

# ASIAKKAIDEN KOKEMUKSIA HAARTMANIN SAIRAALAN ITSEHOITOPISTEESTÄ

Elina Riepponen  
Opinnäytetyö, kevät 2011  
Diakonia-ammattikorkeakoulu  
Diak Etelä, Helsinki  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Sairaanhoitaja (AMK)

## TIIVISTELMÄ

Riepponen, Elina. Asiakkaiden kokemuksia Haartmanin sairaalan itsehoitopisteestä. Helsinki, kevät 2011, 54 s., 2 liitettä.

Diakonia-ammattikorkeakoulu, Diak Etelä, Helsinki. Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja (AMK).

Opinnäytetyön lähtökohtana oli Haartmanin sairaalan hanke, jonka tavoitteena oli rakentaa itsehoitopiste Haartmanin sairaalaan. Opinnäytetyön tavoitteena oli selvittää Haartmanin sairaalan itsehoito- eli ITE-pisteen asiakkaiden kokemuksia ITE-pisteestä. Tavoitteena oli myös kartoittaa, millaisia sairauksia ja terveyteen vaikuttavia elämäntapoja ITE-pisteen asiakkailla on sekä, miten ITE-pistettä voitaisiin asiakkaiden mielestä kehittää.

Opinnäytetyön aineisto kerättiin kyselylomakkeella. Lomake oli asiakkaiden vastattavana ITE-pisteessä viiden kuukauden ajan. Tutkimus tehtiin käyttäen kvantitatiivista tutkimusmenetelmää ja aineisto analysoitiin Excel-taulukkolaskentaohjelmaa hyödyntäen.

Tutkimustulosten mukaan ITE-pisteen palveluista verenpaineen mittausta käytettiin eniten ja suurin osa arvioi sen ITE-pisteen tärkeimmäksi palveluksi. ITE-pisteessä olevat testit ja jaettava potilasmateriaali koettiin hyödylliseksi ja ymmärrettäväksi. Suurimman osan mielestä ITE-pisteen palvelut vastasivat heidän tarpeisiinsa ja piste oli mielenkiintoa herättävän näköinen.

Suurin osa vastaajista ei kokenut kaipaavansa lisää ohjausta pisteen käyttöön. Osa vastaajista koki, ettei jatkohoitoon tai -toimenpiteisiin ollut selkeitä ohjeita, mikäli testien tuloksissa ilmeni normaalista poikkeavia arvoja. Osa myös koki, ettei ollut saanut tarvitsemaansa apua ITE-pisteestä. Kehittämisehdotuksista tärkeimmäksi nousi toive, että pisteessä olisi enemmän tietoa ravitsemuksesta.

Tulosten perusteella voi todeta, että ITE-piste palvelee asiakkaiden tarpeita. Piste vaatii kuitenkin jatkossakin panostusta ITE-pisteen vastuuhenkilöiltä, jotta se säilyy ajankohtaisena, materiaalia on riittävästi ja palvelut toimivia. Tavoitteena on, että opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää työelämässä kehitettäessä ITE-pistettä asiakkaille sopivammaksi.

Asiasanat: kvantitatiivinen tutkimus, terveyden edistäminen, kansanterveys, kansantaudit, itsehoito

## ABSTRACT

Riepponen, Elina

Customers' experiences of the self-care area in Haartman's hospital.

54p., 2 appendices. Language: Finnish. Helsinki, Spring 2011.

Diaconia University of Applied Sciences. Degree Programme in Nursing. Degree: Nurse.

The starting point of this study was a project. The aim of the project was to build a self-care area in Haartman's hospital. The purpose of this study was to find out how customers experienced the self-care area in Haartman's hospital. Additionally, the aim of this study was to clarify customers' lifestyles and diseases which affect their health and find out how the self-care area could be developed to meet customers needs better.

A quantitative research method was used in this study. The research material was collected by a questionnaire. The questionnaires were placed next to the self-care area and answers were collected during five months. Twenty-four people responded. The research results were analyzed by using Excel.

From the customers' point of view, the most important service of the self-care area was a sphygmomanometer and the most popular feature was the ability to measure blood pressure in the self-care area. According to customers, the tests and patient material in the self-care area were useful. In customers' opinion, there should be more information about what they should do if the test results differ from normal. The results revealed that customers wished for more material on nutrition in the self-care area.

In conclusion, the self-care area meets the requirements of most of the customers. In the future, the employees in Haartman's hospital are in charge of the development of the self-care area and can benefit from this study's findings in developing the self-care area.

Keywords: self-care area, questionnaire

## SISÄLLYS

1 JOHDANTO .....	6
2 KANSANTERVEYS .....	8
2.1 Terveyden edistäminen .....	8
2.2 Terveys 2015 –kansanterveysohjelma .....	9
3 ITSEHOITOPISTE .....	12
4 KANSANTAUDIT .....	13
4.1 Sydän- ja verisuonitaudit .....	13
4.2 Diabetes.....	14
4.3 Syöpätaudit.....	15
4.4 Yliherkkyyssairaudet.....	17
4.5 Tuki- ja liikuntaelinsairaudet .....	18
4.6 Päihdeongelmat .....	19
6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN .....	22
6.1 Tutkittavien valinta .....	22
6.2 Aineistonkeruumenetelmä.....	22
6.3 Tutkimusmenetelmä ja aineiston analysointi .....	23
7 TUTKIMUSTULOKSET .....	24
7.1 Vastaaajien taustatiedot .....	24
7.2 Vastaaajien kokemukset ITE-pisteestä .....	30
7.2.1 Eniten ja vähiten käytetyt ITE-pisteen palvelut .....	30
7.2.2 ITE-pisteen palvelut tärkeysjärjestyksessä .....	31
7.2.3 Mielipiteet ITE-pistettä koskevista väittämistä.....	36
7.3 Vastaaajien kehittämissuhteita ITE-pisteeseen.....	38
8 TULOSTEN TARKASTELU .....	40
8.1 Tutkittavien taustatiedot.....	40
8.2 Asiakkaiden kokemukset ITE-pisteestä .....	42

8.3 Kehittämissuhteita ITE-pisteeseen.....	44
9 POHDINTA .....	46
9.1 Tutkimuksen luotettavuus .....	46
9.2 Tutkimuksen eettisyys.....	47
10 OPINNÄYTETYÖPROSESSIN ARVIOINTI.....	49
LÄHTEET .....	51
LIITE 1: Kyselylomakkeen saatekirje .....	55
LIITE 2: Kyselylomake.....	56

## 1 JOHDANTO

Haartmanin sairaala on Helsingin kaupungin terveyskeskukseen kuuluva akuuttisairaala. Se aloitti toimintansa syyskuussa 2009 Meilahden sairaala-alueella. Haartmanin sairaalaan kuuluu yhteispäivystyspoliklinikka, päivystys- ja valvontaosasto, neljä päivystystä tukevaa vuodeosastoa, sisätautien poliklinikka ja pääkaupunkiseudun yhteinen hammaspäivystys. Lisäksi siellä on sairaalan toimintaa tukevat laboratorio- ja kuvantamispalvelut. (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2009.)

Haartmanin sairaalan terveyskeskuspäivystyksen yhteyteen avattiin itsehoitopiste keväällä 2010. Itsehoito- eli ITE-piste tarkoittaa sellaista hoitovälineistä ja –mittareista muodostuvaa kokonaisuutta, jossa asiakas voi arvioida terveyttään ja sairastumisriskiään tiettyihin tauteihin (Helsingin kaupunki 2008).

Opinnäytetyöni tavoitteena on selvittää Haartmanin sairaalan ITE-pisteen palveluiden toimivuutta pistettä käyttäneiden asiakkaiden näkökulmasta. Kartoitan tutkimuksessani, millaisia sairauksia ja terveyteen vaikuttavia elämäntapoja ITE-pisteen asiakkailta on, mitä ITE-pisteen palveluja asiakkaat käyttivät, millaisia kokemuksia heillä oli pisteestä ja miten ITE-pistettä voitaisiin asiakkaiden mielestä kehittää.

Opinnäytetyöni lähtökohtana oli hanke, jonka tavoitteena oli rakentaa itsehoitopiste Haartmanin sairaalaan ja käynnistää ITE-pisteen toiminta sairaalassa. Hankkeen tarkoituksena oli kartoittaa itsehoitopisteen kohderyhmä, suunnitella ITE-piste, hankkia siinä käytettävä materiaali ja seurata pisteen käyttöä. Hankkeen toteuttamiseksi tehtiin kaksi muuta opinnäytetyötä omani lisäksi. (Liisa Kuula 2009.)

Opinnäytetyö on tehty yhteistyössä Haartmanin sairaalan itsehoitopisteestä vastaavan henkilökunnan kanssa. Aihe on ajankohtainen ja tärkeä, koska opinnäytetyöni tulosten avulla itsehoitopisteestä saadaan nopeasti palautetta. Sairaalan henkilökunta voi käyttää opinnäytetyöni tuloksia arvioidessaan pisteen tarpeellisuutta ja tulevaisuutta. Palautteen saaminen mahdollistaa pisteen kehittämisen asiakkaille sopivammaksi Haartmanin sairaalan henkilökunnan lisäksi opinnäytetyöstäni on hyötyä kaikille, jotka ovat kiinnostuneita itsehoitosta ja haluavat tietoa terveyden edistämisestä ja kansantaudeista.

Haartmanin sairaalan ITE-pisteessä asiakas voi tehdä syömis- ja liikuntatottumuksiaan mittaavia testejä, testata suolan saantiaan ja käyttämiensä rasvojen laatua sekä laskea sairastumisriskinsä tyypin kaksi diabetekseen. Lisäksi asiakas voi mitata pisteessä verenpaineensa ja hankkia tietoa muun muassa alkoholin terveysvaikutuksista, allergioista ja sydänsairauksista. Terveyskeskuspäivystyksen yhteydessä olevan itsehoitopisteen käyttö on maksutonta ja piste on avoin kaikille.

Valitsin aiheen, koska kiinnostuin kansanterveysongelmien itsehoidosta ja terveyden edistämisestä. Itsehoitopisteen tarkoituksena on olla yksi väline asiakkaiden terveyden edistämiseen (Haverinen 2010, 6). Innostuin aiheen työelämälähtöisyydestä ja mahdollisuudesta hankkia omalla opinnäytetyölläni tietoa itsehoitopisteen kehittämistä varten.

Myös Helsingin kaupungin terveystieteiden keskuksen, johon Haartmanin sairaala kuuluu, keskeinen tehtävä on edistää helsinkiläisten terveyttä. Helsingin kaupungin terveystieteiden keskus on Suomen suurin terveystieteiden keskus. Terveystieteiden keskuksessa työskentelee noin 8700 työntekijää ja toimipisteitä on noin 100 eri puolilla kaupunkia. Ajankohtaisia haasteita terveyden edistämässä ovat tupakka, päihteet, ylipaino, mielenterveysongelmat ja ikääntyminen. (Helsingin kaupunki 2008.)

## 2 KANSANTERVEYS

Kansanterveys tarkoittaa koko väestön terveyttä. Kansanterveystyö tuli suomalaisen terveystieteiden ydinkäsitteeksi kansanterveyslain valmistumisen myötä 1960-luvulla. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009a.) Kansanterveyslain mukaan kansanterveystyöllä tarkoitetaan yksilöön, väestöön ja elinympäristöön kohdistuvaa terveyden edistämistä. Tähän sisältyvät sairauksien ja tapaturmien ehkäisy ja yksilön sairaanhoito. (Kansanterveyslaki 1972/66.)

Kansanterveystiede tarkastelee ihmisten ja ihmisryhmien terveyttä. Keskeisiä kysymyksiä ovat väestön terveys ja sairastavuus sekä niihin vaikuttavat yksilölliset, sosiaaliset ja yhteiskunnalliset tekijät kuten elinolot, elämäntavat ja terveydenhuolto. (Itä-Suomen yliopisto i.a.)

### 2.1 Terveyden edistäminen

Terveys-käsitettä on määritelty monella tavalla. Terveys voidaan määritellä positiivisesti hyvänä ruumiin ja hengen tilana, jota kuvaa parhaiten sana hyvinvointi. Negatiivisesti terveys määritellään ruumiillisten ja henkisten sairauksien poissaolona. Maailman terveysjärjestön määritelmän mukaan "terveys on täydellinen fyysisen, psyykkisen ja sosiaalisen hyvinvoinnin tila eikä vain sairauden puutetta". Terveys on jokaisen kansan ja yksilön oikeus. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009a.)

Nykyinen terveyden edistäminen pohjautuu vuonna 1986 laadittuun Ottawan asiakirjaan. Asiakirja syntyi ensimmäisen kansainvälisen terveyden edistämisen konferenssin tuloksena. Ottawan asiakirja määrittää terveyden edistämisen seuraavasti:

Terveyden edistäminen on toimintaa, joka lisää ihmisten mahdollisuuksia niin terveytensä hallintaan kuin sen parantamiseen. Jotta täydellinen fyysinen, henkinen ja sosiaalinen hyvinvointi voitaisiin saavuttaa, on yksilöiden ja ryhmän kyettävä toteuttamaan toiveensa, tyydyttämään tarpeensa ja muuttamaan ympäristöä tai opittava tulemaan toimeen sen kanssa. (Vertio 2003, 29, 174.)



Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen (THL) tehtävänä on väestön hyvinvoinnin ja terveyden edistäminen, sairauksien ja sosiaalisten ongelmien ehkäiseminen sekä sosiaali- ja terveystalouden kehittäminen. THL on tutkimus- ja kehittämislaitos, joka toimii sosiaali- ja terveysministeriön hallinnonalalla. Laitoksella tehtävä tutkimus liittyy terveyden ja hyvinvoinnin edistämiseen sekä sairauksien ja vajaakuntoisuuden ehkäisemiseen. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010a, 2010d.)

Nykyisin terveyden edistäminen nähdään toiminnaksi, jonka tarkoituksena on sekä parantaa kansalaisten mahdollisuuksia vaikuttaa omaan terveyteensä että edistää kansalaisten terveyttä. Terveyden edistämiseen kuuluvat yksilöiden terveystietoisuuteen liittyvät toiminnot ja sellaiset toiminnot, joilla pyritään muuttamaan sosiaalisia, taloudellisia ja ympäristöön liittyviä olosuhteita terveyttä edistäviksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008b, 19.)

Terveyden edistäminen on mahdollisuuksien parantamista, eikä sen välittömänä tarkoituksena ole muuttaa ihmisen käyttäytymistä. Terveyden edistämiseen sisältyvät myös ihmisen mahdollisuudet vaikuttaa ympäristönsä terveydestä huolehtimiseen. Terveyden edistämisen päämääränä on pidentää odotettavissa olevaa tervettä elinikää ja vähentää eri maiden ja ryhmien eriarvoisuutta. (Vertio 2003, 29, 171–172, 178.)

## 2.2 Terveys 2015 –kansanterveysohjelma

Valtioneuvosto hyväksyi vuonna 2001 periaatepäätöksen Terveys 2015 –kansanterveysohjelmasta, joka ohjaa Suomen terveystaloutta 15 vuoden tähtämellä. Ohjelmassa korostetaan terveyden edistämistä ja tukemista kaikilla yhteiskunnan aloilla. Ohjelma perustuu maailmanlaajuiseen WHO:n Health 21 ja suomalaiseen Terveyttä kaikille vuoteen 2000 –ohjelmaan. Ohjelman on valmistellut valtioneuvoston asettama Kansanterveyden neuvottelukunta. Sosiaali- ja terveysministeriö valvoo ohjelman toteuttamista ja tavoitteiden saavuttamista. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 3–5.)

Terveys 2015 -ohjelma toimii suunnannäyttäjänä yhteiskunnan eri osa-alueilla kehitettävälle terveyden edistämiselle. Ohjelma ulottuu yli hallintosektoreiden, koska kansanterveys määräytyy suurelta osin terveydenhuollon ulkopuolisista asioista: elämäntavois-

ta, elinympäristöstä, tuotteiden laadusta, yhteisön terveyttä tukevista ja vaarantavista tekijöistä. Jokapäiväisen elämän toiminnan kentät ja elämänkulku ovat ohjelmassa olleellisessa osassa. Ohjelmassa määritellään kahdeksan keskeistä kansanterveyttä koskevaa tavoitetta. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 4.)

Ohjelman tavoitteet on jaettu ikäryhmittäisiin tavoitteisiin sekä kaikille yhteisiin tavoitteisiin (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 15). Esittelen seuraavassa neljä ohjelman tavoitetta, jotka pyrkivät edistämään kansanterveyttä niillä alueilla, jotka ovat merkittäviä itsehoitopisteen kohderyhmän kannalta. Tärkeä ikäryhmittäinen tavoite on se, että työikäisten työ- ja toimintakyky ja työelämän olosuhteet kehittyvät siten, että ne osaltaan mahdollistavat työelämässä jaksamisen pidempään ja toisaalta työelämästä luopumisen noin kolme vuotta vuoden 2000 tasoa myöhemmin (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 18).

Terveys 2015-ohjelmassa määritellyt kaikille yhteiset tavoitteet ovat kaikki merkittäviä terveyden edistämisen kannalta ja siten myös itsehoitopisteen asiakkaiden kannalta. Ensimmäinen kaikille yhteinen tavoite on se, että suomalainen voi odottaa elävänsä keskimäärin kaksi vuotta kauemmin terveenä kuin vuonna 2000. Toinen tavoite on, että suomalaisten tyytyväisyys terveyspalvelujen saatavuuteen ja toimivuuteen säilyy vähintään vuoden 2001 tasolla. Tähän sisältyy myös tavoite siitä, että koettu oma terveydentila ja kokemukset ympäristön vaikutuksesta omaan terveyteen säilyvät vähintään vuoden 2001 tasolla. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 15, 18.)

Kolmas kaikille yhteinen tavoite on, että eri väestöryhmien välinen eriarvoisuus vähenee ja heikoimmassa asemassa olevien väestöryhmien hyvinvointi ja suhteellinen asema paranevat. Tavoitteena on sukupuolten, eri koulutusryhmien ja ammattiryhmien välisten kuolleisuuserojen pienentyminen viidenneksellä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 15, 18.) Viime vuosikymmenien aikana sosioekonomiset terveyserot ovat kuitenkin pääosin pysyneet ennallaan tai kasvaneet Suomessa (Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a, 22–23). Kuolleisuuserot ovat kasvaneet eri sosioekonomisten ryhmien välillä 1970-luvun jälkeen (Sosiaali- ja terveysministeriö 2007, 44).

