

Johanna Jalkanen

Elektiivisen ortopedisen selkäleikkauspotilaan tiedonsaanti

Metropolia Ammattikorkeakoulu

Sairaanhoitaja YAMK

Kliininen asiantuntija

Opinnäytetyö

Maaliskuu 2013

Tekijä Otsikko	Johanna Jalkanen Elektiivisen ortopedisen selkäleikkauspotilaan tiedonsaanti
Sivumäärä Aika	17 sivua Maaliskuu 2013
Tutkinto	Sairaanhoitaja YAMK
Koulutusohjelma	Kliininen asiantuntija
Suuntautumisvaihtoehto	
Ohjaaja	TtT, lehtori Liisa Montin
<p>Vuosittain Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä (HUS) leikataan noin 500 elektiivistä ortopedista selkäleikkausta. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata elektiiviseen selkäleikkaukseen tulevia potilaita ja näiden tiedonsaantia sairaalahoitonsa aikana ja lisäksi sitä, onko taustatekijöillä yhteyttä saatuun tietoon.</p> <p>Aineiston keruu tapahtui maalisi-syyskuun aikana 2012 kaikilta suostumuksensa antaneilta elektiiviseen ortopediseen selkäleikkaukseen tulleilta suomenkielisiltä potilailta (n=100). Aineiston keruussa käytettiin Sairaalapotilaan tiedonsaantimittaria (SPTS, © Leino-Kilpi, Salanterä, Hölttä). Tämä mittari sisältää 40 väittämää, jotka koostuvat kuudesta eri tieto-alueesta: biologis-fysiologinen, toiminnallinen, sosiaalinen, kokemuksellinen, eettinen ja taloudellinen. Vastaukset ovat asteikolla 1-4 (1= Täysin samaa mieltä, 2= Jokseenkin samaa mieltä, 3= Jokseenkin eri mieltä, 4= Täysin eri mieltä). Vaihtoehto ”ei koske minua” jätettiin lopullisen analyysin ulkopuolelle.</p> <p>Vastaajien keski-ikä oli 58 vuotta (KH 16.5, vaihteluväli 21–87 vuotta) ja naisten osuus vastaajista oli 60 %. Ammatillista koulutusta 18 %:lla ei ollut lainkaan ja ammattikoulun käyneiden osuus oli suurin, 33 %. Työelämässä olevia oli vastaajista 37 %. Eläkkeellä olevien määrä vastaajissa oli suurin, 53 %. Sosiaali- ja terveysalan työkokemusta oli vastaajista 23 %:lla.</p> <p>Potilaat kokivat saaneensa tietoa eniten biologis-fysiologiselta tietoalueelta (ka = 1,42) ja toiminnalliselta tietoalueelta (ka = 1,53). Vähiten tietoa potilaat kokivat saaneensa sosiaaliselta tietoalueelta (ka = 2,21) ja taloudelliselta tietoalueelta (ka = 2,42). Taustatekijöistä ammatillisella koulutuksella, työtilanteella ja aiemmalla työkokemuksella sosiaali- ja terveysalalla näytti olevan tilastollisesti merkitsevä yhteys potilaiden tiedonsaantiin eri tietoalueilla.</p>	
Avainsanat	Tiedonsaanti, voimavaraistuminen, ortopedinen hoitotyö

Author Title Number of Pages Date	Johanna Jalkanen Elective Orthopaedic Spine Surgery Patients' Experiences of Received Knowledge of Care 17 pages March 2013
Degree	Master of Health Care
Degree Programme	Clinical Expertise
Specialisation option	
Instructor	PhD, RN Senior lecturer Liisa Montin
<p>The number of elective orthopaedic spine surgery patients is annually around 500 in Helsinki University Central Hospital (HUCH). The purpose of this study was to describe elective orthopaedic spine surgery patients' experiences of received knowledge on discharge and if there is a relationship between patient characteristics and the knowledge received.</p> <p>The data was collected from March to September 2012 from patients (n=100) undergoing elective spine surgery. A structured instrument was used to gather the data: the Received Knowledge of Hospital Patients (RKHP, Leino-Kilpi, Salanterä, Hölttä). The instrument contains 40 different items from six subscales: bio-physiological, functional, experiential, ethical, social and financial. The items were rated on a 4-point scale (1 fully agree to 4 fully disagree). An option "Does not apply to me" was excluded from analysis.</p> <p>The average age of patients was 58 years (SD 16.5, range 21 – 87 years). 60% of patients were female, 36% had matriculation examination, 23 % had university level education and 53% were retired. Most patients had not been employed in social or healthcare during their work life.</p> <p>Patients reported that they received most knowledge on bio-physiological dimension (M = 1.42), then on functional (M = 1.53), ethical (M = 2.08), experiential (M = 2.14), social (M = 2.21) and financial (M = 2.42) dimensions. Patients' experiences of received knowledge were related to professional education, employment status and if patients had been employed in social or health care during their work life.</p>	
Keywords	Received knowledge, empowerment, orthopaedic nursing

Sisällys

1	Johdanto	1
2	Potilaan tiedonsaanti	2
2.1	Tiedonsaannin osa-alueet	2
2.2	Tiedonsaanti aiemmissä tutkimuksissa	3
2.3	Tiedonsaantiin vaikuttavat taustatekijät	3
3	Toimintaympäristön kuvaus	4
4	Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite	5
5	Aineiston keruu ja aineiston keruumenetelmä	5
6	Aineiston analyysi	6
7	Tulokset	7
7.1	Kohderyhmän kuvaus	7
7.2	Potilaan saama tieto tietoaueittain	8
7.3	Taustatekijöiden vaikutus tiedonsaantiin	10
8	Luotettavuus	10
9	Eettisyys	11
11	Pohdinta	12
	Lähteet	16

1 Johdanto

Lyhyiden hoitoaikojen ja muuttuneiden hoitokäytäntöjen vuoksi potilaan ja hoitajan väliin keskusteluun ja ohjaukseen jää nykyään entistä vähemmän aikaa. Itsemääräämisoikeuden toteutumiseksi oman hoitonsa kohdalla potilas tarvitsee päätöksen tekonsa tueksi riittävästi tietoa, jonka antaminen on terveydenhuollon velvollisuus. (Torkkola, Heikkinen & Tiainen 2002.) Suomessa potilaan tiedonsaantioikeus on määritelty lakiin potilaan asemasta ja oikeuksista. Lain mukaan potilaalle tulee antaa selvitys häntä koskevan hoidon merkityksestä niin, että potilas ymmärtää sen sisällön. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.)

