

Opinnäytetyö (AMK)  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyö  
2014

Tomi Ahlgren ja Katariina Hyyrönmäki

# SYDÄNTAUTIPOTILAIDEN TIEDONTARPEEN MITTAAMI- NEN SPTT<sup>©</sup>-MITTARILLA



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU  
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitoyön koulutusohjelma | Hoitotyö

Kesäkuu 2014 | Sivumäärä 45 + 13

Ohjaajat Sirpa Nikunen ja Tiina Pelander

Tomi Ahlgren & Katariina Hyyrönmäki

## SYDÄNTAUTIPOTILAIEN TIEDONTARPEEN MITTAAMINEN SPTT©-MITTARILLA

Työ kuuluu Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin ja Turun Ammattikorkeakoulun yhteisen Tulevaisuuden sairaala - Hoitotyön kehittämisprojekti 2009–2015 (Hoi-Pro) hankkeeseen. Hankkeen potilasohjaus-osahankkeessa tutkitaan sydänpotilaiden tiedontarvetta Sairaalapotilaan tiedon tarve (SPTT) (© Leino-Kilpi, Salanterä, Hölttä 2003) -mittaria käyttäen Sydäntoimialueella. (Kummel ym. 2011.) Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa SPTT©-mittarin avulla sydänkeskuksen potilaiden tiedontarvetta Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueella Turun Yliopistollisen Keskussairaalan ja Salon Aluesairaalan yksiköissä, joissa hoidetaan sydänpotilaita. Tutkimuksen tavoitteena on parantaa sydänpotilaiden saamaa ohjausta ja muuttaa opastusta yksilöllisempään suuntaan.

Sydänpotilaiden tiedontarvetta mittaava tutkimus toteutettiin Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueella seitsemällä sydäntoimialueen osastolla. Kyselylomakkeita jaettiin yhteensä 200 kappaletta Turun yliopistolliseen keskussairaalaan ja Salon aluesairaalaan. Tutkimusaineisto kerättiin neljän viikon aikana tammi-helmikuussa 2014. Vastausprosentti oli 40 % (n=79). Aineiston vastaukset analysoitiin tilastollisesti SPSS 21.0 -ohjelmalla.

Tutkimustulosten mukaan sydänpotilaat tarvitsevat eniten tietoa biologis-fysiologiselta osa-alueelta. Erityisesti kaivataan tietoa sairauden aiheuttamista oireista ja siitä mistä saadaan apua oireiden pahentuessa. Samoin tietoa haluttiin tehtävistä tutkimuksista ja hoidon aiheuttamista komplikaatioista. Tiedontarpeessa esiintyi eniten hajontaa eettisellä -, sosiaalisyhteisöllisellä - ja taloudellisella osa-alueella. Kaiken kaikkiaan tietoa halutaan saada jokaiselta osa-alueelta. Ristiintaulukoinnin avulla selvisi, että vastaajan ikä tai sukupuoli ei vaikuta tiedontarpeeseen.

Tiedontarpeen kartoittaminen ohjaa hoitohenkilökuntaa painottamaan potilasohjauksen sisältöä oikeisiin osa-alueisiin. Jatkossa olisi mielenkiintoista tutkia saavatko potilaan omaiset riittävästi ohjausta ja tutkia vastaako omaisten tiedontarpeen sisältö potilaiden tiedontarvetta.

ASIASANAT:

Sydäntaudit, potilas, tiedontarve, SPTT

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in nursing | Nursing

June 2014 | Total number of pages 45 + 13

Instructors Sirpa Nikunen and Tiina Pelander

Tomi Ahlgren & Katariina Hyyrönmäki

## STUDYING HEART PATIENTS' INFORMATION NEEDS BY USING THE RKHP©-SCALE

The thesis is a part of Nursing Development Project 2009-2015 (Hoi-Pro) of the Hospital District of Southwest Finland and Turku University of Applied Sciences. Patient education is one aspect of the project. (Kummel etc. 2011.) The thesis studies the information needs of heart patients by using the Received Knowledge of Hospital Patients (RKHP) (© Leino-Kilpi, Salanterä, Hölttä 2003) –scale. The final aim is to enable nurses to give patients better, more individual guidance in the future.

The study was carried out within the Hospital District of Southwest Finland in seven departments specializing in heart patients at Turku University Hospital and Salo Area Hospital. A total of 200 questionnaires were distributed to the departments. The data were collected within 4 weeks in January and February, 2014. The questionnaires were given to the heart patients by the nurses, and the patients filled out the questionnaires independently before leaving the hospital. The response rate was 40 % (n=79). The data were analyzed statistically by using SPSS 21.0 program.

The study results show that, most of all, heart patients need information about the biophysiological issues, such as the symptoms of their disease and whom to contact in case the symptoms get worse. Also the examinations and the complications of treatment are areas where knowledge is needed. The ethical, social and financial dimensions show the biggest differences in opinions; some need a lot of information, some none at all. In general, knowledge is needed in all dimensions of empowerment, regardless of the patient's sex or age.

Studying the knowledge needs helps the medical and nursing staff to give the right kind of education to the patients. In the future, it would be interesting to study the knowledge needs of the patients' families to see if their needs differ from the needs of the patients.

### KEYWORDS:

Heart diseases, patient, information needs, RKHP

# SISÄLTÖ

<b>1 JOHDANTO</b>	<b>6</b>
<b>2 SYDÄNSAIRAUDET</b>	<b>7</b>
<b>3 SYDÄNPOTILAIDEN OHJAUS</b>	<b>12</b>
<b>4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMA</b>	<b>16</b>
<b>5 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS</b>	<b>17</b>
<b>6 TULOKSET</b>	<b>23</b>
<b>7 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS</b>	<b>35</b>
<b>8 POHDINTA</b>	<b>39</b>
<b>LÄHTEET</b>	<b>42</b>

## LIITTEET

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

## KUVIOT

- Kuvio 1. Vastausten jakautuminen osastoittain (n=79) 23

## TAULUKOT

Taulukko 1. Vastanneiden sydänpotilaiden ikäjakauma (n=79)	24
Taulukko 2. Vastanneiden sydänpotilaiden peruskoulutus (n=79)	24
Taulukko 3. Vastanneiden sydänpotilaiden ammatillinen koulutus (n=70)	25
Taulukko 4. Vastanneiden sydänpotilaiden pääasiallinen toiminta (n=78)	25
Taulukko 5. Vastanneiden sydänpotilaiden sairastamat pitkäaikaissairaudet (n=76)	26
Taulukko 6. Vastanneiden sydänpotilaiden työkokemus sosiaali- tai terveydenhuollossa (n=78)	26
Taulukko 7. Vastanneiden sydänpotilaiden sairaalassa olon / polikliinisen käynnin syy (n=78)	27
Taulukko 8. Vastanneiden sydänpotilaiden saapuminen sairaalaan (n=78)	27
Taulukko 9. Vastanneiden sydänpotilaiden aikaisemmat käynnit kyseisessä sairaalassa hoidettavana / tutkimuksissa / vastaanotolla (n=66)	28
Taulukko 10. Sydänpotilaiden kokema tiedon tarve biologis-fysiologisella osa-alueella (n=62)	29
Taulukko 11. Sydänpotilaiden kokema tiedon tarve toiminnallisella osa-alueella (n=62)	30
Taulukko 12. Sydänpotilaiden kokema tiedon tarve kokemuksellisella osa-alueella (n=65)	31
Taulukko 13. Sydänpotilaiden kokema tiedon tarve eettisellä osa-alueella (n=62)	32
Taulukko 14. Sydänpotilaiden kokema tiedon tarve sosiaalisyhteisöllisellä osa-alueella (n=62)	33
Taulukko 15. Sydänpotilaiden kokema tiedon tarve taloudellisella osa-alueella (n=63)	34

# 1 JOHDANTO

Vuosittain sydänperäiset syyt johtavat noin 15000 henkilön kuolemaan Suomessa. Puolet näistä sydänkuolemista on äkillisiä. Joka vuosi noin tuhat suomalaista kokee äkillisen sydänpysähdyksen sairaalan ulkopuolella. Niistä 80 prosenttia aiheutuu sydämen toimintahäiriöstä (Mustajoki 2013a.). Yleisin sydänsairaus on sepelvaltimotauti, johon vuosittain menehtyy runsaat 12000 suomalaista (Kervinen 2013).

Potilasohjaus on hoitotyön punainen lanka. Hyvällä ohjauksella on kansantaloudellista ja kansanterveydellistä merkitystä. Ohjauksen merkitys täytyy ymmärtää ja ohjausta tulee jatkuvasti kehittää ja arvioida suunnitelmallisesti. Ohjauksella saadaan myös arvokasta palautetta potilailta. Potilasohjauksessa tulee käyttää tutkittua ja hyväksi havaittua tietoa. Jokainen potilas on yksilöllinen, joten ohjaustilannekaan ei voi olla aina täysin samanlainen. Riittävä ohjaus parantaa hoitoon sitoutumista ja sairauteen sopeutumista. Ohjaajan ja ohjattavan välinen hyvä vuorovaikutus vähentää potilaan pelkoja, ahdistusta ja epävarmuutta. (Ohtonen 2006.) Sekä potilailla että omaisilla on tiedonsaannissa puutteita. Ohjausta tulee kehittää kunkin potilaan tilannetta yksilöllisesti vastaavaksi. (Blek ym. 2007.)

Tämä tutkimus on osa Tulevaisuuden sairaala - Hoitotyön kehittämisprojekti 2009-2015, Hoi-Pro –hanketta, joka on Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin (VSSHP) ja Turun Ammattikorkeakoulun (Turun AMK) yhteinen projekti (Kummel ym. 2011). Tämä tutkimus kuuluu potilasohjaus-osahankkeeseen. Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa SPTT (© Leino-Kilpi, Salanterä, Hölttä 2003) –mittarin avulla sydänkeskuksen potilaiden tiedontarvetta Varsinais-Suomen Sairaanhoitopiirin alueella Turun Yliopistollisen Keskussairaalan ja Salon Alue-sairaalan yksiköissä, joissa hoidetaan sydänpotilaita. Tutkimuksen tavoitteena oli parantaa sydänpotilaiden saamaa opastusta ja muuttaa opastusta yksilöllisempään suuntaan.

## 2 SYDÄNSAIRAUDET

Sydänsairaus tarkoittaa, että sydämen normaali toiminta häiriintyy rytmihäiriöiden, hapenpuutteen tai pumppaustoiminnan häiriön seurauksena (Mäkijärvi ym. 2008). Yleisimpiä sydänsairauksia ovat sepelvaltimotauti ja sydämen vajaatoiminta. Vaikka tilanne on parantunut huomattavasti 1970-luvun tilanteesta, muodostavat sydän- ja verisuonitaudit edelleen suurimman yksittäisen kuolinsyiden ryhmän Suomessa. (THL 2013.)

Sydäntaudit jaetaan synnynnäisiin ja hankittuihin sairauksiin. Yleisimpiä synnynnäisiä sydänsairauksia ovat eteisväliseinäaukko, kammioväliseinäaukko, aortan kaventuma eli koarktaatio sekä avoin valtimotiehyt (Mäkijärvi ym. 2008). Hankittuja ovat sepelvaltimotauti, rytmihäiriöt kuten eteisvärinä ja kammiovärinä, tulehdukselliset ja muut läppäviat, sekä hankitut sydänlihassairaudet eli kardiomyopatiat (Kettunen 2008).

Suomessa kuolee vuosittain noin 15000 henkilöä sydänperäisistä syistä. Puolet näistä sydänkuolemista tapahtuu äkillisesti. Vuosittain noin tuhat suomalaista kokee äkillisen sydänpysähdyksen sairaalan ulkopuolella. Niistä 80 prosenttia johtuu sydämen häiriöstä, lopuissa sydämen pysähtymisen aiheuttaa jokin sydämen ulkopuolinen syy, esimerkiksi keuhkoveritulppa. (Mustajoki 2013a.)

**Sepelvaltimotautiin** kuolee vuosittain runsaat 12000 suomalaista. Sepelvaltimotaudissa valtimoverenkierto on heikentynyt, jota heikkenemistä aiheuttaa ateroskleroosi eli valtimonseinämien kovettuminen. Seinämien kovettumisen taustalla ovat potilaan elämäntavat, kuten tupakointi ja rasvainen ruokavalio, sekä verenpaine ja veren korkea kolesterolipitoisuus. Sepelvaltimotautia on kahdenlaista, krooninen sepelvaltimotauti eli stabiili angina pectoris sekä akuutti sepelvaltimo-oireyhtymä eli epästabiili angina pectoris. Kroonisessa sepelvaltimotaudissa potilaalla ilmenee toistuvaa rintakipua, akuutin sepelvaltimotautikohtauksen aiheuttaa valtimon seinään kovettuneen rasvan eli ateroskleroottisen plakin repeytyminen. Ensimmäinen oire sepelvaltimotaudista saattaa olla äkkikuolema. (Kervinen 2013; THL 2013.)

Lieväoireiseen krooniseen sepelvaltimotautiin hoidoksi riittää useimmiten tehokas lääkehoito ASA:lla eli asetyylisalisyylihapolla, beetasalpaajalla, statiinilla ja ACE:n estäjällä. Valtimoahtaumia voidaan hoitaa liuotushoidolla, ja mikäli potilaalla on vaikeita ahtaumia, voidaan tehdä pallolaajennus tai ohitusleikkaus. (Kervinen 2013.)

**Sydämen vajaatoiminta** on alle 50-vuotiaiden keskuudessa harvinaista. Vajaatoiminnan yleisyys kasvaa kuitenkin nopeasti iän myötä. Sydämen vajaatoimintaa sairastaa kaksi prosenttia 60-69 -vuotiaista ja 80-89 -vuotiaista jo yksi kymmenestä. Sydämen vajaatoiminta tarkoittaa, ettei sydän pysty normaalisti pumppaamaan verta elimistöön. Vajaatoiminta ei sinällään ole itsenäinen sairaus, vaan useasta eri sairaudesta mahdollisesti johtuva oire. Tällaisia sairauksia ovat sepelvaltimotauti, sydäninfarkti, verenpainetauti ja eteisvärinä. Myös sydänlihastulehdus eli myokardiitti, sydänlihassairaus eli kardiomyopatia, keuhko-ahtaumatauti sekä liiallinen alkoholin käyttö voivat johtaa sydämen vajaatoimintaan. (Mustajoki & Ellonen 2013a.)

Useimmin vajaatoimintaa esiintyy sydämen vasemmassa kammiossa. Oireina ovat ruumiillisen rasituksen yhteydessä ilmenevät hengenahdistus ja nopea väsyminen. Kun vajaatoiminta on vaikea, hengenahdistus pahenee makuuasennossa ja helpottaa istuessa. Vaikea vasemman puoleinen vajaatoiminta voi johtaa keuhkopöhöön, mikä vaatii välitöntä sairaalahoitoa. Sydämen oikean puolen vajaatoiminnan oireita ovat turvotus nilkoissa ja säärissä. (Mustajoki & Ellonen 2013a.)

