

Opinnäytetyö (AMK)

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja AMK

2011

Anda Apostol, Elina Eskola ja Sanna Halme

TUKI- JA LIIKUNTAELINPOTILAIDEN TIEDON TARVE HENKILÖKUNNAN ARVIOIMANA

- SPTT-MITTARIN TESTAUS



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Anda Apostol, Elina Eskola ja Sanna Halme

TUKI- JA LIIKUNTAELINPOTILAIDEN TIEDON TARVE HENKILÖKUNNAN ARVIOIMANA – SPTT-MITTARIN TESTAUS

Tämä opinnäytetyö on osa Hoi-Pro hanketta, joka on Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin (VSSH:n) ja Turun ammattikorkeakoulun (Turun AMK) yhteinen hoitotyön kehittämisprojekti. Tämän opinnäytetyön osuus Hoi-Pro kehittämisprojektissa on tuki- ja liikuntaelinpotilaiden tiedontarpeen kartoittaminen tulevalle tules-toimialalla (ei ortopedia).

Tehtävänä oli testata sairaalapotilaan tiedon tarve-mittaria (SPTT-mittari) tules-toimialan hoitohenkilökunnalla. Tässä opinnäytetyössä tules-potilaisiin luettiin myös käsikirurgiset-, luutumori- ja traumapotilaat. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa SPTT-mittarin toimivuutta tules-potilaiden kohdalla sekä selvittää minkälainen tiedon tarve näillä potilailla on hoitohenkilökunnan arvioimana ja millaiseksi henkilökunta kokee mittarin väittämien selkeyden. Saatua tietoa voidaan hyödyntää mahdolliseen mittarin uudelleen muotoilemiseen tulespotilaille sopivammaksi ja vahvistamaan mittarin validiteettia.

Tutkimus toteutettiin strukturoidun kyselylomakkeen avulla. Tutkimukseen valittiin kvantitatiivinen lähestymistapa ja se toteutettiin survey- tutkimuksena. Kyselylomakkeessa oli 40 väittämää, joilla mitattiin potilaiden tiedon tarpeen määrää ja arvioitiin väittämien selkeyttä. Tutkimuksen otoskoon muodosti 24 sairaanhoitajaa. SPTT-mittaria muokattiin tules-potilaille sopivammaksi.

Tutkimuksen aineisto kerättiin Turun yliopistollisen keskussairaalan (TYKS) traumatologian osastolta 214 sekä kirurgian poliklinikalta 221. Näiden osastojen sairaanhoitajat arvioivat lomakkeiden avulla potilaiden tämänhetkistä tiedon tarvetta. Aineisto tallennettiin syyskuussa 2011 SPSS 19 ohjelmaan. Aineisto analysoitiin tilastollisin tunnusluvuin.

Vaikka vastaajat kokivat mittarin väittämissä epäselvyyttä, koettiin epäselvinkin väittäjä 45 %:n mielestä selkeäksi. Sairanhoitajat arvioivat potilaiden tärkeimmiksi tiedontarpeiksi tiedot liittyen itse sairauteen, sen oireisiin sekä diagnostiikkaan. Jotta SPTT-mittari saadaan kehitettyä toimivaksi, tulee tämän opinnäytetyön tuloksia verrata potilailla testattuun mittariin ja näin kehittää valmis työväline jokapäiväiseen tules-potilaiden hoitotyöhön.

ASIASANAT:

Tuki- ja liikuntaelinsairaudet, SPTT-mittarin testaus, potilaan tiedontarve, potilaan ohjaus

Anda Apostol, Elina Eskola and Sanna Halme

MUSCULOSKELETAL PATIENTS' NEED FOR INFORMATION AS ESTIMATED BY STAFF – TESTING THE SPTT-TOOL

This thesis is a part of the Hoi-Pro project, which is a project for developing nursing care, run jointly by the Intermunicipal Hospital District of Southwest Finland and Turku University of Applied Sciences. The share of this thesis in the Hoi-Pro project is the musculoskeletal patients' need for information in the musculoskeletal field (not orthopedy).

The task was to test the tool designed for measuring the patients need for information (SPTT-tool) with the help of the nursing staff in the musculoskeletal field. For the purposes of this thesis were also included hand-surgical, bone tumor and trauma patients. The aim of this thesis was firstly to evaluate the effectiveness of the SPTT-tool for musculoskeletal patients, secondly to map out how the nursing staff evaluates the need of information for this type of patients and thirdly how clear and understandable does the staff experience the statements in the SPTT-tool to be. The information discovered can be used to develop the SPTT-tool in order to make it more functional for working with musculoskeletal patients and to further improve the validity of the tool.

The study was carried out using a structured questionnaire. A quantitative approach was chosen to carry out the survey. The questionnaire consisted of forty statements which were used to measure the quantity of information needed by the patients and to evaluate the clarity of the statements. The representative sample consisted of twenty four nurses. The SPTT-tool was adapted to be more appropriate for musculoskeletal patients.

The study was carried out in the Turku University Hospital (TYKS) in the trauma ward 214 and the surgical clinic ward 221. The nursing staff of these wards evaluated the patients' current need for information with the help of the questionnaire. The data was recorded in September 2011 using the SPSS 19 program. The data was statistically analyzed.

Even though the staff experienced some of the statements used in the SPTT-tool to be unclear, even the most unclear statement was estimated to be clear and understandable by forty five per cent of the staff. The nursing staff evaluated the most important information needed by the patients to be the information concerning the illness itself, its symptoms and treatment. In order to make the SPTT-tool more functional, the results of this study should be compared to the tool tested by the patients and hereby develop a ready tool to be used in the daily care of musculoskeletal patients.

KEYWORDS: Musculoskeletal disorders, testing SPTT-tool, patients' need of knowledge, patient counselling

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	7
2 TUKI- JA LIIKUNTAELINSAIRAUDET	9
2.1 Traumaperäiset vammat osana tuki- ja liikuntaelinsairauksia	10
2.2 Luutumorit	11
2.3 Käden- ja kynnärvarren rasisairaudet	13
3 POTILAAN OHJAUS	16
3.1 Potilaan tiedon tarve	17
3.2 Potilasohjauksen laatu	20
3.3 Potilasohjauksen haasteet	23
4 HOIDON LAATU JA POTILASTYYTYVÄISYYS	27
5 MITTARIN TESTAUS	30
6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	35
7 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN	36
7.1 Kyselymenetelmä	36
7.2 SPTT-mittarin kehittäminen	38
7.3 Kohdejoukko ja aineiston keruu	39
7.4 Aineiston analyysi	40
8 TULOKSET	41
8.1 Vastaajien taustatiedot	41
8.2 SPTT-mittarin väittämien tarkastelu	42
8.2.1 Sairauteen, sen hoitoon sekä diagnostiikkaan liittyvä tieto (väittämät 1-8)	42
8.2.2 Arjesta selviytyminen (väittämät 9-16)	44
8.2.3 Tunteisiin ja aiempiin kokemuksiin liittyvä tieto (väittämät 17-21)	47
8.2.4 Potilaan oikeudet, vastuu ja hoitoon liittyvä etiikka (väittämät 22-28)	48
8.2.5 Hoidon tukitoimintoihin liittyvä tieto (väittämät 29-34)	51
8.2.6 Tieto kustannuksista (väittämät 35-40)	53
8.3 Potilaiden tiedon tarve henkilökunnan arvioimana	55

8.4 SPTT-mittarin väittämien selkeys	58
9 KOOSTE TULOXSISTA	60
10 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	62
11 POHDINTA	64
LÄHTEET	66

LIITTEET

- Liite 1. Muokattu SPTT-mittari
- Liite 2. Alkuperäinen SPTT-mittari
- Liite 3. SPTT- mittarin käyttö lupa
- Liite 4. Saatekirje tutkimukseen osallistujalle
- Liite 5. Taustatietolomake
- Liite 6. Tutkimuslupa
- Liite 7. Toimeksiantosopimus
- Liite 8. Potilaiden tiedon tarve
- Liite 9. Väittämien selkeys

TAULUKOT

- Taulukko 1. Sairauteen, sen hoitoon sekä diagnostiikkaan liittyvä tieto (väittämät 1-8)
- Taulukko 2. Arjesta selviytyminen (väittämät 9-16)s
- Taulukko 3. Tunteisiin ja aiempiin kokemuksiin liittyvä tieto (väittämät 17-21)
- Taulukko 4. Potilaan oikeudet, vastuu ja hoitoon liittyvä etiikka (väittämät 22-28)
- Taulukko 5. Hoidon tukitoimintoihin liittyvä tieto (väittämät 29-34)
- Taulukko 6. Tieto kustannuksista (väittämät 35-40)
- Taulukko 7. Sisällöt joista potilaat eivät tarvitse tietoa
- Taulukko 8. Sisällöt joista potilaat tarvitsevat jonkin verran tietoa
- Taulukko 9. Sisällöt joista potilaat tarvitsevat melko paljon tietoa

Taulukko 10. Sisällöt joista potilaat tarvitsevat paljon tietoa

Taulukko 11. Mittarin selkeimmät ja epäselvimmät väittämät

1 JOHDANTO

Tämä opinnäytetyö integroituu T-Pro hankkeeseen, joka on Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin (VSSH:n) T-sairaalan toiminnankehittämishanke. T-Pro hankkeeseen kuuluu osana myös Tulevaisuuden sairaala - Hoitotyön kehittämisprojekti 2009–2015 (Hoi-Pro-projekti), jonka osaksi tämä opinnäytetyö kuuluu. Hoi-Pro on Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin ja Turun ammattikorkeakoulun (Turun AMK) yhteinen hoitotyön kehittämisprojekti. Hoi-Pro pyrkii lisäämään yhteistyötä VSSH:n ja Turun AMK:n välillä, tukemaan VSSH:ä sen siirtyessä uuteen toimialakohtaiseen toimintamalliin sekä tutustuttamaan opiskelijoita tähän uuteen toimintamalliin ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin. Projekti rakentuu kolmesta eri vaiheesta. Ensimmäinen vaihe on toimialakohtaiseen hoitotyön suunnitteluvaihe (v. 2009–2012), johon tämä opinnäytetyö sisältyy. Kaksi seuraavaa vaihetta ovat toimialakohtaisen hoitotyön toteutus- ja arviointivaihe, jotka toteutuvat vuosina 2013–2015. (Tulevaisuuden sairaala - Hoitotyön kehittämisprojekti 2009–2015, Projektisuunnitelma 2011.)

Tämän opinnäytetyön osuus Hoi-Pro kehittämisprojektissa on tuki- ja liikuntaelinpotilaiden tiedon tarve tulevalla tules-toimialalla (ei ortopedia). Ortopedisille leikkauspotilaille on jo kehitetty oma SPTT-mittari. (Lönnerberg & Eloranta, 2009). Tehtävänä oli testata sairaalapotilaan tiedon tarve-mittaria (SPTT-mittari) (Liite 1) tules-toimialan hoitohenkilökunnalla. Opinnäytetyön aiheeseen lisättiin työn aloittamisen jälkeen trauma-, käsikirurgiset- ja luutumoripotilaat, joita tässä työssä tarkasteltiin osana tules-potilaita. Tavoitteena oli saada tarkkaa tietoa tules-potilasryhmän tiedon tarpeista, jonka pohjalta kehitetään työväline, joka on tulevaisuudessa hyödynnettävissä heidän ohjauksessaan. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa SPTT-mittarin toimivuutta tai toimimattomuutta tules-potilaiden kohdalla. Hoitohenkilökunta arvioi mittarin avulla potilaiden tiedon tarvetta ja mittarin väittämien selkeyttä. Saatua tietoa voidaan hyödyntää mahdolliseen mittarin uudelleen muotoilemiseen tai vahvistamaan mittarin validiteettia. Potilaiden tiedon tarve on

aiheena tärkeä, vaikka sitä onkin aiemmin laajalti tutkittu. Tämän työn näkökulma tuo uutta tietoa tules-potilaiden ohjaustarpeesta, ja saattaa mahdollistaa mittarin laajemman käytön. Näkökulmana toimi henkilökunnan arvio siitä, miten mittari toimii tules-potilaiden käytössä, mikä taas tuo aiheeseen uudenlaisen keinon arvioida mittarin toimivuutta ja kehittää sitä. Erityisen uniikin aiheesta tekee se, että se on omana osanaan mukana kehittämässä uuden toimialakohtaisen toimintamallin toimivuutta.

2 TUKI- JA LIIKUNTAELINSAIRAUDET

Tuki- ja liikuntaelinsairauksiin määritellään selkäsairaudet, nivelrikko, moniniveltulehdus tai sen jälkitila, nivelreuma, polven nivelrikko, lonkan nivelrikko, pitkäaikainen selkäoireyhtymä ja pitkäaikainen niska-hartiaseudun kiputila (THL 2010). Tässä opinnäytetyössä tuki- ja liikuntaelinpotilaiksi on määritelty edellä mainittujen lisäksi trauma-, luutumori- ja käsikirurgiset potilaat. Opinnäytetyössä ei ole tarkasteltu ortopedisten potilaiden tiedon tarvetta, koska ortopedisille potilaille on jo kehitetty oma SPTT-mittari (Lönnerberg & Eloranta 2009).

Tuki- ja liikuntaelinsairaudet johtuvat suurelta osin biologisista prosesseista kuten perinnöllisyydestä ja oman kehon käyttämisestä. Joillakin ihmisillä on taipumus tuki- ja liikuntaelinsairauksiin, toisilla taas ei. Näitä ei ole kaikissa tapauksissa mahdollista ehkäistä, eikä niitä voi aina etukäteen tietää. Hoitohenkilökunnan tulisi korostaa fyysisen aktiivisuuden merkitystä ehkäisevänä menetelmänä ja investointina omaan terveyteen. (Larsson ym. 2009.)

Verrattuna Mini-Suomi terveystutkimukseen, joka toteutettiin 20 vuotta aikaisemmin, alaselkä- ja niskasairaudet ovat vähentyneet sukupuolesta riippumatta, kun taas polven nivelrikon esiintyvyys on vähentynyt naisilla, mutta ei miehillä. Itse arvioitu kyvyttömyys työ- ja vapaa-aikana oli vahvasti yhteydessä tuki- ja liikuntaelinsairauksiin. Tuki- ja liikuntaelinsairaus tai -vaiva oli yleisin syy lääkärikäynnille 12 %:lla Suomen aikuisväestössä. Tämä antaa viitteitä lääkärikäyntien osuudesta, jotka luetellaan tähän kohderyhmään. (Kansanterveyslaitos 2007.)

Suomessa tuki- ja liikuntaelinsairauksilla ei ole ollut täsmällistä laaja-alaista ohjelmaa, kuten esimerkiksi sydän – ja verisuonisairauksilla, joilla ohjelma keskittyi taudin ehkäisyyn, hoitoon ja kuntoutuksen tehostamiseen. Tuki- ja liikuntaelinten oireet ja sairaudet ovat yleisiä ja niistä aiheutuu haittaa ihmiselle itselleen sekä yhteiskunnalle, mutta valtakunnallista yhteistä ohjelmaa ei ole

kuitenkaan aiemmin toteutettu. Kansallinen TULE-ohjelma kehitettiin parantamaan tuki- ja liikuntaelinterveyttä. TULE-ohjelman tarkoituksena on korostaa nimenomaan ennaltaehkäisyä. (Suomen tuki- ja liikuntaelinliitto 2007.)

2.1 Traumaperäiset vammat osana tuki- ja liikuntaelinsairauksia

Itälä ym. (2006, 239–242) analysoivat kaikkien vuosina 2000–2004 TYKS:ssa tehohoitoa vaatineiden tapaturmaisesti loukkaantuneiden potilaiden potilasasiakirjamerkinnot. Vuosina 2000–2004 tehohoitoa vaati 427 potilasta, joista 21 % oli naisia ja 79 % miehiä. Potilaiden keski-ikä oli 44 vuotta. Liikenneonnettomuus ja vapaa-ajan tapaturma oli yleisin tapaturman aiheuttaja. Vammamekanismina oli yleisimmin tylppä vamma ja 60 %:lla potilaista vamman aiheuttajan arvioitiin olevan korkeaenerginen. 15 potilasta oli löydetty vakavasti vammautuneena, eikä vammamekanismista saatu tietoa hoitajakson aikana. Potilaista 59 %:lla todettiin monivamma ja muilla potilailla ainoastaan yhdessä kehonosassa vakava vamma, joita olivat aivo-, ranka-, thorax-, abdominaali-, urogenitaali-, tuki- ja liikuntaelin- ja kasvovamma. Ensihoitovaiheessa seitsemän potilasta jouduttiin resuskitoimaan, ja näistä kuusi menehtyi seuraavien vuorokausien aikana ja vain yksi toipui vammoistaan. 69 %:lla potilaista potilaan tila vaati operatiivista hoitoa ja ensimmäisen vuorokauden aikana operoitiin 53 % potilaista. Vakava aivovamma diagnosoitiin noin 60 %:lla potilaista, joista 62 % hoidettiin konservatiivisesti. Perifeeristen vammojen hoito viivästyi aivovamman intensiivisen hoidon takia useita vuorokausia. Jopa 45 %:lla potilaista löytyi alkoholia verestä. Analysoitavien potilaiden kohdalla tehohoitajakso kesti keskimäärin kuusi vuorokautta, minkä jälkeen potilaat siirtyivät jatkohoitoon. Tehohoitajakson aikana traumaan liittyviä komplikaatioita arvioitiin olevan noin puolella hoidetuista potilaista. Itälän tutkimuksen pohdinnassa todetaan, että melkein joka kymmenes teho-osastolla hoidettu traumapotilas menehtyy.

HYKS Töölön sairaalassa otettiin käyttöön vuonna 2004 traumapotilaiden hoidon rekisteröimiseksi siihen tarkoitukseen kehitetty traumarekisteri. Vammat, jotka ylittivät tietyn pistemäärän (yli 15), kirjattiin tietokantaan joka oli luotu traumarekisteriä varten. Traumapotilaiden vammat pisteytettiin vakavuuden perusteella kansainvälisen ISS luokituksen (Injury severity score) mukaan. Töölön tapaturma-asemalla sisäänkirjattiin noin 5000 potilasta, joista 153 oli vakavasti vammautunut (115 miestä ja 38 naista). Kaatuminen tai alle kahden metrin korkeudelta putoaminen oli yleisimmin onnettomuuden syynä. Toiseksi yleisimpiä syitä vammautumiseen olivat liikenneonnettomuus ja korkealta putoaminen. Liikenneonnettomuuksissa loukkaantuneilla oli eniten diagnosoitavia vammoja. Aivovamma osoittautui yleisimmäksi kuolemaan johtavaksi syyksi. (Handolin ym. 2007, 2077–2080.)

Traumapotilaiden hoidon tilastoinnissa sekä hoitoa tutkittaessa ja vertailtaessa ISS-pisteytys on tärkeässä asemassa. ISS-pisteytys on käytössä myös laskennallisen eloonjäämisennusteen laadinnassa. Sairaalassa saadun hoidon laatua mitataan vertaamalla laskennallisen ja toteutuneen eloonjäämisen suhdetta koko rekisterin aineistossa. Traumapotilaiden kohdalla, olemassa olevia potilastietojärjestelmiä ei voida sellaisenaan käyttää hyödyksi tallentamaan vakavasti loukkaantuneiden tietoja, koska nämä eivät ole tarpeeksi yksityiskohtaisia rajamaan ISS-pisteitä. (Handolin ym. 2007, 2077–2080.)

2.2 Luutuumorit

Mäkelän (2001, 2205–2212) mukaan luutuumoriksi määritellään yleensä natiiviröntgenkuvasta todettu luumuutos, jonka alkuperästä ei vielä tiedetä ja muutoksen luonne on diagnoosia tehtäessä epäselvä. Jos histologinen tarkennus puuttuu eikä luumuutosta ole tarkennettu kuvantamistutkimuksella, on tämän käsitteen käyttäminen luontevaa. Histologinen näytepala varmistaa diagnoosin tai tarvittaessa voidaan tehdä lisätutkimuksia. Luukasvainten

diagnostiikassa natiiviröntgenkuvauksella on tärkeä rooli. Tietokonetomografialla ja magneettikuvauksella saadaan lisätietoa.

Luumuutokset, kuten osteomyoliitti, osteoporoosi ja osteomalasia hoidetaan usein luutumoreita hoitavassa yksikössä, vaikka nämä eivät ole varsinaisia luutumoreita. Varsinaiset luukasvaimet jaetaan hyvän- ja pahanlaatuisiin luukasvaimiin. Pahanlaatuinen luukasvain voi olla joko primaarinen tai metastaattinen eli sekundaarinen. Pahanlaatuisen luukasvaimen hoitomuotoja ovat kirurginen hoito, sädehoito ja sytostaattihoido. Yhdistelmähoitolla tarkoitetaan sitä, että leikkaukseen yhdistetään joko säde- tai sytostaattihoido, tai molemmat. Useimmissa tapauksissa käytetäänkin yhdistelmähoitoa. (Mäkelä 2001, 2205.) Esimerkiksi luusarkooman hoidossa voidaan joutua poistamaan raajasta kantavaa luuta, minkä takia joudutaan tekemään rekonstruktio. Leikkausalueelle siirretään esimerkiksi potilaan omaa pohjeluuta tai otetaan luuta luupankista. Proteesi on myös varteenotettava vaihtoehto ja tarvittaessa käytetään luusiirteen ja proteesin yhdistelmää. Kirurgisen hoidon tarkoituksena on aina, jos mahdollista, säästää potilaan raaja ja amputaatiota joudutaan tekemään harvoin. Luusarkooman koon ja sijainnin vuoksi, sitä ei pystytä aina kokonaan poistamaan, joten leikkausta voidaan täydentää sädehoidolla. (Tarkkanen 2011.)

Suomessa benignejä (hyvänlaatuisia) luukasvaimia todetaan arvion mukaan noin 200 uutta tapausta vuodessa, kun taas primaareja maligneja (pahanlaatuisia) luukasvaimia todetaan vuodessa 50–60. Osteosarkooma, kondrosarkooma, Ewingin sarkooma, myelooma ja erityyppiset luulymfoomat ovat yleisimpiä maligneja kasvaimia, jotka ovat yleistyneet viime vuosien aikana. Huomattavasti näitä yleisempiä kasvaimia ovat metastaasit, joiden primaari kasvaimen paikka on yleensä rintarauhanen, eturauhanen, munuainen, keuhkot, kilpirauhanen tai suoliston alue. Yleisimpiä benignejä luumuutoksia ovat luukystat, osteokondrooma ja luun jättisolukasvain. (Mäkelä 2001, 2205–2206.)

Vuosina 1990–2003 Pohjois-Savon sairaanhoitopiirin alueella diagnosoitiin primaari luulymfooma 16 potilaalla, joista miehiä oli kymmenen ja naisia kuusi.

Potilaiden iän vaihteluväli oli 24–80 vuotta. Kirurginen biopsia oli aina potilaan diagnoosin taustalla. Non-Hodgkin lymfoomalle on tyypillistä sen leviäminen luuytimeen, mutta primaarit luulymfoomat ovat harvinaisia. (Jantunen ym. 2004.)

Jantunen ym. (2004, 2681–2683, 2685–2686) tutkimuksen tarkoituksena oli havainnollistaa luulymfooman diagnostiikkaa ja analysoida potilaiden hoitokokemuksia. Kaikki potilaat saivat antrasykliiniä sisältävää monisolunsalpaajahoitoa, johon liitettiin paikallinen sädehoito. Solunsalpaajakuurit kestivät kolmesta yhteentoista viikkoon. Autologisen kansasolusiirron sai kolme potilasta. Neljäntoista potilaan kohdalla pystyttiin arvioimaan hoidon tehoa. Kaikki 14 potilasta saavuttivat taudin remissiovaiheen, mutta kahdella potilaalla tauti uusiutui. Viidestätoista hoidetusta potilaasta kolmesta oli elossa vuoden 2003 joulukuussa. Yksi potilaista kieltäytyi hoidoista ja yksi menehtyi ensimmäisen solunsalpaajakuurin jälkeen. Potilaista 12 sai hoitoa, joka esti taudin leviämistä keskushermostoon. Hoitona käytettiin joko intratekaalisia metotreksaattihoitoja, systeemistä metotreksaattilääkitystä tai näiden yhdistelmää. Potilaista 30 % operoitiin kirurgisesti. Luulymfooman harvinaisuuden takia satunnaistettujen tutkimusten tekeminen on hankalaa, mutta tämän tutkimuksen perusteella primaarin luulymfooman pitkäaikaiset hoitotulokset ovat hyviä. Potilailla on sairautensa sekä siihen annetun hoidon vuoksi lisääntynyt riski saada luunmurtumia, minkä takia osteoporoosin riski tulee huomioida ja todettu osteoporoosi hoitaa.