Potilasohjauksella on todettu olevan positiivinen vaikutus potilaan postoperatiiviseen kipuun, tietoon, ahdistuksen lievenemiseen ja sairaalassaoloajan pituuteen (Johansson ym. 2005). Lisäksi näyttäisi, että tiedonsaannilla on merkitystä terveyteen liittyvään elämänlaatuun. Potilaat, jotka ovat kokeneet saaneensa enemmän tietoa sairaalahoitojakson aikana, ovat myös kokeneet elämänlaatunsa paremmaksi. (Leino-Kilpi ym. 2005.)

Terveyden ja hyvinvoinnin laitoksen tilastoraportin mukaan Suomessa tehtiin vuonna 2010 selkäydin-/hermojuuridekompressioita (toimenpidekoodilla ABC) 5804 potilaalle. Näiden potilaiden sairaalassaoloajan keskiarvo oli 3 vuorokautta ja keski-ikä 54-vuotta. Selkärangan luudutusleikkauksia lannerangan alueella (toimenpidekoodilla NAG) tehtiin Suomessa 2619 ja näiden potilaiden hoitoajan keskiarvo oli 5 vuorokautta potilaiden keski-ikä ollessa 53. (Rautiainen & Rasilainen 2010.) Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirissä (HUS) Töölön sairaalassa elektiivisiä ortopedisia selkäleikkauksia tehdään vuosittain keskimäärin noin 500 (Tikkanen M., suullinen tiedonanto 3.10.2012.).

Tieto potilaiden saaman tiedon sisäistämisestä on tärkeää hyvän hoidonlaadun ylläpitämiseksi. On tärkeää, että potilaiden odotukset ja annettu tieto kohtaavat. (Larsson ym. 2007.) Tämän opinnäytetyön aihe syntyi tarpeesta selvittää elektiivisen selkäleikkauspotilaan tiedonsaantia sairaalajaksonsa aikana.

2 Potilaan tiedonsaanti

Kirurgisten potilaiden tiedonsaantia on tutkittu muun muassa suhteessa potilaiden odotuksiin, kokemuksiin ja elämänlaatuun. Tutkimusten mukaan riittävä tiedonsaanti ennen leikkausta tukee potilaan voimavaraistumista (Heikkinen ym. 2007). Viime vuosina voimavaraistuminen on noussut merkittäväksi osaksi potilasohjausta. Lähestymällä potilasohjausta voimavaraistavasta näkökulmasta on mahdollista täyttää potilaiden odotukset tarjoamalla ohjausta joka huomioi potilaiden yksilölliset tarpeet. (Virtanen ym. 2007.) Aikaisempien tutkimusten perusteella potilaan voimavaraistumista tukeva potilasohjaus voidaan jakaa kuuteen tiedon osa-alueeseen: biologis-fysiologinen, toiminnallinen, sosiaalinen, kokemuksellinen, eettinen ja taloudellinen (Leino-Kilpi 1998).

2.1 Tiedonsaannin osa-alueet

Voimavaraistuminen on liitetty käsitteenä elämänlaadun ja hoidon laadun arviointiin ja tätä myöten koskettaa myös potilastyytyväisyyttä. Voimavaraistumista tukevan tiedon osa-alueita ovat biologis-fysiologinen, toiminnalliseen, sosiaalinen, kokemuksellinen, eettinen, taloudellinen ja kognitiivinen osa-alue (Leino-Kilpi ym. 1998).

Biologis-fysiologinen osa-alue käsittelee potilaan sairauden oireita ja niiden tuntemusta. Toiminnallinen osa-alue painottuu päivittäisissä tilanteissa toimimiseen ja niissä selviämiseen, sekä sitä kautta myös kuntoutukseen ja fysioterapiaan. Kokemuksellisella osa-alueella potilaat kuvaavat tuntemuksiaan ja aiempia kokemuksiaan. Voimavaraistumisen katsotaan tulevan oman tietämyksen kautta tilanteen hallintana. Sosiaalinen osa-alue painottuu ihmisten välisiin sosiaalisiin suhteisiin ja tukiverkostoihin. Erietyisesti perheellä ja omaisilla on tärkeä rooli tällä osa-alueella. Hyväksyntä, luottamus ja kuuntelu ovat osa eettistä osa-aluetta ja siksi tämä on selkeästi liitetty ammatilliseen hoitotyöhön. Taloudellinen puoli tulee usein esille rahan puutteena. Työllisyyttä voidaan tarkastella myös osittain sosiaalisen osa-alueen kautta, ei vain taloudellisena selviytymisenä. (Leino-Kilpi ym. 1998.) Voimavaraistuminen liittyy vahvasti tiedonsaantiin, mutta voimavaraistuminen itsessään vaatii sen, että potilas myös sisäistää saamansa tiedon (Johansson ym. 2004).

2.2 Tiedonsaanti aiemmissä tutkimuksissa

Suomessa kirurgisten potilaiden tiedonsaantia voimavaraistumisen näkökulmasta on tutkittu muun muassa traumatologisilta, gastroenterologisilta, urologisilta sekä sydän- ja thoraxkirurgisilta potilasryhmiltä (Leino-Kilpi ym. 2005, Heikkinen ym. 2007, Rankinen ym. 2007). Lisäksi potilaiden tiedonsaantia on tutkittu myös elektiivisiltä lonkka- ja polviprotetisoiduilta potilailta (Montin ym. 2010).

