luovat yhdessä toimivan ohjausprosessin. Ohjaajan ja potilaan välinen vuorovaikutus pitääkin olla kaksisuuntaista.
Outi Kanste, Kaija Lipponen, Helvi Kyngäs, Liisa Ukkola, 2007, Potilasohjauksen kehittäminen alueellisena verkostoyhteistyönä yli organisaatorajojen.	Artikkelilla on tarkoitus antaa julki miten potilasohjausta pystyttäisiin kehittämään yhteistyössä perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon kanssa. Tiimit on jaettu potilasryhmittäin: sydän-, keuhko- ja haavanhoitopotilaat.	Työssä on yhteistyössä Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 14 kunnan alueelta sekä Kainuun maakunnan kuntayhtymä. Ryhmän muodostaa yhteensä siis 76 hoitopaikkaa. Työskentely koostuu alueellisesta verkostoitumisesta, koulutus-, informaatio- ja palautetilaisuuksista sekä moniammatillisten työryhmien itsenäisestä työskentelystä ja ohjaustilanteista.	Tavoitteena on luoda alueelliset ja yhtenäiset hoitotyön toimintamallit, joiden tavoitteena on ohjauksen laadun edistäminen, ohjausprosessin keskeyttämättömyyden varmistaminen, ohjauskäytäntöjen yhtenäistäminen sekä potilaiden turha siirtäminen organisaatioiden välillä. Hankkeella pyritään myös lisäämään työntekijöiden asiantuntijuutta, työhyvinvointia ja positiivista työasennetta.
Maria Kääriäinen, Helvi Kyngäs, Liisa Ukkola ja Kaarina Torppa, 2005, Potilaiden käsityksiä heidän saamistaan ohjauksesta.	Tarkoituksena oli selvittää potilaiden käsityksiä koskien heidän saamaansa ohjausta. Tutkimusongelmina ovat: Millaiset ovat potilaiden käsitykset heidän saamistaan ohjauksesta? Miten ohjauksen saanti toteutuu ennen sairaalaan tuloa ja sairaalassa? Miten ohjaustoiminta toteutuu sairaalassa? Millaiset ohjauksen resurssit ovat?	Aineisto kerättiin yhden sairaalan osastoilta ja poliklinikoilta. Tutkimukseen valittiin satunnaisotannalla 2071 potilasta. Hoitohenkilökunta jakoi kyselylomakkeet potilaille, jotka lähettivät vastaukset postitse tutkijalle. Vastausprosentti oli 41 %. Kyselylomake oli tutkimusta varten kehitetty mittari.	Ohjausta pidettiin riittämättömänä ennen sairaalaan tuloa sekä sairaalassa. Sosiaalisen tuen ohjausta pidettiin riittämättömänä. Ohjaukset olivat pääsääntöisesti potilaslähtöisiä. Ohjaustilat nähtiin hyvinä ja henkilökunnan yhteistyö oli toimivaa. Kuitenkin asennoitumista ohjaukseen nähtiin parannettavana kohtana.