Sydämen vajaatoiminta todetaan tyypillisten oireiden lisäksi sydänfilmin, sydämen röntgenkuvan (thorax) ja sydämen kaikututkimuksen perusteella. Vajaatoimintaa hoidetaan yleensä nesteenoistolääkkeillä, ACE-estäjillä ja ATR-salpaajilla. Tärkeintä on aina yrittää vaikuttaa vajaatoiminnan aiheuttaneeseen perussyyn ja yrittää ennaltaehkäistä vajaatoimintaa painonhallinnalla, hoitamalla kohonnutta verenpainetta, suolan käyttöä vähentämällä sekä tarvittaessa lääkkeillä. (Mustajoki & Ellonen 2013a.)

**Sydämen pitkäkestoista rytmihäiriöistä** eteisvärinä eli flimmeri on kaikkein yleisin. Yli 65-vuotiaista 10 % sairastaa sitä pysyvästi tai kohtauksittain. Muita tavallisia rytmihäiriöitä ovat yksittäiset lisälyönnit ja tiheälyöntisyys eli takykardia. Vakavimpia ovat kammiovärinä ja sydämenpysähdys, jolloin pumppaustoiminta lakkaa täysin. Paitsi itsenäisiä sairauksia, rytmihäiriöt voivat olla oireena jossain muussa sydänsairaudessa, kuten sepelvaltimotaudissa tai sydänlihassairauksissa. (Suomen Sydänliitto 2014a; Mustajoki & Ellonen 2013b.)

**Eteisvärinä**ssä sydämen eteiset eivät supistu säännöllisesti, vaan eri kohdat supistelevat eri tahdissa eli värisevät. Sydän sykkii eteisvärinässä usein tiheästi. Eteisvärinälle altistavia tekijöitä ovat ikä, kohonnut verenpaine, muut sydänsairaudet, diabetes ja ylipaino. Mikäli eteisvärinää ei hoideta, se lisää kuolleisuutta, altistaa aivoverenvuodoille ja voi johtaa sydämen vajaatoimintaan. Eteisvärinän oireita voivat olla sydämentykytystuntemus, väsymys ja suorituskyvyn heikkeneminen, huimaus, rintakipu, hengenahdistus ja runsasvirtsaisuus eli polyuria. Eteisvärinä todetaan EKG:n avulla. Hoito valitaan yksilöllisesti, potilaan oireiden mukaisesti. Sydämen lyöntitiheys ja rytmi pyritään normalisoimaan. Ennusteen kannalta tärkein hoitomuoto on veren hyytymisenesto- eli antikoagulaatiolääkitys. (Suomen Sydänliitto 2014a; Käypähoito 2012; Mustajoki & Ellonen 2013b.)

**Kammiovärinä** on rytmihäiriöistä se, joka useimmiten johtaa kuolemaan. Sydämen kammiot värisevät tehottomasti ja veri lakkaa kiertämästä, kun sydänlihas ei supistu normaaliin tapaan. Verenpaineen laskun myötä potilas menee tajuttomaksi. Kammiovärinä voi liittyä akuuttiin sairauteen, esimerkiksi sydäninfarktiin tai krooniseen tilaan, kuten sydänlihassairauteen. Sydämen toiminta pyritään normalisoimaan nopealla sähköisellä tehoelvytyksellä eli defibrillaatiolla; itsestään kammiovärinä ei lopu. (Käypähoito 2012; Mustajoki 2013a.)

**Läppävioista** yleisin on aorttaläpän stenoosi (AS) eli ahtauma. Sitä esiintyy yhdestä kahteen prosentilla 75-76 -vuotiaista ja jopa kuudella prosentilla 85-86 -vuotiaista. (Tilvis 2010.) Aorttaläppävikojen osuus kaikista läppävioista on 40 %. Aorttaläpän ahtauma yleistyy iän myötä ja suurin osa johtuu normaalin kolmipurjeläpän rappeutumisesta. Ahtauman kehittymiselle altistavat korkean iän lisäksi miessukupuoli, korkea veren kolesterolipitoisuus, korkea verenpaine ja

tupakointi. (Airaksinen 2013.) Yleisimpiä oireita aorttaläpän ahtaumassa ovat rintakipu ja hengenahdistus, harvemmin tajuttomuuskohtaukset (Suomen Sydänliitto 2014b; Airaksinen 2013). Oireita aiheuttava, tiukka ahtauma hoidetaan läppäleikkauksella, lievempiä seurataan tarkasti (Airaksinen 2013).

**Mitraalivuoto** (MI) eli hiippaläpän vuoto on toiseksi yleisin läppävika aikuisilla. Vanhuksilla hiippaläpän vuoto on hyvin tavallinen ilmiö. Hiippaläpän vuotoa voi aiheuttaa läpän rappeutuminen, reumakuume, sydänlihastulehdus tai sepelvaltimotauti. Äkillinen massiivinen mitraalivuoto voi johtaa nopeasti keuhkopöhhöön tai jopa sydänperäiseen sokkiin. Hiippaläpän vuoto ei alkuvaiheessa yleensä aiheuta oireita, mutta vuosien kuluessa alkaa esiintyä hengenahdistusta ja muita sydämen vajaatoimintaan liittyviä merkkejä. Hiippaläpän vuoto todetaan vär Doppler-tutkimuksella. Keskivaikea ja vaikeaoireinen vuoto korjataan leikkauksella. Mikäli leikkaus aiheuttaa liikaa riskejä potilaalle, voidaan vuoto korjata katetrin avulla. (Suomen Sydänliitto 2014b; Airaksinen 2013; Kettunen 2014; Tilvis 2010.)

**Kardiomyopatia** eli sydänlihassairaus voi olla paitsi synnynnäinen, myös hankittu sydänsairaus. Sydäntä laajentavaan eli dilatoivaan kardiomyopatiaan sairastuu vuosittain alle yksi ihminen tuhannesta. Sairaus voi johtua virustulehduksesta, runsaasta alkoholinkäytöstä, aineenvaihdintahäiriöistä tai joidenkin lääkkeiden sivuvaikutuksesta. Dilatoiva kardiomyopatia johtaa sydämen vajaatoimintaan. Dilatoivan kardiomyopatian oireena on sydämen laajeneminen, joka näkyy keuhkoröntgenkuvassa suurentuneena sydänvarjona. On tärkeää, että potilas lopettaa mahdollisen alkoholin liikakäytön sekä tupakoinnin, ja ylipainoisen tulee laihduttaa. Parantavaa hoitoa ei ole, mutta erittäin vaikeissa tapauksissa voidaan harkita sydämensiirtoa. (Mustajoki 2013b.)

Sepelvaltimoiden **kirurgisilla hoidoilla** on suuri merkitys kansanterveydelle. Kirurgisen hoidon tavoitteena on parantaa sydämen verenkiertoa pitkäaikaisesti. Hoidolla pyritään parantamaan potilaan elämänlaatua, pidentämään elinikää sekä ehkäisemään sepelvaltimotaudin aiheuttamia komplikaatioita. Vuonna 2006 Suomessa tehtiin 3547 sepelvaltimoiden ohitusleikkausta. Leikkausten määrä on hieman vähentynyt ja on siirrytty jonkin verran enemmän katetrin

avulla tehtävään pallolaajennukseen. Sepelvaltimoleikkauksen onnistuminen vaatii potilaalta pitkäaikaista sitoutumista lääkityksen noudattamiseen, tupakointimattomuuteen ja elämäntapaohjeiden noudattamiseen. Ennen valinnaista ei-päivystyksellistä eli elektiivistä leikkausta potilaan yleisen terveydentilan tulee olla vakaa ja infektiopesäkkeet tulee hoitaa kuntoon. (Laurikka ym. 2010; Lepojärvi & Werkkala 2008.)

Kirurgiset menetelmät ovat kehittyneet nopeasti ja läppävikoja voidaan korjata leikkauksella yhä varhaisemmassa vaiheessa, jolloin vältetään vian aiheuttamista pysyviltä muutoksilta. Toisaalta pystytään kirurgisesti operoimaan yhä vanhempia ja huonokuntoisempia potilaita entistä pienemmällä riskillä. (Lepojärvi 2008.)

Perinteinen läppäkirurgia on ollut viallisen läpän korvaamista tekoläpällä. Nykyään valtaosa läppävioista voidaan hoitaa korjausleikkauksella. Sepelvaltimon ohitusleikkauksen yhteydessä on järkevää korjata aorttaläpän lievempikin ahtauma samalla kertaa. (Lepojärvi 2008.)

### 3 SYDÄNPOTILAIEN OHJAUS

Potilasohjaus on Ohtosen (2006) mukaan hoitotyön punainen lanka. Hyvällä ohjauksella on kansantaloudellista ja kansanterveydellistä merkitystä. Ohjauksen merkitys täytyy ymmärtää ja ohjausta tulee jatkuvasti kehittää ja arvioida suunnitelmallisesti. Ohjauksella saadaan myös arvokasta palautetta potilailta. Potilasohjauksessa tulee käyttää tutkittua ja hyväksi havaittua tietoa. Jokainen potilas on yksilöllinen, joten ohjaustilannekaan ei voi olla aina täysin samanlainen. Riittävä ohjaus parantaa hoitoon sitoutumista ja sairauteen sopeutumista. Ohjaajan ja ohjattavan välinen hyvä vuorovaikutus vähentää potilaan pelkoja, ahdistusta ja epävarmuutta. (Ohtonen 2006.)

Tiedontarve voidaan Tampereen Yliopiston (2011) ohjeistuksen mukaan määrittellä vastaamalla seuraaviin kysymyksiin: mistä aiheesta tietoa tarvitaan, mistä näkökulmasta aihetta lähestytään, mikä kuuluu aiheeseen, mikä ei, mikä aiheessa on keskeistä, mitä aiheesta tiedetään jo ennalta, tarvitaanko yleis- vai tieteellistä tietoa, minkä ikäistä tietoa tarvitaan sekä mihin tarkoitukseen tietoa tarvitaan. (Tampereen Yliopisto 2011.)

Ormandy (2011) on selvittänyt terveydenhuollon potilaiden tiedontarpeeseen vaikuttavia tekijöitä. Termi tiedontarve tulisi ottaa terveydenhuollossa laajempaan käyttöön, jotta yleinen ymmärrys sen merkityksestä kasvaisi. Terveydenhuollon ammattilaisia tulee kouluttaa ymmärtämään potilaiden tiedontarpeeseen vaikuttavia tekijöitä. (Ormandy 2011.)

Lawn ym. (2014) ovat tutkineet, millä tavoin hoitohenkilökunnan ja potilaan välinen kommunikaatio vaikuttaa potilaan omahoitoon voimaannuttamiseen. Tutkimuksen lähtökohtana oli epätietoisuus siitä, miten hoitohenkilökunta kroonista sairautta sairastavia potilaita ohjeistaa, ja miten tämä ohjaus vaikuttaa potilaiden omatoimisuuteen sairautensa hoidossa ja yhteistyöhön hoitohenkilökunnan kanssa. Tutkittavina oli 19 australialaista lääkäri/hoitaja – potilas –paria. Tutkimus osoitti, että jos hoitohenkilökuntaan kuuluva korostetusti kontrolloi potilasta, potilas helposti turvautui hoitohenkilökuntaan enemmän sen sijaan, että olisi

itse ottanut vastuuta omasta hoidostaan. Hoitohenkilökunnan onkin kiinnitettävä huomiota siihen, miten he potilaan kanssa kommunikoivat, jotta potilas kokee itse pystyvänsä ottamaan vastuuta hoidostaan. Oikeanlaisen kommunikoinnin oppimiseen tarvitaan lisää koulutusta hoitohenkilökunnalle. Näin pitkäaikaissairautta sairastavan potilaan omahoito saadaan toteutumaan parhaalla mahdollisella tavalla. (Lawn ym. 2014.)

Eloranta ym. (2014) ovat tutkineet toteutuuko potilaslähtöinen ohjaus hoitotyöntekijöiden näkökulmasta. Kyselytutkimus hoitotyöntekijöille (n=623 ja n=756) toteutettiin kahdesti, kymmenen vuoden välein ja tuloksia vertailtiin keskenään. Kokonaisuutena hoitotyöntekijät arvioivat potilasohjaustaitonsa paremmiksi myöhemmässä kyselyssä. Ohjauksessa käsiteltävän sisällön laajenemisessa oli havaittavissa myönteistä kehitystä. Sen sijaan heikentymistä tarkasteltuna ajanjaksona oli tapahtunut potilaiden ohjaustarpeen arvioinnissa, ohjauksellisten tavoitteiden asettamisessa, ohjauksen tuloksellisuuden arvioinnissa sekä ohjausmenetelmien hyödyntämisessä. Tulokset antavat selkeitä kehittämiskohteita potilasohjaukseen. Tutkimus osoitti, että potilaan aktiiviseen osallistumiseen perustuvien ohjaustoimintojen kehittämiseen tulee panostaa, jotta ohjauksella voidaan vastata potilaan tiedollisiin tarpeisiin. (Eloranta ym. 2014.)

Mäkijärvi (2008) esittää kattavan yleisnäkemyksen sydän- ja verisuonisairauksien synnystä, ehkäisystä ja hoidosta. Korostetusti on esillä potilaan hoidon ja ohjaamisen kokonaisuus sekä potilaan yksilöllisten vaaratekijöiden tunnistaminen. Elintapojen merkitys on erittäin suuri sairauksien ehkäisyssä ja hoidossa. Potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisten välinen yhteistyö on ratkaisevassa asemassa parhaan mahdollisen hoidon saavuttamisessa. (Mäkijärvi 2008.)

Linnajärvi (2010) on kyselytutkimuksella selvittänyt, millaisia tiedollisia, taidollisia ja asenteellisia potilasohjausvalmiuksia perusterveydenhuollon hoitohenkilökunnalla (n=62) on, sekä millaisia tiedollisia valmiuksia heillä on ohjata sepelvaltimotautipotilaita. Tutkimuksen mukaan hoitohenkilökunnan tiedolliset ja taidolliset valmiudet olivat tyydyttävät ja asenteelliset valmiudet erinomaiset. Sepelvaltimotautiin liittyvät tiedot olivat hyvät; sairaanhoitajilla paremmat kuin muulla hoitohenkilöstöllä. (Linnajärvi 2010.)

Sepelvaltimotautipotilaiden ohjauksesta kirjallisuuskatsauksen tehnyt Kähkönen (2012) tutki ohjauksen menetelmiä, sisältöä ja kehittämistarpeita. Hoitajien toteuttamat ohjausryhmät on koettu hyödyllisiksi. Haasteena on saada mukaan ne potilaat, jotka ohjauksesta eniten hyötyisivät. Katsauksen mukaan potilasohjaus on tiedollisesti ja taidollisesti riittämätöntä. Potilasohjauksen sisältöä ja menetelmiä tulee edelleen kehittää. Yksilöllistä ohjausta tulee lisätä. (Kähkönen ym. 2012.)

Blek ym. (2007) ovat tutkineet, miten ohjaus vaikuttaa sepelvaltimotautipotilaiden terveyskäyttäytymiseen. Aineisto kerättiin kyselylomakkeilla potilailta (n=385) ja heidän omaisiltaan (n=140). Tutkimuksen mukaan sekä potilailla että omaisilla oli tiedonsaannissa puutteita. Ohjausta tulee tämänkin tutkimuksen mukaan kehittää kunkin potilaan tilannetta yksilöllisesti vastaavaksi. (Blek ym. 2007.)