Aiemmissä tutkimuksissa on osoitettu, että kirurgiset potilaat ovat kokeneet saaneensa eniten tietoa biologis-fysiologiselta (Johansson ym. 2003, Leino-Kilpi ym. 2005, Heikkinen ym. 2007, Rankinen ym. 2007 ja Montin ym. 2010) ja toiminnalliselta tietoalueelta (Johansson ym. 2003, Leino-Kilpi ym. 2005, Rankinen ym. 2007 ja Montin ym. 2010). Heikoimmaksi tiedonsaannin potilaat ovat kuvanneet taloudelliselta tietoalueelta (Leino-Kilpi ym. 2005, Heikkinen ym. 2007, Rankinen ym. 2007, Montin ym. 2010) ja sosiaaliselta tietoalueelta (Leino-Kilpi ym. 2005, Rankinen ym. 2007).

2.3 Tiedonsaantiin vaikuttavat taustatekijät

Potilaan tiedonsaantia käsittelevissä tutkimuksissa on voitu osoittaa potilaan taustatekijöillä olevan merkitystä siinä, miten potilas kokee saaneensa tietoa sairaalahoitonsa aikana. Iäkkäämmät potilaat ovat kokeneet saavansa enemmän tietoa kuin nuoret potilaat ja miehet ovat kokeneet tiedonsaannin paremmaksi kuin naiset. Ylioppilastutkiminnon suorittaneet ovat kokeneet saaneensa vähemmän tietoa kuin peruskoulun käyneet (Leino-Kilpi ym. 2005, Rankinen ym. 2007).

Myös potilaiden iällä, peruskoulutuksella ja aiemmalla sairaalahoidolla on havaittu olevan merkitystä potilaan saaman tiedon määrään. Iäkkäämmät potilaat arvioivat saaneensa vähemmän tietoa sosiaaliselta tietoalueelta kuin nuoremmat potilaat. Ne, joilla oli pidempi peruskoulutus, arvioivat saaneensa enemmän tietoa kaikilla tiedon osa-alueilta. Kuitenkin kokonaisuutena iäkkäämmät ja huonommin koulutetut näyttäisivät arvioineen saaneensa eniten tietoa muihin verraten. Tässäkin tutkimuksessa mainitaan aikaisemmalla sairaalahoidolla olleen merkitystä tiedon saantiin. (Heikkinen ym. 2007.)

Potilaan iällä, sukupuolella tai aiemmalla koulutuksella ei näyttäisi olevan merkitystä tekoniivelpotilaan tiedonsaantiin. Sen sijaan potilaan tyytyväisyys sairaalajaksoonsa

sekä aiempi hoito samassa sairaalassa ja kotiutuminen suoraan kotiin leikkauksen jälkeen vaikuttivat potilaan kokemukseen tiedonsaannista. Aiemmin samassa sairaalassa hoidossa olleet potilaat kokivat saaneensa vähemmän tietoa sosiaaliselta tiedon osaluueelta kuin potilaat, joilla ei ollut aiempaa hoitoa samassa sairaalassa. Leikkauksen jälkeen suoraan kotiin kotiutuneet ja sairaalajaksoon tyytyväiset potilaat kokivat saaneensa enemmän tietoa toiminnalliselta, kokemukselliselta, eettiseltä ja sosiaaliselta tietoalueelta hoitonsa aikana. (Montin ym. 2010.)

3 Toimintaympäristön kuvaus

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri (HUS) muodostettiin vuonna 2000 yhdistämällä Helsingin kaupungin erikoissairaanhoito, Uudenmaan sairaanhoitopiiri ja Helsingin yliopistollisen keskussairaalan kuntainliitto. HUS on jaettu viiteen sairaanhoitoalueeseen, joihin kuuluvat HYKS, Hyvinkään, Lohjan, Länsi-Uudenmaan ja Porvoon sairaanhoitoalueet. HYKS-sairaanhoitoalue muodostuu Helsingin ja Uudenmaan yliopistollisista sairaaloista, joita on 17 Helsingissä, Espoossa ja Vantaalla. HUS:n kliininen toiminta on hallinnollisesti jaettu neljäksi tulosityksiköksi, jotka ovat medisiininen, operatiivinen, naisten- ja lastentautien sekä psykiatrian tulosityksiköt. Operatiivinen tulosityksikkö vastaa kirurgisten, anestesiologisten, tehohoidon, ensihoidon ja kivunhoidon sekä silmä- ja korvasairauksien ja neurokirurgisten palvelujen tuottamisesta HYKS-sairaanhoitoalueella. Operatiivisen tulosityksikön toiminta on jakaantunut yhteensä kahdeksaan eri kiinteistöön, joista yksi on Töölön sairaala. (HUS 2011.)

Töölön sairaalan osasto 2 on 25-paikkainen vuodeosasto, jonka erikoisalana on vaativa selkäkirurgia, kuten selkärangan alueen murtumien hoito, vaativien selkäydinkanavan ahtaumaleikkaukset ja selkärangan alueen kasvaimien leikkaushoito sekä elekttiivisten selkäkirurgisten potilaiden hoito. Akuuttivaiheen selkäydinvammautuneet potilaat HUS-piiristä hoidetaan osastolla Synapsian kuntoutuskeskukseen siirtymiseen asti. Osastolla hoidetaan myös muita ortopedisia traumapotilaita. Päivystyspotilaiden osuus on suuri, noin 80 %.

Töölön sairaalan ortopedisella ajanvarauspoliklinikalla elekttiiviset selkäleikkauspotilaat laitetaan leikkausjonoon. Potilaat saavat leikkausajan postitse kotiin. Osastolla on laadittu viime kevään aikana elekttiivisille selkäleikkauspotilaille potilasohjeet liittyen selän

alueen operaatioihin. Nämä potilasohjeet postitetaan potilaille leikkauskutsun mukana, jolloin heillä on aikaa perehtyä ohjeistukseen ennen preoperatiivista käyntiä. Jonopotilaat tulevat osastolle viikkoa ennen leikkausta preoperatiiviselle käynnille, jossa heitä haastattelee leikkaava lääkäri, anestesia­lääkäri ja sairaanhoitaja.