2.3 Käden- ja kyynärvarren rasisussairaudet

Käypä hoito-suosituksesta käy ilmi, että yläraajan rasisussairaudet johtuvat liiallisesta kyynärvarren, ranteen tai käden rasituksesta ja aiheuttavat kipua. Rasisussairauksien syntyyn vaikuttavat työperäisten seikkojen lisäksi myös yksilön ominaisuudet, kuten ylipaino ja tupakointi. Yläraajan rasisussairauksiin

luetaan jännetulehdukset, epikondyliitti, rannekanavaoireyhtymä sekä käden tai kyynärvarren paikallinen kipu. Rasisairauden kulku on yksilöllistä, mutta usein se paranee muutamassa viikossa, jos rasisairautta vältetään. Rasisairaudessa ensisijaisena hoitona käytetään parasetamolia ja paikallisesti vaikuttavia tulehduskipulääkkeitä. Lasta- tai kortisonihoidosta saattaa olla apua pitkittyneessä jännetuppitulehduksessa ja rannekanavaoireyhtymässä. Rannekanavaoireyhtymä saatetaan leikata, jos hoidosta ei ole apua tai oireet pahenevat. Muissa rasisairauksissa ei yleensä tarvita leikkaushoitoa. (Riikola & Varjonen 2007.) TYKSissä hoidetaan akuutteja käsikirurgisia vammoja, yläraajojen kroonisia sairauksia kuten hermopinteitä, kämmenkalvon kuroumia sekä jännetupin tulehduksia. Käsikirurgia käsittää myös erilaiset käden alueen hermo-, jänne- ja nivelsidevammat sekä huonoon asentoon luutuneet käden alueen murtumat. (Jääskeläinen 2010.)

Ryhänen (2007) katsauksen mukaan työikäisten tavanomaisimpia käden ongelmia olivat jännetuppitulehdukset. Taudin syynä pidetään yleensä työperäistä yllirasitusta, mutta soittaminen tai urheileminen voi myös olla sairauden takana. Ammattitautina ongelmaa esiintyy eniten kokoonpano- ja elintarviketyössä. Katsauksessa viitatussa (Newportin ym. 1990) tutkimuksen mukaan jännetuppitulehdukset ovat tavallisempia naisilla kuin miehillä. Napsusormen esiintyvyys on korkeimmillaan 55–60 vuoden iässä (Weilby 1970). Katsauksessa viitattu Wolfen (2005) mukaan myös reuma ja tietyt harvinaiset taudit voivat olla osasyynä jännetuppitulehdukselle. Tutkimuksesta selvisi, että mahdollisina aiheuttajina jännetuppitulehdukselle voivat olla nivelrikosta johtuva nivelturvotus, luupiikit ja murtumat sekä myöhäiset virheasennot, haavojen jälkeiset arvet sekä poikkeavat rakenteet käden anatomiassa. (Ryhänen 2007, 539.)

Akuutteihin oireisiin luetaan paikallisesti rajoittunut kipu jänneiden kohdalla, yleisimmät tulehdukselliset oireet ja ritinä. Jänneen huonosta liukuvuudesta johtuen saattaa myöhemmin esiintyä jänneen ja sen ympäriskudoksen paksuuntumista, kädellä tunnisteltavia liikkuvia kyhmyjä sekä lukkiutumista pinnekohtassa. Järvisen ym. (1997) tutkimuksen mukaan jännetuppitulehdus

aiheuttaa kroonistuessaan jänteeseen pahentuvia muutoksia ja se voi lopulta katketa. (Ryhänen 2007, 539.)

Ryhänen referoi katsauksessaan hoidon yleisimmät pääpiirteet Kiefhaber ja Stern 1992, Petersen ym. 2002 tutkimuksiin perustuen. Yleisiä linjauksia hoidon akuutissa vaiheessa ovat tulehduskipulääkkeet, riittävä lepo, kortikosteroidi ruiskeet, lastoitus ja kylmähoito. Jos konservatiivinen hoito ei tehoa, leikkaus on mahdollinen. (Ryhänen 2007, 541–543.)

Napsusormi on jännetuppitulehduksen koukistajapuolella, ja esiintyy siksi useasti peukalossa, mutta tavataan myös useassa sormessa yhtä aikaa. De Quervainin jännetuppitulehdus on ojentajan-aitiossa esiintyvä tulehdus, joka sijaitsee varttinäluun puikkolisäkkeen päällä. (Ryhänen 2007, 543, 545.)

Tules-toimialue käsittää laajan skaalan eri potilasryhmiä, joiden tarpeet saattavat vaihdella jännetuppitulehduksen hoidosta aina koko elämän kestävään tetraplegia-potilaan hoitoon. Toinen potilasryhmä saattaa pärjätä pelkän postoperatiivisen ohjauksen avulla, kun taas toinen potilasryhmä saattaa tarvita intensiivistä ohjausta ja kuntoutusta koko loppuelämänsä ajan. Tämän opinnäytetyön loogisuutta hankaloittaa se, että tarkasteltavaan ryhmään eivät kuulu ollenkaan ortopediset potilaat, jotka kuitenkin liittyisivät oleellisesti tuki- ja liikuntaelinpotilaisiin. Erityisesti traumatologia on kirjallisuudessa laajalti yhdistettynä ortopediaan.

3 POTILAAN OHJAUS

Mäkeläisen ym. (2009, 2061–2064) mukaan reumapotilaan ohjauksen sisältö koostui pääasiassa lääkkeiden vaikuttavuudesta ja lääkityksen seuraamiseen liittyvästä verinäytteiden otosta. Tutkimuksen mukaan hieman yli puolet nivelreumapotilaista oli tyytyväisiä sairaanhoitajalta saamansa ohjaukseen. Neljäsosa potilaista ei ollut tyytyväisiä reumahoitajan antamaan ohjaukseen. Syynä oli henkisen tuen puute, jota potilaat kuitenkin kokivat tarvitsevänsä. Potilaat joilla tauti oli ollut pitemmän aikaa, olivat tyytyväisempiä ohjaukseen. Suuri osa potilaista koki saavansa ohjausta vain diagnoosin tekohetkellä, jonka jälkeen heidät jätettiin yksin sairautensa kanssa. Monelle diagnoosin saaminen on shokki, minkä takia he eivät kykene vastaanottamaan informaatiota sillä hetkellä. Hoitajan antama tuki ja kiinnostus potilaan tilasta vähentää myöhemmän kyselyn ja tiedontarpeen määrää. Tämä saa potilaan tuntemaan, että hän tulee toimeen sairautensa kanssa, vaikka ei saisikaan uutta tietoa.

Lillefjell (2006, 666–667,671) vertaili naisten ja miesten välisiä eroja tuki- ja liikuntaelinsairailta potilailla. Kuntoutusta suunniteltaessa tulisi ottaa huomioon naisten ja miesten väliset erot, ja se millä tavalla psykososiaaliset tekijät vaikuttavat kuntoutuksen lopputulokseen. Naisista 72,9 % kärsi unettomuudesta kuntoutuksen alussa, kun taas vastaava luku miehillä oli 54,2 %. Työllisyyteen tai muihin sosioekonomisiin muuttujiin liittyviä merkittäviä sukupuolieroja ei ollut nähtävissä. Naisilla merkityksellisyyteen ja selviytymiskykyyn liittyvät tulokset olivat alhaisempia kuin miehillä. Korkea ikä korreloi kivun voimakkuuden kanssa naisilla. Kuntoutuksesta oli hyötyä molemmille sukupuolille lähes jokaisella osa-alueella.

3.1 Potilaan tiedon tarve

VSSH:ssä on toiminut vuodesta 2004 lähtien potilasinfokeskus Tietolähde, joka sijaitsee TYKSissä. Tietolähde on kehitetty potilasohjaus-strategiaa (2007–2015) vastaavaksi ja sen tarkoituksena on antaa tietoa potilaille, heidän omaisilleen sekä tervedenhuollon ammattilaisille. Tietoa on tarjolla terveyden edistämistämistä, sekä sairauksista ja niiden hoidosta. Lisäksi tietoa on saatavissa sosiaalietuuksista, potilaan oikeuksista sekä erilaisten potilasjärjestöjen toiminnasta. Tietolähde pyrkii lisäämään potilaiden osallistumista omaan hoitoonsa ja sitä koskevaan päätöksentekoon. Tieto omasta sairauden- tai terveydentilasta parantaa potilaan itsemääräsmisoikeutta ja tietoisuutta vaihtoehtoista. Sairaalassa olon aikana saatua informaatiota potilaat eivät aina pysty sisäistämään tai hyödyntämään, minkä takia Tietolähteellä on iso rooli potilasohjauksessa. (Siekkinen 2008.)

Hyvinkään sairaalassa puolestaan toimii TYKSin Tietolähdettä vastaava oppimiskeskus Soppi. Se kohdistaa toimintansa potilaisiin, heidän omaisiinsa ja hoitohenkilökuntaan. Oppimiskeskus pyrkii parantamaan potilaiden ja omaisten tietoperusta sairaudesta, parantaa heidän selviytymiskeinojaan ja vähentää pelkoa ja epävarmuutta jotka usein liittyvät sairauteen. Materiaalia on saatavilla kirjoina, esitteinä, videoina, cd-rom-ohjelmina, aikakauslehtinä ja Internet-sivuina löytyvänä tietona. Tietokeskuksesta on mahdollista saada tietoa myös hoitoketjuista ja eri järjestöjen toiminnasta. Sopessa potilailla on mahdollisuus vieraila hoidon kaikissa vaiheissa, myös hoidon päätyttyä. Soppi mahdollistaa myös hoitohenkilökunnan omaehtoisen oppimisen tarjoamalla heille informaatiota. Sopen toiminnan kehittämiseksi tutkittiin mitä tietoa potilaat kokevat tarvitsevänsä sairaalassa käydessään, sekä millä tavalla tiedonsaanti on tähän mennessä toteutunut ja vastasiko saatu tieto heidän odotuksiaan. (Välimäki ym. 2002, 4729–4732.)

Tutkimus toteutettiin omahoitajan jakaman lomakkeen avulla kotiinlähtövaiheessa, potilaille jotka täyttivät kriteerit 18 ikävuotta ja kyky vastata

omatoimisesti. Vastausprosentti oli 94. Vastaajista noin 49 % oli miehiä ja vastaajien keski-ikä oli 49. Vastaajista 37 % oli saapunut sairaalan päivystysosastolle ja 63 % tuli kutsuttuina. 56 % oli ollut kirurgian osastolla hoidossa, 31 % sisätautien, 6 % korva-, nenä- ja kurkkutautien ja 3 % naistentautien osastoilla. 4 % vastanneista oli merkinnyt muun osaston. (Välimäki ym. 2002, 4729–4732.)

Asennoituminen tiedonsaantiin oli positiivista. 99 % vastaajista koki tiedonsaannin ennen hoitoon saapumista erittäin tai melko tärkeänä ja hoidon aikana saatua tietoa piti tärkeänä 100 % vastaajista. Sairauteen ja diagnoosiin liittyvän tiedon (81 %) vastaajat kokivat merkittävimmäksi ja toiseksi tärkeämmäksi (76 %) koettiin tutkimukset ja niiden tulokset sekä kolmanneksi (63 %) toimenpiteet tai hoito. Vähiten tärkeänä (16 %) pidettiin tiedonsaantia liittyen anestesiaan. Vastanneiden mielestä tietoa eri hoitovaihtoehdoista, riskeistä, anestesiasta ja hoidon ennusteesta oli saatu vähiten. Eniten potilaat saivat informaatiota toimenpiteestä tai hoidosta (92 %), sairaudesta tai diagnoosista (89 %) ja tutkimuksista ja saaduista tuloksista (80 %). Eniten kritiikkiä syntyi potilaiden osalta kun kyse oli riittämättömästä tiedotuksesta liittyen toimenpiteiden riskeihin. 33 % vastaajista ei kokenut saaneensa tarpeeksi tietoa. (Välimäki ym. 2002, 4729–4732.)

Selviytymistä tukevaa tietoa ei koettu kovin tärkeäksi. Jatkohoito, kuntoutus, sairauden tai hoidon vaikutus toimintakykyyn ja potilaan oikeudet oli noin kolmanneksen mielestä tärkeänä pidettävää tietoa. Potilasjärjestöjen toimintaa ja omaisten hoitoon osallistumista ei pidetty tärkeänä. Potilaiden tiedonsaanti oli vähäisempää kuin mitä he olivat odottaneet, ainoastaan sairausloma ja mahdollista työkyvyttömyysaikaa koskevaa tietoa oli saatu enemmän kuin oli toivottu. (Välimäki ym. 2002, 4729–4732.)

Potilasoppimiskeskus Sopen toiminnasta tiesi 30 % vastaajista. Suurin osa oli saanut tietää Sopen hoitajalta, ja pienempi osa muuta kautta, kuten ilmoitustaululta. Vain pieni osa vastaajista oli käyttänyt Sopen informaatiopalveluita aiemmin. Potilaat olivat olleet tyytyväisiä Sopen

toimintaan. Tietoteknologian hyödyntäminen informaation ja potilasopetuksen välittämiseen nähtiin hyvin tarpeellisena. (Välimäki ym. 2002, 4729–4732.)

Glenton (2002, 319, 322–325) tutki selkäkivuista kärsivien potilaiden tiedon tarvetta ja ongelmia, joita tiedonsaannissa saattoi mahdollisesti esiintyä. Potilaat halusivat ymmärtää mikä kivun aiheuttaa, tietoa itse diagnoosista ja sairauden diagnostiikasta. Potilaat pyysivät tietoa eri hoitovaihtoehdoista, hoitojen vaikutuksista, toimenpiteistä, niiden sivuvaikutuksista ja hinnoista. Tietoa haluttiin lisäksi pitkäaikaisen kivun sosiaalisista ja emotionaalisista vaikutuksista, kuten jokapäiväisessä elämässä pärjäämisestä, muiden ihmisten kokemuksista sekä sosiaaliavustuksista ja potilaan oikeuksista. Haastateltavat mainitsivat yhdeksi tiedonsaannin esteeksi lääketieteellisen, juridisen ja muun ammattikielen, jota oli vaikea ymmärtää. Lääkäreiden ajanpuutetta, kommunikointitaitojen puutetta, tietämättömyyttä selkäkivuista ja asennetta selkäkipuisia potilaita kohtaan pidettiin myös esteenä tiedon saannille.

Suhonen ym. (2005, 1167, 1169–1173) vertailivat potilaiden tarvitsemaa tietoa heidän saamaansa tietoon ja tarkastelivat näiden vaihtelua potilaiden välillä. Tutkimus toteutettiin suomalaisessa sairaalassa. 58 % potilaista oli ollut hoidossa kirurgisella osastolla, 26 % sisätautiosastolla, 10 % gynekologisella osastolla ja 6 % korva- ja kurkkutautien osastolla. Kyselylomake käsitti neljä pääkohtaa, joita olivat: tiedon tärkeys liittyen itse sairauteen ja sen hoitoon (10 kohtaa), tiedon tärkeys liittyen päivittäiseen selviämiseen (9 kohtaa), tiedon saaminen liittyen itse sairauteen ja sen hoitoon (10 kohtaa) ja tiedon saaminen liittyen päivittäiseen selviämiseen (9 kohtaa). Sairauteen ja sen hoitoon liittyvään tietoon sisältyi: diagnoosiin liittyvä tieto, tutkimukset ja niiden tulokset, eri toimintatavat, lääkitys, anestesia, kivun hoito, eri hoitovaihtoehdot, riskit, ennuste, hoidon eteneminen ja -kesto. Päivittäiseen selviämiseen liittyivät seuraavanlaiset kohdat: ravitsemukseen liittyvä tieto, kuntoutus, omaisten osallistuminen, jälkihoito, sairausloma, hoidon tehokkuus tai sairauden vaikutus toiminnallisuuteen, sosiaaliedut, potilasryhmien toiminta ja potilaan oikeudet.

Potilaat pitivät tärkeimpänä itse sairautta ja sen hoitoa, ja pääosin potilaat kokivatkin saavansa näiltä osa-alueilta tietoa riittävästi. Naisvastaajat pitivät tietoa sairaudesta ja sen hoidosta tärkeämpänä kuin miehet. Vastaajan ikä ja koulutustaso vaikutti siihen, kuinka tärkeänä vastaaja piti tietoa sairaudesta ja sen hoidosta. Mitä nuorempi vastaaja oli ja mitä korkeampi koulutus hänellä oli, sitä tärkeämpänä hän piti tietoa sairaudesta ja sen hoidosta. Myös osastojen välillä oli eroja. Päivittäistä selviämistä sairauden kanssa potilaat eivät kuitenkaan pitäneet niin tärkeänä. Tällaisia asioita olivat esimerkiksi jälkihoito, potilaan ennuste ja potilaan oikeudet. Tällä osa-alueella myös tiedon saanti oli heikompaa. Naiset olivat saaneet miehiä useammin tietoa pärjäämisestä sairauden kanssa. Alle 24-vuotiaat olivat muita tyytyväisempiä saamaansa tietoon. (Suhonen ym. 2005, 1167, 1169–1173.)

Riippumatta potilaan sairaudesta, tutkimuksien tulokset olivat yhteneviä. Potilaiden mielestä tieto itse sairaudesta oli tärkeää, minkä lisäksi potilaat halusivat tietoa sairauden diagnostiikasta, tutkimuksista ja sairauden hoidosta. Mielenkiintoista oli, etteivät potilaat pitäneet sairauden kanssa selviämistä kovin tärkeänä. Tiedon tarve ja sen tarjonta eivät aina vastanneet toisiaan. Tutkimuksissa kartoitettiin niin positiivisia kuin negatiivisiakin asioita, jotka vaikuttivat potilaan tiedon saantiin ja sen laatuun. Voidaan kuitenkin todeta, että potilaat suurimmassa osassa tapauksia ovat tyytyväisiä saamansa tiedon määrään ja laatuun, vaikka potilasohjaus vaatiikin usealla osa-alueella sen kehittämistä.

3.2 Potilasohjauksen laatu

Lipposen ym. (2008, 121–123) julkaistussa tutkimuksessa paneuduttiin hoitohenkilökunnan käsityksiin potilasohjauksen edellytyksistä ja toteutuksesta. Tutkimuksen tavoitteena oli kartoittaa ohjauksen laatua sekä kehittämistarpeita. Tutkimukseen osallistui 377 hoitohenkilökuntaan kuuluvaa henkilöä ympäri Pohjois-Suomea. Tutkimuksen otokseen kuului lääkäreitä, sairaanhoitajia,

terveydenhoitajia, fysioterapeutteja, toimintaterapeutteja sekä lähihoitajia. Tutkimuksen aineisto kerättiin kyselylomakkeilla vuonna 2006. Kyselylomake koostui potilasohjauksen laatua selvittävästä hoitohenkilöstömittarista. Mittari puolestaan koostui taustatiedoista, ohjauksen toteutuksesta sekä henkilöstön potilasohjausvalmiuksista, kuten tiedoista, taidoista, asenteista, ohjausmenetelmien hallinnasta sekä potilasohjauksen toimintamahdollisuuksista.

Tuloksista kävi ilmi, että avohoidossa käytettiin enemmän aikaa ohjaukseen kuin vuodeosastolla, ja kotihoidossa aikaa käytettiin kaikista vähiten. Eniten ohjausta saatiin sairaalassa ja toiseksi eniten vastaanotolla, kun taas kotiuttamisen jälkeen ohjausta koettiin saavan vähiten. Koko otosmäärästä 18 % käytti aikaa ohjaamiseen vuoron aikana tunnin tai alle, kun taas aikaa 1,1-2 tuntia ohjaukseen käytti 22 % henkilöstöstä, 2,1-4 tuntia aikaa ohjaukseen käytti 32 % henkilöstöstä ja yli 4 tuntia ohjaukseen käytti 28 % tutkituista. Parhaiten hoitohenkilökunta koki tietävänsä sairauksista ja kuntoutuksesta, kun taas hoidon jälkeisestä voinnista koettiin tiedettävän huonoiten. Taidoista parhaaksi koettiin potilaan ohjaus tulevan toimenpiteen suhteen ja huonoimmiksi koettiin hyvinvoinnin edistämisen taidot. Asenteet olivat puolestaan 99 % positiivisia potilasohjausta kohtaan. Ohjausmenetelmistä eniten käytetty oli suullinen, yksilöllinen ohjaus, johon kuului kirjallinen materiaali. (Lipponen ym. 2008, 125–129.)

Kehitettävää todettiin olevan ohjauksen ajoittamisessa oikealle hetkelle hoitoa, ohjausmenetelmien monipuolisemmassa käytössä sekä jonkin verran hoitavan henkilöstön tiedoissa ja taidoissa. Henkilöstö puolestaan koki ohjausta heikentäviksi asioiksi huonot tilat, puutteellisen havainnollistamisvälineistön sekä ajan puutteen, mikä oli suoraan yhteydessä siihen, miten henkilöstö koki oman osaamisensa. Mitä pidemmän ajan päivästäan henkilö käytti potilasohjaukseen, sen paremmiksi hän koki ohjaustaitonsa. Osalla henkilöstöä oli negatiivisia ajatuksia omaisten ohjauksesta. (Lipponen ym. 2008, 130–131.)

Kääriäinen (2007, 1, 37) tutki potilasohjauksen laatua potilaiden ja hoitohenkilökunnan arvioimana. Tutkimus koostui kahdesta vaiheesta.

Ensimmäisen vaiheen tarkoituksena oli tuottaa tietoa ohjaukseen liittyvästä päätöksenteosta, hoitohenkilöstön ohjaustoiminnasta ja kliinisten ohjaukikäytäntöjen arvioinnista ja kehittämisestä. Tarkoituksena oli myös tuottaa tietoa ohjausvalmiuksien opetuksen tueksi hoitotyön opiskelijoille. Tutkimuksen toisessa vaiheessa tarkoituksena oli määritellä ohjaus-käsitettä ja testata käsitteen rakennetta. Kääriäinen tarkasteli ohjauksen kokonaislaatua taustamuuttujien ja potilasohjauksen laadun osa-alueiden (resurssit, toteutus, riittävyys, vaikutukset) avulla. Myös ohjauksen laadun osa-alueisiin yhteydessä olevat hoitohenkilöstöön liittyvät taustamuuttujat selvitettiin.

Ohjauksen resurssien laatu koostui ohjauksen toimintamahdollisuuksista, hoitohenkilöstön tiedoista, taidoista, asenteista sekä ohjausmenetelmien hallinnasta. Suurin osa potilaista piti toimintamahdollisuuksia yleisesti ottaen hyvinä ja vain 15 % huonoina. Ohjauksen toimintamahdollisuuksiin vaikutti potilaan ikä, koulutus, käyntien luonne sekä hoitava yksikkö. (Kääriäinen 2007, 79.)

Vanhukset kokivat tarvitsevansa enemmän ohjausaikaa kuin muut ikäryhmät, mutta samalla he arvioivat ohjauksen toimintamahdollisuudet paremmiksi, kuin muut ikäryhmät. Korkeammin koulutetut kokivat toimintamahdollisuudet huonompina kuin vähemmän koulutetut. Polikliiniset potilaat arvioivat toimintamahdollisuudet paremmiksi kuin osastohoitoa saaneet, samoin kuin elektiiviset potilaat kokivat mallit paremmiksi kuin päivystyspotilaat. Ohjaustilojen taas yleisesti koettiin olevan hyviä. Potilaat jotka saivat yksilöllistä ja ohjausmenetelmällisesti oikeanlaista ohjausta kokivat toimintamahdollisuudet paljon paremmiksi kuin ne potilaat jotka eivät sitä saaneet. (Kääriäinen 2007, 80.)

