

Opinnäytetyö (AMK)
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja
2013

Hanna Kaartinen & Noora Sundell

POTILAAN TIEDON TARVE TYKSIN GASTROKIRURGIAN JA UROLOGIAN TOIMIALUEELLA

– Sairaalapotilaan tiedon tarve –mittarilla mitattuna



TURUN AMMATTIKORKEAKOULU
TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Hanna Kaartinen & Noora Sundell

POTILAAN TIEDON TARVE GASTROKIRURGIAN JA UROLOGIAN TOIMIALUEELLA -SAIRAALAPOTILAAN TIEDON TARVE – MITTARILLA MITATTUNA

Tämä opinnäytetyö on osa Hoitotyön kehittämisprojektia 2009-2015 (Hoi-Pro), jonka tarkoituksena on kehittää potilasohjauksesta entistä laadukkaampaa. Hoi-Pro on Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin ja Turun Ammattikorkeakoulun yhteistyöprojekti. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on arvioida potilaiden tiedon tarvetta gastrokirurgian ja urologian toimialueella käyttäen apuna Sairaalapotilaan tiedon tarve-mittaria (SPTT © Leino-Kilpi, Salanterä & Hölttä 2003). Mittarin avulla halutaan selvittää, minkälaista tietoa gastrokirurgiset ja urologiset potilaat kokevat tarvitsevansa. Tavoitteena on tuottaa tietoa potilasohjauksen kehittämiseen.

Potilasohjauksen laadun merkitys korostuu nykyään yhä enemmän hoitotyössä. Ohjauksen tulee perustua potilaan yksilöllisiin tarpeisiin. Tehokas ja yksilöllinen potilasohjaus edistää potilaan paranemista ja antaa potilaalle paremmat mahdollisuudet vaikuttaa omaan terveyteensä.

Opinnäytetyössä on kartoitettu gastrokirurgisten ja urologisten potilaiden tiedon tarvetta SPTT-mittarin avulla. Aineisto kerättiin jakamalla kyselylomakkeita neljälle Turun Yliopistollisen keskussairaalan (TYKS) gastrokirurgian ja urologian osastolle ja se toteutettiin 14.11.-17.12.2012. Lopullisen otoksen muodosti 170 vastauslomaketta, jotka syötettiin tammikuussa 2013 SPSS 20.0-ohjelmaan ja analysoitiin. Tuloksia on tarkasteltu jakamalla erikseen urologisten ja gastrokirurgisten potilaiden vastaukset ja vertailemalla niitä keskenään sekä omana ryhmänään.

Molempien potilasryhmien suurin tiedon tarve ilmeni bio-fysiologisella osa-alueella. Tietoa kaivattiin etenkin tutkimuksista ja niihin valmistautumisesta. Selkeästi vähiten tietoa tarvittiin taloudelliselta osa-alueelta, joka käsittelee hoidon kustannuksia. Tiedon tarve on selkeästi suuri ja se vaihtelee yksilöllisesti mutta myös potilasryhmien välillä. Tämän takia potilasohjauksen kehittäminen yhä yksilöllisemmäksi on tärkeää.

ASIASANAT:

gastrokirurginen, urologinen, potilas, tiedon tarve, potilasohjaus, SPTT -mittari

BACHELOR'S THESIS | ABSTRACT

TURKU UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Degree programme in Nursing | Registered nurse

2013 | 57 (9)

PhD Tiina Nurmela

Hanna Kaartinen & Noora Sundell

PATIENT'S NEED FOR INFORMATION IN THE DOMAIN OF GASTROSURGERY AND UROLOGY – MEASURED BY SPTT-SCALE

This thesis is a part of Nursing Development Project 2009-2015 (Hoi-Pro), which purpose is to develop patient education to be even better. Hoi-project is a project developed by Hospital District of Southwest Finland in cooperation with Turku University of Applied Sciences. The purpose of this thesis is to evaluate patient's need for information in the domain of gastrosurgery and urology using the SPTT-scale. The aim was to determine what kind of information gastrosurgical and urological patients want. The goal is to produce information to develop patient education.

The importance of the quality of patient education is even more highlighted in nursing these days. The counselling has to be based on patient's individual needs. Efficient and individualized patient education improves patient's recovery process and gives patients better opportunities to affect their own health.

The need for information in the domain of gastrosurgery and urology has been measured by using the SPTT-scale. The material was collected by delivering structured questionnaires to four Turku university hospital's gastrosurgical and urological wards and it was implemented 11/14/2012-12/17/2012. The final sample was formed from 170 questionnaires, which were entered to SPSS 20.0-program and analyzed. The results have been observed by separating the answers from gastrosurgical and urological patients to two different groups and by comparing them and also observing them as their own groups.