Tekijä(t), paikka, vuosi, työn nimi	Tarkoitus ja tutkimusongelmat	Otanta ja kohderyhmä	Keskeiset tutkimustulokset
Kaisa Backman, Oulun yliopisto, Väitöskirja, 2001, Kotona asuvien ikääntyvien itsestä huolenpito	Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää ikääntyvien ihmisten itsensä huolenpitoa kotona ja tuottaa aihetta kuvaava malli. Tutkimusongelmia on useampi, koska tutkimus on suoritettu useammassa vaiheessa. 1.vaihe Millaista on kotona asuvien ikääntyvien itsestä huolenpito ja mitkä ovat sen merkitykset ikääntyville? 2.vaihe 1. Millaisia itsestä huolenpidon tapoja ikääntyvillä henkilöillä on? 2. Miten ikääntyvien henkilöiden itsestä huolenpidon tavat ovat yhteydessä menneisyyteen ja tulevaisuuteen suuntautumiseen? 3.vaihe 1. Miten toimintakyky on yhteydessä ikääntyvien henkilöiden itsestä huolenpidon tapoihin? 2. Miten elämään tyytyväisyys on yhteydessä ikääntyvien henkilöiden itsestä huolenpidon tapoihin? 3. Miten itsearvostus on yhteydessä ikääntyvien henkilöiden itsestä huolenpidon tapoihin? 4.vaihe Millaisena itsestä huolenpito näyttäytyy ikääntyvien elämänkerroissa	Kohderyhmänä olivat 75-vuotta täyttäneet iäkkäät aikuiset. 1.vaiheessa haastateltiin n=40 iäkkästä ja aineisto analysoitiin grounded teoria lähestymistavan jatkuvaa vertailevaa analyysiä käyttäen. 2.vaiheessa ikääntyviä tarkasteltiin yksilöinä: itsestä huolenpitoa sekä menneisyyttä ja tulevaisuuteen suuntautumista. Alkuperäinen haastatteluaineisto analysoitiin deduktiivisella sisällön analyysillä käyttäen edellisessä vaiheessa tuotettua mallia luokittelurunkona. 3.vaiheessa selvitettiin ikääntyvien itsestä huolenpidon tapojen yhteyttä toimintakykyyn, elämään tyytyväisyyteen ja itsearvostukseen. 4.vaiheessa kerättiin n=5 elämäkerta-haastattelua, jossa kyseltiin asioita itsensä huolenpidosta elämänhistoriallisesta näkökulmasta.	Tutkimustulosten mukaan iäkkäät näkevät itsestä huolenpidon päivittäisten asioiden tekemisenä ja terveydellisten asioiden hoitamisena, kaikkesta kuitenkin kumpuaa itsestä välittäminen.
Maria Kääriäinen, Oulun yliopisto, Väitöskirja, 2007, Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen	Tutkimuksen tarkoituksena on kehittää potilasohjauksetjua perusterveydenhuollon ja erikoissairaanhoidon yhteistyönä.	Tutkimus suoritettiin kahdessa vaiheessa, 1.vaihe selitetään ohjauksen laatua potilaan ja hoitajan arvioimana. Otanta potilaita n=844, henk.kunta n=916. Analysointi perus- ja monimuuttujamenetelmillä sekä sisällönanalyysillä. 2.vaihe on perustutkimusta, tarkoitus määritellä ohjaus-käsitettä ja testata käsitteen rakennetta. Kirjallisuushauilla n=32, yhteiset n=6,	Tulosten avulla voidaan selvittää ohjauksen määrittelyä ja käyttöä hoito-tieteen, hoitotyön käytännön ja koulutuksen sisäisessä ja välisessä viestinnässä sekä luoda perusteita hoitotyön päätöksen-teolle, toiminnalle ja koulutukselle ohjauksen laadun kehittämiseksi

Tutkimusongelmat	Muuttujat	Kyselylomakkeen muuttujat	Teoreettinen tarkastelu
1. Ohjauksen resurssien arviointi			
1.1 Miten potilaat arvioivat ohjaukseen käytetyn ajan riittävyyden	Aika	1a	13,14
1.2 Miten potilaat arvioivat ohjauksessa käytetyn ohjauksmateriaalin ja –välineistön sekä tilan ajantasaisuuden ja hyödyllisyyden	Tila Hyödyllinen välineistö	1b 1c	14 14
1.3 Miten potilaat kokivat hoitajien hallitsevan ohjauksessa tarvittavan tiedon ja taidon	Tiedonhallinta Tarvittavat taidot	1e 1f	14 14
1.4 Miten potilaat kokivat ohjauksen henkilökohtaisuuden	Henkilökohtaisuus	1h	14,15,16
2. Ohjauksen riittävyyden arviointi			
2.1 Miten potilaat kokivat saamansa ohjauksen sairauksien oireista	Oireet	2a	15
2.2 Miten potilaat kokivat saamansa ohjauksen lääkähoidosta	Lääkehoidon toteutus	2c	15
2.3 Miten potilaat kokivat saamansa ohjauksen sairauksien vaatimista rajoituksista	Arki Rajoitukset	2f 2g	15 15
2.4 Miten potilaat kokivat saamansa ohjauksen sairauksien vaikutuksesta perheeseen, omaisiin, arkeen ja Kelan korvaus asioihin	Vaikutus perheeseen Henkinen hyvinvointi Kuntoutus Tukiryhmät	2k 2m 2q 2r	15,16 15 15 15
2.5 Miten potilaat kokivat saamansa ohjauksen omasta mahdollisuudesta osallistua hoitoon osastolla ja kotona	Oma osallistuminen hoitoon -kotona	2l 2o	15 15
3. Ohjauksen toteutuksen arviointi			
3.1 Miten potilaat kokivat käsiteltävien asioiden oma-kohtaisuuden ja sovellettiinko ohjausta potilaan elämään sopivaksi	Oma-kohtaisuus Soveltilminen Itse asettaa tavoitteet	3a 3g 3x	16,17 17 17
3.2 Miten potilaat kokivat omaisten ja läheisten huomioimisen ohjaustilanteessa	Omaisiet	3e	15,16
3.3 Miten potilaat kokivat tunteiden huomioimisen ohjauksessa	Tunteet Tukeminen Asiantuntijuus Arvostus	3h 3s 3t 3u	14,15,16 15,16 16,17 16,17
3.4 Miten potilaat kokivat ohjaustilanteen ilmapiirin	Ilmapiiri Kuunteleminen	3l 3n	17 17
4. Ohjauksen vaikutuksen arviointi			
4.1 Miten potilaat kokivat ohjauksen edistäneen heidän fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista toimintakykyä	Toimintakyky Mieliala Hyvinvointi	4a 4c 4d	15,16,17 15,16,17 15,16,17
4.2 Miten potilaat kokivat ohjauksen edistäneen heidän asennoitumistaan hoitoa kohtaan	Myönteisyys hoitoon Lääkehoitoon sitoutuminen Vastuunotto	4e 4k 4o	18 15 17
4.3 Miten potilaat kokivat ohjauksen edistäneen heidän selviytymistä kotona	Tiedon ymmärtäminen Selviytyminen	4g 4i	19 19