Kansanterveyden edistämisen tavoitellun kehityksen keskeisiä edellytyksiä on se, että kaikilla julkisen sektorin tasoilla, samoin kuin yksityissektorilla ja kansalaisten omassa

toiminnassa, otetaan kansalaisten terveys tärkeäksi valintoja ohjaavaksi periaatteeksi. Tärkeää on, että kaikille suomalaisille voidaan turvata yhtäläisesti palvelut sairauksien ja vammojen ehkäisyyn ja hoitoon sekä huolenpitoon ja hoivaan. Yksilöiden, perheiden ja eri yhteisöjen valinnat ja toiminta ovat keskeisiä terveyden edistämisen kannalta. Ihmiset voivat edistää terveyttään omilla valinnoillaan ja elämäntavoillaan, mutta he tarvitsevat tietoa ja tukea päätöksensä perustaksi. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 9, 28.)

Terveys 2015 -ohjelman tavoitteiden saavuttamiseksi on tärkeää, että terveydenhuollon ammattilaiset rakentavat terveyttä edistävää toimintaa yhdessä muiden terveyden edellytyksiä luovien ja säilyttävien ammattilaisten kanssa eri toimintakentillä (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001, 27). Itsehoitopiste on yksi terveyden edistämisen väline. Pisteiden tarkoituksena on sairauksien ennaltaehkäisy ja terveyden edistämisen tehostaminen. (Pohjois-Karjalan kansanterveyden keskus 2008.)

### 3 ITSEHOITOPISTE

Itsehoito– eli ITE–piste tarkoittaa sellaista hoitovälineistä ja –mittareista muodostuvaa kokonaisuutta, jossa asiakas voi arvioida omaa terveydentilaansa terveyttä kuvaavien mittausten avulla sekä tutkia sairastumisriskiään tiettyihin tauteihin. Itsehoitopisteestä saa tietoa terveydestä ja sen edistämisestä. Piste on kaikille avoin ja maksuton. Pisteestä tavoitteena on kannustaa ihmisiä itsehoitoon ja vastuunottoon omasta terveydestään. (Helsingin kaupunki 2008; Pohjois-Karjalan kansanterveyden keskus 2008.)

ITE-pisteessä on mittausvälineitä (verenpainemittari, vaaka, pituusmitta ja mittanauha), itsearviointitestejä, itsehoitokansioita, seinätauluja ja mukaan otettavia esitteitä. Moniin itsehoitopisteisiin kuuluu myös internetyhteys. (Pohjois-Karjalan kansanterveyden keskus 2008.) ITE-pisteissä suositeltavia laitteita ovat Käypä hoito –suositusten mukainen digitaalinen verenpainemittari ja erikokoiset mansetit. Pisteessä tulisi olla vaaka ja BMI- eli painoindeksitaulukko, verenpaineen hoitokaavion asiakasversio ja vuosikontrolliohje, mittanauha vyötärön ympäröityksen mittausta varten, mittausohje, infotaulu, kyniä ja paperia sekä verenpainekortteja ja terveysaseman ajanvarausnumero. ITE-pisteessä jaettavan materiaalin tulee olla Käypä hoito -suositusten mukaista, joko kaupungin omaa tai neutraaliksi katsottavaa kolmannen sektorin, kuten esimerkiksi Sydänliiton, Diabetes- tai Hengitysliiton materiaalia. Jos terveysasemalla toimii ruotsinkielinen yksikkö, saatavilla tulisi olla myös ruotsinkielistä materiaalia. (Helsingin kaupunki 2008.)

Haartmanin sairaalan ITE-pisteessä on suositusten mukaisesti digitaalinen verenpainemittari, vaaka, mittanauha ja BMI-taulukoita. ITE-pisteessä voi testata liikunta- ja syömistottumuksensa, suolan saantia, käyttämiensä rasvojen laatua sekä laskea riskinsä sairastua tyyppin kaksi diabetekseen. Pisteessä on saatavilla allergia- ja astmaliiton sekä Helsingin sydänpiirin esitteitä ja materiaalia rokotteista. Pisteessä voi tehdä AUDIT-testin, joka sisältää kymmenen kysymystä alkoholinkäytöstä. Pisteessä on myös esitteitä alkoholin suurkulutuksen riskeistä, juomanlaskijan opas sekä AA-ryhmän mainoksia. Lisäksi pisteessä on hieman tietoa ravitsemuksesta ja suun hoidosta. Suurin osa materiaalista on suomenkielistä, mutta saatavilla on myös muutamia ruotsinkielisiä testejä ja esitteitä.

## 4 KANSANTAUDIT

Itsehoitopisteessä voi tutkia sairastumisriskiään kansantauteihin ja niiden ehkäisemiseen vaikuttavia elintapoja. Kansantauteja ovat sydän- ja verisuonitaudit, diabetes, syöpä, allergiat, keuhkosairaudet, mielenterveysongelmat, infektiotaudit, tuki- ja liikuntaelinsairaudet ja päihdeongelmat (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009a). Opinnäytetyössäni olen jättänyt mielenterveysongelmat tarkastelun ulkopuolelle, sillä itsehoitopisteessä ei tällä hetkellä ole mielenterveyteen liittyvää materiaalia. Mielenterveysongelmat ovat kuitenkin merkittävä ongelma kansanterveyden kannalta, sillä joka viides suomalainen sairastaa jotain mielenterveyden häiriötä (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2008d).

Suomessa kuolee eniten ihmisiä sydän- ja verisuonitauteihin. Sen jälkeen tulevat diabetes, astma ja mielenterveysongelmat. Päihteiden käyttö on suomalaisten vakavimpia terveysuhkia. Ennenaikaisen työkyvyttömyyden kannalta merkittävimmät ongelmat liittyvät mielenterveyden häiriöihin sekä tuki- ja liikuntaelinsairauksiin. Elintavoilla on keskeinen merkitys terveyden edistämässä ja kansantautien ehkäisyssä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009a.)

### 4.1 Sydän- ja verisuonitaudit

Sydän- ja verisuonitaudit jaetaan usein varsinaisiin sydänsairauksiin, aivoverenkierron häiriöihin ja ääreisverenkierron häiriöihin. Kansanterveyden kannalta tärkein ongelma on sydämen verisuonten ahtautumisesta johtuva sepelvaltimotauti. (Kauhanen, Myllykangas, Nissinen & Salonen 2007, 197.) Sepelvaltimotaudissa sydämeen verta vievien sepelvaltimoiden seinämiin kertyy rasvaa, joka kovettuu pesäkkeiksi verisuonten seinämiin. Näin verisuonten läpimitta vähitellen pienenee ja veren virtaus lopulta estyy. (Poliklinikka 2009.)

Rikkaissa maissa sydän- ja verisuonitauteihin kuolee noin joka toinen henkilö. Sydän- ja verisuonitautikuolleisuus oli 1970-luvulle asti Itä-Suomessa selvästi suurempaa kuin Länsi-Suomessa ja myös kansainvälisessä vertailussa suuri. Sittemmin laaja-alaiset kan-

salliset toimet sydänsairauksien ehkäisemiseksi ovat osaltaan vaikuttaneet myönteiseen kehitykseen. (Kauhanen ym. 2007, 197.) Kuolleisuus ja sairastavuus sydän- ja verisuonitauteihin on alentunut selvästi viimeisen parinkymmenen vuoden ajan. Osittain se voidaan selittää suomalaisten elintapojen muutoksella. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2009a.)

Sepelvaltimotautikuolleisuus on 1960-luvun lopun jälkeen pienentynyt työikäisillä miehillä yli 70 % ja naisilla tätäkin enemmän. Kuolleisuus on vähentynyt myös iäkkäillä, tosin vähemmän kuin työikäisillä. Työikäisen väestön sydän- ja verisuonitautisairastavuuden ja -kuolleisuuden arvioidaan pienenevän myös seuraavien 5–10 vuoden aikana. Tästä huolimatta näistä sairauksista johtuva terveyspalvelujen tarve kasvaa, koska väestö vanhenee. (Aromaa, Huttunen, Koskinen & Teperi 2005.) Vuonna 2008 sepelvaltimotauti aiheutti yhteensä 23 % kaikista kuolemista Suomessa. Kaiken kaikkiaan verenkiertoelimistön sairaudet aiheuttivat 40 % suomalaisten kuolemista vuonna 2008. (Tilastokeskus 2009.)

Sydän- ja verisuonitautien riskitekijöitä ovat kohonnut verenpaine, veren rasva-aineenvaihduntahäiriöt, diabetes, runsas alkoholin käyttö, tupakointi ja liikapaino (Kauhanen ym. 2007; Terveyskirjasto 2009). Sydän- ja verisuonitautien ehkäisyssä tärkeintä on sydänystävällinen ruokavalio, joka on vähärasvaista, vähäsuolaista ja sisältää runsaasti kasviksia. Kovien rasvojen tilalle tulisi valita pehmeitä rasvoja eli voin tilalle margariinia ja ölypohjaisia salaattinkastikkeita, kuituja tulisi syödä runsaasti ja alkoholia ja tupakointia välttää. Terveellisen ruokavalion ohella riittävästä liikunnasta tulisi huolehtia, mikä on tärkeää erityisesti ylipainoisilla. (Poliklinikka 2009.)

## 4.2 Diabetes

Diabetekselle on tyypillistä veren liian suuri glukoosi- eli sokeripitoisuus. Tauti jaetaan kahteen päämuotoon: nuoruustyyppin (tyyppi 1) ja aikuistyyppin (tyyppi 2) diabetekseen. (Terveiden ja hyvinvoinnin laitos 2008c.) Tyyppin 1 diabeteksessä elimistön insuliini- tuotanto on joko liian vähäistä tai elimistö ei tuota insuliinia lainkaan (Poliklinikka 2006). Tyyppin 2 diabeteksessä elimistön herkkyys insuliinille on heikentynyt. Tyyppin 2 diabetekselle on tyypillistä kohonneen verensokerin lisäksi häiriö veren rasva-arvoissa,

kohonnut verenpaine ja vyötärölihavuus. Diabetekseen liittyy vakavia lisäsairauksia kuten sydän- ja verisuonisairauksia, silmäsairauksia ja munuaissairauksia. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2008c.)

Diabetes on Suomessa ja maailmalla erittäin nopeasti lisääntyvä terveysongelma. Vuosittain diagnosoidaan noin 15 000 uutta diabetestapausta. 1950-luvulta 2000-luvulle tultaessa tyypin 1 diabetes on lisääntynyt Suomessa nelinkertaiseksi ja tyypin 2 diabetes kymmenkertaiseksi 1950-luvun alkuun nähden. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2008c.) Diabeetikoita oli Suomessa vuonna 2005 noin 205 000, joista 40 000 sairasti tyypin 1 diabetesta ja 165 000 tyypin 2 diabetesta (Aromaa ym. 2005).

Diabeteksen riskitekijöitä ovat ylipaino, erityisesti keskivartalolihavuus, vähäinen fyysinen aktiivisuus, aiemmin todettu sokeriaineenvaihdunnan häiriö, diabeteksen esiintyminen suvussa ja ikääntyminen (Käypä hoito 2007). Diabetesta voidaan ehkäistä elämäntapamuutoksilla ja diabetekseen liittyvien lisäsairauksien puhkeamiseen voidaan vaikuttaa diabeteksen ja siihen liittyvien riskitekijöiden hoidolla. (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2008c.)

Elämäntapamuutoksista tärkeitä ovat riittävä liikunta ja painon pudottaminen, sillä ne vaikuttavat edullisesti sokeri- ja rasva-arvoihin sekä verenpaineeseen. Diabeetikon ruokavalion olisi tärkeää olla kuitupitoista ja sisältää runsaasti viljatuotteita ja kasviksia. Kovat rasvat tulisi korvata öljyillä ja leivän päälle tulisi laittaa voin sijaan kasvimargariineja. Tupakoinnin lopettaminen on erityisen tärkeää diabeetikolle suurentuneen sydäntautiriskin takia. Lisäksi alkoholin käytön arviointi on tärkeää pysyvän painonhallinnan ja elämäntapojen korjaamisen kannalta. (Käypä hoito 2007.)

### 4.3 Syöpätaudit

Syöpä saa alkunsa, kun jokin elimen solukko alkaa kasvaa epänormaalilla tavalla. Kyseessä ei ole vain yksi sairaus vaan ryhmä, johon kuuluu ilmenemismuodoiltaan ja syyiltään hyvin erilaisia sairauksia. Elintavat selittävät valtaosan syövästä, mutta syövän syntytekijöitä tunnetaan suhteellisen huonosti. (Kauhanen ym. 2007, 204.)

Syöpätaudit ovat noin joka viidennen ihmisen kuolinsyy kehittyneissä maissa. Suomessa syöpätapauksia todetaan vuosi vuodelta enemmän. Tämä johtuu osittain väestön elin-iän nousemisesta, koska iän myötä monien syöpien riski kasvaa. Syöpäkuolleisuus on taas alentunut syöpien parantuneen varhaistoteamisen ja kehittyneiden hoitojen takia. Suomessa miesten yleisin syöpä on eturauhassyöpä ja naisilla rintasyöpä. (Kauhanen ym. 2007, 204, 207.) Syöpään kuolee vuosittain noin 10 000 suomalaista ja se on suomalaisten toiseksi yleisin kuolinsyy (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2008d).

Arviolta 75 %-90 % teollisuusmaiden syöpätapauksista on ympäristötekijöiden aiheuttamia. Syöpien syntyyn vaikuttavat muun muassa tupakka, ravinto, alkoholi, liikunta, lihavuus, seksuaali- ja lisääntymiskäyttäytyminen sekä kemikaali-, säteily- ja pölyaltistus. Perinnöllinen alttius liittyy noin kymmeneen prosenttiin tavallisista syövistä, kuten rinta-, eturauhas- ja paksusuolensyövässä. Syöpään sairastumisen syyt vaihtelevat eri syöpämuodoissa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2008e.)

Alkoholin on todettu lisäävän syöpäriskiä. Erityisesti alkoholin ja tupakoinnin yhdistelmä kasvattaa syöpäriskiä, koska ne moninkertaistavat toistensa vaikutuksia. Bakteerien ja virusten aiheuttamilla infektioilla voi myös olla aiemmin oletettua suurempi merkitys tiettyjen syöpien synnyssä. Lisääntynyt auringonotto vaikuttaa esimerkiksi ihome-lanooman yleistymiseen. (Syöpäjärjestöt i.a.; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2008e.)

Syöpään sairastumisen vaaraa voi pienentää vaikuttamalla omaan ympäristöönsä ja elin-tapoihin. Ravitsemuksessa tulisi kiinnittää huomiota riittävään vitamiinien ja hivenai-neiden saantiin, sillä ne suojaavat syövältä. Runsas kasvisten ja hedelmien osuus ruoka-valiossa näyttäisi ehkäisevän ruokatorven, maha-, paksu- ja peräsuolen syöpiä sekä haimasyöpää. Lisäksi paljon kuitua sisältävät viljakasvit ja täysjyvävilja näyttäisivät ehkäisevän ruuansulatuselimistön syöpiä. Ruuan valmistusmenetelmistä savustamista ja grillaamista tulisi käyttää vähän, sillä grillatessa tai savustettaessa ruuan pinnalle voi syntyä yhdisteitä, jotka saattavat lisätä syövän riskiä. Alkoholin ja tupakan käytössä tulisi pysyä kohtuudessa, alkoholille ei ole olemassa syövän synnyn kannalta turvallista annosta. Auringossa ollessa tulisi kiinnittää huomiota riittävään aurinkosuojaukseen ja välttää ihon palamista. (Syöpäjärjestöt i.a.)



#### 4.4 Yliherkkyysairaudet

Yliherkkyysairauksia eli atooppisia sairauksia esiintyy eri tutkimusten mukaan 20–40 prosentilla väestöstä. Allerginen nuha on yleisin ilmenemismuoto. Sitä seuraavat erilaiset ihottumat. Merkittävin kliininen atooppinen sairaus on astma. (Kauhanen ym. 2007, 229.) Allerginen nuha on nenän limakalvon sairaus, jossa tulehdusreaktio on nenän limakalvolla. Astmassa keuhkoputkien limakalvot ovat tulehtuneet ja keuhkoputket ovat ahtautuneet. (Hengityслиitto i.a.)

Ikääntyvien miesten kansansairautena tunnetaan krooninen keuhkosairaus COPD. Iäkäden vuodepotilaiden yleisin kuolinsyy puolestaan on keuhkokuume. (Kauhanen ym. 2007, 230.) Keuhkohtaumatauti eli COPD on useimmiten seurausta pitkäaikaisesta tupakoinnista. Siinä keuhkoputket ovat ahtautuneet ja samalla esiintyy usein keuhkolääjentumaa ja pitkäaikaista keuhkoputkien tulehdusta. (Terveyskirjasto 2010a.) Keuhkokuume puolestaan on keuhkokudoksen tulehdus (Poliklinikka 2008).

Astma ja yliherkkyysairaudet ovat lisääntyneet Suomessa viime vuosikymmeninä. Astman hoitotulokset ovat kuitenkin parantuneet aiemmasta huomattavasti ja siihen kuolleisuus on vähentynyt voimakkaasti. (Kauhanen ym. 2007, 229–230.) Aikuisista arviolta vajaa viidennes kärsii allergisesta nuhasta, 2–6 % astmasta, 2–5 % atooppisesta ihottumasta, 1–2 % ruoka-aineallergiasta ja 15 % ihon kosketusallergiasta (Terveiden ja hyvinvoinninlaitos 2008b). Suomessa keuhkoauhatumatautia sairastaa noin 200 000 ihmistä (Hengityслиitto i.a). Keuhkokuumeeseen sairastuu Suomessa vuosittain 50 000–60 000 henkilöä ja kuolee noin 2000 henkilöä vuosittain. Suurin osa kuolleista on yli 50-vuotiaita. (Poliklinikka 2008.)

Yliherkkyysairauksien lisääntymistä voidaan selittää parantuneella diagnostiikalla, mutta se ei yksistään selitä sairauksien lisääntymistä. Muutokset ravinnossa, sisäilman laatu, lemmikkieläimet, ilmansaasteet ja allergisoivat kemikaalit ovat osaltaan nostaneet sairauksien lisääntyvyyttä. Perinnöllisellä alttiudella on merkittävä osuus allergioiden synnyssä. Laukaisevia tekijöitä on monia. Niitä voivat olla muun muassa eläinten karvat, siitepöly ja monet muut biologiset, kemialliset ja fysiologiset tekijät. (Kauhanen ym. 2007, 229–230.)