The greatest need for information in both patient groups was in the bio-fysiological area. Information was especially needed about examinations and how to prepare for them. The least information was needed in the economical area, which process the costs of the treatment. The need for information is obviously high and varies among individuals but also between patient groups.

KEYWORDS:

gastrosurgical, urological, patient, need for information, patient education, SPTT-scale

SISÄLTÖ

1 JOHDANTO	7
2 GASTROKIRURGINEN JA UROLOGINEN HOITOTYÖ TYKSISSÄ	8
2.1 Gastrokirurgian ja urologian klinikan toimialue	8
2.2 Gastrokirurginen potilas	8
2.3 Urologinen potilas	9
3 SAIRAALAPOTILAAN TIEDON TARVE	11
3.1 Potilaan oikeus tietoon	11
3.2 Bio-fysiologinen osa-alue	11
3.3 Toiminnallinen osa-alue	12
3.4 Kokemuksellinen osa-alue	13
3.5 Eettinen osa-alue	13
3.6 Sosiaalis-yhteisöllinen osa-alue	14
3.7 Taloudellinen osa-alue	15
4 POTILASOHJAUS HOITOTYÖSSÄ	16
4.1 Potilasohjaus prosessina	16
4.2 Ohjausmenetelmät	18
4.3 Hoitaja potilaan ohjaajana	19
5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	21
6 OPINNÄYTETYÖN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN	22
6.1 Tutkimusmenetelmä	22
6.2 Sairaalapotilaan tiedon tarve –mittari	23
6.3 Kohderyhmä ja aineiston keruu	24
6.4 Aineiston analyysi	25
7 TULOKSET	27
7.1 Taustamuuttujien analyysi	27
7.2 Gastrokirurgisten potilaiden tiedon tarve	32
7.2.1 Tiedon tarve bio-fysiologisella osa-alueella	32
7.2.2 Tiedon tarve toiminnallisella osa-alueella	33
7.2.3 Tiedon tarve kokemuksellisella osa-alueella	34

7.2.4 Tiedon tarve eettisellä osa-alueella	35
7.2.5 Tiedon tarve sosiaalis-yhteisöllisellä osa-alueella	36
7.2.6 Tiedon tarve taloudellisella osa-alueella	37
7.3 Urologisten potilaiden tiedon tarve	38
7.3.1 Tiedon tarve bio-fysiologisella osa-alueella	38
7.3.2 Tiedon tarve toiminnallisella osa-alueella	40
7.3.3 Tiedon tarve kokemuksellisella osa-alueella	41
7.3.4 Tiedon tarve eettisellä osa-alueella	42
7.3.5 Tiedon tarve sosiaalis-yhteisöllisellä osa-alueella	43
7.3.6 Tiedon tarve taloudellisella osa-alueella	44
8 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS	46
8.1 Eettisyys	46
8.2 Luotettavuus	48
9 JOHTOPÄÄTÖKSET	50
10 POHDINTA	53
LÄHTEET	55

LIITTEET

- Liite 1. Tutkimuslupa.
- Liite 2. SPTT-mittarin käyttö lupa.
- Liite 3. Saatekirje.
- Liite 4. Tiedote henkilökunnalle.
- Liite 5. SPTT-mittari.

KUVIOT

Kuvio 1. Ikäluokat ryhmittäin.	27
Kuvio 2. Peruskoulutus.	28
Kuvio 3. Ammattikoulutus.	29
Kuvio 4. Pääasiallinen toiminta.	30
Kuvio 5. Käynnin syy.	31

TAULUKOT

Taulukko 1. Gastrokirurgisten potilaiden tiedon tarve bio-fysiologisella osa-alueella	32
Taulukko 2. Gastrokirurgisten potilaiden tiedon tarve toiminnallisella osa-alueella.	33
Taulukko 3. Gastrokirurgisten potilaiden tiedon tarve kokemuksellisella osa-alueella.	34
Taulukko 4. Gastrokirurgisten potilaiden tiedon tarve eettisellä osa-alueella.	35
Taulukko 5. Gastrokirurgisten potilaiden tiedon tarve sosiaalis-yhteisöllisellä osa-alueella.	37
Taulukko 6. Gastrokirurgisten potilaiden tiedon tarve taloudellisella osa-alueella.	38
Taulukko 7. Urologisten potilaiden tiedon tarve bio-fysiologisella osa-alueella.	39
Taulukko 8. Urologisten potilaiden tiedon tarve toiminnallisella osa-alueella.	40
Taulukko 9. Urologisten potilaiden tiedon tarve kokemuksellisella osa-alueella.	41
Taulukko 10. Urologisten potilaiden tiedon tarve eettisellä osa-alueella.	42
Taulukko 11. Urologisten potilaiden tiedon tarve sosiaalis-yhteisöllisellä osa-alueella.	43
Taulukko 12. Urologisten potilaiden tiedon tarve taloudellisella osa-alueella.	44

