

Opinnäytetyö (AMK)

Hoitotyö

Hoitotyö

2013

Pia Lassila & Renita Mäkinen

SALON ALUESAIRAALAN GASTROENTEROLOGISEN POTILAAN POTILASOHJAUS



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

OPINNÄYTETYÖ (AMK) | TIIVISTELMÄ

TURUN AMMATTIKORKEAKOULU

Hoitotyö | Hoitotyö

Kesäkuu 2013 | 41+7

Nikunen Sirpa ja Pelander Tiina

Lassila Pia ja Mäkinen Renita

SALON ALUESAIRAALAN GASTROENTEROLOGISEN POTILAAN POTILASOHJAUS

Hoi-Pro-projekti eli Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin ja Turun Ammattikorkeakoulun Tulevaisuuden sairaala- Hoitotyön kehittämisprojekti 2009-2015 on osa VSSHP:n T-Pro-hanketta, jonka tavoitteena oli suunnitella sairaalan palvelut toimialakohtaisesti. Tämä opinnäytetyö on osa Hoi-Pro-projektin Potilasohjauksen kehittämishanketta.

Tulehdukselliset suolistosairaudet eli Crohnin tauti ja haavainen paksusuolentulehdus ovat kroonisia pitkäaikaissairauksia, joita sairastavien määrä on Suomessa kasvussa. Potilaat käyttävät perusterveydenhuollon palveluja sekä käyvät erikoissairaanhoidossa ajanvarauksella. Hoitoaikojen lyhentyessä tarvitaan kuitenkin uusia ja tehokkaampia potilasohjausmenetelmiä. Internetin ja sähköpostin käyttöä voidaan hyödyntää potilasohjauksessa.

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, miten Salon aluesairaalan työikäiset (18- 64-vuotiaat) gastroenterologiset potilaat saavat tarvitsemansa ohjauksen sairautensa hoitamiseen. Opinnäytetyö toteutettiin kyselytutkimuksena Salon aluesairaalan sisätautiyksikön potilaille (n=15) maaliskuussa 2013. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää Salon aluesairaalan gastroenterologisten potilaiden potilasohjausta.

Opinnäytetyön tulokset kertovat, että potilaat olivat saaneet eniten suullista ohjausta sekä kirjallista materiaalia vastaanotolla. Potilasyhdistyksiltä oli myös saatu jonkin verran tietoa. Itsenäisesti potilaat olivat hakeneet tietoa internetistä eniten hakukoneiden avulla sekä jonkin verran terveystaaleilta. Potilasyhdistysten verkkosivuilta oli myös haettu tietoa. Tämän opinnäytetyön tulosten pohjalta potilasohjausta halutaan jatkossakin henkilökohtaisesti. Kuitenkin uusinta tietoa eri hoitovaihtoehdoista sekä ravitsemussuosituksista ollaan kiinnostuneita saamaan myös sähköpostilla.

Tämän opinnäytetyön tuloksien pohjalta potilasohjausta voitaisiin kehittää esimerkiksi luomalla toimiva sähköpostitiedotusjärjestelmä, jolla potilaille voitaisiin tarjota uusinta tutkimustietoa sairaudestaan.

ASIASANAT:

Gastroenterologia, potilasohjaus, kyselytutkimus.

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Nursing | Nursing

June 2013 | 41+7

Nikunen Sirpa and Pelander Tiina

Lassila Pia and Mäkinen Renita

GUIDANCE OF GASTROENTEROLOGY PATIENT AT SALO REGIONAL HOSPITAL

This bachelor's thesis is part of the Hoi-Pro project that involves the Hospital District of Southwest Finland and Turku University of Applied Sciences. Hoi-Pro project is part of the T-Pro project that aims to develop health care services to more administrative-based entities in the Hospital District of South West Finland.

The purpose of this bachelor's thesis was to examine the gastroenterology patient's need for guidance and knowledge at Salo Regional Hospital. The aim of this thesis is to improve patient education at the hospital in question.

IBD (inflammatory bowel disease) includes Crohns disease and colitis ulcerosa. They are the most common chronic gastroenterology diseases in Finland. Patient education plays a big part in coping with diseases.

This thesis was carried out as a survey. A hundred questionnaires were given to nurses at Salo Regional Hospital to be distributed to patients with gastroenterology diseases who visited the hospital during three weeks in March 2013. 15 patients (n=15) returned the questionnaire. The aim was to find out where these patients get their guidance concerning their illness and how they would like to get it. The answers were analyzed with quantitative methods.

The results showed that the patients had got the information needed from health care organizations or they had searched for information on the Internet. They would like to get guidance mainly face-to-face in the future too. They would also like to get some information by e-mail. This thesis showed that patient education could be improved by using e-mails to provide the most recent knowledge to the patients.

KEYWORDS:

IBD, gastroenterology, patient education

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	6
2 GASTROENTEROLOGINEN POTILAS JA POTILASOHJAUS	7
2.1 Tulehdukselliset suolistosairaudet	7
2.2 Tulehduksellisen suolistosairauspotilaan potilasohjaus	10
3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT	14
4 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN	15
5 TULOKSET	24
5.1 Vastaajien käyttämät tiedonsaantimenetelmät	25
5.2 Vastaajien toivomat tiedonsaantimenetelmät	27
6 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	28
6.1 Tutkimuksen eettisyys	29
6.2 Tutkimuksen luotettavuus	31
7 POHDINTA	35
LÄHTEET	39

LIITTEET

- Liite 1. Toimeksiantosopimus.
- Liite 2. Tutkimuslupa.
- Liite 3. Kyselylomake.
- Liite 4. Saatekirje.
- Liite 5. Henkilökunnan tiedote.

KUVIOT

Kuvio 1. Vastaajien ikäjakauma (n=15).	24
--	----

TAULUKOT

Taulukko 1. Tiedonhaun tulokset.	16
Taulukko 2. Vastaajien koulutus.	24
Taulukko 3. Vastaajien tiedonsaantimenetelmät internetissä.	25
Taulukko 4. Vastaajien tiedonsaantimenetelmät terveydenhuollosta.....	26
Taulukko 5. Vastaajien toivomat tiedonsaantimenetelmät internetissä.	27
Taulukko 6. Vastaajien toivomat tiedonsaantimenetelmät terveydenhuollosta.	28

1 JOHDANTO

Gastroenterologian ala käsittää mahasuolikanavan ja maksan alueen sairauksia, joista yleisimpiä osastolla hoidettavia ovat maksakirroosi ja tulehdukselliset suolistosairaudet (Vsshp ohjepankki 2013). Gastroenterologisia potilaita hoidetaan Salon aluesairaalassa sisätautien poliklinikalla. Tulehduksellista suolistosairautta, kuten Crohnin tautia, haavaista paksusuolentulehdusta (Colitis ulcerosa) tai välimuotoista koliittia sairastaa Euroopassa yli kaksi miljoonaa ihmistä (EFCCA 2012). Suomessa ne muodostavat kasvavan gastroenterologisen potilasryhmän, joiden lukumäärä kasvaa koko ajan. Vuoden 2010 aikana sai 1719 uutta Crohnin tautia ja colitis ulcerosaa sairastavaa Kelan korvauspäätöksen. (Crohn ja Colitis ry. 2012; Käypä hoito 2011.)

Potilaalla on oikeus yksilölliseen hoitoon ja hänen terveydentilaansa, sairautaan ja erilaisia hoitovaihtoehtoja koskevaan tiedonsaantiin. Tiedon on oltava sisällöltään ymmärrettävää, eikä sitä saa antaa vastoin potilaan tahtoa niin, että se aiheuttaisi hänelle vaaraa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992/785.) Tietoa voidaan antaa potilaalle erilaisin menetelmin, kuten vastaanotolla, puhelimitse, kirjeitse tai sähköpostitse (Salo 2010).

Varsinais-Suomen Sairaanhoidopiirin ja Turun Ammattikorkeakoulun yhteinen projekti, Tulevaisuuden sairaala- Hoitotyön kehittämisprojekti 2009-2015 (Hoi-Pro) on osa T-Pro hanketta, jonka tavoitteena oli suunnitella sairaalan palvelut toimialakohtaisesti. Tämä työ on osa Hoi-Pro-projektin Potilasohjauksen kehittämishanketta, jonka tavoitteena on kehittää potilasohjausta yksilöllisemmäksi ja tehostetummaksi. (Kummel ym. 2012.) Tulehduksellisiin suolistosairauksiin sairastuvien määrä on Suomessa kasvussa ja tämä luo tarpeen erilaisten potilaanohjausmenetelmien kehittämiseksi.

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten Salon aluesairaalan työkäiset (18- 64-vuotiaat) gastroenterologiset potilaat saavat tarvitsemansa ohjauksen sairautensa hoitamiseen. Tavoitteena on kehittää Salon aluesairaalan gastroenterologisten potilaiden potilasohjauksen menetelmiä.

2 GASTROENTEROLOGINEN POTILAS JA POTILASOHJAUS

2.1 Tulehdukselliset suolistosairaudet

Tulehdukselliset suolistosairaudet eli IBD (inflammatory bowel disease) on yläkäsité Crohnin taudille ja haavaiselle paksusuolentulehdukselle (colitis ulcerosa). Ne kuuluvat gastroenterologian erikoisalaan. Gastroenterologia käsittää koko ruuansulatuskanavan sekä ruuansulatukseen osallistuvien elinten eli kuten maksan, sapen ja haiman toiminnot ja sairaudet. Ruuansulatuselimistö vastaa suurelta osin ihmisten hyvinvoinnista, joten siihen liittyvät krooniset, jaksoittain voimakkaastikin oireilevat tulehdukselliset suolistosairaudet hankaloittavat ihmisen jokapäiväistä elämää. (Crohn ja Colitis ry. 2013; Käypä hoito 2011; Höckerstedt ym. 2000,5.)

Crohnin tauti voi oireilla missä tahansa ruuansulatuselimistön osassa, mutta yleisimmin se ilmenee joko ohut- tai paksusuolella tai molemmissa. Crohnin taudin luonne voi myös vaihdella riippuen esimerkiksi taudin syntyyn vaikuttaneista tekijöistä tai siitä, missä osassa suolistoa tauti oireilee. Crohnin taudin synnyssä geneettisillä tekijöillä on osoitettu olevan pientä vaikutusta, mutta immuunipuolustuksen vajauksella katsotaan olevan suurempi merkitys. Sairastumisriskiä lisää tupakointi. Crohnin taudille on luonteenomaista jaksottaisuus. Tauti voi olla pitkiäkin jaksoja oireilematta, mutta akutisoitua sitten esimerkiksi immuunipuolustuksen laskeutessa ja suolen pinnan ärtymässä. Oireilua voivat lisätä esimerkiksi stressi tai tietyt ruoka-aineet. (Crohn ja Colitis ry. 2013; Käypä hoito 2011.)

Oireina Crohnin taudissa on ripuli, veriset tai märkäiset vuodot, vatsakivut, kuumeilu ja laihtuminen. Suolistoon voi kehittyä myös tukoksia ja absesseja eli märkäpaiseita. Absessiin kehittyvä märkäerite voi Crohnin taudissa kehittää myös fisteleitä eli aukkoja suolta ympäröiviin kudoksiin. Crohnin tauti kehittyy hitaasti ja oireiden määrä, luonne ja tiheys vaihtelevat, joten oikean diagnoosin

tekeminen vie aikaa. Diagnosoinnissa käytetään oirekuvauksen lisäksi endoskopian eli tähystyksen avulla otettuja koepaloja sekä magneetti- ja tietokonekuvauksia, joiden antaman tiedon perusteella tauti diagnosoidaan ja voidaan jaotella ahtauttavaan, tulehdukselliseen tai fistelöivään muotoon. Tauti voi toisaalta puhjeta myös yhtäkkisesti, rajusti oireillen. Tällöin diagnoosi tehdään usein akuutin leikkauksen yhteydessä suolen pintamuutosten perusteella. (Crohn ja Colitis ry. 2013; Käypä hoito 2011; Luukkonen 2008.)

Taudin hoito voidaan jaotella akuuttivaiheen oireita lievittävään hoitoon ja ylläpitohoitoon akuuttivaiheiden välillä. Akuuttivaiheen hoidolla pyritään saavuttamaan taudin remissio eli oireeton vaihe. Akuuttivaiheen lääkityksenä käytetään kortikosteroideja tai budesoninia sekä joskus 5-aminosalisylihappovalmisteita (5-ASA) ja sulfasalatsiinia. Kortikosteroidihoito tehoaa hyvin suurimmalle osalle potilaista ja sillä saavutetaan muutamassa viikossa remissiovaihe. Kortikosteroidien haittavaikutuksia ovat osteoporoosiriskin kasvu, kaihi, painon nousu, kasvun hidastuminen ja tulehdusherkkyyden kasvu. Crohnin taudin jotkin muodot voivat olla resistenttejä kortikosteroidien vaikutukselle tai tulla riippuvaiseksi siitä. Tällöin hoidossa on saatu hyviä tuloksia budesonidilla, jonka haittavaikutukset ovat vähäisemmät, mutta saavutettu vaste voi jäädä pienemmäksi. Budesonidi ja kortikosteroidit ovat perusteltuja vain taudin akuutin vaiheen hoidossa, ei remission ylläpito-hoidossa. (Crohn ja Colitis ry. 2013; Arkkila 2011a; Käypä hoito 2011.)

