

POTILAIKEN KOKEMUKSIA SAADUSTA POTILAS- OHJAUKSESTA ENNEN JA JÄLKEEN LEIKKAUKSEN



Hanna Laukkarinen

Anni Oikari

Jarno Pirkkalainen

Opinnäytetyö, syksy 2012

Diakonia-ammattikorkeakoulu,

Diak Itä, Pieksämäki

Hoitotyön koulutusohjelma

Sairaanhoitaja (AMK)

TIIVISTELMÄ

Laukkarinen, Hanna, Oikari, Anni ja Pirkkalainen, Jarno. Potilaiden kokemuksia saadusta potilasohjauksesta ennen ja jälkeen leikkauksen. Pieksämäki, syksy 2012, s. 53, 2 liitettä. Diakonia-ammattikorkeakoulu, Diak Itä Pieksämäki. Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja (AMK).

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa elektiivisiin leikkauksiin tulevien potilaiden saamaa potilasohjausta ennen ja jälkeen leikkauksen Keski-Suomen keskussairaalan kirurgian eri osastoilla. Tavoitteena oli selvittää mahdolliset kehittämistarpeet potilasohjauksessa. Kohderyhmänä olivat kaikenikäiset Keski-Suomen keskussairaalan kuuden eri kirurgisen vuodeosaston elektiiviset leikkauspotilaat. Tutkimus toteutettiin kvantitatiivisella tutkimustavalla. Kyselylomakkeena käytimme Maria Kääriäisen väitöskirjan ”Potilasohjauksen laatu, hypoteettisen mallin kehittäminen” valmista potilasohjauksen laatu -mittaria, josta muokkasimme version omaan tutkimukseemme sopivaksi. Kyselyyn vastasi yhteensä 57 (N=57) potilasta. Kysely toteutettiin Webropol-työkalun avulla ja saadut tulokset analysoitiin SPSS-menetelmällä.

Tutkimustulosten mukaan potilaat olivat kokonaisuudessaan tyytyväisiä saamaansa ohjaukseen ja sen riittävyys. Potilaiden kokemusten mukaan ohjaus oli kokonaisvaltaista ja sen vaikutukset olivat positiivisia monella eri elämän osa-alueella. Potilaat jäivät kaipaamaan hoitajilta enemmän aikaa ohjauksen toteuttamiseen. Lisäksi potilaat olivat epävarmoja omaistensa tai puolisonsa asemasta potilasohjauksen toteutuksessa.

Tulosten perusteella voidaan sanoa, että suurimmaksi haasteeksi nousee jatkossa riittävän ajan järjestäminen hoitajille potilasohjauksen toteutukseen. Hoitajien tulee myös kiinnittää enemmän huomiota potilaiden omaisiin/puoliso-ohjauksen toteuttamisessa. Tutkimuksen tuloksia voidaan käyttää kehitettäessä uusia toimivampia potilasohjausmalleja Keski-Suomen keskussairaalan kirurgian eri osastoilla.

Asiasanat: ohjaus, potilasohjaus, kirurginen potilas, kvantitatiivinen tutkimus

ABSTRACT

Laukkarinen, Hanna; Oikari, Anni and Pirkkalainen, Jarno. Patients' experiences regarding patient guidance gathered before and after surgery. p.53, 2 appendices. Language: Finnish. Diaconia- University of Applied Sciences, Diak East, Pieksämäki, autumn 2012. Degree Programme in Nursing, Registered nurse.

The aim of this study was to survey elective surgery patients regarding their patient counseling before and after surgery in different surgical wards in Central Finland's main hospital. Our main objective was to identify the developmental needs of the patient counseling. The target group of our study was all elective surgery patients throughout the six different surgical wards in Central Finland's main hospital of various ages. The study was made using a quantitative research method. The questionnaire we used was taken directly from Maria Kääriäinen's dissertation: "The quality of counseling: the development of a hypothetical model". 57 individuals were surveyed for our questionnaire (N=57). The inquiry was executed using a Webropol-internet tool and the results of the study were analyzed using the SPSS-method.

According to the results of the study, it can be said that the patients were satisfied with the quality, level, and sufficiency of patient counseling received. According to the patients' own experiences, the care was thorough and its effects were positive in many different aspects of life. That being said, the patients would have hoped for more time and guidance from the nurses. In addition, they were uncertain about relatives or spouse position of the patient counseling realization.

It can also be said that that the biggest challenge in the future will be in allocating adequate time for nurses to do their counseling. Care personnel should also pay more attention to patients' respective / spouse when they do patient counseling. The results of the study can also be used for developing newer and better working patient counseling types for different surgical wards in Central Finland's main hospital.

Keywords: counseling, patient counseling, surgical patient, quantitative research.

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	5
2 POTILASOHJAUS	6
2.1 Ohjauksen määrittelyä	7
2.2 Potilasohjauksen etiikka	7
2.3 Vuorovaikutustilanteet potilasohjauksessa	8
3 KIRURGISEN POTILAAN OHJAUS	9
3.1 Pre- ja postoperatiivinen ohjaus	10
3.2 Potilasohjauksen toteuttaminen	11
3.3 Potilasohjauksen menetelmät.....	11
4 POTILASOHJAUKSEN LAATU JA VAIKUTTAVUUS	13
5 POTILASOHJAUS VAIKUTTAVAKSI -PROJEKTI	15
6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMA	16
7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS	17
7.1 Tutkimuksen esijärjestelyt.....	17
7.2 Tutkimuksen kohderyhmä	18
7.3 Tutkimusmenetelmä	18
7.4 Kyselylomake ja aineiston keruu.....	19
7.5 Tutkimusaineiston analyysi	21
8 TUTKIMUKSEN TULOKSET	22
8.1 Vastaajien taustatietoja	22
8.2 Potilasohjauksen resurssit	24
8.3 Potilasohjauksen riittävyys	26
8.4 Potilasohjauksen toteutus	28
8.5 Potilasohjauksen vaikutukset.....	32
9 NYKYPÄIVÄN POTILASOHJAUS AIEMPIEN TUTKIMUSTEN VALOSSA	36
9.1 Potilasohjauksen toteutus tutkimuksen perusteella	36
9.2 Potilasohjauksen riittävyys ja resurssit vastaajien kokemana	37
9.3 Potilasohjauksen kehittäminen	38
9.4 Johtopäätökset ja potilasohjaus tulevaisuudessa	39
10 TUTKIMUKSEN EETTISET NÄKÖKULMAT	40
10.1 Tutkimuksen luotettavuus.....	41

10.2 Mittarin validiteetti ja reliabiliteetti.....	42
11 OPINNÄYTETYÖPROSESSI	43
LÄHTEET	46
LIITE 1: Sopimus potilasohjauksen laatu -mittarista ja sen käytöstä	49
LIITE 2: Saatekirje.....	52

1 JOHDANTO

Terveysthuollossa asiakkuus merkitsee hoitokontakteja sekä perusterveydenhuollon että erikoissairaanhoidon puolella, minkä vuoksi yhteisen asiakkaan hoidon ja ohjauksen jatkuvuus tulee turvata (Lipponen, Ukkola, Kanste & Kyngäs 2008, 1 a). Viime vuosina lyhytkirurginen hoitotoiminta on lisääntynyt ja muuttunut asiakkaiden vaatimusten, teknologian kehittymisen sekä kustannussäästöjen myötä (Rauhasalo 2003, 11). Hoitoajat sairaalassa lyhenevät ja potilaat kotiutuvat sairaalasta entistä nopeammin, jolloin ohjaukseen käytettävää aikaa on entistä vähemmän. Potilasohjauksen toimintamallien kehittämistä voidaan pitää ajankohtaisena haasteena, minkä avulla voidaan vaikuttaa ohjauksen tuloksellisuuteen sekä toimivuuteen. (Lipponen ym. 2008, 1 a.)

Hoitotyössä ohjauksella on keskeinen osa potilaiden hoidossa ja jokaisen hoitajan tehtäviin kuuluu potilaiden ohjaaminen. Ohjausta toteutetaan suunnitelmallisesti erilaisissa ohjaustilanteissa osana potilaan muuta hoitoa tai hoitotoimenpiteitä. Ohjauksella pyritään tukemaan potilaan omia voimavaroja, kannustetaan häntä ottamaan vastuuta omasta terveydestään sekä hoitamaan itseään mahdollisimman hyvin. Hyvän ohjauksen tavoitteena on vahvistaa potilaan kotona selviytymistä sekä vähentää hänen yhteydenottojaan hoitojakson jälkeen. Onnistunut ohjaus vaatii hoitajalta sekä potilaalta tavoitteellisuutta ja aktiivisuutta. (Kyngäs, ym. 2007, 5, 37.)

Opinnäytetyömme aihe sai alkunsa, kun otimme yhteyttä Keski-Suomen keskussairaalan kirurgian ylihoitajaan. Kysyimme, olisiko hänellä tarjota meille opinnäytetyön aihetta, koska koulumme opinnäytetyötorilla ei ollut tarjolla mitään meitä kiinnostavaa. Ylihoitaja ehdotti meille monia eri aiheita Keski-Suomen keskussairaalassa käynnissä olevista projekteista, joista mielenkiintomme kohdistui ”Potilasohjaus vaikuttavaksi - projektiin”. Kyseisen projektin valinta perustui mahdollisuudelle osallistua potilasohjauksen kehittämiseen sekä mielenkiinnolle kirurgista hoitotyötä kohtaan, mitä projekti kosketti. Projektin tarkoituksena oli pyrkimys purkaa potilasohjauksen päällekkäisyyksiä ja sopia jokaisen tason (koko hoitoketjun) potilasohjauksen tavoitteet ja kriteerit sekä kehittää ja lisätä potilasohjauksen vaikuttavuutta sekä luoda sairaanhoitopiirin ja hoitotyön strategian mukainen hyvä ja laadukas potilasohjauksen malli. (Raappana 2011, 3,5.) Halusimme ottaa osaa kyseiseen projektiin selvittämällä valmiin kyselytutkimuksen

avulla, millaista potilasohjausta kirurgiset elektiiviseen leikkaukseen tulevat potilaat ovat kokeneet saaneensa ennen leikkausta ja leikkauksen jälkeen kirurgisella osastolla. Selvitimme lisäksi millaista ohjausta he toivoisivat saavansa hoitohenkilökunnalta. Toitimme kyselytutkimuksen keväällä 2012.

Tutkimuksemme myötä saimme paljon konkreettista tietoa siitä, millaista ohjausta kirurgiset potilaat saivat ja mitä he ohjaukselta odottivat. Tutkimustulosten perusteella voitiin tehdä johtopäätöksiä potilaiden saaman ohjauksen vaikuttavuudesta. Näihin asioihin voimme sairaanhoitajina kiinnittää huomiota ja kehittää itseämme potilasohjauksessa, joka on hyvin oleellisessa osassa hoitotyön eri osa-alueilla. Myös ajankohtaiset ja hyvät potilasohjauksen mallit ovat ensiarvoisen tärkeitä työvälineitä, jotka helpottavat sairaanhoitajan työskentelyä käytännössä, antaen johdonmukaisuutta ja selkeyttä toteutettaviin ohjaustilanteisiin.

2 POTILASOHJAUS

Potilaan ohjaus sosiaali- ja terveysalalla on pääosin yhteiskunnallisesti määriteltyä sekä lain ja asetuksin säädeltyä. Lain mukaan potilaalle tulee antaa selvitys hänen terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehdoista sekä niiden vaikutuksista ja muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on merkitystä hänen hoitoaan koskeviin päätöksiin. Selvitys tulee antaa siten, että potilas ymmärtää riittävästi asian sisällön. Tulkitsemisesta on huolehdittava, jos potilas ei aisti- tai puhevian vuoksi voi tulla ymmärretyksi tai terveydenhuollon ammattihenkilö ei osaa potilaan käyttämää kieltä. Selvitystä ei kuitenkaan tule antaa vastoin potilaan tahtoa tai jos selvityksen antamisesta aiheutuu vakavaa vaaraa potilaan hengelle tai terveydelle. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992.)

2.1 Ohjauksen määrittelyä

Suomen kielen perussanakirjan mukaan (1996) voidaan yksinkertaisesti sanoa ohjauksen olevan käytännöllisen opastuksen antamista sekä ohjauksen alaisena toimimista. Vehviläisen (1999) mukaan ohjausta voidaan sanoa monitahoiseksi eri ammattikäytäntöjen piirteitä yhdisteleväksi työmenetelmien, toiminta- ja lähestymistapojen joukoksi. Se on työmuoto, jossa ohjaajan ja ohjattavan yhteinen tavoite on ohjattavan oppiminen, elämäntilanteen paraneminen ja päätösten tekeminen. Ohjaukseen sisältyy tiedon antamisen, neuvonnan, terapian, konsultaation ja oppimisen elementit. Elementit vaihtelevat ja painottuvat eri ohjaustilanteissa erilailla, riippuen esimerkiksi tilanteen tavoitteesta, ohjaajan lähestymistavoista sekä ohjattavan elämäntilanteesta. Suuntaa ohjaustilanteelle antavat ohjauksen tavoitteet, sisällöt ja työstämistavat. Ohjaustilanteen tavoite määrää ohjauksen menetelmien ja lähestymistapojen käytön. Ohjaajan ohjausmenetelmien valintaan vaikuttaa hänen käsityksensä potilaasta. (Vänskä, Laitinen-Väänänen, Kettunen & Mäkelä 2011, 18–19.) Tässä opinnäytetyössä korostuu ohjauksen rinnalla käsitteenä potilasohjaus, koska käsittelemme ohjausta hoitotyössä.

2.2 Potilasohjauksen etiikka

Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten ohjauksen yhtenä osana on ohjauksen eettisyyden arvioiminen. Eettinen pohdinta sisältää hyvien, oikeiden, pahojen ja väärin tapojen arviointia. Oman toiminnan arviointi ja työyhteisön pohdinta arjen eettisesti ongelmallisista tilanteista kehittävät eettistä ajattelua sekä kykyä toimia ja perustella omia valintoja ja ratkaisuja itselle, kollegoille, mutta myös potilaille. Jotta potilaiden oikeudenmukainen ja tasavertainen kohtelu toteutuisi, on sairaanhoitajille laadittu omat eettiset ohjeet (1996), joiden mukaan heidän tulisi toimia. Valtakunnallisen sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunnan mukaan (2005) Suomessa terveydenhuollon eettisiin ohjeisiin kuuluvat oikeus hyvään hoitoon, ihmisarvon kunnioitus, itsemääräämisoikeus, oikeudenmukaisuus, hyvä ammattitaito ja hyvinvointia edistävä ilmapiiri sekä yhteistyön ja keskinäinen arvonnanto. (Vänskä ym. 2011, 10–11.) Etiikan suhde ohjaukseen esiintyy ohjauksen asiayhteyden ja vuorovaikutuksen kautta. Ohjauksessa oleva asiayhteys muodostuu sekä eettisistä että käytännön toiminnallisista kysymyksistä, jotka käyvät toteen ohjaustilanteen vuorovaikutuksessa. Jokaisessa vuorovaikutustilanteessa

toteutuu vähintään kaksi eettistä näkökulmaa, ja siten ohjauksessa käsitellään aina etiikkaa. Nämä kaksi näkökulmaa ovat ammattilaisen eli hoitajan sekä potilaan tai ohjaukseen läheisesti liittyvien omaisten omat eettiset näkemykset. Ohjaukseen vaikuttavia hoitajan eettisiä näkemyksiä on määritelty lakien ja asetusten, terveydenhuollon eettisten periaatteiden ja ammattietiikan kautta. Lisäksi tilanteessa vaikuttavat sekä hoitajan että potilaan omat henkilökohtaiset etiikkakäsitykset. (Lahtinen 2006, 6.)

2.3 Vuorovaikutustilanteet potilasohjauksessa

Tutkimusten mukaan asiakkaan sekä sosiaali- ja terveysalan ammattilaisen viestintätavalla vuorovaikutustilanteessa on suuri vaikutus potilaan kokemukseen hoidon laadusta ja tuloksista. Merkittävää on, kuinka ohjaaja toimii asiakkaansa kanssa ohjaustilanteessa. (Vänskä ym. 2011, 35.) Vuorovaikutusta pidetäänkin ohjauksen perustana hoitajan ja potilaan välillä, jota voidaan tarkastella yhteistyösuhteena asiakaslähtöisessä ohjauksessa (Heino 2005, 21). Potilaan ja hoitohenkilökunnan välisessä vuorovaikutuksessa on keskeistä tukea potilasta tavoitteellisuuteen ja aktiivisuuteen, jotta hän ottaisi vastuuta omasta hoidostaan. Jaakonsaaren (2009) mukaan potilasohjaus on yksi hoitotyön auttamismenetelmä, jossa hoitaja vuorovaikutuksen avulla tukee potilaan omatoimisuutta, toimintakykyä sekä itsenäisyyttä (Jaakonsaari 2009, 9). Kaksisuuntainen vuorovaikutus edellyttää sekä hoitajan, että potilaan taustatietojen huomioimista. Tasa-arvoinen ja taustatekijät huomioiva vuorovaikutus on keino, jolla ohjaussuhdetta rakennetaan. Vuorovaikutus, jossa potilasta kuunnellaan, häneltä kysytään ja rohkaistaan kertomaan omista taustatekijöistään sekä annetaan hänelle palautetta, mahdollistaa luottamuksellisen ohjaussuhteen rakentumisen. (Lipponen ym. 2008, 4 a.) Jos hoitajalla ei ole riittäviä kommunikaatiotaitoja hänen on vaikea arvioida potilaan hoidon tarvetta, suunnitella hoitoa sekä toteuttaa ja arvioida sitä (Rauhasalo 2003, 24).