Kuusisto ym. (2013) ovat tutkineet kyselyllä, miten potilaskeskeinen hoito, jossa potilasohjaus on tärkeä osa, toteutuu sepelvaltimotautipotilailla (n=236) terveyskeskuksissa. Reilu kolmasosa osallistujista (35 %) vastasi, ettei heidän mieli pidettään kysytyä hoitosuunnitelmaa laadittaessa. Kaksi kolmasosaa (66 %) vastasi, ettei heiltä kysyty, mistä sairautensa liittyvästä asiasta he tahtoisivat vastaanotolla keskustella. Vielä suurempi osuus vastaajista (73 %) kertoi, ettei heiltä oltu kysyty työn, perheen ja sosiaalisen tilanteen vaikutuksista sairauden hoitoon. Tämän tutkimuksen valossa voidaan todeta, ettei potilaskeskeinen hoito suomalaisissa terveyskeskuksissa toteudu toivotulla tavalla. (Kuusisto ym. 2013.)

Hoitotyön tutkimussäätiön, Hotus, suositus sydämen vajaatoimintapotilaiden omahoidon ohjaukseen korostaa potilasohjauksen tärkeyttä. Ohjaus edistää potilaan sitoutumista hoitoon, mikä puolestaan vähentää sydämen vajaatoiminnan vaikeutumista ja kuolleisuutta sekä parantaa potilaan yleistä hyvinvointia. On tärkeää, että potilas ymmärtää sairautensa vakavuuden ja sitoutuu omahoitoon. Potilaan tulee seurata ja tunnistaa oireitaan sekä toteuttaa lääkehoitoaan ja seurata sen vaikutuksia. Elintapaohjaus on tärkeällä sijalla. Potilasta tulee ohjeistaa tupakoinnin lopettamiseen, ruokavalion muuttamiseen, alkoholin

käytön vähentämiseen sekä liikunnan harrastamiseen. Sydämen vajaatoimintapotilailla saattaa ilmetä uniongelmia ja seksuaalisuusongelmia, joten niistäkin tulee ohjauksessa potilaan kanssa keskustella. Masennuksen oireiden tunnistaminen on myös tärkeää. (Kvist ym. 2013.)

Albert (2013) pohtii, ovatko sydämen vajaatoimintapotilaat saaneet hoitajilta riittävästi ohjausta ennen osastolta kotiutumistaan. Hoitajilla on hyvin tietoa siitä, miten sydämen vajaatoimintaa voidaan kotihoidossa hallita, mutta heillä ei välttämättä ole uskallusta puhua potilaille tarpeeksi suoraan ja painokkaasti. Hoitajilla ei myöskään ole riittävästi aikaa ohjauksen antamiseen. Potilaille saattaa jäädä ohjauksesta käsitys, että annettuja ohjeita voi halutessaan noudattaa, mutta he eivät ymmärrä, miten elintärkeää vaikkapa ruokavalio-ohjeiden noudattaminen on. Sydämen vajaatoimintapotilaille ei ole riittävästi annettu hoitajien toimesta tietoa sairauden vakavuudesta. (Albert 2013.)

## 4 TUTKIMUKSEN TARKOITUS, TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMA

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa SPTT (© Leino-Kilpi, Salanterä, Hölttä 2003) –mittarin avulla sydänkeskuksen potilaiden tiedontarvetta Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueella Turun Yliopistollisen Keskussairaalan ja Salon Aluesairaalan yksiköissä, joissa hoidetaan sydänpotilaita. Tutkimuksen tavoitteena on parantaa sydänpotilaiden saamaa ohjausta ja muuttaa ohjausta yksilöllisempään suuntaan.

Tutkimusongelma:

- Mistä aihealueista sydäntoimialueen potilas kokee tarvitsevansa tietoa SPTT© -mittarilla mitattuna?

## 5 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS

Potilasohjaus on yhä enenevässä määrin osa nykyaikaista terveydenhoitoa. Ihmiset ovat nykyisin koulutetumpia, ja heillä on jo lähtökohtaisesti enemmän tietoa myös terveysasioista. Toisaalta taas nykyisin potilaiden kontaktit terveydenhoitohenkilökuntaan ovat aiempaa lyhyempiä. Esimerkiksi sairaalassaolojaksot ovat lyhyempiä kuin aiemmin. Potilasohjauksesta on tehty viime vuosina runsaasti tutkimuksia (mm. Ohtonen 2006, Linnajärvi 2010, Kähkönen 2012), mutta tutkimusten tulokset ovat keskenään epäjohdonmukaisia. Tarvitaan lisää tietoa potilasohjauksen vaikutuksista. (Leino-Kilpi ym. 2005.) Potilasohjauksessa on siis osattava antaa riittävä määrä oikeanlaista tietoa lyhyessä ajassa.

Tämä tutkimus on osa Tulevaisuuden sairaala - Hoitotyön kehittämisprojekti 2009-2015, Hoi-Pro –hanketta, joka on Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin (VSSH) ja Turun Ammattikorkeakoulun (Turun AMK) yhteinen projekti (Kummel ym. 2011). Tämä tutkimus kuuluu potilasohjaus-osahankkeeseen. Toimeksiantosopimus (liite 1) on tehty syyskuussa 2013 Turun Yliopistollisen Keskussairaalan (TYKS) sydänkeskuksen ja Salon Aluesairaalan (SAS) kanssa.

Teoreettista tietoa sydänpotilaiden tiedontarpeesta haettiin Medic-, Medline-, Cinahl- ja Cochrane –tietokannoista. Hakuja (liite 2) karsittiin ensin otsikon perusteella, sen jälkeen tiivistelmän perusteella, ja lopulliset valinnat tehtiin koko tekstin perusteella. Hakusanoina olivat potilas, tiedontarve, sydänsairaus, sydäntaudit, mittari, kyselylomake, kardiologia, patient, information needs, cardiology, heart patient sekä heart disease. Hakusanoja yhdisteltiin eri tavoin. Lisäksiteereinä tiedonhaussa olivat artikkeleiden ikä ja se, missä muodossa aineisto löytyy verkosta. Haku rajattiin vuosiin 2005-2013 ja pyrittiin löytämään verkossa olevat tekstit kokotekstimuodossa. Hakusanojen perusteella lähteitä löytyi runsaasti, mutta lopulliseen työhön valittiin vain siihen parhaiten sopivat lähteet.

Kysely on kvantitatiivisen eli määrällisen tutkimuksen yleisimmin käytetty aineistonkeruumenetelmä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013). Kysely on tehokas tutkimusmenetelmä, jossa aineistoa kerätään standardoidusti ja joissa kohdehenkilöt muodostavat otoksen tai näytteen tietystä perusjoukosta (Hirsjärvi ym. 2009). Kyselylomake on tiedon keräämistä varten laadittu määrämuotoinen kysymys-/väittämätteristö. Kyselylomakkeen avulla tutkija saa vastauksia tutkimusongelmaansa esittämällä kysymyksiä tai väittämiä, joihin vastaaja on kykenevä ja halukas vastaamaan. Kyselylomake helpottaa vastaamista, etenkin jos on annettu valmiit vastausvaihtoehdot. Strukturoidun kyselyn avulla voidaan myös minimoida tulkintavirheet, joita voi helposti tulla, kun tutkija yrittää ymmärtää vastaajan epätasällisiä tai epämääräisiä vastauksia avoimiin kysymyksiin. (Holopainen & Pulkkinen 2008.)

Kun kysyjä ja vastaaja eivät ole suorassa kontaktissa keskenään, voi vastaaja olla täysin rehellinen, eikä hän tunne tarvetta vastata niin kuin olettaa tutkijan haluavan, mikä saattaa olla vaarana vaikkapa haastattelutilanteissa. Tässä tutkimuksessa käytettiin kyselyä, koska sen avulla on mahdollista kerätä laaja tutkimusaineisto, joka voidaan analysoida tietokoneohjelman avulla tehokkaasti.

Tässä tutkimuksessa tiedon keruuseen käytettiin SPTT© -mittaria (liite 3), jonka käyttöön oli hankittu sen laatijalta lupa (liite 4). Lomakkeen kymmenen ensimmäistä kysymystä kartoittivat vastaajien taustaa. Taustakysymyksissä kysyttiin vastaajan ikää, sukupuolta, koulutusta, pääasiallista toimintaa (esim. työssä/eläkkeellä/opiskelija), mahdollisia pitkäaikaissairauksia, sairaalassaolon/poliklinikkakäynnin syytä sekä mahdollisten aiempien käyntien määrää. Lopuilla neljäkymmenellä väittämällä haettiin vastausta tutkimusongelmaan, mistä aiheista vastaaja kokee tarvitsevänsä tietoa. Väittämistä kahdeksan koski biologis-fysiologista, kahdeksan toiminnallista, kolme kokemuksellista, yhdeksän eettistä, kuusi sosiaalista ja kuusi taloudellista osa-alueita.

SPTT© -mittarissa biologis-fysiologinen osa-alue sisältää sairauden oireet, tutkimukset, hoidot ja komplikaatiot. Toiminnalliseen osa-alueeseen kuuluvat päivittäisen elämän toiminnot, liikkuminen, lepo, ravitsemus, henkilökohtainen hygienia, erittäminen, apuvälineet ja saatavilla olevat tukimuodot.

Kokemukselliseen osa-alueeseen kuuluvat potilaan tunteet, aiempi terveydentila sekä sairaalakokemukset. Eettiseen osa-alueeseen liittyviä aiheita ovat päätöksenteko, potilaan oikeudet sekä luottamuksellisuus ja vaitiolovelvollisuus. Sosiaalinen osa-alue sisältää omaisten, puolison ja potilasjärjestöjen antamaan tukeen liittyvät aiheet. Taloudelliseen osa-alueeseen kuuluvat kuntoutuksen, vakuutusten, jatkohoidon ja lääkityksen aiheuttamat kulut. (Leino-Kilpi ym. 2005.)

Asenteita mitataan usein Rensis Likertin kehittämällä asteikolla, joka järjestää vastaajat "samanmielisyyden" määrän mukaan. Likert-asteikon vastausvaihtoehdot ovat 'täysin samaa mieltä', 'jokseenkin samaa mieltä', 'jokseenkin eri mieltä', 'täysin eri mieltä'. Vastausvaihtoehtoihin voidaan lisätä vaihtoehtoja, jolloin asteikko voi olla esimerkiksi seuraavanlainen: 'täysin samaa mieltä', 'jokseenkin samaa mieltä', 'ei samaa eikä eri mieltä', 'jokseenkin eri mieltä', 'en osaa sanoa', 'en halua sanoa'. (KvantiMOTV 2007.) Tässä tutkimuksessa vastaukset annettiin viisiportaisella Likert-asteikolla. Valitsemalla vastausvaihtoehdon 1, vastaaja ilmoitti olevansa väittämän kanssa täysin samaa mieltä, ja vaihtoehdon 4 valitsemalla hän ilmoitti olevansa täysin eri mieltä. Vaihtoehdot 2 ja 3 kertoivat jokseenkin samaa/eri mieltä olemisesta. Mikäli väittäjä ei koskenut vastaajaa lainkaan, saattoi hän ilmoittaa tämän valitsemalla vaihtoehdon 0.

Kyselylomakkeen mukana osallistujille jaetaan yleensä saatekirje. Saatekirjeen tehtävänä on motivoida vastaajaa täyttämään lomake. Se myös selvittää tutkimuksen taustaa ja vastaamista. (Heikkilä 2008, 61.) Saatekirjeestä käy ilmi tutkimuksen tarkoitus ja tavoite. Siinä kerrotaan, että tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista ja että vastaamisesta kieltäytyminen tai vastaamisen keskeyttäminen eivät vaikuta millään tavalla potilaan saamaan hoitoon. (Turku CRC 2013.) Tässä tutkimuksessa saatekirjeessä (liite 5) tuotiin lisäksi esiin, että vastaamalla kyselyyn potilas antaa suostumuksensa osallistua tutkimukseen. Saatekirjeessä ohjeistettiin palauttamaan kysely suljetussa kirjekuoressa hoitohenkilökunnalle ja korostettiin vastausten luottamuksellisuutta. Kerrottiin, että vain tutkimuksen tekijät käsittelevät lomakkeita ja että lomakkeet tullaan hävittämään

asianmukaisesti tutkimuksen päätyttyä. Saatekirjeestä selvisi myös ohjaavien opettajien, sekä tutkimuksen tekijöiden nimet ja yhteystiedot.

Tutkimuslupa (liite 6) Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriltä (VSSH) saatiin joulukuussa 2013. Varsinainen tutkimus toteutettiin alkuvuodesta 2014. Osasto ja informoitiin tutkimuksesta etukäteen soittamalla osastonhoitajille ja käymällä osastoilla. Osastonhoitajille toimitettiin edelleen jaettavaksi tiedote henkilökunnalle (liite 7), jossa kerrottiin, millaiset potilaat kyselyyn voivat osallistua. Kyselylomakkeeseen vastaavien potilaiden kriteerit olivat riittävä suomenkielen taito ja vointi sellainen, että kykeni vastaamaan joko itse tai omaisen/läheisen avustamana. Tiedotteessa mainittiin lyhyesti kyselyn tarkoitus ja toteutustapa SPTT-mittarilla (© Leino-Kilpi, Salanterä, Hölttä 2003). Tiedotteessa oli ohjeistus henkilökunnan roolista kyselyn toteuttamiseksi, joka käytännössä tarkoitti kyselylomakkeiden aktiivista jakamista potilaille, potilaiden informointia kyselyn tarkoituksesta, sekä kirjekuoreen suljettujen vastausten keräämistä ennalta sovittuun palautuslaatikkoon. Henkilökunnan tiedotteesta löytyi lisäksi opinnäytetyön ohjaajien, sekä tutkimuksen tekijöiden yhteystiedot, mikäli myöhemmin ilmenisi lisäkysymyksiä kyselyn toteuttamiseen liittyen.

Turun Yliopistollisen Keskussairaalan sydänpoliklinikalla hoidetaan kiireettömiä sydänpotilaita. Sydänpoliklinikalle lähettämisen syitä voivat olla erilaiset rytmihäiriöt, tahdistinhoidon tarpeellisuuden harkinta sekä sepelvaltimotauti- tai läppävikaepäily. Osastolle tulee myös sydänkirurgisia potilaita. Sydäntoimenpideosastolla tehdään kajoavia eli invasiivisia kardiologian tutkimus- ja hoitotoimenpiteitä. Osastolla tehdään pallolaajennuksia ja tutkitaan ja hoidetaan rytmihäiriöpotilaita. Sydäntoimenpideosastolla myös asennetaan tahdistimia ja korjataan läppävikoja. Sydänosastoilla 1 ja 2 hoidetaan potilaita, joilla on ollut sepelvaltimotautikohtaus tai sydäninfarkti. Lisäksi osastoilla on potilaita, jotka sairastavat kroonista sepelvaltimotautia, sydämen vajaatoimintaa, rytmihäiriöitä tai sydänlihastulehdusta. Osastoille tulee potilaita myös sydänkirurgisista toimenpiteistä. Sydänosastolla 3 ja Sydänvalvonnassa hoidetaan äkillisesti sairastuneita erilaisia sydänsairauksia sairastavia potilaita sekä sydänleikkauksista toipuvia potilaita. (Turun Yliopistollinen Keskussairaala 2013.) Salon Aluesairaalan sisä-

tautiyksikössä hoidetaan erilaisia sydän- ja verisuonisairauksia. Lisäksi yksikössä toimii neljäpaikkainen valvontahuone, jossa hoidetaan sydäninfarkti-, rytmihäiriö- ja sydämen vajaatoimintatilanteita. (Salon Aluesairaala 2010.)