Mikäli budesonidi tai kortikosteroidit eivät tuota toivottua vastetta, voidaan Crohnin taudin hoidossa käyttää solunsalpaajia tai immuunipuolustukseen vaikuttavia biologisia lääkkeitä. Solunsalpaajista käytetyimpiä ovat tiopuriinit ja metotreksaatti. Niillä remissio saavutetaan hitaammin kuin kortikosteroideilla, mutta niitä voidaan käyttää myös ylläpito-hoidossa. Haittavaikutuksina tiopuriineilla on muun muassa leukopeniaa, pahoinvointia, maksa-arvojen suurentumista ja haimatulehdusta. Niiden pitkäaikainen käyttö aiheuttaa myös kohonneen lymfoomarisikin. Metotreksaattia voidaan käyttää, mikäli tiopuriinit eivät sovi. Metotreksaatin haittavaikutuksia ovat pahoinvointi, ripuli ja suurentuneet maksa-arvot, mutta niitä voidaan pienentää foolihapon avulla. Biologista lääkehoitoa käyte-

tään vaikeissa tautimuodoissa sekä silloin, kun muilla lääkkeillä ei saavuteta remissiovaihetta. Biologisista lääkkeistä käytetyimpiä ovat infliksimabi ja adalimumabi. Niiden avulla saavutetaan usein pitkäaikainen remissio, mutta niiden käyttö on kallista ja pitkäkestoista. (Crohn ja Colitis ry. 2013; Arkkila 2011a; Käypä hoito 2011.)

Lääkehoidon lisäksi Crohnin tautia voidaan hoitaa leikkauksella. Indikaatioina leikkaushoidolle ovat jatkuva, raju verenvuoto ja siitä johtuva anemia, tukokset tai syvät fistelit sekä suolen puhkeaminen. Leikkaushoidossa pahiten tulehtunut osa suolesta leikataan. Leikkaus pyritään tekemään mahdollisimman suolta säästävasti, sillä leikkaushoito voidaan joutua uusimaan taudin myöhemmässä vaiheessa. Ahtautuneen suolen tautimuodossa voidaan myös tehdä ahtautuman pallolaajennus täyhystysleikkauksella. (Crohn ja Colitis ry. 2013; Käypä hoito 2011.)

Toinen tulehduksellisiin suolistosairauksiin luokiteltava sairaus on **ulseratiivinen koliitti** eli **haavainen paksusuolentulehdus**. Se voi oireilla koko paksusuolen alueella tai vain peräsuolen alueella. Tauti puhkeaa usein nuoruusiällä ja sen syntyyn vaikuttaa osin perinnöllinen alttius, mutta puhkeamiseen vaaditaan muita laukaisevia tekijöitä, joista ei toistaiseksi ole riittävästi tutkimusnäyttöä. Ravintorasvojen laadulla epäillään olevan yhteyttä taudin synnyssä, samoin kuin stressillä. (Crohn ja Colitis ry. 2013; Käypä hoito 2011.)

Haavainen paksusuolentulehdus oireilee pitkäkestoisena veriripulina ja suolen tyhjenemistä edeltää usein voimakas kouristava kipu. Peräsuolen alueelle rajoituvassa tautimuodossa uloste voi olla kiinteää, mutta sisältää aina verta. Haavaiseen paksusuolentulehdukseen ei yleensä liity kuumeilua tai laihtumista, mikä erottaa sen Crohnin taudista. Oirekuva voi myös muuttua taudin levitessä laajemmalle osaa suolta. (Crohn ja Colitis ry. 2013; Käypä hoito 2011.)

Haavaisen paksusuolentulehduksen lääkehoito määräytyy sen mukaan, missä osassa suolta tauti oireilee. Lääkehoitona lievässä taudissa käytetään 5-ASA-valmisteita suun kautta tai peräruiskeina tai -puikkoina sekä sulfasalatsopyridiinia suun kautta. Vaikeammassa tautimuodoissa hoitona edellä mainittujen lisäksi

si ovat kortisonivalmisteet. Samoin kuin Crohnin taudissa, myös haavaisen paksusuolentulehduksen hoidossa voidaan käyttää solunsalpaajia, kuten atsatiopriinia, merkaptopuriinia ja metotreksaattia tai biologisista lääkkeistä infliksimabia, mikäli kortisonihoito ei sovi tai se ei tuota toivottua vastetta. Lääkehoidon tavoitteena on suolen tulehdusta hillitsemällä aikaansaada taudin remissio. Samalla se osaltaan pienentää myös tautiin liittyvää syöpäriskiä. (Crohn ja Colitis ry. 2013; Arkkila 2011b; Käypä hoito 2011.)

Haavaisen paksusuolentulehduksen oireiden lievittämiseen tai poistamiseen joudutaan usein käyttämään leikkaushoitoa, kun lääkehoito ei tehoa tai potilaalla todetaan suolen laajentuma, solumuutoksia suolen pinnalla tai äkillinen kova tulehdus. Haavaisen paksusuolentulehduksen leikkaushoitona käytetään yleensä J-pussileikkausta, jossa poistetaan koko paksusuoli ja peräsuoli, mutta säästetään peräaukko, johon voidaan yhdistää ohutsuolesta muodostettava suolisäiliö. Leikkaus voidaan toteuttaa yhdellä kerralla tai osissa. Osissa toteutettavalla leikkauksella potilaalle tulee väliaikainen ohutsuoliavanne. Ohutsuoliavanne voi joissain tapauksissa jäädä myös pysyväksi ratkaisuksi. Leikkaushoidon avulla tauti yleensä paranee pysyvästi. J-pussi tai ohutsuoliavanne mahdollistaa normaalin elämän, mutta niidenkin hoito vaatii ohjausta. (Crohn ja Colitis ry. 2013; Käypä hoito 2011.)

Tulehduksellisten suolistosairauksien omahoitoon kuuluvat terveellinen ruokavalio, säännöllinen elämänrytmi ja tupakoimattomuus. Vältettäviä ruoka-aineita löytyy yksilöllisesti ja taudin ilmenemismuodosta riippuen. Tautiin sairastuneen tulisi välttää stressiä sekä suolistoinfektioita, sillä ne voivat aiheuttaa sairauden pahenemista. Lääkehoitoon tulee sitoutua, sillä vain siten voidaan taata paras mahdollinen hoitotulos. (Crohn ja Colitis ry. 2013; Käypä hoito 2011.)

2.2 Tulehduksellisen suolistosairauspotilaan potilasohjaus

IBD-tautien luonteeseen kuuluu aktiivisten ja rauhallisten jaksojen vaihtelu, jolloin myös terveydenhuollon palvelujärjestelmältä ja potilasohjaukselta vaaditaan joustavuutta. Potilaat tarvitsevat tukea ja ohjausta taudin oireiden lievittämiseen

sekä selviytymiseen arkielämässä. Taudin aktiivisessa vaiheessa yhteys terveydenhuollon palvelujärjestelmään on usein tiivis, mutta remissiovaiheessa potilaat käyvät erikoissairaanhoidossa vain seurannassa. Seurantakäynnit toteutetaan yleensä ajanvarauksella. Osa käynneistä olisi kuitenkin hoidettavissa esimerkiksi puhelimesta tai sähköpostin välityksellä. (Käypä hoito 2011.) Valkeakosken aluesairaalan gastroenterologian poliklinikalle asetettu projektityöryhmä selvitti tulehduksellisten suolistosairauksien hoidon haasteita. Selvityksessä esiin nousi potilaiden tiedon tarve omasta sairaudestaan. Projektissa selvitettiin myös eri tiedonsaantimenetelmien käytön mahdollisuutta. (Salo ym. 2010.) Sonninen (2006) tutki IBD-potilaiden (n=8) näkemyksiä elämänhallintaa tukevasta potilasohjauksesta. Tässäkin haastatteluna toteutetussa tutkimuksessa esiin nousi tarve saada yksilöllistä, potilaan arkielämää helpottavaa tietoa ja ohjausta (Sonninen 2006).

Potilasohjaus on oleellinen osa hoitotyötä. Se edellyttää ohjaajalta perehtymistä tutkittuun tietoon sekä kokemuksen tuomaan hiljaiseen tietoon. (Ohtonen 2006.) Sitä ohjaa muun muassa Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) sekä ammattieettiset ohjeistukset (Lipponen 2006). Lain potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) mukaan potilaalla oikeus yksilölliseen hoitoon ja hänen terveydentilaansa, sairauttaan ja erilaisia hoitovaihtoehtoja koskevaan tiedonsaantiin. Tiedon on oltava sisällöltään ymmärrettävää, eikä sitä saa antaa vastoin potilaan tahtoa niin, että se aiheuttaisi hänelle vaaraa. Potilaalla on myös oltava riittävästi tietoa kyetäkseen osallistumaan hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Ammattietiikasta säädetään muuan muassa Laissa terveydenhuollon ammattihenkilöistä (1994/558), jossa mainitaan, että terveydenhuollon ammattilaisen on edistettävä parhaan kykynsä mukaan kansalaisten terveyttä, ehkäistä sairauksia sekä lievittää niiden oireita.

Terveydenhuollon ammattilaisella on ohjaustyössä, kuten kaikessa hoitotyössä kaksi vastuuta: vastuu ihmisestä ja vastuu tehtävästä. Oikein kohdennetulla ja ajoitetulla potilasohjauksella tähdätään juuri tähän tarjoamalla potilaalle hänen tarvitsemaansa tietoa sellaisella tasolla ja menetelmällä, jonka potilas pystyy sairautensa kussakin vaiheessa vastaanottamaan. (Vänskä ym. 2011; Leino-

Kilpi & Välimäki 2009, 25; Alanen 2002.) Tiedonantomenetelminä voidaan käyttää henkilökohtaisesti vastaanotolla tai puhelimitse annettua yksilö- tai ryhmäohjausta tai kirjeitse tai sähköpostitse annettua kirjallista materiaalia (Vänskä ym. 2011; Salo 2010).

Laadukas ja vaikuttava potilasohjaus vaatii aikaa ja paneutumista. Laadukkaaseen ohjaukseen vaaditaan usein toimivaa vuorovaikutussuhdetta ohjaajan ja ohjattavan välillä. Ohjauksella pyritään potilaan voimaantumiseen eli siihen, että potilas itse tunnistaa omat voimavaransa ja kokee voivansa itse vaikuttaa oman terveytensä edistämiseen. Ohjaajalta vaaditaan kykyä kohdata ohjattava ihmisenä sekä huomioida toiminnassaan sanallisen ja sanattoman viestinnän merkitys. Potilasohjauksen prosessi etenee ohjausmenetelmästä riippumatta samoin. Prosessi alkaa tiedontarpeen määrittelyllä ja ohjauksen sisällön suunnittelulla. Suunnitteluvaiheessa huomioidaan potilaan sairauden vaihe ja kyky vastaanottaa tietoa sairaudestaan, sillä niillä on merkitystä ohjausmenetelmää valittaessa. Lopuksi ohjauksen vaikuttavuus arvioidaan. (Vänskä ym. 2011,16-19,35-37; Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 24; Lipponen ym. 2006; Ohtonen 2006.)

Alanen (2002) tutki Hyvinkään sairaalan sisätautien, kirurgian ja päiväkirurgian poliklinikoiden potilaiden (n=882) tarpeita ja toiveita tiedonsaannista. Tutkimuksen mukaan potilaat pitivät tärkeänä tiedonsaantia sairaudestaan, hoitoon liittyvistä tutkimuksista ja toimenpiteistä sekä lääkehoidosta. Tietoa haluttiin saada henkilökohtaisesti lääkäreiltä ja hoitajilta ymmärrettävässä muodossa. Lisää tietoa potilaat kaipasivat sairauden kanssa selviytymisestä, erilaisista hoitovaihtoehdoista ja niihin liittyvistä riskeistä sekä sairastuneille kuuluvista sosiaalietuksista. (Alanen 2002.) Koistinen (2012) testasi Sairaalapotilaan tiedontarve-mittarin toimivuutta gastrologisilla ja urologisilla potilailla. Samalla Koistinen kartoitti potilaiden tiedontarvetta. Tässäkin tutkimuksessa ilmeni, että potilaat kaipasivat tietoa sairaudestaan, sen oireista ja mahdollisista komplikaatioista. (Koistinen 2012.)

Arkkila ym. (2011) testasivat Sairaalapotilaan tiedontarve-mittarin toimivuutta TYKS:n tulevalla vatsatoimialueella hoitajien (n=60) näkökulmasta. Hoitajien mielestä potilasohjauksen tulisi sisältää tietoa sairauden oireista ja tutkimuksis-

ta, mutta ohjauksen tulisi myös tarjota potilaalle sairauden kanssa selviämiseen arjessa. (Arkkila ym. 2011.) Heikkinen (2011) tutki päiväkirurgisia ortopedisia leikkauspotilaita potilasohjauksesta. Tutkimuksen tarkoituksena oli kehittää voimavaraistumista tukeva internetperustainen potilasohjausohjelma ja arvioida sitä. Tutkimukseen osallistuneiden (n=120) mukaan internetperustainen potilasohjaus oli helppokäyttöinen. Tutkimuksessa huomattiin sairaanhoitajan ohjaukseen käyttämän ajan puolittuminen, kun käytettiin internetperustaista potilasohjausta. (Heikkinen 2011.)