Selkäleikkaukset vaihtelevat lanneselän alueen välilevyn pullistumista isoihin luudutusleikkauksiin. Sairaalassa tehdään myös muun muassa selän metallikiinnityslaitteistojen poistoja ja välilevyprotetisoiteja. Osastolla potilaille annettava tieto ja ohjeistus ovat leikkauksesta riippumatta hyvin samankaltaista.

4 Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite

Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata elektiivisen ortopedisen selkäleikkauspotilaan käsityksiä saamastaan hoitoaan koskevasta tiedosta sairaalassaolon aikana. Tavoitteena on jatkossa kehittää potilasohjausta vastaamaan paremmin potilaiden yksilöllisiä tarpeita. Tarkemmin halutaan tietää

- Mitä tietoa potilaat saivat sairaalahoitonsa aikana
- Oliko potilaan taustatekijöillä yhteyttä saatuun tietoon

5 Aineiston keruu ja aineiston keruumenetelmä

Aineisto kerättiin kaikilta suostumuksensa antaneilta elektiiviseen ortopediseen selkäleikkaukseen tulleilta suomenkielisiltä potilailta (n=100) maal­is-syyskuun 2012 aikana. Soveltuvia potilaita pyydettiin osallistumaan kyselyyn preoperatiivisella käynnillä, joka toteutettiin noin viikkoa ennen operaatiota. Itse kysely annettiin suostumuksensa antaneille potilaille kotiutumista edeltävänä päivänä tai kotiutumispäivän aamuna, jotta heillä oli aikaa vastata kyselyyn rauhassa. Kyselyyn suostumuksen antaneiden potilaiden potilas­papereihin laitettiin suostumusta osoittava merkintä, jonka perusteella osattiin jakaa kyselyt oikeille henkilöille. Kyselyiden toimittamisesta huolehtivat osaston sihteeri ja sairaanhoitajat. Kirjanpidon ansiosta kotiuttava sairaanhoitaja osasi varmentaa kotiutus­tilanteessa oliko potilas jo palauttanut kyselyn takaisin. Kyselylomakkeiden yhtey-

teen oli myös lisätty potilaille lyhyt ohjeistus kirjekuoren palauttamisesta sairaanhoitajalle. Potilaat palauttivat kyselyt suljetuissa kirjekuorissa osastolta kotiutuessaan tai siirtyessään jatkohoitopaikkaan.

Tutkimuksesta rajattiin ulkopuolelle elektiivisesti selän sisäisten metallikiinnityslaitteiden poistoon tulleet potilaat. Syynä tähän oli muista potilasryhmistä eroava potilasohjaus. Tälle potilasryhmälle ei toistaiseksi ole olemassa kirjallisia potilasohjeita. Aineiston keruussa esitettiin taustakysymyksenä kysymys, jossa pyydettiin potilasta määrittämään missä leikkauksessa oli nyt ollut ja sen pohjalta muutamia saatuja vastauksia hylättiin potilaiden kuuluessa yllä mainittuun ryhmään. Lisäksi preoperatiivisella käynnillä tutkimusryhmästä jäi pois potilaita, joiden kutsuminen tutkimukseen mukaan ei olisi ollut eettisesti soveliaista (esim. vahva muistihäiriö tai pitkälle edennyt krooninen sairaus selän operaation syynä). Lisäksi tutkimuksen tekemisen aikana uusintaleikkaukseen tulleita potilaita ei kutsuttu uudelleen mukaan tutkimukseen.

Aineiston keruussa käytettiin Sairaalapotilaan tiedonsaantimittaria (SPTS, © Leino-Kilpi, Salanterä, Hölttä). Tämä mittari koostuu kuudesta eri tietoaalueesta, joiden tarkoituksena on tukea potilaan voimavaraistumista. Osa-alueita ovat: biologis-fysiologinen (8 väittämää), toiminnallinen (8 väittämää), sosiaalinen (6 väittämää), kokemuksellinen (3 väittämää), eettinen (9 väittämää) ja taloudellinen tieto (6 väittämää). Väittämiä mittarissa on yhteensä 40. Vastausvaihtoehdot ovat 1= Täysin samaa mieltä, 2= Jokseenkin samaa mieltä, 3= Jokseenkin eri mieltä, 4= Täysin eri mieltä ja 0= Ei koske minua. (Leino-Kilpi ym. 2005.) Potilaille esitettiin 10 taustakysymystä (ikä, sukupuoli, koulutus, työllisyys, aiempi työkokemus sosiaali- ja terveysalalla, perussairaudet, aiempi hoito samassa sairaalassa, leikkauksen tyyppi, jatkohoitopaikka sekä arviointi sairaalajaksesta aiempien tutkimuksien tulosten pohjalta.

6 Aineiston analyysi

Aineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin hyödyntäen SW Statistic 18 © (aiemmin SPSS) -ohjelmaa. Kyseessä on Windows-käyttöjärjestelmälle suunnattu tilastolliseen analyysiin tehty ohjelma.

Summamuuttujat muodostettiin kuudesta eri tiedon osa-alueesta, joista laskettiin keskiarvot ja keskihajonnat. Vastaus ”ei koske minua” jätettiin pois analyysistä kuten myös vastaukset, joista tiedon osa-alueen vastausprosentti oli alle 50 %. Eri ryhmien välisten erojen testaamiseen käytettiin One-way ANOVA -varianssianalyysiä. Variansseilla arvioitiin muuttujien arvon vaihtelua. Analyysi perustui ryhmien välisen ja ryhmien sisäisen vaihtelun vertaamiseen.

Taustatekijöiden vaikutusta tiedonsaantiin tarkasteltiin käyttämällä Pearsonin korrelaatiokerrointa. Menetelmällä mitattiin numeeristen muuttujien suhdetta saatuun tietoon. Student T-testillä validoitiin tulosten tilastollinen merkitsevyys. Tilastollisesti merkittävä nä p-arvona tässä on $p < 0.05$ kummallakin testillä.

7 Tulokset

Tulosten kuvauksessa kuvataan aluksi kohderyhmä ja potilaiden saama tieto tietoaluitain. Lopuksi tarkastellaan tilastollisesti merkitsevien taustatekijöiden vaikutusta potilaiden tiedonsaantiin.