SPTT© -kyselylomakkeita toimitettiin Turun Yliopistollisen Keskussairaalan sydänosastoille sekä Salon Aluesairaalan sisätautiyksikköön (n=20). Turun Yliopistollisessa Keskussairaalassa osastoittain jaettiin lomakkeita seuraavasti: Sydänpoliklinikka TB3 (n=80), Sydäntoimenpideosasto TC3 (n=20), Sydänosasto 1 TD3 ja 2 TA3 (n=40), Sydänosasto 3 TE3 ja Sydänvalvonta TE3 (n=40). Tutkimuksen kokonaisotos oli 200. Osastonhoitajien kanssa sovittiin, että mikäli lomakkeet joltain osastolta loppuvat kesken, voi niitä saada lisää sellaiselta osastolta, missä niitä ei ole jaettu samaan tahtiin.

Sairaanhoitajia pyydettiin jakamaan lomakkeet sydänpotilaille. Lomake täytettiin sairaalassa kotiutumista edeltävänä päivänä tai kotiutumispäivänä ennen kotiinnlähtöä. Poliklinikalla olevat potilaat täyttivät lomakkeen poliklinikka-aikanaan. Lomakkeet kerättiin osastoittain palautuslaatikoihin, joista opinnäytetyön tekijät noutivat ne aineistonkeruuaajan päätyttyä. Aineistoa kerättiin neljän viikon ajalta tammi-helmikuussa 2014. Aineiston keruuaikaa pidennettiin viikolla alun perin suunnitellusta kolmesta viikosta, koska lomakkeita oli ensimmäisten kahden viikon aikana palautettu varsin vähän (n=20). Neljän viikon aineistonkeruun jälkeen lomakkeita oli palautettu 79, joten lopullinen vastausprosentti oli 40.

Tilasto-ohjelmat ovat muuttaneet tilastomenetelmien opiskelua ja oppimista. Ohjelmien avulla on helppo tehdä kokeiluja ja havaita eri tekijöiden vaikutuksia. Hyvä ohjelmisto on avain tehokkaaseen tilastolliseen analyysiin. (Holopainen & Pulkkinen 2008.) Tämän kyselytutkimuksen vastaukset analysoitiin käyttämällä SPSS-ohjelmaa (SPSS = Statistical Package for the Social Sciences).

Ristiintaulukoinnilla tutkitaan muuttujien jakautumista ja niiden välisiä riippuvuuksia. Riippuvuus- tai riippumattomuustarkastelussa tutkitaan, onko tarkastelun kohteena olevan selitettävän muuttujan jakauma erilainen selittävän muuttujan eri luokissa. (KvantiMOTV 2004.) Frekvenssi,  $f$ , on havaintoarvojen lukumäärä (Holopainen & Pulkkinen 2008). Keskiarvo saadaan, kun havaintojen

summa jaetaan havaintojen määrällä (KvantiMOTV 2003b). Summamuuttuja on muuttuja, jonka arvo on saatu laskemalla yhteen erillisten, samaa ilmiötä mittaavien väittämien arvot. Summamuuttajat ovat parempia kuin yksittäiset väittämät, koska ne lisäävät käytettävissä olevia analyysimenetelmiä ja parantavat luotettavuutta eli reliabeliteettiä. (Liukkonen 2011.) Keskihajonta (standard deviation, SD) on hajontaluku välimatka- tai suhdeasteikon muuttujille. Keskihajonta on ehkä kaikkein yleisimmin käytetty hajontaluku. Keskihajonta kuvaa sitä, kuinka kaukana yksittäiset muuttujan arvot ovat keskimäärin muuttujan keskiarvosta. (KvantiMOTV 2003a.)

Tässä tutkimuksessa käytetty kyselylomake oli laadittu siten, että se sisälsi suljettuja väittämiä, jolloin vastaukset oli helppo syöttää SPSS-ohjelmaan ja paljon tietoa voitiin analysoida nopeasti ja tehokkaasti. Ohjelman avulla oli myös helppo saattaa vastaukset graafiseen muotoon ja siten saada tulokset helposti luettaviksi. Tulokset esitettiin frekvensseinä, prosentteina, keskiarvoina ja keskihajontoina.

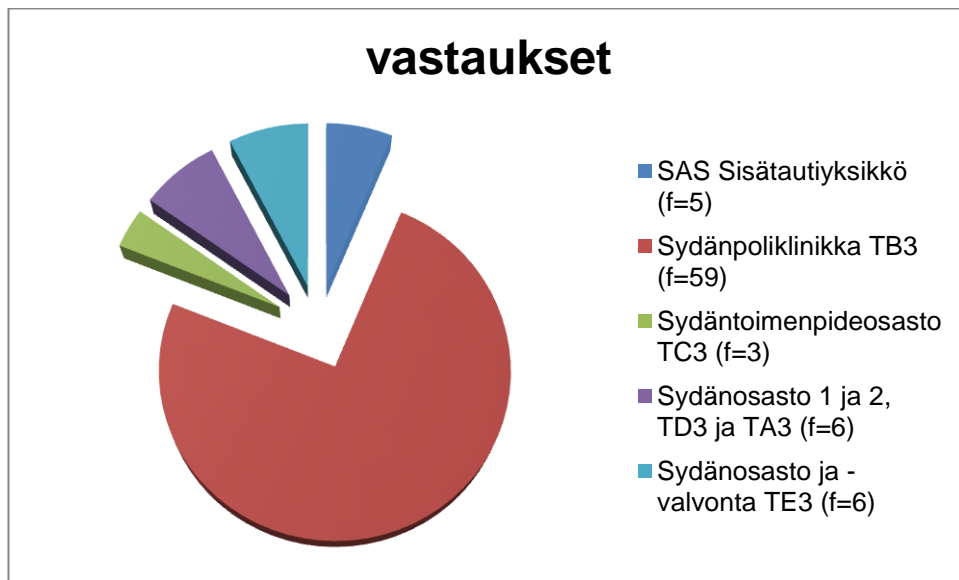
SPSS-ohjelma mahdollisti vastausten ristiintaulukoinnin, jolloin pystyttiin vertaamaan tiettyjen vastausten keskinäistä riippuvuutta. Ristiintaulukoimalla vertailtiin vastaajien iän, sukupuolen ja koulutuksen vaikutusta vastaajien tiedontarpeeseen. Näillä muuttujilla ei ollut vaikutusta tiedontarpeeseen, jonka vuoksi näitä taulukoita ei ole esitetty tuloksissa.

Sanallisessa analyysissä yhdistettiin täysin samaa mieltä ja samaa mieltä – vastauksien määrä. Näin saatiin todenmukaisempi kuva siitä, kuinka suuri osa vastaajista tarvitsi tietoa kustakin aiheesta. Kaikki vastaukset huomioitiin tuloksissa riippumatta siitä oliko lomake kokonaan tai vain osittain täytetty.

Opinnäytetyö valmistui toukokuussa 2014 ja se esitettiin Turun Ammattikorkeakoulun Salon yksikössä kesäkuussa 2014. Työ tallennettiin sähköisessä muodossa Theseus- tietokantaan. Raportti liitteineen toimitettiin Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriin Hoitotyön toimistoon. Tulokset ilmoitettiin tutkimukseen osallistuneille osastoille sähköpostin välityksellä.

## 6 TULOKSET

Vastauslomakkeita saatiin eniten TYKS:n Sydänpoliklinikalta, TB3, jossa 80 lomakkeesta palautettiin täytettyinä 59. Sydänpoliklinikan palautusprosentti oli näin 74 %. Sydäntoimenpideosastolle TC3 toimitetuista 20 lomakkeesta palautettiin kolme kappaletta. Sydänosastoilta 1 ja 2, TD3 ja TA3, palautettiin 40 lomakkeesta kuusi. Sydänosaston 3, TE3, ja Sydänvalvontaosaston TE3, yhteensä 40 lomakkeesta täytettyinä palautettiin kuusi kappaletta. Salon Aluesairaalan Sisätautiyksikköön toimitetuista 20 kyselystä palautettiin viisi. (Kuvio 1)



Kuvio 1. Vastausten jakautuminen osastoittain (n=79)

Tutkimukseen vastasi 79 henkilöä, joista 56 % (f=44) oli naisia ja 44 % (f=35) miehiä. Taulukosta 1 selviää kyselyyn vastanneiden ikäjakauma. Vastaajien ikä vaihteli 22 - 89 välillä. Suurin osa (f=23) oli 60-69 -vuotiaita. (Taulukko 1.)

Taulukko 1. Vastanneiden sydänpotilaiden ikäjakauma (n=79)

Ikä (n=79)	f	%
< 40 v	4	5
40 – 49 v	11	14
50 – 59 v	15	19
60 – 69 v	23	29
70 – 79 v	22	28
80 v -	4	5

Vastaajista 39 %:lla (f=31) ylin peruskoulutus oli kansakoulu tai vähemmän. Keski- tai peruskoulun suorittaneita oli vastaajien joukossa eniten, 42 % (f=33). Vastaajista 19 % oli ylioppilaita (f=15). (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Vastanneiden sydänpotilaiden peruskoulutus (n=79)

Peruskoulutus (n=79)	f	%
Kansakoulu tai vähemmän	31	39
Keski- tai peruskoulu	33	42
Ylioppilas	15	19

Vastaajista 30 %:lla (f=21) ei ole ammatillista koulutusta lainkaan. Kouluasteen ammattitutkinnon on suorittanut 26 % (f=18) vastaajista. Vastaajista 30 % (f=21) on käynyt opistotasoisesta koulutuksesta ja 14 %:lla (f=10) on korkeakoulututkinto. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Vastanneiden sydänpotilaiden ammatillinen koulutus (n=70)

Ammattikoulutus (n=70)	f	%
Ei ammattikoulutusta	21	30
Kouluasteen ammattitutkinto	18	26
Opistoasteen ammattitutkinto	21	30
Korkeakoulututkinto	10	14

Vastaajista suurin osa 60 % (f=47) oli eläkkeellä. Työssäkäyviä oli 36 % (f=28) vastanneista. Vastaajista yksi prosentti (f=1) ilmoitti olevansa kotitöissä ja kolme prosenttia (f=2) opiskeli pääasiallisena toimintanaan. Kukaan ei vastannut olevansa työtön tai valinnut muuta vaihtoehtoa. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Vastanneiden sydänpotilaiden pääasiallinen toiminta (n=78)

Pääasiallinen toiminta (n=78)	f	%
Työssä	28	36
Eläkkeellä	47	60
Kotityössä	1	1
Opiskelija	2	3
Työtön / työnhakija	0	0
Muu, mikä?	0	0

Yleisin pitkäaikaissairaus vastaajilla oli verenpainetauti, jota kertoi sairastavansa 28 % (f=21) vastaajista. Sepelvaltimotauti oli yleisin ilmoitettu sydänsairaus ja sitä sairasti 11 % (f=8) vastaajista. Kolmanneksi yleisin pitkäaikaissairaus oli diabetes, jota sairasti yhdeksän prosenttia (f=7) vastaajista. Vastaajista kahdeksalla prosentilla (f=6) oli sydämen rytmihäiriö ja samoin kahdeksalla prosentilla

(f=6) sydämen vajaatoiminta. Seitsemän prosenttia (f=5) vastaajista ilmoitti sairastavansa sydäntautia tai sydänsairautta, mutta eivät täsmentäneet vastaustaan sen enempää. Läppävika oli viidellä prosentilla (f=4) vastaajista. Lisäksi ilmoitettiin useita yksittäisiä pitkäaikaissairauksia. Useampaa kuin yhtä pitkäaikaissairautta ilmoitti sairastavansa 29 % (f=22). (Taulukko 5.)

Taulukko 5. Vastanneiden sydänpotilaiden sairastamat pitkäaikaissairaudet (n=76)

Pitkäaikaissairaudet (n=76)	f	%
Verenpainetauti	21	28
Sepelvaltimotauti	8	11
Diabetes	7	9
Rytmihäiriö	6	8
Sydämen vajaatoiminta	6	8
Sydäntauti	5	7
Läppävika	4	5

Vastaajista 17 % (f=13) oli työskennellyt tai työskenteli vastaushetkellä sosiaali- tai terveydenhuoltoalan työpaikassa. Varsinaisissa hoitotehtävissä, hoitajana tai lääkärinä oli toiminut 8 % (f=6) vastaajista. Suurin osa, 83 % (f=65), oli työskennellyt muulla kuin sosiaali- tai terveydenhuoltoalalla. (Taulukko 6.)

Taulukko 6. Vastanneiden sydänpotilaiden työkokemus sosiaali- tai terveydenhuollossa (n=78)

Työskentely sosiaali- tai terveydenhuollossa (n=78)	f	%
Kyllä, hoitajana tai lääkärinä	6	8
Kyllä, muissa tehtävissä	7	9
En	65	83

Suurin osa vastaajista ilmoitti syyksi polikliinisen seurantakäynnin 36 % (f=28) tai tutkimuksen 35 % (f=27). Vastaajista 15 % (f=12) oli tullut kirurgiseen toimenpiteeseen. Kahdeksan prosenttia (f=6) oli polikliinisella hoitokäynnillä ja kuusi prosenttia (f=5) oli hoidossa vuodeosastolla. (Taulukko 7.)

Taulukko 7. Vastanneiden sydänpotilaiden sairaalassa olon / polikliinisen käynnin syy (n=78)

Sairaalassa olon / polikliinisen käynnin syy (n=78)	f	%
Tutkimus	27	35
Kirurginen toimenpide	12	15
Hoito vuodeosastolla	5	6
Polikliininen seurantakäynti	28	36
Polikliininen hoitokäynti	6	8
Muu, mikä?	0	0

Vastaajista 85 % (f=66) oli suunnitellut sairaalaan saapumisensa etukäteen. Vastaajista 15 % (f=12) oli tullut sairaalaan päivystyspotilaana. (Taulukko 8.)

Taulukko 8. Vastanneiden sydänpotilaiden saapuminen sairaalaan (n=78)

Sairaalaan saapuminen (n=78)	f	%
Suunnitellusti etukäteen	66	85
Päivystyspotilaana	12	15

Vastaajista 12 % (f=8) ilmoitti olleensa potilaana sairaalassa aikaisemmin, mutta eivät täsmentäneet tarkkaa lukumäärää. Vastaajista 14 % (f=9) ilmoitti olleensa potilaana sairaalassa yhden kerran aikaisemmin. Eniten vastattiin aikaisempien hoitokertojen sijoittuvan välille 2 – 5, 30 % (f=20) sekä yli 5 kertaa 30 % (f=20). Vastaajista 14 %:lle (f=9) tämä oli ensimmäinen kerta potilaana kyseisessä sairaalassa. (Taulukko 9.)