Jylhä (2007) arvioi Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntalaisille suunnattua Hyvis -portaalia ja sen neuvontapalvelun käyttöä ja vaikutuksia. Hyvis -portaali on verkkovälitteinen informaationsivusto, josta voidaan hakea luotettavaa tietoa itse tai saada ohjaus- ja neuvontapalvelua sähköisesti. Neuvontapalvelun on todettu auttavan asiakkaita ja olevan hyödyllinen lisä palvelujärjestelmään. (Jylhä 2007.) Castrén (2008) selvitti tutkimuksessaan sähköisen viestinnän ja verkko-neuvonnan käyttöä ja asenteita niitä kohtaan opiskelijaterveydenhuollossa. Lääkäreiden (n=52) asenteet esimerkiksi sähköpostin käyttöön potilastyössä olivat positiiviset ja se koettiin normaalia vastaanottotyötä helpottavaksi. Opiskelijoiden (n=3153) osalta tulokset olivat vastaavia. Aihetta on tutkittu vähän ja verkkopalveluiden käyttöön liittyvien tiedonsuojausmenetelmien käyttöön on kiinnitettävä erityistä huomiota. (Castrén 2008.)

3 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TAVOITE JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, miten Salon aluesairaalan työkäiset (18- 64-vuotiaat) gastroenterologiset potilaat saavat tarvitsemansa ohjauksen sairautensa hoitamiseen. Tavoitteena on kehittää Salon aluesairaalan gastroenterologisten potilaiden potilasohjauksen menetelmiä.

1. Mistä Salon aluesairaalan gastroenterologiset potilaat saavat tietoa sairaudestaan?
2. Millä tavoilla Salon aluesairaalan gastroenterologiset potilaat haluaisivat saada tietoa sairaudestaan?

4 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN

Tämä tutkimus toteutettiin osana Varsinais-Suomen Sairaanhoidopiirin ja Turun Ammattikorkeakoulun yhteistä projektia, Tulevaisuuden sairaala- Hoitotyön kehittämiprojektia 2009-2015 (Hoi-Pro). Hoi-Pro-projekti on osa T-Pro hanketta, jonka tavoitteena oli suunnitella sairaalan palvelut toimialakohtaisesti. Hoi-Pro-projekti jakaantuu osa-alueittain Hoitotyön toimintatavat, Osaava ja hyvinvoiva henkilöstö, Potilasohjaus ja Kummiluokkatoiminta. Tämä opinnäytetyö on osa Potilasohjaus-tehtävää. (Kummel ym. 2012.) Aiheeksi valikoitui gastroenterologiset potilaat ja heidän tiedontarpeensa, sillä pitkäaikaiset gastroenterologiset sairaudet, kuten IBD, ovat yleistyneet ja erilaisille potilasohjausmenetelmille on tarvetta hoitoaikojen lyhentyessä ja tietoyhteiskunnan kehittyessä.

Opinnäytetyön teko käynnistyi kirjallisuuskatsauksen teolla. Tiedonhakuja tehtiin tätä työtä varten Medic-, Medline-, Cinahl- ja Cochrane-tietokannoista eri hakusanoilla ja niiden yhdistelmillä sekä manuaalisesti aiheeseen liittyvää kirjallisuutta lukemalla sekä eri julkaisujen lähdeluetteloita selaamalla. Käytettyjä hakusanoja tietokannoissa olivat ”gastroenterologia”, ”gastroenterology”, ”potilaan ohjaus”, ”hoidonohjaus”, ”internet”, ”eHealth”, ”patient education/guidance”, ”nursing” ja ”chronic illness”. Gastroenterologian olessa aiheena kovin laaja, päädyttiin rajaamaan työ koskemaan vain potilaita, joilla on diagnoosina tulehduksellinen suolistosairaus eli IBD. Uusi haku suoritettiin lisäämällä hakusanoiksi ”ibd” ja ”tulehdukselliset suolistosairaudet”. Mukaan otettavien tutkimusten valintakriteereinä käytettiin kokotekstin saatavuusmahdollisuutta, vuosilukurajaukseen (2002-2012) sekä tekstin englannin- tai suomenkielisyyttä. Yhdistelmähakuina tietokannoista valittiin tekstin perusteella Cinahl neljä, Medic kuusi ja Medline kuusi (Taulukko 1.).

Taulukko 1. Tiedonhaun tulokset.

TIETOKANTA	HAKUSANAT	TULOS	OTSIKON PERUSTEELLA HAETUT	TIIVISTELMÄN PERUSTEELLA HAETUT	KOKO TEKSTIN PERUSTEELLA VALITUT
Cinahl	patient education + IBD	2	2	2	2
Cinahl	IBD+ Adult+ Nursing	19	7	2	2
Medic	Potilaan ohjaus ja Tulehduksellinen suolistosairaus	7	1	1	1
Medic	Potilaan ohjaus + krooninen sairaus + menetelmät	22	2	2	2
Medic	Potilaan ohjaus + hoitotyö + krooninen sairaus	17	1	1	1
Medic	Internet + Potilasohjaus	12	4	2	1-2
Medic	Tulehduksellinen suolistosairaus ja Potilaan ohjaus	4	1	1	1
Medline	IBD + nursing + patient education	22	3	3	3
Medline	IBD + Patient guidance + adult	3	3	3	3
Yhteensä					16

Toimeksiantosopimus tehtiin Salon aluesairaalan kanssa (Liite 1.) ja tutkimuslupahakemus (Liite 2.) alustavan kirjallisuuskatsauksen kanssa lähetettiin tammi-kuun 2013 lopulla VSSHP:n hoitotyön toimistoon, josta lupa myönnettiin maaliskuun 2013 alussa.

Kvantitatiivisella eli määrällisellä tutkimusotteella tavoitellaan yleistettävää tietoa laajasta kohderyhmästä. Kvantitatiivinen tutkimusote perustuu tilastollisten menetelmien käyttöön, muuttujien mittaamiseen ja muuttujien välisten suhteiden tarkasteluun. Kvantitatiivisia tutkimusmenetelmiä ovat muun muassa survey-

tutkimukset eli kyselyt, haastattelut ja havainnointi. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 41,82; Gerrish & Lacey 2007, 158,163.)

Survey-tutkimus on tutkimustyyppi, jossa aineistoa kerätään haastattelun, havainnoinnin tai kyselyn avulla standardoidusti määritellyltä tutkimusotokselta. Kyselytutkimus on siis yksi survey-tutkimuksen laji, jolla voi kerätä aineistoa tutkittavasta ilmiöstä. Kyselytutkimuksen etuna on, että sen avulla on mahdollista kerätä tietyt kriteerit täyttävältä joukolta laajaa tietoa tehokkaasti ennalta laadituilla kysymyksillä. Kyselytutkimusta käytettäessä voidaan huomioida aineiston keruuseen kuluva aika ja kustannukset. Kyselytutkimuksen heikkouksina voidaan pitää aineiston pinnallisuutta ja vaatimattomuutta sekä vastaajiin liittyviä haittatekijöitä, kuten vastaajien suhtautuminen kyselylomakkeen täyttöön tai vastaajien perehtyneisyys aihealueeseen. Kyselylomakkeeseen liittyviä haittoja ovat sen suunnitteluun kuluva aika ja kysymysten laatu. (Burns & Grove 2009, 245; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 82; Hirsjärvi ym. 2005, 182-184.)

Tässä tutkimuksessa haluttiin selvittää, mistä Salon aluesairaalan gastroenterologinen potilasryhmä oli saanut tietoa sairaudestaan ja millä tavoin potilaat haluaisivat saada ohjausta. Opinnäytetyön tekijöillä oli käytettävissä vain rajallisesti aikaa johtuen opinnäytetyön tiukasta toteutusaikataulusta ja siksi tutkimusmenetelmäksi valittiin kyselytutkimus, sillä sen avulla oli mahdollista saada lyhyessä ajassa suuri määrä vastauksia tutkimusongelmiin. Kyselytutkimuksella tavoiteltiin suurelta potilasjoukolta yleistettävää tietoa gastroenterologisten potilaiden tiedonsaantimenetelmistä ja tarpeista.

Mittarilla tarkoitetaan sitä välinettä, jolla on tarkoitus tuottaa objektiivista tietoa tutkittavasta ilmiöstä. Mittari voi olla kyselylomake, osa laajemmasta kysymyssarjasta tai yksittäinen kysymys. (Metsämuuronen 2000, 43.) Mittaria laadittaessa on huomioitava laajan ja luotettavan kirjallisuuskatsauksen tekeminen, jotta mittarin sisältö kattaa tutkittavan ilmiön täsmällisesti ja luotettavasti (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 87; Metsämuuronen 2000, 49).

Mittari laadinta tapahtuu määrittämällä kirjallisuuskatsauksen pohjalta se tieto, mitä mittarilla halutaan kerätä ja päättämällä käytettävä aineistonkeruumenetelmä. Tämän jälkeen on päätettävä yksittäisten kysymysten sisältö, rakenne, sanamuoto ja käytettävä mitta-asteikko. Mittarin raakaversiota tulee arvioida, testata ja muokata jo laadintavaiheessa, jotta se vastaisi tutkimusongelmiin tehokkaasti. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 88-89; Metsämuuronen 2000, 44,50.) Huomiota on kiinnitettävä myös kysymysten määrään ja vastamiseen kuluvaan aikaan, joka ei saisi olla 15 minuuttia pidempi (Hirsjärvi ym. 2005, 192). Strukturoidussa mittarissa kysymysten muoto ja järjestys on kaikille tutkimukseen osallistujille sama, mikä säästää tutkijan aikaa ja kustannuksia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 88-89; Metsämuuronen 2000, 44,50.)

Kysymysten rakenne vaikuttaa saatujen vastausten laatuun ja aineiston luokitteluun. Esimerkiksi monivalintakysymysten osalta vastausvaihtoehdot rajattuja, jolloin saatu tieto voi olla suppeampaa, kun taas avointen kysymysten avulla saatu tieto on laajempaa, mutta aineiston luokittelu ja analysointi vie enemmän aikaa. Mitta-asteikkona mittarissa voidaan käyttää nominaali-, ordinaali- tai välimatka-asteikkoa. Esimerkiksi Likertin asteikossa on 5-7 vastausvaihtoehtoa väliltä täysin samaa mieltä - täysin eri mieltä ja vastaaja valitsee näistä lähinnä omaa mielipidettään olevan vastausvaihtoehdon väittämiin. Likert-asteikko mittaa vastaajan asennetta annettuja väittämiä kohtaan. Likert-asteikon haittana voidaan nähdä sosiaalinen suotavuus, mikä tarkoittaa, että vastaajilla on taipumus valita se vaihtoehto, jota he olettavat odotettavan. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 88-89; Gerrish & Lacey 2007, 373; Hirsjärvi ym. 2005, 188-191.)

Tätä opinnäytetyötä varten laadittiin oma mittari eli kyselylomake (Liite 3.), sillä valmista mittaria ei ollut käytettävissä. Mittari laadittiin osittain yhdessä kahden muun opinnäytetyöntekijäryhmän kanssa, joten samaa kyselylomaketta käytetään tämän tutkimuksen lisäksi opinnäytetöissä, joissa tutkitaan potilasohjausta liittyen kardiologiseen potilasryhmään sekä diabetesta ja reumaa sairastaviin potilaisiin. Mittarin laadinta aloitettiin tutustumalla kirjallisuuskatsauksen

avulla tutkimuksen kohteena olevaan ilmiöön eli gastroenterologiseen potilasryhmään ja potilasohjaukseen.

Kyselylomake sisälsi kolme taustakysymystä (kysymykset 1-3), joilla selvitettiin vastaajan sukupuolta, ikää ja koulutustasoa. Lisäksi lomakkeessa oli 26 väittämää, joihin vastattiin 5-portaisen Likert-asteikon vaihtoehdoilla 1= ei lainkaan, 2= vähän, 3= melko paljon, 4= paljon, 5= erittäin paljon. Väittämien 4- 16 avulla tavoiteltiin tietoa tutkimusongelmaan yksi eli millä tavoin vastaaja oli saanut tietoa sairaudestaan ja väittämillä 17- 29 tutkimusongelmaan kaksi eli millä tavoin hän haluaisi saada tietoa/potilasohjausta sairaudestaan. Lomakkeen lopussa oli yksi avoin kysymys, jossa vastaajaa pyydettiin kertomaan millä muilla kuin kyselyssä mainituilla tavoilla hän haluaisi saada tietoa sairaudestaan.

Kyselylomake pyrittiin muotoilemaan yksinkertaiseksi ja selkeäksi rakenteeltaan, jotta se houkuttelisi vastaamaan. Kysymyslomake tulostettiin kaksipuolisena. Lomakkeen toisella puolella esitettiin kysymykset 4-16 ja kääntöpuolella kysymykset 17- 29 sekä yksi numeroimaton avoin kysymys. Vastaajia teititeltiin tekstiosuuksissa ja lopussa osallistujaa kiitettiin osallistumisesta ja kyselylomakkeen alareunaan oli lisätty opinnäytetyön tekijöiden yhteystiedot, jos kysymyksiä ilmeni. Kysymyslomakkeen kysymykset aseteltiin siten, että niitä pystyi käyttämään kaikissa samaa kyselylomaketta käyttäneissä ryhmissä. Lomakkeiden tulostamisesta, kirjekuorien sekä postimerkkien hankinnasta vastasivat opinnäytetyön tekijät.