Ohjausvuorovaikutuksen osaajan on tiedostettava millainen on itse vuorovaikuttajana sekä hänen on tunnistettava omat vahvuutensa ja kehittämisalueensa. Oman osaamisen kehittämiseen auttaa systemaattinen palautteen kerääminen ohjattavilta ja kollegoilta sekä omien vuorovaikutustilanteiden videointi ja analysointi. Ohjaustilanteissa on paikalla ohjaaja ja yksi tai useampi ohjattava. Ryhmäohjauksessa ohjattavia on monia ja paikalla voi olla joskus useampikin ohjaaja. On olemassa kulttuurillisesti ja historialli-

sesti määräytyviä sääntöjä, jotka ohjaavat ihmisten välistä vuorovaikutusta. Kulttuurillisuus näkyy ohjaustilanteissa organisaation ja yksilöiden tavoissa toimia sekä olla vuorovaikutuksessa. Yksilötason kulttuurillisuudesta voidaan mainita esimerkkinä romani-kulttuurin tapa, jossa naimatonta naisasiakasta ei saa jättää yksin mies-lääkärin tai -sairaanhoitajan kanssa samaan huoneeseen. (Vänskä ym. 2011, 35 - 36.)

3 KIRURGISEN POTILAAN OHJAUS

Kirurgisella potilaalla tarkoitetaan henkilöä, joka sairauden tai äkillisen sairastumisen vuoksi joutuu tilanteeseen, jossa leikkaus on välttämätön tai todennäköinen. Sairauden vakavuusaste, sen merkitys potilaalle, kesto ja äkillisyys sekä aikaisemmat kokemukset ja nykyiset hoitomahdollisuudet vaikuttavat siihen miten hän kokee mm. leikkaukseen ja anestesiaan liittyvät asiat. Leikkaukseen suhtautumiseen vaikuttavat myös potilaan persoonallisuus, tunteet, tiedot sekä hänen sosiaalinen tilanteensa. (Holmia, Murtonen, Myllymäki & Valtonen 2008, 16.)

Ohjausta saava potilas on oman elämänsä asiantuntija ja hoitaja ohjauksen asiantuntija. Potilaan ohjaus edellyttää hoitajalta hyvää asiasisällön tuntemista ja tietämystä. Ohjaajan ammatillinen tietämys on yksi tärkeimmistä kriteereistä, joihin hänen luotettavuutensa ohjaajana perustuu. Hyvän asiantuntemuksen avulla ohjaaja voi vähentää tai poistaa epäolennaista tietoa ennen ohjauksen alkua. (Rauhasalo 2003, 24.) Tavoitteellinen ja aktiivinen ohjaus vaatii päämäärätietoista hyvin suunniteltua toimintaa sekä potilaan taustatekijöiden selvittämistä. Fyysisiin taustatekijöihin kuuluvat mm. ohjattavan sukupuoli, ikä, sairauden tyyppi sekä terveyden tila, jotka vaikuttavat potilaan ohjaustarpeisiin. Myös psyykkiset, sosiaaliset ja ympäristöön liittyvät taustatekijät on huomioitava. (Kyngäs ym. 2007, 26, 29, 37.) Potilaan ohjauksen kannalta nämä ovat erittäin tärkeitä ja oleellisia asioita, jotta potilaalle annettu ohjaus voidaan suunnitella yksilöllisesti hänen tarpeidensa pohjalta (Rauhasalo 2003, 29). Ohjauksen tulisikin rakentua potilaan esille nostamiin asioihin, jotka ovat tärkeitä hänen terveydelleen, hyvinvoinnilleen tai sairautelleen. Hoitajan tehtävänä on tunnistaa ja arvioida potilaan ohjaustarpeita hänen kanssaan yhdessä. (Kyngäs ym. 2007, 26.)

3.1 Pre- ja postoperatiivinen ohjaus

Kirurgisten potilaiden sairaalassaoloajat ovat selvästi lyhentyneet, mutta potilaiden odotukset tiedon suhteen eivät ole kuitenkaan vähentyneet. Potilaan tulee osata hoitaa itseään ennen leikkausta niin, että hänet voidaan leikata sairaalaan tullessaan ja vastaavasti leikkauksen jälkeen potilaan on osattava toipua itsenäisesti. (Sairaanhoitajaliitto 2012.) Potilaalle kirurginen toimenpide on yleensä stressaava kokemus, johon liittyy ahdistusta ja pelkoa. Lyhytkirurgiassa leikkauksen laatu, käytetyn anestesian muoto sekä potilaan omat edellytykset asettavat ehtoja annetulle ohjaukselle (Rauhasalo 2003, 23–29). Potilasohjaus kirurgisen potilaan kohdalla voidaan käsittää sekä pre- että postoperatiivisena ohjauksena. (Palokoski 2007, 11). Potilaille tulisi antaa riittävästi ohjausta ennen sairaalaan tuloa ja sairaalassaoloaikana, jotta ohjauksella olisi vaikutuksia heidän terveytensä ylläpitämiseen ja edistämiseen (Lipponen ym. 2008, 14 a). Preoperatiivisella yhteydenotolla edistetään ohjauksen onnistumista sekä tuetaan ja ohjataan potilasta leikkaukseen valmistautumisessa. Samalla hoitaja voi kerätä tarvittavia taustatietoja potilaasta muun muassa ohjauksen suunnittelua varten. (Rauhasalo 2003, 29.) Se, että potilas saa riittävästi tietoa jo preoperatiivisessa vaiheessa, vaikuttaa potilaiden mielialaan ja tyytyväisyyteen (Lipponen ym. 2008, 14 a). Hoitajien on tärkeä huomioida ja arvioida millaista tietoa potilaille voidaan ennen leikkausta antaa (Palokoski 2007, 11).

Postoperatiivisesta näkökulmasta, potilaan hoito terveydenhuollossa on tänä päivänä lyhytaikaista. Sairaalassa annetulla ohjauksella on huomattava merkitys potilaan toipumiselle leikkauksesta. Potilaan tulee saada riittävästi tietoa, jotta hän selviytyy hoidostaan kotona kirurgisen toimenpiteen jälkeen. Driscoll (2000) toteaa, että potilastyytyväisyys lisääntyy potilaiden saadessa riittävästi laadukasta tietoa. Täten potilaat ottavat enemmän vastuuta omasta terveydentilastaan sekä sairaalasta kotiutuminen helpottuu ja kotona selviytyminen lisääntyy. (Palokoski 2007, 2.) Yhä aikaisempi potilaiden kotiuttaminen vaatii kotona toipumisen merkityksen ymmärtämistä. Hoitohenkilökunnalla tulisi olla valmiutta modifioida normaalissa leikkaustoiminnassa käytössä olevia kotihoito-ohjeita ja seurantalomakkeita, koska potilaan toipuminen sairaalan sijasta tapahtuu pääosin kotona (Rauhasalo 2003, 20.)

Palokoski (2007) on tutkimuksessaan kuvannut kirurgisten potilaiden kotona selviytymistä leikkauksen jälkeen tiedollisen ja toiminnallisen selviytymisen kautta. Tiedolli-

sessä selviytymisessä korostuu potilaiden saama tieto omasta hoidostaan, jolla tarkoitetaan, että potilaalla tulee olla riittävästi tietoa selviytyäkseen hoidostaan kotiolosuhteissa leikkauksen jälkeen. Potilaalla tulee olla tietoa haavan hoidosta, kipulääkityksestä, peseytymisestä, liikuntaan liittyvistä asioista sekä hoitoon mahdollisesti liittyvistä komplikaatioista. Toiminnallinen selviytyminen on potilaan halua ja kykyä suoriutua omaan hoitoonsa liittyvistä toimenpiteistä, mihin kuuluu potilaan selviytyminen päivittäisistä toiminnoista leikkauksen jälkeen. Näitä toimintoja ovat haavanhoito, suihkussa käynti, kivunhoito ja liikkuminen. (Palokoski 2007, 10–11.)

3.2 Potilasohjauksen toteuttaminen

Potilasohjaus rakentuu tavoite-, tilanne- ja menetelmätiedon pohjalta. Hyvä potilasohjaus on sisällöllisesti sekä menetelmällisesti hyvin suunniteltua ja valmisteltua. Ohjaustilanteesta muodostuu selkeä ja realistinen, hyvin suunnitellun hoidon, ohjauksen sekä potilaan kanssa yhdessä laadittujen tavoitteiden myötä. Täten potilas motivoituu, uskoo saavuttavansa tavoitteet ja saa arvostamia tuloksia. Motivaatioprosessiin vaikuttaa potilaan omat odotukset, kokemukset, uskomukset ja arvot. Hyvä ensivaikutelma potilaan vastaanottotilanteessa on tärkeä esimerkki motivaation edistämisen kannalta. Motivaatio perustuukin kokemuksiin hoitoprosessin positiivisuudesta. Voimakas torjunta sitä kohtaan voi olla este kokonaan uuden asian oppimiselle. Ohjausprosessin kulkuun on määritelty neljä eri vaihetta:

1. Potilaan tarpeet määrittävät ohjauksen tavoitteet
2. Mitkä ovat ohjauksen keinot? Menetelmän valinta ja havainnollistaminen
3. Ohjauksen toteutus
4. Tapahtuiko oppimista? Ohjauksen arviointi ja lisäohjauksen tarpeen määrittäminen

(Hautakangas, Horn, Pyhälä-Liljeström & Raappana 2003, 63, 76–77.)

3.3 Potilasohjauksen menetelmät

Ohjaustilanteissa hyödynnetään erilaisia ohjausmenetelmiä, joiden valintaan vaikuttaa tietämys asiakkaan tavasta omaksua asioita ja ohjauksen päämäärästä. Asiakkaat muistavat ohjaustilanteet parhaiten, jos vuorovaikutuksessa hyödynnetään sekä näkö-, että

kuuloaistia. Jotta ohjauksen vaikutus asiakkaaseen saadaan varmistettua, tulisi käyttää monipuolisesti eri ohjausmenetelmiä, ja hoitajan tehtävänä olisikin tunnistaa, mikä menetelmä ja omaksumistapa on asiakkaalle ominaisin. Jotkut asiakkaista kokevat helpoksi muistaa ja ymmärtää asioita kielellisesti, toiset taas tutkivat asioita kokonaisuuksista yksityiskohtiin ja toiset päinvastoin. Esimerkiksi kirjallisen ohjausmateriaalin avulla annetaan potilaalle mahdollisuus tutustua rauhassa asiaan ja tarpeen mukaan kerrata asiasisältöä. (Kyngäs ym. 2007, 73.) Kirjallisen ohjauksen laatimisessa on tärkeä huomioida käytetty sanasto ja kielenkäyttö (Rauhasalo 2003, 27). Ohjeissa tulisi käyttää lyhyitä ja selkeitä lauseita sekä välttää maallikolle outoja lääketieteellisiä termejä (Heino 2005, 38). Ennakko-ohjausta toteutettaessa sairaalaan elektiiviseen leikkaukseen tulevalle potilaalle on kirjallinen ohjausmateriaali parempi menetelmä puhelinohjaukseen verrattuna. Näin erityisesti, jos potilas on jo tietoinen hoitoonsa liittyvistä asioista (Johansson, Katajisto & Salanterä 2010, 175). Potilas voi tällöin miettiä mieltään askarruttavia asioita ja pohtia kirjallisten ohjeiden esille nostavia kysymyksiä. Tutkimuksen mukaan potilaat ovat toivoneet, että kirjallinen materiaali sisältäisi tietoa heidän tuntemuksistaan ennen ja jälkeen toimenpiteen sekä toimenpiteestä kertovaa yksityiskohtaista ja lääketieteellistä tietoa. Kyseinen ohje on hyödyllinen toimenpiteeseen valmistautumisessa ja jälkihoidossa. (Hautakangas ym. 2003, 77.) Tästä voidaan todeta kirjallisen ohjauksen olevan parempaa potilaille, jotka haluavat syventää tietoaan saamastaan ohjauksesta (Johansson ym. 2010, 176).

Ohjauksen tukena voidaan käyttää myös kuvamateriaalia, joka sopii visuaalisesti hahmottaville asiakkaille. Asioita sanattomasti ilmaiseville voidaan hyödyntää oppimiseen sopivia sanattomia harjoituksia. Jokaisen ohjausmenetelmän kohdalla on tärkeää kerrata keskeiset asiat ohjauksen lopuksi, koska asiakas muistaa ja vastaanottaa vain rajallisen määrän tietoa kerrallaan. (Kyngäs ym. 2007, 73.)

Kirjallisen ja suullisen ohjauksen yhdistäminen tukee parhaiten ohjauksen onnistumista (Rauhasalo 2003, 27). Kirjallinen ohje annetaan yleensä suullisen ohjauksen yhteydessä, mikä mahdollistaa sen läpikäymisen ja täydentämisen. Kirjallisilla ohjeilla pyritään vastaamaan potilaan tiedollisiin tarpeisiin. Ohjeiden tarkoituksena on antaa potilaille tietoa sairauteensa liittyvistä asioista sekä valmistaa hänet tutkimuksiin ja hoitotoimenpiteisiin. Kirjalliset ohjeet auttavat myös potilasta sopeutumaan sairauteensa ja suunnittelemaan elämäänsä sairauden kanssa tai sen hoidon aikana. (Lipponen ym. 2008, 66 a.)

Audiovisuaalisen ohjauksen avulla pystytään selvittämään väärinkäsityksiä, palauttamaan asioita muistiin sekä tarjoamaan ohjausta helpommin myös omaisille. Potilasohjauksen menetelmistä se on vähiten käytetty. Pattersonin ym. (2000) mukaan potilaat ja omaiset toivovat audiovisuaalisen ja suullisen ohjauksen yhteiskäyttöä. (Kääriäinen 2007, 34–36.)

Terveystieteiden henkilöstö voi antaa ohjausta tietokoneen välityksellä yksinkertaisimmillaan esimerkiksi sairaalan omien tietokoneiden avulla, millä tarkoitetaan sähköistä tiedon jakamista potilaille. Sarkarin (2008) mukaan tietokoneavusteisen ohjauksen etuna on, että sähköiseen materiaaliin voidaan tehdä potilaskohtaisia muutoksia tarpeen mukaan. Tavallista on, että ohjaus välitetään potilaalle internetin välityksellä potilaan oman sähköpostin kautta tai suorina linkkeinä internetin sivustoille. (Lunnela 2011, 32.) Heikkisen (2011) tekemässä tutkimuksessa käsiteltiin internet-ohjauksen vaikutuksia. Internet-ohjauksen suurimpana etuna oli potilaiden tiedon lisääntyminen. Potilaiden tiedon taso ja kokemus tiedon riittävydestä lisääntyivät enemmän internet-ohjauksen avulla kuin sairaanhoitajan kasvokkain välittämän suullisen ohjauksen avulla. Internetin välityksellä potilaat saivat itsenäisesti ja yksilöllisesti valmistautua leikkaukseen heille sopivana ajankohtana haluamassaan ympäristössä. Voidaankin todeta, että internet-perusteinen ohjaus on turvallinen, vaikuttava ja tehokas ohjausmuoto, joka mahdollistaa potilaan itsenäisen ja yksilöllisen roolin koko hoidon ajalle. Ohjausmuodolla voidaan myös varmistaa omaisten aktiivinen osallistuminen leikkaukseen valmistautumiseen ja siitä toipumiseen. (Heikkinen 2011.)

4 POTILASOHJAUKSEN LAATU JA VAIKUTTAVUUS

Ohjauksen laadusta ei ole olemassa yleisesti hyväksyttyjä kriteereitä, mutta sen tulee kuitenkin olla yhtä laadukasta kuin minkä tahansa muunkin asiakkaan hoidon osalueen (Kyngäs ym. 2007, 20). Ohjauksen voidaan katsoa olevan laadukasta, jos potilas saa sitä riittävästi (Kääriäinen 2007, 34). Laadukas ohjaus kuuluu asiakkaan asianmukaiseen ja hyvään hoitoon yhtenä osana. Jotta halutaan panostaa asiakkaan osallistumiseen, se edellyttää ohjauksen laadun määrittelyä ja toteutumiskriteerien asettamista.

Ohjauksen laadun systemaattisen kehittämistyön tueksi on valmisteilla kansallisia hoito-työn suosituksia, jotka laaditaan eri asiakaskuntien ohjausta varten näyttöön perustuvan toiminnan mukaan. Laadukas ohjaus kytketään asiakkaan sekä hoitajan taustatekijöihin. Täten he ovat taustatekijöineen mukana sekä vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa, että aktiivisessa ja tavoitteellisessa ohjaustoiminnassa. Laadukas ohjaus vaatii asianmukaisia resursseja, joita ovat esimerkiksi riittävä henkilöstö, aika, tilat ja hoitajien ohjausvalmiudet. Ohjauksen tulee olla myös oikein ajoitettua ja mitoitetta. Tärkeää on kiinnittää huomiota riittävään ohjaukseen, koska hoidon jatkuminen jää yleensä asiakkaan ja tämän omaisten vastuulle. (Kyngäs ym. 2007, 20–21.) Alaloukusa-Lahtisen (2006) mukaan ohjauksella voidaan lisätä potilaan itsehoitovalmiuksia ja myönteistä asennoitumista hoitoonsa (Alaloukusa-Lahtinen 2006). Kirurgisilla potilailla on runsaasti odotuksia liittyen tiedonsaantiin. Lyhentyneet hoitoajat, potilaan rooliin liittyvät tekijät, moniammatillinen toiminta, hoitoympäristö ja itsehoitovaatimukset saattavat vaikeuttaa potilaan tiedon tarpeisiin vastaamista. Tavoitteena on ohjata potilasta siten, että hän hallitsee kotona tapahtuvan jälkihoidon. Tämän varmentamisessa on hoitajalla keskeinen tehtävä. Hoitaja pyrkii arvioimaan potilaan tilanteen ja hänen voimavaransa sekä potilaan ja perheenjäsenen omaksuman tiedon, jonka varassa heidän on kotona kyettävä toimimaan. (Heino 2005, 18–28.) Ohjauksen saanti ei myöskään saa rakentua pelkästään asiakkaan oman aktiivisuuden varaan. Kääriäisen (2007) mukaan, riittävä ohjaus vaikuttaa asiakkaan terveyden edistämiseen ja ylläpitoon. (Kyngäs ym. 2007, 21.)