Potilaat arvioivat hoitohenkilökunnan tiedot, taidot sekä asenteet 92 %:sesti hyväksi ja vastaavasti 8 % huonoiksi. Matalammin koulutetut arvioivat hoitohenkilökunnan tällä saralla huonommiksi kuin korkeasti koulutetut. Suunnitellusti tulleet potilaat kokivat hoitohenkilökunnan asenteet, tiedot ja taidot paremmiksi kuin päivystyksenä tulleet potilaat. Merkittäviä tekijöitä tätä ilmiötä selvittämään ei kuitenkaan löytynyt. (Kääriäinen 2007, 81.)

Ainut ohjausmenetelmä, joka potilaista hallittiin hyvin, oli suullinen henkilökohtainen ohjaus, johon 91 % potilaista oli tyytyväisiä. Muut ohjausmenetelmät hallittiin huonosti tai niitä ei juurikaan käytetty. Moni potilas jäi ilman demonstrointia, kirjallista materiaalia tai ryhmäohjausta. Vähiten käytettiin audiovisuaalista viestintää hyödyksi, kuten tietokonetta, videoita tai kasetteja. (Kääriäinen 2007, 81.)

Kirjallisuuden perusteella voidaan päätellä, että potilasohjauksessa esiintyy puutteita, mikä puolestaan heijastaa potilaan tiedon tarpeen määrään. Vaikka suuri osa potilaista oli tyytyväisiä ohjaukseen, olisi tärkeää panostaa kaikkien potilaiden tasa-arvoiseen yksilölliseen tiedonsaantiin ajasta, paikasta ja sairaudesta riippumatta. Kirjallisuuteen perehtyessä selviää, että potilasohjausta on tutkittu laajasti. Potilasohjausta on kuitenkin vaikea yleistää, eikä esimerkiksi syöpäpotilaan ohjaukseen tarkoitettua materiaalia pysty hyväksikäyttämään tules-potilaan ohjauksessa. Näyttäisi siltä, että suurin osa potilaista tarvitsisi suullisen ja kirjallisen ohjauksen lisäksi myös visuaalisempaa lähestymistapaa. Hoitoaikojen lyhentyessä potilasohjauksen merkitys korostuu entisestään.

3.3 Potilasohjauksen haasteet

Vihijärvi (2006, 2) tutki nivelreumapotilaan ohjausta potilaan ja hänen perheensä näkökulmasta. Tutkimukseen osallistuneista lähes kaikki olivat kokeneet sekä puutteellista että tarpeitaan vastaavaa ohjausta ja tukea. Potilaat kokivat eri tavoin nivelreumadiagnoosin jälkeisen ohjauksen: osa ei ollut saanut lainkaan hoitajan antamaa ohjausta, kun taas osa sai kerralla liikaa tietoa. Useimmat perheenjäsenet eivät osallistuneet hoitajan ohjaukseen, mikä aiheutti osalle heistä turvattomuutta. Omahoitajalla oli tärkeä rooli nivelreumapotilaan ohjauksessa. Potilaan sekä perheenjäsenten oma aktiivisuus tiedon hankkimisessa vaihteli. Potilaat kokivat oman aktiivisuutensa eri tavoin: toiset

näköivät sen mahdollisuutena hankkia juuri tarvitsemaansa tietoa kun taas toiset olisivat halunneet hoitajalta aktiivisempaa otetta. Hoitajan toivottiin kiinnittävän enemmän huomiota ohjauksen osanottajiin sekä ohjauksen suunnitteluun ja sisältöön. Monet potilaista olisivat toivoneet saavansa vertaistukea. Potilaat toivoivat, että ohjauksen suunnittelussa kiinnitettäisiin huomiota ohjauksen ajankohtaan, ohjausmenetelmän valintaan sekä annettavan tiedon määrään itse sairaudesta ja sen itsehoidosta.

Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisussa ”Potilasohjauksen haasteet – käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit” esiteltiin sairaanhoitopiirin ja Oulun yliopiston Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitoksen yhteistyönä toteutettua, kehittämishankkeen tuloksena syntyneitä ohjausmalleja. Taustalla oli potilasohjauksen kartoittaminen ja kehittäminen Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä. Hanke käynnistettiin vuonna 2002. Hanke koostui kahdesta vaiheesta, joista ensimmäisessä potilaiden, omaisten ja terveydenhuoltohenkilöstön käsityksiä ohjauksesta selvitettiin kyselylomakkeiden avulla. Toisessa vaiheessa tutkimuksen tuloksista nousi kehittämishaasteiksi ohjaustapahtuma prosessimuotoisena, ohjauksen organisointi, ohjaussuhteessa tapahtuva vuorovaikutus, potilaiden sosiaalinen tuki, omaisiin kohdistuva ohjaus, demonstrointi, ohjaus kirjallisessa muodossa, puhelimen välityksellä annettava ohjaus ja ryhmässä tapahtuva ohjaus. Näitä potilasohjauksen eri osa-alueita työstettiin työryhmissä, jotka koostuivat sairaanhoitopiirin henkilöstöstä ja Diakonia-ammattikorkeakoulun Oulun yksikön sairaanhoitajaopiskelijoista. Työryhmät loivat teoretietoon perustuvan sovellettavan mallin, joka pohjautui käytäntöön. Joka teema-alueesta tehtiin oma malli, joka testattiin ja näin pystyttiin osoittamaan miten juuri tämän teeman osalta voidaan potilasohjausta kehittää. Kehittämistyössä mukana olleet hoitotyön ammattilaiset pyrkivät vastaamaan esille tulleisiin ongelmiin yhdistämällä tieteellistä tietoa oman vankan käytännön tuoman kokemuksen kanssa ja näin saatiin aikaan hyvin käytännönläheisiä ohjausmalleja. (Lipponen ym. 2006, 1-4.)

Kehitettyssä potilasohjauksen mallissa yksilöitiin sairaanhoitajan toteuttaman ohjauksen painoalueita potilaan hoidon eri vaiheissa. Esimerkkinä oli käytetty päivystyspotilaana sairaalaan tulevan hoidon etenemistä. Potilasohjauksen mallissa korostettiin potilasohjauksen jatkuvuutta koko hoitosuhteen ajan. Ohjaus eteni potilaan hoitopolun mukaisesti sairaalaan tulovaiheen ohjauksesta osastovaiheen ohjaukseen ja siitä aina uloskirjausvaiheen ohjaukseen. Jokaisessa hoidon vaiheessa sairaanhoitajan toteuttama ohjaus käytiin painoalueittain läpi. (Lipponen ym. 2006, 10–16.)

Wathen (2007, 28–40) tutki potilaan kulttuuritaustan ilmenemistä perusterveydenhuollon potilasohjauksessa sairaanhoitajan näkökulmasta. Maahanmuuttajien potilasohjauksen ominaispiirteet jaettiin neljään kategoriaan, jotka olivat asiakkuus, sairaanhoitajan valmiudet, kulttuuriset tekijät ja potilasohjauksen haasteet. Sairaanhoitajat olivat työssään huomanneet maahanmuuttajien sairaus- ja terveystieteiden erilaisuuden suomalaisiin verrattuna. Maahanmuuttajat hakeutuivat hoitoon vähäisenkin vaivan takia. Potilasohjauksen kannalta maahanmuuttajat ovat vaativia, koska he haluavat saada välittömästi hoitoa, varsinkin päivystystilanteissa potilaiden rauhoittaminen jää sairaanhoitajan vastuulle. Sairaanhoitajat kokivat demonstroinnin hyvänä menetelmänä ongelma-alueiden selvittämisessä ja hoito-ohjeiden antamisessa, varsinkin yhteisen kielen puuttuessa ilmeillä ja eleillä pystytään korvaamaan sanoja. Kuvallista materiaalia pidettiin hyvänä ohjauskeinona, mutta usein kuvallista materiaalia ei ollut saatavilla. Sairaanhoitajat olivat kokeneet työssään kielimuurin, koska usein ohjaustilanne pysähtyi siihen, ettei yhteistä kieltä löytynyt. Potilailla oli usein tuttava tai sukulainen, jolle soitettiin kesken ohjauksen ja pyydettiin tältä tulkkausapua. Ohjeiden toistamista käytettiin myös ohjausmenetelmänä, sillä tällä tavalla varmistuttiin ohjeiden sisäistämisestä. Ymmärtämisvaikeudet olivat yleisiä ohjaustilanteessa, minkä takia tulisi varmistua siitä, mitä potilas ymmärtää milläkin käsitteellä. Sairaanhoitajan tulisi tunnistaa kulttuurisia tekijöitä, sillä ne asettavat erityispiirteitä potilasohjaukseen. Toisesta kulttuurista tulevan potilaan sukupuolella ja uskonnolla saattaa olla hyvinkin voimakas vaikutus

potilasohjauksen tyyliin ja valittuun hoitomuotoon. Yhteisen kielen puuttumisen takia maahanmuuttajapotilaiden ohjaukseen koettiin menevän enemmän aikaa. Levoton ympäristö koettiin haittaavana tekijänä potilasohjaukselle ja usein maahanmuuttajilla oli monta saattajaa mukana, mikä omalta osaltaan oli haitaksi itse ohjaukseen keskittymiselle.

4 HOIDON LAATU JA POTILASTYYTYVÄISYYS

Tuki- ja liikuntaelinsairaiden potilaiden kokemuksia hoidon laadusta mitattiin Ruotsissa tehdyssä tutkimuksessa käyttäen Pickerin MSD kyselylomaketta. Kysely sisälsi kysymyksiä liittyen potilaan tilaan, väestötieteelliseen statukseen ja potilaan näkökulmiin kokemastaan hoidosta. Potilaat kokivat saamansa tiedon puutteelliseksi, koska sitä ei ollut kohdistettu juuri heidän työ- ja asumisolosuhteisiin. Kaikilla potilailla oli kuitenkin mahdollisuus kertoa kokemistaan oireista. Tutkimuksesta kävi ilmi, että niska- ja selkävivulla on suuri taloudellinen vaikutus työnantajille ja yhteiskunnalle. On tärkeää antaa potilaille heidän tarpeitaan vastaavaa hoitoa, joka palauttaa heidän toimintakykynsä mahdollisimman tehokkaasti. (Sandborgh ym. 2008, 1123 – 1130.)

Ruotsissa tutkittiin mini-intervention vaikutusta kroonista alaselkäkipua sairastavilla potilailla, ja sen kustannuksia osana terveydenhuollon menoja. Fysiatriin suorittama mini-interventio vähensi päivittäistä oireilua ja sairauspoissaoloja, sekä lisäsi potilaiden tyytyväisyyttä hoitoon ja kipuun sopeutumiseen. Mini-interventio osana tavanomaista hoitoa vähensi terveydenhuollon kustannuksia. (Karjalainen ym. 2003, 533–541.)

Saarisen (2007, 1-2, 32) tutkimuksessa pyrittiin kuvaamaan kahden eri yliopistosairaalan päivystyspoliklinikan potilaiden näkemystä hoidon laadusta. Saarisen tutkimuksen tavoitteena oli saada tietoa päivystyspoliklinikan laadussa esiintyvistä puutteista. Tutkimukseen osallistuivat kahden yhteispäivystyksen, HYKS Jorvin sairaalan ja HYKS Peijaksen sairaalan päivystyspoliklinikoiden kirurgiset ja sisätautiset potilaat sekä terveyskeskuspotilaat. Leino-Kilven kehittämää Hyvä hoito-mittaria sekä HYKS Jorvin sairaalan päivystyspoliklinikalle saapuneita potilaspalautteita käytettiin tutkimuksen pohjana. Kysely koostui mittarin kolmesta eri aihealueesta: hoitohenkilökunnan ominaisuuksista, hoidon etenemisestä ja hoidon edellytyksistä.

Suurin osa vastaajista tuli päivystykseen äkillisen sairaskohtauksen tai tapaturman vuoksi. Saapuminen päivystykseen vaihteli ajallisesti siten, että yli puolet vastaajista oli käynyt aamuvuoron aikana, 30 % iltavuoron aikana ja 10 % yövuoron aikana. Potilaat, jotka kävivät iltavuoron kello 16–22 välisenä aikana, ilmaisivat enemmän tyytymättömyyttä kuin muiden vuorojen aikana käyneet potilaat. Lähetepotilaita oli yli 50 % vastaajista. Valtaosa vastaajista oli tyytyväisiä sairaanhoitajien ammattitaitoon ja pätevyYTEEN. Yleisesti ottaen sairaanhoitajien vuorovaikutustaitoihin oltiin tyytyväisiä ja heidät koettiin sosiaalisiksi. Potilaiden mielestä kotihoito-ohjeet annettiin oikein ajoitettuna ja lähes kolme neljäsosaa vastanneista tiesi komplikaatioiden tunnusmerkit ja osasi reagoida niihin. Kuntoutumismahdollisuuksista oltiin yhtä lailla tietoisia. Vain noin puolet vastaajista tiesi taloudellisista etuuksista ja jopa viidennes oli tietämätön toimeentuloon liittyvistä asioista. Hyvää hoitoa edisti myönteinen ja mukavan oloinen hoitaja ja huonoksi hoidoksi koettiin liian pitkä odottaminen, varsinkin jos siihen liittyi epätietoisuus. Tutkimuksen tuloksista kävi ilmi, että ikä on selkeästi vaikuttavin tekijä, kun tarkastellaan potilaan tyytyväisyyttä opetukseen ja ohjaukseen. Nuoret olivat tyytymättömämpiä muihin ikäryhmiin verrattuna. (Saarinen 2007, 39, 45–48, 53.)

Handolinin ym. (2006, 587–592) terveydenhuoltotutkimuksessa todettiin, että vain harvassa Suomen sairaalassa pystytään toteuttamaan vaikeasti vammautuneen traumapotilaan hoitoa. Erityisesti tylpästi monivammautuneiden potilaiden hoidossa tulisi ottaa huomioon aivovamman mahdollisuus, mikä edellyttää ympärivuorokautisen tietokonetomografia mahdollisuuden sekä neurokirurgisen päivystyksen. Korkeaenergisestä tylpän vamman saaneella potilaalla ei välttämättä ole selviä kliinisiä merkkejä elinvammoista tai ongelmia hengityksessä tai verenkierrossa. Tämän potilasryhmän potilailla tulee aina ottaa huomioon hitaasti kehittyvien, jopa kuolemaankin johtavien elinvammojen mahdollisuus. Näiden potilaiden kohdalla sairaalan päivystyspoliklinikalta edellytetään riittävää kokemusta ja hyviä radiologisia valmiuksia ympärivuorokautisesti, koska näiden potilaiden tunnistaminen ja asianmukainen tutkiminen vaatii ammattitaitoa.

Tutkimukseen liittyvän puhelinkyselyn perusteella arvioitiin päivystyspoliklinikoiden lääkäreiden perehdyttämisessä olevan parantamisen varaa. Harva sairaalassa vasta työnsä aloittanut lääkäri oli saanut tarvittavan perehdytyksen nimenomaan sen yksikön käytäntöihin, juuri traumapotilaiden alkuvaiheen hoitoon ja hoidon järjestämiseen liittyen. Traumapotilaat eivät jakaudu tasaisesti kaikkiin maamme sairaaloihin, minkä takia kaikissa yksiköissä työskentelevillä ei ole mahdollisuutta pitää riittävää ammattitaitoa yllä. (Handolin ym. 2006, 587–592.)

Tutkimus osoitti traumapotilaiden jakaantuvan liian moneen päivystyspisteeseen, joka ei ole taloudellista tai potilaan edunmukaista, sikäli kun puutteita osaamisessa ilmeni paikoissa, joissa traumapotilaita oli vähän. Tutkimuksen perusteella herääkin kysymys millä tavalla tilannetta voitaisiin tulevaisuudessa parantaa. (Handolin ym. 2006, 587–592.)

Erilaiset tekijät, kuten hoitohenkilökunnan erityisosaaminen, vaikuttavat hoidon laatuun merkittävästi. Päivystyspotilaat ovat erityinen ryhmä, jonka hoidossa täytyy huomioida hoitohenkilökunnan riittävä kokemus. Yleisesti sairaanhoitajien osaamiseen oltiin tyytyväisiä, kun taas päivystyspoliklinikoiden lääkäreiden osaamisessa juuri traumapotilaiden kohdalla oli puutteita. Niissä sairaaloissa, joissa traumapotilaita hoidetaan vähän, tulisikin pitää ammattitaitoa yllä kouluttamalla henkilökuntaa. (Handolin ym. 2006, 587–592; Saarinen 2007, 39, 45–48, 53.) Päivystyspotilaat ovat heikossa asemassa potilasohjauksen suhteen, mikä taas linkittyy erityisesti traumapotilaisiin, jotka lähes aina ovat myös päivystyspotilaita.

5 MITTARIN TESTAUS

Williams ja Kristjanson (2008, 1069–1072) kehittivät työväliseen ”Patient Evaluation of Emotional Care during Hospitalisation” (PEECH), joka määrittää potilaiden emotionaalisia tunteita sairaalassaolon aikana. Tutkimuksen tarkoituksena oli kehittää mittari ja testata sitä psykometrisesti. Psykometriset testit suoritettiin neljässä vaiheessa, joita olivat: työväliseen valmistaminen, sisällön ja facen eli ulkomuodon validiteetin arviointi, mittarin käyttökelpoisuus ja selkeyden testaus sairaalapotilailla ja reliabiliteetin arviointi.

Ensimmäisessä vaiheessa instrumenttia muodostettiin Likert-asteikkoa hyväksikäyttäen. Mittari koostui kolmesta osa-alueesta, joissa jokaisessa oli tilaa potilaiden vapaille kommenteille. Lohkoissa oli eri määrä kysymyksiä liittyen henkilökuntaan, sairaalassaoloajan pituuteen ja potilaan ominaisuuksiin. (Williams & Kristjanson 2008, 1069–1072.)

Toisessa vaiheessa arviointiin ulkomuotoa ja sisällön validiteettia kahdessa työvaiheessa, jotka olivat mittarin testaaminen asiantuntijaryhmällä ja pilottijakso pienellä potilasotoksella. Ensin mittaria arvioi asiantuntijaryhmä, joka koostui hoitotyöntekijöistä, sosiaalityöntekijöistä ja seurakunnan työntekijöistä. Asiantuntijaksi määriteltiin sellainen henkilö, jolla oli kokemusta potilaan tunne-elämän kanssa työskentelystä ja joka ilmaisi kiinnostuksensa tällä hoitotasoalueella. Asiantuntijaryhmä siten arvioi, olivatko kyselylomakkeen kysymysten sanamuodot sopivia, sopivatko kysymykset juuri siihen asiayhteyteen ja olivatko kaikki kysymykset tarpeellisia. Asiantuntijaryhmältä saadun palautteen pohjalta mittaria muokattiin. (Williams & Kristjanson 2008, 1069–1072.)

Kolmannessa vaiheessa testattiin mittarin käyttökelpoisuutta ja soveltuvuutta sairaalapotilailla. Suoritettiin pilottitutkimus, jossa suppealla potilasotoksella selvitettiin soveltuuko tällainen instrumentti ulkomuotoisesti mittaamaan havaintoja tunne-elämästä. Kyselylomake oli potilaiden mielestä helposti

luettavissa ja datakato oli vähäistä, ainoastaan yksi kysymys oli vaikeasti ymmärrettävä. (Williams & Kristjanson 2008, 1069–1072.)

Neljännessä vaiheessa arvioitiin luotettavuutta, instrumentin rakenteen pätevyyttä ja sisäistä johdonmukaisuutta. Tässä tutkimuksen työvaiheessa arvioitiin mittarin sisäisen yhtenäisyyden luotettavuutta Cronbachin alfa-kertoimella. Mittarin rakenteen pätevyyttä arvioitiin tutkimalla missä määrin instrumenttia voitaisiin käyttää tunnistamaan huomiota vaativia ala-ryhmiä. Mittarin sisäistä rakennetta arvioitiin käyttäen faktorianalyysia. (Williams & Kristjanson 2008, 1069–1072.)

PEECH-mittarin sisäistä johdonmukaisuutta testattiin Cronbachin alfa-kerrointa käyttäen, ensin esitestaamalla sitä ja sen jälkeen itse tutkimuksessa. Molemmilla kerroilla päästiin samanlaisiin tuloksiin. Williams ja Kristjansonin tutkimuksessa viitatus Nunnallyn ja Berstainin (1994) mukaan uuden mittarin testaamisessa saadun kertoimen tulisi olla vähintään 0.70. Kaikki osa-alueet täyttivät tämän vaatimuksen, lukuunottamatta tietämyksen tason osa-alueita. (Williams & Kristjanson 2008, 1072–1074.)

Mittaria oli käytetty aiemmin, mikä lisäsi sen luotettavuutta. Myös se, että potilaiden yksilölliset ominaisuudet kuten emotionaalisuus, oli otettu huomioon mittarin rakenteessa, lisää sen validiteettia. Jokainen kysymys lohkoista yksi ja kaksi on pisteytetty 0 ja 3 välillä, josta molemmat numerot kuvaavat ääripäitä. Potilaiden luonteenpiirteet otettiin huomioon näissä kolmessa mallien osateikossa vähiten pisteitä saaneilla potilailla. Nämä mallit vahvistivat mittarin rakenteen luotettavuutta osoittaen, että emotionaalista huolenpitoa tarvitsevilla potilailla jotka tunnistettiin aiemmassa kvalitatiivisessa tutkimuksessa jossa mittari testattiin, pitivät paikkansa. Aiemmassa testauksessa tunnistettujen luonteenpiirteiden lisäksi kolme muuta ominaisuutta havaittiin: naissukupuoli, tilastaan epätietoiset potilaat sekä synnytyksen läpikäyneet. Kuitenkin suurempaa otoskokoa olisi aiheellista tutkia, jotta voitaisiin havainnoida tilastollista merkittävyyttä näissä malleissa. (Williams & Kristjanson 2008, 1072–1074.)

Kansteen ja Kyngäksen (2005, 186–196.) tutkimuksessa selvitettiin työuupumusmittarin MBI-HSS (Maslach Burnout Inventory – Human Services Survey) psykometrisia ominaisuuksia suomalaisella hoitohenkilöstöllä. MBI-HSS on tekijänoikeussuojan alainen tieteellinen tuotos, jonka ovat kehittäneet Christina Maslach ja Ausan E. Jackson. Tarkoituksena oli myös verrata saatuja tuloksia muiden maiden vastaaviin tuloksiin. Mittari käsitti 22 työhön ja asiakkaisiin suhtautumista kuvaavaa osiota. Mittari kaksoiskäännettiin ja mittarissa esitetyt väittämät muotoiltiin alkuperäismittariin verrattuna samansisältöisiksi ottaen huomioon suomalaisen terveydenhuollon kulttuuriset erot.

Tutkimusaineisto kerättiin kolmessa eri vaiheessa kattaen koko maan laajuisen postikyselyn, ja johon valittiin sairaanhoitajan, terveydenhoitajan ja osastonhoitajan työtehtävissä toimivia. Mittarin luotettavuutta arvioitiin seuraavin keinoin: sisällön validiteetti, face-validiteetti, kriteerivaliditeetti, sisäinen johdonmukaisuus ja pysyvyys. (Kanste & Kyngäs 2005, 186–196.)

MBI-HSS-mittari valittiin tutkimukseen kansainvälisen työuupumustutkimuksen analyysin perusteella. Tämän tutkimuksen perusteella mittari edustaa moniulotteista näkökulmaa työuupumukseen, ja mittaria pidetään täten kattavana. Mittari perustuu kansainvälisesti testattuun työuupumusmalliin, joten se tukee sisältövaliditeettia. Myös mittarin face-validiteetti todettiin hyväksi, koska sen arvioitiin soveltuvan suomalaiseen terveydenhuoltoon ja hoitotyöhön. Tutkimuksen tulokset tukevat mittarin kriteerivaliditeettia emotionaalisen väsymyksen ja työstä etääntymisen osalta. (Kanste & Kyngäs 2005, 186–196.)