7.1 Kohderyhmän kuvaus

Tutkimukseen osallistui 100 potilasta (Taulukko 1), joille tehtiin elektiivinen selän operaatio maalissyyskuun aikana 2012. Vastaajien keski-ikä oli 58 vuotta (KH 16.5, vaihteluväli 21-87 vuotta) ja naisten osuus vastaajista oli 60%. Peruskoulutukseltaan suurin ryhmä oli ylioppilaat (36 %) ja kansakoulun tai vähemmän käyneitä oli vastaajista 20 %. Vastaajista 18 %:lla ei ollut lainkaan ammatillista koulutusta. Ammattikoulun käyneiden osuus oli suurin, 33 %. Työelämässä olevia oli vastaajista 37 %. Eläkkeellä olevien määrä vastaajissa oli suurin, 53 %. Sosiaali- ja terveysalan työkokemusta oli vastaajista 23 %. Suurimmalla osasta vastaajista (65 %) oli joku pitkäaikaissairaus, esimerkiksi verenpainetauti, diabetes tai reuma. Lähes puolet (48 %) vastaajista oli aiemmin ollut hoidossa Töölön sairaalassa. Operatiivisen hoidon jälkeen 89 % potilaista kotiutui suoraan kotiin ja 11 % siirtyi jatkohoitoon toiseen sairaalaan. Suurin osa potilaista (92 %) arvioi sairaalajaksonsa olleen kokemuksena positiivinen.

Taulukko 1. Kohderyhmän kuvaus (n = 100)

	n	%	Ka (\pm kh, min-max)
Ikä	97		58 (\pm 16.5, 21-87)
Sukupuoli			
mies	40	40	
nainen	60	60	
Peruskoulutus			
Kansakoulu tai vähemmän	20	20	
Peruskoulu	23	23	
Keskikoulu	20	20	
Ylioppilas	36	36	
Ammatillinen koulutus			
Ei mitään	18	18	
Ammattikoulu	33	33	
Opistotaso	24	24	
Ammattikorkeakoulu/yliopisto	23	23	
Työtilanne			
Työssä	37	37	
Eläkkeellä	53	53	
Joku muu	10	10	
Työkokemus sosiaal i- ja terveysalalta			
Kyllä	23	23	
Ei	75	75	
Pitkäaikainen sairaus			
Kyllä	65	65	
Ei	30	30	
Aikaisempi hoito samassa sairaalassa			
Kyllä	48	48	
Ei	52	52	
Jatkohoitopaikka			
Koti	89	89	
Toinen sairaala	11	11	
Positiivinen arviointi sairaalajaksolta			
Kyllä	92	92	
Ei	4	4	

7.2 Potilaan saama tieto tietoa alueittain

Potilaat kokivat saaneensa tietoa eniten biologis-fysiologiselta tietoa alueelta (ka=1,42; kh=0,49) ja toiminnalliselta tietoa alueelta (ka=1,53; kh=0,64). Vähiten tietoa potilaat ko-

kivat saaneensa sosiaaliselta tietoalueelta (ka=2,21; kh=1,02) ja taloudelliselta tieto-alueelta (ka=2,42; kh=1,17). (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Potilaan (n=100) tiedonsaanti tietoalueittain.

Tietoalueet	n	ka	±kh
Bio-fysiologinen (8 väittämää)	96	1.42	0.486
Tutkimuksiin valmistautuminen?	91	1.37	0.626
Tehdyt tutkimukset?	95	1.42	0.629
Tutkimustulokset?	90	1.62	0.712
Hoitoon liittyvät komplikaatiot?	90	1.52	0.753
Komplikaatioiden itse estäminen?	86	1.80	0.943
Toiminnallinen (8 väittämää)	94	1.53	0.644
Tieto liikkumisesta	94	1.41	0.663
Tieto apuvälineistä	89	1.44	0.797
Tieto päivittäisestä elämästä	83	1.82	0.952
Tieto eritystoiminnasta	86	1.77	0.821
Tieto ravitsemuksesta	73	2.21	0.927
Eettinen (9 väittämää)	88	2.08	0.831
Potilaan vastuu hoidon onnistumisesta	93	1.66	0.814
Salassapito	87	2.16	1.022
Päätöksentekoon osallistuminen	85	2.12	1.028
Potilasasiakirjoihin tutustuminen	81	2.73	1.073
Kokemuksellinen (3 väittämää)	85	2.14	1.062
Keskustelu hoitoon liittyneistä tunteista	80	2.36	1.161
Kuinka aiempia kokemuksia voi si hyödyntää	73	2.33	1.106
Sosiaalinen (6 väittämää)	70	2.21	1.020
Keneltä läheiseni saavat tietoa	88	2.10	1.115
Jatkohoitomahdollisuudet	58	2.38	1.137
Kuinka voi tavata sairaalapastorin	49	2.98	1.108
Potilasjärjestöjen toiminta	53	3.21	0.988
Taloudellinen (6 väittämää)	66	2.42	1.170
Kuntoutuksen kustannukset	72	2.63	1.131
Sairauspäivärahoista	55	2.95	1.096
Tieto vakuutuksista	50	3.06	1.077

7.3 Taustatekijöiden vaikutus tiedonsaantiin

Taustatekijöistä ammatillisella koulutuksella, työtilanteella ja aiemmalla työkokemuksella sosiaali- ja terveysalalla näytti olevan tilastollisesti merkitsevä yhteys potilaiden tiedonsaantiin eri tietoaalueilla (Taulukko 3). Potilaat, joilla oli ammattikorkeakoulu- tai yliopistotutkinto, kokivat saaneensa vähemmän tietoa sosiaaliselta ($p=0.006$), eettiseltä ($p=0.003$) ja kokemukselliselta ($p=0.003$) tietoaalueelta kuin potilaat, joilla ei ollut ammatillista koulutusta. Työtilanne vaikutti tiedonsaantiin taloudellisella osa-alueella. Työelämässä olevat kokivat saaneensa vähemmän tietoa kuin eläkkeellä olevat ($p=0.024$). Työkokemusta sosiaali- ja terveysalalla omaavat potilaat kokivat saaneensa enemmän tietoa biologis-fysiologiselta tietoaalueelta kuin potilaat, joilla ei ollut työkokemusta.