#### 4.5 Tuki- ja liikuntaelinsairaudet

Yleisin määräämääräiseen työkyvyttömyyteen johtava terveysongelma on Suomessa tuki- ja liikuntaelinsairaudet (TULES) (Kauhanen ym. 2007, 209). Tuki- ja liikuntaelinsairauksiin kuuluvat selkäsairaudet, nivelrikko, moniniveltulehdus tai sen jälkitila, nivelreuma, polven nivelrikko, lonkan nivelrikko, pitkäaikainen selkäoireyhtymä ja pitkäaikainen niska-hartiaseudun kiputila (Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2010c).

Tuki- ja liikuntaelinsairaudet kuormittavat paljon sekä yhteiskunnan että yksilöiden toimintakykyä ja aiheuttavat elämää hankaloittavia oireita. Alaselän, niska- ja hartiaseudun vaivat sekä iän myötä nivelkulumat ovat yleisempiä TULES-ryhmän sairauksia. Koneellistuminen ja työmenetelmien keveneminen eivät ole paljoo vähentäneet tuki- ja liikuntaelinsairauksia. Työkykyä pyritään ylläpitämään mahdollisimman pitkään kuntouttavien toimien avulla. (Kauhanen ym. 2007, 209.)

Tuki- ja liikuntaelinsairauksista erityisesti lanneselkäsairaudet, niska- hartiaoireyhtymät ja nivelrikko ovat viime vuosikymmeninä jossain määrin lisääntyneet. Selkä- ja nivelkiput sen sijaan ovat jonkin verran vähentyneet. Suomessa nivelreumaan sairastuu vuosittain noin 1700 ihmistä. Nivelrikkoa sairastaa 65-vuotiaista joka toinen. Vaikka selkävaivat ovat vähentyneet suomalaisilla 1970-luvulta, selkäsairaudet ovat silti pääsyyinä neljäsosaan työkyvyttömyyseläkkeistä. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010c.)

Tuki- ja liikuntaelinsairauksien syyt ovat usein moninaisia. Riskitekijöitä sairauksille ovat ruumiillinen työ, toistuva kuormitus, tapaturmat, ylipainoisuus, tupakointi ja autolla ajo. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010c.) Altistavina tekijöinä voivat olla myös elimistön synnynnäiset rakenteelliset poikkeavuudet, mutta usein ongelma vaatii syntymänsä epäedullisia ympäristötekijöitä. Sairauksien syiden ollessa vielä epäselviä, myös ehkäisyn ja hoidon periaatteet ovat vielä osittain auki. Hyvällä yleiskunnolla, lihasten toimintakyvyllä ja työn henkisen kuormittavuuden tarkkailulla on todettu olevan ehkäiseviä vaikutuksia. (Kauhanen ym. 2007, 210.)

#### 4.6 Päihdeongelmat

Suomessa yleisimpiä päihteitä ovat alkoholi, tupakka, keskushermostoon vaikuttavat lääkeaineet, liuotinaineet, kannabis, amfetamiini ja opiaatit. Päihteiden käyttö aiheuttaa huomattavia terveydellisiä ja sosiaalisia ongelmia ja se on suomalaisten vakavimpia terveysuhkia. Erilaiset häiriöt ja sairaudet ovat yleisiä päihteiden käyttäjillä. Tupakka on merkittävin haittoja aiheuttava päihde sairauksien ja kuolleisuuden kannalta. Alkoholi on syynä noin viidessä prosentissa kaikista kuolemantapauksista. Alkoholi on merkittävin suomalaisen työikäisen miehen ennen aikaiseen kuolemaan johtava tekijä. Huumeiden käyttö on lisääntynyt merkittävästi viime vuosina Suomessa. Päihdesairaudet ja päihteiden käyttöön liittyvät kuolemat tulevat lisääntymään tulevaisuudessa. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2007; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2008a.)

Helakorven, Laitelaisen ja Uutelan (2009, 10) tutkimuksessa ”Suomalaisen aikuisväestön terveystilanne ja terveys, kevät 2009” käy ilmi, että vuonna 2009 työikäisistä miehistä 22 % ja naisista 16 % raportoiti tupakoivansa päivittäin. Vuonna 2007 vastaavat luvut olivat miehillä 26 % ja naisilla 17 %. Miesten päivittäistupakointi on vähentynyt vuodesta 1978 melko tasaisesti vuoteen 2009. Naisten päivittäistupakointi taas on yleistynyt vuodesta 1978 1980-luvun puoliväliin asti, minkä jälkeen se pysyi pitkään samalla tasolla, mutta viime vuosien aikana sekin on kääntynyt laskuun. (Helakorpi ym. 2009, 10; Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009b.) Tupakointi aiheuttaa Suomessa 5000–6000 kuolemaa vuosittain (Päihdelinkki 2010).

Alkoholin käyttö aiheuttaa vakavia terveysongelmia. Se lisää muun muassa syöpäriskiä, sydän- ja verisuonitautien riskiä sekä riskiä sairastua diabetekseen. Kohtuudella käytettynä alkoholin käyttö voi myös ehkäistä eräitä sairauksia kuten sydän- ja verisuonitautia. Alkoholin käyttö on Suomessa lisääntynyt ja raittiiden osuus vähentynyt viimeisen kahden vuosikymmenen aikana. (Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010b; Terveyskirjasto 2005a.) Samoin myös alkoholiperäisten sairauksien ja alkoholimyrkytysten aiheuttamat kuolemat ovat kaksinkertaistuneet viimeisen kahden vuosikymmenen ajan. Työikäisillä alkoholikuolemia on selvästi enemmän kuin sepelvaltimotautikuolemia. (Tilastokeskus 2009.)

Vuonna 1982 15 % miehistä ja 31 % naisista ilmoitti, ettei ollut käyttänyt alkoholia lainkaan viimeksi kuluneen vuoden aikana. Vastaavat osuudet olivat vuonna 2009 12 % miehistä ja 13 % naisista. Vuonna 2009 miehistä 24 % ja naisista 7 % kertoi juovansa vähintään kerran viikossa kuusi annosta tai enemmän alkoholia kerralla. Edellisenä vuonna vastaavat osuudet olivat miehistä 26 % ja naisista 9 %. (Helakorpi ym. 2009, 15.)

Vuodesta 2005 lähtien työikäisten (15–64-vuotiaiden) miesten ja naisten yleisin kuolinsyy ovat olleet alkoholiperäiset sairaudet ja myrkytykset. Vuonna 2009 kuolleista työikäisistä miehistä lähes joka viides ja naisista joka kymmenes kuoli alkoholiperäiseen sairauteen tai alkoholimyrkytykseen. Vuonna 2009 alkoholin käytön seurauksena Suomessa kuoli yhteensä 2 954 henkeä, mikä oli 165 henkeä vähemmän kuin edellisenä vuonna. Kuitenkin alkoholikuolemia oli vuonna 2009 457 henkeä enemmän kuin vuonna 2003. (Terveystieteiden tutkimuskeskus 2010b.) Suurin syy alkoholikuolemiin ovat alkoholiperäiset sairaudet. Lisäksi merkittävä kuolinsyy ovat päihdyksissä sattuneet tapaturmat ja väkivalta sekä alkoholimyrkytys. (Mustonen & Simpura 2005.)

## 5 TUTKIMUSKYSYMYKSET JA TUTKIMUKSEN TAVOITTEET

Opinnäytetyön tavoitteena on selvittää Haartmanin sairaalan ITE-pisteen palvelujen toimivuutta pisteen asiakkaiden näkökulmasta.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaiset ihmiset käyttävät ITE-pistettä?
2. Millaisia kokemuksia asiakkailla on itsehoitopisteestä?
3. Miten itsehoitopisteen palveluja voitaisiin kehittää asiakkaille hyödyllisemmiksi?

Näitä kysymyksiä tutkimalla pyritään saamaan selville, millaiset ihmiset käyttävät ITE-pistettä, mistä pisteen palveluista on hyötyä asiakkaille ja mitkä palvelut eivät ole toimivia. Tutkimuksessa selvitetään myös, miten itsehoitopistettä voitaisiin kehittää asiakkaille entistä sopivammaksi.

Opinnäytetyön tavoitteet on tärkeä saavuttaa, jotta osataan arvioida, käytetäänkö ITE-pistettä jatkossa Haartmanin sairaalan terveystieteiden päivystyksessä. Mikäli ITE-piste osoittautuu tarpeelliseksi, tutkimuksen tulokset auttavat pisteen vastuuhenkilöitä suunnittelemaan ja kehittämään pistettä aiempaa hyödyllisemmäksi asiakkaille.

## 6 TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

### 6.1 Tutkittavien valinta

Tutkimuksessa kiinnitetään huomio johonkin tiettyyn kohteeseen, jota kutsutaan tutkimuksen perusjoukoksi. Tutkimusta ei kuitenkaan tarvitse tehdä jokaiselle perusjoukon jäsenelle, vaan tutkimusta varten perusjoukosta voidaan valita otos, joka edustaa koko perusjoukkoa pienoiskoossa. Tähän ideaan perustuu otantatutkimus. (Holopainen & Pulkkinen 2008, 29.) Opinnäytetyöni perusjoukko, jolle tutkimus tehtiin, ovat kaikki itsehoitopisteen asiakkaat. Opinnäytetyön otos puolestaan on se joukko pisteen asiakkaista, jotka vastasivat kyselyyn.

Tutkimusta tehdessä otokseen valikoituvien yksilöiden valintaan tulee kiinnittää huomiota, jotta otos edustaisi mahdollisimman hyvin koko perusjoukkoa. Tärkein ehto on, että perusjoukon jokaisella otantayksilöllä on yhtä suuri mahdollisuus tulla valituksi otokseen. Mikäli tämä ehto ei täyty, otosta sanotaan näytteeksi. Oikein poimittu otos on edustava ja otantayksilöiden ominaisuudet vastaavat oikeassa suhteessa perusjoukon vastaavia ominaisuuksia. Otoksen tulee olla riittävän suuri, jotta tutkimus tulokset olisivat luotettavia. Vaikka otos olisi edustava, otoksesta lasketut tunnusluvut poikkeavat tavallisesti hieman perusjoukon tunnusluvuista. Tätä poikkeamaa sanotaan otantavirheeksi. (Holopainen & Pulkkinen 2008, 29.)

### 6.2 Aineistonkeruumenetelmä

Tutkimusaineiston keruuta varten laadin kyselylomakkeen. Valitsin kyselylomakkeen aineiston keruumenetelmäksi, koska sen avulla tutkimukseen voidaan saada useita henkilöitä ja voidaan kysyä monia asioita. Näin tutkimusaineistosta tulee laaja. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 182.)

Jätin kyselylomakkeet itsehoitopisteen viereen ja sen viereen suljetun laatikon, jonne täytetyt lomakkeet sai palauttaa. Lomakkeiden ohessa oli saatekirje, jossa kerrottiin kyselyn tarkoituksesta. Saadakseni vastauksia mahdollisimman paljon jätin lomakkeet

sellaiseen paikkaan, mistä ne oli helppo huomata ja lisäksi kyselyjen viereen mainostaulun, missä kannustettiin vastaamaan kyselyyn. Keräsin vastauksia yhteensä viisi kuukautta, sillä vastauksia kertyi hitaasti ja tavoiteltu vastausmäärä oli vaikea saavuttaa. Vastauksia oli tarkoitus saada vähintään viisikymmentä, mutta sain vastauksia lopulta noin puolet tavoitteesta.

### 6.3 Tutkimusmenetelmä ja aineiston analysointi

Käytin tutkimuksessa kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusmenetelmää. Valitsin kvantitatiivisen tutkimusmenetelmän, koska tavoitteenani oli saada laaja tutkimusaineisto ja kysymyksillä pyrittiin saamaan vastauksia määrällisiin kysymyksiin ”kuinka usein?”, ”kuinka paljon?”, ”mikä?” ja ”missä?” Kvantitatiivista eli määrällistä tutkimusta voidaan nimittää myös tilastolliseksi tutkimukseksi. Sen avulla voidaan selvittää lukumääriin ja prosenttiosuuksiin liittyviä kysymyksiä sekä eri asioiden välisiä riippuvuuksia tai tutkittavassa ilmiössä tapahtuneita muutoksia. Kvantitatiivisen tutkimuksen peruspiirre on, että tutkittavien henkilöiden lukumäärä on suuri ja tutkittava ilmiö kuvataan numeerisesti. Aineistonkeruuseen käytetään yleensä tutkimuslomakkeita, joissa on valmiit vastausvaihtoehdot. (Heikkilä 2004, 16–17; Holopainen & Pulkkinen 2008, 21.)

Tutkimusaineiston analysoin Excel-tilukkolaskentaohjelmalla ja laskin prosenttiosuuksia asiakkaiden vastauksista kysymyksiin. Avoimet kysymykset analysoin ryhmittelemällä ensin samaa tarkoittavat vastaukset keskenään ja kokosin sitten yhteenvetdon vastauksista.

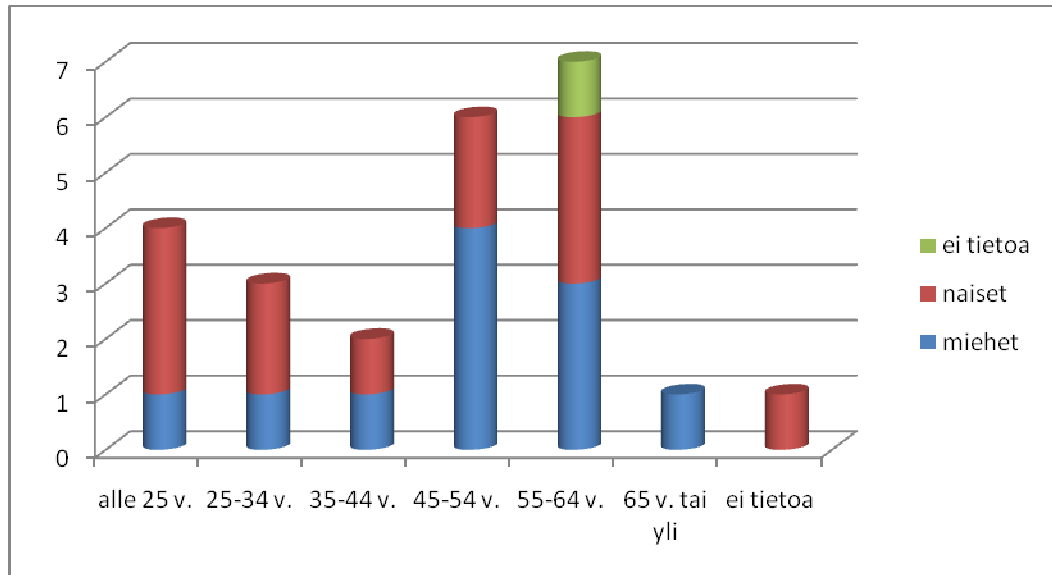
## 7 TUTKIMUSTULOKSET

Esitän tutkimustulokset kaavioina ja käyn läpi kaavioissa kuvatut tulokset kunkin kaavion alla. Esitän tulokset sekä lukumäärällisesti että prosentuaalisesti. Kaavioissa näkyvät pystyriivillä vastaajien lukumäärät määrällisesti. Kaavioissa punainen väri kuvaa naisvastaajia, sininen väri miesvastaajia ja vihreä väri vastaajaa, jonka sukupuoli ei ollut tiedossa.

### 7.1 Vastaajien taustatiedot

Tutkimukseen vastasi yhteensä 24 ihmistä. Vastanneista 12 oli naisia, 11 miehiä ja yksi ei ollut ilmoittanut sukupuoltaan tutkimukseen. Nuorin tutkimukseen vastanneista oli 19-vuotias ja vanhin 65-vuotias.

KAAVIO 1. Vastaajien ikä ja sukupuoli



Kaaviosta ilmenee, että kaikista kyselyyn vastanneista suurin osa eli seitsemän (29,2 %) oli 55–64 –vuotiaita. Toiseksi suurin osa eli kuusi vastaajaa (25 %) oli 45–54-vuotiaita. Alle 25-vuotiaita vastaajia oli yhteensä neljä (16,7 %). 25–34-vuotiaita vastaajia oli kaikista vastaajista kolme (12,5 %). 35–44-vuotiaita oli kaksi (8,3 %) ja 65-vuotiaita tai vanhempia oli yksi (4,2 %). Yhden vastaajan (4,2 %) ikä ei ollut tiedossa.

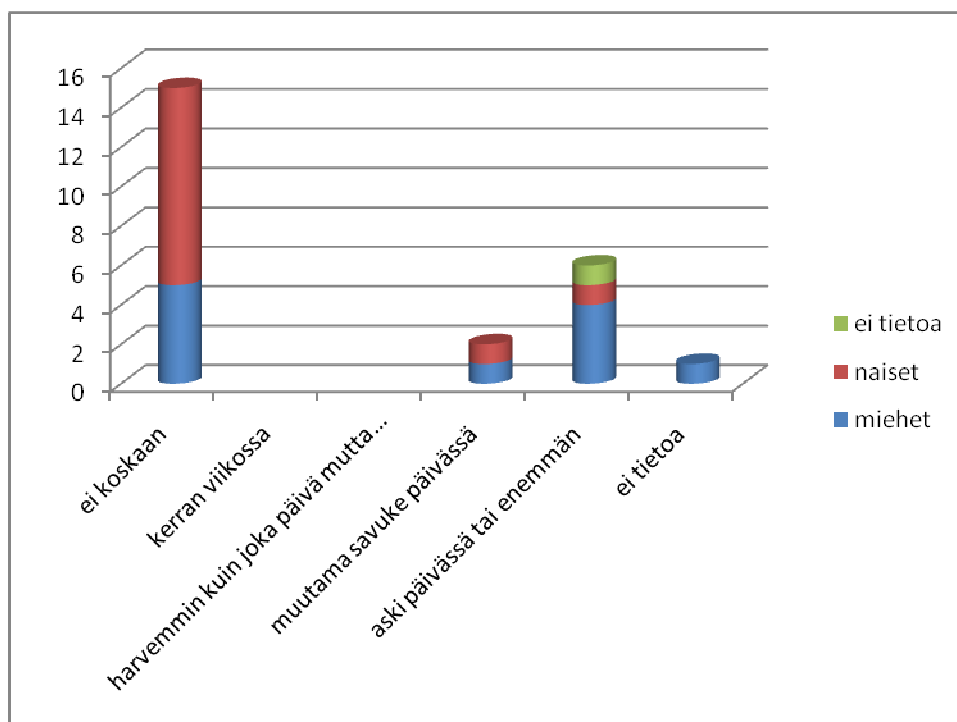


Naisista kolme eli 25 % oli alle 25-vuotiaita. Samoin kolme naista (25 %) oli 55–64-vuotiaita. Naisista kaksi (16,7 %) oli iältään 25–34-vuotiaita ja kaksi (16,7 %) 45–54-vuotiaita. 35–44-vuotiaita naisia oli yksi (8,3 %). Yksi nainen ei ollut ilmoittanut ikäänsä.