1 JOHDANTO

Opinnäytetyö on osa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin (VSSHP) ja Turun Ammattikorkeakoulun yhteistyönä toteuttamaa hanketta Tulevaisuuden sairaala -Hoitotyön kehittämisprojekti 2009-2015 (Hoi-Pro). Hoi-Pro on osa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin T-sairaalan toiminnan kehittämisen hanketta (T-Pro). T-Pro –hankkeen keskeisenä tavoitteena on suunnitella sairaalan toiminnot toimialuekohtaisesti. Yhtenä kehittämisprojektin osatehtävänä on kehittää potilasohjausta. Potilasohjauksen kehittämisessä käytetään Sairaalapotilaan Tiedon Tarve –mittaria, jota testataan Tules-, Neuro-, Sydän- ja Vatsatoimialueen potilailla ja henkilökunnalla. Tällä pyritään yksilölliseen ja potilaan tarpeisiin perustuvaan potilasohjaukseen. (Kummel ym. 2011, 3–4.)

Tämän opinnäytetyön osuus Hoi-Pro kehittämisprojektissa on potilaan tiedon tarpeen selvittäminen vatsaelinkirurgian ja urologian toimialueella SPTT-mittarin avulla. Tavoitteena on tuottaa tietoa, jolla pystyttäisiin kehittämään gastrokirurgisten ja urologisten potilaiden potilasohjausta yksilöllisemmäksi.

Potilaalla on oikeus saada selvitys omasta terveydentilastaan, hoitovaihtoehdoista ja niihin liittyvistä vaikutuksista, hoidon merkityksestä ja muista hänen hoitoonsa liittyvistä seikoista, joilla on vaikutusta hänen hoitoaan koskevissa päätöksissä. Tietoa tulee antaa potilaan ymmärtämällä tavalla. Hoidossa tulee ottaa mahdollisuuksien mukaan huomioon potilaan yksilölliset tarpeet. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992.)

Yksilöllinen, potilaan tarpeisiin perustuva ohjaus edistää toipumista ja takaa potilasturvallisuuden (Heikkinen ym. 2005, 311-313). Voimavaraistava potilasohjaus perustuu siihen, että potilas on aktiivinen tiedonkäsittelijä, jonka oppimisprosessia tulee tukea tiedollisesti ja henkisesti tiedon saannissa ja sen käsittelyssä. Hyvä potilasohjaus motivoi potilasta osallistumaan omaan hoitoonsa ja siihen liittyvään päätöksentekoon. (Elomaa ym. 2009, 4–11.)

2 GASTROKIRURGINEN JA UROLOGINEN HOITOTYÖ TYKSISSÄ

2.1 Gastrokirurgian ja urologian klinikan toimialue

Tyksin sairaanhoitopalvelut on jaettu kahdeksaan toimialueeseen, joista yksi on vatsaelinkirurgian ja urologian klinikka. Vatsaelinkirurgian ja urologian klinikan toimialue hoitaa urologisia sairauksia ja kirurgisesti hoidettavia vatsaelinsairauksia. (Tyks 2013.)

Toimialuekohtaiset sairaalapalvelut ovat seurausta T-Pro hankkeesta, jonka tarkoituksena oli suunnitella Tyksin uudistuvan T-sairaalan palvelut toimialuekohtaisesti (Kummel 2011, 3). Toimialuekohtaiset palvelut mahdollistavat sen, ettei potilasta tarvitse siirtää fyysisesti paikasta toiseen tai eri vastuualueiden välillä uusien oireiden tai sairauksien ilmetessä (Järvi 2011).

2.2 Gastrokirurginen potilas

Gastrokirurgiassa hoidettavia sairauksia ovat ruoansulatuskanavan kirurgiset sairaudet ruokatorvesta peräsuoleen sekä haiman, maksan ja sappiteiden kirurgiset sairaudet. Ruoansulatuselimistön ulkopuolisista kirurgisista ongelmista esimerkiksi pernan sairaudet ja vatsanpeitteiden tyrät kuuluvat tähän erikoisalaan. Iso osa gastrokirurgisista potilaista on päivystyksellisiä potilaita, joiden sairauksia ovat muun muassa umpilisäkkeen tai sappirakon tulehdus tai tapaturmat. Kirurgisesti hoidettavia suoliston sairauksia ovat erilaiset syövät ja suoliston tulehdukselliset sairaudet kuten Crohnin tauti ja Colitis ulcerosa (Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2013b; Crohn & Colitis ry 2013a; 2013b.) Gastrokirurgisiin toimenpiteisiin kuuluu esimerkiksi paljon erilaisia tähystyksiä tutkimustarkoituksessa (Pikkarainen 2000, 88–94) ja suolistosyöpäkirurgiaa (Colores 2013a). Gastrokirurgisiin potilaisiin lukeutuvat myös avannepotilaat (Liukkonen & Hokkanen 2003, Elomaa ym. 2009, 4 mukaan).