Taulukko 3. Potilaiden taustatekijöiden vaikutus tiedonsaannin osa-alueisiin.

Taustamuuttujat	Bio-fysiologinen		Sosiaalinen		Taloudellinen		Eettinen		Kokemuksellinen	
	M	p	M	p	M	p	M	p	M	p
Ammatillinen koulutus				0.006				0.003		0.003
Ei mitään			1.77				1.87		1.82	
Ammattikorkeakoulu/ yliopisto			2.65				2.56		2.60	
Työtilanne						0.024				
Työssä					2.77					
Eläkkeellä					2.09					
Työkokemus sosiaali- ja terveysalalta		0.021								
Kyllä	1.34									
Ei	1.60									

Tilastollisesti merkittävä, kun $p < 0.05$

8 Luotettavuus

Määrällisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan tarkastella tutkimuksen validiteettia ja reliabiliteettia arvioimalla. Määrällisessä tutkimuksessa validiteetti osoittaa, että tutkimuksessa on mitattu juuri sitä, mitä oli tarkoituskin mitata ja reliabiliteetti osoittaa tulos-

ten pysyvyyttä, eli tutkimuksessa saatujen tulosten toistettavuutta. Käytännössä tämä tarkoittaa sitä, että samoja tutkimusmenetelmiä soveltamalla toiseen vastaavaan aineistoon saadaan riittävän samansuuntaisia tuloksia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009.) SPTS-mittarin luotettavuus on todettu hyväksi useissa aikaisemmissa tutkimuksissa (esim. Heikkinen ym. 2007, Leino-Kilpi ym. 2005, ja Montin ym. 2010).

Aineiston analyysissä epäselvät vastaukset kysymyslomakkeilla jätettiin tyhjiksi ja ne jätettiin pois analyysistä virhetulkintojen välttämiseksi esimerkiksi silloin, kun väittämään oli valittu kaksi vastausta tai kirjoitettu sanallinen vastaus, joka jättää vastaukseen liikaa tulkinnanvaraa. Lisäksi luotettavuuden ja verrattavuuden vuoksi vastaukset, joiden vastausprosentti oli alle 50 %, rajattiin ulos analyysistä.

9 Eettisyys

HUS:n operatiivisessa tulosityksikössä kaikki hoitotieteelliset tutkimuslupa-anomukset osoitetaan johtavalle ylihoitajalle ja hänen arvionsa perusteella myös eettinen toimikunta käsittelee tarvittaessa tutkimussuunnitelman (HUS, Operatiivinen tulosityksikkö 2008). Aineiston keruuseen anottiin ohjeistuksen mukainen tutkimuslupa, joka myönnettiin aineiston keruun ajalle.

Tässä työssä noudatettiin hyviä tutkimuseettisiä periaatteita. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohjeiden mukaisesti hyvältä tieteelliseltä käytännöltä edellytetään rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta aineiston keruussa, esittämisessä ja tulosten arvioinnissa. Tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmä toteuttaa tieteellisen tiedon luonteeseen kuuluvaa avoimuutta tutkimuksen tuloksia julkaistaessa ottaen huomioon muiden tutkijoiden työn ja saavutukset asianmukaisella tavalla ja niitä kunnioittaen. Hyvän tieteellisen käytännön mukaista on, että tutkimus on suunniteltu, toteutettu ja raportoitu yksityiskohtaisesti ja tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten edellyttämällä tavalla. (Suomen Akatemia 2003.)

Ihmiseen kohdistuvaa tutkimusta ei saa suorittaa ilman tutkimukseen osallistuvan kirjallista, tietoon perustuvaa suostumusta. Potilaalle tulee selvittää tutkimuksen luonne, merkitys, seuraukset ja riskit ja suostumuksen on oltava tutkittavan oletetun tahdon mukainen. Tutkimukseen osallistuvalla on annettava riittävä tieto hänen oikeuksistaan,

tutkimuksen tarkoituksesta, luonteesta ja siinä käytettävistä menetelmistä. Tieto on annettava siten, että tutkimukseen osallistuva pystyy päättämään suostumuksestaan tietoisena. Potilaalla on oikeus peruuttaa suostumuksensa milloin tahansa ennen tutkimuksen päättymistä. Potilaalle tulee antaa tieto tästä oikeudesta ennen tutkimukseen osallistumista. Suostumuksen peruuttamisesta ja tästä seuraavasta tutkimuksesta luopumisesta ei saa aiheutua kielteisiä seurauksia tutkittavalle. (Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 9.4.1999/488.)

Tähän opinnäytetyöhön osallistuvia potilaita informoitiin kirjallisesti työn taustasta ja tarkoituksesta. Lisäksi potilaille kerrottiin osallistumisen olevan ehdottoman vapaaehtoista ja ettei osallistujien henkilöllisyys paljastu missään vaiheessa. HUS:n käytännön mukaan tutkittavan tiedote ja suostumus toimitettiin potilaan äidinkielellä kyselylomakkeiden mukana.

Salassapidon onnistumisen takaamiseksi potilaiden tunnistetietoja ei merkitty tutkimuslomakkeisiin ja suostumus-lomakkeet säilytettiin asianmukaisesti niille varatussa lukollisessa kaapissa. Jos tutkimukseen suostumuksensa antaneen potilaan vointi oli leikkauksen jälkeen sellainen, ettei tutkimukseen osallistuminen olisi ollut eettisesti soveliaista, potilas jätettiin pois tutkimuksesta.