Miehistä suurin osa eli neljä (36,4 %) oli 45–54-vuotiaita. 55–64-vuotiaita miehiä oli kolme (27,3 %). Miehistä alle 25-vuotiaita oli yksi (9,1 %). Samoin 25–34-vuotiaita ja 35–44-vuotiaita miehiä oli yksi (9,1 %). Yksi miehistä (9,1 %) oli 65-vuotias tai yli.

Viisi seuraavaa kysymystä selvitti vastaajien muita taustatietoja, kuten tupakointia, alkoholin käyttöä ja perussairauksia. Ohessa on kaavio, josta selviää vastaajien tupakanpoltto.

KAAVIO 2. Tupakointi



Kaaviosta selviää, että määrällisesti suurin osa vastaajista eli 62,5 % ei polttanut tupakkaa lainkaan ja että ne, jotka polttivat, käyttivät sitä vähintään muutaman savukkeen päivässä tai enemmän. Savuttomista vastaajista suurin osa eli 66,7 % oli naisia.

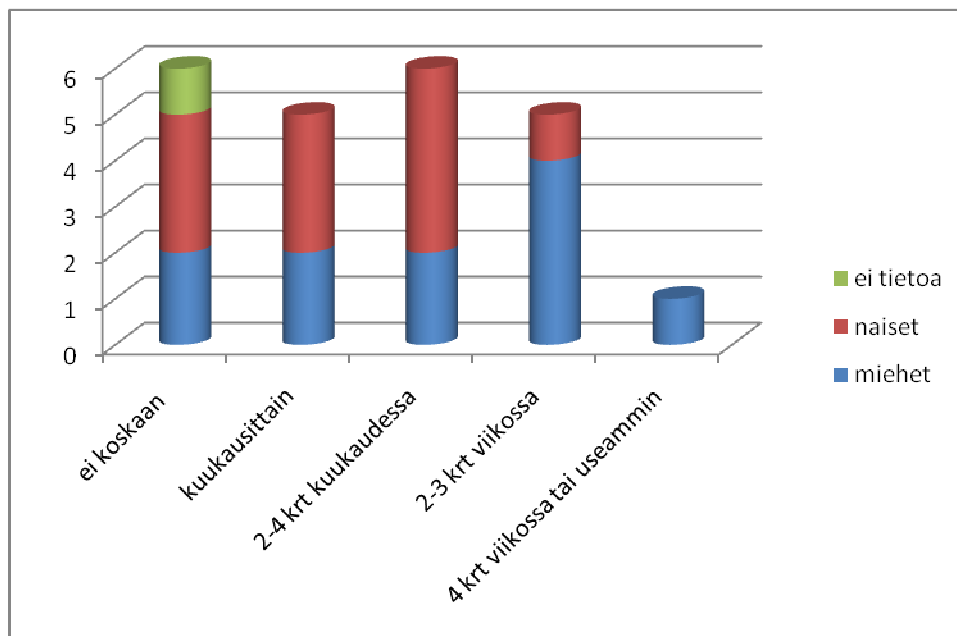
Naisista kymmenen (83,3 %) ei polttanut tupakkaa lainkaan. Yksi nainen (8,3 %) poltti muutaman savukkeen päivässä ja yksi nainen (8,3 %) poltti askin päivässä tai enemmän.

Miehistä viisi (45,4 %) ilmoitti, ettei polttanut tupakkaa koskaan. Yksi mies (9,1 %) poltti muutaman savukkeen päivässä ja neljä miestä (36,4 %) poltti askin päivässä tai enemmän. Yksi mies (9,1 %) ei ollut vastannut tupakanpolttoa koskevaan kysymykseen. Vastaaja, jonka sukupuoli ei ollut tiedossa, sanoi polttavansa askin päivässä tai enemmän.

Kaikista vastaajista siis viisitoista (62,5 %) ei polttanut koskaan tupakkaa. Kaksi vastaajaa (8,3 %) käytti tupakkaa muutaman savukkeen päivässä ja kuusi vastaajaa (25 %) kertoi polttavansa askin päivässä tai enemmän. Yksi vastaaja (4,2 %) ei ollut vastannut tupakan käyttöä koskevaan kysymykseen.

Neljäs kysymys selvitti vastaajien alkoholin käyttöä.

KAAVIO 3. Alkoholin käyttö



Kaaviosta selviää, että kaikista vastaajista suurin osa eli 70,8 % käytti alkoholia. Yksi vastaaja käytti alkoholia neljästi viikossa tai useammin. Muut vastaajat nauttivat alkoholia harvemmin. Naisten ja miesten välillä alkoholin käyttö erosi siten, että miehet käyttivät keskimäärin alkoholia useammin kuin naiset.

Naisista kolme (25 %) ei käyttänyt alkoholia koskaan. Kolme naista (25 %) sanoi käyttävänsä alkoholia kuukausittain ja neljä naista (33,3 %) 2–4 kertaa kuukaudessa.

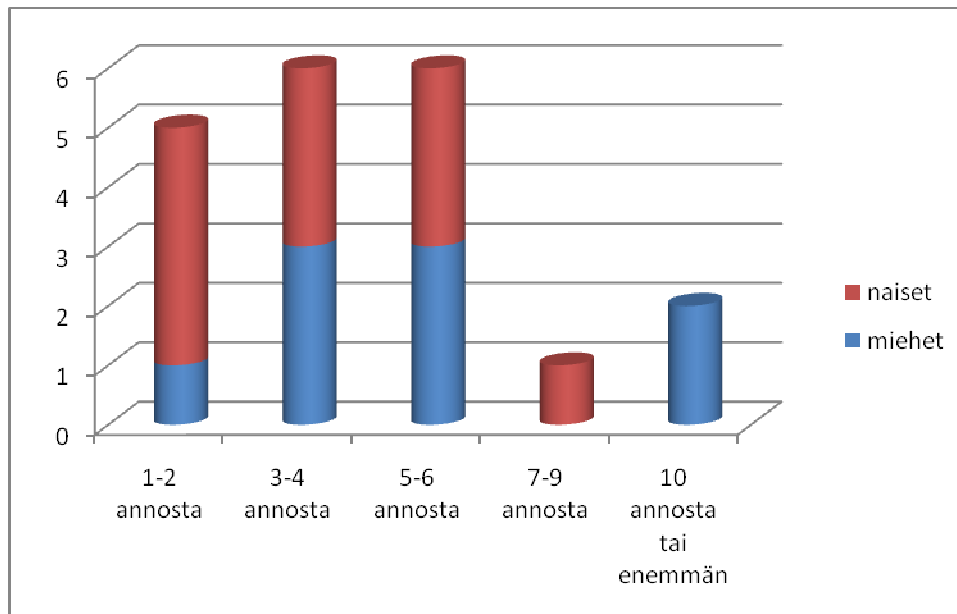
Yksi nainen (8,3 %) vastasi käyttävänsä alkoholia 2–3 kertaa viikossa. Yksi nainen (8,3 %) sanoi käyttävänsä alkoholia kaksi kertaa vuodessa.

Miehistä alkoholia ei käyttänyt koskaan kaksi (18,2 %). Kuukausittain käytti kaksi (18,2 %) ja 2–4 kertaa kuukaudessa kaksi miestä (18,2 %). Neljä miestä (36 %) ilmoitti käyttävänsä alkoholia kahdesta kolmeen kertaan viikossa ja yksi mies (9,1 %) neljästi viikossa tai useammin.

Kaikista kyselyyn osallistuneista siis kuusi (25 %) ei käyttänyt alkoholia lainkaan. Kuukausittain alkoholia käytti viisi (20,8 %), kahdesta neljään kertaan kuukaudessa kuusi (25 %) ja kahdesta kolmeen kertaan viikossa viisi (20,8 %) vastaajaa. Vain yksi vastaaja (4,2 %) sanoi käyttävänsä alkoholia neljästi viikossa tai useammin.

Viides kysymys selvitti, kuinka monta annosta alkoholia vastaajat käyttivät niinä kertoina, jolloin he nauttivat alkoholia. Yhdellä alkoholiannoksella tarkoitetaan tässä esimerkiksi viinilasia (12 cl), pientä (0,33 l) keskiolut- tai siideripulloa, annosta väkevää viiniä (8 cl) tai annosta viinaa (4 cl).

KAAVIO 4. Kerralla nautitut alkoholiannokset



Kaaviosta näkyy, että suurin osa vastaajista nautti kerralla yhdestä kuuteen annosta alkoholia ja naisten kerralla nauttimat alkoholimäärät olivat keskimäärin pienempiä

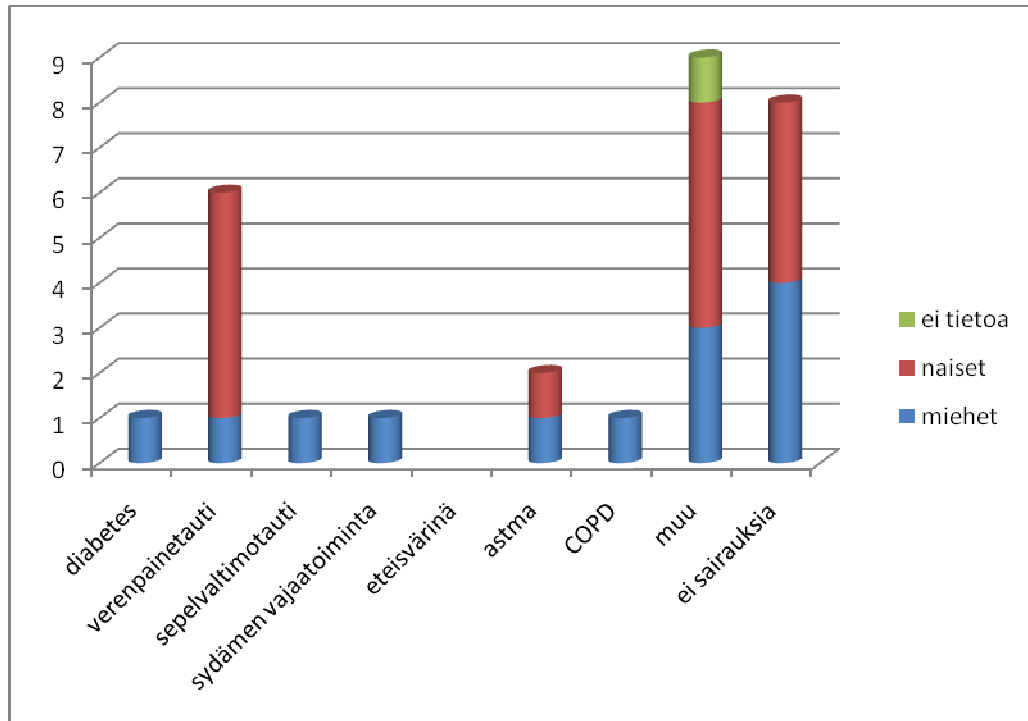
kuin miesten. Naisista neljä (33,3 %) ilmoitti nauttivansa kerralla 1–2 annosta alkoholia. Kolme naista (25 %) sanoi nauttivansa 3–4 annosta ja kolme (25 %) 5–6 annosta. Vain yksi nainen (8,3 %) kertoi nauttivansa kerralla 7–9 annosta.

Miehistä yksi (9,1 %) kertoi nauttivansa kerrallaan 1–2 annosta alkoholia. Kolme miestä (27,3 %) sanoi nauttivansa 3–4 annosta ja kolme (27,3 %) 5–6 annosta. Kaksi miestä (18,2 %) sanoi nauttivansa kerrallaan kymmenen annosta tai enemmän.

Kaaviosta käy ilmi, että nauttiessaan alkoholia kaikista vastaajista viisi (20,8 %) sanoi nauttivansa kerralla 1–2 annosta. Kuusi vastaajaa (25 %) käytti alkoholia kerrallaan 3–4 annosta. 5–6 annosta alkoholia kerrallaan nautti myös kuusi vastaajaa (25 %). Yksi vastaaja (4,2 %) sanoi käyttävänsä kerralla alkoholia 7–9 annosta ja kaksi vastaajaa (8,3 %) kymmenen annosta tai enemmän.

Kuudennessa kysymyksessä selvitettiin vastaajien perussairauksia.

KAAVIO 5. Perussairaudet



Kaaviosta ilmenee, että suurimmalla osalla naisista oli kysytyistä perussairauksista verenpainetauti tai jokin muu sairaus, jota ei ollut annettussa luettelossa. Kyselyyn

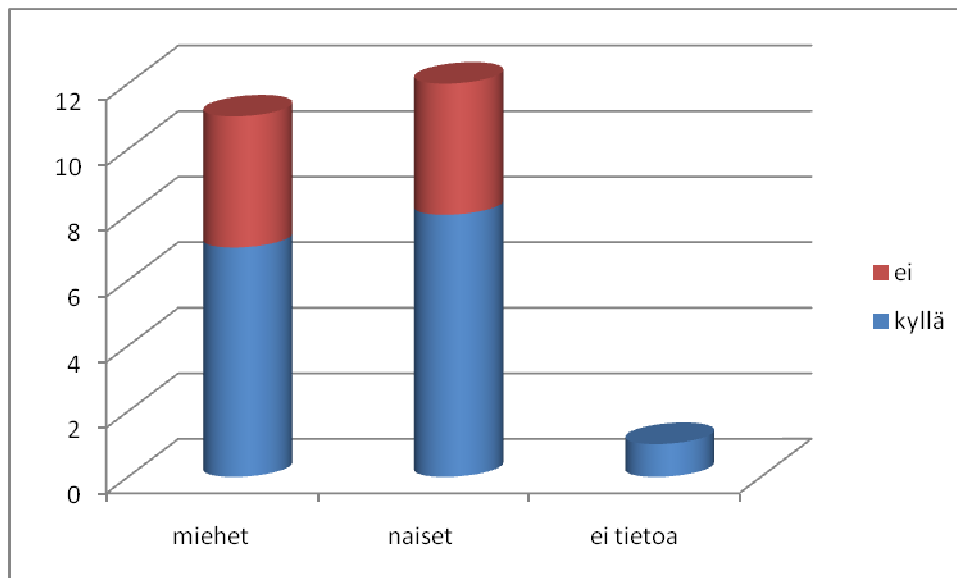
vastanneilla miehillä taas oli lähes jokaisella eri perussairaus, jos heillä oli jokin sairaus. Kellään vastaajasta ei ollut eteisvärinää. Suurella osalla vastaajia ei myöskään ollut mitään perussairautta.

Naisista viidellä (41,7 %) oli verenpainetauti ja yhdellä (8,3 %) astma. Muita kuin listassa olleita sairauksia oli viidellä naisella (41,7 %) ja neljällä naisella (33,3 %) ei ollut sairauksia ollenkaan. Muiksi sairauksiksi naiset olivat ilmoittaneet migreenin, Menierin taudin, maanisdepressiivisyyden ja allergiat.

Miehistä yhdellä (9,1 %) oli diabetes, yhdellä (9,1 %) verenpainetauti, yhdellä (9,1 %) sepelvaltimotauti ja yhdellä (9,1 %) sydämenvajaatoiminta. Tämän lisäksi yksi (9,1 %) mies ilmoitti sairastavansa astmaa ja yksi (9,1 %) keuhkohtaumatautia (COPD). Kolmella (27,3 %) miehellä oli muita sairauksia kuin listalla olleet sairaudet ja neljällä (36,4 %) ei ollut perussairauksia ollenkaan. Miesten ilmoittamia muita sairauksia olivat reuma, nivelrikko ja allergiat.

Seitsemännessä kysymyksessä kysyttiin, onko vastaajilla säännöllistä lääkitystä.

KAAVIO 6. Säännöllinen lääkitys



Kaaviosta ilmenee, että miehistä seitsemällä (63,6 %) oli säännöllinen lääkitys ja neljällä (36,3 %) ei ollut. Naisista taas kahdeksalla (66,7 %) oli säännöllinen lääkitys ja neljällä (33,3 %) ei ollut. Tässä kysymyksessä vastaukset jakautuivat siis melko

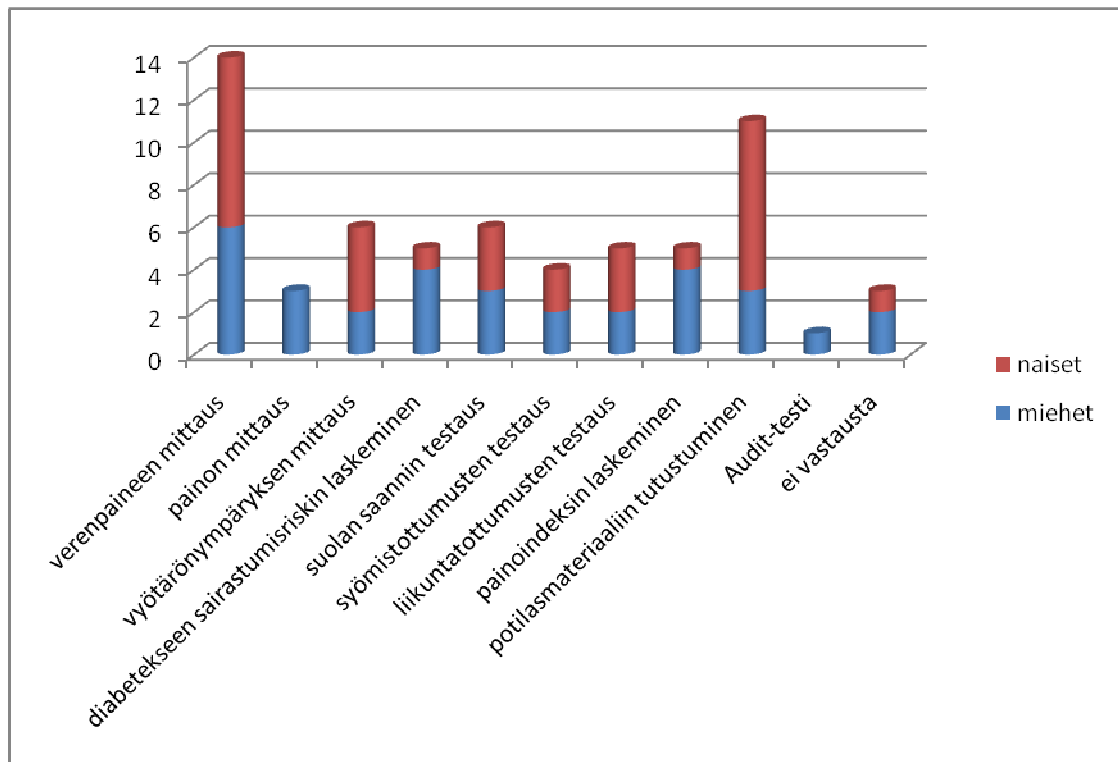
tasaisesti sukupuolesta riippumatta. Vastaajalla, jonka sukupuoli ei ollut tiedossa, oli säännöllinen lääkitys. Kaikista vastaajista siis kuudellatoista (66,7 %) oli säännöllinen lääkitys ja kahdeksalla (33,3 %) ei ollut.