Otoksen valinta on kvantitatiivisessa tutkimuksessa tärkeää. Tutkimus voidaan toteuttaa kokonais- tai otantatutkimuksena. Kokonaistutkimuksessa aineisto kerätään kaikilta tietyt kriteerit täyttäviltä osallistujilta eli perusjoukolta. Tämä on usein haasteellista niin saatavan aineiston laajuuden kuin tutkimuksesta aiheutuvien kustannuksienkin takia. Tällöin hyvä vaihtoehto on otantatutkimus, joka voidaan toteuttaa satunnaisotantana, systemaattisena otantana, ositettuna otantana tai ryväotantana. Tärkeää on, että otos olisi riittävän suuri ja mahdollisimman monipuolinen sosiodemografisten piirteidensä osalta, jotta se vastaisi mahdollisimman hyvin sitä perusjoukkoa, johon tulokset halutaan yleistää. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 79-80; Gerrish & Lacey 2007, 375.)

Tutkimukseen voidaan valita alkioita perusjoukosta myös muilla tavoilla silloin, kun otannan ehdot eivät täyty. Kyseessä on tällöin näyte, jos tutkimusyksiköiden valinnassa on käytetty harkintaa ja tutkija on pyytänyt halukkaita vastaamaan kyselyyn esimerkiksi kirjeitse tai tekstiviestillä. Johtopäätösten teko näytteestä ei ole yhtä luotettavaa kuin koko kohdejoukosta tehdystä otoksesta. (Karjalainen 2010, 35.)

Otoskokoa suunnitellessa on hyvä huomioida myös mahdollinen kato eli tilanne, jossa kaikkia tutkittavaksi haluttuja henkilöitä ei saada osallistumaan tutkimukseen. Suuri kato vaikeuttaa tutkimuksen tulosten yleistettävyyttä. Kadon uhkaa voidaan ennakoida kasvattamalla tutkimusotosta tai jatkamalla kyselomakkeiden jakoaikaa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 82-83.)

Otokseksi valittiin tätä opinnäytetyötä varten 100 Salon aluesairaalan sisätautipoliklinikalla käyvää gastroenterologista potilasta. Potilasmäärää arvioitiin Salon aluesairaalan potilaskäyntien perusteella, jotka tutkimuksen yhteyshenkilö toimitti opinnäytetyön tekijöille. Käyntimäärien perusteella voitiin olettaa kyselytutkimuksen otoksen toteutuvan kolmen jakeluviikon aikana. Otos valikoitui satunnaisotantana Salon aluesairaalan sisätautien poliklinikan potilaista näiden kolmen viikon aikana.

Kyselytutkimus voidaan toteuttaa posti- ja verkkokyselynä, jossa kyselylomake lähetetään postitse mahdollisille osallistujille tai lomake täytetään sähköisenä internetissä tai kontrolloituna kyselynä, jossa tutkija jakaa kyselylomakkeet mahdollisille osallistujille. Kyselylomakkeet voidaan jakaa myös sairaaloissa tietyt kriteerit täyttävälle potilaille (Gerrish & Lacey 2007, 266). Osallistujat täyttävät kyselylomakkeen omalla ajallaan ja palauttavat sen sovitusti joko postitse valmiiksi postimaketussa kuoressa tai suljettuun keräyslaatikkoon. Näin toteutettujen kyselyiden etuina ovat aineistonkeruun vaivattomuus ja nopeus. Ongelmaksi voi muodostua vastaamattomuus eli kato. Katoa voidaan yrittää hillitä kiinnittämällä erityistä huomiota otoksen valintaan ja otoksen kokoon. (Gerrish & Lacey 2007, 266; Hirsjärvi ym. 2005, 185-186.)

Tutkimusluvan (Liite 2.) saamisen jälkeen oltiin jälleen yhteydessä Salon alue-sairaalan yhteyshenkilöön, jonka kanssa sovittiin jakelun suorittamisesta ja henkilökunnan tiedottamisesta. Tässä opinnäytetyössä käytetyt kyselylomakkeet laitettiin kirjekuoriin valmiiksi postimaksetun kirjekuoren ja saatekirjeen (Liite 4.) kanssa ja ne toimitettiin maaliskuussa 2013 omissa kirjekuorissaan Salon aluesairaalaan. Tutkimukseen valikoitui sisätautiyksiköstä lääkehoitopoliklinikka, tähystysyksikkö, gastrologian poliklinikka ja kirurgian yksikkö. Osastot valikoituivat henkilökunnan asiantuntemuksen perusteella. Yksiköiden henkilökuntaa informoitiin kirjeiden jaon yhteydessä yhdessä aamupalaverissa henkilökohtaisesti. Sen lisäksi henkilökunnalle jaettiin tiedote (Liite 5.), jossa kerrottiin opinnäytetyön tarkoituksesta ja tavoitteesta, sekä ohjeistettiin jakamaan kirjekuoret kriteerit täyttävälle potilaille vastaanottokäynnin yhteydessä helmi-maaliskuussa 2013. Jakoriteereinä valinnassa käytettiin suomenkielisyyttä ja 18-64-vuoden ikää.

Kyselytutkimukseen osallistumisen tulee olla vastaajalle vapaaehtoista ja häneltä tulee saada suostumus tutkimukseen osallistumiseen. Suostumus vaaditaan yleensä kirjallisena. Vastaajan tietoon tulee saattaa tutkimuksen tarkoitus ja tavoite, tutkimuksen kesto, vastaajaksi valikoituminen, aineiston käsittely ja hävittäminen. Nämä tiedot voidaan tarjota vastaajalle saatekirjeessä, joka annetaan vastaajalle kyselylomakkeen liitteenä. (Turku CRC 2012.)

Potilaat täyttivät kyselylomakkeen joko sairaalassa tai omalla ajallaan ja palauttivat sen mukana olleella, valmiiksi maksetulla kuorella toiselle opinnäytetyön tekijöistä postitse. Vastausten kerääminen keskitettiin näin yhdelle henkilölle. Tällä turvattiin tulosten luotettava kirjaaminen analyysia varten.

Kyselyyn vastaaminen katsottiin suostumukseksi osallistua tutkimukseen, mikä kerrottiin mahdollisille osallistujille jaetussa saatekirjeessä (Liite 4.). Kyselyyn vastattiin nimettömänä, joten vastaajan henkilöllisyys ei missään vaiheessa paljastunut opinnäytetyön tekijöille. Myöskään osastojen henkilökunta ei tiennyt, kuka lopulta kyselyyn vastasi. Tutkimukseen osallistuvilla oli mahdollisuus koko tutkimusprosessin ajan keskeyttää tutkimukseen osallistuminen. Kyselytutkimuksesta ei aiheutunut kuluja, lukuun ottamatta henkilökunnan ajankäyttöä.

Kyselylomakkeen palautti 20 vastaajaa. Osa lomakkeista jouduttiin kuitenkin hylkäämään, sillä vastaajat eivät täyttäneet työikäisyyskriteeriä. Kyselylomakkeiden jakoajan päätyttyä oltiin yhteydessä Salon aluesairaalan yhteyshenkilöön tiedustellakseen jäljelle jääneiden kyselylomakkeiden määrää, mutta sähköpostiin ei saatu vastausta. Kyselyajan jatkamista pohdittiin mahdollisten lisävastaajien tavoittamiseksi, mutta lopulta tiukka aikataulu pakotti analysoimaan tulokset saaduilla vastauksilla.

Kvantitatiivisen tutkimusaineiston analyysissä käytetään tilastollisia menetelmiä. Aineisto eli kyselylomakkeen tiedot luokitellaan tilasto-ohjelman avulla havaintomatriisiksi, josta ohjelma laskee erilaisia tunnuslukuja. Havaintomatriisissa kustakin kyselylomakkeesta eli tutkittavasta käytetään nimitystä tilastoyksikkö ja lomakkeen jokaisesta vastauksesta nimitystä muuttuja. Havaintomatriisin vaakariveillä on tilastoyksikköön liittyvät tiedot ja pystyriveille muodostuu yhden muuttujan kaikki arvot eli jakauma. Tilasto-ohjelman avulla luokitellusta aineistosta voidaan muodostaa taulukoita, joiden avulla voidaan tutkia yhden muuttujan suhdetta toiseen muuttuajaan tai kuvata tutkimustuloksia. Taulukoita voidaan esittää myös graafisesti pylväs-, viiva- tai sektoridiagrammien avulla, jolloin tutkimustulokset ovat havainnollisempia. Diagrammien käytössä on huomioitava visuaalisen vertailtavuuden periaate eli kuvio ei saa olla harhaanjohtava, vaan siinä esitettävien pinta-alojen on oltava samassa suhteessa tutkimuksessa esitettyihin luokkiin. (Holopainen & Pulkkinen 2008, 46-52.)

Analyysivaiheen tarkoituksena on selvittää millaisia vastauksia tutkija saa tutkimusongelmiinsa. Aineiston analyysitavan valitsemisessa tulee ottaa käyttöön sellainen analyysi, joka antaa parhaiten vastauksen tutkimusongelmiin. (Hirsjärvi ym. 2005, 209-213.)

Havaintoaineiston tiivistäminen aineiston keruun jälkeen havainnollistaa ja helpottaa johtopäätösten tekemistä. Aineistoa voidaan muuttaa helpommin luettavaksi tarkastelemalla muuttujia yksi kerrallaan, luokittelemalla aineistoa, taulukoimalla tai graafisesti esittämällä. (Karjalainen 2010, 38; Metsämuuronen 2006, 333.) Kun tilastoyksiköistä tutkitaan kahden eri muuttujan arvoja, tehdään ristiintaulukointi ja saadaan kaksiulotteinen jakauma. Keskiarvon, mediaanin ja

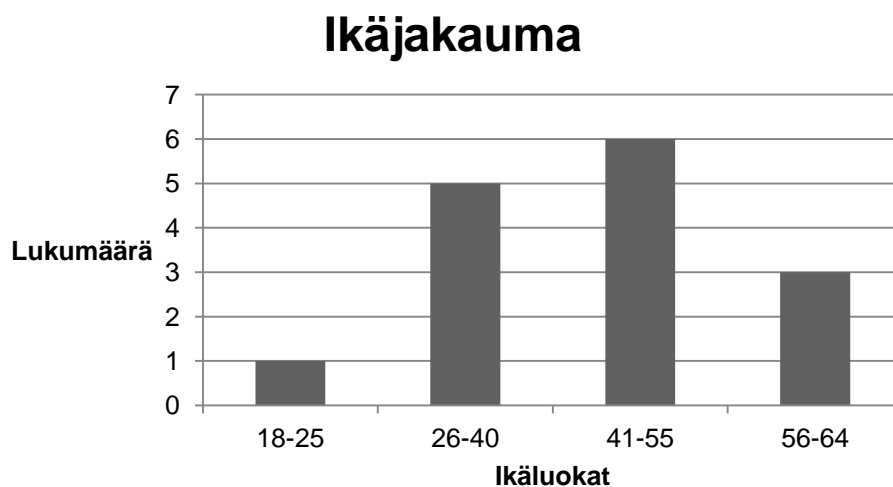
moodin tuottama arvo vaihtelee. Keskiarvossa (Ka) on huomioitu kaikki arvot, mutta suuresti muista vastauksista poikkeaminen aiheuttaa sen, ettei se kuvaa keskimääräistä arvoa. Keskihajonta (Standard Deviation=SD) kuvaa, miten vastaukset ovat keskittyneet keskiarvon läheisyyteen ja tunnuslukuna se huomioi kaikki havaintoarvot. Muuttujan ollessa välimatka-asteikollinen on sen käyttö sallittu. (Karjalainen 2010, 42, 94, 97.)

Aineisto analysoitiin tilastollisesti käyttäen SPSS Statistics 20-ohjelmistoa. Analyysia varten palautui 20 kyselylomaketta, jotka tarkastettiin ennen tietojen syöttämistä silmämääräisesti. Näistä 20 lomakkeesta jouduttiin hylkäämään viisi, sillä kyseisten lomakkeiden täyttäjät eivät täyttäneet tämän opinnäytetyön kyselytutkimukseen osallistumiskriteereitä iän osalta. Vastausprosentiksi muodostui näin 15 prosenttia. Palautuneet kyselylomakkeet numeroitiin saapumisjärjestyksessä tietojen syöttämistä varten, jolloin lomakkeet saivat juoksevan numeron. Vastaajille asetetut valintakriteerit täytti siis 15 lomaketta, joiden tiedot syötettiin tilastoanalyysia varten ohjelmaan. Tallennetuista vastauksista laskettiin SPSS-ohjelmiston avulla eri muuttujien jakaumia eli luokiteltiin vastaajat iän, sukupuolen ja koulutuksen mukaan sekä vastaukset tutkimusongelmittain. Tuloksista muodostettiin taulukoita ja kuvioita, jotka esitellään opinnäytetyön tulososiossa.

Opinnäytetyö valmistui aikataulun mukaisesti keväällä 2013. Opinnäytetyö tulosostettiin ja opinnäytetyön tulokset esiteltiin raportointiseminaarissa Turun Ammattikorkeakoulun Salon yksikössä toukokuussa 2013.