Taulukko 9. Vastanneiden sydänpotilaiden aikaisemmat käynnit kyseisessä sairaalassa hoidettavana / tutkimuksissa / vastaanotolla (n=66)

Aikaisemmat käynnit (n=66)	f	%
Kyllä	8	12
Kyllä, kerran	9	14
Kyllä, 2 – 5 kertaa	20	30
Kyllä, yli 5 kertaa	20	30
En	9	14

**Biologis-fysiologisella alueella** tarvittiin eniten tietoa oireista ylipäätään (f=66) ja siitä, mihin ottaa yhteyttä jos oireet pahenevat (f=66). Samoin haluttiin paljon tietoa itselle tehtävistä tutkimuksista (f=66) ja hoitoon liittyvistä komplikaatioista (f=63). Vain muutama vastaaja ei tarvinnut tietoa biologis-fysiologiselta alueelta lainkaan. Yleisesti kaikista biologis-fysiologisen alueen aiheista haluttiin paljon tietoa. (Taulukko 10.)

Taulukko 10. Sydänpotilaiden kokema tiedon tarve biologis-fysiologisella osa-alueella (n=62)

Tarvitsen tietoa...	Täysin samaa mieltä f / %	Jokseenkin samaa mieltä f / %	Jokseenkin eri mieltä f / %	Täysin eri mieltä f / %	Ei koske minua f / %	KA SD
<b>Biologis-fysiologinen osa-alue (n=62)</b>						1,40 0,50
Tarvitsen tietoa sairauteeni liittyvistä oireista (n=71)	49 / 69	17 / 24	2 / 3	1 / 1	2 / 3	1,31
Milloin minun on syytä ottaa yhteyttä hoitopaikkaan oireiden pahentuessa (n=71)	<b>52 / 73</b>	<b>14 / 20</b>	2 / 3	2 / 3	1 / 1	1,32
Minulle tehtävistä tutkimuksista (n=70)	49 / 70	17 / 24	2 / 3	1 / 1	1 / 1	1,33
Miten minun pitäisi valmistautua tutkimukseen (n=66)	41 / 62	18 / 27	3 / 5	1 / 2	<b>3 / 5</b>	1,36
Miten saan tietoa tutkimuksen tuloksista (n=67)	37 / 55	24 / 36	<b>4 / 6</b>	<b>1 / 2</b>	1 / 2	1,51
Erilaisista hoitovaihtoehdoista (n=65)	38 / 59	23 / 35	2 / 3	1 / 2	1 / 2	1,45
Hoitooni liittyvistä komplikaatioista (n=68)	46 / 68	17 / 25	2 / 3	2 / 3	1 / 2	1,38
Miten voisin itse estää komplikaatioita (n=68)	44 / 65	20 / 29	1 / 2	2 / 3	1 / 2	1,40

**Toiminnalliselta osa-alueelta** haluttiin eniten tietoa liikunnasta (f=57), levosta (f=52) ja ruokavaliosta (f=52). Näiden väittämien kohdalla oli myös hajontaa, sillä 12 vastaajaa koki että ei tarvitse tietoa liikunnasta ja 13 vastaajaa ei tarvinnut tietoa levon määrästä. Vastaajista 11 ei tarvinnut tietoa ruokavaliosta. Tiedontarve apuvälineistä oli suuri niiden kohdalla jotka niitä tarvitsivat (f=33). Samoin kotijärjestelyistä haluttiin tietoa, jos asia koski vastaajaa (f=31). (Taulukko 11.)

Taulukko 11. Sydänpotilaiden kokema tiedon tarve toiminnallisella osa-alueella (n=62)

Tarvitsen tietoa...	Täysin samaa mieltä f / %	Jokseenkin samaa mieltä f / %	Jokseenkin eri mieltä f / %	Täysin eri mieltä f / %	Ei koske minua f / %	KA SD
<b>Toiminnallinen osa-alue (n=62)</b>						1,55 0,69
Miten voin toimia yksilöllisesti henkilökohtaisten tarpeitteni noudattamiseksi sairaalassa/poliklinikalla (n=64)	29 / 45	26 / 41	6 / 9	2 / 3	1 / 2	1,67
Millaista liikuntaa voin harjoittaa (n=70)	<b>40 / 57</b>	<b>17 / 24</b>	10 / 14	2 / 3	1 / 1	1,60
Miten paljon minun tulee levätä (n=66)	35 / 53	17 / 26	11 / 17	2 / 3	1 / 2	1,67
Millainen on minulle sopiva ruokavalio (n=67)	26 / 39	26 / 39	8 / 12	3 / 5	4 / 6	1,70
Milloin voin peseytyä (esim. mennä suihkuun/kylpyyn/saunaan) (n=68)	27 / 40	13 / 19	6 / 9	6 / 9	16 / 24	1,40
Miten sairaus tai hoito mahdollisesti vaikuttaa erityistoimintaani (esim. hikoiluun, virtsaamiseen, ulostamiseen) (n=68)	27 / 40	18 / 27	<b>9 / 13</b>	<b>5 / 7</b>	9 / 13	1,62
Mitä sairaus tai hoito mahdollisesti vaikuttaa kotona tapahtuviin järjestelyihin (esim. allergiasaneeraus, kotiapu) (n=66)	18 / 27	13 / 20	10 / 15	4 / 6	21 / 32	1,35
Mistä saan tarvitsemiani hoidon apuvälineitä (esim. liikkumiseen, haavan hoitoon, syömiseen) (n=67)	22 / 33	11 / 16	9 / 13	3 / 5	<b>22 / 33</b>	1,24

**Kokemuksellisella osa-alueella** tiedontarve jakaantuu tasaisemmin. Eniten haluttiin tietoa sairauden ja hoidon aiheuttamista tunteista (f=53) ja siitä kenelle niistä voi puhua. Kokemuksellisellakin alueella selvä enemmistö vastaajista oli kaikkien väittämien kohdalla täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että tietoa tarvitaan. (Taulukko 12.)

Taulukko 12. Sydänpotilaiden kokema tiedon tarve kokemuksellisella osa-alueella (n=65)

Tarvitsen tietoa...	Täysin samaa mieltä f / %	Jokseenkin samaa mieltä f / %	Jokseenkin eri mieltä f / %	Täysin eri mieltä f / %	Ei koske minua f / %	KA SD
<b>Kokemuksellinen osa-alue (n=65)</b>						1,56 0,87
Minkälaisia tunteita sairauteni ja sen hoito mahdollisesti minulle aiheuttaa (n=68)	<b>31 / 46</b>	<b>22 / 32</b>	7 / 10	1 / 2	7 / 10	1,47
Kenen kanssa voin keskustella sairauteeni ja sen hoitoon liittyvistä tunteista (n=67)	33 / 49	16 / 24	9 / 13	3 / 5	6 / 9	1,55
Miten voin hyödyntää aikaisempia sairaalako-kemuksiani nykyisessä hoidossa (n=66)	23 / 35	23 / 35	<b>8 / 12</b>	<b>4 / 6</b>	<b>8 / 12</b>	1,65

**Eettisellä osa-alueella** haluttiin paljon tietoa mahdollisuudesta osallistua omaa hoitoa koskevaan päätöksentekoon (f=59). Samoin tärkeänä pidettiin tiedon saantia omien toiveiden saamisesta kuuluville (f=59) ja omasta vastuusta hoidon onnistumiseksi (f=59). Tiedon saantia potilasasiamiehestä pidettiin selvästi vähemmän tärkeänä. Vastaajista 17 ei kaivannut tietoa potilasasiamiehestä ja 13 vastaajaa katsoi, että asia ei koske heitä. (Taulukko 13.)

Taulukko 13. Sydänpotilaiden kokema tiedon tarve eettisellä osa-alueella (n=62)

Tarvitsen tietoa...	Täysin samaa mieltä f / %	Jokseenkin samaa mieltä f / %	Jokseenkin eri mieltä f / %	Täysin eri mieltä f / %	Ei koske minua f / %	KA SD
<b>Eettinen osa-alue (n=62)</b>						1,59 0,61
Miten voin osallistua hoitoani koskevaan päätöksentekoon (n=66)	33 / 50	26 / 39	2 / 3	1 / 2	4 / 6	1,45
Miten voin saada omat toiveeni kuuluville (n=65)	33 / 51	26 / 40	1 / 2	1 / 2	4 / 6	1,42
Mitä oikeuksia minulla sairaalassa on (n=65)	32 / 49	17 / 26	9 / 14	3 / 5	4 / 6	1,62
Mikä on oma vastuuni hoidon onnistumiseksi (n=66)	<b>43 / 65</b>	<b>16 / 24</b>	5 / 8	1 / 2	1 / 2	1,42
Potilasasiamiehen toiminnasta (n=66)	20 / 30	16 / 24	<b>13 / 20</b>	<b>4 / 6</b>	<b>13 / 20</b>	1,62
Miten eri hoitooni osallistuvien ammattiryhmien vastualueet on määritelty (n=63)	19 / 30	24 / 38	11 / 18	2 / 3	7 / 11	1,71
Miten minua koskevat tiedot pysyvät salassa (n=65)	29 / 45	20 / 31	8 / 12	5 / 8	3 / 5	1,74
Kenelle minua koskevia tietoja annetaan (n=66)	32 / 49	24 / 36	5 / 8	4 / 6	1 / 2	1,68
Miten voin tutustua potilasasiakirjoihini (n=65)	39 / 60	16 / 25	7 / 11	1 / 2	2 / 3	1,48

**Sosiaalis-yhteisölliseltä osa-alueelta** halutaan eniten tietoa siitä, mistä läheiset saavat tietoa omasta sairaudesta ja sen hoitoon liittyvistä asioista (f=51). Samoin tärkeänä pidettiin tiedonsaantia läheisten mahdollisuudesta osallistua hoitoon (f=46). Sosiaalis-yhteisöllisellä alueella oli paljon väittämiä, joiden ei katsottu koskevan itseä. Sairaalapappi tai teologi koettiin asiaksi, joka ei koske vastaajaa tai josta ei haluta tietoa (f=41), samoin potilasjärjestöjen toiminta (f=38). (Taulukko 14.)

Taulukko 14. Sydänpotilaiden kokema tiedon tarve sosiaalis-yhteisöllisellä osa-alueella (n=62)

Tarvitsen tietoa...	Täysin samaa mieltä f / %	Jokseenkin samaa mieltä f / %	Jokseenkin eri mieltä f / %	Täysin eri mieltä f / %	Ei koske minua f / %	KA SD
<b>Sosiaalis-yhteisöllinen osa-alue (n=62)</b>						1,44 0,76
Keneltä läheiseni saavat tietoa sairauteeni ja sen hoitoon liittyvissä asioissa (n=66)	<b>35 / 53</b>	<b>16 / 24</b>	10 / 15	2 / 3	3 / 5	1,59
Miten läheiseni voivat osallistua hoitooni (n=65)	27 / 42	19 / 29	8 / 12	5 / 8	6 / 9	1,68
Mistä saan halutessani tukihenkilön sairaalassa olon jälkeen (n=65)	25 / 39	15 / 23	6 / 9	3 / 5	16 / 25	1,31
Mistä saan tarvittavan jatkohoitopaikan (n=65)	31 / 48	11 / 17	3 / 5	4 / 6	16 / 25	1,20
Miten voin tavata sairaalapapin/-teologin (n=63)	11 / 18	11 / 18	<b>9 / 14</b>	<b>6 / 10</b>	<b>26 / 41</b>	1,33
Potilasjärjestöjen toiminnasta (n=65)	11 / 17	16 / 25	9 / 14	6 / 9	23 / 35	1,45

**Taloudellisella osa-alueella** haluttiin eniten tietoa lääkehoidon kustannuksista (f=48). Kuntoutus ja siihen liittyvät kustannukset oli myös aihe, josta tietoa kättiin (f=46). Taloudellinenkin osa-alue jakaantui selvästi niiden kesken, joita asia ei koske ja niiden, jotka tietoa tarvitsevat. Vähiten haluttiin tietoa vakuutusasioista, 16 vastaajaa ei halunnut aiheesta tietoa ja 21 katsoi, että asia ei koske heitä. (Taulukko 15.)

Taulukko 15. Sydänpotilaiden kokema tiedon tarve taloudellisella osa-alueella (n=63)

Tarvitsen tietoa...	Täysin samaa mieltä f / %	Jokseenkin samaa mieltä f / %	Jokseenkin eri mieltä f / %	Täysin eri mieltä f / %	Ei koske minua f / %	KA SD
<b>Taloudellinen osa-alue (n=63)</b>						1,30 0,90
Kuntoutuksesta ja siihen liittyvistä kustannuksista (n=67)	27 / 40	19 / 28	4 / 6	1 / 2	16 / 24	1,37
Sairauspäivärahoista (n=65)	23 / 35	9 / 14	7 / 11	4 / 6	22 / 34	1,20
Vakuutusasioista (n=64)	20 / 31	7 / 11	<b>10 / 16</b>	<b>6 / 9</b>	21 / 33	1,38
Sopeutumisvalmennuskursseista ja niiden kustannuksista (n=65)	14 / 22	15 / 23	7 / 11	6 / 9	<b>23 / 35</b>	1,37
Jatkohoidon tai kotona tapahtuvan hoidon kustannuksista (n=66)	21 / 32	18 / 27	4 / 6	5 / 8	18 / 27	1,35
Lääkehoidon kustannuksista (n=67)	<b>29 / 43</b>	<b>19 / 28</b>	7 / 10	1 / 2	11 / 16	1,37

Ristiintaulukoinnin perusteella vastaajien ikä, sukupuoli tai koulutus ei vaikuta vastaajien tiedontarpeeseen millään osa-alueella.

## 7 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

Tutkimus on inhimillistä toimintaa, joka perustuu arvoperustaan. Eettiset ratkaisut ovat ratkaisevan tärkeitä tieteissä, joissa tutkitaan inhimillistä toimintaa, ja joissa tietolähteinä käytetään ihmisiä. (Leino-Kilpi 2008, 361.) Hoitotieteellisessä tutkimuksessa täytyy olla lupa tutkimusorganisaation johdolta. Myös tutkittavien täytyy olla tietoisia siitä, että he osallistuvat tutkimukseen. Tutkimuslupiin lisätään usein maininta siitä, ettei tutkimukseen osallistuminen tai osallistumatta jättäminen vaikuta hoitoon millään tavalla. (Vehviläinen-Julkunen 1997, 28-30.) Tutkittaville tulee selvittää tutkimuksen tarkoitus ja se, mihin vastauksia käytetään. Vastaajille ei saa aiheutua tutkimuksesta haittaa. Tutkimus tulee tehdä rehellisesti ja puolueettomasti. Tuloksista ei saa tunnistaa yksittäistä vastaajaa, vaan vastausten on oltava täysin anonyymejä ja luottamuksellisia. (Heikkilä 2008, 29, 31-32.)