Ohjauksella on monia positiivisia vaikutuksia, kuten asiakkaan toimintakyvyn, elämänlaadun, hoitoon sitoutumisen, itsehoidon, kotona selviytymisen sekä itsenäisen päätöksenteon edistäminen. Myös asiakkaan mieliala on kohentunut ja tiedon määrä kasvanut. Henkilö on esimerkiksi ymmärtänyt ja muistanut hoitoonsa liittyvät asiat paremmin entiseen verrattuna. Ohjauksen vaikuttavuutta voidaan tarkastella yksilön ja yhteisön näkökulmasta. Yksilön näkökulmasta tarkasteltuna tutkitaan yksilön kokemusta ohjauksen avulla saadusta tiedosta ja tuesta, kun taas yhteisönäkökulmasta tarkastellaan kansanterveydellisten, -taloudellisten ja yhteiskunnallisten hyötyjen osuutta. Näin ollen muun muassa sairauten liittyvät toistuvat oireet, lisäsairaudet, hoitokäynnit, sairauspäivät ja lääkkeiden käyttö ovat vähentyneet sekä hoidon seuranta tehostunut. (Kyngäs ym. 2007, 145.) Yhteisönäkökulman mukaan yhteiskuntapoliittiset päätökset voivat vaikuttaa suuremmin väestön hyvinvointiin ja terveyteen kuin henkilökohtainen ohjaus. Yhteiskuntapoliittisia päätöksiä ovat muun muassa terveystalouden, alkoholin ja tupakan

hintapoliittiset päätökset sekä väestöryhmien sosiaaliturvaan vaikuttavat päätökset. (Kyngäs ym. 2007, 148–149.)

Vaikuttava ohjaus voidaan jakaa eri vaiheisiin: ohjauksen tarpeen määrittäminen, asiakkaan terveystietomustiedot, asiakkaan elämäntyyli ja taustatekijät, asiakkaan asennoituminen oman terveytensä hoitoon, asiakkaan tietoisuus terveyskäyttäytymisestään ja sen muutostarpeesta, ohjauksen tavoitteiden määrittäminen, ohjauksen keinojen määrittäminen tavoitteiden saavuttamiseksi, ohjauksen sisältöjen määrittäminen sekä ohjauksen tavoitteiden toteutumisen seuranta. Vaikuttava ohjaus pitää sisällään erilaiset vuorovaikutus ja ohjaustavat sekä sosiaalisen tuen ja positiivisen seurannan. Tunnusmerkkejä vaikuttavalle ohjaukselle ovat: ohjauksen perustuminen asiakkaan omaan arviointiin, tavoitteiden asettaminen yhdessä, sopivien ratkaisuvaihtoehtojen huolellinen etsintä, ohjauksessa on ohjauksellisia ja lääketieteellisiä interventioita, erilaisten ohjausmenetelmien yhdistelmien käyttö, sosiaalisen tuen saanti ohjauksessa intervention asiantuntijoilta ja ulkopuolisilta jäseniltä, ohjaus on osana organisaatioiden normaalia toimintaa sekä ohjauksen onnistumisen seuranta. (Kyngäs ym. 2007, 146–147.)

5 POTILASOHJAUS VAIKUTTAVAKSI -PROJEKTI

Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä tehtyjen selvitysten perusteella potilasohjeiden käytettävyydessä, arkistoinnissa sekä ohjausosaamisessa, vastuissa ja ohjauksen menetelmissä oli kehittämistarpeita. Lisäksi eri toimialueilla tehtiin potilasohjauksen kehittämistyössä samoja asioita. Havaittiin, että erikoissairaanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyötä ja potilasohjauksen työnjakoa oli kehitettävä. Projektin tarkoituksena on pyrkimys purkaa potilasohjauksen päällekkäisyyksiä ja sopia jokaisen tason (koko hoitoketjun) potilasohjauksen tavoitteet ja kriteerit sekä kehittää ja lisätä potilasohjauksen vaikuttavuutta sekä luoda sairaanhoitopiirin ja hoitotyön strategian mukainen hyvä ja laadukas potilasohjauksen malli. (Raappana 2011, 3,5.) Opinnäytetyömme kytkeytyy projektiin siten, että tutkimuksemme tulokset ovat hyödynnettävissä kehitettäessä uutta potilasohjausmallia.

Potilasohjaus vaikuttavaksi -projekti alkoi 18.4.2011 ja päättyy 31.12.2012. Projektissa selvitettiin ensin aiemmat ja meneillään olevat potilasohjaukseen liittyvät tutkimus- ja kehittämishankkeet Keski-Suomen sairaanhoitopiirin alueelta. Selvitys toteutettiin puhelinhaastatteluina Keski-Suomen sairaanhoitopiirin ja maakunnan ylihoitajille, johtaville hoitajille sekä hoitotyön johtajille. Kartoituksen pohjalta laadittiin potilasohjauksen kehittämissuunnitelma Keski-Suomen sairaanhoitopiirin strategiakaudelle vuosille 2012–2014. Sairaanhoitopiirin tietokannassa olemassa olevat potilasohjeet analysoidaan ja erikoisaloittain olevat ohjeet päivitetään sovittuun tietovarastoon. Kehittämistyön tueksi rinnalle on käynnistetty tutkimusta potilasohjauksesta. (Raappana 2011, 5–7.)

6 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITTEET JA TUTKIMUSONGELMA

Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa elektiivisiin leikkauksiin tulevien potilaiden saamaa potilasohjausta ennen ja jälkeen leikkauksen Keski-Suomen keskussairaalan kirurgian eri osastoilla. Tavoitteena oli selvittää mahdolliset potilasohjauksen kehittämistarpeet. Tutkimuksestamme saatujen tulosten perusteella Keski-Suomen sairaanhoitopiirin tarkoituksena on kehittää ja päivittää olemassa olevia potilasohjauksen malleja tämän päivän tarpeita vastaaviksi. Potilasohjauksen kehittäminen, ohjauksen laatuun panostaminen sekä toimivat potilasohjausmallit lisäävät potilasturvallisuutta ja potilaiden tyytyväisyyttä hoitoonsa.

Tutkimusongelma on: ***Miten kirurgisten potilaiden potilasohjausta tulisi kehittää Keski-Suomen keskussairaalassa?*** Kirurgisten potilaiden potilasohjauksesta pyrittiin selvittämään seuraavia asioita:

”Millainen on ohjauksen laatu potilaiden arvioimana?”

a) ”Millaiset ovat ohjauksen resurssit sairaala-aikana?”

b) ”Miten riittävää ohjaus on ennen sairaalaan tuloa ja sairaala-aikana?”

c) ”Miten ohjaus toteutuu sairaala-aikana?”

- d) ”Millaisia vaikutuksia ohjauksella on ennen sairaalaan tuloa ja sairaala-aikana?”
 - e) ”Millainen on ohjauksen kokonaislaatu ennen sairaalaan tuloa ja sairaala-aikana?”
 - f) ”Millaiset ovat ohjauksen kehittämistarpeet?”
- (Kääriäinen 2007, 44.)

7 TUTKIMUKSEN TOTEUTUS

7.1 Tutkimuksen esijärjestelyt

Opinnäytetyömme on osa Keski-Suomen keskussairaalan Potilasohjaus vaikuttavaksi -projektia. Toteutimme opinnäytetyömme yhteistyössä keskussairaalaan eri kirurgisten osastojen kanssa. Kävimme esittelemässä opinnäytetyömme aihetta kirurgisten osastojen osastonhoitajille ennen kyselytutkimuksemme alkamista. Esittelyssämme kerroimme tutkimuksemme tarkoituksen, tavoitteet, toteuttamistavan ja kuinka tutkimustamme voidaan jatkossa hyödyntää Keski-Suomen sairaanhoitopiirin Potilasohjaus vaikuttavaksi -projektissa. Toivoimme, että osastonhoitajat kertoisivat tutkimuksestamme osastojensa hoitajille, jotka vuorostaan antaisivat tutkimuksemme kohderyhmän potilaille saatekirjeen kyselystämme. Alkuperäisestä saatekirjeestä ilmeni tutkimuksen sisältö, kyselyn internet-osoite sekä kyselyn toteutuminen anonymisti. Webropol-kyselyä varten jaoimme osastoille yhteensä 300 saatekirjettä. Webropol on sähköinen kyselytyökalu, jonka avulla on helppo tehdä analyysi saaduista vastauksista. Kyselyn valmistellut taho saa välittömästi haluamansa tiedot ja ristiintaulukoinnit valmiina ennalta määriteltyjen kysymysten perusteella. (Webropol, i.a.) Koska kyseessä oli potilaisiin kohdistuva tutkimus, meidän oli selvitettävä tarvitaanko Keski-Suomen sairaanhoitopiiriltä eettisen toimikunnan lausunto tutkimuksen toteuttamiselle. Kirurgian ylihoitaja haki koko Potilasohjaus vaikuttavaksi -projektille tutkimuslausunnon eettiseltä toimikunnalta 17.4.2012, johon sisältyi myös meidän tutkimuksemme osuus.

7.2 Tutkimuksen kohderyhmä

Tutkimukseemme osallistuivat kirurgisista vuodeosastoista operatiivinen, tapaturmaki-rurginen, ortopedinen, korva-nenä-kurkkutaudit, gastroenterologinen sekä urologi-nen/verisuoni- ja yleiskirurginen osasto. Tutkimuksemme vastaajat olivat edellä mainit-tujen kirurgisten osastojen elektiivisiä leikkauspotilaita. Alun perin tutkimuksemme kohderyhmänä olivat 18–30-vuotiaat nuoret aikuiset. Myöhemmin ikäjakauma muuttui kaikenikäisiin yli 18-vuotiaisiin potilaisiin.

7.3 Tutkimusmenetelmä

Tutkimusotteena käytimme työssä kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusmenetelmää, jonka avulla asioita halutaan ja voidaan kuvata määrin, paljouksin ja numeroin (Anttila 2005, 233). Määrällisellä tutkimusmenetelmällä pyritään selvittämään asioiden syy-seuraussuhteita, niiden välisiä yhteyksiä, yleisyyttä sekä esiintymistä numeroiden ja tilastojen avulla. Määrällinen tutkimus sisältää useita erilaisia laskennallisia ja tilastolli-sia menetelmiä. Määrällinen tutkimus alkaa tilastollisesti kuvaavan analyysin teolla, joka voi myös olla tutkimuksen tavoite. Käytettäessä määrällistä menetelmää tutkimus-prosessi on hahmoteltava etukäteen, koska ongelmanasetteluun, aineiston hankintaan ja analyysimenetelmään liittyvät valinnat ovat yhteydessä toisiinsa. (Jyväskylän yliopisto i.a.) Keskeisiä asioita kvantitatiivisessa tutkimuksessa ovat muun muassa johtopäätökset aiemmista tutkimuksista, aikaisemmat teorit, hypoteesien esittäminen, käsitteiden mää-rittely, koejärjestelyjen tai aineiston keruun suunnitelmat sekä koe- tai tutkittavien hen-kilöiden valinta. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa havaintoaineiston perusteella voidaan tehdä päätelmiä tilastollisen analyysin pohjalta. (Hirsjärvi ym. 2009, 140.)

Määrällinen aineisto hankitaan yleensä kyselyin, kokeellisin menetelmin, testaamalla tai suoran observoinnin avulla (Anttila 2005, 175). Päädyimme kyselytutkimukseen sen perusteella, että käytössämme oleva aika ei olisi riittänyt tarvittavan tutkimusaineiston keräämiseen yksilöhaastatteluiden kautta. Kyselytutkimusten etuina voidaan pitää sitä, että niiden avulla pystytään keräämään laajalti tutkimusaineistoa: tutkimukseen saadaan useita henkilöitä ja heiltä voidaan kysyä monia asioita. Kyselymenetelmää pidetään tehokkaana tutkijan ajan ja vaivannäön säästämisen vuoksi, ja sen hyötyjä on myös ai-

kataulun ja kustannusten arvioiminen melko tarkasti. (Hirsjärvi ym. 2009, 195.) Kyselyt soveltuvat parhaiten kartoittamaan erilaisia tilanteita, käytänteitä ja olosuhteita, sekä niiden avulla on hyvä tehdä vertailuja. Kyselytutkimuksen peruseräpäteitä ovat syste-
maattisuus (kysely huolellisesti suunniteltu), edustavuus (käsittää koko populaation tai otos on valittu tieteellisesti edustavana), objektiivisuus (data kootaan tarkastelua kestä-
väksi ja täsmälliseksi) sekä määrällisyys (tuotettu data on ilmaistavissa numeroin). Ky-
selytutkimuksen eräs tärkeä piirre on sen suoma mahdollisuus tieto- ja intimitet-
tisuojaan, mikä oli tärkeä asia tutkimuksemme kannalta. (Anttila 2005, 182–183.) Hait-
tapuolena kyselytutkimuksen teossa tulee muistaa, ettei ole täysin varmaa, kuinka vaka-
vasti vastaajat ovat suhtautuneet tutkimukseen: vastaavatko he huolellisesti ja rehellises-
ti. Myös vastaamattomuus voi joissain tapauksissa nousta yllättävän suureksi, kuten
toteuttamassamme Webropol-kyselyssä. (Hirsjärvi ym. 2009, 195.) Ongelmana voi olla
myös se, että kaikki vastaajat eivät välttämättä halua tai viitsi vastata moniin kyselyihin,
joten kato on tällöin suuri. Kato merkitsee samalla sitä, että vastaukset jakautuvat ”vi-
nosti”. Vastauksista jäävät pois ne, joita asia ei kiinnosta tai jotka vastustavat/arastelevat
kyselyn aihetta. Edustavuus vastauksissa on silloin kyseenalainen. (Anttila 2005, 183.)

7.4 Kyselylomake ja aineiston keruu

Käytimme tutkimuksessamme kyselylomakkeen pohjana Maria Kääriäisen tekemää
valmista Potilasohjauksen laatu -mittaria, jonka hän oli laatinut omaa väitöskirjaansa:
”Potilasohjauksen laatu, hypoteettisen mallin kehittäminen” varten. Potilasohjauksen
laatu -mittarin käyttö opinnäytetyössämme edellytti kirjallista sopimusta Maria Kääriäi-
sen kanssa (Liite1). Sopimukseemme kuului lupa käyttää mittaria sekä hyödyntää tulok-
sia Potilasohjaus vaikuttavaksi -projektissa, kuitenkin niin ettei kyselylomake näy opin-
näytetyössämme. Muokkasimme Kääriäisen Potilasohjauksen laatu -mittarin pohjalta
kyselylomakkeen omia tutkimustarpeitamme vastaaviksi.

Sijoitimme kyselylomakkeen alkuun vastaajien taustatietoja kartoittavia kysymyksiä.
Kysymyksillä halusimme selvittää vastaajien sukupuolen, iän, siviilisäädyn, koulutuk-
sen, hoitavan osaston, sairauden tai syyn keston, jonka vuoksi potilas on käynyt keskus-
sairaalassa sekä ohjauksen saannin ajankohdan ja paikan. Empiirinen aineisto on hyvä
kuvata kokonaisuutena ennen sen käsittelyä jonkin analyysimenetelmän avulla. Yleensä

aineisto kerätään ominaispiirteitä kuvaavien muuttujien mukaan. Muuttujia ovat esimerkiksi henkilöiden ikä, sukupuoli, koulutustaso sekä sosioekonominen asema. Tavoitteena on antaa kokonaiskuva aineistosta ja saada esiin siinä esiintyvät piirteet, luokitte-
lut ja poikkeamat. Tutkimuksen kannalta tärkeää on nähdä muuttuja-arvojen merkitse-
vyyden merkitys. Näin saadaan myös mahdollisuus tutkimuksen luotettavuuden arvioin-
tiin. (Anttila 2005, 236–237.) Kysymystyyppimme perustuivat väittämiä esitteleviin
asteikkoihin eli skaaloihin, mistä vastaaja valitsi itselleen sopivimman sen mukaan, mi-
ten voimakkaasti hän oli samaa tai eri mieltä kuin esitetty väittämä. Asteikkomme oli
ns. Likertin asteikko, joka on tavallisimmin 5-tai 7-portainen ja vaihtoehdot muodosta-
vat nousevan tai laskevan asteikon. (Hirsjärvi ym. 2009, 200.) Tutkimuskohta 1, joka
käsittelee ohjauksen resursseja, sisälsi kymmenen väittämää. Ohjauksen riittävyttä ky-
sytettiin kohdassa 2, jossa oli yhteensä 19 väittämää. Ohjauksen toteutukseen liittyviä
kysymyksiä oli 32, joita käsiteltiin kohdassa 3. Neljäs kohta käsittelee ohjauksen vaiku-
tuksia, joita selvitettiin 14 väittämän avulla. Väittämät selviävät myöhemmin työssäm-
me esitetyissä kuvioissa. Viimeisistä kahdesta kysymyskohdasta toinen oli monivalinta
ja toinen avoin kysymys.