Ensimmäisen aineistonkeruun yhteydessä mittari esitestattiin, tarkastelemalla mittarin sisäistä johdonmukaisuutta Cronbachin alfa-kertoimella ja osioanalyysillä. Cronbachin alfa-kertoimet olivat kaikilla osa-alueilla > 0.80 . Yhden osion sanamuotoa jouduttiin tarkentamaan. Kokonaisaineiston kertoimet vaihtelivat 0.79–0.88 välillä. Tulokset vastasivat muiden maiden tuloksia. Osioiden väliset korrelaatiokertoimet olivat väliltä 0.30–0.70, muutamia osioita lukuunottamatta. Näiden tuloksien perusteella mittaria voidaan pitää sisäisesti johdonmukaisena. Tuloksien perusteella mittaria voidaan pitää myös stabiilina,

koska kansainvälisissä seurantatutkimuksissa mittauskertojen väliset korrelaatiot olivat samansuuntaisia. Tutkimuksesta käy ilmi, että mittarin psykometriset ominaisuudet ovat erittäin hyvät ja mittari soveltuu suomalaisen terveydenhuollon käyttöön. (Kanste & Kyngäs 2005, 186–196.)

The Disability of Arm, Shoulder and Hand (DASH) mittari on kehitetty arvioimaan oireita ja toiminnallisuutta yläraajojen sairauksissa. Mittarin on kehittänyt yhdysvaltalainen ortopedien akatemia sekä työn- ja terveyden laitos. Se sisältää 30 kohtaa, joista suurin osa kuvaa vaikeusastetta, jonka asiakas kohtaa suorittaessaan erilaisia fyysisiä toimia johtuen käsivarren, olkapään tai käden ongelmista (21 kohtaa). Mittari arvioi myös oireiden vakavuutta potilaan tuntiessa kipua, toimintaan liittyvässä kivussa, pistelyssä, jäykkyydessä ja heikkoudessa (5 kohtaa). Sen lisäksi, mittari kuvaa ongelmia, jotka vaikuttavat sosiaaliseen toimintaan, työhön, uneen ja psyykkeeseen (4 kohtaa). Mittariin voidaan tarvittaessa lisätä kaksi 4-osioista moduulia, jotka on tarkoitettu henkilöille joilla on korkea fyysinen suorituskyky ammatin puolesta. (Alotaibi 2008, 179.)

Kyselylomakkeen vastausvaihtoehdot ovat yhdestä viiteen, jossa 1 tarkoittaa oireetonta tilaa ja 5 kuvaa vakavia ongelmia. Vähintään kahteenkymmeneenseitsemään kohtaan kolmestakymmenestä tulee vastata, jotta pisteet voidaan laskea. (Alotaibi 2008, 180.)

DASH kyselylomake toimii esimerkillisenä tulosmuuttujana, jota voidaan käyttää kliinisissä olosuhteissa. Se on standardoitu ja helposti hallinnoitavissa, aikaa säästävää, pätee eri sairaustiloissa, huomioi potilasta arviointiprosessissa, osoittaa potilaan toimintakyvyn ja raportoi potilaan tilaa arviointihetkellä. Mittarin avulla voidaan seurata potilaan tilanteen kehittymistä tai arvioida jonkin intervention tehoa. Lisäksi mittari tukee näyttöön perustuvaa käytäntöä. Mittari on työkalu, jolla voidaan arvioida potilaan tuloksia jatkumona koko hoidon ajan, antaa näyttöä hoitotyön palveluista ja tukea uskottavuutta terveydenhuollon ammattilaisiin, parantaen siten hoidon laatua. (Alotaibi 2008, 180–181.)

Kyselylomakkeen käytön valmistaminen toiseen ympäristöön katsotaan kulttuurien väliseksi sopeutumiseksi, jossa tarkastellaan sekä kielen, että kulttuurin mukauttamisen asettamia kysymyksiä. Monikulttuuriset kyselylomakkeet tai tulostimet perustuvat lähteeltään ja kohdeversioltaan neljään ulottuvuuteen: 1) semanttiseen eli merkitysopilliseen vastaavuuteen, 2) idiomaattiseen eli kielelliseen ominaisuuteen, 3) kokemukselliseen vastaavuuteen ja 4) käsitteelliseen vastaavuuteen. Käännös- ja validointiprosessin tulisi siten noudattaa asiayhteyttä ja arvioida väestön kulttuurisia tarpeita. Jotta voitaisiin varmistaa vastaavuus alkuperäisen mittarin ja käännöksen välillä, standardoitu ja systemaattinen lähestymistapa on tarpeen. (Alotaibi 2008, 179.)

VeTePo-hankkeessa SPTT-mittaria muokattiin tahdistinpotilaille ja ortopedisille potilaille sopivaksi. Yksi potilasohjauksen vahvistaminen - osahankkeen tarkoitus oli tuottaa apuväline potilaan ohjaustarpeen arviointiin. Mittarin muokkaukseen osallistui SatSHP (Satakunnan sairaanhoitopiiri), VSSHP ja Turun hoitotieteen laitos. Alkuperäisen mittarin 40 kysymyksen selkeyttä ja asiaankuuluvuutta arvioivat käytännön hoitotyöntekijät. Tutkimukseen osallistui 27 hoitajaa, joista 6 hoitajaa hoiti tahdistinpotilaita ja 21 ortopedisia potilaita. Lopullisessa tahdistinpotilaan mittarissa oli 21 strukturoitua kysymystä ja yksi avoin kohta. Ortopedisien potilaan valmiissa mittarissa oli 28 kysymystä. Tahdistinpotilailla SPTT-mittaria käytetään tahdistimen asennuksen jälkeen poliklinikkakäynnillä. Ortopediassa SPTT-mittari on käytössä ennen vuodeosastolle tai leikkaukseen tuloa. Suhtautuminen SPTT-mittariin on ollut positiivista. (Lönnerberg & Eloranta 2009.) Tämäkin opinnäytetyö on yksi mittarin kehittämisen vaiheista. Kehittämisen tarkoituksena on saada toimiva SPTT-mittari tuki- ja liikuntaelinpotilaille.

6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää SPTT-mittarin toimivuutta tuki- ja liikuntaelinpotilailla hoitohenkilökunnan arvioimana.

1.) Miten SPTT-mittari soveltuu tules-toimialan käsi-, traumatologisten ja luutumoripotilaiden tiedon tarpeen arviointiin henkilökunnan näkemyksen mukaan?

a.) Mitkä väittämistä ovat tiedolliselta sisällöltään sopivia tules-potilaille henkilökunnan arvioimana?

b.) Miten selkeinä henkilökunta pitää mittarin väittämiä?

2.) Millä tavalla mittaria tulisi kehittää, jotta se vastaisi paremmin tules-potilaiden tarpeita?

7 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN

7.1. Kyselymenetelmä

Tutkimus toteutettiin strukturoidun kyselylomakkeen avulla. (Liite 1). Tutkimusmenetelmän valintaan vaikutti eniten se, millä menetelmällä saadaan parhaat vastaukset tutkimuskysymyksiin ja kuinka ilmiötä itsessään saadaan avattua. Tutkimukseen valittiin kvantitatiivinen lähestymistapa. Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen mukaan (2009, 86–87) kvantitatiivinen tutkimus koostuu muuttujien mittaamisesta, niiden välisten yhteyksien tutkimisesta sekä tilastollisten menetelmien käytöstä. Tutkimus toteutettiin survey-tutkimuksena, jossa tutkittavaa ilmiötä tarkastellaan valmiiksi laaditulla kyselylomakkeella.

Kvantitatiivinen menetelmä sopii hyvin ilmiön tutkimiseen, jo aiemman aiheesta tehdyn tutkimuksen perusteella (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 86–87). Tällä tutkimusmenetelmällä odotettiin saatavan kattavimmat vastaukset tämän työn tutkimusongelmiin. Kvantitatiivisen tutkimustavan valitsemiseen vaikutti myös aiheena oleva mittarin testaus, ajalliset resurssit sekä otoskoko.

Survey on kvantitatiivinen tutkimusmenetelmä, jonka tavoitteena on mitata asenteita, käsityksiä ja käyttäytymistä mahdollisimman tarkasti ja yksityiskohtaisesti. Deskriptiivisellä eli kuvailevalla surveyllä pyritään kuvailemaan joukkoja ja tutkimaan muuttujien välisiä yhteyksiä ja luomaan uusia suuntauksia. Pitkittäis- eli selittävällä surveyllä pyritään löytämään tulkintoja syyseuraussuhteille. Survey on menetelmä, jolla kerätään tietoja suuremmasta perusjoukosta otoksen avulla, posti- tai muulla kyselyllä tai haastattelemalla. Survey- eli kyselytutkimus on ei-kokeellinen tutkimustapa, joka esittää tilannetta tietyllä hetkellä, mutta ei osoita sen ajallisia muutoksia. (Bowling 2002, 194–196.)

Tässä opinnäytetyössä kyselylomake toimii potilaan tiedon tarpeen mittarina, jonka avulla hoitaja arvioi potilaan yksilöllistä tiedontarvetta. Mittaria testataan

eri potilasryhmillä, koska halutaan selvittää, minkälaista erilaisten potilasryhmien tiedontarve on. Näin mittari saadaan räätälöityä juuri tietyille potilasryhmälle sopivaksi tai vastaavasti, voidaan todeta, ettei mittari sovellu jonkin potilasryhmän tarpeisiin lainkaan. Kankkusen & Vehviläinen-Julkusen (2009, 86–87) mukaan kyselylomake on yleisimmin käytetty aineistonkeruumenetelmä kvantitatiivisessa tutkimuksessa. Bowlingin (2002, 258) mukaan strukturoidussa kyselylomakkeessa voi olla standardoituja kysymyksiä, erilaisia kysymyssarjoja, erilaisia testejä esim. psykologisia testejä sekä mittareita, joita voidaan esittää samalla tavalla kaikille vastaajille ja niissä on valmiit vastausvaihtoehdot.

Strukturoidun kyselylomakkeen hyödyt ja haitat

Strukturoituja kyselyitä on helppo ja halpa toteuttaa suurille ihmismassoille sekä niistä saadaan täsmällistä tietoa data-analyysin avulla. Kyselyyn vastaaminen riippuu kyselylomakkeen aiheen ajankohtaisuudesta ja keskeisyydestä tämän vastaajan elämässä. Jos aihe on etäinen vastaajalle tai kysyttävästä asiasta on aikaa esimerkiksi useampi vuosi, jättää koehenkilö helpommin vastaamatta kyselyyn. Potilastietojärjestelmät kuitenkin osoittavat että ihmiset muistavat asioita pitkienkin aikojen takaa tarkasti, mikä osoittaa että strukturoitu kyselymenetelmä soveltuu myös pitkittäistutkimuksiin. Haittana taas voidaan pitää sitä, että vastaajia on liian vähän tai ihmiset kokevat kyselyissä käytettävät termit hyvinkin eri tavalla, mikä vääristää tutkimuksen tuloksia. Samoin jos vastaajat eivät löydä näkemystään vastaavia vaihtoehtoja lomakkeesta ja joutuvat valitsemaan jonkin vaihtoehdon, joka ei kuvaa heidän mielipidettään. Haittana on myös se, että vastaaja haluaa antaa itsestään positiivisemmän kuvan, jolloin hän antaa yhteiskunnallisesti hyväksyttävämpiä vastauksia, kuten esimerkiksi koskien käyttäytymistään sosiaalisissa tilanteissa. (Bowling 2002, 258–259.)

7.2 SPTT-mittarin kehittäminen

SPTT-mittarin (2003) ovat kehittäneet TtT Sanna Salanterä, THT Helena Leino-Kilpi ja TtM Raili Hölttä. Mittari on kehitetty Höltän Pro-gradu tutkielman Potilaiden oppimistarpeet sepelvaltimoiden ohitusleikkauksen jälkeen (2001) pohjalta. Mittaria on tarkoitus käyttää sillä hetkellä kun potilas saapuu sairaalaan hoitoon tai tutkimuksiin. Mittarin tarkoituksena on saada potilas miettimään mahdollisia kysymyksiä kaikesta hänen hoitoonsa liittyvästä ennen hoidon alkamista tai ennen toimenpidettä. Alkuperäisessä mittarissa (Liite 2) on 40 väittämää, joissa kaikissa mitataan kyseisen kohdan tiedon tarpeen asiaankuuluvuutta ja selkeyttä sekä yksi avoin kohta, jossa pyydetään miettimään puuttuuko mittarista jotakin oleellista potilasohjauksen näkökulmasta. Muokatussa mittarissa (Liite 1) avoin kohta jätettiin kuitenkin pois.

Asiaankuuluvuudella tarkoitetaan sitä, onko väittämä ohjauksen kannalta oleellinen. Muokatussa mittarissa selkeytettiin termiä ”asiaankuuluva” käyttämällä termiä ”potilas tarvitsee tietoa”. Tämän opinnäytetyön muokatussa mittarissa asiaankuuluvuutta eli tiedon tarpeen määrää mitattiin asteikolla 1-4, jossa, 1 = potilas ei tarvitse tietoa, 2 = potilas tarvitsee jonkin verran tietoa, 3 = potilas tarvitsee melko paljon tietoa, ja 4 = potilas tarvitsee paljon tietoa. Selkeydellä tarkoitetaan sitä, että ymmärtääkö vastaaja asetetun kysymyksen oikein ja kuinka helposti kysymys on ymmärrettävissä. Selkeyttä puolestaan mitattiin asteikolla 1-2, jossa 1 = ei selkeä ja 2 = selkeä. Selkeys vaihtoehdot muokattiin kaksiportaiseksi, jotta vastausvaihtoehdot olisivat vastaajalle helpommin ymmärrettävissä. Alkuperäisessä mittarissa selkeyttä mitattiin asteikolla 1-4.

Hoitohenkilökunta arvioi kunkin väittämän kohdalla onko väittämä ohjauksen kannalta oleellinen ja onko väittämä selkeä. Jos hoitohenkilökunta arvioi väittämän oleelliseksi ja selkeäksi, väittämä vastaa potilaan tiedon tarvetta (tutkimusongelmat 1 a ja b, sekä 2). Jos taas väittämä on oleellinen, mutta

hoitohenkilökunta arvioi sen epäselväksi, väittämää tulee muokata. Tässä tapauksessa väittämä on tarpeellinen potilaan tiedon tarpeen kannalta, mutta väittämä tulee esittää eri tavalla sen selkeyttämiseksi (1 a ja b, 2). Jos mittarin väittämä arvioidaan tarpeettomaksi, se voidaan jättää pois valmiista mittarista. Hoitohenkilökunta siis arvioi tässä tilanteessa, etteivät tules-potilaat hyödy tämänkaltaisesta tiedosta (1 a ja b, 2).

SPTT-mittaria muokattiin alkuperäisversiotaan sopivammaksi tules-potilaille. Muokatussa mittarissa muutettiin kohdan ”ortopedisen potilaan” tilalle ”tuki- ja liikuntaelinpotilaan” sekä kohta ”ortopediseen toimenpiteeseen tuloa” muutettiin muotoon ”toimenpiteeseen tuloa”. Relevantti-termiä selkeytettiin. Tutkimuksessa käytetty saatekirje ja taustatietolomake kehitettiin tätä opinnäytetyötä varten.

7.3 Kohdejoukko ja aineiston keruu

Aineistonkeruu toteutettiin Turun yliopistollisen keskussairaalan traumatologian osastolla 214 sekä kirurgian poliklinikalla 221. Tutkimuslupa haettiin kirurgian klinikan sekä ortopedian ja traumatologian klinikan ylihoitajilta sekä puolto TYKSiin hoitotyön asiantuntijaryhmältä kesäkuussa 2011. Aineistot kerättiin traumatologian osaston sairaanhoitajilta sekä kirurgian poliklinikan sairaanhoitajilta, jotka osallistuvat joko trauma-, käsikirurgisten-, tai luukasvainpotilaiden hoitoon. Tutkimukseen osallistuvilta sairaanhoitajilta vaadittiin vakanssia tai sijaisuutta, joka oli kestänyt yli vuoden. Osastoille vietiin yhteensä 50 lomaketta, joista palautui 24. Aineistonkeruu ajoittui ajalle 1.9 – 15.9.2011. TYKS:n A-sairaalassa sattuneen tulipalon vuoksi opinnäytetyöntekijät joutuivat hakemaan kyselylomakkeet pois traumatologian osastolta 3.9. Lomakkeet oli haettava pois, koska ne olisivat muuten joutuneet palojätteen mukana hävitettäväksi. Kyselylomakkeet vietiin takaisin traumatologian osastolle 12.9, kun akuutein vaihe sairaalassa oli ohi.

Osastoilla 214 ja 221 pidettiin oma infotilaisuus liittyen tutkimukseen. Osaston infotilaisuudessa kerrottiin opinnäytetyöstä, sen tarkoituksista, toteutuksesta ja henkilökunnan osuudesta sen tekemisessä. Kyselylomakkeet liitteineen [saatekirje (Liite 4) ja taustamuuttujalomake (Liite 5)] jätettiin TYKSiin edellä mainittujen osastojen kahvihuoneisiin 1.9. Samalla kahvihuoneisiin jätettiin myös suljetut palautuslaatikot. Kyselyyn vastattiin anonymisti ja lomakkeet palautettiin suljettuun palautuslaatikkoon. Molemmilta osastoilta palautuslaatikot haettiin lopullisesti pois 15.9.

7.4 Aineiston analyysi

Aineisto tallennettiin syyskuussa 2011 SPSS 19.0 ohjelmaan. Tulokset raportoitiin tilastollisin tunnusluvuin. Tutkimuksessa käytettiin tulosten ilmaisemiseen frekvenssejä, keskiarvoa sekä keskihajontaa. Heikkilän (2008, 83, 86) mukaan frekvenssillä tarkoitetaan yhtä suurten muuttujien keräämistä omiin luokkiinsa eli kuinka monta kertaa sama havaintoarvo esiintyy kussakin luokassa. Keskiarvo tarkoittaa havaintojen summaa jaettuna havaintojen määrällä, eli havaintojen keskimääräistä arvoa. Keskihajonta eli standardi poikkeama puolestaan tarkoittaa kuinka laajalle tai suppealle alueelle arvot ovat jakaantuneet keskiarvosta. Frekvenssitaulukot potilaiden tiedon tarpeista ja kysymysten selkeydestä löytyvät liitteistä 8 ja 9.

8 TULOKSET

Opinnäytetyöntekijät olivat ennen kyselylomakkeiden viemistä osastolle tiedustelleet tutkimuksessa mukana olevien osastojen sairaanhoitaja määriä ja arvioineet, että traumatologian osaston otoskoko on 30 ja kirurgian poliklinikan 20. Vastauksia saatiin traumatologian osastolta 17 ja 7 kirurgian poliklinikalta, yhteensä 24 vastausta (n=24). Osittain pieneen vastausmäärään saattoi vaikuttaa traumatologian osaston osalta TYKSin A-sairaalassa sattunut tulipalo, mikä työllisti osaston henkilökuntaa paljon ja näin ollen vei aikaa pois kyselylomakkeen täyttämiseltä. Vastaajille asetetut kriteerit työsuhteen laadusta ja kestosta saattoivat myös rajoittaa vastaajamäärää.

Tules-potilaisiin erikoistuneita, riittävää työkokemusta omaavia sairaanhoitajia osallistui tutkimukseen vain 24, minkä takia tulokset eivät ole yleistettävissä. Mittaria on tosin tarkoitus käyttää vain TYKSissä.

8.1 Vastaajien taustatiedot

Vastaajien keski-ikä oli 42 vuotta. Vastaajien ikä vaihteli 26–58 ikävuoden välillä. Vastaajista suurin osa (95,8 %) oli naisia. Virka oli 19 vastaajalla ja 2 vastaajaa teki sijaisuutta. Vastaajista 3 ei ollut maininnut työsuhteen laatua. Alempi ammattikorkeakoulutus oli 11 vastaajalla ja opistotason koulutus puolestaan 12:lla sekä 3 vastaajalla oli lisäksi täydennyskoulutusta. Työkokemus sosiaali- ja terveydenhuollon alalla vaihteli 3-37 vuoden välillä, keskimäärin kuitenkin 18,5 vuotta, vaihteluvälinä 10 vuotta. Työkokemus tuki- ja liikuntaelinpotilaiden parissa vaihteli 1-32 vuoden välillä. Keskimäärin tulespotilaiden kanssa työkokemusta oli kerääntynyt lähes 12 vuotta, vaihteluvälillä 8,5 vuotta. Kaikista vastaajista 6 oli työskennellyt koko työuransa tuki- ja liikuntaelinpotilaiden parissa.

8.2 SPTT-mittarin väittämien tarkastelu

Väittämät ryhmiteltiin kuuteen eri ryhmään sen mukaan millaista tietoa väittäjä pitää sisällään. Ryhmiksi muodostui: sairauteen, sen hoitoon sekä diagnostiikkaan liittyvä tieto (väittämät 1-8), arjesta selviytyminen (väittämät 9-16), tunteisiin ja aiempiin kokemuksiin liittyvä tieto (väittämät 17-21), potilaan oikeudet, vastuu ja hoitoon liittyvä etiikka (väittämät 22-28), hoidon tukitoimintoihin liittyvä tieto (väittämät 29-34) ja tieto kustannuksista (väittämät 35-40). VeTePo-hankkeessa kehitetyn tahdistinpotilaan tiedon tarve-mittarin väittämät oli jaettu kuusiportaisesti. (Lönnerberg & Eloranta 2009). Seuraavassa tulokset on esitelty mukaillen tätä kuusiosaista jaottelua.

8.2.1 Sairauteen, sen hoitoon sekä diagnostiikkaan liittyvä tieto (väittämät 1-8)

Sairaanhoitajat arvioivat, että potilaat tarvitsevat tietoa kaikista sairauteen, sen hoitoon ja diagnostiikkaan liittyvästä ainakin jonkin verran. Sairaanhoitajat ovat siis arvioineet, että potilaat tarvitsevat paljon tai melko paljon tietoa näistä väittämistä. Väittämien keskiarvot olivat vähintään 2,91. Keskihajontaa oli eniten väittämässä koskien hoitopaikkaan yhteyden ottamista ja vähiten väittämässä koskien sairauden oireita. Väittämien selkeys koskien sairauteen ja sen hoitoon sekä diagnostiikkaan liittyvää tietoa vaihteli 85-95 %:n välillä.

Hoitajat kokivat potilaan tarvitsevan ainakin jonkin verran tietoa sairauteen liittyvistä oireista. 4 %:n mielestä potilas tarvitsee jonkin verran tietoa, 35 %:n mielestä potilas tarvitsee melko paljon tietoa sekä 61 %:n mielestä potilas tarvitsee paljon tietoa. 95 %:n mielestä väittäjä koettiin selkeäksi. Vastauksien keskiarvo oli 3,55 ja keskihajonta 0,59.

13 % vastaajista oli sitä mieltä, että potilas tarvitsee jonkin verran tietoa siitä, milloin on syytä ottaa yhteyttä hoitopaikkaan oireiden pahentuessa, kun taas 21

:%n mukaan potilaat tarvitsevat melko paljon tietoa tästä ja 67 %:n enemmistön mukaan potilas tarvitsee paljon tietoa. Vastaajista 90 % oli kokenut väittämän selkeäksi. Vastausten keskiarvo oli 3,5 ja keskihajonta 0,74.

8 % vastaajista arvioi potilaan tarvitsevan jonkin verran tietoa ”Minulle tehtävistä tutkimuksista”. 42 % puolestaan koki, että potilas tarvitsee melko paljon tietoa ja puolet vastaajista arvioi, että potilas tarvitsee paljon tietoa. väittämän koki 90 % vastaajista selkeäksi. Keskiarvoksi saatiin 3,41 ja keskihajonnaksi puolestaan 0,66.

Potilaan tutkimuksiin valmistautumisesta hoitajien mielipiteet jakautuivat seuraavasti: hoitajista 8 % arvioi tiedon tarpeeksi jonkin verran, 21 % melko paljon ja 71 % arvioi potilaan tarvitsevan paljon tietoa. 95 % koki väittämän selkeäksi. Tätä väittämää pidettiin kaikkein tarpeellisimpana. Keskiarvo oli 3,64 ja keskihajonta 0,65.

Potilaan tiedon tarpeen liittyen tutkimuksen tuloksien saamiseen, 8 % vastaajista koki potilaan tarvitsevan jonkin verran tietoa aiheesta, 38 % melko paljon tietoa ja 54 % paljon tietoa. Väittämän koki selkeäksi 85 % vastaajista. Keskiarvona oli 3,5 ja keskihajontana 0,67.