Hyvä hoitaja,

- Tämä kysely on tarkoitettu osastollanne oleville kosketuseristyspotilaille, jotka ovat kosketuseristyksessä MRSA:n, ESBL:n, TRPA:n tai Clostridium difficile normaalin tai virulenttikanta 027:n takia.

Kun viet kyselylomakkeen potilaalle, ota mukaan

- ruskea kirjekuori
- kyselylomake
- kynä

Potilas laittaa täytetyn kyselylomakkeen kuoreen ja sulkee sen kiinni liimatarralla.

Palauta potilaan vastauskuori tähän palautuspussiin.

Yhteyshenkilöni osastollanne on ensisijaisesti osastonhoitaja, johon olen yhteydessä säännöllisesti.

Jos kysyttävää ilmenee, kuoret ja lomakkeet ovat lopussa tai muuten asia mietityttää, ottakaa yhteyttä puh. XX tai

johanna.welling@student.kyamk.fi.

Ystävällisesti ja yhteistyöterveisin

Johanna Welling

Sairaanhoitajaopiskelija AMK

Sosiaali- ja terveysala, Kotka

Hyvä potilas,

Kymenlaakson keskussairaala, Carea kehittää aktiivisesti kosketuseristyspotilaiden potilasohjausta. Kymenlaakson ammattikorkeakoulun Kotkan sosiaali- ja terveysala tekee yhteistyötä Carean kanssa (opin- näytetöin.) Tämän oppinäytetyön tarkoituksena on **kuvata ohjauksen laatua potilaiden arvioimana** ja saada tietoa ohjauksen kehittämiseksi. Ohjauksella tarkoitetaan potilaan tarpeisiin perustuvaa, vuoro- vaikutteisesti ja tavoitteellisesti toteutettua terveyteen ja hoitoon liittyvien asioiden käsittelyä.

Olemme kiinnostuneita siitä, **millaista ohjausta Te saitte Kymenlaakson keskussairaalassa, Care-
assa**. Pyydämme Teitä vastaamaan kyselyyn, koska mielipiteenne on meille tärkeä. Aikaa kyselylomak-
keen täyttämiseen kuluu noin 15 minuuttia. Kaikki vastaukset käsitellään luottamuksellisesti. Vastauk-
senne eivät tule Teitä hoitavan hoitoyksikön tietoon, eikä Teidän henkilöllisyyttäenne voida tunnistaa.
Vastauksenne ei myöskään vaikuta mitenkään hoitoon, vaan kyselyn perusteella kehitetään koske-
tuseristyspotilaiden potilasohjausta. Vaikka kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista, toivomme Teidän
vastaavan kyselyyn. Mukana saatte henkilökohtaisen kirjekuoren, johon voitte itse sulkea lomakkeenne
vastaamisen jälkeen ja palautatte suljetun kuoren hoitajalle. Hoitaja palauttaa kuoren niille osoitettuun
palautuspisteeseen osastolla.