SPTS-mittarin käyttöön anottiin lupa tekijänoikeuksien haltijoilta. Lupa käyttää mittaria myönnettiin tähän opinnäytetyöhön. Mittaria koskevissa asioissa noudatettiin käyttöluvan antaneiden ohjeita ja toimittiin niiden mukaan. Kaikilla kyselylomakkeiden sivuilla oli asianmukaiset copyright-merkinnät ja lomakkeiden asianmukaisesta säilytyksestä huolehdittiin. Tekijänoikeuksien suojaamiseksi kyselylomakkeen kaikkia väittämiä ei ole julkaistu alkuperäisinä tässä työssä, vaan ainoastaan esimerkkeinä.

11 Pohdinta

Potilasohjauksella on tärkeä rooli elektiivisen ortopedisen potilaan hoitotyössä. Useat tutkimukset osoittavat riittävän ja tehokkaan ohjauksen parantavan potilastyytyväisyyttä ja nopeuttavan toipumista. Usein kuitenkin potilaiden ja hoitohenkilökunnan odotukset tiedonsaannista eivät välttämättä kohtaa, ja erityisesti yksilölliset ohjaukselliset tarpeet saattavat jäädä huomioimatta. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli tarkastella elektiivisten ortopedisten selkäleikkauspotilaiden tiedonsaantia.

Kysymykseen ”mitä tietoa potilaat saivat sairaalahoitonsa aikana” saatiin vastaus tällä kyselyllä. Tämän tutkimuksen tulokset osoittavat, että potilaat ovat kokeneet saavansa tietoa eniten biologis-fysiologiselta tietoalueelta ja toiminnalliselta tietoalueelta. Vähiten tietoa potilaat kokivat saaneensa sosiaaliselta tietoalueelta ja taloudelliselta tietoalueelta. Nämä tulokset ovat verrannollisia aiemmin saatuihin tuloksiin (Johansson ym. 2003, Leino-Kilpi ym. 2005, Heikkinen ym. 2007, Rankinen ym. 2007 ja Montin ym. 2010) SPTS-mittarilla, vaikka mittaria käytettiin nyt ensimmäistä kertaa tämän kaltaisella potilasryhmällä. Biologis-fysiologisen ja toiminnallisen tietoalueen osalta tiedon saannin korostuminen selittynee osittain kirurgisen toiminnan luonteesta. Toiminta on keskittynyt potilaan sairauden oireisiin ja niiden aiheuttamiin tuntemuksiin. Leikkauksesta toipumisessa kuntoutus ja fysioterapia näyttelevät suurta roolia päivittäisistä toimista selviämiseksi. Biologis-fysiologisen ja toiminnallisen osa-alueen tietoa potilaat saavat myös lääkäreiltä ja fysioterapeuteilta hoitajaksonsa aikana. Monesti potilaat saavatkin saman tiedon useilta eri ammattiryhmiltä. Tästä esimerkkinä mainittakoon muun muassa liikkumisen rajoitteet selkäleikkauksen jälkeen.

Toiseen kysymykseen ”oliko potilaan taustatekijöillä yhteyttä saatuun tietoon” saadut vastaukset poikkesivat jonkin verran aiemmin tutkitusta. Tämän potilasryhmän vastausten perusteella taustatekijöistä tiedonsaantiin oli merkitystä ammatillisella koulutuksella, työtilanteella ja aiemmalla työkokemuksella sosiaali- ja terveysalalla. Koulutuksen merkitystä tiedonsaantiin oli kuvattu useammassakin aiemmassa tutkimuksessa (Leino-Kilpi ym. 2005 & Rankinen ym. 2007) ja tämän suhteen tulokset olivat yhteneväisiä. Aiemmasta tutkimuksesta (Montin ym. 2010) poiketen kuitenkin iällä, sukupuolella, kotiutumisella ja hoitotytytyväisyydellä ei ollut merkitystä tiedonsaantiin eri osa-alueisiin. Tarkasteltaessa työtilanteen merkitsevyyttä tiedonsaannin osalta voidaan kuitenkin pohtia, olisiko ikä merkityksellinen tiedonsaannissa. Kysyttäessä oliko potilas työelämässä vai eläkkeellä, eläkkeellä olevat vastasivat saaneensa enemmän tietoa kuin työelämässä vielä olevat. Vastanneista (n=100) ilmoitti eläkkeellä olevansa 53 ja työelämässä 37 potilasta. Loput potilaista (n=10) olivat valinneet vastausvaihtoehdoksi joku muu. Tutkimukseen osallistuneista potilaista 97 oli vastannut taustakysymykseen iästään. Jos eläkeiän arvioidaan alkavan 63 ikävuoden kohdalla, eläkeikäisiä (63-87-vuotiaat) kyselyyn vastanneita oli 43 potilasta. Koska eläkeläisten määrä oli hieman tätä suurempi, ei suoraan voida vetää johtopäätöstä iän merkityksellisyydestä tiedonsaantiin.

Tämä oli ensimmäinen kerta kun SPTS-mittaria käytettiin tämän kaltaiselle potilasryhmälle ja otos oli aiempiin tutkimuksiin verrattuna niukka. Tavoite (n=100) kuitenkin saatiin täytettyä tutkimuksen tekemisen aikana. Tutkimuksen teko osui myös osaston toiminnassa olevan supistuksen ajalle, jolloin leikkauksia suoritettiin viikoittain huomattavasti vähemmän. Vaikka tuloksista ei voida tehdä suoraa verrantoa pienemmän otoksen vuoksi, ne olivat kuitenkin samansuuntaisia aiempien samalla mittarilla tehtyjen tutkimuksien kanssa.

Tarkasteltaessa vastauksia erityisesti taloudellisen tietoalueen väittämiin, vaikuttaa siltä, että hoitotyöntekijöille on hankalaa huomioida tämä näkökulma riittävän hyvin potilasohjaustilanteessa. Tyypillisesti nämä asiat sairaaloissa kuuluvat sosiaalityöntekijöille, joita potilaat tapaavat tarvittaessa. Tähän osa-alueeseen vastanneiden osuus oli kuitenkin vain 66 % kaikista vastanneista, mikä on varsin alhainen. Tulisiko jatkossa miettiä ratkaisua siihen, kuinka taloudelliset asiat saataisiin potilaille helpommin lähestyttäväksi ja tietoon? Eräässä lomakkeessa potilas oli erityisesti kritisoinut, ettei tämä tieto ole edes osastolta löydettävissä. Tällä hetkellä tieto löytyy vain potilaille suunnatusta infokansiosta ja on sieltä vaikeasti löydettävissä ilman ohjausta. Sairaanhoidaja voisi systemaattisesti kysyä potilailta, tarvitsevatko he taloudellisten asioiden kanssa apua ja tarvittaessa ohjata heidät sosiaalityöntekijälle.