25 % hoitajista koki potilaan tarvitsevan jonkin verran tietoa erilaisista hoitovaihdoista. Potilas tarvitsee melko paljon tietoa 58 %:n mukaan ja paljon tietoa 17 %:n mielestä. Puolestaan 85 % vastaajista koki väittämän selkeäksi. Keskiarvoksi tuli 2,19 ja keskihajonnaksi 0,68.

Potilaan tiedon tarve hoitoon liittyvistä mahdollisista komplikaatioista oli 17 %:n mielestä aihe, josta potilas tarvitsee jonkin verran tietoa. 58 % mielestä potilas tarvitsee melko paljon tietoa ja 25 % mielestä paljon tietoa. Väittäjä koettiin 85 %:n mukaan selkeäksi. Keskiarvoksi muodostui 3,09 ja keskihajonnaksi 0,61.

8 % hoitajista koki potilaiden tarvitsevan jonkin verran tietoa siitä, miten estää komplikaatioita. 46 % hoitajista koki potilaiden tarvitsevan melko paljon tietoa asiasta ja toiset 46 % koki potilaiden tarvitsevan paljon tietoa. 90 % oli kokenut väittämän selkeäksi. Keskiarvoksi saatiin 3,32 ja keskihajonnaksi 0,64.

Taulukko 1. Sairauteen, sen hoitoon sekä diagnostiikkaan liittyvä tieto. (väittämät 1-8)

Sairauteen ja sen hoitoon sekä diagnostiikkaan liittyvä tieto	Potilas ei tarvitse tietoa		Potilas tarvitsee jonkin verran tietoa		Potilas tarvitsee melko paljon tietoa		Potilas tarvitsee paljon tietoa	
	f	f%	f	f%	f	f%	f	f%
1.Sairauteeni liittyvistä oireista	0	0 %	1	4 %	8	35 %	14	61 %
2.Milloin minun on syytä ottaa yhteyttä hoitopaikkaan oireiden pahentuessa	0	0 %	3	13 %	5	21 %	16	67 %
3.Minulle tehtävistä tutkimuksista	0	0 %	2	8 %	10	42 %	12	50 %
4.Miten minun pitäisi valmistautua tutkimuksiin	0	0 %	2	8 %	5	21 %	17	71 %
5.Miten saan tietoa tutkimuksen tuloksista	0	0 %	2	8 %	9	38 %	13	54 %
6.Erilaisista hoitovaihtoehdoista	0	0 %	6	25 %	14	58 %	4	17 %
7.Hoitooni liittyvistä mahdollisista komplikaatioista	0	0 %	4	17 %	14	58 %	6	25 %
8.Miten voisin itse estää komplikaatioita	0	0 %	2	8 %	11	46 %	11	46 %

8.2.2 Arjesta selviytyminen (väittämät 9-16)

Jokapäiväisissä toiminnoissa hoitajat arvioivat usean väittämän kohdalla, ettei potilas tarvitse tietoa kyseisestä kohdasta, kun taas väittämässä 1-8 koskien sairauksia ja niiden hoitoa sekä diagnostiikkaa, kukaan ei arvioinut, ettei potilas tarvitse tietoa. Eniten hoitajat ovat arvioineet tästä väittämäryhmästä potilaiden tarvitsevan melko paljon tietoa, kun loppujen vastausvaihtoehtojen välillä oli enemmän hajontaa. Alhaisimman keskiarvon (2,55) sai väittämä koskien potilaan ruokavaliota, kun taas korkeimmat keskiarvot (3,50) saivat väittämät koskien pärjäämistä kotona sairauden kanssa sekä apuvälineiden saatavuutta. Suurin keskihajonta oli väittämällä joka koski potilaan eritystoimintaa ja pienin väittämällä joka koski potilaan liikunnan harjoittamista. Selkeys sai näissä väittämässä paljon hajontaa. Väittämässä koskien sairauden kanssa pärjäämistä kotona, arvioi 100 % hoitajista selkeäksi, kun taas väittämä koskien potilaan henkilökohtaisten asioiden hoitamisesta oli vain 50 %:n mielestä selkeä.

Tiedon tarve liittyen henkilökohtaisten tarpeiden hoitamiseen sairaalassa/poliklinikalla oli 4 %:n mielestä aihe, josta potilas ei tarvitse tietoa.

39 % vastaajista oli sitä mieltä, että potilas tarvitsee jonkin verran tietoa asiasta kun taas 48 % vastasi, että potilas tarvitsee melko paljon tietoa. Loput 9 % oli sitä mieltä, että potilas tarvitsee paljon tietoa. Puolet vastaajista koki väittämän selkeäksi. Tämän väittämän keskiarvo oli 2,59 ja keskihajonta 0,73.

Kaikki vastaajat olivat sitä mieltä, että potilas tarvitsee tietoa siitä, millaista liikuntaa voi harjoittaa. 4 %:n mielestä potilas tarvitsee jonkin verran tietoa. Enemmistö (58 %) oli sitä mieltä, että potilas tarvitsee melko paljon tietoa ja 38 %:n mielestä potilas tarvitsee paljon tietoa asiasta. 90 %:n mielestä väittämä oli selkeä. Väittämän keskiarvoksi tuli 3,32 ja keskihajonnaksi 0,56.

Lepäämisen määrään liittyvä tieto koettiin 8 %:n mielestä tarpeettomaksi ja 13 %:n mielestä potilas tarvitsee asiasta jonkin verran tietoa. 54 % vastaajista oli sitä mieltä, että potilas tarvitsee asiasta melko paljon tietoa, ja 25 % taas sitä mieltä, että potilas tarvitsee paljon tietoa. Väittämä arvioitiin selkeäksi 80 %:n mielestä. Keskiarvoksi tälle väittämälle muodostui 3,00 ja keskihajonnaksi 0,87.

Potilaalle soveltuvasta ruokavaliosta potilas ei tarvitse tietoa 8 %:n mielestä ja 38 % vastasi potilaan tarvitsevan jonkin verran tietoa. Puolet vastaajista vastasi melko paljon ja 4 % paljon. 79 % piti väittämää selkeänä. Keskiarvoksi saatiin 2,55 ja keskihajonnaksi 0,73.

Peseytymisen ajankohtaan liittyvä väittämä oli 4 %:n mielestä aihe, josta potilas ei tarvitse tietoa, ja 4 % oli sitä mieltä että potilas tarvitsee jonkin verran tietoa asiasta. 63 %:n mielestä potilas tarvitsee asiasta melko paljon tietoa ja puolestaan 29 % paljon tietoa. 85 %:n mielestä väittämä esitettiin selkeästi. Väittämän keskiarvoksi tuli 3,23 ja keskihajonnaksi 0,68

Sairauden tai hoidon mahdollinen vaikutus eritystoimintaan (esim. hikoiluun, virtsaamiseen) oli 8 %:n mielestä tieto, josta potilas ei tarvitse tietoa kun taas 25 % arvioi potilaan tarvitsevan aiheesta jonkin verran tietoa. Melko paljon tietoa oli 50 %:n arvio kun taas 7 % vastaajista arvioi tiedon tärkeäksi. Enemmistö (85 %) piti väittämää selkeänä. 2,73 oli väittämän keskiarvo ja keskihajonta 0,88.

Väittämästä ”Miten sairaus tai hoito mahdollisesti vaikuttaa kotona tapahtuviin järjestelyihin (esim. kotiapu)”, 8 % hoitajista koki että potilaat tarvitsevat jonkin verran tietoa, kun taas 33 % koki potilaiden tarvitsevan melko paljon tietoa, ja puolestaan 58 %:n mielestä potilaat tarvitsevat paljon tietoa. Tämä oli ainut väittämä, joka oli kaikkien vastaajien mielestä selkeä. 3,50 muodostui väittämän keskiarvoksi ja 0,67 keskihajonnaksi.

Potilaan tieto liittyen hoidon apuvälineisiin (esim. liikkumiseen, haavan hoitoon, syömiseen) koettiin 4 %:n mielestä aiheeksi, josta potilaat tarvitsevat jonkin verran tietoa. 42 % oli sitä mieltä, että potilaat tarvitsevat melko paljon tietoa, kun 54 % puolestaan koki potilaiden tarvitsevan paljon tietoa. 90 % koki väittämän asettelun selkeäksi. Väittämän keskiarvo oli 3,5 ja keskihajonta 0,59.

Taulukko 2. Arjesta selviytyminen (väittämät 9-16)

Arjesta selviytyminen	Potilas ei tarvitse tietoa		Potilas tarvitsee jonkin verran tietoa		Potilas tarvitsee melko paljon tietoa		Potilas tarvitsee paljon tietoa	
	f	f%	f	f%	f	f%	f	f%
9.Miten voin toimia yksilöllisesti henkilökohtaisten tarpeitteni hoitamiseksi sairaalassa/poliklinikalla	1	4 %	9	39 %	11	48 %	2	9 %
10.Millaista liikuntaa voin harjoittaa	0	0 %	1	4 %	14	58 %	9	38 %
11.Miten paljon minun tulee levätä	2	8 %	3	13 %	13	54 %	6	25 %
12.Millainen on minulle soveltuva ruokavalio	2	8 %	9	38 %	12	50 %	1	4 %
13.Milloin voin peseytyä (esim. mennä suihkuun)	1	4 %	1	4 %	15	63 %	7	29 %
14.Miten sairaus tai hoito mahdollisesti vaikuttaa erityistoimintaani (esim. hikoiluun, virtsaamiseen)	2	8 %	6	25 %	12	50 %	4	17 %
15.Mitä sairaus tai hoito mahdollisesti vaikuttaa kotona tapahtuviin järjestelyihin (esim. kotiapu)	0	0 %	2	8 %	8	33 %	14	58 %
16.Mistä saan tarvitsemiani hoidon apuvälineitä (esim. liikkumiseen, haavan hoitoon, syömiseen)	0	0 %	1	4 %	10	42 %	13	54 %

8.2.3 Tunteisiin ja aiempiin kokemuksiin liittyvä tieto (väittämät 17-21)

Tämän ryhmän väittämistä hoitajat arvioivat potilaiden tarvitsevan tietoa jonkin verran tai melko paljon. Ainoastaan väittämässä koskien potilaan toiveiden esiintuomista hoidon aikana, kukaan hoitajista ei kokenut, etteikö potilas tarvitsisi tietoa. Keskiarvo vaihteli näiden väittämien välillä 2,91-2,32, vain väittämäryhmällä koskien potilaan tietoa hoidon kustannuksia oli huonompi keskiarvo. Keskihajonta puolestaan vaihteli arvojen 0,89-0,66 välillä. Selkeimmäksi koettiin väittäminen koskien potilaan keinoja saada omat toiveensa esiin hoidon aikana, joka oli 85 %:n mielestä selkeä, kun taas vähiten selkeäksi koettiin väittäminen koskien sairauden ja hoidon aiheuttamia tunteita potilaalle. Vain puolet hoitajista arvioi tämän väittämän selkeäksi.

Väittämään ”Millaisia tunteita sairauteni ja sen hoito mahdollisesti minulle aiheuttaa” 9 % vastasi, etteivät potilaat tarvitse asiasta tietoa. Potilas tarvitsee jonkin verran tietoa asiasta, oli 57 %:n arvio. Potilas tarvitsee melko paljon tietoa asiasta, oli 26 %:n arvio, kun taas paljon tietoa oli 9 %:n arvio aiheesta. Selkeys jakaantui puoliksi. Keskiarvoksi saatiin 2,32 ja keskihajonnaksi 0,78.

4 % hoitajista koki, ettei potilas tarvitse tietoa siitä, kenen kanssa hän voi keskustella sairauteensa ja sen hoitoon liittyvistä tunteista. 38 % hoitajista oli sitä mieltä, että potilas tarvitsee jonkin verran tietoa, kun taas 46 %:n mukaan potilas tarvitsee melko paljon tietoa. 13 % hoitajista koki potilaiden tarvitsevan paljon tietoa asiasta. Selkeäksi väittämän koki 65 % hoitajista. Keskiarvo oli 2,68 ja keskihajonnan arvoksi muodostui 0,78.

Potilaan aikaisempien sairaalakokemusten hyödyntäminen nykyisessä hoidossa, oli 17 %:n mielestä aihe, josta potilas ei tarvitse tietoa. 46 %:n mielestä potilas tarvitsee jonkin verran tietoa ja 29 %:n mielestä melko paljon. Paljon tietoa oli 8 %:n mielipide. Selkeäksi tämän kohdan koki 60 %. Väittämän keskiarvo oli 2,32 ja keskihajonta puolestaan 0,89.

Potilaan tieto siitä, miten hän voi osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon, oli 4 %:n mielestä aihe, josta potilas ei tarvitse tietoa. 17 %:n mielestä potilaat tarvitsevat jonkin verran tietoa ja 63 %:n mielestä potilaat tarvitsevat melko paljon tietoa asiasta. 17 % vastasi potilaiden tarvitsevan paljon tietoa. 70 %:n mielestä väittämä oli selkeä. Väittämän keskiarvo oli 2,91 ja keskihajonta 0,75.

Kaikki vastaajat pitivät väittämää ”miten voin saada hoidon aikana omat toiveeni kuuluville” tarpeellisena siten, että 29 % koki potilaan tarvitsevan jonkin verran tietoa, 54 % arvioi potilaan tiedon tarpeeksi melko paljon tietoa ja paljon tietoa tarvittiin 17 %:n mielestä. Selkeänä väittämää piti 85 % vastaajista. 2,82 muodostui keskiarvoksi ja keskihajonnaksi 0,66.

Taulukko 3. Tunteisiin ja aiempiin kokemuksiin liittyvä tieto (väittämät 17-21)

Tunteisiin ja aikaisempiin kokemuksiin liittyvä tieto	Potilas ei tarvitse tietoa		Potilas tarvitsee jonkin verran tietoa		Potilas tarvitsee melko paljon tietoa		Potilas tarvitsee paljon tietoa	
	f	f%	f	f%	f	f%	f	f%
17.Millaisia tunteita sairauteni ja sen hoito mahdollisesti minulle aiheuttaa	2	9 %	13	57 %	6	26 %	2	9 %
18.Kenen kanssa voin keskustella sairauteeni ja sen hoitoon liittyvistä tunteista	1	4 %	9	38 %	11	46 %	3	13 %
19.Miten voin hyödyntää aikaisempia sairaalakokemuksiani nykyisessä hoidossa	4	17 %	11	46 %	7	29 %	2	8 %
20.Miten voin osallistua hoitoani koskevaan päätöksentekoon	1	4 %	4	17 %	15	63 %	4	17 %
21.Miten voin saada hoidon aikana omat toiveeni kuuluville	0	0 %	7	29 %	13	54 %	4	17 %

8.2.4 Potilaan oikeudet, vastuu ja hoitoon liittyvä etiikka (väittämät 22-28)

Hoitajista suurin osa oli ollut sitä mieltä tästä aihealueesta, että potilaat tarvitsevat jonkin verran tietoa tai melko paljon tietoa, lukuunottamatta väittämää koskien potilaan osallisuutta hoidon onnistumiseksi, josta koettiin että potilas tarvitsee paljon tietoa. Väittämässä koskien hoitohenkilökunnan

vastuualueiden jakaumista, arvioi 25 % hoitajista, ettei potilas tarvitse asiasta lainkaan tietoa, mitä ehkä selittää se, että edellä mainittu väittämä oli väittämäryhmän epäselvin. Puolet hoitajista oli kokenut sen selkeäksi. Selkein (85 %) ja suurimman keskiarvon (3,45) omaava väittämä, oli väittämä koskien potilaan vastuuta hoidon onnistumiseksi. Alhaisimman keskiarvon (1,95) sai väittämä liittyen hoitohenkilökunnan vastuualueiden jaukautumiseen, mikä oli samalla alhaisin keskiarvo mittarin kaikkien väittämien kesken. Tämä väittämäryhmä omaa toiseksi suurimmat keskihajonnan luvut, joiden arvot sijoittuivat välille 0,91-0,72. Vain väittämällä koskien tietoa hoidon kustannuksista oli isommat keskihajonnanluvut.

4 % vastaajista oli sitä mieltä, ettei potilas tarvitse tietoa siitä, mitä oikeuksia potilaalla on. 13 % arvioi, että potilas tarvitsee jonkin verran tietoa. Melko paljon tietoa vastauksen valitsi 67 % ja paljon tietoa 17 % vastaajista. 80 %:n mukaan väittämä oli selkeä. Keskiarvo oli 2,95 ja keskihajonta 0,72.

Väittämä koskien potilaan vastuuta hoidon onnistumiseksi oli 4 %:n mielestä aihe, josta potilas ei tarvitse tietoa. 4 %:n mielestä potilas tarvitsee jonkin verran tietoa. 33 % vastasi, että potilas tarvitsee melko paljon tietoa ja 58 % oli sitä mieltä, että potilas tarvitsee paljon tietoa asiasta. Selkeäksi väittämän arvioi 85 % hoitajista. Keskiarvo oli 3,45 ja keskihajonnaksi muodostui 0,80.

4 % vastasi, että potilaat eivät tarvitse tietoa potilasasiamiehen toiminnasta. Enemmistö (65 %) oli sitä mieltä, että potilas tarvitsee asiasta jonkin verran tietoa. Potilas tarvitsee melko paljon tietoa 17 %:n mukaan. Paljon tietoa vaihtoehdon valitsi 13 %. Selkeäksi väittämän arvioi 80 %. Keskiarvoksi muodostui 2,41 ja keskihajonta oli 0,79.

Potilaan hoitoon osallistuvien ammattiryhmien vastuualueiden määrittely oli 25 %:n mielestä tieto, jota potilaat eivät tarvitse. Jonkin verran tietoa asiasta kohdan oli valinnut yli puolet (54 %). Melko paljon tietoa arvioi potilaan tarvitsevan 21 % vastaajista. Kukaan vastaajista ei ollut sitä mieltä, että potilas tarvitsee asiasta paljon tietoa. Selkeys jakoi arviot kahtia. 1,95 oli keskiarvo ja keskihajonta 0,72.

Potilasta koskevien tietojen salassapito väittämään vastasi 4 %, että potilas ei tarvitse tietoa asiasta. 54 %:n arvion mukaan potilas tarvitsee jonkin verran tietoa asiasta. Melko paljon ja paljon vastausvaihtoehdon puolestaan valitsi 29 % ja vastaavasti 13 %. Väittämä koettiin selkeäksi 70 %:sesti. Keskiarvoksi saatiin 2,55 ja keskihajonnan luku oli 0,80.

Potilastietojen luovuttamista muille henkilöille pidettiin 4 %:n mielestä tietona, jota potilas ei tarvitse. Potilas tarvitsee jonkin verran tietoa asiasta 42 %:n mielestä. 19 % vastaajista koki potilaan tarvitsevan melko paljon tietoa ja 13 %:n mielestä potilas tarvitsee paljon tietoa. 75 % piti kysymystä selkeänä. Väittämän keskiarvoksi muodostui 2,82 ja keskihajonta oli 0,90.

8 % oli sitä mieltä, ettei potilas tarvitse tietoa siitä, kuinka voi tutustua omiin potilasasiakirjoihin. 50 %:n mielestä potilas tarvitsee jonkin verran tietoa. 25 %:n mielestä potilas tarvitsee melko paljon tietoa ja 17 %:n mukaan potilas tarvitsee paljon tietoa. Selkeäksi väittämän arvioi 75 % vastaajista. 2,55 oli keskiarvo ja hajontaa puolestaan 0,91.

Taulukko 4. Potilaan oikeudet, vastuu ja hoitoon liittyvä etiikka (väittämät 22-28)

Potilaan oikeudet, vastuu ja hoitoon liittyvä etiikka	Potilas ei tarvitse tietoa		Potilas tarvitsee jonkin verran tietoa		Potilas tarvitsee melko paljon tietoa		Potilas tarvitsee paljon tietoa	
	f	f%	f	f%	f	f%	f	f%
22.Mitä oikeuksia minulla sairaalassa on	1	4 %	3	13 %	16	67 %	4	17 %
23.Mikä on minun vastuuni hoidon onnistumiseksi	1	4 %	1	4 %	8	33 %	14	58 %
24.Potilasasiamiehen toiminnasta	1	4 %	15	65 %	4	17 %	3	13 %
25.Miten eri hoitooni osallistuvien ammattiryhmien vastualueet on määritetty	6	25 %	13	54 %	5	21 %	0	0 %
26.Miten minua koskevat tiedot pysyvät salassa	1	4 %	13	54 %	7	29 %	3	13 %
27.Kenelle minua koskevia tietoja annetaan	1	4 %	10	42 %	7	29 %	6	25 %
28.Miten voin itse tutustua potilasasiakirjoihini	2	8 %	12	50 %	6	25 %	4	17 %

8.2.5 Hoidon tukitoimintoihin liittyvä tieto (väittämät 29-34)

Hoitajat arvioivat että potilaat tarvitsevat tietoa hoidon tukitoiminnoista jonkin verran tai melko paljon, lukuunottamatta kohtaa koskien jatkohoitopaikkaa, jossa hoitajat olivat arvioineet että potilas tarvitsee paljon tai melko paljon tietoa. Puolestaan väittämässä koskien potilasjärjestöjen toimintaa, oli 21 % hoitajista arvioinut, ettei potilas tarvitse tietoa lainkaan. Tällä väittämällä oli myös väittämäryhmän pienin keskiarvo (2,05). Suurin keskiarvo (3,09) puolestaan oli väittämällä koskien jatkohoitopaikkaa. Keskihajonnan vaihteluväli oli pienin kaikkien kuuden väittämäryhmän kesken. Keskihajonta sai arvoja väliltä 0,79-0,64. Selkeimmät väittämät saivat arvon 85 % ja ne koskivat sitä, miten potilas voi tavata sairaalapappia, ja jatkohoitopaikkaa. Epäselvimmäksi kohdaksi muodostui väittämä koskien tukihenkilön saatavuutta sairaalahoidon jälkeen, sillä vain 45 %:n mielestä väittämä oli selkeä. Tämä väittämä oli koko mittarin epäselvin.

38 % vastaajista arvioi potilaiden tarvitsevan jonkin verran tietoa asiasta koskien omaisten informointia sairauteen ja hoitoon liittyvissä asioissa. 54 % hoitajista arvioi potilaan tarvitsevan aiheesta tietoa melko paljon, kun taas 8 % vastaajista oli sitä mieltä, että potilas tarvitsee paljon tietoa. Selkeäksi väittämän arvioi 80 %. Keskiarvoksi saatiin 2,68 ja keskihajonnaksi 0,64.

Hoitajista 25 % koki, että potilaat tarvitsevat jonkin verran tietoa läheisten mahdollisuuksista osallistua hoitoon. 58 %:n mielestä potilaat tarvitsevat melko paljon tietoa asiasta, kun taas 17 % arvioi potilaiden tarvitsevan paljon tietoa. 80 % koki väittämän asettelu selkeäksi. 2,95 muodostui keskiarvoksi ja 0,65 keskihajonnaksi.

Tukihenkilön saatavuutta sairaalahoidon jälkeen, piti henkilökunta tarpeettomana tietona potilaille 9 %:n arvion mukaan. 52 %:n mielestä potilas tarvitsee jonkin verran tietoa ja 30 %:n arvion mukaan potilas tarvitsee melko paljon tietoa. 9 % koki potilaiden tarvitsevan paljon tietoa asiasta. Selkeäksi

väittämän koki 45 % hoitajista. Tämä väittämä koettiin epäselkeimmäksi koko mittarissa. Keskiarvo oli 2,36 ja keskihajonta 0,79.

Jatkohoitoaikaan järjestelyistä vastasi 4 %, ettei potilas tarvitse asiasta tietoa. 17 %:n mielestä potilas tarvitsee jonkin verran tietoa. Puolestaan melko paljon (43 %) ja paljon (33 %) valittiin enemmän. Väittämä arvioitiin selkeäksi 85 %:n mielestä. Väittämän keskiarvoksi saatiin 3,09 ja keskihajonta luvuksi muodostui 0,68.

4 % hoitajista vastasi, että potilas ei tarvitse tietoa mahdollisuudesta tavata sairaalapapin/teologin. Jonkin verran tietoa vaihtoehdon valitsi 58 % vastaajista. Melko paljon tietoa oli 29 %:n arvio ja paljon tietoa olisi tarpeen 8 %:n mielestä. Enemmistö (85 %) piti väittämää selkeänä. Keskiarvoksi muodostui 2,45 ja keskihajonta oli 0,73.