Tätä tutkimusta varten hankittiin lupa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriltä yhdessä muiden samaan aikaan työn alla olevien HoiPro –hankkeeseen kuuluvien tutkimusten kanssa. Tutkimuksessa mukana olleiden osastojen henkilökuntaa ohjeistettiin sekä suullisesti että kirjallisesti tiedotteella. Tiedotteessa henkilökunnalle kerrottiin, mistä tutkimuksessa on kyse, miten ja kenelle heidän tulee kyselylomakkeita jakaa, sekä keneen voi olla yhteydessä, jos kysyttävää ilmenee.

Kyselylomakkeen mukana jokainen vastaaja sai saatekirjeen, jossa kerrottiin tutkimuksesta, sekä annettiin ohjeet vastaamiseen. Kirjeessä mainittiin, että vastaamalla kyselyyn vastaaja antaa suostumuksensa vastausten käyttöön tässä tutkimuksessa. Saatekirjeessä oli myös maininta siitä, että vastaukset ovat ehdottoman luottamuksellisia, sekä painotettiin vastaamisen vapaaehtoisuutta. Saatteessa kerrottiin selkeästi, ettei vastaamisella tai vastaamatta jättämisellä ole vaikutusta henkilön saamaan hoitoon. Täytetyt kyselylomakkeet toimitettiin suljetuissa kirjekuorissa tekijöille, eivätkä ne missään vaiheessa olleet muiden

kuin tutkimuksen tekijöiden nähtävillä. Tutkimuksen päättymisen jälkeen kyselylomakkeet hävitettiin asianmukaisesti.

Onnistunut tutkimus on hyödyllinen ja käyttökelpoinen, sekä antaa luotettavia vastauksia tutkimuskysymyksiin. Tutkimuksessa käytettyjen mittareiden validius eli pätevyys on selvitettävä huolella etukäteen, jotta saadaan vastauksia siihen, mitä on alun perin haluttukin mitata. (Heikkilä 2008, 29-32.) Tutkimuksen tulokset ovat juuri niin luotettavia kuin siinä käytetyt mittarit. Mittarin tulee olla tarkka ja täsmällinen. Sen tulee olla myös toimiva, looginen, ymmärrettävä ja helppokäyttöinen. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 206-207.) Tutkimuksen tulokset eivät saa riippua tutkimuksen tekijästä, vaan tutkimuksen – ja tutkijan – on oltava objektiivinen. Kaikki tutkimuksessa esiin tulleet tulokset tulee raportoida siitä riippumatta, ovatko ne tutkijan mielestä mielenkiintoisia tai tärkeitä. (Heikkilä 2008, 31-32.) Tutkimustulosten tulisi olla yleistettävissä. Luotettavan tutkimusotoksen on oltava edustava ja sen on edustettava perusjoukkoa. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 211.)

Tätä tutkimusta varten ei tehty omaa mittaria, vaan käytettiin olemassa olevaa SPTT© -mittaria, johon oli saatu mittarin laatijalta lupa. SPTT© -mittaria on käytetty useissa tutkimuksissa (esim. Leino-Kilpi ym. 2005; Leino-Kilpi ym. 2007), ja sen käytettävyyttä on testattu myös Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin alueella aiemmissa opinnäytetöissä (esim. Rusi & Tiitinen 2013; Peltosalu 2011). Mittarin ensimmäisillä kysymyksillä (1-10) kartoitettiin vastaajien taustatietoja ja varsinaisen kyselyosion väittämillä (1-40) pyrittiin saamaan vastauksia tutkimusongelmaan. Mittari on varsin helppokäyttöinen, koska kaikkiin väittämiin vastataan samalla logiikalla.

Kyselytutkimuksessa on aina otettava huomioon kato, eli se määrä lomakkeita, joka jää palautumatta tutkimuksen tekijöille. Palautusprosenttiin vaikuttaa erityisesti se, miten tärkeänä vastaaja tutkimusta pitää. Lisäksi palautusprosenttiin vaikuttavat tutkimuksen kohderyhmä, tutkimuksen aihe, kysymysten määrä ja lomakkeen ulkoasu. (Heikkilä 2008, 30, 66.) Tässä tutkimuksessa 200 lomakkeesta palautettiin 79 kappaletta, eli palautusprosentti oli 40. Eniten vastauksia (n=59) saatiin TYKS:n Sydänpoliklinikalta, TB3. Tämä on ymmärrettävää, koska

poliklinikalla käyvät vähiten sairaat potilaat, joilla on eniten voimavaroja kyselyyn vastaamiseen. Vuodeosastoilta saatiin vain muutamia vastauksia per osasto. Näillä osastoilla on paljon vanhoja, huonokuntoisia potilaita, jotka eivät välttämättä jaksavat vastata pitkiin kyselyihin. Tämä ei kuitenkaan tarkoita, etteikö heillä olisi tarvetta saada tietoa hoitohenkilökunnalta. Miten tällaisten potilaiden ääni saataisiin kuuluviin? Eräs vaihtoehto voisi olla, että tällaisten potilaiden tiedontarvetta kartoitettaisiin haastatteluin.

SPTT© -mittarin haaste, ja samalla vastaajille ainut haittaava tekijä, on kyselylomakkeen pituus. Etenkin huonokuntoisille potilaille, mutta myös muille, kymmenen taustakysymystä, ja 40 tiedontarvetta kartoittavaa väittämää saattaa olla liian paljon. Tuloksia analysoitaessa kävi ilmi, että kaikki ne, jotka olivat jättäneet vastaamisen puolitiehen, eivät suinkaan olleet vanhoja, useaa eri sairautta potevia henkilöitä. Eräs vanhemmista vastaajista oli jaksanut vastata pelkäämään muutamaa taustakysymykseen; kaikki varsinaiset tiedontarveväittämät olivat jääneet vastausta vaille. Muutamilta nuoremmilta vastaajilta oli loppunut into kesken kaiken. Alussa jokaiseen kysymykseen oli vastattu tunnollisesti, mutta viimeiset sivut olivat jääneet täyttämättä. Jos kyselylomake on liian pitkä, ei viimeisiin kysymyksiin saada yhtä kattavaa vastausprosenttia kuin lomakkeen alkupään kysymyksiin. Lyhyemmällä kyselyllä vastauksien saaminen jokaiseen kysymykseen olisi ehkä taatumpaa. Mutta miten kyselyä voisi järkevällä tavalla lyhentää, onkin jo vaikeampi asia.

Väittämien muotoiluunkaan kaikki vastaajat eivät olleet tyytyväisiä. Eräs vastaaja oli kirjoittanut saatekirjeeseen tutkimuksen tekijöille viestin: ”Ei voi vastata. Huonot kysymykset.” Sitä vastaaja ei kertonut, millaisia kysymysten/väittämien olisi pitänyt olla, jotta hän olisi koko kyselyn täyttänyt. Tutkimuksen lopussa olisi ehkä voinut olla yksi avoin kysymys, johon olisi halutessaan voinut kirjoittaa terveiset tutkimuksen tekijöille. Kenties joku muukin olisi halunnut terveisiä lähettää, jos siihen olisi annettu mahdollisuus.

Itse kyselylomakkeen asettelu aiheutti myös osalle vastaajista haasteita. Taustatiedoissa yleisimmin vastaamatta jäi kysymys siitä, onko vastaaja aiemmin ollut samassa sairaalassa. Kysymys oli yksinään sivun ylä laidassa, joten se

saattoi jäädä vastaamatta täysin epähuomiossa. Tällaisiin sivun asettelukysymyksiin olisi ehkä pitänyt kiinnittää tarkempaa huomiota ennen kyselyiden tulostamista.

Aineisto analysoitiin objektiivisesti ja tutkimusraporttiin otettiin mukaan kaikki kyselyvastauksista esiin tulleet tulokset ja johtopäätökset. Tekijöitä oli kaksi, joten näppäilyvirheet saatiin minimoitua.

Turku on kaksikielinen kaupunki, jossa asuu lisäksi paljon myös muun kuin suomen- tai ruotsinkielisiä ihmisiä ja Salossakin on useita kansallisuuksia ja kieliryhmiä edustettuna. Tässä kyselyssä vastaamaan pääsivät ainoastaan riittävän suomenkielen omaavat. Sitä ei tiedetä, miten moni vastaus jäi saamatta sen vuoksi, että kysely oli saatavilla vain suomeksi. Myös muiden kuin suomenkielisten potilaiden ääni olisi tärkeää saada jollain tavalla kuuluviin potilasohjauksenkin alueelta.

## 8 POHDINTA

Tutkimuksen lähtökohtana oli kysymys siitä, millaista tietoa sydäntoimialueen potilaat haluavat saada. Tulosten perusteella näyttää siltä, että tietoa halutaan kaikilta osa-alueilta. Mikään osa-alue tai yksittäinen väittämä ei osoittautunut sellaiseksi, jolta juuri kukaan ei olisi halunnut tietoa saada.

**Biologis-fysiologisen osa-alueen** kysymyksiin kaivattiin kaikkein eniten tietoa. Ainoastaan muutama vastaaja ei kaivannut tältä alueelta tietoa lainkaan. Väittämä ”Milloin minun on syytä ottaa yhteyttä hoitopaikkaan oireiden pahentumisessa” sai eniten ’täysin samaa mieltä’ ja ’samaa mieltä’ –vastauksia. Myös tutkimuksista ja hoidon komplikaatioista toivottiin tietoa. Kvistin ym. (2013) mukaan potilaan tulee seurata ja tunnistaa oireitaan, joten on hyvä, että aiheesta halutaan tietoa. Linnajärven (2010) mukaan hoitohenkilökunnan tiedolliset valmiudet ovat tyydyttävät, ja Kähkösen (2012) mukaan riittämättömät. Hoitajien tulee päivittää tietämystään sairauksista jatkuvasti, koska henkilökunnan tiedollinen valmius täytyy olla hyvä, ja annettavan tiedon tulee olla riittävää, ajantasaista ja tutkittua.

**Toiminnallinen osa-alue** jakaa vastaajat selvästi niihin, jotka tarvitsevat tietoa paljon ja niihin, joita asia ei koske. Liikunnasta, levosta ja sopivasta ruokavalios- ta haluttiin eniten tietoa. Toisaalta kaikkien näiden aiheiden kohdalla oli myös paljon niitä vastaajia, jotka eivät kokeneet näistä tietoa tarvitsevansa. Kotona tehtävät erityisjärjestelyt ja apuvälineet kiinnostivat melko isoa joukkoa, mutta toisaalta noin kolmannes vastaajista ilmoitti, etteivät nämä aiheet koske heitä lainkaan. Albertin (2013) tutkimuksessa kävi ilmi, etteivät sydämen vajaatoiminnasta kärsivät potilaat olleet saaneet tarpeeksi tietoa sairautensa vakavuudesta. Tämä siitä huolimatta, että hoitajilla oli Albertin (2013) mukaan hyvin tietoa siitä, miten vajaatoimintaa voidaan kotihoidossa hallita.

**Kokemuksellisella osa-alueella** vastaajien selvä enemmistö oli joko täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä kaikkien kolmen väittämän kohdalla. Sairauden ja hoidon aiheuttamista tunteista haluttiin eniten tietoa. Tämä on

ymmärrettävää, koska sydänsairauksiin liittyy usein pelko sairauden pahenemisesta ja jopa kuolemasta. Ohtosen (2006) mukaan riittävä ohjaus parantaa sairauteen sopeutumista. Hyvä vuorovaikutus ohjaajan ja potilaan välillä vähentää potilaan pelkoja, ahdistusta ja epävarmuutta. Tunteista puhuminen saattaa olla hoitajallekin hankalaa. Asia on kuitenkin tärkeä, joten sitä ei saa ohjauksessa täysin ohittaakaan.

**Eettisellä osa-alueella** potilaan oma vastuu hoidosta, mahdollisuus osallistua päätöksentekoon ja omien toiveiden kuuluville saaminen olivat aiheita, joista toivottiin eniten tietoa. Lawnin ym. (2014) tutkimuksen johtopäätöksenä oli, että hoitohenkilökunta tarvitsee lisää koulutusta oikeanlaiseen kommunikointiin, jotta potilaan omahoito voi toteutua parhaalla mahdollisella tavalla. Ohjauksen tulee olla sellaista, että se kannustaa potilasta osallistumaan omaan hoitoonsa itsen sijaan, että tukeutuisi liikaa hoitohenkilökuntaan.

Potilasasiamies-väittämä jakoi mielipiteitä. Viidennes vastaajista ilmoitti, ettei asia koske heitä. Luottamus suomalaisen sairaanhoidon tasoon lienee korkea, jos ajatellaan, ettei mikään voi mennä vikaan. Luottamuksesta kertonee myös se, että kolmasosa vastaajista ei halunnut tietoa eri ammattiryhmien vastuualueiden määrittelystä.

**Sosiaalis-yhteisöllisellä osa-alueella** eniten vastaajia kiinnosti se, mistä heidän läheisensä saavat tietoa sairaudesta ja sen hoidosta. Tärkeäksi koettiin myös läheisten mahdollisuus osallistua hoitoon. Blekin ym. (2007) mukaan sekä potilailla että heidän omaisillaan on puutteita tiedonsaannissa. Omaiselta tulisi aina mahdollisuuksien mukaan ottaa mukaan ohjaustilanteeseen.

Tukihenkilö, jatkohoitopaikka, sairaalapappi/-teologi ja potilasjärjestöt olivat aiheita, joihin joko haluttiin tietoa tai vastattiin, ettei asia koske vastaajaa. On selvää, että kaikki eivät tukihenkilöä tai jatkohoitopaikkaa sairaalassaolon jälkeen tarvitse. Uskonnolliset asiat jakavat aina mielipiteitä voimakkaasti ja tiedontarve sairaalapapista liittyy vahvasti uskonnolliseen vakaumukseen. Melko yllättävää on, että yli kolmannes vastaajista ei koe potilasjärjestöjen koskevan itseään.

Johtuuko tämä siitä, ettei tiedetä, mitä potilasjärjestöt ovat, vai kokevatko vastaajat kenties, että järjestöön kuuluminen leimaisi heitä liikaa.

**Taloudellisella osa-alueella** oli vastauksissa runsaasti hajontaa. Eniten tietoa toivottiin lääkehoidon kustannuksista, vähiten sopeutumisvalmennuskursseista ja vakuutuksista. Jokaisen väittämän kohdalla oli paljon myös niitä, jotka sanoivat, ettei asia koske heitä. Lääkehoito lienee aihe joka koskee useimpia sydänpotilaita. Koska lääkkeet ovat kalliita, halutaan niistä myös tietoa. Vakuutukset saattavat potilailla olla kunnossa jo entuudestaan, jolloin niistä ei haluta tietoa sairaalassa. Sopeutumisvalmennuskurssien soveltuvuus riippuu sairauden laadusta. Suurin osa vastaajista oli eläkeläisiä, joten sairauspäivärahat koettiin asiaksi, josta ei tietoa tarvita.