5 TULOKSET

Aineiston vastaajien ikä luokiteltiin neljään ikäluokkaan, jotta vastausjakauma erottuisi. Ikäluokat luokiteltiin seuraavasti; 18- 25- vuotiaat, 26- 40- vuotiaat, 41- 55- vuotiaat ja 56- 64- vuotiaat. Vastaajista suurin osa sijoittui 26-55- vuotiaiden ryhmään (Kuvio 1). Vastaajista naisia oli seitsemän ja miehiä kahdeksan.



Kuvio 1. Vastaajien ikäjakauma (n=15).

Kyselylomakkeessa kolmantena taustakysymyksenä tiedusteltiin vastaajien koulutusta. Vastaajista suurimmalla osalla oli kouluasteen tutkinto (Taulukko 2).

Taulukko 2. Vastaajien koulutus.

Koulutus	Lukumäärä
Ei ammatillista koulutusta	1
Kouluasteen tutkinto	9
Opistoasteen tutkinto	3
Korkeakoulututkinto	2

5.1 Vastaajien käyttämät tiedonsaantimenetelmät

Vastaajat (n=13) olivat hakeneet eniten tietoa internetin hakukoneista ja keskiarvoksi muodostui 3,08. Hajontaa (SD 1,188) esiintyi, joista viisi vastaajaa oli käyttänyt melko paljon internetin hakukoneita etsiessään tietoa sairaudestaan, kaksi paljon ja kaksi erittäin paljon. Hakukoneita oli käyttänyt vähän tai ei lainkaan yhteensä neljä vastaajaa. Keskustelupalstat, terveystaaliset ja potilasyhdistykset olivat internet-hakuina vähän käytettyjä. Vähiten (n=13) vastaajat olivat käyttäneet sosiaalista mediaa. Hajontaa oli vähän (SD 0,650) ja suurin osa vastaajista (f=9) ei ollut lainkaan käyttänyt sosiaalista mediaa tiedonhakuunsa. Kolme vastaajaa oli käyttänyt vähän ja yksi vastaaja melko paljon sosiaalista mediaa tiedonsaantiinsa. (Taulukko 3.)

Taulukko 3. Vastaajien tiedonsaantimenetelmät internetissä.

Likert-asteikko	Ei lainkaan (1)	Vähän (2)	Melko paljon (3)	Paljon (4)	Erittäin paljon (5)	n	Ka	SD
Hakukone	1	3	5	2	2	13	3,08	1,188
Keskustelupalsta	2	7	2	2	-	13	2,31	0,947
Terveystaaliset	4	5	2	2	1	14	2,36	1,277
Potilasyhdistys (web)	7	1	3	1	1	13	2,08	1,382
Sosiaalinen media	9	3	1	-	-	13	1,38	0,650

Vastaajat (n=15) olivat saaneet terveydenhuollon yksiköstä tietoa sairaudestaan keskiarvallisesti melko paljon yksilöllistä suullista ohjausta (Ka 3,33). Vastaajista kolme oli saanut vähän, seitsemän melko paljon, kaksi paljon ja kolme erittäin paljon tietoa yksilöllisellä suullisella ohjauksella (SD 1,047). (Taulukko 4.)

Kirjallista materiaalia sai vähän viisi vastaajaa. Viisi vastaajaa sai melko paljon, neljä paljon ja yksi vastaaja erittäin paljon. Keskiarvollisesti vastaajat (n=15) saivat melko paljon kirjallista ohjausta (Ka 3,07). Vähiten vastaajat (f=14) olivat saaneet tietoa sairaudestaan terveydenhuollon kautta puhelimen välityksellä tekstiviestitse. Ryhmäohjausta (f=14), vertaistukiryhmiä (f=14) ja sähköpostia (f=14) ei vastaajien mukaan ollut lainkaan käytetty tai vähän käytetty. (Taulukko 4.)

Taulukko 4. Vastaajien tiedonsaantimenetelmät terveydenhuollosta.

Likert-asteikko	Ei lain- kaan (1)	Vä- hän (2)	Mel- ko pal- jon (3)	Pal- jon (4)	Erittäin paljon (5)	n	Ka	SD
Yksilöllinen suullinen ohjaus	-	3	7	2	3	15	3,3 3	1,047
Kirjallinen materiaali	-	5	5	4	1	15	3,0 7	0,961
Ryhmäohjaus	13	1	-	-	-	14	1,0 7	0,267
Sähköisesti, sähköposti	13	1	-	-	-	14	1,0 7	0,267
Puhelimitse, suullisesti	6	5	2	1	1	15	2,0 7	1,223
Puhelimitse, tekstiviestillä	14	-	-	-	-	14	1,0 0	0,000
Potilasyhdistyksiltä	11	1	2	-	-	14	1,3 6	0,745
Vertaistukiryhmä	13	1	-	-	-	14	1,0 7	0,267

5.2 Vastaajien toivomat tiedonsaantimenetelmät

Vastaajat (n=12) toivoisivat saavansa internetissä tietoa sairaudestaan eniten potilasyhdistysten web- sivujen kautta (Ka=3,42). Vastaajista yksi haluaisi saada tietoa erittäin paljon, kuusi paljon ja kolme melko paljon. Yksi vastaaja ei haluaisi lainkaan ja yksi vähän tietoa potilasyhdistysten kautta. Terveysportaalit olivat tiedonhaun kohteena (n=13) keskiarvolla 3,38. Vastaajista kaksi ei haluaisi lainkaan tietoa terveysportaaleilta ja kuusi vähän. Kolme vastaajaa haluaisi melko paljon ja kaksi paljon tietoa terveysportaaleiden kautta. Vähiten vastaajat (n=12) haluaisivat tietoa sosiaalisen median välityksellä. Kuusi vastaajaa ei haluaisi lainkaan, neljä vähän, yksi melko paljon ja yksi paljon tietoa sosiaalisen median kautta. (Taulukko 5.)

Taulukko 5. Vastaajien toivomat tiedonsaantimenetelmät internetissä.

Likert-asteikko	Ei lain- kaan (1)	Vä- hän (2)	Mel- ko pal- jon (3)	Pal- jon (4)	Erittäin paljon (5)	n	Ka	SD
Hakukone	1	1	5	5	-	12	3,17	0,937
Keskustelupalsta	4	4	4	-	-	12	2,00	0,853
Terveysportaalit	2	6	3	2	-	13	3,38	0,961
Potilasyhdistys (web)	1	1	3	6	1	12	3,42	1,084
Sosiaalinen me- dia	6	4	1	1	-	12	1,75	0,965

Vastaajat (n=15) kaipaivat terveydenhuollon yksiköltä yksilöllistä potilasohjausta (Ka=4). Seitsemän vastaajaa haluaisi erittäin paljon, kaksi paljon, viisi melko paljon ja yksi vähän yksilöllistä suullista ohjausta. Kirjallinen materiaali nousi esille seuraavana toiveena (n=15). Viisi vastaajaa halusi erittäin paljon, viisi pal-

jon ja neljä melko paljon kirjallisena materiaalina. Yksi vastaaja ei haluaisi lainkaan kirjallista materiaalia. Vastaajista (f=12) ei haluaisi lainkaan ohjausta tekstiviestinä. Yksi vastaaja haluaisi melko paljon ja yksi paljon ohjausta tekstiviestin välityksellä. Kahdeksan vastaajaa ei haluaisi lainkaan ryhmäohjausta ja neljä vähän. Kaksi toivoi ryhmäohjausta melko paljon. Keskiarvoksi muodostui (Ka 1,57). (Taulukko 6.)

Taulukko 6. Vastaajien toivomat tiedonsaantimenetelmät terveydenhuollosta.

Likert-asteikko	Ei lain-	Vä-	Mel-	Pal-	Erit-	n	Ka	SD
	kaan	hän	ko	jon	täin			
	(1)	(2)	(3)	(4)	(5)			
Yksilöllinen suullinen ohjaus	-	1	5	2	7	15	4	1,069
Kirjallinen materiaali	1	-	4	5	5	15	3,87	1,125
Ryhmäohjaus	8	4	2	-	-	14	1,57	0,756
Sähköisesti, sähköposti	6	4	3	1	-	14	1,93	0,997
Puhelimitse, suullisesti	5	2	4	2	2	15	2,60	1,454
Puhelimitse, tekstiviestillä	12	-	1	1	-	14	1,36	0,929
Potilasyhdistyksiltä	4	7	2	1	-	14	2,71	1,267
Vertaistukiryhmä	8	3	1	1	1	14	1,86	1,292

Avoimessa vastausvaihtoehdossa vastaajat antoivat kolme ehdotusta potilasohjauksesta. Ravinto-ohjausta kaivattiin luentojen muodossa ja ajantasaista tietoa sairauden hoidosta sähköpostin muodossa. Kaksi vastauksista koski ajantasaisen tiedon saantia ja yksi vastaus ravinto-ohjausta.

6 TUTKIMUKSEN EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

6.1 Tutkimuksen eettisyys

Kaikessa tieteellisessä toiminnassa on huomioitava tutkimuseettiset näkökohdat ja hyvä tieteellinen käytäntö. Hyvä tieteellinen käytäntö tarkoittaa, että tutkija toimii rehellisesti, huolellisesti ja arvokkaasti tutkimusta tehdessään, huomioi käyttämiensä tutkimusmenetelmien tieteellisyyden ja eettisyyden, välttää vilppiä ja raportoi tutkimuksen tuloksista avoimesti huomioiden myös muut tutkimuksen tekoon osallistuneet. Eettisyyden merkitys korostuu etenkin terveystieteissä ja hoitotieteissä sekä muissa ihmisen inhimillisestä toiminnasta kiinnostuneissa tieteissä. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 172-179; Burns & Grove 2009, 184, 189-206; Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 360-364; Gerrish & Lacey 2007, 31-39.)

Hoitotieteellistä tutkimusta ohjaavat tutkimuseettinen neuvottelukunta Etene, Helsingin julistus (1964) sekä World Health Organisationin (WHO 2002) ja American Nurses Associationin (ANA 1995) julkaisemat eettiset ohjeistukset. Helsingin julistus on laadittu alun perin lääketieteellisen tutkimuksen tarpeisiin, mutta se soveltuu hyvin myös hoitotieteelliseen tutkimukseen. Näissä ohjeistuksissa esitetään, että tutkijan tulee huomioida tutkimuksen eettisyys jo tutkimusaihetta valitessaan, tutkimus ei saa aiheuttaa haittaa tai kärsimystä siihen osallistuville ja tutkimuksesta saatavan hyödyn tulee olla suurempi kuin tutkimuksesta osallistuville mahdollisesti koituva haitta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 172-179; Burns & Grove 2009, 184, 189-206; Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 360-364.)

Tutkimuksen eettisyys huomioitiin tässä opinnäytetyössä perehtymällä tutkittavaan ilmiöön kirjallisuuskatsauksen avulla. Aiheen valinnassa huomioitiin tutkimuksesta saatava hyöty eli tieto siitä, miten gastroenterologiset potilaat halusivat saada tietoa sairaudestaan ja miten he sitä etsivät. Tämä tieto auttaa potilasohjauksen kehittämisessä ja resurssien kohdentamisessa kasvaville gastroenterologisille potilasmäärille.

Hyvän tieteellisen käytännön mukaan tutkimuseettiset näkökohdat on huomioitava koko tutkimusprosessin ajan, jo tutkimussuunnitelmaa laadittaessa ja tutkimuslupaa haettaessa. Suunnitelmasta on käytävä ilmi, miten tutkimukseen osallistujat ovat valikoituneet ja miten heidän anonymiteettinsä turvataan. Mikäli tutkimus kohdistuu potilaisiin, on haettava myös eettisen toimikunnan lausunto. (Turku CRC 2012; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 180-183; Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 360-364; Gerrish & Lacey 2007, 31-39.)

Tässä opinnäytetyössä aiheen valinnan perusteet, tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimusongelmat kuvattiin huolellisesti tutkimussuunnitelmassa. Suunnitelmassa kerrottiin, että kyselylomake jaetaan kaikille työikäisyyden (18-64 vuotta) ja suomenkielisyyden kriteerit täyttävälle Salon aluesairaalan sisätautiyksiköiden potilaille kolmen viikon aikana maaliskuussa 2013. Kyselyyn vastaaminen tapahtui nimettömänä, eikä osallistujien henkilöllisyys tullut missään vaiheessa opinnäytetyöntekijöiden tai hoitohenkilökunnan tietoon. Suunnitelmassa kuvattiin myös aineiston keruumenetelmä, analysointi sekä hävittäminen tutkimuksen jälkeen sekä tulosten julkaiseminen.

Tutkimukseen osallistuvilta tulee saada mielellään kirjallinen suostumus ja heille on kerrottava mahdolliset negatiiviset seuraukset, joita tutkimukseen osallistuminen voi aiheuttaa. Kirjallisen suostumuksen sijaan tutkimukseen osallistuva voi antaa suostumuksensa esimerkiksi kyselytutkimuksissa myös vastaamalla kyselyyn. Tutkijan tulee kunnioittaa osallistujia ja turvattava heidän itsemääräämisoikeutensa ja anonymiteettinsä koko tutkimusprosessin ajan. Tutkimukseen osallistumisen tulee olla vapaaehtoista ja sen keskeyttämisen on oltava mahdollista prosessin kaikissa vaiheissa. (Turku CRC 2012; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 172-179; Burns & Grove 2009, 184, 189-206; Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 360-364; Gerrish & Lacey 2007, 31-39; Helsingin julistus 1964.)