Toteutimme opinnäytetyössämme tarvittavan aineistonkeruun kyselytutkimuksen avul-
la. Alkuperäisen suunnitelman mukaan tavoitteenamme oli toteuttaa kyselytutkimus
sähköisen Webropol-työkalun avulla 200:lta elektiivisessä leikkauksessa Keski-Suomen
keskussairaalassa 10.2 – 10.5.2012 välisenä aikana käyneiltä potilailta. Elektiivisellä
tarkoitetaan suunniteltua toimenpidettä (Holmia ym. 2003, 59). Valitsimme Webropol-
kyselyn siksi, koska alun perin tutkimuksemme kohderyhmänä olivat 18–30-vuotiaat
nuoret aikuiset. Koimme, että saisimme kyseiseltä ikäryhmältä enemmän vastauksia
sähköisessä muodossa kuin kirjallisena.

Webropol-kyselyn toteuttamisen ongelmaksi sähköisessä muodossa muodostui se, että
tänä päivänä 18–30-vuotiaat leikkauspotilaat keskitetään pääsääntöisesti Keski-Suomen
keskussairaalassa päiväkirurgian yksikköön, joka on tutkimuksemme ulkopuolella. Tä-
ten jouduimme muuttamaan tutkimuksemme kohderyhmän ikäjakaumaa nuorista kai-
kenikäisiin leikkauspotilaisiin. Tämä toi puolestaan ongelmaksi sen, että emme saaneet
tarpeeksi sähköisiä vastauksia kyselytutkimuksemme määraaikaan 10.5.2012 mennessä.
Kyselylomake saattoi vastaajien mielestä olla liian pitkä vastattavaksi sähköisessä muo-
dossa. Päätimme kokeilla saisimmeko lisää vastaajia kyselyymme ottamalla kirjalliset

vastauslomakkeet mukaan tutkimukseen ja siirtämällä vastausajankohdan määräaika kolmella viikolla eteenpäin. Toimitimme lopullisia kirjallisia kyselylomakkeita 10 kappaletta jaettavaksi jokaiselle kirurgiselle vuodeosastolle. Gastroenterologinen osasto ei enää tässä vaiheessa osallistunut kyselyymme. Kirjallisten vastauslomakkeiden ohessa annoimme potilaille uuden saatekirjeen (Liite 2), joka oli sisällöltään samanlainen alkuperäiseen verrattuna ilman internet-osoitetta. Alussa toteutettuun Webropol-kyselyyn jaoimme saatekirjeitä yhteensä 200 kappaletta, vastauksia saimme yhteensä 21 (N=21), jolloin vastausprosentiksi saatiin 11. Lopullisia kirjallisia kyselykaavakkeita jaoimme osastoille yhteensä 50 kappaletta. Vastauksia tuli takaisin 36 kappaletta, näin ollen vastausprosentti oli 72. Kokonaisprosentti saaduista vastauksista oli 23.

7.5 Tutkimusaineiston analyysi

Tutkimusaineiston analysoinnin avulla selvitettiin vastaukset tutkimusongelmiin. Tutkimuksen kvantitatiivisesta osiosta tehtiin analyysi määrällisen tutkimuksen tilastollisen menetelmän avulla. Saamamme aineisto käsiteltiin lopulliseen muotoon SPSS for Windows 7.5 -ohjelmalla alkusyksystä 2012. Aineisto syötettiin aluksi Excel-taulukkolaskentaohjelmaan, josta se siirrettiin SPSS:lle. Tämän jälkeen tarkastettiin vastausten mahdolliset virheet. SPSS-ohjelman avulla teimme saaduista tuloksista ristiintaulukointia iän ja sukupuolen mukaan sekä laskimme keskiarvoja iän mukaan. Tämän jälkeen analysoimme väittämiä laskemalla tulosten vastaajamääriä ja sitä kautta prosentuaalisia jakaumia ikäluokittain. Tutkimustulosten esittämisessä käytimme muutamia kaavioita kirjoitettujen tulosten tukena. Kyselylomakkeessamme oli taustatietoja lukuun ottamatta yksi monivalinta sekä avoin kysymys. Analysoimme avoimet kysymykset jakamalla saadut vastaukset kolmeen eri teemaan, jotka nousivat selvästi esille kaikista vastauksista.

8 TUTKIMUKSEN TULOKSET

Tutkijan on tarkistettava ennen tuloksia koskevan osuuden kirjoittamista, onko tutkimusongelmiin saatu vastaus. Kaikki tutkimuskysymykset on tarkasteltava onko niihin saatu vastaus tai ei, koska vastauksen puuttuminenkin voi olla vastaus. Tutkimuksen keskeinen anti tulee tuloksia selostettaessa esittää tutkimusongelmittain mahdollisimman yksinkertaisesti ja selvästi. (Hirsjärvi ym. 2009, 262.) Vaikka tutkimuksemme osallistujien määrä ei täyttänyt laadittuja tavoitteita ja kyselytutkimuksen ajankohta pitkittyi, saimme silti kerättyä tarvittavan aineiston tutkimuksemme tekoa varten. Saimme seuraavien tutkimustulosten avulla vastauksen varsinaiseen tutkimusongelmaamme: Miten kirurgisten potilaiden potilasohjausta tulisi kehittää Keski-Suomen keskussairaalassa?

8.1 Vastaajien taustatietoja

Tutkimukseen osallistui yhteensä 57 Keski-Suomen keskussairaalassa elektiivisessä leikkauksessa ollut henkilöä. Taulukossa 1 selvitimme vastaajien taustatietoja, joiden avulla halusimme saada selville, millaisia vastaajia tutkimukseemme osallistui, sekä pystyimme muun muassa tekemään tutkimuksemme väittämistä ikäluokkavertailua.

TAULUKKO 1. Taustatiedot (N=57)

TAUSTATIEDOT	N	%
SUKUPUOLI		
– Naisia	29	51
– Miehä	28	49
IKÄ		
– 25-59v.	27	47
– 60-85v.	30	53
SIVIILISÄÄTY		
– Naimaton	7	12

– Avoliitossa	8	14
– Avioliitossa/Rekisteröidyssä parisuhteessa	30	53
– Eronnut	6	11
– Leski	6	11
KOULUTUS		
– Kansakoulu ja/tai keskikoulu tai peruskoulu	20	35
– Ylioppilastutkinto	1	2
– Koulutason/ nuorisoasteen ammattitutkinto	13	23
– Opistotason tutkinto/ alempi korkeakoulututkinto (amk)	17	30
– Ylempi korkeakoulututkinto (yliopisto)	2	4
– muu, mikä?		
– teknillinen koulu	1	2
– kansanopisto/kristillinen opisto	1	2
– metsätyönjohtaja	1	2
– laitoshuoltaja	1	2

Vastaajien taustatietojen lisäksi halusimme selvittää lisäkysymysten avulla potilaiden hoitoon liittyviä asioita, jotka olivat oleellisia tutkimuksemme kannalta (Taulukko 2).

TAULUKKO 2. Taustakysymykset (N=57)

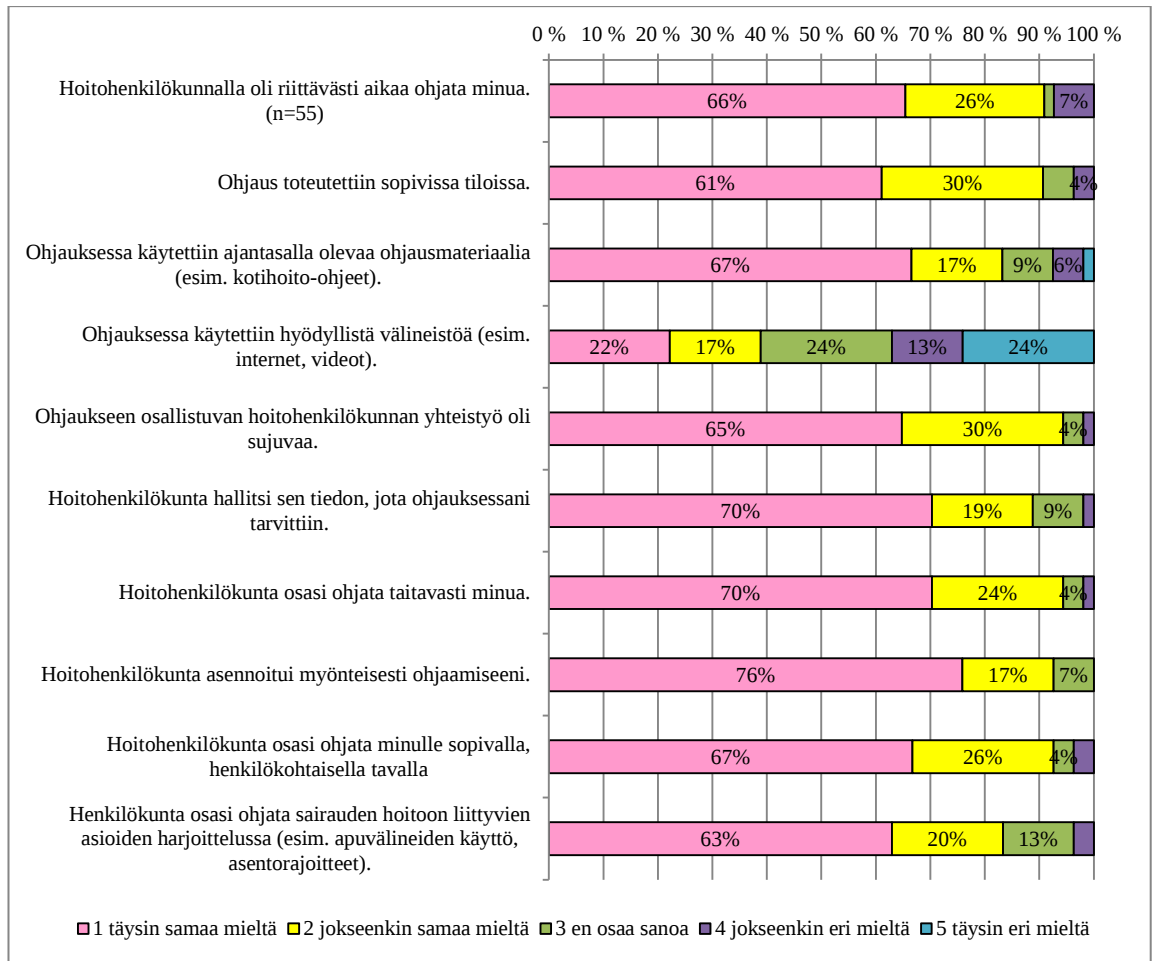
TAUSTAKYSYMYS	N	%
OLI VIIMEKSI HOIDOSSA K-SHP:N OSASTOLLA TAI POLIKLINIKALLA		
– operatiivisella osastolla	5	9
– tapaturmakirurgisella osastolla	6	11
– ortopedisella osastolla	23	40
– korva-nenä-kurkkutautien osastolla	10	18
– gastroenterologisella osastolla	3	5
– urologinen/verisuoni- ja yleiskirurgisella osastolla	7	12
– jokin muu	3	5

K-SHP:SSA KÄYNTI LEIKKAUKSEN TAKIA OLI		
– käynti etukäteen varatulla ajalla	52	91
– äkillinen päivystyskäynti	5	9
SAI OHJAUSTA K-SHP:SSA		
– ennen leikkausta	9	16
– leikkauksen jälkeen	6	10
– ennen ja jälkeen leikkauksen	42	74
OHJAUSTA ANNETTIIN		
– poliklinikalla	11	19
– osastolla	28	49
– muualla missä?		
– poliklinikalla ja osastolla sekä puhelimessa	1	2
– poliklinikalla ja osastolla	14	26
– tutkimuspäivänä ja osastolla	1	2
– tyhjä vastaus	2	4

Taustatietojen avoimen kysymyksen avulla selvitettiin kuinka kauan potilaalla oli ollut sairaus tai syy, jonka vuoksi hän oli käynyt K-S SHP:ssa. Vastausta pyydettiin vuosina, kuukausina tai päivinä. Vuosittain tarkasteltuna vastaajista (N=56) 41 henkilöllä (73 %) oli ollut sairaus/syy 0–4 vuotta. 9 vastaajalla (16 %) oli ollut 5–10 vuotta sekä 6 vastaajalla (11 %) yli 10 vuotta.

8.2 Potilasohjauksen resurssit

Selvitimme potilasohjauksen resursseja 10 väittämällä. Kysyimme vastaajien mielipidettä mm. ohjauksessa käytetystä hyödyllisestä välineistöstä, hoitohenkilökunnan myönteisestä asennoitumisesta ohjattavan ohjaukseen, hoitohenkilökunnan ajan riittävyydestä ohjaukseen sekä ohjauksessa käytetystä ajankohtaisesta ohjausmateriaalista. Resurssien kohdalla vastaajat olivat mm. sitä mieltä, että hoitohenkilökunta hallitsi sen tiedon, jota ohjauksessa tarvittiin sekä heidän asennoituminen ohjaukseen oli myönteistä (Kuvio 1).



KUVIO 1. Vastaajien näkemykset ohjauksen resursseista (n=54)

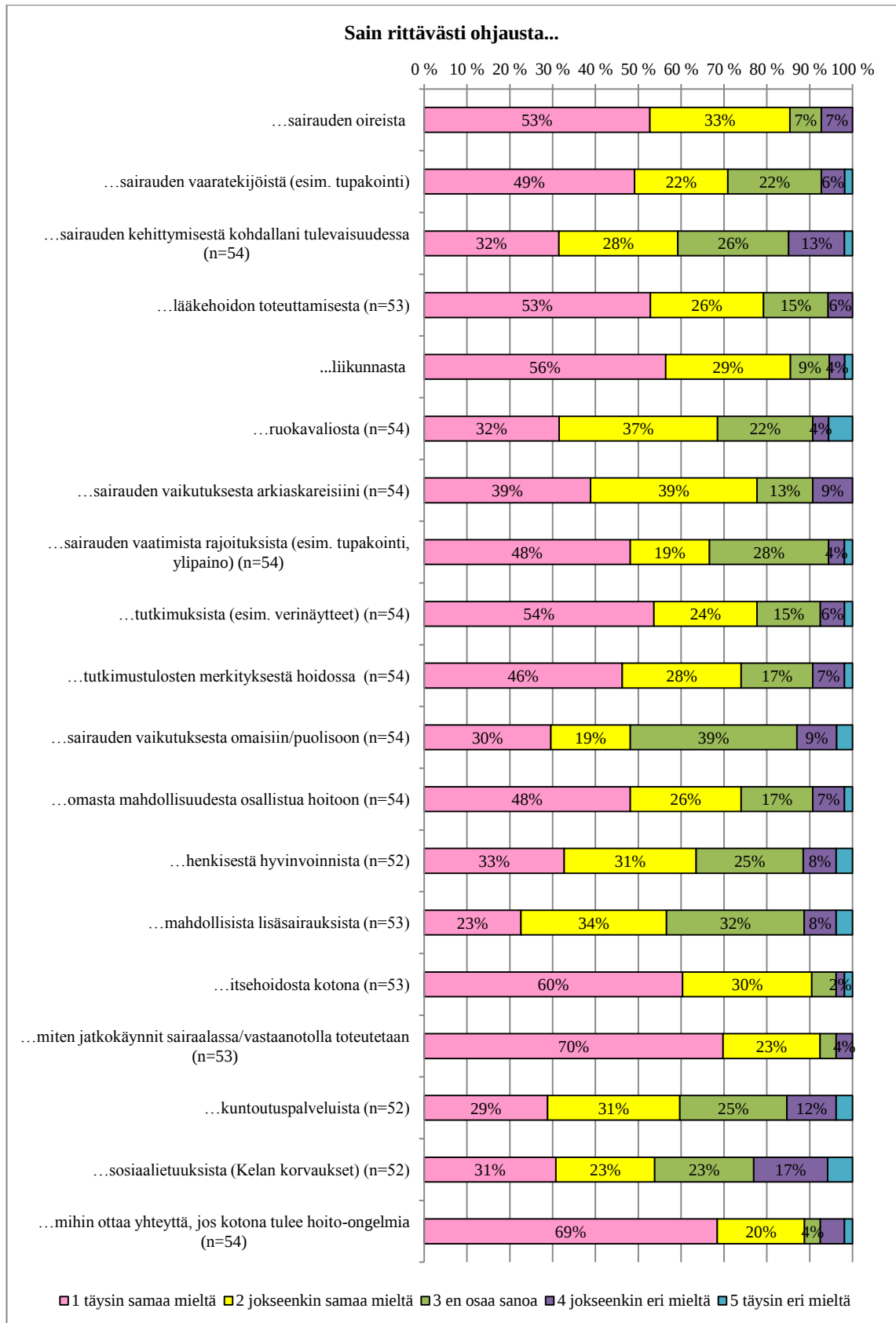
Kaikista vastaajista (n=54) 39 % oli osittain tai täysin samaa mieltä siitä, että ohjauksessa käytettiin hyödyllistä välineistöä. Vastaajista 24 % ei osannut sanoa mielipidettään kysymykseen. Vastaajista (n=54) 37 % oli osittain tai täysin eri mieltä siitä, että ohjauksessa käytettiin hyödyllistä välineistöä. Ikäluokittain 25–59-vuotiaista vastaajista 48 % sekä 60–85-vuotiaista 30 % olivat osittain tai täysin samaa mieltä siitä, että ohjauksessa käytettiin hyödyllistä välineistöä. Eroteltuna ikäluokittain 25–59-vuotiaista vastaajista 15 % sekä 60–85-vuotiaista 33 % eivät osanneet ilmaista mielipidettään välineistön käytöstä ohjauksessa. Miehiä ja naisia vertailtaessa väittämässä ”ohjauksessa käytettiin hyödyllistä välineistöä” naisista (n=27) osittain tai täysin samaa mieltä oli 41 % vastanneista, kantaansa ei osannut sanoa 15 % ja osittain tai täysin erimieltä asiasta oli 44 %. Miehistä (n=27) oli 37 % väittämään osittain tai täysin samaa mieltä. 24 % ei osannut sanoa mielipidettään sekä 27 % oli täysin tai osittain erimieltä asiasta.