Yhteistyöstänne kiittäen,

Johanna Welling

Sairaanhoitajaopiskelija AMK

johanna.welling@student.kyamk.fi

Kymenlaakson ammattikorkeakoulu,

Sosiaali- ja terveysala, Kotka

LAADUKAS KOSKETUSERISTYSPOTILAAN OHJAUS -OHJEISTO

Ota selville potilaan taustatekijät:

- Ikä
- Terveydentila
- Sairauden tyyppi
- Terveysuskomukset ja -kokemukset
- Mieltymykset
- Odotukset
- Tarpeet
- Motivaatio
- Oppimistyyli ja – valmiudet
- Kulttuuri- ja etninentausta
- Sosiaalisuus
- Uskonnollisuus
- Eettisyys
- Fyysinen -, psyykinen - ja sosiaalinen ympäristö

Ota huomioon seuraavat ohjauksenseikat:

- Käytä ohjaukseen riittävästi aikaa
- Anna ohjaus potilaalle henkilökohtaisesti
- Hallitse ohjauksessa tarvittavat tiedot ja taidot hyvin
- Käytä ohjauksessa tarvittavaa välineistöä ja materiaalia hyödyllisesti
- Ohjauksen on oltava potilaalle omakohtaista ja sovellettu hänen elämäänsä sopivaksi
- Ota huomioon potilaan erityisvaatimukset esimerkiksi kuulo-, näkö- ja muistiongelmia
- Huomioi potilaan perhe ja omaiset ohjaustilanteessa; jos potilas haluaa omaiset/perheen mukaan ohjaukseen anna ohjaus vasta kun perhe/omaiset on paikalla
- Huomioi potilaan tunteet
- Ohjaustilanteen ilmapiiri tulee olla luonteva ja avoin
- Anna ohjaus niin, että se edistää potilaan kokonaisvaltaista toimintakykyä
- Ohjauksen tulee edistää potilaan hoitoon asennoitumista
- Ohjauksen tulee edistää potilaan kotona selviytymistä

Varmista, että potilas saa ohjauksessa hänen tarvitsemat tiedot

- Kerro sairaudesta yleisesti sekä sen oireista
- Kerro potilaalle määrättyistä lääkkeistä; mitä hänelle annetaan
- Kerro sairauden vaatimista rajoituksista selkeästi ja totuudenmukaisesti
- Kerro miten sairaus tulee vaikuttamaan potilaan arkeen, omaisiin, perheeseen ja esimerkiksi Kelan tuki asioihin ja kerro tukiryhmistä
- Kerro potilaalle miten hän voi osallistua itse hoitoonsa osastolla ja varsinkin kotona

KYSY, VASTAA JA ANNA AIKAA



Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä

HAKEMUS / LUPA

Lupa opinnäyte- ja tutkimustyöt

(Hoito- tai sosiaalialan opinnäytetyö tai muu vastaava ammattikorkeakoulu- tai toisen asteen opiskeluun/koulutukseen liittyvä tutkimus)

Lupaa opinnäyte- ja tutkimustyöhön ei pääsääntöisesti myönnetä potilaisiin/asiakkaisiin kohdistuviin tutkimuksiin eikä rekisteritutkimuksiin, jotka kohdistuvat salassa pidettäviin potilas/asiakasrekisteritietoihin.

Dnro TUTKIMUS	Päätös § 40 / 20 //
---------------	---------------------

Opiskelija / tutkija täyttää ja vastaa allekirjoitusten hankkimisesta

1. Opinnäytetyön / tutkimuksen tiedot

Oppilaitos / koulutusohjelma / suuntautumisvaihtoehto Kymenlaakson ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysala Kotka, Hoitotyön koulutusohjelma, Sairaanhoidaja AMK	Oppilaitoksen osoite Takojaantie 1, 48220 Kotka
Opinnäytetyön / tutkimuksen nimi Kosketuseristyksessä hoidettavan potilaan käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta.	
Opinnäytetyön / tutkimuksen alkamispvm 1.9.2010	Opinnäytetyön / tutkimuksen päättämispvm
Opinnäytetyön / tutkimuksen tavoitteet ja lyhyt kuvaus toteutuksesta (esim. aineiston keruu, kohderyhmä) Opinnäytetyön tavoitteena on tutkia kosketuseristyspotilaiden käsityksiä heidän saamastaan ohjauksesta. Tutkimusaineisto kerätään potilaskyselyinä.	

2. Hakija / hakijat

Opiskelijan / opiskelijoiden nimet	Osoite	Sähköposti	Puhelin
Johanna Welling		johanna.welling@student.kyamk.fi	

3. Opinnäytetyön / tutkimuksen kustannuksista vastaava

<input checked="" type="checkbox"/> opiskelija / tutkija	<input type="checkbox"/> vastuuyksikkö, josta sovittu (pvm ja nimi)
<input type="checkbox"/> joku muu, mikä	kanssa (hankesopimus liitteenä)

4. Opinnäytetyön / tutkimuksen raportointi

<input checked="" type="checkbox"/> Opinnäytetyön tiivistelmä toimitetaan luvan myöntäjälle sähköisesti/paperiversiona	<input checked="" type="checkbox"/> Opinnäytetyö / raportti toimitetaan työelämän yhdyshenkilölle sähköisesti/paperiversiona
<input checked="" type="checkbox"/> Opinnäytetyöstä / raportista pidetään osastokokous /	Jokin muu tapa, mikä