## 7.2 Vastaajien kokemukset ITE-pisteestä

### 7.2.1 Eniten ja vähiten käytetyt ITE-pisteen palvelut

Ensimmäisessä ITE-pisteen käyttöä koskevassa kysymyksessä kartoitettiin, mitä ITE-pisteen palveluja vastaajat käyttivät. Vastaajien tuli laittaa rasti sen ITE-pisteen palvelun eteen, jota he olivat käyttäneet.

KAAVIO 7. Eniten käytetty ITE-pisteen palvelu



Kaaviosta näkyy, että ITE-pisteen palveluista eniten sekä naiset että miehet olivat mitanneet verenpainettaan. Suurin osa naisista oli myös tutustunut jaettavaan potilasmateriaaliin. Muita pisteen palveluja naiset ja miehet olivat käyttäneet näihin verrattuna vähemmän.

Naisista verenpaineen oli mitannut kahdeksan (66,7 %) ja samoin jaettavaan potilasmateriaaliin oli tutustunut kahdeksan naista (66,7 %). Seuraavaksi eniten naiset olivat mitanneet vyötärönypärystään. Vyötärönypäryksen oli mitannut yhteensä neljä naista (33,3 %). Suolan saantia ja liikuntatottumuksiaan oli testannut molempia kolme naista (25 %). Kaksi naista (16,7 %) oli testannut syömistottumuksiaan. Yksi nainen (8,3 %) oli laskenut painoindexinsä ja yksi (8,3 %) oli laskenut sairastumisriskinsä diabetekseen. Yksi nainen (8,3 %) ei ollut vastannut tähän kysymykseen.

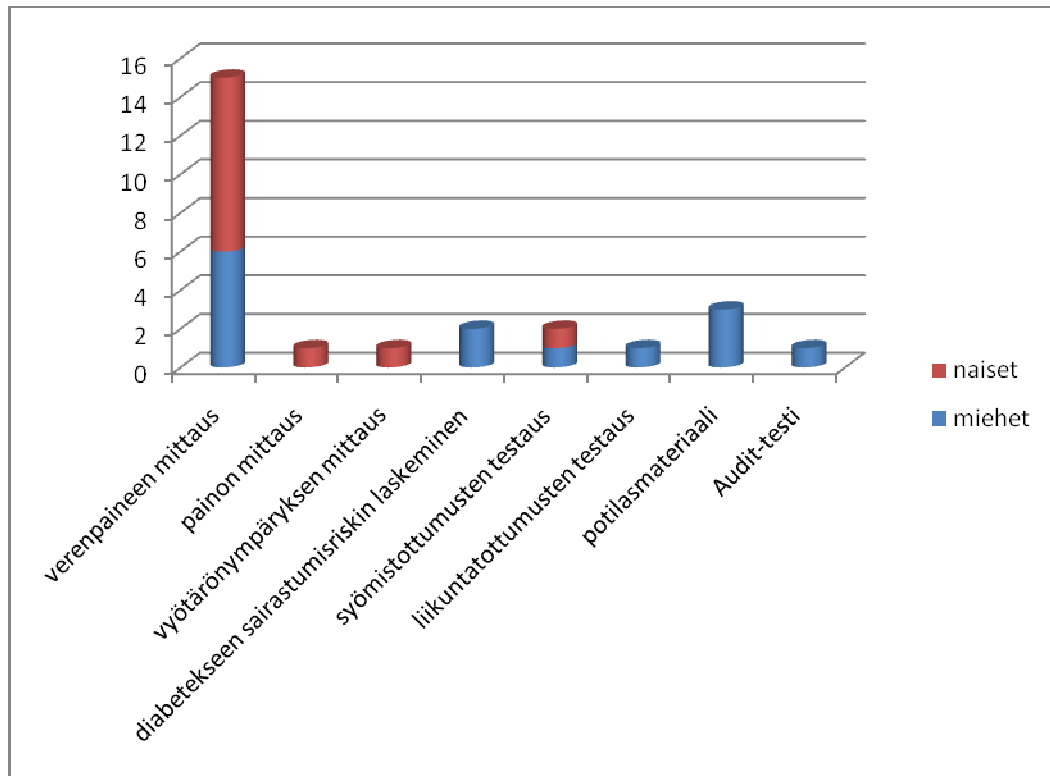
Miehistä suurin osa eli kuusi (54,5 %) oli mitannut ITE-pisteessä verenpaineensa. Toiseksi eniten miehet olivat laskeneet painoindexiään ja sairastumisriskiään diabetekseen. Näitä olivat laskeneet neljä miestä (36,4 %). Kolme miestä (27,3 %) oli mitannut painonsa, testannut suolan saantiaan ja tutustunut jaettavaan potilasmateriaaliin. Vyötärönypäryksen oli mitannut kaksi miestä (18,2 %). Samoin syömistottumuksiaan ja liikuntatottumuksiaan oli testannut molempia kaksi miestä (18,2 %). Yksi mies (9,1 %) oli tehnyt Audit-testin ja kaksi (18,2 %) ei ollut vastannut kysymykseen ollenkaan.

Yhteenvetona kaikista vastaajista nähdään, että yhteensä neljätoista (58,3 %) vastaajaa oli mitannut verenpaineensa ITE-pisteessä. Yksitoista (45,8 %) vastaajaa kertoi tutustuneensa jaettavaan potilasmateriaaliin. Kuusi (25 %) oli mitannut vyötärönypäryksensä ja testannut suolan saantiaan. Viisi (20,8 %) oli laskenut sairastumisriskinsä diabetekseen, testannut liikuntatottumuksiaan ja laskenut painoindexinsä. Neljä vastaajaa (16,7 %) oli testannut syömistottumuksiaan ja kolme (12,5 %) oli mitannut painonsa. Yksi (4,2 %) vastaaja oli tehnyt Audit-testin ja kolme (12,5 %) ei ollut vastannut kysymykseen ollenkaan.

#### 7.2.2 ITE-pisteen palvelut tärkeysjärjestyksessä

Kysymyksessä yhdeksän piti asettaa ITE-pisteen palvelut järjestykseen sen mukaan, miten tärkeitä ne olivat käyttäjälle. Listassa oli yhdeksän palvelua ja ne piti asettaa numerojärjestykseen siten, että tärkein palvelu sai arvon yksi ja vähiten tärkeä arvon yhdeksän.

KAAVIO 8. Tärkein ITE-pisteen palvelu



Kaaviosta selviää, että suurin osa sekä naisista että miehistä oli arvioinut verenpaineen mittaamisen ITE-pisteen tärkeimmäksi palveluksi. Naisista verenpaineen mittauksen oli arvioinut tärkeimmäksi palveluksi yhdeksän eli 75 % ja miehistä kuusi eli 54,5 %. Kaikista käyttäjistä yhteensä viisitoista eli 62,5 % oli arvioinut verenpaineen mittauksen tärkeimmäksi palveluksi. Muita palveluita olivat lähinnä yksittäiset käyttäjät arvioineet tärkeimmiksi ja vastaukset erosivat jonkin verran naisten ja miesten välillä.

Yksi nainen (8,3 %) oli arvioinut painon mittauksen ja yksi nainen (8,3 %) vyötärönympäryksen tärkeimmäksi. Yksi nainen (8,3 %) taas oli arvioinut syömistottumusten testaamisen tärkeimmäksi palveluksi.

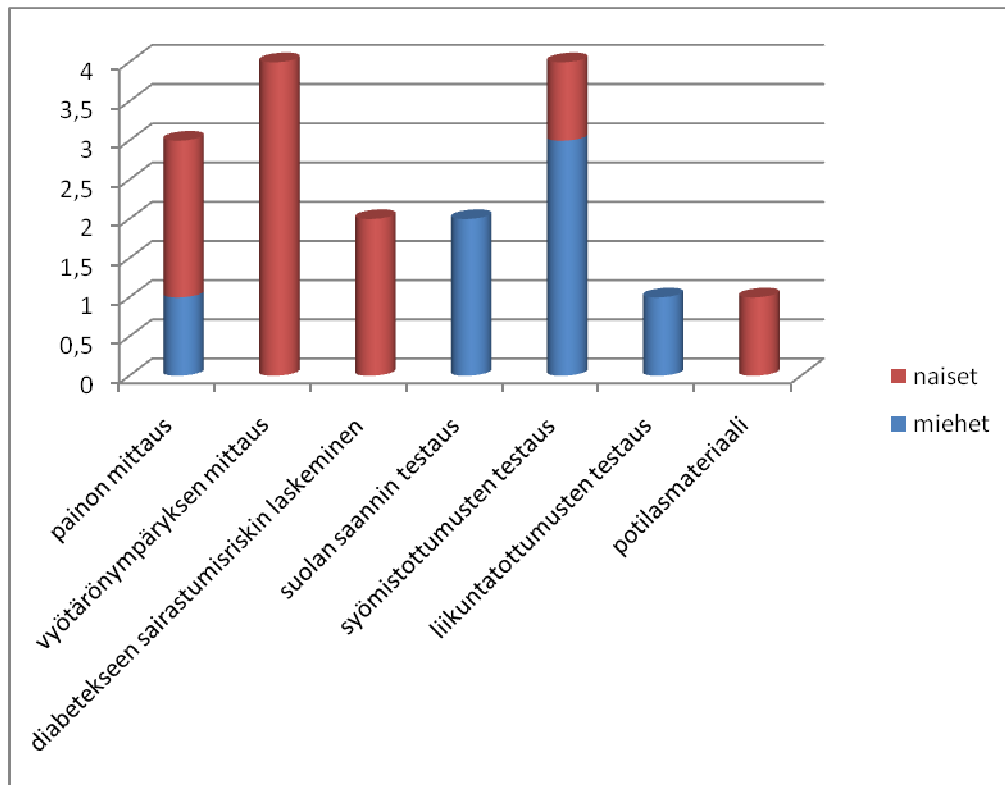
Kolme miestä (27,3 %) oli arvioinut jaettavan potilasmateriaalin tärkeimmäksi ja kaksi miestä (18,2 %) diabetekseen sairastumisriskin laskemisen. Miehistä yksi (9,1 %) oli arvioinut syömistottumusten testaamisen tärkeimmäksi palveluksi eli yhteensä kaikista käyttäjistä kaksi (8,3 %) oli arvioinut sen tärkeimmäksi. Yksi mies (9,1 %) oli valinnut liikuntatottumusten testaamisen tärkeimmäksi ja yksi mies (9,1 %) Audit-testin.



Kysymykseen ei ollut vastannut lainkaan kaksi naista (16,7 %) , yksi mies (9,1 %) ja vastaaja, jonka sukupuoli ei ollut tiedossa.

Seuraavassa kaaviossa kuvataan sitä, minkä palvelun vastaajat olivat valinneet toiseksi tärkeimmäksi ITE-pisteessä.

KAAVIO 9. Toiseksi tärkein ITE-pisteen palvelu



Mielipiteet toiseksi tärkeimmästä ITE-pisteen palvelusta jakautuivat enemmän kuin tärkeimmästä palvelusta. Myös sukupuolten välillä oli tässä kysymyksessä enemmän eroja.

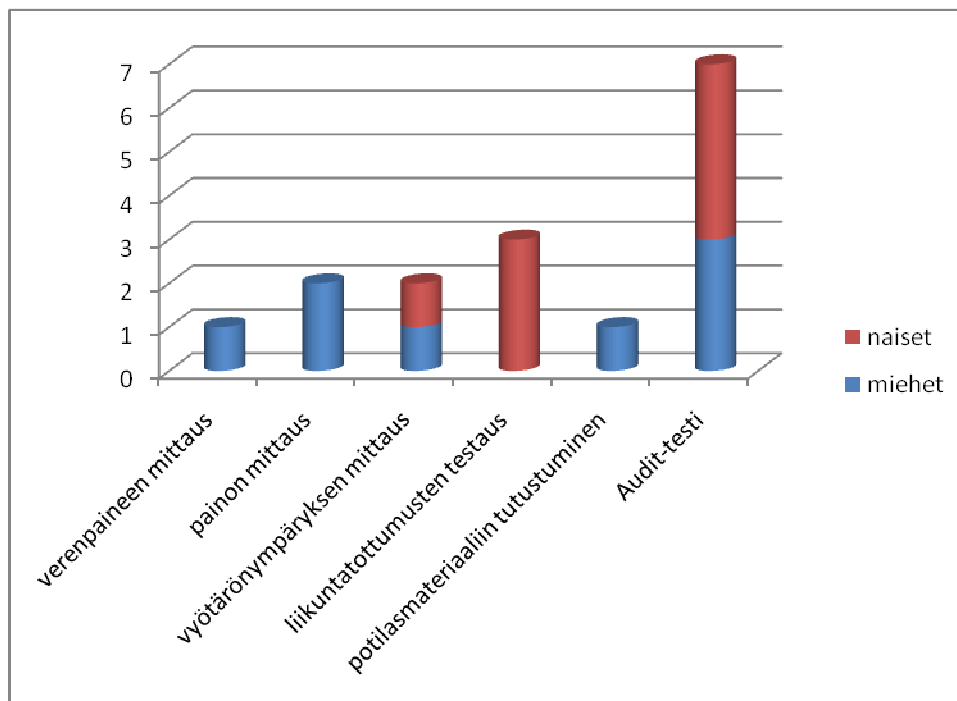
Naisista suurin osa eli neljä (33,3 %) oli vastannut, että toiseksi tärkein palvelu oli vyötärön ympäryksen mittaus. Kaksi naista (16,7 %) oli valinnut painon mittauksen ja diabetekseen sairastumisriskin laskemisen toiseksi tärkeimmäksi palveluksi. Yhden (8,3 %) mielestä toiseksi tärkein palvelu oli syömistottumusten testaus ja yhden (8,3 %) mielestä jaettava potilasmateriaali.

Miehistä suurin osa eli kolme (27,3 %) oli valinnut syömistottumusten testauksen toiseksi tärkeimmäksi palveluksi. Kaksi miestä (18,2 %) oli valinnut suolan saannin testauksen toiseksi tärkeimmäksi ja yksi mies (9,1 %) liikuntatottumusten testaamisen ja painon mittauksen.

Toiseksi tärkeimmäksi palveluksi oli valikoitunut siis samoja palveluita, joita osa käyttäjistä oli määritellyt tärkeimmäksi palveluksi. Vyötärönympäryksen mittaus, syömistottumusten testaus, painon mittaus, diabetekseen sairastumisriskin laskeminen, liikuntatottumusten testaus ja jaettava potilasmateriaali oli laitettu sekä tärkeimmän että toiseksi tärkeimmän palvelun joukkoon.

Seuraavassa kaaviossa kuvataan sitä, mikä palvelu oli valikoitunut vähiten tärkeäksi.

KAAVIO 10. Vähiten tärkeä ITE-pisteen palvelu



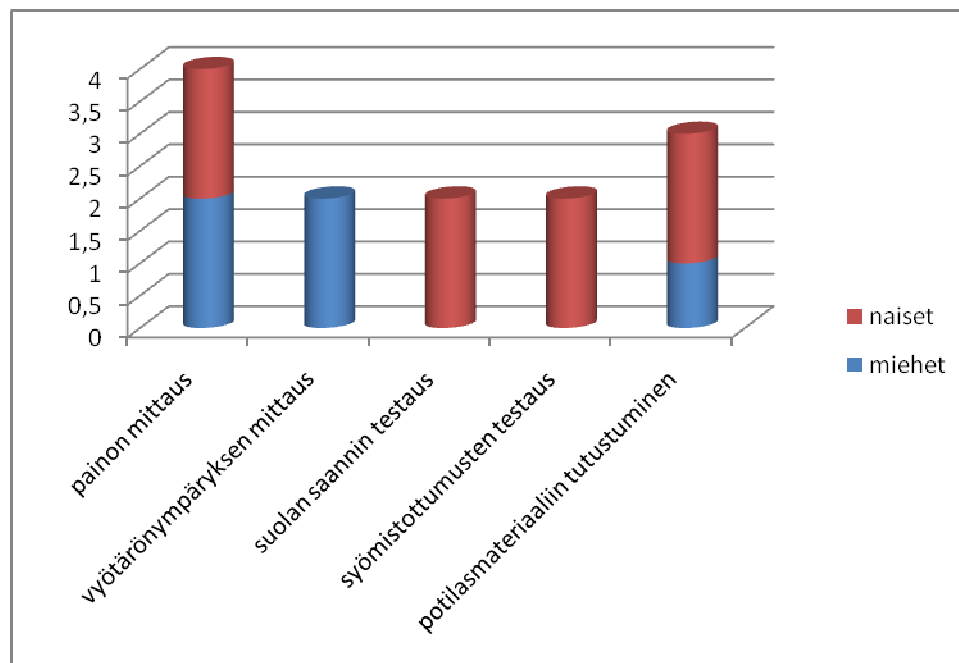
Kaaviosta näkee, että suurin osa niin naisista kuin miehistäkin oli määritellyt Audit-testin vähiten tärkeäksi ITE-pisteen palveluksi. Naisista neljä (33,3 %) oli valinnut sen vähiten tärkeäksi ja miehistä kolme (27,3 %). Kaikista vastaajista siis seitsemän (29,2 %) oli valinnut Audit-testin vähiten tärkeimmäksi ITE-pisteen palveluksi.

Kolme naista (25 %) oli valinnut liikuntatottumusten testausten vähiten tärkeäksi ja yksi nainen (8,3 %) vyötärön ympäryksen mittauksen. Kaksi miestä (18,2 %) oli valinnut painon mittauksen. Verenpaineen mittauksen, vyötärön ympäryksen mittauksen ja potilasmateriaalin oli valinnut vähiten tärkeäksi yksi mies (9,1 %).

Kaikista vastaajista liikuntatottumusten testaamisen oli valinnut vähiten tärkeäksi kolme (12,5 %), vyötärön ympäryksen ja painon mittaamisen kaksi (8,3 %) ja verenpaineen mittaamisen ja potilasmateriaaliin tutustumisen yksi (4,2 %).