Tämän opinnäytetyön kyselytutkimukseen osallistuville jaettiin kyselylomakkeessa saatekirje, jossa kerrottiin tutkimuksen tavoite ja tarkoitus sekä se, että vastaaminen oli vapaaehtoista. Erillistä suostumuslomaketta ei tätä opinnäytetyötä varten tehty, mutta saatekirjeessä kerrottiin, että kyselyyn vastaaminen katsotaan suostumukseksi osallistua tutkimukseen. Kirjeessä kerrottiin

myös, ettei vastaajan henkilöllisyys tulisi missään vaiheessa opinnäytetyön tekijöiden tai hoitohenkilökunnan tietoon sekä se, että kaikki vastausaineisto hävitetään tutkimuksen päätyttyä.

Tutkimusraportin kirjoittamisessa huomioitavia eettisiä näkökohtia ovat puutteellinen raportointi, plagiointi, tulosten sepittäminen ja tutkimusapurahojen väärinkäyttö. Tutkimusraportin laadintaan on kiinnitettävä erityistä huomiota kuvaamalla huolellisesti kaikki prosessin vaiheet. Tutkimuksen tulokset on kuvattava tulosluvussa puhtaina tuloksina, eikä niitä pidä arvottaa. Myös negatiiviset tulokset ja tutkimuksen puutteet tulee kuvata realistisesti. Tutkimusaineiston säilyttäminen tutkimusprosessin ajan sekä hävittäminen sen jälkeen on hoidettava suunnitelmallisesti ja asianmukaisesti ja tämä prosessi tulee kirjata tutkimusraporttiin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 182-184; Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 360-364; Gerrish & Lacey 2007, 31-39.)

Tämän opinnäytetyön tekoprosessi ja tulokset kuvattiin huolellisesti ja kattavasti tässä kirjallisessa työssä. Vastauskuoret palautuivat postitse toiselle opinnäytetyöntekijöistä. Lomakkeet säilytettiin huolellisesti analyysivaiheen ajan niin, ettei ulkopuolisilla ollut mahdollisuutta niiden lukemiseen. Aineiston tallennus tehtiin huolellisesti ja tallennetut vastaukset tarkastettiin. Aineisto analysoitiin kattavasti ja tulokset julkaistiin niitä vääristelemättä. Opinnäytetyön kustannuksista vastasivat tutkimuksen tekijät, eikä ulkopuolista rahoitusta käytetty. Tutkimuksen kaikissa vaiheissa toimittiin hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeiden mukaisesti. Turun ammattikorkeakoulu on sitoutunut HTK 2012- ohjeeseen (TENK 2013).

6.2 Tutkimuksen luotettavuus

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuutta arvioidaan tutkimuksen **validiteettia** ja **reliabiliteettia** tarkastelemalla. Tutkimuksen validiteettia tarkasteltaessa arvioidaan, miten hyvin tutkimuksessa on kyetty mittaamaan sitä, mitä oli tarkoitus mitata ja kuinka hyvin tulokset on yleistettävissä perusjoukkoon. Tuloksia yleistettäessä on myös huomioitava, kuinka hyvin tutkittava otos edustaa perusjouk-

koa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 152; Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 206-207; Hirsjärvi ym. 2005, 216-217.)

Tähän opinnäytetyöhön valittiin otokseksi sata Salon aluesairaalan sisätautiyksikön gastroenterologista potilasta. Otoksen katsottiin olevan riittävän suuri, jotta saatuja tuloksia voitaisiin yleistää koskemaan kaikkia Salon aluesairaalan gastroenterologisia potilaita. Vastauksia saatiin kuitenkin vain 20 kappaletta, joista viisi jouduttiin hylkäämään, mikä oleellisesti heikentää tulosten yleistettävyyttä.

Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuus perustuu oikein valittuun mittariin. Mittarin tulee kattaa koko tutkittava ilmiö ollakseen luotettava. On suositeltavampaa käyttää jo olemassa olevaa, valmista mittaria. Mikäli päädytään kehittämään tutkimukseen oma mittari, on sen teoreettisen rakenteen tarkastelu, arviointi ja esitestaaminen tärkeää. Edellä mainitun mittarin sisältövaliditeetin tarkastelussa voidaan käyttää myös ulkoisia asiantuntijoita. Sisältövaliditeetin ohella on tarkasteltava myös mittarin ulkoista validiteettia eli mittaamisesta riippumattomia tekijöitä eli väliin tulevia tekijöitä. Näitä voivat olla tutkimukseen osallistuvilla oleva tieto tutkittavasta ilmiöstä tai muut osallistujien taustamuuttujat. Näiden muuttujien lisäksi on tarkasteltava otoksen riittävyttä ja kattavuutta sekä otoksen ja kadon suhdetta. Katoanalyysiä voidaan käyttää ulkoisen validiteetin turvaamiseksi, mutta tämä on mahdotonta esimerkiksi silloin, kuin tutkijalla ei ole suoraa kontaktia tutkittaviin, eikä hän näin ollen tiedä ketkä tutkimuslomakkeen ovat saaneet ja ketkä ovat jättäneet siihen vastaamatta. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 152-156; Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 206-207; Hirsjärvi ym. 2005, 216-217.)

Vaikka tämän opinnäytetyön vastausprosentti olikin pieni, kyselylomakkeella näytti olevan mahdollista saada tavoiteltua tietoa gastroenterologisten potilaiden tiedonsaannista. Kyselylomakkeen väittämät esitettiin selkeästi ja yksiselitteisesti ja niihin vastaamiseen oli lomakkeen yläosassa selkeät ohjeet. Kyselylomakkeen sisältö kattoi siis tutkimusilmiön. Kyselylomakkeen ulkoasun selkeydessä ei siis ollut puutteita.

Aineistonkeruu-aika oli tässä työssä kolme viikkoa maaliskuussa 2013 johtuen opinnäytetyön tiukasta tekoaikataulusta. Mikäli aikataulu olisi ollut joustavampi, olisi pidennetty aineistonkeruu-aika voinut tuottaa enemmän vastauslomakkeita, mikä olisi oleellisesti parantanut tutkimuksen luotettavuutta.

Mittarin reliabiliteettia tarkastellaan arvioimalla sen sisäistä johdonmukaisuutta, pysyvyyttä ja vastaavuutta. Sisäinen johdonmukaisuus tarkoittaa, että jokainen osamittari mittaa samaa asiaa. Mittarin pysyvyydellä viitataan sen kykyyn tuottaa sama mittaustulos eri mittauskerroilla. Mittarin vastaavuudella viitataan sen kykyyn tuottaa yhteneväiset mittaustulokset eri mittaajien kesken. Mittarin reliabiliteettia voidaan parantaa esitestaamalla mittaria, antamalla mittarin käyttöön hyvä ohjeistus ja minimoimalla aineistonkeruusta aiheutuvia virheitä, kuten esimerkiksi mittarista johtuvia tekijöitä, kuten kysymysten määrä, laatu ja ymmärrettävyys tai vastaajista johtuvia tekijöitä, kuten väsymys, kiire tai ympäristötekijät. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 156-157; Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 207; Hirsjärvi ym. 2005, 216-217.)

Tätä opinnäytetyötä varten luotiin oma mittari, jota käytettiin ainakin kahdessa muussa opinnäytetyössä. Mittaria ei testattu koeryhmillä ennen opinnäytetyön tekoa, mikä vähentää mittarin luotettavuutta. Osa palautetuista kyselylomakkeista oli ohjeista huolimatta puutteellisesti täytettyjä ja ne jouduttiin hylkäämään. Näissä lomakkeissa vastaaja ei ollut vastannut kaikkiin väittämiin, kuten lomakkeessa ohjeistettiin. Osa lomakkeista oli kuitenkin täytetty ohjeiden mukaisesti, joten syy ei välttämättä ollut lomakkeen ohjeistuksessa. Voidaan miettiä, oliko vastaajilla kiire tai kiinnostuksen puute tutkimusta kohtaan tai minkälainen vaikutus oli kyselyn ajankohdalla potilaan kannalta. Tutkimukseen osallistuvien diagnoosi tai poliklinikalla käynnin syy ei käy ilmi aineistosta. Voidaan miettiä, mikä vaikutus on esimerkiksi akuutin syyn takia sairaalassa käyneiden vastausmotivaatioon. Opinnäytetyön tekijät ottivat keruuajan päättymisen jälkeen yhteyttä Salon aluesairaalan yhteyshenkilöön kysyäksään mahdollisten jäljelle jääneiden kyselylomakekuorien määrää, mutta tähän ei saatu vastausta.

Tutkimusaineiston analyysissä käytettiin kvantitatiiviselle aineistolle sopivaa SPSS-tietokoneohjelmistoa ja aineisto analysoitiin kaikkien kysymysten osalta.

Avoimeen kysymykseen oli vastannut vain kolme osallistujaa, joten sisällönanalyysi jäi vajaaksi näiden vastausten osalta. Näidenkin vastausten sisältö kuvattiin kuitenkin totuudenmukaisesti tulosluvussa. Tutkimuksen tulokset raportoitiin kokonaisuudessaan, mikä lisää tutkimuksen luotettavuutta.

7 POHDINTA

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää, mistä työikäiset Salon aluesairaalan gastroenterologiset potilaat saavat tarvitsemansa potilasohjauksen ja tiedon sairaudestaan. Opinnäytetyö oli osa Hoi-Pro-projektia, jonka tavoitteena on kehittää potilasohjausta. Potilasmäärien lisääntyessä ja hoitoaikojen lyhentyessä potilasohjaukselta vaaditaan yhä enemmän tehokkuutta. Potilasmäärien ja tehokkuusvaatimusten kasvaessa potilasohjaukseen käytettävä aika kuitenkin vähenee, mikä luo tarpeen ohjausmenetelmien kehittämiseksi. Sähköisten ohjausmenetelmien käytön on aiemmissa tutkimuksissa todettu helpottavan normaalia vastaanottotyötä, vähentävän siihen kuluva aikaa ja olevan hyödyllinen lisä palvelujärjestelmään (Heikkinen 2011; Castrén 2008; Jylhä 2007). Tämän opinnäytetyön tavoitteena on edesauttaa saadun tiedon perusteella potilasohjauksen kehittämistä.

Tutkimusongelmalla yksi selvitettiin, mistä potilaat olivat saaneet tietoa ja ohjausta. Tulokset osoittavat, että potilaat ovat saaneet ohjausta pääasiassa vastaanotolla suullisesti sekä kirjallisesti. Osa vastaajista oli saanut myös puhelimitse annettua ohjausta. Tekstiviestitse tai sähköpostitse tapahtuvaa ohjausta ei ollut käytetty. Potilasyhdistyksiltä oli saatu vähän tietoa. Potilaat olivat hakenneet tietoa itsenäisesti internetistä erilaisten hakukoneiden avulla. Potilaat olivat hakenneet tietoa sairauteensa jonkin verran myös keskustelupalstoilta ja potilasyhdistyksiltä sekä erilaisilta terveystaaleilta.

Tutkimusongelmalla kaksi selvitettiin, millä keinoin potilaat haluaisivat saada tietoa sairaudestaan. Tämän opinnäytetyön tulokset osoittavat, että potilaat kaipaavat edelleen perinteisiä potilasohjausmenetelmiä eli henkilökohtaisesti kohdennettua suullista ohjausta sekä kirjallista materiaalia sairauteensa liittyen. Ryhmäohjausta potilaat eivät juuri kaipaa tämän opinnäytetyön tulosten mukaan. Jonkin verran potilaat kaipaavat tietoa myös potilasyhdistyksiltä ja vertaistukiryhmistä. Osa vastaajista halusi saada tietoa myös sähköpostitse tai tekstiviestillä. Potilaat ovat kiinnostuneita myös jatkossa hakemaan tietoa internetistä potilasyhdistysten sivuilta ja erilaisten terveystaalien kautta. Keskustelupal-

toilla oli osa potilaista valmis käymään, mutta sosiaalista mediaa ei kaivattu tämän opinnäytetyön tulosten mukaan.

Tuloksia tarkasteltaessa käy selkeästi ilmi, että potilaat kaipaavat edelleen perinteistä henkilökohtaista potilasohjausta, kuten esimerkiksi Alasenkin (2002) tutkimuksesta kävi ilmi. Kuitenkin kiinnostus internetin käyttöön on kasvussa ja erilaisia hakukoneita käytetään tiedon etsimiseen. Myös keskustelupalstoilta saadun vertaistuen merkitys korostui tiedonhaussa. Avoimeen kysymykseen saatujen harvojen vastausten perusteella potilaat kaipaavat uusinta tietoa sairaudestaan sekä ravintosuosituksista. Samankaltaisia tuloksia olivat saaneet myös Koistinen (2012) ja Alanen (2002), joiden tutkimustulosten mukaan potilaat kaipaavat tietoa sairauden oireista, hoitomenetelmistä ja lääkehoidosta.

IBD-sairaudet ovat kroonisia sairauksia, joiden taudinkuva vaihtelee oireettomista jaksoista voimakkaasti oireileviin. Taudin syntyyn ei juuri voida vaikuttaa, mutta oireilevien jaksosten alkamista voidaan jonkin verran estää oikealla ruokavaliolla ja terveillä elintavoilla. Tähän elämänhallintaan potilaat kaipaavat tukea myös aiempien tutkimusten perusteella. Koistinen (2012), Arkkila ym. (2011) ja Sonninen (2006) toteavat tutkimuksissaan, että elämänhallinnan tunteeseen voidaan vaikuttaa oikein kohdennetulla potilasohjauksella.