Gastrokirurgisen potilaan oireita ovat esimerkiksi ruoansulatusongelmat, laihtuminen, ripuli, vatsakivut ja veriuloste (Crohn & Colitis ry 2013a; Ahonen ym. 2001, 122-123). Vatsanalueen leikkauksien seurauksena esimerkiksi seksuaalielämä voi kokea suuria muutoksia ja naisilla esimerkiksi raskaaksi tuleminen saattaa vaikeutua (Crohn & Colitis ry 2013c). Gastrokirurgiset tutkimukset saattavat vaatia ruokavalion muutoksia etukäteen ja suoliston tyhjennystä esimerkiksi tyhjennysliuoksella (Kaukua & Mustajoki 2008). Vatsakirurgia saattaa vaatia ruokavaliomuutoksia. Leikkauksen jälkeinen pahoinvointi on yleistä leikkauksissa, joissa on kajottu vatsakalvoon tai sisäelimiin (Kinnunen, Korte & Lukkari 2009, 377). Esimerkiksi avannepotilailla ruokavalio ja ruokailutottumukset vaativat usein pidempiaikaisiakin muutoksia (Koli 2011.)

2.3 Urologinen potilas

Urologia on lääketieteen erikoisala johon kuuluu naisten ja miesten virtsaelin- ja munuaissairauksien ja miesten sukuelinten sairauksien tutkimukset ja kirurgiset sekä lääkkeelliset hoidot. Myös miesten ja naisten virtsaamishäiriöt ja virtsanpudätyshäiriöt ovat osa urologiaa. Yleisimpiä urologisia sairauksia ovat eturauhasen liikakasvu ja suku- ja virtsaelimien syövät, joista yleisimpänä eturauhassyöpä. Suurimpia urologisia toimenpiteitä ovat virtsarakon totaalipoistot ja niiden korvaaminen, virtsateiden korjaukset leikkauksella ja munuaiskasvainten poistot. Iso osa toimenpiteistä on täyhystystoimenpiteitä. (HUS 2013a; Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2013.)

Urologiset sairaudet liittyvät vahvasti potilaan intiimeihin ja henkilökohtaisiin asioihin ja esimerkiksi seksi ja seksuaalisuus ovat tärkeässä osassa näitä sairauksia hoidettaessa. Potilaista suuri osa on vanhuksia ja tämä korostaa rauhallisen ja kiireettömän hoidon merkitystä. Potilaan tutkiminen ja pientoimenpiteet tulisi suorittaa rauhallisessa ympäristössä ilman ylimääräistä henkilökuntaa. Urologisiin sairauksiin liittyviä oireita ovat muun muassa kipu, verivirtsaisuus, tiheävirtsaisuus, virtsapakko, virtsainkontinenssi, erektiohäiriöt ja muut seksuaa-

litoimintoihin liittyvät häiriöt. Virtsatieoireita poteville naisille tehdään usein myös tavallinen gynekologinen tutkimus. (Aaltomaa 2013, 48–54.)

3 SAIRAALAPOTILAAN TIEDON TARVE

3.1 Potilaan oikeus tietoon

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista määrittelee muun muassa potilaan oikeuden saada tietoa omasta sairaudestaan ja terveydentilastaan sekä eri hoitovaihtoehtoista ja tutkimuksista. Potilaalla on oikeus tietää niistä seikoista, joilla on merkitystä häneen liittyvässä hoidossa. Laki myös määrää, että potilaalle annettavan ohjeistuksen ja selvityksen tulee olla ymmärrettävää. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992.)

Opinnäytetyössä käytetty SPTT-mittari on jaettu kuuteen tiedon tarvetta käsittelevään osa-alueeseen, joiden mukaisesti sairaalapotilaan tiedon tarvetta käsitellään tässä kappaleessa.