Vastaajista (n=54) 93 % oli osittain tai täysin samaa mieltä siitä, että hoitohenkilökunnan asennoituminen ohjaamiseen oli myönteistä. Vastanneista 4 henkilöä 7 % ei osannut sanoa mielipidettään kysymykseen. (Kuvio1.) Ikäluokittain 25–59-vuotiaista vastaajista (n=27) 100 % sekä 60–85-vuotiaista (n=27) 85 % on ollut osittain tai täysin samaa mieltä hoitohenkilökunnan myönteisestä ohjaamisesta. Epätietoisia olivat näistä vastanneista 60–85-vuotiaat (n=27), joista 15 % jätti neutraalin mielipiteen.

Resurssien kohdalla nousi huomattavasti esille hyödyllisen välineistön käyttö ohjauksessa, jonka kohdalla tuli vastausten suhteen eniten hajontaa. Merkityksellisenä pidettiin lisäksi henkilökunnan asennoitumista myönteisesti ohjaamiseen, johon vastaajat olivat pääosin samaa mieltä.

8.3 Potilasohjauksen riittävyys

Potilasohjauksessa tulee huomioida monia eri asioita, jotka vaikuttavat ohjattavan kokonaishoidon onnistumiseen. Ohjattavan tulee saada riittävästi tietoa esimerkiksi sairautensa oireista, vaaratekijöistä sekä mahdollisista lisäsairauksista. Potilasohjauksen riittävyyteen liittyvillä väittämillä selvitimme muun muassa, siitä saiko ohjattava riittävästi ohjausta sairautensa vaaratekijöistä (kuten tupakointi) sekä ohjattavan sairauden vaikutuksista hänen omaisiinsa tai puolisoonsa. Näiden kahden väittämän tulokset erottuivat eniten muiden väittämien tuloksista. (Kuvio2.)



KUVIO 2. Vastaajien mielipiteet ohjauksen riittävydestä (n=55)

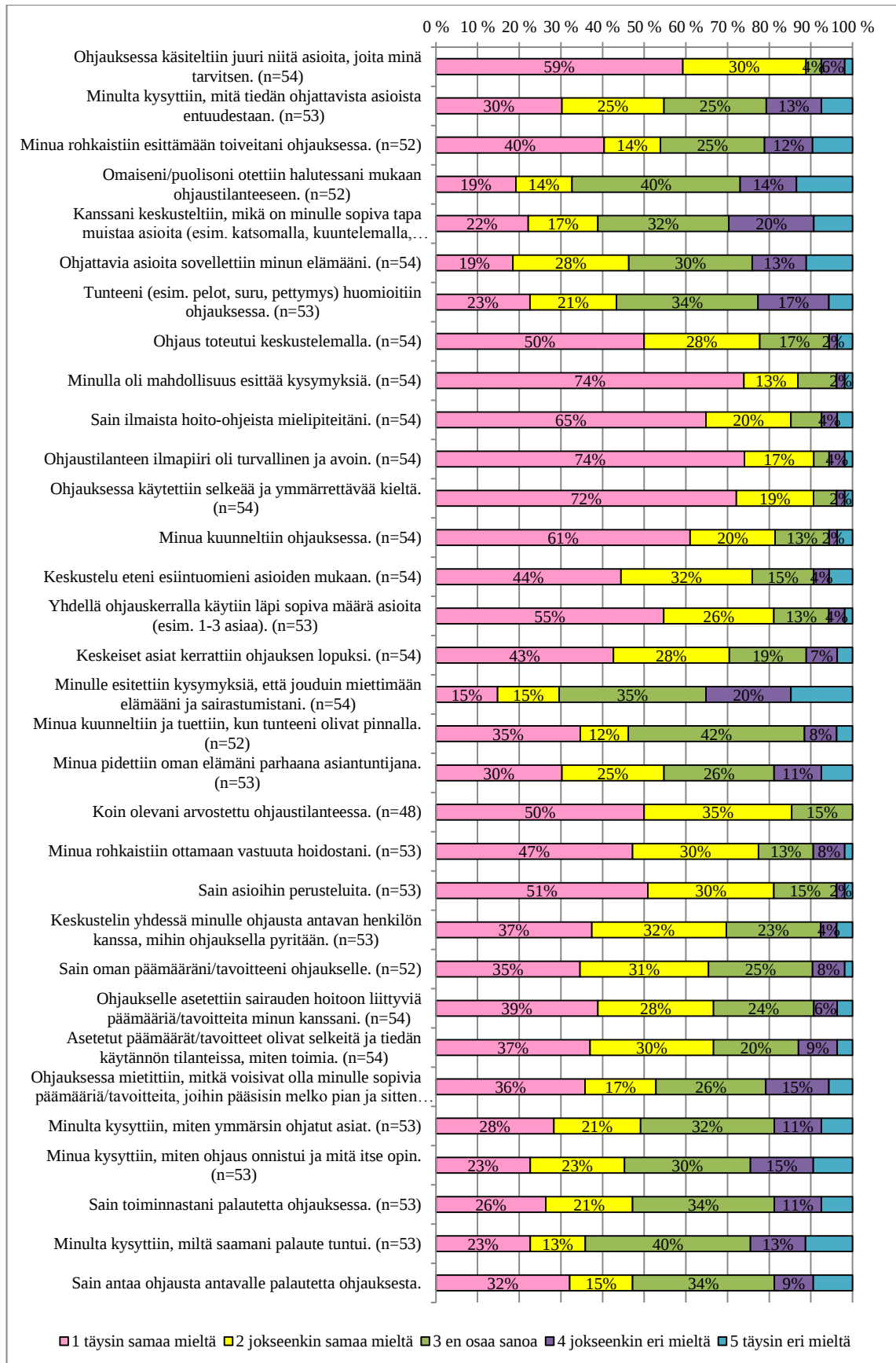
Väittämän ”sain riittävästi ohjausta sairauden vaikutuksesta omaisiin/puolisoon” vastanneista (n=54) 49 % oli osittain tai täysin samaa mieltä. Vastanneista 39 % ei osannut sanoa mielipidettään väittämään. 14 % oli osittain tai täysin eri mieltä riittävän ohjauksen saannista sairautensa vaikutukseen omaisia/puolisoa kohtaan. (Kuvio 2.) Miesten ja naisten välillä ei ollut juurikaan eroa vastauksissa. Sekä naisista (n=27) ja miehistä (n=27) 48 % olivat väittämästä täysin tai osittain samaa mieltä. Naisista 37 % ja miehistä 41 % ilmoitti neutraalin kannan ja 15 % naisista ja 11 % miehistä oli osittain tai täysin eri mieltä väittämään.

Väittämässä ”sain riittävästi ohjausta sairauden vaaratekijöistä (esim. tupakointi)” merkittävä ero oli ikäluokkien välillä. 25–59-vuotiaista vastaajista (n=27) 85 % saivat osittain tai täysin riittävää ohjausta sairautensa vaaratekijöistä, kun ikäluokassa 60–85-vuotiaat (n=28) vastaava luku oli 57 %. Väittämään ei osannut sanoa lainkaan mielipidettä 25–59-vuotiaista 11 % sekä 60–85-vuotiaista 32 %.

Muissa väittämissä koskien ohjauksen riittävyyttä, ei ollut mainittavia eroavaisuuksia. Kuviosta 2 voidaan todeta, että vastaajat ovat saaneet mielestään riittävästi ohjausta kaikkiin eri osa-alueisiin, jotka vaikuttavat potilaan kokonaisuhoitoon.

8.4 Potilasohjauksen toteutus

Kyselylomakkeessamme oli eniten väittämiä koskien ohjauksen toteutusta. Selvitimme kyseisessä kohdassa muun muassa kuinka ohjaus on toteutettu, kuinka ohjaus onnistui ohjattavan mielestä sekä saiko ohjattava palautetta toiminnastaan ohjauksessa. Ohjauksen toteutusta koskevista väittämistä nousi huomattavan monta esille tarkastelun kohteeksi. (Kuvio 3.)



KUVIO 3. Vastaajien kokemukset ohjauksen toteutuksesta (n=54)

Väittämän ”minua rohkaistiin esittämään toiveitani ohjauksessa” vastaajista (n=52) 54 % oli osittain tai täysin samaa mieltä väittämästä. Vastaajista 21 % oli osittain tai täysin eri mieltä väittämän kohdalla. 25 % vastaajista ei osannut sanoa lainkaan mielipidettään. (Kuvio 3.) Ikäluokittain 25–59-vuotiaista vastaajista (n=25) 64 % oli osittain tai täysin sitä mieltä, että heitä rohkaistiin esittämään toiveita ohjauksessa, kun taas 60–85-vuotiaista (n=27) 44 % oli osittain tai täysin samaa mieltä kyseisestä väittämästä. Osittain tai täysin eri mieltä väittämän kohdalla nuoremman ikäluokan vastaajista oli 12 % sekä vanhemman ikäluokan vastaajista 30 %.

Vastaajista (n=52) antoi huomattava osa, 40 %, neutraalin mielipiteen kohdassa ”omaiseni/puolisoni otettiin halutessani mukaan ohjaustilanteeseen” (Kuvio 3). Ikäluokkien mukaan tehdyssä vertailussa 25–59-vuotiaista vastaajista (n=27) 44 % oli osittain tai täysin samaa mieltä, että omaisen tai puoliso on otettu halutessa mukaan ohjaustilanteeseen. Samasta ikäluokasta 18 % oli taas osittain tai täysin eri mieltä asiasta. 60–85-vuotiaiden kohdalla vastaajista (n=25) 20 % oli osittain tai täysin samaa mieltä, että omaisen tai puoliso on otettu halutessa mukaan ohjaustilanteeseen. Samasta ikäluokasta 36 % oli osittain tai täysin eri mieltä väittämästä. Tarkasteltaessa väittämää lisäksi naisten ja miesten välillä, naisista (n=26) 39 % ja miehistä (n=26) 27 % olivat osittain samaa tai täysin samaa mieltä että omaiseni/puolisoni otettiin halutessani mukaan ohjaustilanteeseen. 31 % naisista ja 50 % miehistä ilmoitti neutraalin kannan ja naisista 30 % ja miehistä 23 % oli osittain tai täysin erimielistä asiasta.

Väittämässä ”kanssani keskusteltiin, mikä on minulle sopiva tapa muistaa asioita (esim. katsomalla, kuuntelemalla, tekemällä, yhdessä toimimalla)” ero syntyi ikäluokkia vertailtaessa. Nuoremmista vastaajista (n=27) 52 % sekä vanhemmista vastaajista (n=27) 26 % oli osittain tai täysin sitä mieltä, että heidän kanssa keskusteltiin sopivasta tavasta muistaa asioita. Osittain tai täysin eri mieltä olivat nuoremmista 15 %, kun taas vanhemmista 44 %.

Väittämään ”ohjattavia asioita sovellettiin minun elämäni” vastasi kaiken kaikkiaan 54 henkilöä (n=54). Ikäluokkavertailussa nuoremmista vastaajista (n=27) 63 % ja 60–85-vuotiaista vastaajista (n=27) 30 % oli osittain tai täysin samaa mieltä siitä, että ohjattavia asioita on sovellettu ohjattavan elämään. Osittain tai täysin eri mieltä väittämästä oli 7 % nuoremmista ja vastaavasti vanhemmista 41 %. (Kuvio 3.)

Nuoremman ikäluokan vastaajista (n=27) suurin osa 89 %:a sekä vanhemmasta ikäluokasta (n=27) 67 %:a oli osittain tai täysin sitä mieltä, että ohjaus toteutui keskustelemalla. Vastaajia väittämään oli yhteensä 54 henkilöä (n=54).

Väittämässä ”minua kuunneltiin ohjauksessa” vastaajia oli myös 54 henkilöä. 25–59-vuotiaista vastaajista (n=27) 96 % sekä 60–85-vuotiaista vastaajista (n=27) 67 % oli osittain tai täysin sitä mieltä, että heitä kuunneltiin ohjauksessa.

Vastaajista (n=48) 85 % on kokenut olevansa osittain tai täysin arvostettu ohjaustilanteessa. Vastaajista 15 % ei osannut sanoa omaa kantaansa väittämään. (Kuvio 3.) Nuoremman ikäluokan vastaajista (n=26) 100 % koki olevansa osittain tai täysin arvostettu ohjaustilanteessa. Vanhemmista vastaajista (n=22) 68 % oli osittain tai täysin sitä mieltä, että heitä arvostettiin ohjaustilanteessa. 32 % vanhemmista ei osannut sanoa kantaansa lainkaan.

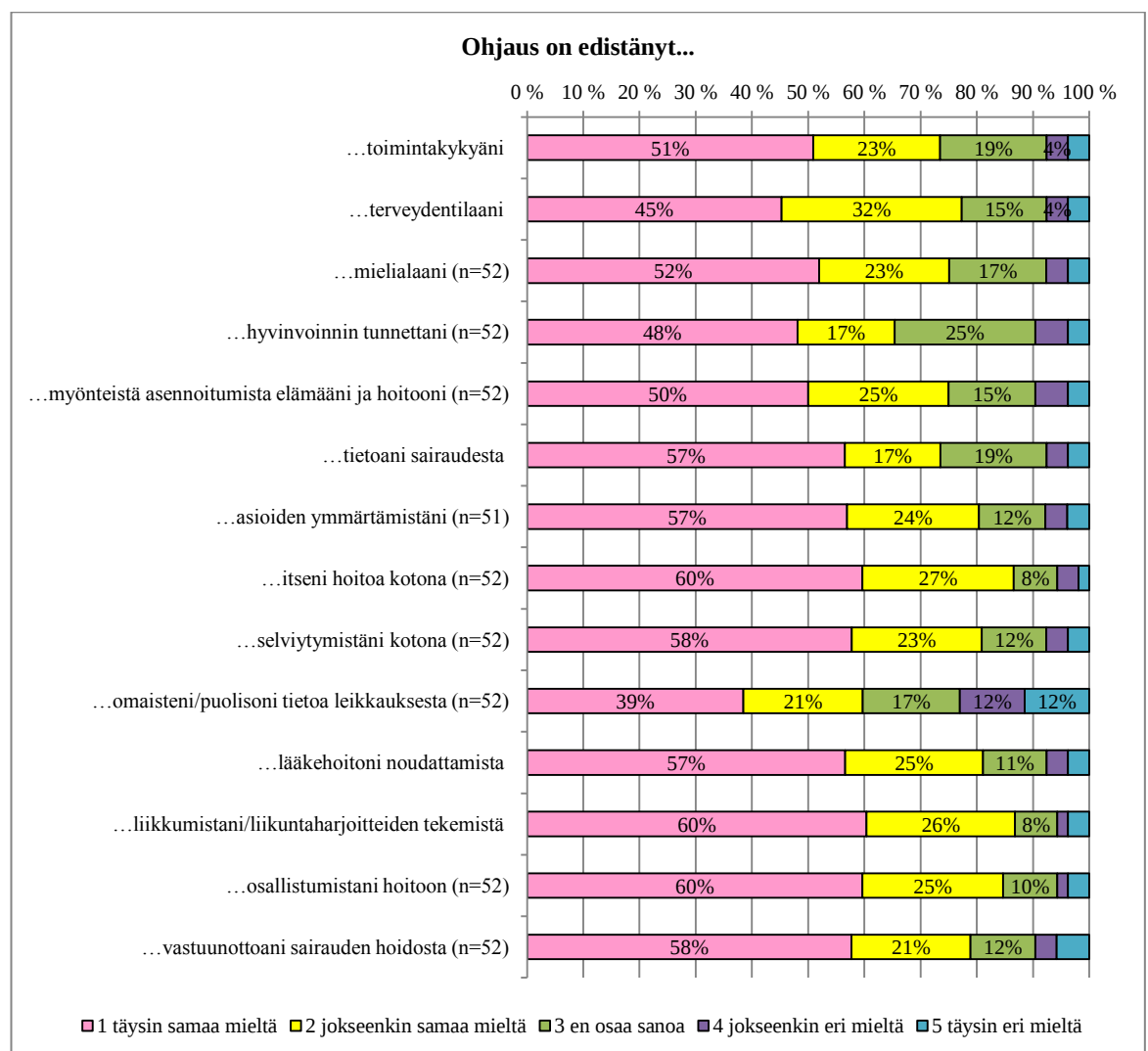
Kaikista vastaajista (n=54) 67 % oli osittain tai täysin samaa mieltä siitä, että asetetut päämäärät/tavoitteet olivat selkeitä ja tiesivät miten toimivat käytännön tilanteissa. 20 % vastaajista ei osannut sanoa kantaansa ja 13 % oli väittämään osittain tai täysin eri mieltä. (Kuvio 3.) Nuorten kohdalla (n=27) 78 % oli osittain tai täysin samaa mieltä asetettujen päämäärien/tavoitteiden selkeydestä sekä tiedosta miten he toimivat käytännön tilanteissa. 4 % nuorista oli osittain tai täysin eri mieltä. Vanhempien osalta (n=27) 56 % piti osittain tai täysin selvinä asetettuja päämääriä/tavoitteita sekä tiedostivat osittain tai täysin miten käytännön tilanteissa toimitaan. 16 % vanhemmista oli osittain tai täysin eri mieltä kyseiseen väittämään.