Potilasohjauksen tarve on erilainen sairauden eri vaiheissa. Akuutissa vaiheessa potilas haluaa mahdollisesti keskittyä oireita lievittävän hoidon saamiseen, mutta sairauden rauhallisessa vaiheessa potilaalla on aikaa paneutua tiedon hakuun enemmän. (Vänskä ym. 2011.) Myös tiedon vastaanottaminen voi olla vaikeutunutta akuuttijakson aikana. Itsenäiseen tiedonhakuun voidaan kannustaa tarjoamalla virallisten tahojen tai potilasyhdistysten verkko-osoitteita. Jo nyt on tarjolla muun muassa Käypä hoito-ohjeistuksia potilaille sekä esimerkiksi VSSHP:n ohjepankki, mutta tällaisten ohjeistusten määrää voisi jatkossa lisätä. Kehittämällä internet-perustaisia ohjaussivustoja voitaisiin helpottaa palvelujärjestelmän kuormittumista tarjoamalla potilaalle tutkittua tietoa sähköisesti. Näin pystyttäisiin karsimaan myös turhia vastaanottokäyntejä. Osa käynneistä voisi hoitua myös tarjoamalla tietoa ja ohjausta sähköisesti. Näin todetaan myös Heikkisen (2011), Castrénin (2008) ja Jylhän (2007) tutkimustuloksissa.

Opinnäytetyön tekoprosessi alkoi syksyllä 2012. Aiheen valinta oli pitkä prosessi ja aiheen rajaaminen oli haasteellista. Kirjallisuuskatsauksen avulla luotiin viitekehystä tutkimussuunnitelmaa varten. Tiedonhakuja tehtäessä törmättiin aiheeseen liittyvän tutkimustiedon vähyyteen. Tulehduksellisia suolistosairauspotilaita ja heidän tiedontarpeitaan oli tutkittu kohtalaisen vähän. Myös erilaisista sähköisistä potilasohjausmenetelmistä löytyi kohtalaisen vähän tietoa. Kirjallisuuskatsauksessa keskityttiin niihin tutkimuksiin, joita aiheesta löytyi. Niiden antaman tiedon perusteella luotiin kyselylomake, jolla tavoiteltiin tietoa potilaiden käyttämistä tiedonsaantimenetelmistä. Lomakkeen ajateltiin kattavan kiinnostuksen kohteena olevan ilmiön. Nyt tutkimuksen valmistuttua lomakkeelta olisi kaivannut vielä tarkempaa tietoa potilaiden asenteista sähköisten palvelujen käyttöön sekä halutun ohjauksen ja tiedon laatuun. Lomake olisi siis voinut olla vielä yksityiskohtaisempi. Toisaalta, tutkimuksella tavoiteltiin tietoa tiedonsaantimenetelmistä eikä tiedontarpeesta.

Aikataulu muodostui haasteeksi tässä opinnäytetyöprosessissa. Tutkimusluvan saamiseen meni odotettua pidempään, joten varsinaiseen aineistonkeruuseen ei jäänyt kuin kolme viikkoa. Kyselylomakkeita jaettiin kolmen viikon ajan, mutta vastauksia saatiin vain 20, joista viisi jouduttiin hylkäämään. Vastausten vähyyks heikensi oleellisesti tulosten yleistettävyyttä ja tutkimuksen luotettavuutta. Vastausajan pidentäminen olisi voinut tuottaa lisää vastauksia ja tarjota näin kaivatua lisätietoa potilaiden tiedonsaantimenetelmistä. Mikä sitten vaikutti vastausten vähyyteen? Voidaan miettiä, vaikuttiko jakoajankohta saatujen vastausten määrään. Kolmen viikon ajanjaksoon osui pääsiäisviikonloppu, jolloin poliklinikoilla ei ollut toimintaa. Vai eivätkö vastaajat kokeneet tutkimusaihetta riittävän mielenkiintoiseksi tai tarpeelliseksi ja jättivät siksi vastaamatta kyselyyn? Vai eikö kyselykuoria jaettu poliklinikoilla riittävän tehokkaasti? Nämä kysymykset jäävät nyt vastauksetta.

Kirjallisuuskatsausta laajennettiin ja työn empiirisen toteutusosan teoriaa kirjoitettiin yhtä aikaa aineistonkeruun ja analysoinnin yhteydessä. Toteutusosaan ja tutkimuksen eettisyyteen ja luotettavuuteen oli hyvin saatavilla materiaalia, joten kirjoitusprosessi sujui vauhdikkaasti. Vastaukset analysoitiin SPSS-ohjelman

avulla. Vastausten syöttäminen ohjelmaan sekä erilaisten ajojen tekeminen oli aikaa vievää, mutta kuitenkin mielenkiintoista. Tuloksia analysoitaessa yllättävintä oli vastaajien vähäinen kiinnostus sähköistä potilasohjausta kohtaan. Suurin osa vastaajista asettui ikäryhmään 26-50, joten heidän voitaisiin olettaa käyttävän sähköisiä palveluita sujuvasti. Mielenkiintoista olisi tietää, mikä vaikuttaa vastaajien asenteisiin sähköisiä palveluja kohtaan.

Tämän opinnäytetyön perusteella potilasohjausta voitaisiin kehittää tarjoamalla potilaille luotettavaa tietoa sairauden kanssa selviämiseksi. Pääpaino ohjauksessa tulisi edelleen olla henkilökohtaisessa vastaanotolla tapahtuvassa ohjauksessa, mutta sen tueksi potilaille voitaisiin tarjota sähköisiä palveluita. Jatkossa voitaisiin tutkia, minkälaista tietoa ja ohjausta sähköisesti kannattaa tarjota.

LÄHTEET

Alanen, S. 2002. Potilaiden tiedontarpeet ja tiedonsaanti Hyvinkään sairaalan sisätautien, kirurgian ja päiväkirurgian osastoilla. Pro gradu, Lääketieteen laitos. Tampere: Tampereen yliopisto. Viitattu 6.5.2013 <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu00172.pdf>.

Arkkila, E.; Himberg, M-S. & Kallio, V. 2011. Haasteena potilasohjauksen kehittäminen - Sairaalapotilaan tiedontarve -mittarin toimivuus Turun yliopistollisen keskussairaalan tulevilla vatsatoimialueella hoitajien arvioimana. Opinnäytetyö, Hoitotyön koulutusohjelma. Turku: Turun Ammattikorkeakoulu. Viitattu 3.11.2012 https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/39658/Arkkila_Emma_Himberg_Maija-Stiina_Kallio_Vilhelmiina.pdf?sequence=1.

Arkkila, P.E.T. 2011a. Tulehduksellisten suolistosairauksien tarkentunut hoito. Osa 2: Crohnin taudin hoito. *Erikoislääkäri* 2011;21(1): 8-11.

Arkkila, P.E.T. 2011b. Tulehduksellisten suolistosairauksien tarkentunut hoito. Osa 1: Lääkehoidon valinta ja colitis ulcerosan hoito. *Erikoislääkäri* 2010; 20 (3): 113-115.

Burns, N. & Grove, S. 2009. *The Practice of Nursing Research: Appraisal, Synthesis and Generation of Evidence, Sixth Edition*. Saunders, Elsevier Inc., USA.

Castrén, J. 2008. Sähköinen viestintä ja verkkoneuvonta osana yliopisto-opiskelijoiden terveydenhuoltoa. Akateeminen väitöskirja, lääketieteellinen tiedekunta. Tampere: Tampereen yliopisto. Viitattu 12.10.2012 <http://acta.uta.fi/pdf/978-951-44-7519-1.pdf>.

Crohn ja Colitis ry. 2013. Crohnin tauti. Viitattu 20.4.2013 <http://www.crohnjacolitis.fi/cms/Crohnintauti.10.0.html>.

Crohn ja Colitis ry. 2013. Colitis ulcerosa. Viitattu 20.4.2013 http://www.crohnjacolitis.fi/cms/Colitis_ulcerosa.9.0.html.

Crohn ja Colitis ry. 2012. Viitattu 25.11.2012 <http://www.crohnjacolitis.fi/cms/Yhteensae-noin-4-5-Kelan-korvauspaetoeksen-saanutta-uutta-Crohnin-tauti-ja-colitis-ulcerosa-tapaustapaevaessae-vuoden-2010-aikana-30-3-2011.220.0.html>.

EFCCA 2012. Viitattu 25.11.2012 <http://www.efcca.org/index.php/about-efcca/what-are-ibd>.

Gerrish, K. & Lacey, N. 2007. *The Research Process in Nursing*. 5th Edition. Blackwell Publishing Ltd.

Heikkinen, K. 2011. Tiedollista voimavaraistumista tukeva internet-perustainen ohjaus päiväkirurgisille ortopedisille potilaille. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja D, osa 973. *Medica- Odontologica*. Viitattu 15.4.2013 <https://www.doria.fi/bitstream/handle/10024/70744/AnnalesD973Heikkinen.pdf?sequence=1>.

Helsingin julistus. 1964. Viitattu 21.3.2013 <http://www.laakariliitto.fi/etiikka/helsinginjulistus.html>.

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

Holopainen, M. & Pulkkinen, P. 2008. *Tilastolliset menetelmät*. 5. uudistettu painos. Helsinki, WSOY Oppimateriaalit Oy.

Jylhä, V. 2007. Terveydenhuollon verkkopalvelun tarjoama tieto ja sen vaikutukset asiakkaiden ja henkilökunnan näkökulmat. Pro Gradu. Terveystalouden ja talouden laitos. Kuopio: Kuopion yliopisto. Viitattu 11.10.2012 <http://www.kampus.uku.fi/gradut/2007/3055.pdf>.

- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro.
- Karjalainen, L. 2010. Tilastotieteen perusteet. Keuruu: Otavan Kirjapaino Oy.
- Koistinen, L. 2012. Gastrokirurgisten sekä urologisten potilaiden tiedontarpeen arviointi SPTT-mittarilla. Opinnäytetyö, Hoitotyön koulutusohjelma. Turku: Turun Ammattikorkeakoulu. Viitattu 11.5.2013 <https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/40683/opn.pdf?sequence=1>.
- Kummel, M. & Projektiryhmä. 2012. Projektisuunnitelma. Tulevaisuuden sairaala- Hoitotyön kehittämisprojekti 2009-2015 (Hoi-Pro). Turun ammattikorkeakoulu.
- Käypä hoito 2.5.2011, Crohnin tauti. Viitattu 1.11.2012 <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/naytaartikkeli/tunnus/hoi50029>.
- Kääriäinen, M. 2007. Potilasohjauksen laatu: Hypoteettisen mallin kehittäminen. Väitöskirja, Lääketieteellinen tiedekunta, Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulu: Oulun yliopisto. Viitattu 20.4.2013 <http://herkules oulu.fi/isbn9789514284984/isbn9789514284984>.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 1992/785. Viitattu 23.11.2012 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>.
- Laki terveydenhuollon ammattihenkilöistä. 1994/557. Viitattu 24.4.2013 <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1994/19940559>.
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2009. Etiikka hoitotyössä. 1. -4. painos. Helsinki: WSOY.
- Lipponen, M.; Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 4/2006, Oulu: Oulun yliopistollinen sairaala, Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos, Oulun yliopisto. Viitattu 20.4.2013 http://www.ppsph.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf.
- Luukkonen, P. 2008. Anaalifisteli. Lääketieteellinen Aikakauskirja Duodecim 2008; 124 (8) s. 921-6.
- Metsämuuronen, J. 2000. Metodologian perusteet ihmistieteissä. Viro, Voru, Jaabes OU.
- Ohtonen, H. 2006. Potilasohjaus – Hoitotyön punainen lanka. Sairaanhoitaja-lehti 2006: 10, pääkirjoitus. Viitattu 10.5.2013 https://www.sairaanhoitajaliitto.fi/amatilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/10_2006/paakirjoitus/potilasohjaus_hoitotyon_punainen/.
- Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. (toim.) 2006. 1.-3. painos. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki: WSOY.
- Salo, M. 2010. Tulehduksellisen suolisairauspotilaan alueellinen hoitoprosessi Valkeakosken aluesairaalassa. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja no. 2 16 s, Tampere : Pirkanmaan sairaanhoitopiiri. Viitattu 31.10.2012 <http://www.tays.fi/download.aspx?ID=7709&GUID={DCB6CC0E-A369-485A-B8B8-679E82811EF5}>.
- Sonninen, E. 2006. Potilasohjaus elämänhallinnan tukena. Tulehduksellista suolistosairautta sairastavien potilaiden kokemuksia ohjauksesta. Pro gradu, hoitotieteen laitos. Kuopio: Kuopion yliopisto. Viitattu 3.11.2012 http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/amatilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/10_2006/muut_artikkelit/elamanhallintaa_tukevan_ohjaukse/.
- TENK. 2013. Tutkimuseettinen neuvottelukunta. Hyvän tieteellisen käytännön ohje 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö. Viitattu 1.4.2013 <http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanta>.

Turku Clinical Research Centre. Tutkittavan tiedote ja suostumuslomake. Viitattu 24.11.2012 <http://www.turkucrc.fi/?s=29>.

Vsshp ohjepankki. 2013. Viitattu 7.1.2013 <http://ohjepankki.vsshp.fi/fi/tulosta/2610/7438/>.