3.2 Bio-fysiologinen osa-alue

Ihmiset ovat luonteeltaan uteliaita ja kaipaavat sekä hakevat tietoa myös itsenäisesti. Hoitotilanteissa on tärkeää, että potilaille kerrotaan heidän terveydentilastaan sekä tehtävistä toimenpiteistä ja tutkimuksista, joihin he ovat menossa. Potilaat haluavat tietoa oireista ja mahdollisista komplikaatioista, jotta pystyvät itse arvioimaan terveydentilaansa esimerkiksi leikkauksen jälkeen. Tieto siitä, että he pystyvät itse vaikuttamaan omaan paranemiseensa, antaa parhaimmassa tapauksessa motivaatiota toimia saatujen ohjeiden mukaan. Näin paranemisprosessi nopeutuu. (Chien & Henderson 2004, 964; Laukka ym. 2005, 1170–1172; Hupli ym. 2010, 137.)

Erityisen tärkeäksi aihealueeksi nousee kivunhoito. Potilaita huolestaa toimenpiteiden aikainen ja postoperatiivinen kipu. Hoitajat kokevat, että monipuolinen tieto kivunhoidosta on tärkeää, sillä näin voidaan ehkäistä toimenpiteiden aiheuttama ahdistusta. (Hellström ym. 2011, 393–394.)

Tuloksista potilaat kokevat saavan hyvin tietoa, mutta hoitovaihtoehdot jäävät usein vähemmälle huomiolle, vaikka potilaat kokevatkin sen tärkeäksi aiheeksi. On myös sellaisia aihealueita, joista hoitajat kertovat, mutta joita potilaat eivät pidä itselleen niin tärkeänä. Tämä kertoo siitä, että annettu tieto ei ole kovin yksilöllistä vaan hoitajat tarjoavat potilaille sellaista tietoa, mitä itse pitävät tärkeimpänä. (Laukka ym. 2005, 1170–1174.)

3.3 Toiminnallinen osa-alue

Päivittäisistä toimista selviytyminen saattaa vaikeutua etenkin isompien toimenpiteiden jälkeen. Potilaat pitävät aiheita tärkeänä, mutta siltikään tarjottu tieto ei kohtaa aina potilaiden tarpeita. (Laukka ym. 2005, 1172; Chien ym. 2011, 1045.)

Vatsan alueelle ja suolistoon kajoavat toimenpiteet saattavat aiheuttaa erityistoiminnan häiriöitä. Tämän takia potilaat haluavat, että heille kerrotaan näistä muutoksista. He kaipaava tietoa siitä, mikä on normaalia ja mikä ei. Tällä tavoin he pystyvät valmistautumaan muutokseen etukäteen. (Beaver ym. 2010, 3295; Gilmartin 2007, 1113–1114.)

Myös tarjotun tiedon määrä oikeanlaisesta ruokavaliosta vaihtelee. Jotkut kokevat saavansa enemmän tietoa aiheesta kuin toiset. Potilaat, jotka ovat olleet suolistoon kajoavassa leikkauksessa ymmärtävät ruokavaliion merkityksen oman terveydentilansa hoidossa. Suolistoleikkausten yhteydessä joillekin potilaille laitetaan pysyvä tai väliaikainen avanne. Sen kanssa selviytyminen vaatii totuttelua ja voi olla aluksi haaste. Potilas tarvitsee ohjeistusta avannetarvikkeiden käyttöön ja avanteen hoitoon. Tapaaminen aiheeseen erikoistuneen hoitajan kanssa takaa paremmin sen, että potilas saa hyvän ohjeistuksen selviytyäkseen päivittäisistä toiminnoista ja avanteen hoidosta. (Beaver ym. 2010, 3295–3296.)

3.4 Kokemuksellinen osa-alue

Todettu sairaus ja sen hoito voi olla potilaalle järkytys. Oma minäkuva saattaa murentua ja muuttua jopa kokonaan. Potilaat kokevat tärkeäksi sen, että heillä on mahdollisuus keskustella omasta tilanteestaan ammattilaisen kanssa. Ammattimaiset keskustelutaidot omaava henkilö on kykenevä parhaimmassa tapauksessa vaikuttamaan positiivisesti ja auttavasti potilaan ahdistukseen ja minäkuvaan. Urologian alueella on koettu tärkeäksi aiheeksi keskustella ja tukea potilasta liittyen seksuaalisuuteen. On tärkeää, että potilas tietää mahdollisuudestaan keskustella seksuaalisuudesta ja siihen liittyvistä asioista. (Hautamäki-Lamminen ym. 2010, 284.) Hoitojen jälkeiset oireet ja mahdolliset komplikaatiot aiheuttavat pelkoa ja stressiä potilaissa, joten on tärkeää, että heillä on joku kenen kanssa keskustella. Perheenjäsenelle on hyvä jakaa suruja ja huolia, mutta on tärkeää, että potilaalle annetaan mahdollisuus puhua mieltä askarruttavista aiheista ammattilaisen kanssa myös jälkeenpäin. (Gilmartin 2007, 1115.)