Väittämää ”sain oman päämääräni/tavoitteeni ohjaukselle” voidaan tarkastella sukupuolten välillä. Naisista (n=26) 73 % ja miehistä (n=26) 58 % kokivat saaneensa oman päämääränsä/tavoitteensa ohjaukselle joko osittain tai täysin. Naisista 19 % ja miehistä 31 % ei osannut sanoa kantaansa. Naisista 8 % oli väittämään joko osittain tai täysin eri mieltä, miehistä 11 % oli osittain eri mieltä väittämän kanssa. Kokonaisprosentit tähän oli: vastaajista (n=52) täysin tai osittain samaa mieltä 65 %, neutraalikanta 25 % ja täysin tai osittain samaa mieltä 10 % (Kuvio 3).

Tarkasteltujen väittämien pohjalta koskien ohjauksen toteutusta voimme todeta, että ikäluokkavertailussa nuoremmat olivat tyytyväisempiä kuin vanhemmat. Vanhemmat jättivät myös useammin ilmaisematta mielipidettään väittämiin kuin nuoremmat.

8.5 Potilasohjauksen vaikutukset

Vaikutusta koskevissa väittämissä (kuvio 4) selvitimme muun muassa, miten ohjaus on edistänyt potilasta niin fyysisesti, psyykkisesti ja sosiaalisesti.



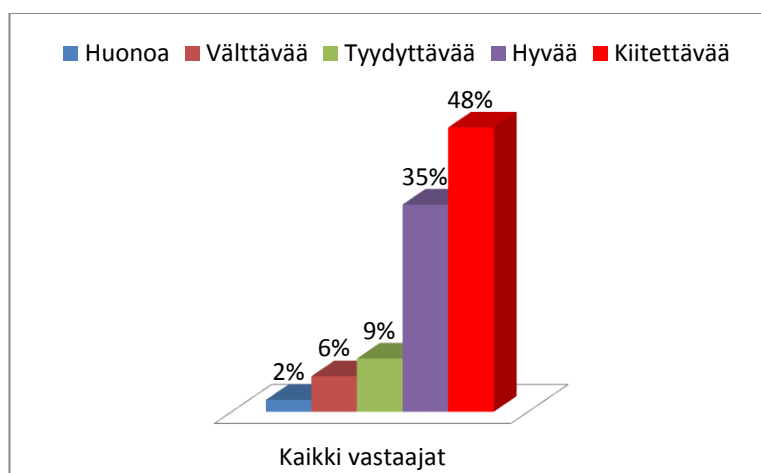
KUVIO 4. Ohjauksen vaikutukset vastaajien kokemana (n=53)

Ensimmäinen väittämä koski ohjauksen edistämistä toimintakykyyn. Nuoremmista vastaajista (n=27) 89 % oli osittain tai täysin samaa mieltä väittämän kanssa. 11 % nuoremmista ei osannut sanoa kantaansa. Vanhemmista vastaajista (n=26) 58 % oli osittain tai täysin sitä mieltä, että ohjaus edisti toimintakykyä. 27 % vanhemmista ei sanonut mielipidettään lainkaan ja 15 % oli osittain tai täysin eri mieltä ohjauksen edistämisestä toimintakykyyn.

Väittämässä ”ohjaus on edistänyt terveydentilaani” 25–59-vuotiaat vastaajat (n=27) 93 % olivat osittain tai täysin samaa mieltä. 7 % ei osannut sanoa kantaansa väittämään. 60–85-vuotiaista vastaajista (n=26) 62 % oli osittain tai täysin sitä mieltä, että ohjaus edisti terveydentilaa. 23 % ei osannut sanoa mieltään ja 15 % oli osittain tai täysin eri mieltä väittämään.

Nuoremmista vastaajista (n=27) 67 % oli osittain tai täysin sitä mieltä, että ohjaus edisti omaisten/puolison tietoa leikkauksesta. 15 % jätti kyseisestä ikäluokasta kokonaan vastaamatta, ja 18 % oli osittain tai täysin eri mieltä väittämään. 60–85-vuotiaista (n=25) 52 % oli osittain tai täysin sitä mieltä, että ohjaus edisti omaisten/puolison tietoa leikkauksesta. 20 % ei sanonut kantaansa sekä 28 % oli osittain tai täysin eri mieltä.

Monivalinta -kysymyksessä tiedusteltiin vastaajien saamaa ohjausta kokonaisvaltaisesti (Kuvio 5).



KUVIO 5. Kokonaisarvio ohjauksesta (n=54)

Nuorista vastaajista (n=27) kukaan ei pitänyt saamaansa ohjausta huonona tai välttävänä. 96 % oli sitä mieltä, että saatu ohjaus oli joko hyvää tai kiitettävää. Vanhemmista (n=27) 15 % piti saatua ohjausta huonona tai välttävänä. 15 % piti sitä tyydyttävänä, ja 70 %:n mielestä ohjaus oli hyvää tai kiitettävää.

Vastaajilta tiedusteltiin ohjauksen vaikutuksia myös avoimen kysymyksen avulla. Heiltä pyydettiin mielipiteitä, miten potilasohjausta voisi kehittää. Mielipiteistä nousi selvästi esille kolme eri teemaa: ohjauksen resurssit ja ajanpuute, ohjauksen sisältö ja menetelmät sekä potilaan ja taustatekijöiden huomiointi. Vastaajat toivat esille resurssit ja ajanpuutteen ohjauksessa:

”Ohjaajalla oli liian vähän aikaa.”

”Vaikea sanoa, kun ei ole resursseja kuitenkaan niitä toteuttaa.”

”Mielestäni hoitajille enemmän aikaa keskustella potilaan kanssa, koska psyyke vaikuttaa niin moneen asiaan. Potilas tietää, että kiire hoitajilla, paljon kysymyksiä, mutta kun tietää ettei he ehdi, piippi soi koko ajan. Kun tulee paljon uusia asioita, ei kaikkea ymmärrä kerralla. Pelko, kipu yms. painaa päälle, kun on kysymys vakavista asioista, niin kuin on minullakin 7 tunnin leikkaus takana ei siitä toivu pian, eikä pysty uusia asioita heti ottamaan vastaan ohimennen kuulemalla. Sosiaalisia asioita vaikea ymmärtää paperi ”sota” älytön. Hoitsuilla ei aikaa neuvoa.”

”ohjauskertoja voisi olla enemmän”

Ohjauksen sisällöstä ja menetelmistä vastaajilta tuli monenlaisia mielipiteitä:

”On hyvä, että ohjaus annetaan sekä suullisesti että kirjallisesti. Lisäkysymyksiä voi esittää puhelimitse tai jos on käyntiä sairaalassa. Itse olin hyvin tyytyväinen hoitoon ja ohjaukseen kautta linjan kaikki sujui hyvin kiitettävästi.”

”Kun lääkärit eivät ennätä puhumaan potilaan kanssa, niin olisi tärkeää, että joku henkilökunnasta kävisi kertomassa missä mennään sairauden osalta, miten leikkauksen jälkeen asiat etenevät. Ohjeita siitä, että kun leikkauksen jälkeen lähetetään kotiin, niin miten kotona pitäisi toimia kun oireita ja ongelmia ilmaantuu. Ja tarkemmin tietoa siitä, että mihin voisi soittaa kun ja jos ongelmia tulee leikkauksen jälkeen. Lääkəriin olisi hyvä saada kontakti ja kuulla sairauden osalta tärkeät asiat. Osastolla hoitajat palvelivat muuten erinomaisesti. kiitos siitä.”

”Hoidoista pitäisi yrittää kertoa mahdollisimman yksinkertaisesti elikkä suomeksi. Esimerkiksi laboratorio lähetteisiin selvät ohjeet pitääkö paastota”

”Lisätietoa leikkauksesta, mitä esim. tehtiin”

”Sairaalan toiminnassa voisi työnjakoa ja toimenpiteiden ajoitusta kehittää. Odotusta voisi vähentää. Toistuva samoihin kysymyksiin vastaamista voisi vähentää”

Potilaan ja taustatekijöiden huomioinnista vastaajat nostivat esille:

”Olisi otettava huomioon ohjauksessa potilaan ikä sekä fyysinen ja psyykinen kunto. Kaikki eivät voi omaksua asioita kerralla.”

”Ainakin jokin muu paikka kuin sairaalahuone, jossa vieruskaveri / kaverit kuuntelee / kuuntelevat mitä puhutaan. Ei voi kysyä mistään arasta tai liian henkilökohtaisesta aiheesta. ”

”En osaa sanoa.. Osastolla ollessani olin sen verran lääketokkurassa kipujen takia, etten välttämättä ymmärtänyt aina kaikkia asioita.”

Tarkasteltaessa ohjausten vaikuttavuutta kokonaisuutena voidaan havaita, että suurin osa vastaajista piti ohjausta ja sen vaikutuksia positiivisina monella eri elämän osa-

alueella. Ohjaus oli vastaajien mielestä kokonaisuudessaan myös pääosin hyvää tai kiitettävää. Eräs vastaajista ilmaisi tyytyväisyytensä hoitoon avoimen kysymyksen kohdalla näin ”Ihanhan siellä oli hyvä hoito ja tehtiin mitä lyhyessä ajassa oli mahdollista. En kuitenkaan ollut yksityispotilas vaan potilas muiden joukossa. Olen erittäin tyytyväinen, sain tarvitsemani ohjauksen hienosti sekä fysioterapeutilta, että osaston hoitohenkilökunnalta.” Vaikka ohjauksen saantia pidettiin kokonaisuudessaan myönteisenä, avoimien kysymysten perusteella voidaan kuitenkin tulkita, että ohjauksessa on kehitettävää. Potilaat kokivat muun muassa, että hoitajilla ei ollut tarpeeksi aikaa ohjata, sekä yleinen tiedonpuute hoitoon liittyvissä asioissa loi potilaisiin epävarmuuden tunnetta.

9 NYKYPÄIVÄN POTILASOHJAUS AIEMPIEN TUTKIMUSTEN VALOSSA

Taustakysymyksistämme selvisi, että vastaajista (N=57) suurin osa 74 % oli saanut ohjausta ennen ja jälkeen leikkauksen. Lähes puolet 49 % annetusta ohjauksesta toteutui osastoilla. Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että saatu potilasohjaus oli kokonaisuudessaan kiitettävää. Nuoremmat vastaajat olivat tulosten perusteella tyytyväisempiä saatuun potilasohjaukseen kuin vanhemmat vastaajat. Potilasohjauksen myönteisyyteen ovat vaikuttaneet hoitajien hallitsema tieto ohjattavan asian suhteen, jonka kautta hoitajille muodostuu taito ja myönteinen asennoituminen ohjaamiseen. Alaloukusa – Lahtisen (2008) tutkimuksessa vastaajat kokivat hoitohenkilökunnan ohjauksessa tarvitsemat tiedot ja taidot pääosin hyviksi, mutta ohjaukseen asennoitumisessa havaittiin puutteita. Potilasohjauksen kannalta on tärkeää, että vastaajat kokivat hoitajien toimivan yhteistyössä keskenään, jolla edesautetaan tiedonkulun sujuvuutta ja vältetään päällekkäisyyksiltä ohjauksessa.

9.1 Potilasohjauksen toteutus tutkimuksen perusteella

Ohjauksen toteutuksessa huomioitiin potilaslähtöisyys. Potilaat kokivat ohjaustilanteiden olevan vuorovaikutuksellisia, joissa heillä oli mahdollisuus ilmaista omia mielipiteitään sekä esittää kysymyksiä heitä askarruttaviin asioihin liittyen. Samankaltaisia

tuloksia sai Palokoski (2007) ja Alaloukusa-Lahtinen (2008) tutkimuksissaan, joissa vastaajien mielestä toteutui hyvin mahdollisuus kysymysten esittämiseen ja mielipiteiden huomiointi. Henkilökunnan välistä yhteistyötä pidettiin toimivana sekä ohjaustilanteen ilmapiiriä miellyttävänä, asiantuntevana ja rauhallisena. Potilaat kokivat hoitajien kuunnelleen heitä ja he olivat myös tyytyväisiä saamansa ohjauksen ajankohtaan. Kääriäisen (2007) tehdystä aikaisemmasta tutkimuksesta ilmenee tulosten olevan päinvastaisia. Hänen tutkimuksensa perusteella kehitettävää on ollut potilaslähtöisyyden ja vastavuoroisuuden huomioimisessa ohjauksen toteuttamisessa. Ohjauksessa ei huomioitu potilaan kontekstia, kuten elämäntilannetta, tarpeita tai omaisia. Myös vuorovaikutus oli autoritaarista, jossa potilaalla ei ollut mahdollisuutta keskustella tai kysyä mieltä painavista asioista. (Kääriäinen 2007, 91.) Eroja syntyi ohjauksen toteuttamistavoissa myös tarkasteltaessa vastauksia ikäluokkien perusteella. Nuoremmista vastaajista yli puolet (52 %) oli sitä mieltä, että heidän kanssaan keskusteltiin sopivasta tavasta muistaa asioita. Vanhemmat kokivat asian eri tavalla, vain 26 % oli tätä mieltä. Ylipäättään nuoremmen ikäluokan kanssa keskusteltiin huomattavasti enemmän ohjaustilanteessa kuin vanhemman. Nuorten kanssa keskustelu-menetelmä ohjauksessa selittyy mahdollisesti sillä, että heitä on myös tulosten mukaan kuunneltu enemmän ohjauksessa kuin vanhempia.

9.2 Potilasohjauksen riittävyys ja resurssit vastaajien kokemana

Ohjauksen sisältöä ajatellen tutkimuksemme vastaajista suurin osa oli osittain tai täysin samaa mieltä, että elämäntapoihin liittyvistä asioista annettiin riittävästi ohjausta. Myös jatkohoito-ohjauksen saantiin oltiin tyytyväisiä mutta kuntoutuspalveluista sekä sosiaali- ja terveyspalveluista kaivattiin lisää tietoa. Tutkimuksesta voidaan lisäksi todeta, että ohjauksella on vaikuttavuutta. Vastaajista suurin osa koki ohjauksen edistävän omaa selviytymistä jokapäiväisessä elämässä kokonaisvaltaisesti. Tutkimuksen avulla selvisi myös puutteita potilasohjauksen toteutuksessa. Hyödyllisen välineistön, esimerkiksi internetin ja videoiden käyttöä ohjauksessa osa vastaajista piti riittämättömänä. Tämä on ilmennyt myös Kääriäisen (2007) tutkimuksesta. Hänen tutkimukseen vastanneista suuren osan (79–83 %) kohdalla ei hyödynnetty ohjauksessa lainkaan audiovisuaalisia menetelmiä, kuten äänikasetteja, videoita tai tietokonetta (Kääriäinen 2007, 81).

9.3 Potilasohjauksen kehittäminen

Avoimesta kysymyksestä ”Miten potilasohjausta voisi kehittää?” suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, ettei hoitajilla ole tarpeeksi aikaa toteuttaa potilasohjausta. Suurin osa vastaajista (92 %) oli väittämän ”hoitohenkilökunnalla oli riittävästi aikaa ohjata minua” kohdalla kuitenkin osittain tai täysin samaa mieltä. Ajan riittämättömyyttä ohjauksen suhteen puoltaa tosin se, että niiden väittämien kohdalla, jotka käsittelevät ohjauksen riittävyttä ja toteutusta on enemmän hajontaa vastauksissa. Myös yleiset puheet eri tiedotusvälineissä antavat yhteiskunnastamme sellaista kuvaa, että hoitajilla on työssään nykypäivänä ainainen kiire. Hyödyllisen välineistön käyttö sekä ajanpuute ohjauksessa ilmenivät aikaisemmasta henkilöstölle tehdystä tutkimuksesta. Henkilöstön kokemuksen mukaan ohjaustoimintaa heikensivät käytettävissä oleva vähäinen aika, puutteellinen välineistö sekä epäasialliset tilat (Lipponen ym. 2008, 130 b).

Avoimen kysymyksen vastauksista oli tulkittavissa, että potilaat kaipasivat lisää tietoa tehdystä toimenpiteestä ja ohjauksen toteuttamisajankohtaan tulisi kiinnittää huomiota. Rankisen ym. 2007 tehdyssä tutkimuksessa oli vertailtu summassa valitun yliopistollisen sairaalan eri kirurgisilla osastoilla, kuinka potilaiden ennakkotiedot ja odotukset operaatioista ja ohjauksesta toteutuivat sairaalassaoloaikana. Tutkimuksessa ilmeni potilaiden saaneen vähemmän tietoa fysiologisissa, käytännön, kokemusperäisissä, sosiaalisissa, eettisissä ja taloudellisissa asioissa kuin he olivat odottaneet. Tuloksissa oli huomioitavissa selkeitä yhtäläisyyksiä tiedonhalussa tarkasteltaessa niitä iän, sukupuolen ja koulutustason mukaan. Etenkin nuoret, naiset ja korkeammin koulutetut halusivat saada enemmän tietoa ja potilasohjausta liittyen toimenpiteeseensä. Myös Johanssonin (2006) tekemän tutkimuksen perusteella ei potilasohjauksen nykykäytännöissä riittävästi huomioida potilaiden odotuksia tiedon suhteen. Potilaat pitivät tietämystään puutteellisina tietyissä hoitoaan koskevissa asioissa. Ohjauksen sisällöt ja menetelmälliset ratkaisut olivat epäsystemaattisia eikä voimavaraisuuden näkökulmaa otettu huomioon.