Potilasjärjestön toiminnasta väittämään vastasi 21 %, etteivät potilaat tarvitse asiasta tietoa ja potilas tarvitsee jonkin verran tietoa oli 58 %:n arvio. Potilas tarvitsee melko paljon tietoa asiasta 17 %:n mielestä ja paljon tietoa 4 %:n mukaan. Selkeäksi väittämän arvioi 75 % hoitajista. Keskiarvo oli 2,05 ja hajonta oli puolestaan 0,78.

Taulukko 5. Hoidon tukitoimintoihin liittyvä tieto (väittämät 29-34)

Hoidon tukitoimintoihin liittyvä tieto	Potilas ei tarvitse tietoa		Potilas tarvitsee jonkin verran tietoa		Potilas tarvitsee melko paljon tietoa		Potilas tarvitsee paljon tietoa	
	f	f%	f	f%	f	f%	f	f%
29. Keneltä läheiseni saavat tietoa sairauteeni ja sen hoitoon liittyvistä asioista	0	0 %	9	38 %	13	54 %	2	8 %
30. Miten läheiseni voivat osallistua hoitooni	0	0 %	6	25 %	14	58 %	4	17 %
31. Mistä saan halutessani tukihenkilön saisaalassa olon jälkeen	2	9 %	12	52 %	7	30 %	2	9 %
32. Mistä saan mahdollisesti tarvittavan jatkohoitoaikaan	1	4 %	4	17 %	11	46 %	8	33 %
33. Miten voin tavata sairaalapapin/teologin	1	4 %	14	58 %	7	29 %	2	8 %
34. Potilasjärjestön toiminnasta	5	21 %	14	58 %	4	17 %	1	4 %

8.2.6 Tieto kustannuksista (väittämät 35-40)

Potilaat tarvitsivat hoitajien arvion mukaan tietoa kustannuksista jonkin verran. Loput vastaukset jakautuivat laajalle skaalalle vastausvaihtoehtojen välillä. Väittämien keskiarvo tässä ryhmässä oli alhaisin kaikkien väittämäryhmien kesken. Suurimman keskiarvon sai väittämä koskien vakuutusasioita (2,68) ja pienimmän keskiarvon väittämä sopeutumisvalmennuskursseista ja niiden kustannuksista (2,00). Näiden väittämien keksihajonta oli suurin kaikista väittämäryhmistä, eli vastauksissa oli paljon eriäviä mielipiteitä. Keskihajontaa oli 0,81-0,99 välillä. Selkeimmäksi koettiin väittämät koskien sairauspäivärahaa sekä jatko- tai kotihoidon kustannuksia (85 % koki selkeäksi). Vähiten selkeäksi koettiin väittämä potilasjärjestöjen toiminnasta (75 % koki selkeäksi).

Kuntoutuksesta ja siihen liittyvät kustannukset, oli 8 %:n mielestä aihe josta potilas ei tarvitse tietoa. 46 %:n mielestä potilas tarvitsee jonkin verran tietoa aiheesta. 25 %:n mukaan potilas tarvitsee melko paljon tietoa asiasta ja vastaavasti 21 %:n mielestä potilas tarvitsee paljon tietoa. Väittämä on selkeä 80 %:n mielestä. 2,59 oli keskiarvo ja 0,95 keskihajonta.

4 % vastaajista arvioi, ettei potilas tarvitse tietoa sairauspäivärahoista. 54 % vastasi, että potilas tarvitsee jonkin verran tietoa asiasta. 21 % vastaajista arvioi potilaan tarvitsevan melko paljon tietoa asiasta ja samoin paljon tietoa asiasta arvioi myös 21 % vastaajista. 85 % piti väittämää selkeänä. Keskiarvoksi tuli 2,64 ja keskihajonnaksi 0,90.

Tieto vakuutusasioista oli 8 %:n mielestä aihe, josta potilas ei tarvitse tietoa. 46 % vastaajista oli sitä mieltä, että potilas tarvitsee jonkin verran tietoa asiasta. 21 % vastasi, että potilas tarvitsee melko paljon tietoa asiasta. Loput 25 % oli sitä mieltä, että potilas tarvitsee paljon tietoa. 80 %:n mielestä väittämä oli selkeä. Keskiarvoksi muodostui 2,68 ja keskihajonnaksi saatiin 0,99.

Väittämä liittyen sopeutumisvalmennuskursseihin ja niiden kustannuksiin oli 25 %:n mielestä tieto josta potilas ei tarvitse tietoa. 54 %:n mielestä potilas

kuitenkin tarvitsee jonkin verran tietoa. Puolestaan melko paljon ja paljon vastaukset olivat 17 % ja 4 % Väittämä arvioitiin selkeäksi 80 %:n mielestä. Keskiarvoksi tuli 2,00 ja keskihajonnaksi 0.81.

Tieto liittyen jatkohoidon tai kotona tapahtuvan hoidon kustannuksista oli hoitajista 21 %:n mukaan asia, josta potilas ei tarvitse tietoa. 50 % vastaajista arvioi potilaan tarvitsevan jonkin verran tietoa. Melko paljon tietoa arvioi tarvitsevan 21 % vastaajista. Vastaajista 8 %:n mukaan potilas tarvitsi paljon tietoa asiasta. Selkeäksi väittämän koki 85 %. 2,14 saatiin keskiarvoksi ja 0,88 muodostui keskihajonnaksi.

Vastaajista 13 % oli sitä mieltä, ettei potilas tarvitse tietoa lääkehoidon kustannuksista. 38 %:n mielestä potilas tarvitsee jonkin verran tietoa asiasta. 42 % vastasi, että potilas tarvitsee melko paljon tietoa. 8 % oli sitä mieltä, että potilas tarvitsee paljon tietoa asiasta. Selkeäksi väittämän arvioi 80 % hoitajista. Keskiarvo oli 2,45 ja keskihajonta 0,85.

Taulukko 6. Tieto kustannuksista (väittämät 35-40)

Tieto kustannuksista	Potilas ei tarvitse tietoa		Potilas tarvitsee jonkin verran tietoa		Potilas tarvitsee melko paljon tietoa		Potilas tarvitsee paljon tietoa	
	f	f%	f	f%	f	f%	f	f%
35.Kuntoutuksesta ja siihen liittyvistä kustannuksista	2	8 %	11	46 %	6	25 %	5	21 %
36.Sairauspäivärahoista	1	4 %	13	54 %	5	21 %	5	21 %
37.Vakuutusasioista	2	8 %	11	46 %	5	21 %	6	25 %
38.Sopeutumisvalmennuskursseista ja niiden kustannuksista	6	25 %	13	54 %	4	17 %	1	4 %
39.Jatkohoidon tai kotona tapahtuvan hoidon kustannuksista	5	21 %	12	50 %	5	21 %	2	8 %
40.Lääkehoidon kustannuksista	3	13 %	9	38 %	10	42 %	2	8 %

8.3 Potilaiden tiedon tarve henkilökunnan arvioimana

Epäselvimmiksi koettujen väittämien yhteyttä verrattiin kohtiin, joista hoitajat ovat arvioineet, etteivät potilaat tarvitse tietoa. Tulosten perusteella näiden kohtien väliltä ei löydetty yhteyttä. Vain yksi väittämä sijoittui molempiin ryhmiin (väittämä 25). Näin ollen väittämää muokkaamalla sitä saataisiin selkeytettyä, mikä taas saattaisi vaikuttaa siihen, että väittämää voitaisiin käyttää valmiissa mittarissa. Väittämä 25 voitaisiin esittää opinnäytetyön tekijöiden mukaan seuraavasti: ”Kuinka eri ammattiryhmien vastuualueet jakautuvat hoidossani.”

Hoitajat olivat arvioineet että mittarissa on paljon asioita, joista potilaat tarvitsevat tietoa, sillä 14 väittämämistä oli sellaisia joissa kaikki hoitajat olivat sitä mieltä että potilaat tarvitsevat ainakin jonkin verran tai enemmän tietoa aiheeseen liittyen. Hoitajat ovat siis arvioineet että potilaat tarvitsevat eri määriä tietoa mielummin kuin ei tietoa ollenkaan. Voidaan todeta, että hoitajat ovat kokeneet mittarin väittämät tärkeiksi, koska vain 25 % vastaajista oli sitä mieltä, ettei potilas tarvitse tietoa lainkaan, juuri sen väittämän kohdalla josta oltiin eniten tätä mieltä.

Taulukko 7. Sisällöt joista, potilaat eivät tarvitse tietoa.

	potilas ei tarvitse tietoa		potilas tarvitsee jonkin verran tietoa		potilas tarvitsee melko paljon tietoa		potilas tarvitsee paljon tietoa	
	f	f %	f	f %	f	f %	f	f %
38.Sopeutumisvalmennuskursseista ja niiden kustannuksista	6	25 %	13	54 %	4	17 %	1	4 %
25.Miten eri hoitoon osallistuvien ammattiryhmien vastuualueet on määritelty	6	25 %	13	54 %	5	21 %	0	0 %
34.Potilasjärjestön toiminnasta	5	21 %	14	58 %	4	17 %	1	4 %
39.Jatkohoidon tai kotona tapahtuvan hoidon kustannuksista	5	21 %	12	50 %	5	21 %	2	8 %
19.Miten voin hyödyntää aikaisempia sairaalakokemuksiani nykyisessä hoidossa	4	17 %	11	46 %	7	29 %	2	8 %

Taulukossa 8 esitetyt väittämät ovat kaikki yhteydessä potilaan hoitopolkuun. Nämä väittämät saattavat jäädä vähemmälle huomiolle, jos kukaan ei ota vastuulleen näitä hoitoon vaikuttavia tekijöitä. Näistä tekijöistä kertominen ohjauksessa saatetaan usein kokea epäoleelliseksi, ja koetaan, etteivät potilaat tarvitse tietoa tähän aiheeseen liittyen. Edellä mainittuja väittämiä yhdisti myös se, että nämä väittämät saattavat herätä vasta kun kyseessä on vakavampi sairaus. On mahdollista, ettei tämä tieto ole kaikille potilaille tarpeellista, vaan tämä tieto koskee vain tiettyjä potilasryhmiä.

Taulukko 8. Sisällöt joista, potilaat tarvitsevat jonkin verran tietoa.

	potilas ei tarvitse tietoa		potilas tarvitsee jonkin verran tietoa		potilas tarvitsee melko paljon tietoa		potilas tarvitsee paljon tietoa	
	f	f %	f	f %	f	f %	f	f %
24.Potilasasiamiehen toiminnasta	1	4 %	15	65 %	4	17 %	3	13 %
34.Potilasjärjestön toiminnasta	5	21 %	14	58 %	4	17 %	1	4 %
33.Miten voin tavata sairaalapapin/teologin	1	4 %	14	58 %	7	29 %	2	8 %
17.Millaisia tunteita sairauteni ja sen hoito mahdollisesti minulle aiheuttaa	2	9 %	13	57 %	6	26 %	2	9 %
38.Sopeutumisvalmennuskursseista ja niiden kustannuksista	6	25 %	13	54 %	4	17 %	1	4 %

Potilas tarvitsee jonkin verran tietoa (Taulukko 8) ja potilas tarvitsee melko paljon tietoa (Taulukko 9) väliltä etsittiin erottavaa tekijää. Havaittiin, että jonkin verran tietoa kohdassa esiintyvät väittämät eivät ole lähellä kaikkia potilaita, kun taas tässä melko paljon tietoa kohdassa väittämät koskettavat lähes kaikkia potilaita. Yksi tuloksista voisi olla, että tähän kyselyn vastanneet sairaanhoitajat arvostavat potilaan yksilöllisyyttä ja toimivat näiden edunvalvojina.

Taulukko 9. Sisällöt joista potilaat tarvitsevat melko paljon tietoa.

	potilas ei tarvitse tietoa		potilas tarvitsee jonkin verran tietoa		potilas tarvitsee melko paljon tietoa		potilas tarvitsee paljon tietoa	
	f	f %	f	f %	f	f %	f	f %
22.Mitä oikeuksia minulla sairaalassa on	1	4 %	3	13 %	16	67 %	4	17 %
20.Miten voin osallistua hoitoani koskevaan päätöksentekoon	1	4 %	4	17 %	15	63 %	4	17 %
13.Milloin voin peseytyä (esim. mennä suihkuun)	1	4 %	1	4 %	15	63 %	7	29 %
6.Erilaisista hoitovaihtoehdoista	0	0 %	6	25 %	14	58 %	4	17 %
30.Miten läheiseni voivat osallistua hoitooni	0	0 %	6	25 %	14	58 %	4	17 %

Sairaanhoitajat arvioivat potilaan tärkeimmäksi tiedontarpeeksi tiedon liittyen itse sairauteen, sen oireisiin ja hoitoon. Kaikista eniten tietoa sairaanhoitajat arvioivat potilaan tarvitsevan tutkimuksiin valmistautumisesta (71 %).

Taulukko 10. Sisällöt joista potilaat tarvitsevat paljon tietoa.

	potilas ei tarvitse tietoa		potilas tarvitsee jonkin verran tietoa		potilas tarvitsee melko paljon tietoa		potilas tarvitsee paljon tietoa	
	f	f %	f	f %	f	f %	f	f %
4.Miten minun pitäisi valmistautua tutkimuksiin	0	0 %	2	8 %	5	21 %	17	71 %
2.Milloin minun on syytä ottaa yhteyttä hoitopaikkaan oireiden pahentuessa	0	0 %	3	13 %	5	21 %	16	67 %
1.Sairauteeni liittyvistä oireista	0	0 %	1	4 %	8	35 %	14	61 %
15.Mitä sairaus tai hoito mahdollisesti vaikuttaa kotona tapahtuviin järjestelyihin (esim. kotiapu)	0	0 %	2	8 %	8	33 %	14	58 %
23.Mikä on minun vastuuni hoidon onnistumiseksi	1	4 %	1	4 %	8	33 %	14	58 %

8.4 SPTT-mittarin väittämien selkeys

Selkeimmiksi kohdiksi hoitajat kokivat mittarissa miten sairaus vaikuttaa arkielämään (100 % selkeä), sairauteen liittyvät oireet (95 %), potilaan tutkimuksiin valmistautuminen (95 %) sekä milloin ottaa yhteyttä hoitopaikkaan ongelmien ilmaantuessa (90 %). Eniten epäselvyyttä hoitajat kokivat väittämissä koskien tukihenkilötoimintaa (45 % selkeä), millaisia tunteita hoito tai sairaus saattaa aiheuttaa potilaalle (50 %), miten hoitavan henkilökunnan ammattiryhmien vastualueet on määritelty (50 %) ja miten potilas voi itse hoitaa asioitaan hoitopaikassaan (50 %). Selkeimmiksi koettuihin väittämiin vaikutti todennäköisesti väittämien yksinkertainen asettelu ja

käytännönläheisyys. Sairaanhoitajista puolet koki väittämän ”miten voin toimia yksilöllisesti henkilökohtaisten tarpeitteni hoitamiseksi sairaalassa/poliklinikalla” epäselkeäksi. Väittäminen tulisi selkeyttää esimerkein, mikä saattaisi vaatia yhden väittämän sijaan useampia väittämiä. Väittäminen koskien sairauden aiheuttamia tunteita oli myös koettu epäselkeäksi (50 %). Sairaanhoitajat ovat mahdollisesti kokeneet väittämän eri tavoin, eikä sitä pystytä yleistämään koko potilasryhmälle. Osa tutkimukseen osallistuneista sairaanhoitajista hoitaa pahoin vammautuneita potilaita, kun taas toisten sairaanhoitajien potilailla saattaa olla paljon lievempiä vammoja. Väittäminen liittyen potilaan hoitoon osallistuvien ammattiryhmien vastuualueisiin oli 50 %:n mukaan epäselvä. Kuten taulukosta 7 käy ilmi, potilaat eivät sairaanhoitajien mielestä tarvitse tähän aiheeseen liittyvää tietoa, minkä takia väittämää todennäköisesti pidetään myös epäselvänä. Väittämän tukihenkilön saamisesta koki 55 % sairaanhoitajista epäselkeäksi. Mahdollisen tukihenkilön roolia tulisi selkeyttää.

Taulukko 11. Mittarin selkeimmät ja epäselvimät väittämät

Selkeimmiksi koetut kysymykset	f %
15. Mitä sairaus tai hoito mahdollisesti vaikuttaa kotona tapahtuviin järjestelyihin (esim. kotiapu)	100 % kokenut selkeäksi
1. Sairauteeni liittyvistä oireista	95 % kokenut selkeäksi
4. Miten minun pitäisi valmistautua tutkimuksiin	95 % kokenut selkeäksi
2. Milloin minun on syytä ottaa yhteyttä hoitopaikkaan oireiden pahentuessa	90 % kokenut selkeäksi
Epäselvimiksi koetut kysymykset	
9. Miten voin toimia yksilöllisesti henkilökohtaisten tarpeitteni hoitamiseksi sairaalassa/poliklinikalla	50 % kokenut ei selkeäksi
17. Millaisia tunteita sairauteni ja sen hoito mahdollisesti minulle aiheuttaa	50 % kokenut ei selkeäksi
25. Miten eri hoitoon osallistuvien ammattiryhmien vastuualueet on määritetty	50 % kokenut ei selkeäksi
31. Mistä saan halutessani tukihenkilön sairaalassa olon jälkeen	55 % kokenut ei selkeäksi

9 KOOSTE TULOXSISTA

Tuloksista voidaan päätellä, että eniten tietoa hoitajien arvion mukaan potilaat tarvitsevat väittämistä koskien sairautta, sen hoitoa sekä diagnostiikkaa ja arjessa selvymistä. Väittämäryhmät koskien tunteita ja aiempiin kokemuksiin liittyvää tietoa ja ryhmässä koskien potilaan oikeuksia, vastuuta ja hoitoon liittyvää etiikkaa sekä ryhmässä hoidon tukitoimintoihin liittyvistä tiedoista, asettuivat seuraavaksi tärkeimmiksi tiedon tarpeiksi. Vähiten tietoa koettiin tarvittavan kustannuksista. Väittämien selkeys ei ollut yhteydessä väittämien tiedon tarpeen kanssa. Kaikissa muissa ryhmissä, lukuunottamatta sairauteen, sen hoitoon ja diagnostiikkaan liittyvien väittämien ryhmää ja ryhmää koskien tietoa kustannuksista, oli ainakin yksi väittämä jonka 65 % tai alle koki selkeäksi. Mittarin kohdat koskien sairautta, hoitoa ja diagnostiikkaa oli koettu tärkeiksi, kun taas väittämät hoidon kustannuksista koettiin vähiten tärkeiksi. Väittämäryhmässä koskien tunteisiin ja aiempiin kokemuksiin liittyvää tietoa oli eniten epäselviä väittämiä, joita oli kolme. Kolmessa väittämäryhmässä (väittämät koskien arjesta selvymistä, potilaan oikeuksia, vastuuta ja hoitoon liittyvää etiikkaa sekä hoidon tukitoimintoihin liittyvästä tiedosta) oli kussakin vain yksi epäselvä väittämä.

Mittaria voidaan jatkossa kehittää vertaamalla sairaanhoitajien ja potilaiden näkemyksiä tiedon tarpeesta ohjaustilanteessa. Näiden perusteella voidaan kehittää mittari, joka on työväline, jolla voidaan arvioida potilaiden tiedontarvetta ja vastata siihen. Pelkästään tämän tutkimuksen tulosten perusteella valmista mittaria ei pystytä kehittämään, koska se on vain sairaanhoitajien arvio potilaiden tiedon tarpeesta. Vertaamalla molempien tutkimuksen tuloksia, saadaan varmuus siitä, mitä väittämiä valmiista mittarista kannattaa jättää pois ja mitä väittämiä tulee selventää. Näin ollen myös tutkimusongelma numero kahden vastaukset jäävät vain hypoteettiselle tasolle.

Vastaajille annettiin mahdollisuus yhteydenottoon, mikäli heillä esiintyy epäselvyyksiä kyselyyn vastaamiseen liittyen. Kukaan ei kuitenkaan tätä mahdollisuutta hyödyntänyt. Yksi vastaajista oli merkinnyt kyselylomakkeeseen selkeyden kohdalla: ”Mitä käytännössä tarkoittaa!?”. Vastaajan mielestä: ”Nämä kysymykset eivät sovellu traumapotilaan hoitoon! Trauma ei ole yhtä kuin sairaus...”. Lisäksi toinen vastaajista oli selkeyden kohdalla merkinnyt pelkästään kysymysmerkin.

10 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Lähdekritiikillä tarkoitetaan kirjallisuuden valinnassa tarvittavaa harkintaa (Hirsjärvi ym. 2007, 109). Viitekehyksessä käytetty kirjallisuus on pyritty rajaamaan 2000 luvulle, koska Hirsjärven ym. (2007, 109) mukaan yksi lähdekritiikin vaatimuksista on lähteen ikä. Lähteen iän lisäksi lähdekritiikin vaatimuksena on lähdetiedon alkuperä. Lähdekritiikin mukaan myös kirjoittajien tunnettavuudella ja arvostettavuudella on merkitystä, ja sen lisäksi lähteen on oltava uskottava ja julkaisijalla on oltava arvovallan lisäksi myös vastuuta. (Hirsjärvi ym. 2007, 109.) Kirjallisuuskatsauksessa pyrittiin käyttämään alkuperäisiä lähteitä.

Tutkimukseen liittyy viisi eettistä näkökulmaa. Tutkimus ei saa vahingoittaa fyysisesti, psyykkisesti eikä sosiaalisesti tutkittavaa. Tutkimuksen hyötyä ja haittaa on verrattava keskenään eli tutkimuksesta saatavan hyödyn on oltava huomattavasti suurempi kuin haitan. Keskeistä on se, että tutkimus on siihen osallistuville vapaaehtoista ja että he voivat keskeyttää sen koska tahansa. Vastuu tutkimuksesta on sen johtajalla. (Paunonen & Vehviläinen- Julkunen 1998, 27.) Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista, koska sairaanhoitajat saivat vapaasti valita vastaavatko he kyselyyn vai eivät. Tutkimuksen tulokset raportoitiin niin, ettei yksittäisen vastaajan mielipide erottunut muiden vastaajien joukosta. Tutkimuksesta saatu hyöty muodostui suuremmaksi kuin haitta, sillä tästä tutkimuksesta ei aiheutunut fyysistä, psyykkistä tai sosiaalista kärsimystä kellekään vastaajalle. Tutkimukseen osallistuminen ei aiheuttanut mitään lisätoimenpiteitä henkilökunnalle, infotilaisuuteen ja lomakkeen täyttämiseen käytetyn ajan lisäksi. Tarkoituksena on, että sairaanhoitajat itse hyötyvät SPTT-mittarin kehittämisestä ja mahdollisesti saavat siitä työvälineen jokapäiväiseen hoitotyöhön. Opinnäytetyöntekijät kantoivat vastuun opinnäytetyöstä koko tutkimusprosessin ajan.

Osastojen henkilökuntaa informoitiin tutkimuksesta, sen tarkoituksesta ja kyselylomakkeiden anonymiteetista. Tutkimukseen osallistuminen oli

vapaaehtoista. Vastaukset käsiteltiin Turun ammattikorkeakoulun suljetuissa tiloissa, johon tutkimuksen ulkopuolisilla ei ollut pääsyä. Kesken aineistonkeruun, jouduttiin lomakkeet hakemaan traumatologian osastolta 214 pois TYKS:n A-sairaalassa sattuneen tulipalon vuoksi. Lomakkeet olivat osastolta poissa 3.9–12.9 välisen ajan. Lomakkeet säilytettiin luottamuksellisesti opinnäytetyöntekijän lukollisessa kaapissa. Tutkimuksen päätyttyä lomakkeet hävitettiin polttamalla.