Vänskä, K.; Laitinen-Väänänen, S.; Kettunen, T. & Mäkelä, J. 2011. Onnistuuko ohjaus? Sosiaali- ja terveysalan ohjaustyössä kehittyminen. Helsinki: Edita Prima.



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

**OPINNÄYTETYÖN
TOIMEKSIANTOSOPIMUS**

1

OPISKELIJAN TIEDOT

Nimi // Renita Mäkinen & Pia Lassila
 Osoite _____
 Puhelin koti _____ Puhelin työ _____
 Sähköposti _____
 Koulutusohjelma Turku AMK, Salon toimipiste, Hoitotyön koulutusohjelma

OPINNÄYTETYÖ

Aihe/ työnimi "Gastroenterologisen potilaan potilasohjauksen tarve ja tiedonhankintamenetelmät"
 Työ on osa Hoitotyön kehittämisprojektia eli Hoi-Pro-hanketta Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirissä ja kohdistuu potilasohjauksen osa-alueeseen Salon Aluesairaalaassa. Tutkimuksen tavoitteena on selvittää gastroenterologisen potilaan potilasohjauksen tarvetta ja tiedonhankintamenetelmiä.
 Aikataulu Syksy 2012- kevät 2013

TOIMEKSIANTAJA

Organisaatio Salon Aluesairaala
 Työn ohjaaja / yhteyshenkilö Anne Hedman *AINA RUTH-JETÄLI*
 Osoite Sairaalanatie 9, 24130 Salo
 Puhelin 02-3344410 Sähköposti anne.hedman@tyks.fi

OHJAAVAN OPETTAJAN YHTEYSTIEDOT

Ohjaava opettaja Tiina Pelander
 Puhelin 044-9075486 Sähköposti tiina.pelander@turkuamk.fi

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

VARSINAIS-SUOMEN SAIRAANHOITOPIIRI EGENTLIGA FINLANDS SJUKVÄRDSDISTRIKT		HOITOTYÖN TUTKIMUS- JA OPINNÄYTETYÖ	
LUPAHAKEMUS (katso erilliset ohjeet: http://www.vsshp.fi/fi/tutkimus) Hakemus lähetetään VSSH, TYKS, Hoitotyön toimisto, suunnittelija, PL 52, 20521 TURKU		Nro <u>13/2013</u>	
TUTKIMUSLUVAN HAKIJA/HAKIJAT		<input checked="" type="checkbox"/> Uusi tutkimus <input type="checkbox"/> Jatko/Muutos lupaan	
Nimi/nimet: Pia Lassila Renita Mäkinen			
Osoite:			
puhelin:		sähköposti:	
Opiskelu- tai työpaikka		Turun ammattikorkeakoulu, Salon yksikkö. Hoitotyön koulutusohjelma, hoitotyö.	
Opinnäytetyö		<input type="checkbox"/> Väitöskirja <input type="checkbox"/> Pro gradu <input checked="" type="checkbox"/> Opinnäytetyö/AMK <input type="checkbox"/> muu, mikä?	
<input type="checkbox"/> Lisensiaattityö <input type="checkbox"/> Ylempi AMK			
TUTKIMUKSEN/OPINNÄYTETYÖN TIIVISTETTY KUVAUS mm. tutkimuksen nimi, päätaivoitteet, menetelmät, aineisto, tutkimuksen suostuspaikka, tutkimuksen merkitys)		Opinnäytetyön nimi on Salon aluesairaalan gastroenterologisen potilaan potilasohjaus. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, miten Salon aluesairaalan työikäiset (18- 64-vuotiaat) gastroenterologiset potilaat saavat tarvitsemansa ohjauksen sairautensa hoitamiseen. Tavoitteena on kehittää Salon aluesairaalan gastroenterologisten potilaiden potilasohjauksen menetelmiä. Aineisto kerätään kyselylomakkeen avulla Salon aluesairaalan sisätautiyksikön gastroenterologisilta potilailta (n=100) maaliskuussa 2013. Varsinais-Suomen Sairaanhoidopiiriin ja Turun Ammattikorkeakoulun yhteinen projekti. Tulevaisuuden sairaala- Hoitotyön kehittämisprojekti 2009-2015 (Hoi-Pro) on osa T-Pro hanketta, jonka tavoitteena oli suunnitella sairaalan palvelut toimialakohtaisesti. Tämä työ on osa Hoi-Pro-projektin Potilasohjauksen kehittämishanketta, jonka tavoitteena on kehittää potilasohjausta yksilöllisemmäksi ja tehostetummaksi. (Kummel ym. 2012.)	
tutkimussuunnitelma erillisessä liitteessä (max. 5 s.)			
TUTKIMUKSEN HAJAAJA(T)		24.1.2013 <i>Pia Lassila</i> allekirjoitus/nimen selvennys 0440075486	
HTEYSTIEDOT		24.1.2013 <i>Renita Mäkinen</i> allekirjoitus/nimen selvennys SIRA MÄKINEN 0449075484 TURUN AMMATTIKORKEAKOULU	
TOUMUS JA ILKAISULUPA		Sitoudun noudattamaan hyvää tutkimuskäytäntöä, sairaalan yleisiä sääntöjä sekä vaihtolovelvollisuutta (http://www.vsshp.fi/fi/tutkimus/1074 , www.turkuccr.fi).	
IHOITAJAN USUNTO JA DYSHENKIN REÄMINEN SHP:ssä		24.1.2013 <i>Pia Lassila</i> hakijan allekirjoitus/nimen selvennys PIA LASSILA hakijan allekirjoitus/nimen selvennys	
24.1.2013 <i>Renita Mäkinen</i> hakijan allekirjoitus/nimen selvennys RENITA MÄKINEN hakijan allekirjoitus/nimen selvennys			
Yhdyshenkilö/virka/toimen nimike: _____ (yh nimeää)			
Puollan <input type="checkbox"/> En puolla <input type="checkbox"/>			
Ylihoitaja(t) <u>1</u> _____ allekirjoitus/nimen selvennys _____ allekirjoitus/nimen selvennys			
TOTYÖN ANTUNTIJAIMÄN ISUNTO		<input checked="" type="checkbox"/> Lupaa puolletaan <input type="checkbox"/> Ei puollata. Perustelu (tarv. liitteenä) <input type="checkbox"/> Pyydetään lähettämään eettiselle toimikunnalle	
26.12.2013 <i>Pia Lassila</i> allekirjoitus/nimen selvennys			
<input checked="" type="checkbox"/> Pyydetään lisäselvityksiä: <i>ei. päätökseksi. H. e. riht. päätös.</i>			
TUNNISTAMINEN		Eettisen toimikunnan lausunto saatu (liitteenä) _____	
<input checked="" type="checkbox"/> Myönnetty <input type="checkbox"/> Ei myönnetty			
5.13.2013 <i>Pia Lassila</i> allekirjoitus/nimen selvennys		<i>Renita Mäkinen</i> allekirjoitus/nimen selvennys	
VSSH:n/sairaalan nimen saa julkaista tutkimusraportissa/opinnäytetyössä Haluan nähdä tutkimusraportin/opinnäytetyön ennen julkaisuluvan antoa		Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/>	
Päätös annettu tiedoksi hakijalle <u>11.13.2013</u> Päätöksen antoi <u>HLL</u>			

Vastatkaa jokaiseen alla olevaan väittämään ympyröimällä sitä parhaiten kuvaava vastausvaihtoehto tai vastatkaa omin sanoin sille varattuun tilaan.

- | | |
|---------------------|---------------------------------|
| 1. <u>Sukupuoli</u> | 1. nainen |
| | 2. mies |
| 2. <u>Ikä</u> | _____vuotta |
| 3. <u>Koulutus</u> | 1. ei ammattikoulutusta |
| | 2. kouluasteen ammattitutkinto |
| | 3. opistoasteen ammattitutkinto |
| | 4. korkeakoulututkinto |

Mistä olette saaneet/hakeneet tietoa sairauteenne liittyen?

(asteikolla 1-5; 1=ei lainkaan, 2= vähän, 3= melko paljon, 4=paljon, 5=erittäin paljon)

Olen hakenut tietoa internetistä

- | | | | | | |
|--|---|---|---|---|---|
| 4. Hakukoneista, esim. Google, muut hakukoneet | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Keskustelupalstoilta | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Terveysportaaleista, esim. Terveyskirjasto.fi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Potilasyhdistysten web-sivuilta | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Sosiaalisesta mediasta | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Olen saanut tietoa terveydenhuollon yksiköstä

- | | | | | | |
|--------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 9. Yksilöllistä ohjausta suullisesti | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Kirjallista materiaalia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 11. Ryhmäohjausta | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Sähköisesti, esim. sähköpostitse | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Puhelimitse suullisesti | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. Puhelimitse tekstiviestillä | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Potilasyhdistyksistä | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Vertaistukiryhmistä | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Miten haluaisitte saada potilasohjausta sairauteenne liittyen?**Hakemalla tietoa internetistä**

- | | | | | | |
|---|---|---|---|---|---|
| 17. Hakukoneista, esim. Google, muut hakukoneet | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 18. Keskustelupalstoilta | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 19. Terveysportaaleilta, esim. Terveysportti.fi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 20. Potilasyhdistysten web-sivuilta | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 21. Sosiaalisesta mediasta | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Terveydenhuollon yksiköstä

- | | | | | | |
|---------------------------------------|---|---|---|---|---|
| 22. Yksilöllistä ohjausta suullisesti | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 23. Kirjallista materiaalia | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 24. Ryhmäohjausta | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 25. Sähköisesti, esim. sähköpostitse | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 26. Puhelimitse suullisesti | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 27. Puhelimitse tekstiviestillä | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 28. Potilasyhdistyksistä | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 29. Vertaistukiryhmistä | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Haluaisitteko saada sairauteenne liittyvää ohjausta muulla tavoin, kuin kyselyssä mainituilla?

-----Lämmin kiitos vastauksestanne!

Yhteistyöterveisin, sairaanhoitajaopiskelijat

Pia Lassila

Renita Mäkinen

Saatekirje

Olemme kaksi Turun ammattikorkeakoulun sairaanhoitajaopiskelijaa. Teemme opinnäytetyötämme varten kyselyä gastroenterologiselle potilasryhmälle potilasohjauksesta. Tavoitteenamme on selvittää, millaisilla menetelmillä Te haluaisitte saada ohjausta sairauteenne liittyen. Tutkimustuloksia tullaan hyödyntämään potilasohjauksen kehittämisessä. Olette valikoituneet kyselylomakkeen saajiksi suomenkielisyytenne ja työikäisyytenne myötä. Teidän vastauksenne on meille erittäin tärkeä, jotta tämänhetkinen tilanne saadaan kartoitettua. Tämä opinnäytetyö on saanut tutkimusluvan ja noudattaa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin tutkimuskäytännön ohjeita.

Kaikki vastaukset käsitellään luottamuksellisesti, eivätkä vastauksenne tule Teitä hoitaneen yksikön tietoon, eikä Teidän henkilöllisyyttänne voida tunnistaa. Vastauksenne analysoidaan tietokoneohjelman avulla ja opinnäytetyön tulokset raportoidaan Turun Ammattikorkeakoulussa toukokuussa 2013. Kyselyyn vastaaminen tulkitaan suostumukseksi osallistua tutkimukseen ja opinnäytetyön valmistuttua lomakkeet hävitetään. Vaikka kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista, pyydämme Teitä palauttamaan lomakkeen viikon kuluessa opinnäytetyön tekijöille palautuskuorella, jonka postimaksu on maksettu puolestanne.

Kiitos osallistumisestanne!

Vastaamme mielellämme mahdollisiin kysymyksiinne!

Yhteistyöterveisin sairaanhoitajaopiskelijat,

Pia Lassila

Opinnäytetyön ohjaajat

Tiina Pelander

puh. 044-9075486

Ylhäistentie 2, 24130 Salo.

tiina.pelander@turkuamk.fi

Renita Mäkinen

Sirpa Nikunen

puh. 044-9075494

sirpa.nikunen@turkuamk.fi

Henkilökunnan tiedote

Teemme opinnäytetyötämme gastroenterologisen potilasryhmän tiedonhaku-menetelmistä. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää gastroenterologisen potilaan potilasohjausta.

Tämä osasto/poliklinikka osallistuu tutkimuksen tekoon. Alla ohjeet kyselomakkeiden jakoon.

Tutkimukseen osallistumiskriteerit

- Suomenkielisyys
- 18-64 -vuoden ikä
- Sellainen vointi, että pystyy vastaamaan kyselyyn itse tai omaisen avustamana

Kyselylomakkeiden jakaminen

- Kyselylomake saatekirjeineen annetaan kaikille osastolla/poliklinikalla viikoilla 11-13 käyville potilaille. Potilas vastaa lomakkeeseen omalla ajallaan, laittaa lomakkeen mukana olevaan palautuskuoreen ja laittaa kuoren postiin. Kyselylomakkeeseen vastaaminen katsotaan suostumukseksi osallistua tutkimukseen.

Lisätietoja tutkimukseen liittyen:

- Hoitotyön opiskelijat Pia Lassila ja Renita Mäkinen
- Ohjaajina lehtorit: TtT Tiina Pelander, puh. 044-9075486 (tiina.pelander@turkuamk.fi) ja THM Sirpa Nikunen, puh. 044-9075494. (sirpa.nikunen@turkuamk.fi)