Toisena kehittämishaasteena vastauksista kävi ilmi potilaiden omaisten/puolison huomiointi potilasohjauksessa. Kolmessa omaisia/puolisoa koskevassa väittämässä suurin osa vastaajista ei osannut sanoa lainkaan mielipidettään. Näin toteutui esimerkiksi väittämän ”omaiseni/puolisoni otettiin halutessani mukaan ohjaustilanteeseen” kohdalla. Lisäksi yllättävän moni vastaajista 39 % ei osannut vastata, oliko saanut riittävästi ohja-

usta sairauden vaikutuksista omaisiin/puolisoon. Aikaisemman tutkimuksen mukaan (myös Kääriäinen 2007) henkilöstö on suhtautunut omaisten ohjaamiseen negatiivisesti, mikä voi selittää tämän tutkimuksen vastaajien epävarmuutta omaisia/puolisoa koskeissa väittämissä (Lipponen ym. 2008, 130 a).

9.4 Johtopäätökset ja potilasohjaus tulevaisuudessa

Tutkimuksen tulosten perusteella voidaan tehdä seuraavia johtopäätöksiä:

1. Potilasohjaukseen oltiin kokonaisuudessaan tyytyväisiä.
2. Sähköisessä muodossa olevaan potilaskyselyyn ei saada riittävästi vastaajia.
3. Ohjauksen kohdistuminen yksilöllisesti potilaaseen ei toteudu.
4. Hoitajille on organisoitava enemmän aikaa potilasohjauksen toteuttamiseen.
5. Potilasohjauksen toteuttamisajankohtaan on kiinnitettävä huomiota.
6. Panostettava omaisten/puolison huomiointiin potilasohjauksessa.
7. Hyödyllisen välineistön käyttöä on lisättävä ohjauksessa.

Tutkimuksen perusteella näyttää siltä, että potilasohjaus on kokonaisuutena toiminut hyvin Keski-Suomen keskussairaalassa kirurgian vastuualueella. Tutkimuksesta nousi kuitenkin esille monia huomioitavia asioita potilasohjauksen toteuttamisessa. Toistaiseksi kyselytutkimukset ovat vastaajaprosentin kannalta parempi toteuttaa kirjallisena kuin sähköisenä. Myöhemmin tilanne saattaa kääntyä toisinpäin, koska yhteiskuntamme pyrkii sähköiseen tiedonsiirtoon.

Tulevaisuudessa potilasohjausta olisi kehitettävä siten, että hoitajien työ organisoidaan sellaiseksi, että heillä on riittävästi aikaa ohjata potilaita sekä ohjauksien ajankohta toteutuisi järkevästi. Organisoinnilla mahdollistetaan ohjauksen toteuttaminen ikä sekä fyysiset ja psyykkiset tekijät huomioiden, mikä johtaa ohjauksen yksilöllisyyteen. Potilaille saattaa omaisten/puolison läsnäolo ohjauksessa olla hyvinkin arvokasta, joten tähän tulisi hoitajien antaa mahdollisuus. Nykypäivänä internetin käyttö on lisääntynyt, mikä on huomioitava potilasohjauksen toteutuksessa. Internetin käyttöön osana hyödyllistä välineistöä on kannattavaa panostaa tulevaisuudessa.

Jatkotutkimusaiheena voisi olla uusien potilasohjausmallien kehittäminen ja laatiminen. Potilasohjauskoulutuksen tai -perehdytyksen järjestäminen voisi olla hyödyllistä hoitajille. Lisäksi olisi mielenkiintoista tutkia, miten hoitajat itse kokevat potilasohjauksen toteutuvan Keski-Suomen keskussairaalan kirurgian osastoilla sekä millaiseksi omaiset tai puoliso kokevat asemansa potilaan rinnalla potilasohjausta toteuttaessa.

10 TUTKIMUKSEN EETTISET NÄKÖKULMAT

Tutkimuksessa eettisten ratkaisujen tavoitteena on oikeudenmukaisuuden korostaminen, ihmisten kunnioittaminen ja tasa-arvoinen vuorovaikutus. Kriittinen asenne vallitsevia käytäntöjä sekä tarjottuja tietoja kohtaan näkyy myös eettisyytenä. Hyvien ammattikäytäntöjen kehittämiseksi ja jatkuvalle arvioinnille rakentava kriittisyys luo hyvän pohjan. Tutkimus- ja kehittämisprosessissa eettisyydellä tarkoitetaan tapaa, jolla työntekijä ja ohjaaja suhtautuvat työhönsä, ongelmiin sekä niihin henkilöihin, joiden kanssa ja joiden elämäntilanteesta tutkimusta sekä kehittämistä tehdään. (Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä 2010, 11.)

Usein tutkimus- tai kehittämistyö toteutetaan yhteisössä tai laitoksessa edellyttäen erillistä lupaa. Tämän vuoksi työntekijän tulee selvittää kyseisen työyhteisön lupakäytäntö. (Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä 2010, 12.) Tutkimusta varten pyysimme ja saimme tutkimusluvan Keski-Suomen sairaanhoitopiirin eettiseltä toimikunnalta (Liite 3). Eettisyyteen liittyy huolehtiminen potilastietojen salassa pysymisestä. Tämä toteutui siten, että yksittäiset henkilöt tai työyhteisöt eivät olleet tunnistettavissa ja raportti kirjoitettiin niin, että tutkimusongelmien käsittelyn näkökulma oli oleellinen. Kehittämis- tai tutkimushankkeeseen tietojaan antavien henkilöiden tuli antaa lupa tutkimuksen tekemiseen. Heitä informoitiin tutkimuksesta ja sen etenemisestä. Samalla työntekijät sitoutuivat aineistonsa säilyttämisessä ja käytössä siihen, että materiaali päättyi ainoastaan ennalta sovittuun tarkoitukseen. Luotettavuutta lisäävänä tekijänä jaoimme kyselyyn osallistuville saatekirjeen, jossa kerrottiin opinnäytetyönämme tehtävän tutkimuksemme tarkoitus ja tavoite sekä vastaajien merkitys potilasohjauksen kehittämisessä. Käsittelimme saamamme vastaukset luottamuksellisesti ja anonymisti.

10.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkijan tulee selvittää tutkittavilleen yksityiskohtia myöten, kuinka luottamuksellisuus taataan käytännössä tutkimuksen eri vaiheissa. Tutkittaville on selvitettävä, ketkä pääsevät käsiksi heidän antamiinsa tietoihin ja kuinka henkilöllisyys pysyy salassa. Anonymiteetti onkin tutkijan yksi päämetodeista. Jotta tutkittavat sitten antavat pätevän suostumuksen tutkimukseen osallistumisesta, tulee heitä informoida tutkimuksen kaikista yksityiskohdista. Luottamuksellisuuden yksityiskohtainen selvitys on osa informointia. Tutkijan tulee suhtautua vakavasti tutkittavilleen antamiinsa lupauksiin luottamuksellisuudesta, koska sen takaaminen on tutkijan moraalinen velvollisuus. (Mäkinen 2006, 116.)

Pohdittaessa tutkimuksemme ja sen tulosten luotettavuutta, uskoimme saavamme tutkimukseemme osallistuvilta totuudenmukaisia vastauksia, koska tutkimus kosketi potilaita henkilökohtaisesti ja kyseessä olivat hyvin omakohtaiset kokemukset. Tutkimuksemme tulosten luotettavuutta voidaan pitää myös siltä osin hyvänä, koska vastaajia tutkimukseemme oli yhteensä 57 henkilöä. Onnistunutta kyselytutkimusta varten vastauksia olisi saatava vähintään 50–60 kappaletta, jotta aineiston tilastollinen käsittely olisi merkityksellinen (Anttila 2005, 183). Haimme tutkimustulosten analysointia varten ohjausta useita kertoja, jotta pystyimme käsittelemään tutkimustuloksia itsenäisesti SPSS -ohjelman avulla. Ohjauksella halusimme varmistaa tulosten luotettavuutta ja oikeellisuutta.

Tutkimuksemme teon yhteydessä tuli huomioida tärkeänä asiana tutkimuksen tieteellinen luotettavuus ja pätevyys, toisin sanoen tutkimuksen validiteetti ja reliabiliteetti. Kun tutkimus on validi, se on silloin luotettava/pätevä. Tutkimusvälinettä voidaan sanoa reliabeliksi, kun se on mittatarkka ja mittaa pysyvästi samaa asiaa. Validiteetin arvioiminen on yksinkertaista, mittaustulosta verrataan todelliseen tietoon mitattavasta ilmiöstä. Kysymyksenä onkin: kuinka hyvin tutkimusote ja käytetyt menetelmät vastaavat halutun ilmiön tutkimista. Voidakseen olla validi, tutkimusotteen tulee tehdä oikeutta tutkittavalle ilmiölle ja sen kysymyksenasettelulle. Tutkimus on arvoton, jos siitä puuttuu kokonaan validiteetti. Tämä tarkoittaa käytännössä sitä, että tutkitaan aivan muuta asiaa kuin kuvitellaan tai oli alun perin tarkoitus. Empiiriset havainnot ja koko tutkimus kohdistuu tällöin enemmän tai vähemmän sivuun siitä, mikä oli tarkoitus. Tutkimusotteena

käyttämäämme määrälliseen eli kvantitatiiviseen menetelmään kuuluu yleensä reliabiliteetti-käsite. Reliabiliteetilla eli mittarin tai menetelmän luotettavuudella tarkoitetaan tutkimusmenetelmän ja käytettyjen mittareiden kykyä saavuttaa tarkoitetut tulokset. (Anttila 2005, 511–513, 515.)

10.2 Mittarin validiteetti ja reliabiliteetti

Tutkimuksessamme kyselylomakkeen pohjana käyttämäämme Maria Kääriäisen tekemää Potilasohjauksen laatumittaria voidaan myös tarkastella validiteetin ja reliabiliteetin näkökulmasta. Mittarin validiteetilla tarkoitetaan Paunosen ja Vehviläinen-Julkusen (2006) mukaan mittarin kykyä mitata juuri sitä mitä halutaan. Mittarin validiteetti voidaan jakaa kolmeen osaan: käsitevaliditeetti, sisältövaliditeetti ja kriteerivaliditeetti. Käsitevaliditeetilla tarkoitetaan mittarin kykyä tarkastella mahdollisimman laajasti haluttua käsitettä. Sisältövaliditeetilla tarkoitetaan mittarin osioiden kykyä mitata mitä halutaan tutkia. Kriteerivaliditeetti osoittaa, mikä yhteys on mittarilla saadulla nykyisyyttä kuvaavalla tai tulevaisuutta ennustavalla kriteerillä.

Mittarin reliabiliteetilla tarkoitetaan mittarin kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa sillä tarkoitetaan mittarin johdonmukaisuutta, se mittaa aina kokonaisuudessaan samaa asiaa (KvantiMOTV 2008). Reliabiliteetissa on kaksi osatekijää stabiliteetti ja konsistenssi. Stabiliteetilla tarkoitetaan sitä, kuinka herkästi ulkopuoliset tekijät vaikuttavat mittariin. Konsistenssilla eli vastaavuudella ilmaistaan mittaustulosten samankaltaisuutta eri mittauserroilla. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 207–210.)

Potilasohjauksen laatumittarin käyttö lisäsi konkreettisesti tutkimuksemme luotettavuutta muun muassa siten, että sitä oli jo aikaisemmin käytetty hoitotieteellisissä tutkimuksissa.

11 OPINNÄYTETYÖPROSESSI

Opinnäytetyöprosessimme on ollut yli vuoden mittainen projekti. Työllemme tarjottiin aihetta Keski-Suomen keskussairaalaan kirurgian ylihoitajan toimesta, sairaanhoitopiirissä käynnissä olevasta Potilasohjaus vaikuttavaksi -projektista, joka oli ajankohtainen, työelämälähtöinen sekä työelämää kehittävä. Kirurgisen hoitotyön kehittäminen kiinnosti meitä kaikkia, joten aiheeseen oli helppo tarttua.

Varsinainen opinnäytetyöprosessimme käynnistyi syksyllä 2011 tiedonhankintasuunnitelman laatimisella sekä tutkimussuunnitelman työstämisellä. Aloitimme tutustumalla teorian tietoon, jota haimme kriittisesti luotettavista lähteistä eri tiedonhakumenetelmien avulla. Opastusta lähteiden hakemiseen saimme koulumme kirjaston informaatikolta. Tutkimussuunnitelmaa työstäessämme haimme säännöllisesti palautetta ja ohjausta työelämäneustajalta sekä opinnäytetyömme ohjaavalta opettajalta. Tutkimussuunnitelman tekeminen osoittautui yllättävän haastavaksi sisällöllisesti ja ajallisesti. Vaikka tutkimussuunnitelman tekeminen vei aikaa, pystyimme hyödyntämään esiin tuomiamme asioita laajalti varsinaisessa opinnäytetyössämme.

Saatuamme tutkimussuunnitelmamme valmiiksi ja luvan käyttää Kääriäisen laatimaa Potilasohjauksen laatu -mittaria, teimme saatekirjeen potilaille Webropol-kyselytutkimusta varten. Järjestimme infotilaisuuden työelämäneustajalle sekä osalle kirurgisten osastojen osastonhoitajia, joille esittelimme kyselytutkimustamme sekä opinnäytetyömme aihetta. Toimme myös esille toivomuksen siitä, miten he ja osastojen hoitohenkilökunta voisivat auttaa ja edistää tutkimuksemme onnistumista. Ennen tapaamistamme saimme tiedon, että alkuperäisen tutkimuksemme kohderyhmän 18–30-vuotiaat elektiiviset leikkauspotilaat ohjautuvat päiväkirurgiaan, joten jouduimme rajaamaan työtämme uudestaan tutkimuksen kohderyhmän osalta koskettamaan kaikenikäisiä potilaita. Jaoimme osastoille menevät saatekirjeet osastonhoitajille, mikä käynnisti kyselymme 10.2.2012. Vastaamiseen varasimme aikaa kolme kuukautta. Operatiivinen osasto 4 tuli mukaan tutkimukseemme myöhemmässä vaiheessa, ja kävimme pitämässä heille oman esittelyn aiheesta. Potilaskyselyn ollessa käynnissä kirjoitimme työmme teoriaosuutta jokainen omalla tahollaan reaaliaikaisella Google dokumentti-ohjelmalla. Kyselyn loppumisajankohdan lähestyessä huolestuimme kyselyyn vastaan-

neiden vähäisestä määrästä. Sovimme työelämänedustajan ja ohjaavan opettajamme kanssa, että kokeilemme, saisimmeko lisää vastaajia kirjallisilla kyselylomakkeilla, joihin osastoilla olevat leikkauspotilaat voisivat vastata jo osastolla oloaikana. Teimme uudet saatekirjeet ja jaoimme kirjalliset kyselylomakkeet osastoille ja jatkoimme vastaamisaikaa kolmella viikolla eteenpäin toukokuun 2012 loppuun asti. Gastroenterologinen osasto 22 ei halunnut enää tässä vaiheessa sitoutua kyselytutkimukseemme. Kirjallisilla kyselylomakkeilla saimme lyhyessä ajassa vastauksia paljon enemmän kuin sähköisellä kyselyllä.

Elokuussa 2012 aloimme analysoida kyselytutkimuksella saatuja vastauksia. Ensimmäinen vaihe käynnistyi, kun siirsimme kirjallisilla kyselylomakkeilla saamamme vastaukset Webropol-ohjelmaan, jonka jälkeen siirsimme Webropolissa olevat tulokset SPSS-ohjelmaan, jolla analysoimme aineistoa laskemalla frekvenssejä sekä ristiintaulukoimalla tuloksia ikäjakautuksen ja sukupuolen mukaan. Tapasimme työelämän edustajaa syyskuussa ja hänen kanssaan kävimme läpi työtämme sisällöllisesti sekä aikataulullisesti. Huomioimme, että opinnäytetyömme alustavaan suunnitelmaan ja aikataulutukseen olisi kannattanut alkuvaiheessa perehtyä huolellisemmin, jotta asiat olisivat edenneet sovitussa aikataulussa ja olisimme välttyneet kiireeltä. Aineiston analysoinnin yhteydessä osa tutkimuksemme tuloksista oli hävinnyt ja jouduimme turvautumaan atk-opettajamme apuun. Webropol- ja SPSS-ohjelmien käyttöön saimme kaiken kaikkiaan hyvin vähän ohjausta ja opetusta meistä riippumattomista syistä.

Työ lopulta yhdistyi kokonaisuudeksi, jota täydensimme ohjaavalta opettajalta ja työelämänedustajalta saamiemme kommenttien ja toiveiden perusteella. Opinnäytetyömme kirjoittaminen ja kokoaminen oli huomattavasti mielenkiintoisempaa ja antoisampaa yhdessä, koska pystyimme koko ajan tukemaan ja täydentämään toisiamme. Keskustelemalla asioista saimme aikaan rakentavaa kriittistä pohdintaa työn lopulliseen muotoon saattamiseksi. Haimme säännöllisesti ohjausta opinnäytetyöprosessimme eri vaiheissa puhelimitse, sähköpostin välityksellä tai tapaamalla opettajia sekä työelämänedustajaa, jotta työmme rakentuisi johdonmukaisesti ja etenisi sisällöltään loogisesti. Työmme valmistui monista hankaluuksista huolimatta marraskuussa 2012.