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan tarkastelemalla validiteettia ja reliabiliteettia. Validiteetti viittaa siihen, onko tutkimuksessa onnistuttu mittaamaan juuri tarkoitettua asiaa. Validiteetti jaetaan sisäiseen ja ulkoiseen validiteettiin. Ulkoinen validiteetti mittaa sitä, kuinka hyvin saadut tulokset voidaan yleistää tutkimuksen ulkopuoliseen joukkoon. Sisäinen validiteetti toimii tutkimuksen luotettavuuden perustana. Väärä mittarin valinta, jossa mittari ei mittaa haluttua tutkimusilmiötä, johtaa epäluotettaviin tuloksiin. Reliabiliteetti kuvastaa tulosten pysyvyyttä. Mittaria voidaan pitää reliabelina, mikäli samalla mittarilla eri aineistoista saadut tulokset ovat samansuuntaisia. (Kankkunen & Vehviläinen- Julkunen 2009, 152.) Validiteettia pyrittiin parantamaan muokkaamalla alkuperäisen mittarin vastausvaihtoehtoja vastaajille selkeämmiksi.

Mittarin sisäistä johdonmukaisuutta testattiin Cronbachin alfa-kerrointa käyttäen, joka sai arvon 0,953 (n=40). Heikkilän (2008, 187) mukaan lähemmäs arvoa 1 tultaessa mittauksen luotettavuus kasvaa. Cronbachin alfa-kerroin voi saada arvoja 0 ja 1 väliltä, ja mikäli arvo on yli 0,70, kertoo se mittarin korkeasta reliabiliteetista (Heikkilä 2008, 189). Mittarin väittämät ovat siis yhteneväisiä eli kokonaisuudessaan mittaavat saman asian.

Validiteetin avulla voidaan määritellä, kuinka hyvin on onnistuttu mittaamaan juuri sitä, mitä oli tarkoituskin mitata. Kyselytutkimuksessa eniten arvoa on ensisijaisesti väittämillä, eli voidaanko niitä käyttää apuna tutkimusongelman ratkaisemiseksi. (Heikkilä 2008, 186.) Mittaria on käytetty aiemmin eri potilasryhmillä, joten mittaria voidaan pitää luotettavana.

11 POHDINTA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli testata SPTT-mittaria tulevilla tules-toimialalla hoitohenkilökunnan arvioimana. Ortopedia oli rajattu pois. Laajaan viitekehykseen panostettiin, koska tules-toimiala käsittää niin monien eri sairauksien hoidon. Eri potilasryhmien hoitopolkuihin tutustuminen oli aikaa vievää, mutta selkeytti sitä, millainen tiedon tarve potilaalla saattaisi olla ennen hoidon aloittamista tai toimenpiteeseen tuloa. Kirjallisuuden perusteella heräsi kuitenkin kysymys siitä, onko mittari soveltuva traumapotilaille, sillä monet traumapotilaat vaativat ensi- ja/tai tehohoitoa ja siirtyvät vasta tämän jälkeen vuodeosastolle.

Yhteenvedona tuki- ja liikuntaelinsairauksista, potilastyytyväisyydestä, hoidon laadusta, mittarin testauksesta ja potilasohjauksesta voidaan todeta, että aiheista löytyy paljon tutkittua tietoa. Tutkimukset ovat linjassa toistensa kanssa, eikä niistä juuri löydy päinvastaisia tuloksia. Mielenkiintoista kuitenkin oli, että samaa aihetta tutkittaessa, eri tutkimuksissa nousivat erilaiset asiat ilmi. Kuten potilastyytyväisyyttä tutkittaessa oli sairaanhoitaja avainasemassa, mutta ne sairaanhoitajan ominaisuudet, jotka tähän liittyivät, vaihtelivat tutkimuksittain.

Koko opinnäytetyön etenemistä hidasti aiheen muuttuminen useaan otteeseen. Alun perin aihe rajattiin vain tules-potilaisiin, mikä kuitenkin muuttui opinnäytetyön edetessä, ja lopulta aihe käsitti myös potilasryhmät: trauma-, käsikirurgiset- ja luutumoriapotilaat. Ortopedisten potilaiden rajaaminen pois vaikeutti viitekehyksen kirjoittamista, koska ortopedia liittyy usein traumaperäisten vammojen hoitoon. Tämä otettiin huomioon myös viitekehyyksessä. Pohdittavaksi jää missä vaiheessa traumapotilaiden hoitoa mittaria tulisi käyttää. Tietoa SPTT- mittarista ja sen käytöstä löytyi ainoastaan yhdestä lähteestä, mikä vaikeutti itse mittarin käyttöön perehtymistä.

Muokatusta mittarista päätettiin jättää avoin kohta pois, koska mittari on tarkoitettu potilaille, sairaanhoitajien kommentteja ei nähty tarpeellisena. Työn tarkoituksena oli kuitenkin lopulta testata valmista SPTT-mittaria ja

sairaanhoidajien tehtävänä oli arvioida käsillä olevien väittämien soveltuvuutta mittaamaan potilaiden tiedon tarvetta. Valmiissa mittarissa potilailla tulisi kuitenkin olla ainakin yksi kohta vapaata kommentoimista varten. Menetelmää rajoitti jonkin verran tutkimusmetodin valinta, sillä kvantitatiivinen tutkimus vaatii isompia otoskokoja ja näin ollen osastojen välisiä eroja ei voitu vertailla niin, että tulokset olisivat olleet luotettavia.

Saatuja tuloksia voidaan hyödyntää mittarin kehittämisessä. Otoskoko oli kuitenkin niin pieni, etteivät tulokset ole yleistettävissä esimerkiksi maanlaajuisesti, mutta mittaria olisikin tarkoitus käyttää vain TYKSin tules-toimialalla. Otoskoko olisi ollut hieman suurempi, jos myös lyhyempää sijaisuutta tekevät sairaanhoitajat ja mahdollisesti perus- ja lähihoitajat olisivat ottaneet osaa tutkimukseen. Tässä opinnäytetyössä haluttiin nimenomaan sairaanhoitajien asiantuntemusta tules-potilaiden hoidosta.

Tutkimus antaa tietoa siitä millaiseksi sairaanhoitajat arvioivat tules-potilaiden tiedon tarpeen ja ovatko mittarin kysymykset asettelultaan selkeitä. Hoitohenkilökunnalla testattua mittaria tulisi verrata potilailla testattuun mittariin, jotta saataisiin tietoa siitä, poikkeavatko nämä paljon toisistaan ja tietävätkö sairaanhoitajat potilaidensa todellisen tiedon tarpeen. Mittari on kuitenkin viime kädessä tarkoitettu potilaan täytettäväksi, ei sairaanhoitajan. Sairaanhoitajan voi olla vaikea asettua potilaansa asemaan, ja miettiä mitä tämä haluaa oikeasti tietää. Mittari vaatii vielä lisää kehittämistä, jotta sen sisältö vastaisi parhaalla mahdollisella tavalla potilaan todellista tiedon tarvetta.

Valmis mittari helpottaa sairaanhoitajan työtä, koska hän pystyy mittarin perusteella kohdistamaan ohjaustaan paremmin potilaan yksilöllisiin tarpeisiin. Sairaanhoitaja tietää jo etukäteen mistä potilas tarvitsee enemmän tietoa ja mitä tietoa hänellä on jo entuudestaan, ja näin ohjaus pystytään räätälöimään juuri tietylle potilaalle sopivaksi. Sairaanhoitaja voi siis käyttää mittaria apuvälineenä jokapäiväisessä työssään. Tämä myös lisää kustannustehokkuutta, sillä esimerkiksi poliklinikalla tapaamisajat ovat lyhyitä, ja mittaria käyttämällä pystytään hyödyntämään ajallisia resursseja.

LÄHTEET

Alotaibi, N.M. 2008. The cross-cultural adaptation of the disability of arm, shoulder and hand (DASH): a systematic review. *Occupational Therapy International* 2008, 15(3), 178–190.

Bowling, A. 2002. *Research methods in health: investigating health and health services*. 2. painos. United Kingdom: Open University Press.

Glenton, C. 2002. Developing patient-centred information for back pain sufferers. *Health Expectations* 5.

Gustafsson, M., Ekholm, J. & Öhman, A. 2004. From Shame to Respect: Musculoskeletal Pain Patients' Experience of a Rehabilitation Programme, a Qualitative Study. *Journal of Rehabilitation Medicine* 2004, 36, 97–10.

Handolin, L., Leppäniemi, A., Lakovaara, M., Vihtonen, K. & Lindahl, J. 2004. Vaikeasti vammautuneiden traumapotilaiden hoito Suomessa. *Suomen lääkäri-lehti* 6/2006, Vol 61, 587–592

Handolin, L., Tirkkonen, S., Pihlström, K., Sillanpää, K. & Pajarinen J. 2007. Töölön sairaalan traumarekisteri. *Suomen lääkäri-lehti* 2007, 20-21 vsk 62.

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

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. *Tutki ja kirjoita*. 13., osin uudistettu painos. Helsinki: Tammi.

Itälä, A., Ryösa, A., Tainio, J., Perttilä, J. & Gullichsen E. 2006. TYKSiin teho-osastolla hoidetut traumapotilaat vuosina 2000-2004. *Suomen ortopedia ja traumatologia* vol. 25. 3/2006, 239–242.

Jantunen, E., Kettunen J., Niemitukia, L., Ropponen, K., Vornanen, M., Voutilainen L., Mussalo, H. & Nousiainen T. 2004. Primaarit luulymfoomat – KYS:n kokemukset 1990-2003. *Duodecim* 2004, 120, 2681–2687.

Jenkinson, C., Coulter, A., Gyll, R., Lindström, P., Avner, L & Höglund, E. 2002. Measuring the experiences of health care for patients with musculoskeletal disorders (MSD): development of the Picker MSD questionnaire. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 16, 329–333.

Jääskeläinen, M. *Käsikirurgia*. 2010. Viitattu 25.4.2011. Saatavissa <http://www.tyks.fi/fi/1526/1671/>

Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. *Tutkimus hoitotieteessä*. Helsinki: WSOY.

Kansanterveyslaitos. 2007. *Musculoskeletal Disorders and Diseases in Finland. Kansanterveyslaitoksen julkaisu B 25 / 2007. Results of the Health 2000 Survey*. Helsinki.

Kanste, O. & Kyngäs, H. 2005. Moniulotteisen työuupumusmittarin luotettavuus suomalaisella hoitohenkilökunnalla. *Hoitotiede* Vol. 18(4), 186–196.

Karjalainen, K., Malmivaara, A., Pohjolainen, T., Hurri, H., Mutanen, P., Rissanen, P., Pahkajärvi, H., Levon, H., Karpoff, H & Roine, R. 2003. Mini-Intervention for Subacute Low Back Pain: A Randomized Controlled Trial. *Spine* 2003, Vol. 28 No. 6, 533–541.

Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Viitattu 5.4.2011. Saatavissa <http://herkules.oulu.fi/isbn9789514284984/isbn9789514284984.pdf>

Larsson, EH M., Nordholm, L A . & Öhrn, I. 2009. Patients' views on responsibility for the management of musculoskeletal disorders – A qualitative study. BMC Musculoskeletal Disorders 2009, 10:103. Viitattu 7.4.2011. Saatavissa <http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pmc/articles/PMC2753559/pdf/1471-2474-10-103.pdf>

Lillefjell, M. 2006. Gender differences in psychosocial influence and rehabilitation outcomes for work-disabled individuals with chronic musculoskeletal pain. Journal of Occupational Rehabilitation 16, 659–674.

Lipponen K, Kanste O, Kyngäs, H & Ukkola L. 2008. The operational preconditions and implementation of patient counselling from staffs view. Sosiaalilääketieteellinen Aikakauslehti 2008, 45, 121–135.

Lipponen, K., Kyngäs, H. & Kääriäinen, M.(toim.) 2006. Potilasohjauksen haasteet - Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006, 1-4, 10-16. Viitattu 24.10.2011. Saatavissa http://www.ppshp.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf

Lönnberg, P & Eloranta, S. 2009. Potilaslähtöisiä innovaatioita ohjauksen toteutukseen Satakunnan ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiireissä. Viitattu 2.11.2011. Saatavissa http://www.vete.fi/Seminaariluennot/PO_Potilaslahtoisia_innovaatioita_ohjauksen_toteutukseen.pdf

Mäkelä, E. A. 2001. Luutumorit. Duodecim 2001. 117(21), 2205-2214. Viitattu 20.4.2011. Saatavissa http://www.duodecimlehti.fi/web/guest/arkisto?p_p_id=dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku&p_p_action=1&p_p_state=maximized&p_p_mode=view&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku__spage=%2Fportlet_action%2Fdlehtihakuartikkeli%2Fviewarticle%2Faction&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_tunnus=duo92586&dlehtihaku_view_article_WAR_dlehtihaku_p_frompage=uusinnumero

Mäkeläinen, P., Vehviläinen-Julkunen, K. & Pietilä A-M. 2008. Rheumatoid arthritis patient education: RA patients' experience. Journal of Clinical Nursing 18, 2058–2065.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY.

Riikola, T. & Varonen, H. 2007. Käden ja kyynärvarren rasitussairaudet. Käypä hoito. Viitattu 20.4.2011. Saatavissa <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/khp00065>

Roberts, C., Adebajo, A O. & Long, S. 2002. Improving the Quality of Care of Musculoskeletal Conditions in Primary Care. Rheumatology 2002, 41, 503–508.

Ryhänen, J. 2007. Napsusormi ja muut käden jännetupittulehdukset. Duodecim 2007, 123, 539–548.

Saarinen, S. 2007. Hoidon laatu päivystyspoliklinikalla potilaan näkökulmasta. Pro gradu – tutkielma. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos. Viitattu 7.4.2011. Saatavissa <http://www.google.fi/search?client=opera&rls=fi&q=http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu02020.pdf&sourceid=opera&ie=utf-8&oe=utf-8&channel=suggest>

Sandbrogh, M., Lindberg, P. & Denison, E. 2008. The Pain Belief Screening Instrument (PBSI): Predictive validity for disability status in persistent musculoskeletal pain. Disability and Rehabilitation, 30(15), 1123 – 1130.

Siekkinen, M. 2008. Tietolähde-keskus ohjaa potilaan kolmannelle sektorille. Sairaanhoidajaliitto. Viitattu 14.11.2011. Saatavissa http://www.sairaanhoidajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoidaja-lehti/12_2008/artikkelit/_tietolahde-keskus_ohjaa_potilaa/

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

Suomen tuki- ja liikuntaelin liitto 2007. Kansallinen TULE-ohjelma. Viitattu 1.2.2011. Saatavissa <http://www.suomentule.fi/KTO.pdf>

Tarkkanen, M. 2011. Luusarkooma (luusyöpä). *Duodecim* 2011. Viitattu 25.10.2011. Saatavissa http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk01075

Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010. Tuli- ja liikuntaelinsairaudet. Viitattu 1.2.2011 Saatavissa http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta/terveys_ja_sairaudet/tuki-ja_liikuntaelinsairaudet

Tulevaisuuden sairaala - Hoitotyön kehittämisprojekti 2009-2015 (Hoi-Pro), Projektisuunnitelma 2011.

van der Waal, J M., Bot, S., Terwee, C B., van der Windt, D AWM., Bouter, L M. & Dekker, J. 2003. Determinants of the clinical course of musculoskeletal complaints in general practice: design of a cohort study. *BMC Musculoskeletal Disorders* 2003, 4:3.

Vihijärvi, S. 2006. Nivelreuma potilaan ohjaus potilaan ja hänen perheensä näkökulmasta. Pro gradu -tutkielma. Tampereen yliopisto, hoitieteen laitos. Viitattu 7.4.2011. Saatavissa <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu01282.pdf>

Välimäki, M., Suhonen, R., Nenonen, H., Tamminen, A. & Viininkoski P. 2002. Potilaan tiedonsaannin kehittäminen – ratkaisu informaatioteknologiasta?. *Suomen Lääkärilehti* 57(46), 4729–4733.

Williams, A M., Kristjanson L J. 2008. Emotional care experienced by hospitalised patients: development and testing of a measurement instrument. *Journal of Clinical Nursing* 17, 1069–1077.

Muokattu SPTT-mittari

SAIRAALAPOTILAAN TIEDON TARVE-MITTARI (SPTT)

ARVIOINTIOHJEET

Seuraavassa Sinulle esitetään väittämiä koskien tuki- ja liikuntaelinpotilaan tiedon tarvetta hänen tullessa sairaalaan hoitoon tai tutkimuksiin.

Arvioi onko yksittäinen väittämä ohjauksen kannalta sisällöllisesti relevantti (olennainen tai keskeinen) (1=potilas ei tarvitse tietoa - 4= potilas tarvitsee paljon tietoa) ja onko se potilaan näkökulmasta selkeästi ymmärrettävä (1=ei selkeä - 2=selkeä).

Väittämien tehtävänä on auttaa potilasta ennen toimenpiteeseen tuloa miettimään ja kirjoittamaan paperille asioita, joista hän haluaisi potilasohjauksessa keskusteltavan.

Vastaa jokaiseen väittämään ympyröimällä omaa näkemystäsi parhaiten vastaava vaihtoehto.

	Tiedon tarve 1= potilas ei tarvitse tietoa 2= potilas tarvitsee jonkin verran tietoa 3 =potilas tarvitsee melko paljon tietoa 4= potilas tarvitsee paljon tietoa				Selkeys 1= ei selkeä 2= selkeä
1. Sairauteeni liittyvistä oireista	1	2	3	4	1 2
2. Milloin minun on syytä ottaa yhteyttä hoitopaikkaan oireiden pahentuessa	1	2	3	4	1 2
3. Minulle tehtävistä tutkimuksista	1	2	3	4	1 2
4. Miten minun pitäisi valmistautua tutkimuksiin	1	2	3	4	1 2
5. Miten saan tietoa tutkimuksen tuloksista	1	2	3	4	1 2
6. Erilaisista hoitovaihtoehdoista	1	2	3	4	1 2
7. Hoitooni liittyvistä mahdollisista komplikaatioista	1	2	3	4	1 2
8 Miten voisin itse estää komplikaatioita	1	2	3	4	1 2
9. Miten voin toimia yksilöllisesti henkilökohtaisten tarpeitteni hoitamiseksi sairaalassa/poliklinikalla	1	2	3	4	1 2
10. Millaista liikuntaa voin harjoittaa	1	2	3	4	1 2
11. Miten paljon minun tulee levätä	1	2	3	4	1 2
12. Millainen on minulle soveltuva	1	2	3	4	1 2

ruokavalio		
13. Milloin voin peseytyä (esim. mennä suihkuun)	1 2 3 4	1 2
14. Miten sairaus tai hoito mahdollisesti vaikuttaa eritystoimintaani (esim. hikoiluun, virtsaamiseen)	1 2 3 4	1 2
15. Mitä sairaus tai hoito mahdollisesti vaikuttaa kotona tapahtuviin järjestelyihin (esim. kotiapu)	1 2 3 4	1 2
16. Mistä saan tarvitsemiani hoidon apuvälineitä (esim. liikkumiseen, haavan hoitoon, syömiseen)	1 2 3 4	1 2
17. Millaisia tunteita sairauteni ja sen hoito mahdollisesti minulle aiheuttaa.	1 2 3 4	1 2
18. Kenen kanssa voin keskustella sairauteni ja sen hoitoon liittyvistä tunteista	1 2 3 4	1 2
19. Miten voin hyödyntää aikaisempia sairaalakokemuksiani nykyisessä hoidossa	1 2 3 4	1 2
20. Miten voin osallistua hoitoani koskevaan päätöksentekoon	1 2 3 4	1 2
21. Miten voin saada hoidon aikana omat toiveeni kuuluville	1 2 3 4	1 2
22. Mitä oikeuksia minulla sairaalassa on	1 2 3 4	1 2
23. Mikä on minun vastuuni hoidon onnistumiseksi	1 2 3 4	1 2
24. Potilasasiamiehen toiminnasta	1 2 3 4	1 2
25. Miten eri hoitooni osallistuvien ammattiryhmien vastualueet on määritelty	1 2 3 4	1 2
26. Miten minua koskevat tiedot pysyvät salassa	1 2 3 4	1 2
27. Kenelle minua koskevia tietoja annetaan	1 2 3 4	1 2
28. Miten voin itse tutustua potilasasiakirjoihini	1 2 3 4	1 2
29. Keneltä läheiseni saavat tietoa sairauteni ja sen hoitoon liittyvistä asioista	1 2 3 4	1 2
30. Miten läheiseni voivat osallistua hoitooni	1 2 3 4	1 2
31. Mistä saan halutessani tukihenkilön sairaalassa olon jälkeen	1 2 3 4	1 2
32. Mistä saan mahdollisesti tarvittavan jatkohoitopaikan	1 2 3 4	1 2
33. Miten voin tavata sairaalapapin/teologin	1 2 3 4	1 2
34. Potilasjärjestön toiminnasta	1 2 3 4	1 2

35. Kuntoutuksesta ja siihen liittyvistä kustannuksista	1	2	3	4	1	2
36. Sairauspäivärahoista	1	2	3	4	1	2
37. Vakuutusasioista	1	2	3	4	1	2
38. Sopeutumisvalmennuskursseista ja niiden kustannuksista	1	2	3	4	1	2
39. Jatkohoidon tai kotona tapahtuvan hoidon kustannuksista	1	2	3	4	1	2
40. Lääkehoidon kustannuksista	1	2	3	4	1	2

Alkuperäinen SPTT-mittari

SAIRAALAPOTILTAAN TIEDON TARVE – MITTARI (SPTT)

ARVIOINTIOHJEET

prosessin kehittäjä

Seuraavassa Simulle esitettään välttämättä koskien ortopedisen potilaan tiedon tarvetta hänen tullessaan sairaalaan hoitoon tai tutkimuksiin.

Arvioi hoitajana onko yksittäinen välttämättä ortopedisen potilaan ohjauksen kannalta sisällöllisesti relevantti (1=ei ole asiaankuuluvaa - 4=on asiaankuuluvaa) ja onko se potilaan näkökulmasta selkeästi ymmärrettävä (1=ei ole selkeä - 4=selkeä).

Välittämien tehtävänä on auttaa potilasta ennen ortopediseen toimenpiteeseen tuloa miettimään ja kirjoittamaan paperille asioita, joista hän haluaisi potilasohjauksessa keskusteltavan.

Vastaa jokaiseen välttämättä ympyröimällä omaa näkemystäsi parhaan vastaava vaihtoehto.