Alla olevassa kaaviossa kuvataan sitä, mikä palvelu on valikoitunut vastaajien mielestä toiseksi vähiten tärkeäksi palveluksi.

KAAVIO 11. Toiseksi vähiten tärkeä ITE-pisteen palvelu



Kaaviosta näkee, että kaikista vastaajista neljä (16,7 %) oli valinnut painon mittauksen toiseksi vähiten tärkeäksi palveluksi. Naisista painon mittauksen oli valinnut kaksi (16,7 %) ja miehistä kaksi (18,2 %).

Kaksi miestä (18,2 %) oli valinnut vyötärön ympäryksen mittauksen toiseksi vähiten tärkeäksi palveluksi ja yksi mies (9,1 %) potilasmateriaaliin tutustumisen. Kaksi naista (16,7 %) oli valinnut suolan saannin testauksen, kaksi (16,7 %) syömistottumusten

testauksen ja kaksi (18,2 %) potilasmateriaaliin tutustumisen toiseksi vähiten tärkeäksi palveluksi.

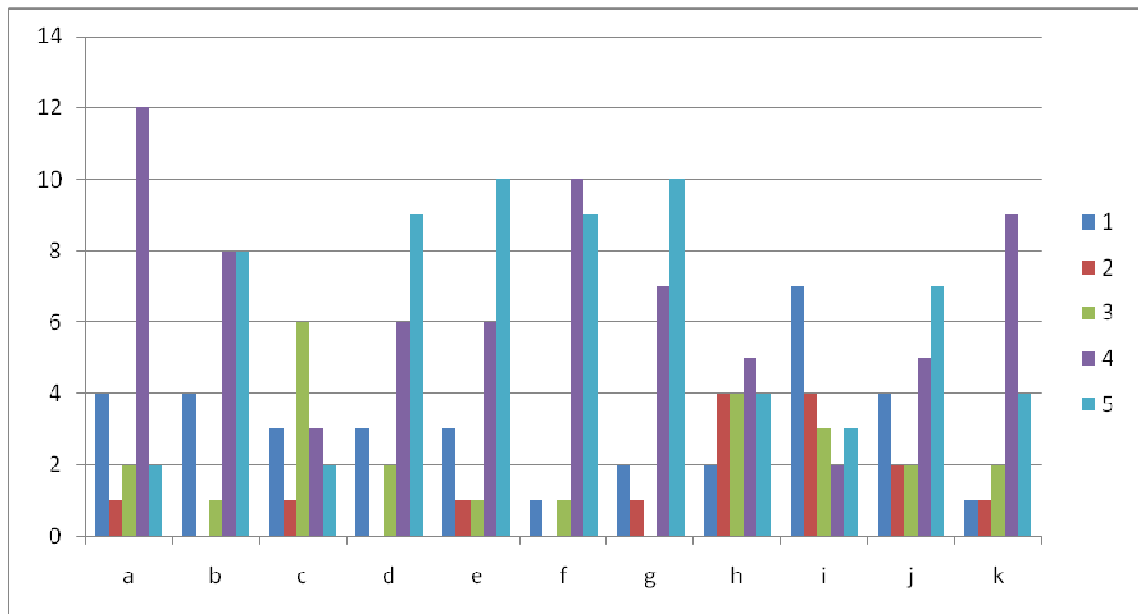
Yhteenvetona vähiten tärkeästä ja toiseksi vähiten tärkeästä palvelusta voi sanoa, että Audit-testi ja painon mittaus olivat saaneet eniten mielipiteitä siitä, että ovat vähiten tai toiseksi vähiten tärkeitä. Vyötärön ympäryksen mittaus ja potilasmateriaaliin tutustuminen oli näiden jälkeen laitettu useimmiten joko vähiten tärkeäksi tai toiseksi vähiten tärkeäksi palveluksi.

### 7.2.3 Mielipiteet ITE-pistettä koskevista väittämistä

Kymmenennessä kysymyksessä vastaajilta pyydettiin mielipiteitä yhteentoista ITE-pistettä koskevaan väittämään. Väittämät on luettavissa liitteenä olevasta kyselylomakkeesta. Väittämiin piti vastata numeerisesti yhdestä viiteen. Jos vastaaja oli valinnut väittämälle numeron yksi, se tarkoitti, että hän oli täysin eri mieltä väittämästä. Jos taas vastaaja oli valinnut numeron viisi, se tarkoitti, että hän oli täysin samaa mieltä väittämän kanssa.

Seuraava kaavio kuvaa kaikkien vastaajien vastauksia ITE-pistettä koskeviin väittämiin. Tätä kysymystä en ole analysoinut erikseen naisten ja miesten kesken, sillä uskon, että näin saa paremman kokonaiskuvan siitä, mitä mieltä käyttäjät ovat väittämistä, kuin käymällä erikseen läpi naisten ja miesten vastaukset. Lisäksi väittämissä oli hajontaa jo sukupuolen sisällä, ja kuitenkin vastaukset olivat melko samansuuntaisia molemmilla sukupuolilla, joten uskon, että tarkastelemalla tässä kohtaa molemmat sukupuolet yhdessä saa tutkimuksen kannalta selkeimmän käsityksen. Vaakarivillä on lueteltuna väittämät aakkosjärjestyksessä. Käyn läpi vastaukset väittämiin siinä järjestyksessä kuin väittämät on lueteltu kaaviossa.

KAAVIO 12. Mielenpiteet ITE-pistettä koskevista väittämistä



Kaikista vastaajista suurin osa eli neljätoista (58,3 %) oli täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä väittämästä, että ITE-pisteessä olevat palvelut vastasivat heidän tarpeisiinsa. Kuusitoista vastaajaa (66,7 %) oli täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että ITE-pisteessä olevia palveluja oli helppo käyttää.

Väittämään ”Mikäli tarvitsin apua, sain ohjausta ITE-pisteen käyttöön” tuli eniten ”en osaa sanoa” –vastauksia. Kuusi vastaajaa (25 %) oli vastannut, ettei osaa sanoa. Viisi vastaajaa (20,8 %) oli täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että sai ohjausta pisteen käyttöön tarvittaessaan ja neljä vastaajaa (16,7 %) täysin tai jokseenkin eri mieltä asiasta.

Neljäs väittämä koski ITE-pisteessä jaettavan materiaalin ymmärrettävyyttä. Viisitoista vastaajaa (62,5 %) oli täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että ITE-pisteessä jaettava materiaali oli ymmärrettävää. Kuusitoista vastaajaa (66,7 %) oli täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että ITE-pisteessä jaettava materiaali oli hyödyllistä.

Kuudes väittämä oli, että ITE-pisteessä olevat testit ovat hyödyllisiä. Yhdeksätoista vastaajaa (79,2 %) oli vastannut olevansa täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä väittämän kanssa. Seitsemännessä väittämässä pohdittiin, olivatko ITE-pisteessä

tehtyjen testien tulokset ymmärrettäviä. Seitsemäntoista vastaajaa (70,8 %) oli täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä tästä väittämästä.

Kahdeksannessa väittämässä käytiin läpi sitä, oliko jatkotoimenpiteisiin/-hoitoon selkeät ohjeet, mikäli testeissä ilmeni normaalista poikkeavia tuloksia. Yhdeksän vastaajaa (37,5 %) oli täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että jatkotoimenpiteisiin oli selkeät ohjeet. Kuusi vastaajaa (25 %) oli väittämän kanssa jokseenkin eri mieltä tai täysin eri mieltä. Viisi (20,8 %) ei ollut vastannut kysymykseen.

Yhdeksännessä kohdassa väitettiin, että vastaaja kaipasi lisää ohjausta ITE-pisteen käyttöön. Yksitoista vastaajaa (45,8 %) oli asiasta jokseenkin eri mieltä tai täysin eri mieltä.

Kymmenes väittäjä oli, että vastaaja sai tarvitsemansa avun ITE-pisteestä. Tähän kohtaan kaksitoista vastaajaa (50 %) oli vastannut, että oli täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä asiasta. Kuusi vastaajaa (25 %) oli asiasta jokseenkin eri mieltä tai täysin eri mieltä.

Viimeisessä väittämässä käytiin läpi ITE-pisteen ulkoasua. Kolmetoista vastaajaa (54,2 %) oli täysin samaa mieltä tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että ITE-piste oli houkuttelevan näköinen.

### 7.3 Vastaajien kehittämishdotuksia ITE-pisteeseen

Yhdennessätoista kysymyksessä vastaajat saivat kertoa, mitä palveluita he kaipaivat lisäksi ITE-pisteeseen. Tähän kysymykseen oli vastannut yhteensä kymmenen henkilöä (41,7 %). Naisista kysymykseen oli vastannut viisi (41,7 %) ja samoin miehistä viisi (45,5 %). Suurin osa sekä naisista että miehistä kertoi kaivanneensa pisteeseen terveelliseen ravitsemukseen liittyvää tietoa. Vastaajat toivoivat ”ohjeita laktoosi-intoleranssista ja keliakiasta”, ”tietoja terveyttä edistävästä elintarvikkeista”, ”ruokavalio-ohjeita”, ”tietoa, miten lisäaineet ja muut kuormittavat elimistöä” sekä ”terveellisiä ruokareseptejä”. Myös kehon rasvaprosentin mittausta toivottiin pisteeseen.

Ehdotuksissa oli myös toive, että ITE-pisteessä olisi tietoa tulehdusten hoidosta ja sairaalabakteeri-infektioiden välttämisestä sekä enemmän tietoa muistakin kuin sydänsairauksista. Yksi vastaaja oli toivonut ihosyöpäesitteitä. Pisteeseen toivottiin myös pikälämpömittaria, vaakaa ja mahdollisuutta mitata veren happikylläisyys. Lisäksi yhtenä ehdotuksena oli, että pisteessä voisi olla yhteistyötahoja, joihin ottaa yhteyttä. Yksi vastaaja oli vastannut toivovansa ”ihan mitä vaan kunhan täällä saisi hoitoa”.

Viimeisessä kysymyksessä vastaajat saivat kommentoida, miten pistettä heidän mielestään voitaisiin muuten kehittää. Tähän kysymykseen oli vastannut yksitoista vastaajaa (45,8 %). Naisista vastauksen oli jättänyt seitsemän (58,3 %) ja miehistä neljä (36,4 %). Pisteeseen toivottiin enemmän jaettavaa ja havainnollistavaa materiaalia. Yhtenä ehdotuksena oli, että pisteessä voisi olla infovideo pyörimässä. Pisteeseen toivottiin myös laitetta, jota voisi käyttää terveyteen ja sairauteen liittyvien kysymysten ja vastausten selailuun, eli esimerkiksi nettipäätettä. Yksi vastaaja oli toivonut pisteeseen lisää viihdettä, esimerkiksi lehtiä.

Yksi vastaaja toivoi, että pisteessä oleva mappi pidettäisiin ajantasalla. Mapissa on tietoa esimerkiksi Sydänliiton kursseista, joille voi osallistua. Kyseisen vastaajan mukaan suurin osa tiedoista oli vanhentunut ja kurssit olivat menneet. Toiveena oli myös, että huolehdittaisiin suomenkielisen materiaalin saatavuudesta. Yhden vastaajan kokemus oli, että verenpainemittari ei ollut toiminut.

Pari vastaajaa oli jättänyt erikseen kiitosta pisteestä: ”tämä on kiva piste, ei liian paljon informaatiota, oli helppo ottaa esitteitä mukaan.” Toinen oli kommentoinut pistettä seuraavasti: ”havainnollistavat minijulisteet ja testit on aivan loistavia, visuaalinen nyky-yhteiskunta ymmärtää kuvin ja testein esitettyä informaatiota todella hyvin”.

## 8 TULOSTEN TARKASTELU

### 8.1 Tutkittavien taustatiedot

Tutkimukseen osallistui yhteensä 24 vastaajaa, joista kaksitoista oli naisia, yksitoista miehiä ja yhden vastaajan sukupuoli ei ollut tiedossa. Tutkimuksesta käy ilmi, että suurin osa kyselyyn vastanneista oli iältään 45–64-vuotiaita ja suurin osa tätä nuoremmista vastaajista oli naisia. Vain yksi vastaaja oli yli 65-vuotias.

Vastaajien taustatietoja selvittävistä kysymyksistä ilmenee, että suurin osa vastaajista ei polttanut lainkaan tupakkaa. Naisten osuus niistä, jotka eivät polttaneet lainkaan tupakkaa, oli suurempi kuin miesten. Ne, jotka ilmoittivat polttavansa, käyttivät muutaman savukkeen päivässä tai enemmän. Miehistä suurempi osa ilmoitti polttavansa tupakkaa päivittäin kuin naisista. Lisäksi miehet myös polttivat tupakkaa määrällisesti enemmän kuin naiset. Myös Helakorven ym. (2009, 10) tutkimuksen mukaan suurempi osa miehistä tupakoi päivittäin kuin naisista. Vuonna 2009 työikäisistä miehistä tupakoi päivittäin 22 % ja naisista 16 % (Helakorpi ym. 2009, 10).

Tutkimuksesta selviää, että suurin osa vastaajista käytti alkoholia. Yksi vastaaja käytti alkoholia neljä kertaa viikossa tai useammin. Muut käyttäjät nauttivat alkoholia tätä harvemmin. Miehet käyttivät keskimäärin useammin alkoholia kuin naiset. Miesten kerralla nauttimat alkoholimäärät olivat myös keskimäärin suurempia kuin naisten. Helakorven ym. (2009, 15) tutkimuksessa on saatu vastaavanlaisia tuloksia alkoholin käytöstä. Heidän tutkimuksensa mukaan miehet juovat kerralla enemmän kuin naiset. Vuonna 2009 miehistä 24 % ja naisista 7 % ilmoitti juovansa vähintään kerran viikossa alkoholia kuusi annosta tai enemmän kerrallaan. Miehistä 38 % ja naisista 26% ilmoitti juovansa vähintään kahdeksan annosta alkoholia viikossa. (Helakorpi ym. 2009, 15, 17.) Vuonna 2008 yhdeksänkymmentäprosenttia suomalaisista ilmoitti käyttävänsä alkoholia (Suomen ASH i.a).

Opinnäytetyöni mukaan naisista 25 % ilmoitti, ettei käytä alkoholia lainkaan ja miehistä vastaava osuus oli 18,2 %. Myös Helakorven ym. (2009, 15) tutkimuksen mukaan



vuonna 2009 naisista suurempi osa ilmoitti olevansa raittiita kuin miehistä. Naisista raittiiden osuus oli 13 % ja miehistä 12 %.

Opinnäytetyöni mukaan suurimmalla osalla vastaajista oli verenpainetauti. Muita sairauksia esiintyi lähinnä yksittäisillä vastaajilla. Verenpainetauti sairasti naisista huomattavasti suurempi osa kuin miehistä. Kyselyyn vastanneista miehistä vain yhdellä oli verenpainetauti. Suomessa verenpainetauti esiintyy noin 600 000:lla henkilöllä (Poliklinikka 2009). Noin puolella 35–64-vuotiaista suomalaisista miehistä ja kolmasosalla naisista on kohonnut verenpaine, kun verenpaineen kerta-mittausten raja-arvoina pidetään 140 ja 90 mmHg (Terveyskirjasto 2009).

Sekä miehistä että naisista suurimmalla osalla oli jokin säännöllinen lääkitys käytössä. Naisista hieman suurempi osa käytti säännöllisesti lääkkeitä kuin miehistä. Kelan ja Stakesin vuonna 1987 sekä vuosina 1995–96 suorittaman terveydenhuollon väestötutkimuksen mukaan reseptilääkkeitä käyttäneiden osuus avohoidon piirissä olleesta väestöstä oli vuosina 1987 ja 1995–96 sama eli noin 40 %. Vuosien 1987 ja 1996 välisenä aikana väestön määrä on kuitenkin kasvanut, joten myös reseptilääkkeiden käyttäjien kokonaismäärä on hieman suurentunut. Kelan ja Stakesin tutkimuksen mukaan naiset käyttävät lääkkeitä enemmän kuin miehet. (Terveyskirjasto 2005b.)

Tuloksia läpikäydessäni mietin, mistä naisten ja miesten lääkkeiden käytön erot voisivat johtua. Yksi syy voisi olla se, että naiset hakeutuvat herkemmin lääkärin vastaanotolle kuin miehet, sillä naisilla on enemmän hoitokäyntejä elämänsä aikana kuin miehillä. Toisaalta naiset myös pystyvät ilmaisemaan itseään paremmin kuin miehet lääkärikäyntien yhteydessä ja saavat näin herkemmin apua vaivoihinsa. Lisäksi naiset hakevat usein lääkärikäynneillään apua sekä fyysisiin että psyykkisiin oireisiin, kun taas miehet ottavat puheeksi usein vain fyysiset oireet. Naiset saavat siis herkemmin apua useisiin oireisiin samalla käynnillä kuin miehet. (Naisten virta i.a.)

## 8.2 Asiakkaiden kokemukset ITE-pisteestä

Opinnäytetyöni mukaan sekä naiset että miehet olivat mitanneet ITE-pisteessä eniten verenpainetta. Toiseksi eniten naiset olivat tutustuneet jaettavaan potilasmateriaaliin ja kolmanneksi eniten mitanneet vyötärön ympärystä. Miehet olivat toiseksi eniten laskeneet riskiään sairastua diabetekseen ja laskeneet painoindeksiään. Verenpainemittari, vaaka, mittanauha ja BMI-taulukot ovatkin Helsingin kaupungin terveyskeskuksen suositusten mukaisia palveluja ITE-pisteessä (Helsingin kaupunki 2008).

Sillä, mitä palveluja vastaajat olivat käyttäneet ja minkä olivat valinneet tärkeimpien palvelujen joukkoon, oli selvä yhteys. Kysyttäessä ITE-pisteen tärkeintä palvelua sekä naiset että miehet olivat arvioineet verenpaineen mittaamisen tärkeimmäksi palveluksi. Tämän lisäksi useampi kuin yksi mies oli äänestänyt potilasmateriaalin ja diabetekseen sairastumisriskin laskemisen tärkeimmäksi palveluksi. Muita palveluja olivat vain yksittäiset vastaajat valinneet tärkeimmiksi.

Toiseksi tärkeimmäksi palveluksi nousi naisten keskuudessa vyötärön ympäryksen mittaus ja tämän jälkeen painon mittaus sekä diabetekseen sairastumisriskin laskeminen. Miesten keskuudessa toiseksi tärkein ITE-pisteen palvelu oli syömistottumusten testaus ja tämän jälkeen suolan saannin testaus.