Eryisesti huomiota herätti vastausten analyysivaiheessa vastaukset väittämään komplikaatioiden ehkäisystä. Tähän kysymykseen hyväksytysti vastanneista potilaista (n=86) 8 koki, ettei kysymys koske heitä. Kyseessä on kuitenkin 9,3 % vastanneista ja mielestäni on hyvä pohtia syytä tähän. Onko niin, etteivät potilaat olleet ymmärtäneet kysymystä oikein vai kokevatko he, ettei mahdollisia komplikaatioita voi itse ehkäistä? Todennäköisempää tietysti on, ettei kysymystä ole ymmärretty oikein, sillä muutama potilas oli antanut palautetta lomakkeiden mukana kysymyksien vaikeudesta. Komplikaatioiden ehkäisy ja sen merkityksen ymmärtäminen on kuitenkin mielestäni varsin tärkeää, sillä komplikaatioiden hoito on yhteiskunnalle kallista.

Tämän opinnäytetyön tuloksia voidaan jatkossa hyödyntää kehitettäessä elektiivisten ortopedisten selkäleikkauspotilaiden ohjausta. Jatkotutkimuksena liittyen elektiivisten selkäleikkauspotilaiden tiedonsaantiin ja pohdittaessa ohjauksen kehittämistä, voisi tutkia miksi nämä potilaat ottavat yhteyttä sairaalaan kotiutumisen jälkeen. Onko ole-

massa tietty tietoaalue, jolta kysymykset erityisesti nousevat esiin? Ovatko kyseessä ne tietoaalueet joilta potilaat ovat kokeneet tiedonsaannin heikommaksi? Vai onko niin, että potilaat ovat saaneet enemmän tietoa biologis-fysiologiselta ja toiminnalliselta alueelta siksi, että kysymykset askarruttavat eniten? Vai onko tietoa annettu liikaa, niin ettei sitä ole kyetty käsittelemään?

Lähteet

Heikkinen K., Leino-Kilpi H., Hiltunen A., Johansson K., Rankinen S., Virtanen H., Salanterä S. 2007: Ambulatory orthopaedic surgery patients' knowledge expectations and perceptions of received knowledge. *Journal of Advanced Nursing*, 60 (3): 270-278.

HUS 19.10.2011: HUS – edelläkävijä. Vaikuttavaa hoitoa potilaan parhaaksi HUS:n strategia 2012–2016.

<<http://hus01.tjhosting.com/kokous/20111310-11-65908.PDF>> (3.10.2012)

HUS, Operatiivinen tulosityksikkö, 2008. Tutkimusluvan hakeminen.

Johansson K., Leino-Kilpi H., Salanterä S., Lehtikunnas T., Ahonen P., Elomaa L. 2003: Need for change in patient education: A Finnish survey from the patient's perspective. *Patient Education and Counseling*, 51: 239-245.

Johansson K., Salanterä S., Katajisto J., Leino-Kilpi H., 2004: Written orthopaedic patient education materials from the point of view of empowerment by education. *Patient Education and Counseling*, 52: 175-181.

Johansson K., Nuutila L., Virtanen H., Katajisto J., Salanterä S. 2005: Preoperative education for orthopaedic patients: Systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, 50(2): 212-223.

Kankkunen P., Vehviläinen-Julkunen K. 2009: Tutkimus hoitotieteessä. WSOYpro.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. 2 luku, 5§: Potilaan tiedonsaanti-oikeus.

Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 9.4.1999/488. 2. luku Ihmiseen kohdistuva lääketieteellinen tutkimus, 6§: Tutkittavan suostumus.

Larsson I., Sahlsten M., Sjöström B., Lindencrona M., Plos K. 2007: Patient participation in nursing care from a patient perspective: a Grounded Theory study. *Scandinavian Journal of Caring Sciences*, 21: 313-320.

Leino-Kilpi H., Luoto E., Katajisto J. 1998: Elements of Empowerment and MS Patients. *Journal of Neuroscience Nursing*, 18: 116-123.

Leino-Kilpi H., Johansson K., Heikkinen K., Kaljonen A., Virtanen H., Salanterä S. 2005: Patient education and health-related quality of life. *Journal of Nursing Care Quality*, 20 (4): 307-316.

Montin L., Johansson K., Kettunen J., Katajisto J., Leino-Kilpi H. 2010: Total Joint Arthroplasty Patients' Perception of Received Knowledge of Care. *Orthopaedic Nursing*, 29(4): 246-253.

Rankinen S., Salanterä S., Heikkinen K., Johansson K., Kaljonen A., Virtanen H. 2007: Expectations and received knowledge by surgical patients. *International Journal for Quality in Health Care*, 19 (2): 113-119.

Rautiainen Hanna, Rasilainen Jouni. *Terveyden ja hyvinvoinnin laitos 2010: Toimenpiteelliset hoitajakset 2010. Tilastoraportti. Suomen virallinen tilasto. Terveys 2011.*

Suomen Akatemia 2003: Suomen Akatemian tutkimuseettiset ohjeet.

<<http://www.aka.fi/Tiedostot/Tiedostot/Julkaisut/Suomen%20Akatemian%20eettiset%20ohjeet%202003.pdf>> (15.1.2013)

Torkkola S., Heikkinen H., Tiainen S. 2002: Potilasohjeet ymmärrettäviksi. *Opas potilasohjeiden tekijöille. Kustannus osakeyhtiö Tammi.*

Virtanen H., Leino-Kilpi H., Salanterä S. 2007: Empowering discourse in patient education. *Patient Education and Counseling*, 66: 140-146