	Asiantuntijuus 1=asiiantuntijamaton 4=asiiantuntijava	Selkeys 1=ei selkeä 4=selkeä
1. Sairauteen liittyviä oireita	1 2 3 4	1 2 3 4
2. Millöin minun on syytä ottaa yhteyttä hoitopiikkiin oireiden pihenturussa	1 2 3 4	1 2 3 4
3. Minulle tehtäviä tutkimuksia	1 2 3 4	1 2 3 4
4. Mikin minun pitäisi valinnasautua tutkimuksiin	1 2 3 4	1 2 3 4
5. Mikin saan tietää tutkimuksen tuloksista	1 2 3 4	1 2 3 4
6. Ehtlissaista hoitovaihtoehtolista	1 2 3 4	1 2 3 4
7. Hoitoon liittyviä mahdollisista komplikaatioista	1 2 3 4	1 2 3 4
8. Mikin voisin itse esätä komplikaatioita	1 2 3 4	1 2 3 4
9. Mikin voin toimia yksilöllisesti henkilökohtaisen tarpeitteni hoitamiseksi sairaalassa/polikliinikalla	1 2 3 4	1 2 3 4
10. Millaista liikuntaa voin harjoittaa	1 2 3 4	1 2 3 4
11. Mikin paljon minun tulee levätä	1 2 3 4	1 2 3 4
12. Millainen on minulle soveltuva ruokavalio	1 2 3 4	1 2 3 4
13. Millöin voin peeytyä (esim. mennä suihkuun)	1 2 3 4	1 2 3 4
14. Mikin sairaus tai hoito mahdollisesti vaikuttaa erityisominaisuuksiini (esim. hikiotuu, viitsaaminen)	1 2 3 4	1 2 3 4
15. Mitä sairaus tai hoito mahdollisesti vaikuttaa kotona tapahtuviin järjestelyihin (esim. kotilapso)	1 2 3 4	1 2 3 4
16. Mitä saan tarvitseniäni hoidon apuvälineitä (esim. liikkumiseen, haavain hoitoon, syömiseen)	1 2 3 4	1 2 3 4

© Laitonen-Kilpi, Salonen, Heilä 2003. Terveystieteiden tutkimuskeskus

	Asiantuntijuus 1=asiiantuntijamaton 4=asiiantuntijava	Selkeys 1=ei selkeä 4=selkeä
17. Minkälaisia tunteita sairauteeni ja sen hoito mahdollisesti minulle aiheuttaa	1 2 3 4	1 2 3 4
18. Komen kanssa voin keskustella sairauteeni ja sen hoitoon liittyvistä tunteista	1 2 3 4	1 2 3 4
19. Mikin voin pyödyntää aikaisempia sairaalakohteeni nykyisessä hoitossa	1 2 3 4	1 2 3 4
20. Mikin voin osallistua hoitooni koskevaan päätöskeskusteluun	1 2 3 4	1 2 3 4
21. Mikin voin saada hoidon aikana omat toiveeni kuultuiksi	1 2 3 4	1 2 3 4
22. Mitä oikeuksia minulla sairaalassa on	1 2 3 4	1 2 3 4
23. Mitä on oma vastuu hoidon onnistumisesta	1 2 3 4	1 2 3 4
24. Potilassienien toiminnassa	1 2 3 4	1 2 3 4
25. Mikin eri hoitoon osallistuvien ammattiryhmien vastuualueet on määritelty	1 2 3 4	1 2 3 4
26. Mikin minua koskevat tiedot pysyvät salassa	1 2 3 4	1 2 3 4
27. Kenelle minua koskevia tietoja annetaan	1 2 3 4	1 2 3 4
28. Mikin voin itse tutustua potilassietoihini	1 2 3 4	1 2 3 4
29. Kenellä läheiseni saavat tietoa sairauteeni ja sen hoitoon liittyvistä asioista	1 2 3 4	1 2 3 4
30. Mikin läheiseni voivat osallistua hoitooni	1 2 3 4	1 2 3 4
31. Mitä saan halutessani läheiseni sairaalassa olon jälkeen	1 2 3 4	1 2 3 4
32. Mitä saan mahdollisesti tarvittavan jatkohoitoaikani	1 2 3 4	1 2 3 4
33. Mikin voin tavata sairaalalääkärit/-eoloojin	1 2 3 4	1 2 3 4
34. Potilassienien toiminnassa	1 2 3 4	1 2 3 4
35. Kuntoutukseni ja siihen liittyvistä kustannuksista	1 2 3 4	1 2 3 4
36. Sairaustietojen hallinta	1 2 3 4	1 2 3 4
37. Vakutusasioista	1 2 3 4	1 2 3 4
38. Sopimusten noudattaminen	1 2 3 4	1 2 3 4
39. Jatkohoidon tai kotona tapahtuvan hoidon kustannuksista	1 2 3 4	1 2 3 4
40. Lääkehoidon kustannuksista	1 2 3 4	1 2 3 4

© Laitonen-Kilpi, Salonen, Heilä 2003. Terveystieteiden tutkimuskeskus

SPTT-mittarin käyttö lupa

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

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

SPTT-mittaria tullaan käyttämään seuraavissa opinnäytetöissä (AMK):

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

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

Turussa 17.2.2011

Helena Leino-Kilpi
Professori

Saatekirje tutkimukseen osallistujalle

Opinnäytetyömme tutkimus on osa Hoi-Pro kehittämisprojektia, joka on VSSH:n ja Turun AMK:n yhteinen hoitotyön kehittämisprojekti. Projektin tarkoituksena on tukea VSSH:ä sen siirtyessä uuteen toimialuekohtaiseen toimintamalliin sekä tutustuttaa opiskelijoita tähän uuteen toimintamalliin ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin. Vastauksienne avulla voidaan kehittää työväline helpottamaan tules-potilaiden päivittäistä hoitotyötä.

Tämän opinnäytetyön osuus Hoi-Pro kehittämisprojektiin on tuki- ja liikuntaelin sairaiden potilaiden tiedon tarve tulevilla tules-toimialueella (ei ortopedia). Potilaskohderyhmään kuuluvat trauma-, käsi- sekä luukasvainpotilaat. Tehtävänä on testata sairaalapotilaan tiedon tarve mittaria (SPTT-mittari) traumatologian osaston 214 sekä kirurgian poliklinikan 221 hoitohenkilökunnalla. Kysely on tarkoitettu traumatologian osaston 214 sairaanhoitajille sekä kirurgian poliklinikan 221 sairaanhoitajille, jotka osallistuvat trauma-, käsi-, ja luukasvainpotilaiden hoitoon. Hoitohenkilökunnalta saatujen vastausten avulla pyrimme selvittämään mittarin kehittämismahdollisuuksia sekä millainen tiedontarve tules-potilasryhmällä on ja millainen tilanne on tällä hetkellä. Antamanne tieto on tärkeää, tulevaisuuden potilasohjausta ajatellen.

Tutkimuksen vastausaika on 1.9.–15.9.2011. Tänä aikana osastollanne on suljettu palautuslaatikko, johon voitte kyselylomakkeenne palautta.

Lomakkeessa on neljäkymmentä (40) kohtaa, joissa jokaisessa arvioidaan potilaan tiedontarvetta asteikolla 1-4 sekä kysymyksen selkeyttä asteikolla 1-2. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti ja anonyymisti sekä kenenkään vastaukset eivät erotu tuloksia raportoidessa. Vastauslomakkeet hävitetään tutkimuksen loputtua polttamalla. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista, mutta oleellista on että saamme vastauksia jotta mittaria voidaan tulevaisuudessa käyttää Tules-potilaiden hoidossa.

Opinnäytetyön ohjaajana toimii yliopettaja TtT Tiina Nurmela (tiina.nurmela@turkuamk.fi tai p. 02 263 355 13). Valmis opinnäytetyö tuloksineen toimitetaan osastollenne joulukuussa 2011.

Terveisin

Anda Apostol, Elina Eskola ja Sanna Halme

Mahdolliset yhteydenotot:

Elina Eskola
Turun AMK Ruiskatu
Hoitotyön koulutusohjelma
Ruiskatu 8
20720 Turku
elina.eskola@students.turkuamk.fi

Taustatietolomake

SPTT-mittarin testaus tulevalla tules-toimialueella – taustatietolomake

Teidän tulisi täyttää myös taustatietolomake SPTT-mittarin lisäksi, jotta voimme arvioida tuloksia syvällisemmin, mikä puolestaan lisää tulosten luotettavuutta. Valitkaa Teitä sopivimmin kuvaava vaihtoehto ympyröimällä.

Osasto jossa työskentelette

1. Traumatologian osasto 214
2. Kirurgian poliklinikka 221

Tämä kysymys koskettaa vain kirurgian poliklinikalla 221 työskenteleviä. Ympyröikää kaikki itseänne koskevat vaihtoehdot. Mitä seuraavista potilaista hoidatte työssänne:

1. Luutumori potilaita
2. Käsikirurgisia potilaita
3. Traumapotilaita

Sukupuoli

1. Nainen
2. Mies

Ikä _____ vuotta

Työkokemus tuki- ja liikuntaelin potilaiden parissa _____ vuotta

Työkokemus sosiaali- ja terveydenhuollon alalla _____ vuotta

Työsuhde

1. virka
2. sijaisuus

Koulutustaso

1. Ylempi AMK- tutkinto
2. Alempi AMK-tutkinto
3. Opistotason koulutus
4. Täydennyskoulutus
5. Maisterin-tutkinto
6. Muu; Mikä _____ -

Tutkimuslupa

VARSINAIS-SUOMEN SAIRAANHOITOPUORI
EGENTLIGA FINLANDS SJUKVÅRDSDISTRIKT

HOITOTYÖN TUTKIMUS- JA OPINNÄYTETYÖ

Nro 45/2011

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

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

Uusi tutkimus

Jatko/Muutos lupaan

TUTKIMUSLUVAN HAKIJA/HAKIJAT	Nimi/nimet: Anda Apostol, Elina Eskola ja Sanna Halme
Opiskelu- tai työpaikka	Turun Ammattikorkeakoulu, Sosiaali- ja terveysala, hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö	<input type="checkbox"/> Väitöskirja <input type="checkbox"/> Pro gradu <input checked="" type="checkbox"/> Opinnäytetyö/AMK <input type="checkbox"/> muu, mikä? _____ <input type="checkbox"/> Lisensiaattityö <input type="checkbox"/> Ylempi AMK
TUTKIMUKSEN/OPINNÄYTETYÖN TIIVISTETTY KUVAUS (mm. tutkimuksen nimi, päätaivoitteet, menetelmät, aineisto, tutkimuksen suorituspaikka, tutkimuksen merkitys)	Tutkimuksen nimi on Tuki- ja liikuntaelin potilaiden (ei ortopedia) tiedon tarve kysely henkilökunnalle - SPTT-mittarin testaus. Tutkimuksen tavoitteena on selvittää tules-potilaiden tiedon tarvetta hoitohenkilökunnan näkökulmasta mittarin avulla ja tämän pohjalta luoda työväline ja kehittää sitä tules-potilaiden tiedontarpeen arviointiin. Tutkimuksessa on kvantitatiivinen lähestymistapa ja toteutamme sen survey-kyselynä. Aineisto kerätään traumatologian osaston 214 sekä kirurgian poliklinikan 221 sairaanhoitajilta. Tarkoitus on että kyselylomakkeet tuodaan osastoille sairaanhoitajien täytettäväksi, jonka jälkeen lomakkeet palautetaan osastoilla oleviin suljettuihin laatikoihin ja opinnäytetyöntekijät hakevat ne pois sovituna aikana. Tämän jälkeen tulokset syötetään PASW tilasto-ohjelmaan ja analysoidaan. Näkökulmana toimii henkilökunnan arvio siitä miten mittari toimii tules-potilaiden käytössä, mikä taas tuo aiheeseen uudenlaisen keinon arvioida mittarin toimivuutta ja kehittää sitä.
Tutkimussuunnitelma erillisenä liitteenä (max. 5 s.)	Tutkimussuunnitelma liitteenä on hakemuksen liitteenä
TUTKIMUKSEN OHJAAJA(T)	11.5.2011 <i>Tiina Nurmela</i> allekirjoitus/nimen selvennys TIINA NURMELA Tiina.nurmela@turkuamk.fi
YHTEYSTIEDOT	
SITOUMUS JA JULKAISULUPA	Sitoudun noudattamaan hyvää tutkimuskäytäntöä, sairaalan yleisiä sääntöjä sekä vaihtolovelvollisuutta (http://www.vsshp.fi/fi/tutkimus/1071 , www.turkucrc.fi). 16.5.2011 <i>Elina Eskola</i> hakijan allekirjoitus/nimen selvennys 16.5.2011 <i>Anda Apostol</i> hakijan allekirjoitus/nimen selvennys 16.5.2011 <i>Sanna Halme</i> hakijan allekirjoitus/nimen selvennys
YLIHOITAJAN LAUSUNTO JA YHDYSHENKILÖN NIMEÄMINEN VSSHP:ssä	Klinikan/yksikön kehittämishanke, johon opinnäytetyö/tutkimus liittyy: POTILASOHJELMAN KEHITTÄMINEN Yhdyshenkilö/virkan/toimen nimike: OH PAULA VAINIKAINEN (ortopedian & traumatologian kl.) (yh nimeää) OH SAUKKA LINDÖLÖN (KIR.PKL) Puollan <input checked="" type="checkbox"/> En puolla <input type="checkbox"/> Ylihoitaja(t) 19.5.2011 <i>Tuula Lehto</i> allekirjoitus/nimen selvennys 18.15.2011 <i>Elina Eskola</i> allekirjoitus/nimen selvennys
HOITOTYÖN ASIAANTUNTIJARYHMÄN LAUSUNTO	<input checked="" type="checkbox"/> Lupaa puolletaan <input type="checkbox"/> Ei puolleta, Perustelu (tarv. liitteenä) <input type="checkbox"/> Pyydetään lähettämään eettiselle toimikunnalle 21.6.2011 <i>Arja Klaukka</i> allekirjoitus/nimen selvennös <input type="checkbox"/> Pyydetään lisäselvityksiä: _____
EETTINEN TOIMIKUNTA	Eettisen toimikunnan lausunto saatu (liitteenä) _____
TUTKIMUSLUVAN MYÖNTÄMINEN	<input checked="" type="checkbox"/> Myönnetty <input type="checkbox"/> Ei myönnetty 10.6.2011 <i>Tuula Lehto</i> allekirjoitus/nimen selvennys 10.6.2011 <i>Merkko Junturi</i> allekirjoitus/nimen selvennys VSSHP:n/sairaalan nimen saa julkaista tutkimusraportissa/opinnäytetyössä Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Haluan nähdä tutkimusraportin/opinnäytetyön ennen julkaisuluvan antoa Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>
	Päätös annettu tiedoksi hakijalle _____ Päätöksen antoi _____

Toimeksiantosopimus



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

1

OPISKELIJAN TIEDOT

Nimi Elina Eskola ja Anda Apostol ja Sanna Halme

Osoite Kivilinnankatu 6 A 9, 20240 Turku

Puhelin koti 0400 698205 Puhelin työ

Sähköposti elina.eskola@students.turkuamk.fi

Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma

OPINNÄYTETYÖ

Aihe/ työnimi

SPTT- mittarin testaus tulevalla Tules-toimialueella (ei ortopedia) (TYKS) (Kysely: hoitohenkilökunta)

Aikataulu 1.1.2011 - 20.12.2011

TOIMEKSIANTAJA

Organisaatio Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri/ HOI-PRO-hanke

Työn ohjaaja / yhteyshenkilö TtT Sini Eloranta / (TtT Liisa Iire)

Osoite VSSHP, Hoitotyön toimisto, Hämeentie 11, PL 52, 20521 Turku

Puhelin Sähköposti sini.eloranta@tyks.fi

OHJAAVAN OPETTAJAN YHTEYSTIEDOT

Ohjaava opettaja Yliopettaja, TtT, Tiina Nurmela

Puhelin 044 9075476 Sähköposti tiina.nurmela@turkuamk.fi

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



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

2

OPINNÄYTETYÖN SOPIMUSEHDOT

OHJAUS JA VASTUUT

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

OIKEUDET

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

TULOSTEN JULKISTAMINEN JA LUOTTAMUKSELLISUUS

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

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

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

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

TYÖSUHDE JA KUSTANNUKSET

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

OLEMME YHTEISESTI SOPINEET OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUKSESTA YLLÄ ESITETYLLÄ TAVALLA

___/___/20___

Taina Nurmela

Opiskelijajaiden puolesta

21/5/2011

Heikki Korvenranta

Toimeksiantaja HEIKKI KORVENRANTA

LIITE : OPINNÄYTETYÖSUUNNITELMA

Tulosta lomake

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

Potilaiden tiedon tarve

TIEDON TARVE	Potilas ei tarvitse tietoa		Potilas tarvitsee jonkin verran tietoa		Potilas tarvitsee melko paljon tietoa		Potilas tarvitsee paljon tietoa	
	f	f%	f	f%	f	f%	f	f%
1. Sairauteeni liittyvistä oireista	0	0 %	1	4 %	8	35 %	14	61 %
2. Milloin minun on syytä ottaa yhteyttä hoitopaikkaan oireiden pahentuessa	0	0 %	3	13 %	5	21 %	16	67 %
3. Minulle tehtävistä tutkimuksista	0	0 %	2	8 %	10	42 %	12	50 %
4. Miten minun pitäisi valmistautua tutkimuksiin	0	0 %	2	8 %	5	21 %	17	71 %
5. Miten saan tietoa tutkimuksen tuloksista	0	0 %	2	8 %	9	38 %	13	54 %
6. Erilaisista hoitovaihtoehdoista	0	0 %	6	25 %	14	58 %	4	17 %
7. Hoitooni liittyvistä mahdollisista komplikaatioista	0	0 %	4	17 %	14	58 %	6	25 %
8. Miten voisin itse estää komplikaatioita	0	0 %	2	8 %	11	46 %	11	46 %
9. Miten voin toimia yksilöllisesti henkilökohtaisten tarpeitteni hoitamiseksi sairaalassa/poliklinikalla	1	4 %	9	39 %	11	48 %	2	9 %
10. Millaista liikuntaa voin harjoittaa	0	0 %	1	4 %	14	58 %	9	38 %
11. Miten paljon minun tulee levätä	2	8 %	3	13 %	13	54 %	6	25 %
12. Millainen on minulle soveltuva ruokavalio	2	8 %	9	38 %	12	50 %	1	4 %
13. Milloin voin peseytyä (esim. mennä suihkuun)	1	4 %	1	4 %	15	63 %	7	29 %
14. Miten sairaus tai hoito mahdollisesti vaikuttaa erityistoimintaani (esim. hikoiluun, virtsaamiseen)	2	8 %	6	25 %	12	50 %	4	17 %
15. Mitä sairaus tai hoito mahdollisesti vaikuttaa kotona tapahtuviin järjestelyihin (esim. kotiapu)	0	0 %	2	8 %	8	33 %	14	58 %
16. Mistä saan tarvitsemiani hoidon apuvälineitä (esim. liikkumiseen, haavan hoitoon, syömiseen)	0	0 %	1	4 %	10	42 %	13	54 %

17. Millaisia tunteita sairauteni ja sen hoito mahdollisesti minulle aiheuttaa	2	9 %	13	57 %	6	26 %	2	9 %
18. Kenen kanssa voin keskustella sairauteni ja sen hoitoon liittyvistä tunteista	1	4 %	9	38 %	11	46 %	3	13 %
19. Miten voin hyödyntää aikaisempia sairaalakokemuksiani nykyisessä hoidossa	4	17 %	11	46 %	7	29 %	2	8 %
20. Miten voin osallistua hoitoani koskevaan päätöksentekoon	1	4 %	4	17 %	15	63 %	4	17 %
21. Miten voin saada hoidon aikana omat toiveeni kuuluville	0	0 %	7	29 %	13	54 %	4	17 %
22. Mitä oikeuksia minulla sairaalassa on	1	4 %	3	13 %	16	67 %	4	17 %
23. Mikä on minun vastuuni hoidon onnistumiseksi	1	4 %	1	4 %	8	33 %	14	58 %
24. Potilasasiamiehen toiminnasta	1	4 %	15	65 %	4	17 %	3	13 %
25. Miten eri hoitooni osallistuvien ammattiryhmien vastualueet on määritelty	6	25 %	13	54 %	5	21 %	0	0 %
26. Miten minua koskevat tiedot pysyvät salassa	1	4 %	13	54 %	7	29 %	3	13 %
27. Kenelle minua koskevia tietoja annetaan	1	4 %	10	42 %	7	29 %	6	25 %
28. Miten voin itse tutustua potilasasiakirjoihini	2	8 %	12	50 %	6	25 %	4	17 %
29. Keneltä läheiseni saavat tietoa sairauteni ja sen hoitoon liittyvistä asioista	0	0 %	9	38 %	13	54 %	2	8 %
30. Miten läheiseni voivat osallistua hoitooni	0	0 %	6	25 %	14	58 %	4	17 %
31. Mistä saan halutessani tukihenkilön sairaalassa olon jälkeen	2	9 %	12	52 %	7	30 %	2	9 %
32. Mistä saan mahdollisesti tarvittavan jatkohoitopaikan	1	4 %	4	17 %	11	46 %	8	33 %
33. Miten voin tavata sairaalapapin/teologin	1	4 %	14	58 %	7	29 %	2	8 %
34. Potilasjärjestön toiminnasta	5	21 %	14	58 %	4	17 %	1	4 %
35. Kuntoutuksesta ja siihen liittyvistä kustannuksista	2	8 %	11	46 %	6	25 %	5	21 %
36. Sairauspäivärahoista	1	4 %	13	54 %	5	21 %	5	21 %

37. Vakuutusasioista	2	8 %	11	46 %	5	21 %	6	25 %
38. Sopeutumisvalmennuskursseista ja niiden kustannuksista	6	25 %	13	54 %	4	17 %	1	4 %
39. Jatkohoidon tai kotona tapahtuvan hoidon kustannuksista	5	21 %	12	50 %	5	21 %	2	8 %
40. Lääkehoidon kustannuksista	3	13 %	9	38 %	10	42 %	2	8 %

Väittämien selkeys

SELKEYS	Ei selkeä		Selkeä	
	f	f%	f	f%
1.Sairauteeni liittyvistä oireista	1	5 %	19	95 %
2.Milloin minun on syytä ottaa yhteyttä hoitopaikkaan oireiden pahentuessa	2	10 %	18	90 %
3.Minulle tehtävistä tutkimuksista	2	10 %	18	90 %
4.Miten minun pitäisi valmistautua tutkimuksiin	1	5 %	19	95 %
5.Miten saan tietoa tutkimuksen tuloksista	3	15 %	17	85 %
6.Erilaisista hoitovaihtoehdoista	3	15 %	17	85 %
7.Hoitooni liittyvistä mahdollisista komplikaatioista	3	15 %	17	85 %
8.Miten voisin itse estää komplikaatioita	2	10 %	18	90 %
9.Miten voin toimia yksilöllisesti henkilökohtaisten tarpeitteni hoitamiseksi sairaalassa/poliklinikalla	10	50 %	10	50 %
10.Millaista liikuntaa voin harjoittaa	2	10 %	18	90 %
11.Miten paljon minun tulee levätä	4	20 %	16	80 %
12.Millainen on minulle soveltuva ruokavalio	4	21 %	15	79 %
13.Milloin voin peseytyä (esim. mennä suihkuun)	3	15 %	17	85 %
14.Miten sairaus tai hoito mahdollisesti vaikuttaa eritystoimintaani (esim. hikoiluun, virtsaamiseen)	3	15 %	17	85 %
15.Mitä sairaus tai hoito mahdollisesti vaikuttaa kotona tapahtuviin järjestelyihin (esim. kotiapu)	0	0 %	19	100 %
16.Mistä saan tarvitsemiäni hoidon apuvälineitä (esim. liikkumiseen, haavan hoitoon, syömiseen)	2	10 %	18	90 %
17.Millaisia tunteita sairauteni ja sen hoito mahdollisesti minulle aiheuttaa	10	50 %	10	50 %
18.Kenen kanssa voin keskustella sairauteeni ja sen hoitoon liittyvistä tunteista	7	35 %	13	65 %
19.Miten voin hyödyntää aikaisempia sairaalakokemuksiani nykyisessä hoidossa	8	40 %	12	60 %
20.Miten voin osallistua hoitoani koskevaan päätöksentekoon	6	30 %	14	70 %

21.Miten voin saada hoidon aikana omat toiveeni kuuluville	3	15 %	17	85 %
22.Mitä oikeuksia minulla sairaalassa on	4	20 %	16	80 %
23.Mikä on minun vastuuni hoidon onnistumiseksi	3	15 %	17	85 %
24.Potilasasiamiehen toiminnasta	4	20 %	16	80 %
25.Miten eri hoitooni osallistuvien ammattiryhmien vastualueet on määriteltä	10	50 %	10	50 %
26.Miten minua koskevat tiedot pysyvät salassa	6	30 %	14	70 %
27.Kenelle minua koskevia tietoja annetaan	5	25 %	15	75 %
28.Miten voin itse tutustua potilasasiakirjoihini	5	25 %	15	75 %
29.Keneltä läheiseni saavat tietoa sairauteeni ja sen hoitoon liittyvistä asioista	4	20 %	16	80 %
30.Miten läheiseni voivat osallistua hoitooni	4	20 %	16	80 %
31.Mistä saan halutessani tukihenkilön sairaalassa olon jälkeen	11	55 %	9	45 %
32.Mistä saan mahdollisesti tarvittavan jatkohoitopaikan	3	15 %	17	85 %
33.Miten voin tavata sairaalapapin/teologin	3	15 %	17	85 %
34.Potilasjärjestön toiminnasta	5	25 %	15	75 %
35.Kuntoutuksesta ja siihen liittyvistä kustannuksista	4	20 %	16	80 %
36.Sairauspäivärahoista	3	15 %	17	85 %
37.Vakuutusasioista	4	20 %	16	80 %
38.Sopeutumisvalmennuskursseista ja niiden kustannuksista	4	20 %	16	80 %
39.Jatkohoidon tai kotona tapahtuvan hoidon kustannuksista	3	15 %	17	85 %
40.Lääkehoidon kustannuksista	4	20 %	16	80 %