ITE-pistettä koskevista väittämistä vastaajat olivat eniten samaa mieltä siitä, että ITE-pisteessä olevat testit olivat hyödyllisiä. Toiseksi eniten vastaajat olivat samaa mieltä siitä, että testien tulokset olivat ymmärrettäviä. Suurin osa vastaajista oli myös täysin tai jokseenkin samaa mieltä siitä, että ITE-pisteessä jaettava materiaali oli hyödyllistä ja ymmärrettävää, ITE-pisteen palveluja oli helppo käyttää, palvelut vastasivat tarpeisiin sekä siitä, että ITE-piste oli mielenkiintoa herättävän näköinen. Puolet vastaajista koki, että oli saanut tarvitsemansa avun pisteestä.

Tuloksia analysoidessani pohdin, että mielestäni ITE-piste auttaa hyvin asiakkaita saamaan tietoa kansantaudeista. Sydän- ja verisuonitauteihin, diabetekseen, yliherkkyys sairauksiin, syöpään, päihdeongelmiin sekä tuki- ja liikuntaelinsairauksiin liittyvästä materiaalista asiakas saa hyödyllistä tietoa kyseisistä sairauksista. Materiaalien avulla asiakas voi arvioida omaa terveydentilaansa. Erityisesti pisteessä jaettavat testit ovat mielestäni

hyödyllisiä, sillä niistä saa suoraa palautetta omasta terveydentilastaan kyseisellä alueella.

Testit kohdistuvat mielestäni kansanterveyden kannalta oleellisiin asioihin. Vähäsuolainen ruokavalio, terveelliset ravitsemustottumukset ja hyvät liikuntatottumukset vaikuttavat kaikki ehkäisevästi sydän- ja verisuonisairauksien, tyyppin kaksi diabeteksen sekä tuki- ja liikuntaelinsairauksien kehittymiseen. Testeillä saa tietoa omasta terveydentilastaan kyseisillä alueilla ja niistä voi saada motivaation elintapojen muuttamiseen, mikäli testien tulokset antavat aihetta siihen. Tyyppin kaksi diabeteksen riskejä arvioitaessa siihen suunnattu oma testi on erittäin hyödyllinen tiedon antajana.

Päihteiden käyttöön liittyen AUDIT-testi antaa hyvin viitteitä testin tekijälle tämän alkoholin käytöstä ja siitä, millä tasolla alkoholin käyttö on. Testitulokset voivat herättää ihmisen miettimään omaa alkoholin käyttöään uudelleen, koska testin tehtyään ihminen saa tietoa, miten alkoholin käyttö vaikuttaa häneen ja millaisia riskejä se tuottaa.

Vastausten perusteella verenpaineen mittaus on koettu tärkeimmäksi palveluksi itsehoitopisteessä. Tämä osuu yhteen sen kanssa, että suurimmalla osalla vastaajista on verenpainetauti, mikä on yleinen sairaus myös koko Suomessa, sillä 600 000 suomalaista sairastaa verenpainetautia (Poliklinikka 2009). Verenpaine katsotaan kohonneeksi, jos verenpaine on 140/90 mmHg tai tätä korkeampi. Kohonneen verenpaineen hoitaminen on tärkeää, sillä hoitamattomana se rasittaa valtimoita ja sydäntä ja seurauksena on valtimotauti, joka voi vuosien mittaan aiheuttaa sydäninfarktin tai aivohalvauksen. (Terveyskirjasto 2010b.) Tämän vuoksi on erittäin hyvä, että itsehoitopisteessä on mahdollisuus mitata verenpaine.

Lähes puolet vastaajista koki, etteivät he kaipaisi lisää ohjausta pisteen käyttöön. Vastaajien kesken ilmeni erimielisyyttä siitä, oliko jatkotoimenpiteisiin tai -hoitoon selkeät ohjeet, mikäli testeissä ilmeni normaalista poikkeavia tuloksia. Osan mielestä ohjeet jatkoon olivat selkeät ja osan mielestä eivät. Erimielisyyttä esiintyi myös siitä, saivatko vastaajat tarvitsemansa avun ITE-pisteestä. Vaikka puolet vastaajista kokikin saaneensa avun, niin usea vastaaja ei mielestään ollut saanut tarvitsemaansa apua. Eniten En osaa sanoa – vastauksia tuli väittämään ”mikäli tarvitsin apua, sain ohjausta pisteen käyttöön”.

Jäin pohtimaan sitä, oliko pisteessä selkeät ohjeet jatkohoitoon- tai toimenpiteisiin, mikäli testien tuloksissa ilmeni poikkeavia arvoja. Omasta mielestäni ohjeet voisivat olla selkeämmät kuin nyt. Pisteessä on yksi mainos, jossa on terveysneuvonnan yhteystiedot. Pisteessä voisi esimerkiksi olla selvemmin ohjeistettu, millaisten testitulosten jälkeen kannattaa hakeutua vastaanotolle tai mihin tahoon ottaa silloin yhteyttä.

Usean vastaajien kokemus oli, että he eivät olleet saaneet tarvitsemaansa apua ITE-pisteestä. Tämän vastauksen tulkintaa hankaloittaa se, ettei kyselystä käy suoraan ilmi, millaista apua nämä vastaajat olisivat kaivanneet. Vastaajien esittämien kehittämissuositusten avulla voi kuitenkin päätellä jonkin verran sitä, millaista apua he olisivat saattaneet kaivata.

### 8.3 Kehittämissuoksia ITE-pisteeseen

Kehittämissuoksia ilmeni avoimissa vastauksissa. Ravitsemukseen liittyvää tietoa kaipasi pisteeseen lisää usea vastaaja. Myös kahden vastaajan palautteessa oli toive siitä, että pisteessä voisi mitata kehon rasvaprosentin. Joensuun seudun itsehoitopisteet ovat esimerkkejä pisteistä, joissa on enemmän ravitsemukseen liittyvää tietoa kuin Haartmanin ITE-pisteessä. Joensuun seudulla itsehoitopisteissä on Haartmanin pisteessä olevan ravitsemusmateriaalin lisäksi Tavoite veren kolesteroli- ja rasva-arvoille –juliste, hyvä ravitsemus –ohje, lautasmallijuliste, kuitutesti, kansio painon hallinnasta ja tietoa metabolisesta oireyhtymästä. (Pohjois-Karjalan kansanterveyden keskus 2008.) Näistä voisi mielestäni saada ideoita Haartmanin sairaalan itsehoitopisteen kehittämiseen. Yksittäisten vastaajien mielestä kehittämisen varaa oli muissa palveluissa, kuten muun materiaalin lisäämisessä. Lisäksi toivottiin yhteistyötahoja, joihin voisi ottaa yhteyttä. Nettipäätte esiintyi yhden vastaajan kehittämissuoksena. Pikalämpömittaria, happikykytestiä ja vaakaa toivoivat myös yksittäiset vastaajat.

Jäin miettimään, eikö pisteessä ollut vaakaa silloin kun kyseinen henkilö on pisteessä käynyt, sillä kuitenkin pisteessä oli tarkoitus olla vaaka. Mietin myös, mitä esimerkiksi happikykytestin mittaus kertoo tavalliselle ihmiselle. Jos ei ennestään ole sairastanut jotain keuhkosairautta, mittari voi olla vieras. Ihminen ei voi myöskään itse ilman

ammattihenkilöiden apua ja lisähapen saantia nostaa veren happipitoisuutta, joten sen takia mittaria ei mielestäni tarvita itsehoitopisteessä.

Suurin osa kehittämisehdotuksista kohdistui siis jaettavaan materiaaliin, mitä toivottiin lisää. Samoin pisteeseen toivottiin muuta havainnollistavaa materiaalia ja kansiossa olevan materiaalin toivottiin olevan ajantasalla. Joensuun seudun itsehoitopisteistä saisi mielestäni tässäkin kohtaa hyviä vinkkejä ITE-pisteen kehittämiseen. Siellä pisteisiin sisältyy useita seinälehtiä, tietokone ja terveyden edistämiseen liittyviä kansioita (Pohjois-Karjalan kansanterveyden keskus 2008).

Tulosten tarkastelun aikana pohdin, miten ITE-pistettä voitaisiin muuten kehittää. Haartmanin sairaalan ITE-pisteessä ei ole lainkaan esitteitä unen merkityksestä hyvinvointiin, eikä ihmissuhteisiin, seksuaalisuuteen tai mielenterveyden edistämiseen liittyvää materiaalia. Myös tieto esimerkiksi huumeista ja peliriippuvuudesta voisivat olla tänä päivänä ajankohtaisia ITE-pisteessä. Suomalaisista noin 130 000 kärsii jonkin asteisesta rahapeliongelma. Huumeiden käyttö taas on lähtenyt Suomessa jyrkkään kasvuun 1990-luvulla. Vuonna 2006 tehdyn 15–69-vuotiaalle suomalaisväestölle suunnatun kyselytutkimuksen mukaan viimeksi kuluneen vuoden aikana huumeita käyttäneitä suomalaisia oli karkeasti ottaen runsaat 100 000 ja viimeisen kuukauden aikana käyttäneitä noin 40 000. (Päihdelinkki 2008; Päihdelinkki 2009.)

Mieleeni nousi myös ajatus siitä, miten pisteen käyttöä voisi jatkossa seurata. Pisteen vieressä voisi olla esimerkiksi lyhyt palautelomake, johon voisi rastia käyttämänsä palvelut ja kirjoittaa avoimesti palautetta pisteestä. Näin pysyttäisiin ajantasalla siitä, pysyvätkö samat palvelut suosittuina jatkossakin, ja tarvittaessa voitaisiin uudistaa pistettä uusien ideoiden mukaisesti. Asiakkaita voisi myös ohjata ilmoittautumisesta odotusajaksi lueskelemaan materiaalia ITE-pisteeseen. Itsehoitopisteeseen liittyen voisi tehdä jatkotutkimuksen siitä, onko itsehoitopisteen palveluilla ollut käytännössä vaikutusta asiakkaiden elämäntapoihin; onko piste esimerkiksi innostanut vastaajia osallistumaan painonhallintaryhmiin tai kiinnittämään arkielämässä huomiota terveellisiin elämäntapoihin.

## 9 POHDINTA

### 9.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luottavuuden edellytys on, että se on tehty tieteelliselle tutkimukselle asetettujen kriteerien mukaisesti. Otantatutkimukseen liittyy aina otannasta aiheutuvaa satunnaisvirhettä eli otantavirhettä ja usein myös kadon aiheuttamaa vääristymää. Mittauksen hyvyttä ja luotettavuutta kuvataan kahdella eri käsitteellä, jotka ovat: validiteetti (pätevyys) ja reliabiliteetti (luotettavuus). Nämä muodostavat yhdessä mittarin kokonaisluotettavuuden. (Heikkilä 2004, 185–186; Vilkka 2005, 161.)

Validiteetti kuvaa tutkimusmenetelmän tai mittarin kykyä mitata juuri sitä ilmiötä, mitä haluttiinkin mitata (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2004, 216). Mikäli validiteetti on kunnossa, tutkimuksen käsitteet vastaavat todellisuutta. Jos validiteetti on huono, tutkimukseen sisältyvä virhe kattaa koko tutkimuksen. Pätevässä tutkimuksessa ei saisi olla systemaattista virhettä. Tämä tarkoittaa sitä, miten tutkittavat ovat ymmärtäneet mittarin, kyselylomakkeen kysymykset. Tulokset vääristyvät, jos vastaaja ei ajattele kuten lomakkeen laatija oletti. (Vilkka 2005, 161.)

Reliabiliteetti kuvaa mittarin luotettavuutta. Jos reliabiliteetti ei ole kunnossa, virheet ovat satunnaisia ja niiden taso vaihtelee mittauksesta toiseen. (Holopainen & Pulkkinen 2002, 16–17.) Jotta tutkimus olisi luotettava, tulee samalta henkilöltä saatujen mittaus tulosten olla täsmälleen samoja tutkimusta toistettaessa ja riippumatta tutkijasta (Vilkka 2005, 161). Opinnäytetyöni kyselylomakkeen vastausten luotettavuutta heikentää se, että osa vastaajista on vastannut alkoholin käyttöä koskeviin kysymyksiin epäloogisesti ja vastannut, ettei käytä alkoholia lainkaan, mutta kuitenkin seuraavaan kysymykseen määritellyt, kuinka paljon alkoholia käyttää kerralla.

Kyselytutkimuksen haittana on se, että ei tiedetä, miten onnistuneita annetut vastausvaihtoehdot ovat olleet vastaajan näkökulmasta ja väärinymmärryksiä on vaikea kontrolloida. Lisäksi on vaikea tietää, miten hyvin vastaajat ovat suhtautuneet tutkimukseen eli ovatko he vastanneet huolellisesti ja rehellisesti. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara

2003, 182.) Kyselyn luotettavuutta parantaakseni testasin lomakkeen useilla henkilöillä, ja kehitin sitä palautteen mukaisesti ennen valmiin lomakkeen jättämistä vastattavaksi.

Tutkimuksen reliabiliteetti ja validiteetti muodostavat yhdessä tutkimuksen kokonaisluotettavuuden. Kokonaisluotettavuus on hyvä, kun tutkittu otos edustaa perusjoukkoa ja mittaamisessa on mahdollisimman vähän satunnaisuutta. (Vilka 2005, 161.) Luotettavassa otoksessa tulisi olla edustettuna perusjoukkoon kuuluvat yksilöt samassa suhteessa kuin perusjoukossa. Mitä tarkemmin otoksen avulla saatujen tulosten halutaan vastaavan perusjoukon lukuja, sitä suurempi otos täytyy ottaa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 175.)

Opinnäytetyössäni jokaisella perusjoukon otantayksiköllä on ollut yhtä suuri todennäköisyys valikoitua tutkimukseen, sillä itse en ole voinut vaikuttaa siihen, kuka kyselyihin vastaa. Kyselyihin vastasi kuitenkin noin puolet pienempi määrä vastaajia kuin oli tavoitteena. Tämän takia on vaikea arvioida, miten hyvin tutkittu otos edustaa kaikkia ITE-pisteen käyttäjiä. Pieni otos heikentää tutkimuksen kokonaisluotettavuutta.

Vaikka kyselyt olivat vastattavana viiden kuukauden ajan, vastauksia kertyi siis niukasti. Tämä saattaisi osittain johtua siitä, että asiakkaat saattoivat olla niin kipeitä ja väsyneitä, etteivät jaksaneet keskittyä kyselyyn vastaamiseen. Toisaalta kaikkia ei välttämättä edes kiinnosta osallistua tutkimuksiin. Kaikki terveyskeskuksen asiakkaat eivät ole välttämättä myöskään huomanneet kyselyjä, jos eivät ole käyneet itsehoitopisteessä. Vastaamista olisi voinut motivoida esimerkiksi arvonnalla, johon vastaajat olisivat voineet osallistua.

## 9.2 Tutkimuksen eettisyys

Opinnäytetyön eettisyyteen kuuluu ihmisten kunnioittaminen, tasa-arvoinen vuorovaikutus ja oikeudenmukaisuuden korostaminen. Eettisyyteen kuuluu kriittinen asenne vallitsevia käytäntöjä ja tarjottuja tietoja kohtaan. Tärkeä osa aiemman tiedon hyödyntämisessä ja soveltamisessa on lähdekritiikki. Käyttökelpoisimpia lähteitä ovat tieteellisiä tai ammatillista aineistoa sisältävät aineistot. (Kuokkanen, Kivirinta, Määttänen & Ockenström 2007, 27, 29.)

Opinnäytetyön eettisyys merkitsee myös sitä tapaa, jolla opiskelija ja ohjaaja suhtautuvat työhön, ongelmiin ja niihin henkilöihin, joiden kanssa tutkimusta tehdään. Rehellisyys on tärkeää aineiston työstämisessä, kokoamisessa ja lähteiden käytössä. (Kuokkanen ym. 2007, 27.)

Opinnäytetyötä tehdessäni olen tehnyt yhteistyötä Haartmanin sairaalan henkilökunnan kanssa ja käynyt esittelemässä työni tarkoitusta Haartmanin sairaalan terveyskeskuspäivystyksen henkilökunnalle. Yhteistyössä olen pyrkinyt joustavaan, toista kunnioittavaan ja ymmärtäväiseen lähestymistapaan. Lähteiden käytössä olen pyrkinyt olemaan kriittinen ja valikoimaan mahdollisimman uusia lähteitä sekä etsimään tietoa useista lähteistä, jotta tutkimuksen luotettavuus lisääntyisi.

Opinnäytetyöhön tietojaan antavilta henkilöiltä tulee saada lupa tutkimuksen tekemiseen. Tämä edellyttää heidän tiedottamistaan työstä ja sen tarkoituksista. Tutkimuksessa tulee huolehtia, ettei yksittäisten vastaajien henkilöllisyys tule ilmi. Opinnäytetyön tuloksia tulee myös pystyä hyödyntämään työelämässä. (Kuokkanen ym. 2007, 27–28.)

Opinnäytetyössäni vastaajien henkilöllisyys pysyi anonyyminä, sillä kyselylomakkeisiin vastattiin nimettömästi. Tätä korostettiin vastaajille kyselylomakkeen saatekirjeessä. Samoin saatekirjeessä kerrottiin tutkimuksen tarkoitus ja painotettiin vapaaehtoisuutta tutkimukseen osallistumiseen. Tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää työelämässä. Tulosten avulla pisteestä saadaan palautetta ja sitä voidaan kehittää aiempaa hyödyllisemmäksi asiakkaille. Opinnäytetyö oli suunniteltu työelämän tarpeisiin ja pyyntö opinnäytetyöstä tuli työelämästä.



## 10 OPINNÄYTETYÖPROSESSIN ARVIOINTI

Aloitin työskentelyn opinnäytetyön parissa syksyllä 2008. Löysin ITE-pistettä koskevan aiheen keväällä 2009. Opinnäytetyön aihe löytyi Diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetöiden aihevälityksestä. Aihe tuntui kiinnostavalta sekä hyvin sopivalta ja osuvalta minulle. Olin tuona samana keväänä menossa työharjoitteluun Marian sairaalaan, joka on nykyinen Haartmanin sairaala. Ajattelin, että harjoittelun kautta pääsisin tutustumaan ympäristöön, johon opinnäytetyöni liittyy. Lisäksi innostuin aiheesta, jossa saisi tehdä kyselytutkimuksen ja laskea prosenttiosuuksia.