Kaiken kaikkiaan sydänpotilaat tarvitsevat paljon tietoa eri osa-alueilta. Tiedon jakamiseen ja ohjaukseen tulee panostaa. Ohjauksen yksilöllisyyttä ei voi liikaa korostaa, koska jokainen potilas tarvitsee tietoa omista lähtökohdistaan. Osa potilaista tietää jo hoitoon tullessaan paljon, toisille kaikki voi olla täysin uutta. Ei voi myöskään olettaa, että pitkään hoidossa ollut potilas automaattisesti tietäisi enemmän kuin juuri diagnoosin saanut. Potilaan tiedontarve tulee selvittää, jotta osataan antaa oikeanlaista ohjausta. Ohjaukseen tulee olla käytettävissä riittävästi aikaa ja osaavia resursseja, jotta potilas kokisi saavansa hyvää, juuri hänen tarpeisiinsa räätälöityä ohjausta.

Jatkossa voisi harkita erilaisten tutkimustapojen yhdistämistä, jotta saadaan kuuluviin niidenkin ääni ja mielipiteet, jotka eivät syystä tai toisesta pysty tällaiseen kyselyyn vastaamaan. Myös omaisten tiedontarvetta on hyvä kartoittaa, jotta he saavat riittävän määrän oikeanlaista tietoa.

## LÄHTEET

Airaksinen J. 2013. Aikuisen yleisimmät hankitut läppäviat ja niihin liittyvät sivuäänet. Lääkärin käsikirja. Terveysportti. Viitattu 27.01.2014  
[http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=ykt00092&p\\_haku=lappaviat](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt00092&p_haku=lappaviat).

Albert NM. 2013. Parallel paths to improve heart failure outcomes: evidence matters. Distinguished Research Lecture. American Journal of Critical Care 7/2013, 289-297.

Blek T, Kiema M, Karinen A, Liimatainen L & Heikkilä J. 2007. Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan ja hänen läheistensä tiedon saanti ja riskitekijöihin asennoitumisen yhteys terveyskäyttäytymiseen. Tutkiva Hoitotyö 4/2007, 9-14.

Eloranta S, Katajisto J & Leino-Kilpi H. 2014. Toteutuuko potilaslähtöinen ohjaus hoitotyöntekijöiden näkökulmasta? Hoitotiede 1/2014, 63-73.

Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.

Holopainen M & Pulkkinen P. 2008. Tilastolliset menetelmät. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.

Kaarne M, Jokinen E, Pesonen E & Leijala M. 2008. Lasten synnynnäiset sydänviat. Lääkärin käsikirja. Terveysportti. Viitattu 6.2.2014.  
[http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/koti?p\\_artikkeli=kar00085&p\\_haku=eteisväliseinäaukko](http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=kar00085&p_haku=eteisväliseinäaukko).

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

Kervinen H. 2013. Sepelvaltimotauti. Lääkärin käsikirja. Terveysportti. Viitattu 27.01.2014  
[http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p\\_artikkeli=ykt01400&p\\_haku=sepelvaltimotauti](http://www.terveysportti.fi/dtk/ltk/koti?p_artikkeli=ykt01400&p_haku=sepelvaltimotauti).

Kettunen R. 2014. Sydämen läppäviat. Lääkärin käsikirja. Terveysportti. Viitattu 10.03.2014. [http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00081](http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00081)

Kokkonen J & Kupari M. 2008. Aikuisten synnynnäiset sydänviat. Lääkärin käsikirja. Terveysportti. Viitattu 6.2.2014.  
[http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/koti?p\\_artikkeli=kar00086&p\\_haku=eteisväliseinäaukko](http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=kar00086&p_haku=eteisväliseinäaukko).

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

Kuusisto A, Koskela T, Nykänen I & Kumpusalo E. 2013. Sepelvaltimopotilaan näkökulma toteutuu huonosti terveyskeskushoidossa. Suomen Lääkärilehti 41/2013, 2589-2593.

KvantiMOTV 2003a. Hajontaluvut. Viitattu 25.3.2014.  
<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/hajontaluvut/hajontaluvut.html#keskihajonta>.

- KvantiMOTV 2003b. Keskiluvut. Viitattu 25.3.2014.  
<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/keskiluvut/keskiluvut.html#arimeittinen>.
- KvantiMOTV. 2007. Mittaaminen: Muuttujien ominaisuudet. Viitattu 25.3.2014  
<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/mittaaminen/ominaisuudet.html>.
- KvantiMOTV. 2004. Ristiintaulukointi. Viitattu 25.3.2014.  
<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/ristiintaulukointi/ristiintaulukointi.html>.
- Kvist T, Kemppainen V, Kiema M & Miettinen H. 2013. Omahoidon ohjauksen sisällöt sydämen vajaatoimintapotilaan hoitotyössä.
- Kähkönen O, Kankkunen P & Saaranen T. 2012. Sepelvaltimotautia sairastavan potilaan ohjaus. Hoitotiede 3/2012, 201-215.
- Käypähoito –suositus. 2012 Eteisvärinä. Viitattu 27.01.2014  
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50036>.
- Laurikka J, Kuukasjärvi P, Tarkka M, Järvinen A & Lepojärvi M. 2010. Sepelvaltimotauti. Lääkärikirja Duodecim. Terveysportti. Viitattu 25.3.2014.  
[http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/koti?p\\_artikkeli=kar00026](http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=kar00026).
- Lawn S, Delany T, Sweet L, Battersby M & C Skinner T. 2014. Control in chronic condition self-care management: how it occurs in the health worker-client relationship and implications for client empowerment. Journal of Advanced Nursing February 2014, 383-394. Tiivistelmä saatavissa  
<http://web.b.ebscohost.com/ehost/detail?vid=3&sid=d2897030-18d2-4fe3-a732-3119e8f75eb8%40sessionmgr198&hid=123&bdata=JnNpdGU9ZWZvc3QtGIZ2ZQ%3d%3d#db=cin20&AN=2012419130>.
- Lepojärvi M. 2008. Läppävikojen kirurginen hoito. Terveysportti. 2008. Viitattu 25.3.2014. [http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/koti?p\\_artikkeli=kar00013](http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=kar00013).
- Lepojärvi M & Werkkala K. 2008. Sepelvaltimokirurgia. Terveysportti. Viitattu 25.3.2014. [http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/koti?p\\_artikkeli=kar00047](http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=kar00047).
- Leino-Kilpi H, Heikkinen K, Hiltunen A, Johansson K, Kaljonen A, Virtanen H & Salanterä S. 2007. Preference for information and behavioral control among adult ambulatory surgical patients. Applied Nursing Research, May 2009, 101-106.
- Leino-Kilpi H, Johansson K, Heikkinen K, Kaljonen A, Virtanen H & Salanterä S. 2005. Patient Education and Health-related Quality of Life. Surgical Hospital Patients as a Case in Point. Journal of Nursing Care Quality. October-December 2005, 307-316.
- Leino-Kilpi H. 2008. Hoitotyöntekijä ja tutkimusetiikka. Teoksessa Leino-Kilpi H & Välimäki M. Etiikka Hoitotyössä. Helsinki: WSOY, 360-377.
- Linnajärvi U. 2010. Perusterveydenhuollon hoitohenkilökunnan yleiset potilasohjausvalmiudet sekä tiedolliset valmiudet sepelvaltimotautipotilaan ohjauksessa. Hoitotieteen alan ProGradu. Tampere: Tampereen Yliopiston Lääketieteellinen Tiedekunta. Saatavissa <http://tampub.uta.fi/bitstream/handle/10024/81716/gradu04403.pdf?sequence=1>.

- Liukkonen J. 2011. Kvantitatiivisten tutkimusmenetelmien syventäminen. Viitattu 25.3.2014 [users.jyu.fi/~jaliukko/LPES002\\_reliabiliteetti\\_summamuuttujat.ppt](http://users.jyu.fi/~jaliukko/LPES002_reliabiliteetti_summamuuttujat.ppt).
- Mustajoki P. 2013a. Sydämenpysähdys ja äkkikuolema. Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto. Viitattu 27.01.2014  
[http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00085](http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk00085).
- Mustajoki P. 2013b. Sydänlihassairaus (kardiomyopatia). Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto. Viitattu 10.03.2014.  
[http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00634&p\\_teos=dlk&p\\_osio=109&p\\_selaus=7839](http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk00634&p_teos=dlk&p_osio=109&p_selaus=7839)
- Mustajoki P & Ellonen M. 2013a. Sydämen vajaatoiminta. Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto. Viitattu 27.01.2014  
[http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00084&p\\_teos=dlk&p\\_osio=109&p\\_selaus=7839](http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk00084&p_teos=dlk&p_osio=109&p_selaus=7839)
- Mustajoki P & Ellonen M. 2013b. Eteisvärinä (flimmeri). Lääkärikirja Duodecim. Terveyskirjasto. Viitattu 10.03.2014  
[http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p\\_artikkeli=dlk00015](http://www.terveyskirjasto.fi/kotisivut/tk.koti?p_artikkeli=dlk00015)
- Mäkijärvi M. 2008. Mitä ovat sydänsairaudet. Teoksessa Mäkijärvi M, Kettunen R, Kivellä A, Parikka H & Yli-Mäyry S (toim.). Sydänsairaudet. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim, 7-17.
- Ohtonen H. 2006. Potilasohjaus – hoitotyön punainen lanka. Pääkirjoitus Sairaanhoidaja-lehti 10/2006. Viitattu 10.03.2014  
[http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset\\_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/10\\_2006/paakirjoitus/potilasohjaus\\_hoitotyön\\_punainen/](http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/10_2006/paakirjoitus/potilasohjaus_hoitotyön_punainen/).
- Ormandy P. 2011. Defining information need in health – assimilating complex theories derived from information science. Health Expectations 14/2011, 92-104. Saatavissa <http://web.ebscohost.com/ehost/detail?sid=55fa554f-e1fb-423a-99a6-19e6f0ce0931%40sessionmgr112&vid=1&hid=123&bdata=JnNpdGU9ZWwhvc3QtG12ZQ%3d%3d#db=cin20&AN=2010946155>.
- Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1997. Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuus. Teoksessa Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY, 206-214.
- Peltosalo E. 2011. Sairaalapotilaan tiedon tarve (SPTT©) -mittarin testaus neurotoimialueen potilaille Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Salo: Turun Ammattikorkeakoulu. Saatavissa [http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/38186/Peltosalo\\_Emilija.pdf?sequence=1](http://www.theseus.fi/bitstream/handle/10024/38186/Peltosalo_Emilija.pdf?sequence=1)
- Rusi N & Tiitinen H-R. 2012. Sairaalapotilaan tiedon tarve (SPTT©) –mittarin testaus sydäntoimialueen potilailla. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Salo: Turun Ammattikorkeakoulu. Saatavissa <http://theseus17-kk.lib.helsinki.fi/bitstream/handle/10024/59608/Opparinooraheinitiistai.pdf?sequence=1>
- Salon Aluesairaala. 2010. Sisätautien yksikkö. Viitattu 25.3.2014.  
<http://www.salonaluesairaala.fi/fi/5930/34238/>.

Suomen Sydänliitto ry 2014a. Lämpäviat. Viitattu 27.01.2014

<http://www.sydanliitto.fi/lappaviat#.UuelcbE8L5o>.

Suomen Sydänliitto ry 2014b. Sydämen rytmihäiriöt. Viitattu 27.01.2014

<http://www.sydanliitto.fi/rytmihairiot#.Uudx4rE8L5o>.

Tampereen Yliopisto. 2011. Tiedontarpeen määrittely. Viitattu 10.03.2014

<http://www.uta.fi/kirjasto/oppaat/tiedonhankintaoppaat/tertio/perusteet/suunnittelu/tiedontarve.html>.

THL. 2013. Sydän- ja verisuonitaudit. Tietopaketit. Viitattu 27.01.2014

[http://www.thl.fi/fi\\_FI/web/fi/aiheet/tietopaketit/sydan\\_ja\\_verisuonitaudit](http://www.thl.fi/fi_FI/web/fi/aiheet/tietopaketit/sydan_ja_verisuonitaudit).

Tilvis R. 2010. Lämpäviat. Terveysportti. Viitattu 10.03.2014.

[http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/koti?p\\_artikkeli=ger00702&p\\_haku=lappaviat](http://www.terveysportti.fi/dtk/oppi/koti?p_artikkeli=ger00702&p_haku=lappaviat).

Toivonen L & Kivelä A. 2012. Kammiovärinä. Akuuttihoito-opas. Terveysportti. Viitattu 27.01.2014

[http://www.terveysportti.fi/dtk/aho/koti?p\\_artikkeli=aho00141&p\\_haku=kammiovärinä](http://www.terveysportti.fi/dtk/aho/koti?p_artikkeli=aho00141&p_haku=kammiovärinä).

Turun Yliopistollinen Keskussairaala. Sydänkeskustoimialue. 2013. Viitattu 25.3.2014.

<http://www.tyks.fi/fi/7367>.

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



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU  
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

## OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

1

### OPISKELIJAN TIEDOT

Nimi Katariina Hyvärinen & Tomi Ahlgren  
 Osoite \_\_\_\_\_  
 Puhelin koti \_\_\_\_\_ Puhelin työ \_\_\_\_\_  
 Sähköposti \_\_\_\_\_  
 Koulutusohjelma Hoivohyö / hoivohyö

### OPINNÄYTETYÖ

Aihe/ työnimi

Sydäntoimialueen potilaan tiedon  
tarve kartoitettuna SPTT -  
mittarilla

Aikataulu

syksy 2013 - kevät 2014

### TOIMEKSIANTAJA

Organisaatio VSSH / TYKS sydäntoimialue  
 Työn ohjaaja / yhteyshenkilö Heidi Laine, TYKS  
 Osoite Anne Hedman, SAS  
 Puhelin \_\_\_\_\_ Sähköposti heidilaine@tyks.fi  
anne.hedman@tyks.fi

### OHJAAVAN OPETTAJAN YHTEYSTIEDOT

Ohjaava opettaja Piina Pelander & Sirpa Niemi  
 Puhelin 044 9075486 Sähköposti piina.pelander@turkuamk

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



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU  
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

## OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTOSOPIMUS

2

### OPINNÄYTETYÖN SOPIMUSEHDOT\*

#### OHJAUS JA VASTUUT

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

#### OIKEUDET

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

#### TYÖSUHDE JA KUSTANNUKSET

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

#### TULOSTEN JULKISTAMINEN JA LUOTTAMUKSELLISUUS

Opinnäytetyöstä laaditaan Turun ammattikorkeakoulun ohjeen mukainen kirjallinen raportti.

Kirjallinen raportti luovutetaan toimeksiantajalle ja asetetaan kirjaston kokoelmiin tai julkaistaan elektronisessa muodossa verkkokirjastossa.

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

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

Toimeksiantajan edustajalle varataan mahdollisuus tutustua opinnäytetyöraporttiin viimeistään neljätoista (14) päivää ennen aiottua julkaisemista. Toimeksiantaja antaa työstä ennen edellä mainittua julkaisemisajankohtaa lausunnon, jossa voidaan määritellä opinnäytetyöraporttiin mahdollisesti sisältyvät liike- tai ammattisalaisuudet, joita ei julkaista.

Mitä liike- tai ammattisalaisuuksiin liittyviä asioita ei esitetä opinnäytetyöraportissa?