Sairaus ja sen hoito voi aiheuttaa ahdistusta. Luottamus hoitajan ja potilaan välillä ehkäisee potilaan kokemaa epävarmuutta ja tuo turvallisuuden tunnetta ennalta tuntemattomaan ja jopa pelottavaan tilanteeseen. Rauhallinen ympäristö ja hoitajan itsevarma hoito-ote tuo potilaallekin rauhallisemman olon. (Hellström ym. 2011, 392–393.)

3.5 Eettinen osa-alue

Potilaalla on lain mukaan oikeus vaikuttaa häntä koskevaan päätöksentekoon ja tulla kuulluksi. Potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan ja hänellä on oikeus kieltäytyä suunnitelluista hoidoista. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992.) Potilaan oikeuksien käsitteleminen ohjaustilanteissa jää usein vähäiseksi, vaikka potilaat pitävätkin aihetta kohtuullisen tärkeänä (Laukka ym. 2005, 1172). Yksilöllisessä hoidossa potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, tasa-arvoisuus ja suvaitsevaisuus ovat kuitenkin tärkeitä. Potilaan mielipiteitä kuuntelemalla voidaan edistää yksilöllistä hoitoa. Hoito onnistuu

paremmin, kun potilas kokee, että hän pystyy itse vaikuttamaan omaan hoitoonsa ja terveydentilaansa. Parhaimmassa tapauksessa potilaan oma motivaatio parantua ja kuntoutua kasvaa. (Gustafsson ym. 2009, 7–9.)

Terveydenhuoltolaki määrittelee muun muassa potilastietoja ja niiden käyttöä. Pääasiassa potilaan tiedot ovat häntä hoitavan toimintayksikön käytettävissä, mutta potilaalla on myös mahdollisuus kieltää häntä koskevien tietojen siirtäminen eteenpäin toiseen toimintayksikköön. (Terveydenhuoltolaki 2010.) Potilasasiakirjoissa olevat tiedot ovat salassa pidettäviä, mutta potilaalla on oikeus tarkastaa ne jos hän niin haluaa. Sivullisille potilasasiakirjojen tietoja saa antaa vain potilaan kirjallisella suostumuksella. Potilasasiakirjat tulee hävittää, kun niiden säilyttäminen ei ole enää perusteltua. Kun potilas ei ole tyytyväinen saamaansa hoitoon, hänen on mahdollisuus olla yhteydessä potilasasiamieheen, joka neuvoo, avustaa ja tiedottaa potilasta tämän oikeuksista. Potilasasiamiehen toimenkuvaan kuuluu potilaan oikeuksien edistäminen ja toteuttaminen. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 1992.)

3.6 Sosiaalis-yhteisöllinen osa-alue

Läheisten ja perheenjäsenten saama tuki on oleellinen osa potilaan hoitoa. Pimentoon jättäminen hoidon ja sairauden suhteen herättää epätietoisuutta ja epävarmuutta. Perheenjäsenet ovat kiinnostuneita oman läheisensä voinnista ja haluavat usein auttaa monella tapaa. Usein potilaan sairastuminen vaikuttaa koko perheeseen ja jokapäiväiseen elämään. Kannustava perheenjäsen antaa potilaalle tukea ja toivoa omasta selviytymisestään. Jotta perheenjäsen tai muu läheinen henkilö pystyisi tukemaan potilasta parhaalla tavalla, on hänenkin hyvä olla perillä menossa olevasta hoidosta sekä sairaudesta ja sen oireista ja komplikaatioista. Läheisten osallistuminen ohjaustilanteisiin on koettu hyväksi esimerkiksi avannepotilaiden hoidossa. Osallistumalla ohjaustilanteisiin läheiset ovat saaneet enemmän ja tarkempaa tietoa kuin mitä ovat mahdollisesti itse löytäneet. Ohjaustilanteissa heillä on ollut mahdollista keskustella askarruttavista kysymyksistä hoitohenkilökunnan kanssa. (Koivula ym. 2011, 178–180.)

Potilaiden on myös mahdollista hakea sosiaalista tukea ulkopuoliselta taholta. Potilaat voivat osallistua muun muassa potilasjärjestöjen kautta järjestettyihin vertaistukiryhmiin. Potilasjärjestöt myös itsessään antavat neuvoja ja apua terveydenhuollon palvelujen käytössä. (Potilasliitto 2013.) Potilasohjaustilanteissa tietoa potilasjärjestöistä ja näiden toiminnasta harvemmin kuitenkaan annetaan (Laukka ym. 2005, 1172).