Aloittaessani työskentelyä opinnäytetyön parissa Marian sairaala ei ollut vielä siirtynyt Haartmanin sairaalaan, eikä siellä myöskään ollut vielä itsehoitopistettä. Tiesin tuolloin vain, että piste rakennettaisiin Haartmanin sairaalan terveystakeskuspäivystyksen yhteyteen. Olin suunnitellut, että aloitan kyselyjen keräämisen heti kun itsehoitopiste on valmis. Minusta riippumattomista syistä piste ei kuitenkaan valmistunut alkuperäisen aikataulun mukaisesti, joten jouduin odottamaan varsinaisen tutkimuksen tekemistä melko pitkään. Tämä vaati kärsivällisyyttä ja halua silti sitoutua jo valittuun aiheeseen. Toinen vaihtoehto olisi ollut opinnäytetyön aiheen vaihtaminen, mutta halusin pitää kiinni valitusta aiheesta, sillä se oli mielestäni kiinnostava ja olin jo tehnyt taustatyötä tutkimusta varten.

Tein tutkimussuunnitelman keväällä 2009. Tämä aika oli melko haasteellista ja ristiriitaista koko prosessin kannalta. Minun oli vaikea suunnitella omaa työtäni eteenpäin, koska en tiennyt, milloin itsehoitopiste valmistuu ja millainen siitä tulee. Opettajien ja työelämän ohjaajien tuella jaksoin kuitenkin olla kärsivällinen ja edetä prosessissa.

Tällöin laadin myös kyselylomakkeen. Lomakkeen laatiminen oli mielenkiintoista, mutta haastavaa. Kysymysten piti olla lyhyitä ja yksiselitteisiä, kysymykset eivät saaneet olla johdattelevia ja yhdessä kysymyksessä tuli selvittää vain yhtä asiaa kerrallaan. Lomake ei myöskään saanut olla liian pitkä. Helpot kysymykset tuli sijoittaa lomakkeen alkuun ja vaikeat sen loppuun. (Holopainen & Pulkkinen 2008, 42.) Muokkaisin lomaketta useaan kertaan, jotta olisin saanut siitä mahdollisimman hyvän. Valmiin lomakkeen testasin tutuillani ja työelämän edustajilla varmistaakseni, että kysymykset olivat

ymmärrettäviä ja loogisia ja että lomakkeessa olivat tutkimuksen kannalta oleelliset asiat, eikä se ollut liian pitkä.

Joulukuussa 2009 hain tutkimuslupaa Helsingin kaupungin terveystieteiden tutkimuskeskuksesta. Lupa myönnettiin tammikuussa 2010. Luvan myöntämisen jälkeen odotin vielä itsehoitopisteen valmistumista kesäkuuhun 2010 asti, jolloin pääsin keräämään kyselyitä.

Keräsin kyselyitä aluksi kaksi kuukautta, minkä jälkeen vastauksia oli tullut yksitoista. Opettajien toivomus oli, että vastauksia saataisiin enemmän, joten laitoimme työelämän ohjaajan kanssa kyselyt takaisin kerättäviksi syyskuussa ja ne otettiin lopullisesti pois marraskuussa 2010. Kyselyt olivat siis yhteensä kerättävinä viisi kuukautta ja vastauksia kertyi tänä aikana 24. Alkuperäinen tavoite oli saada vastauksia vähintään viisikymmentä, mutta minusta riippumattomista syistä vastauksia kertyi vain vajaa puolet tästä. Vastausten analysoinnin ja tulosten pohdinnan tein pääasiassa alkuvuodesta 2011.

Koen, että olen oppinut opinnäytetyöprosessissa kvantitatiivisen tutkimuksen tekemisen perusperiaatteet. Olen nyt harjoitellut kyselylomakkeen laatimista ja analysointia. Olen oppinut pohtimaan kyselyn perusteella saatuja tuloksia sekä yhdistämään niitä teorian tietoon ja aiempiin tutkimuksiin. Olen kokenut valitsemani aiheen kiinnostavaksi pitkän prosessin, ja olen tyytyväinen siihen, että pysyin aiheessa. Mielenkiintoinen aihe on osaltaan auttanut säilyttämään motivaation kirjoittamiseen vastoin käymisten keskellä.

Ennen opinnäytetyöni tekemistä en ollut itse koskaan tutustunut itsehoitopisteisiin, joten tutkimus antoi minulle myös paljon tietoa siitä, miten itsehoitopisteitä voidaan hyödyntää terveyden edistämiseksi ja tukea pisteen avulla kansalaisia ottamaan vastuuta omasta terveydestään.

Tarkoitukseni on pitää työn tuloksista pienimuotoinen esittely Haartmanin sairaalan terveystieteiden päivystysten työntekijöille. Toimitan tutkimusraportin myös terveystieteiden keskuksen käyttöön.

## LÄHTEET

- Akuutti sairaala 2009. Akuutti sairaalan johdon seminaari 5. –6.2.2009. Työpaperi.  
Viitattu 4.4.2009.
- Aromaa, Arpo; Huttunen, Jussi; Koskinen, Seppo & Teperi, Juha 2005. Yhteenveto väestön terveydestä ja siihen vaikuttavista tekijöistä. Viitattu 27.1.2010.  
<http://www.terveyskirjasto.fi>
- Haverinen, Elsi 2010. Itsehoitopisteen kohderyhmän kartoitus ja elämänhallintaan tukeminen. Diakonia-ammattikorkeakoulu. Diak Etelä, Helsinki. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
- Heikkilä, Tarja 2004. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita.
- Helakorpi, Satu; Laitelainen, Elina & Uutela, Antti 2009. Suomalaisen aikuisväestön terveyskäyttäytyminen ja terveys, kevät 2009. Viitattu 24.1.2011.  
<http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/ce5ee5c1-6df4-44c2-bcd7-c3b735019570>
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2009. Haartmanin sairaala aloittaa toimintansa syksyllä. Viitattu 4.4.2009. <http://www.hus.fi>.
- Helsingin kaupunki 2008. Terveysasemien itsehoitopistettä koskevat ohjeet. Moniste.  
Hengityслиitto i.a. Hengityssairaudet. Viitattu 10.4.2011.  
<http://www.hengityслиitto.fi/Hengityssairaudet/>
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Hirsjärvi, Sirkka; Remes, Pirkko & Sajavaara, Paula 2004. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Holopainen, Martti & Pulkkinen, Pekka 2008. Tilastolliset menetelmät. Helsinki: WSOY.
- Itä-Suomen yliopisto i.a. Kansanterveystiede. Viitattu 24.1.2011.  
<http://www.uef.fi/web/opiskelu/kansanterveystiede>
- Kansanterveyslaki 1972/66, 28.1.1972.
- Kauhanen, Jussi; Myllykangas, Markku; Nissinen, Aulikki & Salonen, Jukka T. 2007. Kansanterveystiede. Helsinki: WSOY.
- Kuokkanen, Ritva; Kivirinta, Mervi; Määttänen Jukka & Ockenström, Leena 2007. Kohti tutkivaa ammattikäytäntöä. Opas Diakonia-ammattikorkeakoulun opinnäytetöitä varten. Diakonia-ammattikorkeakoulu.
- Kuula, Liisa 2009. Marian sairaalan ITE-piste. Moniste.

- Käypä hoito 2007. Suositukset. Diabetes. Viitattu 2.2.2011. <http://www.kaypahoito.fi>
- Mustonen, Heli & Simpura, Jussi 2005. Alkoholien käyttö. Suomalaisten terveys. Viitattu 27.1.2010. <http://www.terveyskirjasto.fi>
- Naisten virta i.a. Nainen ja lääkkeet. Viitattu 2.2.2011. <http://naistenvirta.nettisivu.org/tietoisku/nainen-ja-laakkeet/>
- Pohjois-Karjalan kansanterveyden keskus 2008. Tietoa ja materiaalia itsehoitopisteistä. Viitattu 8.11.2010. <http://www.kansanterveys.info/itsehoitopiste>
- Poliklinikka 2006. Terveys. Diabetes, tyyppi 1. Viitattu 15.4.2011. <http://www.poliklinikka.fi>
- Poliklinikka 2008. Lääkärikirja. Keuhkokuume. Viitattu 10.4.2011. <http://www.poliklinikka.fi>
- Poliklinikka 2009. Sydänterveyskanava. Viitattu 24.1.2011. <http://www.poliklinikka.fi>
- Päihdelinkki 2008. Tietopankki. Huumeiden käyttö Suomessa. Viitattu 2.2.2011. <http://www.paihdelinkki.fi/tietoiskut/112-huumeiden-kaytto-suomessa>
- Päihdelinkki 2009. Tietopankki. Peliriippuvuus. Viitattu 24.1.2011. <http://www.paihdelinkki.fi/Tietoiskut/412-peliriippuvuus>
- Päihdelinkki 2010. Tietopankki. Pikatieto. Tupakka. Viitattu 2.2.2011. <http://www.paihdelinkki.fi/pikatieto/?c=Tupakka>
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2001. Valtioneuvoston periaatepäätös. Terveys 2015- kansanterveysohjelmasta. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001: 4.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2007. Terveyden eriarvoisuus Suomessa. Sosioekonomisten terveyserojen muutokset 1980–2005. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2007: 23.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2008a. Kansallisten terveyserojen kaventamisen toimintaohjelma 2008–2011. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:16.
- Sosiaali- ja terveysministeriö 2008b. Terveyden edistämisen mahdollisuudet. Vaikuttavuus ja kustannusvaikuttavuus. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:1.
- Suomen ASH i.a. Alkoholi Suomessa. Alkoholien käyttö. Viitattu 2.2.2011. <http://www.suomenash.fi/fi/alkoholi/alkoholi+suomessa/>
- Syöpäjärjestöt i.a. Syövän ehkäisy. Alkoholi. Viitattu 2.2.2011. <http://www.cancer.fi>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2007. Tietoa terveydestä. Elintavat. Päihderiippuvuus. Viitattu 20.11.2009 [http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa\\_terveydesta](http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta)  
[http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa\\_terveydesta](http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta)

- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2008a. Tietoa terveydestä. Elintavat. Alkoholi. Viitattu 24.1.2011. [http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa\\_terveydesta](http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta)
- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2008b. Tietoa terveydestä. Terveys ja sairaudet. Astma ja allergiat. Viitattu 29.1.2010. [http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa\\_terveydesta](http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta)
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2008c. Tietoa terveydestä. Terveys ja sairaudet. Diabetes. Viitattu 8.10.2009. [http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa\\_terveydesta](http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta)
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2008d. Tietoa terveydestä. Terveys ja sairaudet. Mielen terveys. Viitattu 2.2.2011. [http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa\\_terveydesta](http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta)
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2008e. Tietoa terveydestä. Terveys ja sairaudet. Syöpä. Viitattu 29.1.2010. [http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa\\_terveydesta](http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta)
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2009a. Kansanterveystyö. Käsitteistä. Viitattu 23.11.2009 <http://info.stakes.fi/kansanterveystyo/FI/kasitteista/index.htm>
- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2009b. Tietoa terveydestä. Elintavat. Tupakka. Aikuisien tupakointi. Viitattu 2.2.2011. <http://www.thl.fi>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010a. Organisaatio. Terveyden ja hyvinvoinnin laitos. Viitattu 27.10.2010. <http://www.thl.fi>
- Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010b. Päihdetilastollinen vuosikirja 2010. Alkoholi ja huumeet. Viitattu 2.2.2011. <http://www.thl.fi>
- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2010c. Tietoa terveydestä. Terveys ja sairaudet. Tuki- ja liikuntaelinsairaudet. Viitattu 29.1.2010. [http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa\\_terveydesta](http://www.ktl.fi/portal/suomi/tietoa_terveydesta)
- Terveyden ja hyvinvoinninlaitos 2010d. Tutkimus ja kehittäminen. Viitattu 27.10.2010. <http://www.thl.fi>
- Terveyskirjasto 2005a. Alkoholien käyttö. Viitattu 2.2.2011. <http://www.terveyskirjasto.fi>
- Terveyskirjasto 2005b. Lääkehuolto ja lääkkeiden käyttö. Viitattu 24.1.2011. <http://www.terveyskirjasto.fi>
- Terveyskirjasto 2009. Kohonnut verenpaine. Viitattu 24.1.2011. <http://www.terveyskirjasto.fi>
- Terveyskirjasto 2010a. Keuhkohtaumatauti. Viitattu 10.4.2011. <http://www.terveyskirjasto.fi>

Terveyskirjasto 2010b. Kohonnut verenpaine. Viitattu 10.4.2010.

<http://www.terveyskirjasto.fi>

Tilastokeskus 2009. Alkoholikuolemien määrä pysynyt ennallaan. Viitattu 29.1.2010.

[http://www.stat.fi/til/ksyyt/2008/ksyyt\\_2008\\_2009-12-18\\_tie\\_001.html](http://www.stat.fi/til/ksyyt/2008/ksyyt_2008_2009-12-18_tie_001.html)

Vertio, Harri 2003. Terveyden edistäminen. Helsinki: Tammi.

Vilka, Hanna 2005. Tutki ja kehitä. Helsinki: Tammi.

## LIITE 1: Kyselylomakkeen saatekirje

Hyvä Itsehoitopisteen käyttäjä!

Olen sairaanhoitaja opiskelija Diakonia-ammattikorkeakoulusta Helsingin toimipaikasta. Teen opinnäytetyötä, jonka tarkoituksena on selvittää Haartmanin sairaalan Itsehoitopisteen käyttöä ja käyttäjien kehittämisehdotuksia Itsehoitopisteeseen. Tutkimuksen perusteella selviää, miten Itsehoitopistettä voitaisiin kehittää käyttäjille sopivammaksi. Sairaalan henkilökunta käyttää opinnäytetyön tuloksia hyväksi arvioidessaan Itsehoitopisteen tarpeellisuutta ja tulevaisuutta.

Palautteen keräämistä varten olen laatinut kyselylomakkeen, johon pyydän Teitä ystävällisesti vastaamaan. Kyselyyn voi vastata kuka tahansa Itsehoitopisteen käyttäjä. Kyselylomakkeeseen vastataan nimettömästi, eikä vastaajien henkilöllisyys tule esille vastauksista. Vastaaminen vie aikaa noin 10-15 minuuttia. Käsittelen vastaukset luottamuksellisesti.

Tutkimukseen osallistuminen on täysin vapaaehtoista.

Kiitos yhteistyöstänne!

Ystävällisin terveisin:

Sairaanhoitajaopiskelija

Elina Riepponen

[elina.riepponen2@sudent.diak.fi](mailto:elina.riepponen2@sudent.diak.fi)

## LIITE 2: Kyselylomake

## KYSELYLOMAKE

Kyselyn tarkoituksena on kartoittaa Haartmanin sairaalan Itsehoitopisteen käyttöä ja selvittää kehittämisehdotuksia itsehoitopisteeseen.

Vastatkaa alla oleviin kysymyksiin valitsemalla sopiva vaihtoehto:

1. Ikä \_\_\_\_\_
2. Sukupuoli            1 nainen  
                              2 mies
3. Tupakointi            1 ei koskaan  
                              2 kerran viikossa  
                              3 harvemmin kuin joka päivä, mutta useammin kuin kerran viikossa  
                              4 muutama savuke päivässä  
                              5 aski päivässä tai enemmän
4. Alkoholin käyttö    1 ei koskaan  
                              2 kuukausittain  
                              3 kahdesta neljään kertaan kuukaudessa  
                              4 kahdesta kolmeen kertaan viikossa  
                              5 neljästi viikossa tai useammin
5. Kuinka monta annosta alkoholia yleensä käytit niinä päivinä, joilloin olet ottanut alkoholia? Yksi annos on esimerkiksi viinilasi (12 cl), pieni (0,33 l) keskiolut- tai siideripullo, annos väkevää viiniä (8 cl) tai annos viinaa (4 cl).
  - 1 1-2 annosta
  - 2 3-4 annosta
  - 3 5-6 annosta
  - 4 7-9 annosta
  - 5 10 tai enemmän
6. Perussairaudet      1 diabetes  
                              2 verenpainetauti  
                              3 sepelvaltimotauti  
                              4 sydämen vajaatoiminta  
                              5 eteisvärinä  
                              6 astma  
                              7 keuhkohtaumatauti (COPD)  
                              8 muu, mikä? \_\_\_\_\_



7. Onko Teillä säännöllistä lääkitystä?

1 kyllä

2 ei

8. Laittakaa rasti sen ITE-pisteen palvelun eteen, jota käytitte

mittasin verenpaineen

mittasin painon

mittasin vyötärön ympäryksen

laskin sairastumisriskini diabetekseen

testasin suolan saantiani

testasin syömistottumuksiani

testasin liikuntatottumuksiani

laskin painoindeksini

tutustuin jaettavaan materiaaliin

tein Audit-testin

9. Asettakaa alla olevat ITE-pisteen palvelut järjestykseen sen mukaan, miten tärkeitä ne ovat Teille. Antakaa tärkeimmälle ITE-pisteen palvelulle arvo 1 ja vähiten tärkeälle arvo 9.

verenpaineen mittaus

painon mittaus

vyötärön ympäryksen mittaus

laskea sairastumisriski diabetekseen

suolan saannin testaus

syömistottumusten testaus

liikuntatottumusten testaus

jaettava materiaali

Audit-testi

10. Mitä mieltä olette seuraavista väittämistä? Ympyröikää sopiva vastausvaihtoehto.

1=täysin eri mieltä, 2=jokseenkin eri mieltä, 3=en osaa sanoa, 4=jokseenkin samaa mieltä, 5=täysin samaa mieltä

- |  |   |   |   |   |   |
|--|---|---|---|---|---|
| a. ITE-pisteessä olevat palvelut vastasivat tarpeisiini      | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| b. ITE-pisteessä olevia palveluja on helppo käyttää          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| c. Mikäli tarvitsin apua, sain ohjausta ITE-pisteen käyttöön | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| d. ITE-pisteessä jaettava materiaali on ymmärrettävä         | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| e. ITE-pisteessä jaettava materiaali on hyödyllistä          | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| f. ITE-pisteessä olevat testit ovat hyödyllisiä              | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

g. ITE-pisteessä tekemieni testien tulokset olivat ymmärrettäviä	1	2	3	4	5
h. Mikäli testeissä ilmeni normaalista poikkeavia tuloksia, jatkotoimenpiteisiin/-hoitoon oli selkeät ohjeet	1	2	3	4	5
i. Kaipasin lisää ohjausta ITE-pisteen käyttöön	1	2	3	4	5
j. Sain tarvitsemani avun ITE-pisteestä	1	2	3	4	5
k. ITE-piste on mielenkiintoa herättävän näköinen	1	2	3	4	5

11. Mitä palveluja kaipaisitte lisäksi pisteeseen?

---

---

---

12. Miten muuten ITE-pistettä voitaisiin mielestänne kehittää?

---

---

---

---

Kiitos yhteistyöstänne!