### OLEMME YHTEISESTI SOPINEET OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUKSESTA YLLÄ ESITETYLLE TAVALLA

24.9.2013



Opiskelija

27.9.2013



Toimeksiantaja



#### LIITE : OPINNÄYTETYÖSUUNNITELMA



\* Turun ammattikorkeakoulun toiminnan yhtiöittämistä vuoden 2014 alusta valmistellaan. Osakeyhtiön toiminnan alettua tämä sopimus siirtyy Turun AMK:n toiminnan vastaanottavalle yhtiölle.

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

## Tiedonhaku

Tietokanta	Hakusana(t)	Tulos	Otsikon perusteella valitut	Tiivistelmän perusteella valitut	Koko tekstin perusteella valitut
Medic	sydänsairaus ja tiedontarve	14	1	0	0
Medic	sydäntaudit	1351	1	1	1
Medic	sydäntaudit ja ohjaus	26	11	5	5
Medic	tiedon tarve ja potilas	79	5	0	0
Medic	tiedon tarve ja mittari	7	0	0	0
Medic	tiedontarve mittari	178	4	2	0
Medic	mittarin testaus ja tiedon tarve	6	0	0	0
Medic	kyselylomakkeen testaus	281	0	0	0
Medic	tietoa sairaudesta ja sydän	27	2	1	0
Cinahl	patient and knowledge and heart disease	50	2	1	0
Cinahl	patient and information needs and heart disease	8	1	1	1
Cinahl	cardiology and information needs	3	1	1	1
Cinahl	patients and information needs	27	2	1	1
Cinahl	need of information and patient and heart	15	8	2	0

<b>Tietokanta</b>	<b>Hakusana(t)</b>	<b>Tulos</b>	<b>Otsikon perusteella valitut</b>	<b>Tiivistelmän perusteella valitut</b>	<b>Koko tekstin perusteella valitut</b>
Medline	patient and information needs and heart	5	1	0	0
Medline	cardiology patients and information needs	6	1	1	0
Cochrane	patient and knowledge and heart disease	12	2	2	1
Cochrane	patient and information needs and heart disease	57	3	1	1
Cochrane	cardiology and information needs	3	0	0	0
Cochrane	patient's and information needs	27	0	0	0
Cochrane	need of information and patient and heart	79	2	2	0

Turun yliopisto, Hoitotieteen laitos  
 Turun yliopistollinen keskussairaala  
 Potilasohjauksen tuloksellisuuden arviointi

Ensimmäiseksi pyydämme Teitä vastaamaan joihinkin **itseänne koskeviin tietoihin**.  
 Valitkaa rastittamalla Teille parhaiten soveltuva vaihtoehto tai kirjoittakaa vastauksenne sille  
 varattuun tilaan.

1. **Ikänne** \_\_\_\_\_ vuotta
2. **Sukupuolenne** \_\_\_\_\_ nainen \_\_\_\_\_ mies
3. **Peruskoulutuksenne**  
 kansakoulu (tai vähemmän) \_\_\_\_\_  
 keski- tai peruskoulu \_\_\_\_\_  
 ylioppilas \_\_\_\_\_
4. **Ammattikoulutuksenne**  
 ei ammattikoulusta \_\_\_\_\_  
 kouluasteen ammattitutkinto \_\_\_\_\_  
 opistoasteen ammattitutkinto \_\_\_\_\_  
 korkeakoulututkinto \_\_\_\_\_
5. Mikä seuraavista kuvaa parhaiten **pääasiallista toimintaanne**?  
 Työssä \_\_\_\_\_  
 Eläkkeellä \_\_\_\_\_  
 Kotityössä \_\_\_\_\_  
 Opiskelija \_\_\_\_\_  
 Työtön/työnhakija \_\_\_\_\_  
 Muu, mikä? \_\_\_\_\_
6. Oletteko koskaan työskennellyt **sosiaali- tai terveydenhuollossa**?  
 Kyllä \_\_\_\_\_, missä tehtävässä \_\_\_\_\_  
 En \_\_\_\_\_
7. Sairastatteko jotakin **pitkäaikaista sairautta**?  
 Kyllä \_\_\_\_\_, mitä \_\_\_\_\_  
 En \_\_\_\_\_
8. Mikä on **tämänkertaisen sairaalassaolonne/polikliinisen käyntinne syy**?  
 Tutkimus \_\_\_\_\_  
 Kirurginen toimenpide \_\_\_\_\_  
 Hoito vuodeosastolla \_\_\_\_\_  
 Polikliininen seurantakäynti \_\_\_\_\_  
 Polikliininen hoitokäynti \_\_\_\_\_  
 Muu, mikä? \_\_\_\_\_
9. **Millä tavalla** tällä kertaa tulitte sairaalaan?  
 Suunnitellusti etukäteen \_\_\_\_\_  
 Päivystyspotilaana \_\_\_\_\_

10. Oletteko ollut **aikaisemmin tässä sairaalassa** hoidettavana/tutkimuksissa/vastaanotolla?

Kyllä \_\_\_\_\_, montako kertaa \_\_\_\_\_

En \_\_\_\_\_

#### SAIRAALAPOTILAAN TIEDON TARVE –MITTARI (SPTT)

Seuraavassa Teille esitetään kysymyksiä koskien **omaa tiedon tarvettanne tullessanne tällä kertaa sairaalaan hoitoon tai tutkimuksiin**. Vastatkaa jokaiseen kysymykseen ympäröimällä omaa näkemystänne parhaiten vastaava vaihtoehto. Kysymyksiin ei ole olemassa oikeita tai väriä vastauksia vaan tavoitteena on kartoittaa tilannetta **juuri Teidän kohdallanne**.

	Täysin samaa mieltä <b>1</b>	Jokseenkin samaa mieltä <b>2</b>	Jokseenkin eri mieltä <b>3</b>	Täysin eri mieltä <b>4</b>	Ei koske minua <b>0</b>
<b>Tarvitsen tietoa</b>					
1. Sairauteeni liittyvistä oireista	1	2	3	4	0
2. Milloin minun on syytä ottaa yhteyttä hoitopaikkaan oireiden pahentuessa	1	2	3	4	0
3. Minulle tehtävistä tutkimuksista	1	2	3	4	0
4. Miten minun pitäisi valmistautua tutkimuksiin	1	2	3	4	0
5. Miten saan tietoa tutkimuksen tuloksista	1	2	3	4	0
6. Erilaisista hoito- vaihtoehtoista	1	2	3	4	0
7. Hoitooni liittyvistä mahdollisista komplikaatioista	1	2	3	4	0
8. Miten voisin itse estää komplikaatioita	1	2	3	4	0
9. Miten voin toimia yksilöllisesti henkilökohtaisten tarpeitteni hoitamiseksi sairaalassa/ poliklinikalla	1	2	3	4	0

© Leino-Kilpi, Salanterä, Hölttä 2003

	Täysin samaa mieltä <b>1</b>	Jokseenkin samaa mieltä <b>2</b>	Jokseenkin eri mieltä <b>3</b>	Täysin eri mieltä <b>4</b>	Ei koske minua <b>0</b>
<b>Tarvitsen tietoa</b>					
10. Millaista liikuntaa voin harjoittaa	1	2	3	4	0
11. Miten paljon minun tulee levätä	1	2	3	4	0
12. Millainen on minulle soveltuva ruokavalio	1	2	3	4	0
13. Milloin voin peseytyä (esim. mennä suihkuun/ kylpyyn/saunaan)	1	2	3	4	0
14. Miten sairaus tai hoito mahdollisesti vaikuttaa erityistoimintaani (esim. hikoiluun, virtsaamiseen, ulostamiseen)	1	2	3	4	0
15. Mitä sairaus tai hoito mahdollisesti vaikuttaa kotona tapahtuviin järjestelyihin (esim. allergia-saneeraus, kotiapu)	1	2	3	4	0
16. Mistä saan tarvitsemiani hoidon apuvälineitä (esim. liikkumiseen, haavan hoitoon, syömiseen)	1	2	3	4	0
17. Minkälaisia tunteita sairauteni ja sen hoito mahdollisesti minulle aiheuttaa	1	2	3	4	0
18. Kenen kanssa voin keskustella sairauteeni ja sen hoitoon liittyvistä tunteista	1	2	3	4	0
19. Miten voin hyödyntää aikaisempia sairaalakokemuksiani nykyisessä hoidossa	1	2	3	4	0

	Täysin samaa mieltä <b>1</b>	Jokseenkin samaa mieltä <b>2</b>	Jokseenkin eri mieltä <b>3</b>	Täysin eri mieltä <b>4</b>	Ei koske minua <b>0</b>
<b>Tarvitsen tietoa</b>					
20. Miten voin osallistua hoitoani koskevaan päätöksentekoon	1	2	3	4	0
21. Miten voin saada hoidon aikana omat toiveeni kuuluville	1	2	3	4	0
22. Mitä oikeuksia minulla sairaalassa on	1	2	3	4	0
23. Mikä on oma vastuuni hoidon onnistumiseksi	1	2	3	4	0
24. Potilasasiamiehen toiminnasta	1	2	3	4	0
25. Miten eri hoitooni osallistuvien ammattiryhmien vastuualueet on määritelty	1	2	3	4	0
26. Miten minua koskevat tiedot pysyvät salassa	1	2	3	4	0
27. Kenelle minua koskevia tietoja annetaan	1	2	3	4	0
28. Miten voin itse tutustua potilasasiakirjoihini	1	2	3	4	0
29. Keneltä läheiseni saavat tietoa sairauteeni ja sen hoitoon liittyvissä asioissa	1	2	3	4	0
30. Miten läheiseni voivat osallistua hoitooni	1	2	3	4	0

	Täysin samaa mieltä <b>1</b>	Jokseenkin samaa mieltä <b>2</b>	Jokseenkin eri mieltä <b>3</b>	Täysin eri mieltä <b>4</b>	Ei koske minua <b>0</b>
<b>Tarvitsen tietoa</b>					
31. Mistä saan halutesani tukihenkilön sairaalassa olon jälkeen	1	2	3	4	0
32. Mistä saan mahdollisesti tarvittavan jatkohoitopaikan	1	2	3	4	0
33. Miten voin tavata sairaalapapin/-teologin	1	2	3	4	0
34. Potilasjärjestöjen toiminnasta	1	2	3	4	0
35. Kuntoutuksesta ja siihen liittyvistä kustannuksista	1	2	3	4	0
36. Sairauspäivärahoista	1	2	3	4	0
37. Vakuutusasioista	1	2	3	4	0
38. Sopeutumisvalmennuskursseista ja niiden kustannuksista	1	2	3	4	0
39. Jatkohoidon tai kotona tapahtuvan hoidon kustannuksista	1	2	3	4	0
40. Lääkehoidon kustannuksista	1	2	3	4	0

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

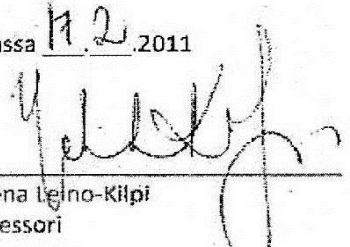
Myönnän kohteliaimmin luvan käyttää Sairaalapotilaan Tiedon Tarve (SPTT) -mittaria Tulevaisuuden sairaala – Hoitotyön kehittämissuorituksessa 2009-2015, joka toteutetaan Turun ammattikorkeakoulun ja Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin yhteistyönä.

SPTT-mittaria tullaan käyttämään seuraavissa opinnäytetyöissä (AMK):

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

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

Turussa 11.2.2011

  
Helena Leino-Kilpi  
Professori

## Saatekirje

### Hyvä vastaaja

Tulevaisuuden sairaala – Hoitotyön kehittämisprojekti 2009-2015 (Hoi-Pro) on Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin (VSSHP) ja Turun Ammattikorkeakoulun (Turun AMK) yhteinen projekti. Projektin yhtenä osatehtävänä kartoitetaan sydäntoimialueen potilaiden tiedontarvetta SPTT –mittarilla (© Leino-Kilpi, Salanterä, Hölttä 2003).

Kyselyn suorittamiseen on saatu lupa Varsinais-Suomen Sairaanhoitopiiriltä. Tämän kyselyn avulla halutaan selvittää, millaista tietoa Te tarvitsette sairaudestanne ja sen hoidosta. Kyselyn tavoitteena on kehittää potilasohjausta potilaiden tarpeita vastaavaksi.

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

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

Kiitos yhteistyöstänne,

Katariina Hyyrönmäki  
Hoitotyön opiskelija

Tomi Ahlgren  
Hoitotyön opiskelija

VSSH/Hallintokeskus

4.12.2013

Päätös J4/4.12./T226


**TUTKIMUSLUPA**  
 (Toimintasääntö § 15)

<u>Tutkimuksen numero:</u>	J4/4.12./T226
<u>Tutkimuksen nimi:</u>	<b><i>Tulevaisuuden sairaala – Hoitotyön kehittämisprojekti 2009–2015</i></b>
<u>Tutkimuksen ajoitus</u>	2014
<u>Vastuullinen tutkija:</u>	Maika Kummel lehtori, FT (Turku AMK) Opinnäytetyön suorittavat sairaanhoitaja opiskelijat Turun ja Salon ammattikorkeakouluista
<u>Tutkittavien lukumäärä:</u>	noin 840

Myönnän luvan yllä mainittuun tutkimukseen VSSH:ssä. Edellytän, että tutkimuksesta ei aiheudu haittaa yksiköiden normaalille toiminnalle eikä muita kustannuksia sairaalalle.



Päivi Nygren  
hallintoylihoitaja



Samuli Saarni  
johtajaylilääkäri

JAKELU Vastuullinen tutkija  
Opinnäytetyön tekijä  
TurkuCRC  
Hoitotyön toimisto

## Tiedote henkilökunnalle

Tämä osasto/poliklinikka osallistuu tutkimukseen, jossa kartoitetaan sydäntoimialueen potilaiden tiedontarvetta. Potilaat vastaavat SPTT -mittarin (© Leino-Kilpi, Salanterä, Hölttä 2003) kysymyksiin. Seuraavassa on ohjeita siitä, ketkä sydäntoimialueen potilaat osallistuvat tutkimukseen ja miten tutkimus etenee.

### MILLAiset POTILAAT OSALLISTUVAT?

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

### MITEN TUTKIMUS ETENEE?

1. Tutkimuksen saatekirje annetaan potilaalle.
2. Sairaalapotilaan tiedon tarve SPTT© -mittari annetaan potilaalle. Vastattuaan lomakkeeseen potilas laittaa sen suljettuun kirjekuoreen.
3. Kyselylomakkeeseen vastaaminen katsotaan suostumukseksi tutkimukseen.
4. Potilaiden vastaukset kerätään osastolla/poliklinikalla samaan paikkaan.
5. Tutkimuksen tekijät hakevat kirjekuoret osastolta/poliklinikalta

### YHTEYDENPITO

Lisätietoja tutkimukseen liittyen:

- Hoitotyön opiskelija Katariina Hyyrönmäki  
(katariina.hyyronmaki@students.turkuamk.fi)
- Hoitotyön opiskelija Tomi Ahlgren  
(tomi.ahlgren@students.turkuamk.fi)
- Tutkimuksen ohjaajat: lehtorit, TtT Tiina Pelander (044-9075486, tiina.pelander@turkuamk.fi) ja THM Sirpa Nikunen (044-9075494, sirpa.nikunen@turkuamk.fi).