CAREA – KYMENLAAKSON SAIRAANHOITO- JA SOSIAALIPALVELUJEN KUNTAYHTYMÄ

Kuntayhtymän johto
Kotkantie 41
48210 Kotka
Puh. 05 220 51
Fax 05 220 5909
Y-tunnus 0725901-5

Kymenlaakson keskussairaala
Kotkantie 41
48210 Kotka
Puh. 05 220 51
Fax 05 220 5514
kirjaamo@carea.fi

Kymenlaakson psykiatrinen sairaala
Sairaalanukuja 3 D
45750 Sairaalamäki
Puh. 05 220 51
Fax 05 220 2708
www.carea.fi

Sosiaalipalvelut
Kehitysvammaisten erityishuolto
Pohjankorventie 19
45740 Kuusankoski
Puh. 020 615 9000
Fax 020 615 9004



Kymenlaakson sairaanhoito- ja
sosiaalipalvelujen kuntayhtymä

HAKEMUS / LUPA
Lupa opinnäyte- ja tutkimustyöt

(Hoito- tai sosiaalialan opinnäytetyö tai muu vastaava ammattikorkeakoulu- tai toisen asteen opiskeluun/koulutukseen liittyvä tutkimus)

koulutus / muu
Opinnäytetyön tekijällä on opinnäytetyöhönsä tekijänoikeus, mikäli hankkeistamissopimuksessa ei toisin sovi. Kymenlaakson sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä saa opinnäytetyöhön käyttöoikeuden omassa toiminnassaan. Käyttöoikeudesta ei suoriteta palkkiota.

5. Allekirjoitukset

Oppilaitos	
Ohjaajan allekirjoitus ja nimenselvennys <i>Mirja Nurmi</i> MIRJA NURMI	Puhelin / sähköposti 044 702 8714 mirja.nurmi@kyamk.fi
Vastuuyksikkö	
Yhteyshenkilön/työelämäohjaajan allekirjoitus ja nimenselvennys OILI STRÖM	Puhelin / sähköposti oili.strom@careo.fi
Osastonhoitajan / esimiehen allekirjoitus ja nimenselvennys	Puhelin / sähköposti
Pvm sekä hakijan tai ryhmästä yhden henkilön allekirjoitus ja nimenselvennys 11.8.2011 <i>J. Welling</i> Johanna Welling	

6. Luvan myöntäjän viranhaltijapäätös

<input checked="" type="checkbox"/> Myönnetty lupa opinnäyte- / tutkimustyöhön hakemuksen mukaisesti		
<input type="checkbox"/> Lupa edellyttää eettisen toimikunnan käsittelyn	<input type="checkbox"/> Pyydetään tarkennusta / lisäselvityksiä	<input type="checkbox"/> Hakemus hylätty
Perustelut / pyydettävät lisäselvitykset		
Aika ja paikka <i>Kotka 20.10.11</i>	Allekirjoitus ja nimenselvennys, arvo / tehtävänimike <i>Oyaho</i> P 40/11	
Yksikkö- ja yhteystiedot		
Pyydetty lisäselvitykset toimitettu: aika ja paikka		Allekirjoitus ja nimen selvennys, arvo / tehtävänimike
Yksikkö ja yhteystiedot		

7. Liitteet

- Tutkimussuunnitelma (hyväksytyt oppilaitoksessa) *Alustava tutkimussuunnitelma*
 Hankkeistamissopimus
 Selvitys tutkimuksen kustannuksista ja rahoituksesta
 Muut liitteet, mitkä:

CAREA - KYMENLAAKSON SAIRAANHOITO- JA SOSIAALIPALVELUJEN KUNTAYHTYMÄ

Kuntayhtymän johto
Kotkantie 41
48210 Kotka
Puh. 05 220 51
Fax 05 220 5909
Y-tunnus 0725901-5

Kymenlaakson keskussairaala
Kotkantie 41
48210 Kotka
Puh. 05 220 51
Fax 05 220 5514
kirjaamo@careo.fi

Kymenlaakson psykiatrinen sairaala
Sairaalanukuja 3 D
45750 Sairaalamäki
Puh. 05 220 51
Fax 05 220 2708
www.careo.fi

Sosiaalipalvelut
Kehitysvammaisten erityishuolto
Pohjankorventie 19
45740 Kuusankoski
Puh. 020 615 9000
Fax 020 615 9004