3.7 Taloudellinen osa-alue

Taloudelliset asiat ovat monen potilaan mielessä kun hoitojen järjestelyt aloitetaan ja silloin kun potilas alkaa kotiutua sairaalahoidosta. Menot nousevat erilaisten hoito- ja lääkekustannusten myötä ja kuitenkin varmaa toimeentuloa ei välttämättä ole sairaslomien takia. Ohjaustilanteissa monet potilaat ottavat aiheen esille ilman kysymistäkin. Etenkin nuoremmat potilaat kokevat taloudelliset kysymykset tärkeämpinä. Sairauden tai leikkauksen tuoma muutos vaikuttaa suoraan toimentuloon, sosiaaliseen elämään ja perheen elättämiseen. (Chien ym. 2011, 1045.) Kotona selviytyminen ja kuntoutuminen sekä sen kustannukset ovat aiheita, joista potilaat ovat kiinnostuneita. Näistä asioista kuitenkin keskustellaan ohjaustilanteissa hyvin vaihtelevasti. (Chien ym. 2011, 1045; Laukka ym. 2005, 1172.)

4 POTILASOHJAUS HOITOTYÖSSÄ

4.1 Potilasohjaus prosessina

Potilasohjaus on prosessi, joka tulisi aloittaa määrittämällä ohjauksen tarve, jonka pohjalta suunnitellaan ohjausprosessi. Ohjauksen jälkeen tulisi arvioida sen vaikuttavuus ja pohtia, miten taataan vaikutusten pysyvyys. Keskeisenä asiana on ohjaustarpeen määrittely, sillä ohjauksen tulee olla yksilöllistä ja potilaan tarpeita vastaavaa. Potilaan tarpeisiin vaikuttaa se, miten paljon hänellä on tietoa ja miten hän pystyy tietoa käsittelemään ja miten kauan hän on sairastanut. Sairastumisen ajankohta on hyvin oleellinen, sillä vastasairastunut potilas saattaa ottaa ohjausta vastaan huomattavasti heikommin, kuin potilas, joka on sairastanut jo pidempään ja käsitellyt asiaa. Potilasohjauksen tulee kehittyä hoidon edetessä, sillä jos potilasohjaus pyörii paikallaan koko potilaan hoitoprosessin ajan, saattaa potilas menettää mielenkiintonsa ohjausta kohtaan. (Iso-Kivijärvi ym. 2006, 11–16.)

Hyvä potilasohjausprosessi alkaa tiedon tarpeen kartoituksella ja tunnustelulla siitä, millä keinoin ohjaus olisi parasta aloittaa. Tietoa tulee antaa kattavasti ja eri metodein itse sairaudesta ja sen ennusteesta sekä koko toipumisprosessin kestosta ja kokonaisvaltaisesta hoidosta käsittäen kirurgisen hoidon, lääkehoidon ja kuntoutuksen sivuvaikutuksineen. Koko tiedonannon ajan tulisi kerrata opittua asiaa, joka vahvistaa oppimista ja samalla varmistaa, että asia on ymmärretty oikein. Potilaalle tulee myös kertoa miten ja mistä saa lisätietoa sairausprosessiin liittyen koko prosessin ajan ja mistä on mahdollista saada sosiaalista tukea, kuten vertaistukea. Internetiä tiedonlähteenä on hyvä ottaa myös esille ja esitellä hyviä ja asiallisia sivustoja tiedonhakuun. Hoitajan tärkeä tehtävä on myös tukea potilasta mahdollisten sairauten ja hoitoon liittyvien päätöksentekojen kanssa. Potilaalle on hyvä kertoa myös eri ammattiryhmistä, jotka oleellisesti ovat osana hoitoa ja heidän rooleistaan. Hoitajien, fysioterapeuttien ja lääkärien lisäksi on hyvä mainita esimerkiksi ravitsemusterapeutista, sairaas-

lapapista, sosiaalityöntekijästä ja psykiatrisesta hoitajasta. Lisäksi olisi vielä hyvä huomioida omaisten tiedon tarve. (Kankaala ym. 2006, 35.)

Potilasohjauksen merkitys hoitotyössä on kasvanut lyhenevien hoitoaikojen johdosta, sillä potilailla on vähemmän aikaa terveystieteen ammattilaisten kanssa. Hyvin koulutetut potilaat ovat enemmän tietoisia terveyteensä liittyvistä asioista ja siksi myös vaativat hoitohenkilökunnalta enemmän tietoa ja ohjausta. Potilasmateriaali on väestön vanhentumisen myötä iäkkäämpää ja tämä asettaa omat haasteensa myös potilasohjaukseen. (Heikkinen ym. 2005, 307.)