Tämän opinnäytetyöprosessin myötä meistä kaikki ovat kasvaneet ja kehittyneet ammatillisesti sekä tutkimuksen tekijöinä että hoitajina. Tulevaisuudessa jokaisella meistä on

matalampi kynnys osallistua erilaisiin tutkimuksiin, kehittämishankkeisiin sekä projekteihin tulevissa työyhteisöissämme, koska takanamme on jo yksi onnistunut tutkimus. Lisäksi saimme paljon hyvää tietoa potilasohjauksesta ja sen tärkeydestä hoitoalalla. Täten osaamme myös itse panostaa työssämme potilasohjaukseen, jos työskentelemme tulevaisuudessa työympäristössä, jossa potilasohjaus on olennainen osa hoitotyötä.

LÄHTEET

- Alaloukusa-Lahtinen, Johanna 2008. Ohjaus kirurgisen potilaan arvioimana. Oulun yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro gradu -työ. Viitattu 22.10.2012.
<http://www oulu.fi/hoitotiede/Alaloukusa-LahtinenJ.htm>
- Anttila, Pirkko 2005. Ilmaisuu, teos, tekeminen ja tutkiva toiminta. Hamina: AKATIIMI Oy.
- Diakonia ammattikorkeakoulu 2010. Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä. Opas Diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä varten. Helsinki: Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Hautakangas, Anna-Liisa; Horn, Tarja; Pyhälä- Liljeström Paula & Raappana, Maarit 2003. Hoitotyö päiväkirurgisella osastolla. Helsinki: WSOY.
- Heikkinen, Katja 2011. Internet soveltuu erinomaisesti päiväkirurgisen potilaan ohjaukseen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja. Viitattu 23.10.2012.
<http://domino.utu.fi/tiedotus/tiedotukset.nsf/0/89483358dcacd425c22578fe0021f23f?OpenDocument>
- Heikkinen, Katja; Johansson, Kirsi; Kaljonen, Anne; Leino-Kilpi, Helena; Rankinen, Sirkku; Salanterä, Sanna & Virtanen, Heli 2007. Expectation and received knowledge by surgical patients. International Journal for Quality in Health Care 19 (2), 113-119.
- Heino, Tarja 2005. Päiväkirurgisen polviniveltähystyspotilaan ohjaus potilaan ja perheenjäsenen näkökulmasta. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja. Viitattu 21.10.2012. <http://acta.uta.fi/pdf/951-44-6290-4.pdf>
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2009. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Holmia, Silja; Murtonen, Irja; Myllymäki, Hannele & Valtonen, Katariina 2008. Sisätautien, kirurgisten sairauksien ja syöpätautien hoitotyö. Helsinki: WSOY.
- Jaakonsaari, Marjo 2009. Potilasohjauksen opetus hoitotyön koulutusohjelmassa - hoitotyön opettajien käsityksiä. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -työ. Viitattu 22.10.2012.
<http://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/45236/gradu2009jaakonsaari.pdf?sequence=1>

- Johansson, Kirsi 2006. Ortopedisen potilaan ohjausta voidaan tehostaa. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja. Viitattu 23.10.2012.
<http://domino.utu.fi/tiedotus/tiedotukset.nsf/0/7fecba8e26606c7bc22572130038ff11?OpenDocument>
- Johansson, Kirsi; Katajisto, Jouko & Salanterä, Sanna 2010. Pre-admission education in surgical rheumatology nursing: towards greater patient empowerment. *Journal of clinical nursing* 19, 175–181.
- Jyväskylän yliopisto i.a. Määrällinen analyysi. Viitattu 4.10.2012.
<https://koppa.jyu.fi/avoimet/hum/menetelmapolkuja/menetelmapolku/aineiston-analyysimenetelmat/maarallinen-analyysi>
- KvantiMOTV 2008. Mittaaminen–mittarin luotettavuus. Viitattu 23.10.2012.
<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/mittaaminen/luotettavuus.html#validiteetti>
- Kyngäs, Helvi; Kääriäinen, Maria; Poskiparta, Marita; Johansson, Kirsi; Hirvonen, Eila & Renfors, Timo 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Helsinki: WSOY.
- Kääriäinen, Maria 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Väitöskirja.
- Lahtinen, Mari 2006. Potilasohjauksen eettiset lähtökohdat. Teoksessa Kaija, Lipponen; Helvi, Kyngäs & Kääriäinen, Maria (toim.) Potilasohjauksen haasteet–käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Viitattu 8.11.2012.
https://www.ppshep.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992. 785/17.8.1992. Finlex -Valtion säädöstietopankki. Ajantasainen lainsäädäntö. Viitattu 22.10.2012.
<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>
- Lipponen, Kaija; Kanste, Outi; Kyngäs, Helvi & Ukkola, Liisa 2008 a. Erikoissairanhoidon ja perusterveydenhuollon yhteistyönä tuotetut potilasohjauksen toimintamallit. Viitattu 22.10.2012.
http://www.ppshep.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16314_3_2008.pdf
- Lipponen, Kaija; Kanste, Outi; Kyngäs, Helvi & Ukkola, Liisa 2008 b. Henkilöstön käsitykset potilasohjauksen toimintaedellytyksistä ja toteutuksesta perusterveydenhuollossa. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 45, 121–135.

- Lunnela, Jaana 2011. Internet-perusteisen potilasohjauksen ja sosiaalisen tuen vaikutus glaukoomapotilaan hoitoon sitoutumisessa. Oulun yliopisto. Terveystieteiden laitos. Pro gradu -työ. Viitattu 11.11.2012.
<http://herkules.oulu.fi/isbn9789514294136/isbn9789514294136.pdf>
- Mäkinen, Olli 2006. Tutkimusetiikan ABC. Helsinki:Tammi.
- Palokoski, Marja-Riitta 2007. Kirurgisen potilaan kotona selviytyminen leikkauksen jälkeen. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja.
- Paunonen, Marita & Vehviläinen-Julkunen, Katri 2006. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1.–4. painos. Helsinki: WSOY.
- Raappana, Maarit 2011. Potilasohjaus Vaikuttavaksi -projektisuunnitelma. Keski-Suomen sairaanhoitopiiri.
- Rauhasalo, Anneli 2003. Hoitoaika lyhenee – koti kutsuu. Jyväskylän yliopisto. Liikunta- ja terveystieteiden laitos. Pro gradu -työ. Viitattu 22.10.2012.
<https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/13481/9513915492.pdf?sequence=>
- Sairaanhoitajaliitto 2012. Ortopedisen potilaan ohjausta voidaan tehostaa. Viitattu 12.11.2012.
http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/12_2006/vaitos/ortopedisen_potilaan_ohjausta_vo/
- Vänskä, Kirsti; Laitinen-Väänänen, Sirpa; Kettunen, Tarja & Mäkelä, Juha 2011. Onnistuuko ohjaus? Sosiaali- ja terveysalan ohjaustyössä kehittyminen. Helsinki: Edita.
- Webropol oy i.a. Tilastolliset analyysit helposti ja hauskaasti. Viitattu 2.9.2011.
http://w3.webropol.com/images/uploads_new/finland/Webropol%20Professional%20Statistics.pdf

LIITE 1: Sopimus potilasohjauksen laatu-mittarista ja sen käytöstä

SOPIMUS POTILASOHJAUksen LAATU -MITTARISTA JA SEN KÄYTÖSTÄ

1. SOPIJAOSAPUOLET

- Hanna Laukkarinen, Halssilanrinne 11 A 12 40400 Jyväskylä
puh.0407352678, sähköposti: hanna.laukkarinen@student.diak.fi
Diakonia-ammattikorkeakoulu Pieksämäki

Anni Oikari, Vaajakoskentie 1-5 D 41 40320 Jyväskylä, puh.0407634517
sähköposti: anni.oikari@student.diak.fi Diakonia-ammattikorkeakoulu
Pieksämäki

Jarmo Pirkkalainen, Hankarinteentie 10 41520 Hankasalmi,
puh.0401989822 sähköposti: jarmo.pirkkalainen@student.diak.fi
Diakonia-ammattikorkeakoulu Pieksämäki

- TtT, yliopisto-opettaja Maria Kääriäinen & THT, professori Helvi Kyngäs,
Oulun yliopisto, Terveystieteiden laitos, PL 5000, 90014 Oulun yliopisto,
maria.kaariainen@oulu.fi, helvi.kyngas@oulu.fi

2. SOPIMUKSEN TAUSTA JA TAVOITTEET

Oulun yliopiston terveystieteiden laitoksen Potilasohjauksen laadun arviointi-tutkimushankkeen tarkoituksena on arvioida potilasohjauksen laatua, testata potilasohjauksen laatumallia sekä potilasohjauksen laatu -mittareita eri toimintaympäristöissä. Tutkimushankkeen tavoitteena on saada monipuolista tietoa hoitotieteen tietoperustan laajentamiseen sekä potilasohjauksen laadun kehittämiseen kliinisessä hoitotyössä. Tutkimushankkeessa käytetään teoreettisia, määrällisiä ja laadullisia lähestymistapoja. Tutkimushankkeen tutkimusryhmään kuuluvat TtT, yliopisto-opettaja Kääriäinen Maria & THT, professori, Kyngäs Helvi. Lisäksi hankkeessa on mukana väitöskirjatyön ja pro gradu-tutkielman tekijöitä.

Tämä sopimus koskee Oulun yliopiston terveystieteiden laitoksen tutkimusryhmän (Kääriäinen & Kyngäs) kehittämää Potilasohjauksen laatu -mittaria ja sen käyttöä tutkimus- ja kehittämistoiminnassa. Sopimuksen tavoitteena on toimivan ja vuorovaikutteisen sopimussuhteen luominen ja ylläpitäminen säännöllisten yhteydenottojen avulla Oulun yliopiston terveystieteiden laitoksen tutkimusryhmän (Kääriäinen & Kyngäs) ja Hanna Laukkarisen, Anni Oikarin ja Jarmo Pirkkalaisen välillä.

3. SOPIMUKSEN KOHDE JA SOPIMUSKAUSI

Tällä sopimuksella Hanna Laukkarinen, Anni Oikari ja Jarmo Pirkkalainen sitoutuvat seuraaviin asioihin:

2 (3)

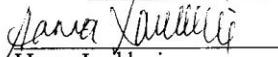
- saavat käyttöönsä aineiston keruuta varten Potilasohjauksen laatu -mittarin (potilasmittari), jonka copyright oikeudet ovat TtT Maria Kääriäisellä.
- saavat ottaa Potilasohjauksen laatu -mittarista paperikopioita opinnäytetyössä tarvittava määrä.
- saavat käyttää Potilasohjauksen laatu -mittaria vain opinnäytetyössä varten kerättävään aineistoon.
- on oikeus tehdä opinnäytetyö Potilasohjauksen laatu -mittarilla kerätystä aineistosta. Opiskelijoiden toivotaan osallistuvan yhdessä ohjaavan opettajan Tuulikki Elialan ja Oulun yliopiston terveystieteiden laitoksen tutkimusryhmän (Kääriäinen & Kyngäs) kanssa tieteellisen ja/tai ammatillisen artikkelin kirjoittamiseen opinnäytteen tulosten pohjalta. Mikäli opiskelijat eivät halua osallistua edellä mainitun artikkelin kirjoittamiseen, oikeus sen kirjoittamiseen on opinnäytetyön ohjaajalla (NIMI?) ja Oulun yliopiston terveystieteiden laitoksen tutkimusryhmällä (Kääriäinen & Kyngäs). Mikäli opinnäytetyön ohjaaja (NIMI?) ei halua osallistua artikkelin kirjoittamiseen, oikeus sen kirjoittamiseen on Oulun yliopiston terveystieteiden laitoksen tutkimusryhmällä (Kääriäinen & Kyngäs).
- ei ole oikeutta kirjoittaa tieteellisiä ja/tai ammatillisia artikkeleita vain omalla nimellään ja ilman Oulun yliopiston terveystieteiden laitoksen tutkimusryhmän (Kääriäinen & Kyngäs) suostumusta.
- luovuttaa Potilasohjauksen laatu -mittaria kerätyn aineiston kokonaisuudessaan Oulun yliopiston terveystieteiden laitoksen tutkimusryhmän (Kääriäinen & Kyngäs) käyttöön sähköisessä muodossa (SPPS- ja/tai doc -tiedosto riippuen aineiston laadusta).
- Potilasohjauksen laatu -mittarilla kerätyt aineistot voidaan kerätä yhdeksi isoksi aineistoksi tai käyttää vertailevan tutkimuksen aineistona ja julkaista niiden pohjalta raporttia Oulun yliopiston terveystieteiden laitoksen tutkimusryhmän (Kääriäinen & Kyngäs) toimesta.
- toimittaa valmiin opinnäytetyönsä Oulun yliopiston terveystieteiden laitoksen tutkimusryhmälle (Kääriäinen & Kyngäs).
- ei saa luovuttaa Potilasohjauksen laatu -mittaria kenellekään eikä käyttää muuhun tarkoitukseen kuin opinnäytetööhön.
- ei saa julkaista Potilasohjauksen laatu -mittaria missään julkaisussa (esim. opinnäytetoissa, ammatillisissa tai tieteellisissä julkaisuissa).
- ei saa lähettää Potilasohjauksen laatu -mittaria sähköisesti kenellekään ilman Oulun yliopiston terveystieteiden laitoksen tutkimusryhmän (Kääriäinen & Kyngäs) erillistä suostumusta.
- ei saa kääntää Potilasohjauksen laatu -mittaria eri kielille ilman Oulun yliopiston terveystieteiden laitoksen tutkimusryhmän (Kääriäinen & Kyngäs) erillistä suostumusta.
- opinnäytetyössä kerätty aineisto on myös Keski-Suomen sairaanhoitopiirin Potilasohjaus vaikuttavaksi! vv. 2011-2013-hankkeen toimijoiden käytössä kehittämistyössä

3 (3)

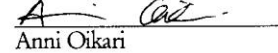
Sopimus on voimassa toistaiseksi.

Olen lukenut yllä olevan ja sitoudun siihen. Tämä sopimus on laadittu kahtena samansisältöisenä kappaleena, yksi kummallekin osapuolelle. Sopimus tulee voimaan sen tultua allekirjoitetuksi.

Oulussa 30.10.2011



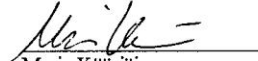
Hanna Laukkarinen



Anni Oikari



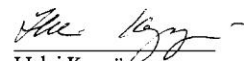
Jarno Pirkkalainen



Maria Kääriäinen

TtT, yliopisto-opettaja

Potilasohjauksen laadun arviointi -projektin
tutkimusryhmä



Helvi Kyngäs

THT, professori

LIITE 2: Saatekirje

*KYSELY LEIKKAUSPOTILAILLE*

Hyvä potilas,

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri (K-S SHP) kehittää aktiivisesti potilasohjausta. Tämän opinnäytetyönä tehtävän tutkimuksen tarkoituksena on **kuvata ohjauksen laatua potilaiden arvioimana** ja saada tietoa ohjauksen kehittämiseksi. Opinnäytetyö liittyy K-S SHP:n Potilasohjaus vaikuttavaksi – projektiin. Kyselyssä käytettävä mittari on Oulun yliopiston terveystieteiden laitoksen tutkimusryhmän omistama.

Ohjauksella tarkoitetaan potilaan tarpeisiin perustuvaa, vuorovaikutteisesti ja tavoitteellisesti toteutettua terveyteen ja hoitoon liittyvien asioiden käsittelyä. **Olemme kiinnostuneita siitä, millaista ohjausta Te koitte saaneenne.**

Pyydämme Teitä vastaamaan kyselyyn, koska mielipiteenne on meille tärkeä. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista. Aikaa kyselylomakkeen täyttämiseen kuluu noin 15 minuuttia. Täytettyänne vastaukset, sulkekaa ne ohessa olevaan kirjekuoreeseen ja antakaa hoitajalle. Kaikki vastaukset käsitellään luottamuksellisesti. Vastauksenne eivät tule Teitä hoitaneen hoitoyksikön tietoon, eikä Teidän henkilöllisyyttänne voida tunnistaa. Vastauksenne ei myöskään vaikuta mitenkään hoitoonne, vaan kyselyn perusteella kehitetään leikkauspotilaiden ohjausta.

Vastaamalla kyselyyn annatte luvan meille käyttää vastauksianne opinnäytetyösämme. Vastauksenne ovat opinnäytetyöntekijöiden käytettävissä edesauttaen potilasohjauksen kehittämisessä K-S SHP:n Potilasohjaus vaikuttavaksi – projektissa. Potilasohjauksen laatu -mittarilla (potilasmittari) kerätyn aineisto lupa edellyttää sen luovuttamista myös Oulun yliopiston terveystieteiden laitoksen tutkimusryhmän (Kääriäinen & Kyngäs) käyttöön sähköisessä muodossa.

Tutkimuksella on K-S SHP:n sairaanhoitopiirin johtajaylilääkärin lupa. Lisätietoja Potilasohjaus vaikuttavaksi -projektista antaa tarvittaessa projektipäällikkö Maarit Raappana, puh: 014-2691242 (arkisin klo 9-15).

Vaikka kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista, toivomme Teidän vastaavan kyselyyn 30.5.2012 mennessä.

Yhteistyöstänne kiittäen, Hoitotyön opiskelijat

Hanna Laukkarinen

Anni Oikari

Jarno Pirkkalainen

0407352678

0407634517

0401989822

DIAKONIA AMMATTIKORKEAKOULU PIEKSÄMÄKI

© Kääriäinen M 2009