Potilasohjaus tulee aloittaa jo ennen suunniteltua kirurgista toimenpidettä, varsinkin jos toimenpide aiheuttaa merkittäviä muutoksia potilaan elämään. Ajoissa aloitettu ohjaus motivoi potilasta osallistumaan omaan hoitoonsa ja auttaa valmistautumaan tulevaan niin henkisesti kuin toiminnallisestikin. Preoperatiivisen potilasohjauksen tulisikin käsitellä laaja-alaisesti sekä toiminnallisia alueita, kuten ravitsemusta ja hoito-ohjeita, mutta myös psyykkistä puolta, kuten henkisen tuen tarvetta ja sen saamista ja toimenpiteen vaikutuksia sosiaaliseen elämään. (Elomaa ym. 2009, 4–11.)

Voimavaraistavan potilasohjauksen ydin on se, että ymmärretään potilaan olevan aktiivinen tiedonkäsittelijä. Potilas tarvitsee riittävästi tietoa ja tukea tiedon käsittelyyn. Voimavaraistava potilasohjaus pyrkii edistämään potilaan tiedon saantia ja tukemaan potilasta oman terveytensä ja siihen liittyvien ongelmien ja hoitojen hallinnassa. Hoitohenkilökunnan tulee toimia tiedon välittäjänä ja sen tarkastajana. On tärkeää varmistaa, että potilas on ymmärtänyt saamansa tiedon oikein ja näin ollen pystyy soveltamaan saamaansa tietoa käytännössä. Kaikki tämä lisää potilaan valmiuksia osallistua omaan hoitoonsa ja siihen liittyvään päätöksentekoon. Omaan hoitoonsa vaikuttava potilas kokee olevansa arvostettu. Ohjauksen avulla voidaan siis tukea potilaan voimavaraistumista. (Elomaa ym. 2009, 4–11.)

4.2 Ohjausmetodit

Erilaisten ohjausmetodien käyttö päivittäisessä hoitotyössä on heikkoa, sillä isolla osalla hoitajista on valmiudet ainoastaan suullisen potilasohjauksen toteuttamiseen. Saman ohjausprosessin aikana olisi syytä käyttää useita eri metodeja saman asian käsittelyyn, sillä kaikki oppivat ja prosessoivat tietoa eri tavoin. Suullisen ohjauksen lisäksi olisi syytä käyttää kirjallista ja audiovisuaalista ohjausta. Sen lisäksi, että useiden eri metodien käyttö tukee eri oppimistyyppisiä, vähentää se myös väärinymmärryksiä, kun samaa tietoa esitetään useilla eri tavoin. Hyvä potilasohjaus vaatiikin hyvää ohjausta ja neuvontaa potilasohjausta toteuttavalle hoitohenkilökunnalle. (Kyngäs & Kääriäinen 2009, 554–555.) Potilasohjaukseen motivoitunut ja asiansa osaava henkilökunta motivoi ja innostaa potilasta ja näin ollen helpottaa jo huomattavasti ohjausta (Avsar & Kasikci, 2011, 67–71). Hyvä potilasohjaus vaatii myös riittävästi aikaa, hyvät ohjausmateriaalit ja hyvän materiaalien saatavuuden sekä hyvät ohjaustarkoitukseen käytettävät tilat. (Kyngäs & Kääriäinen 2009, 554.)

Internetin rooli hoitotyössä ja potilasohjauksessa korostuu vuosi vuodelta enemmän, sillä yhä useammilla on päivittäinen mahdollisuus internetin käyttöön. Potilaat etsivät tietoa sairaudestaan ja sen hoidosta itsenäisesti ja muodostavat itsenäisesti mielipiteen tarvitsemastaan hoidosta. Ongelmaksi muodostuukin se, mistä lähteistä tietoa on etsitty ja miten asiat on itsenäisesti ymmärretty. Hoitohenkilökunnan olisi tärkeää keskustella käytetyistä lähteistä ja niiden antamasta tiedosta potilaan kanssa. Hoitohenkilökunta ei kuitenkaan saa olettaa potilaan löytäneen mitään tietoa itsenäisesti vaan kaikki tieto on käytävä läpi potilaan kanssa. (McMullan 2005, 24–27.)

Vertaistuen ja kokemusten löytäminen on helpottunut internetin ansiosta. Erilaisilla keskustelupalstoilla voi vaihtaa kokemuksia sairauksiin liittyen. Internetistä on helppo löytää myös hyvin konkreettista tietoa esimerkiksi toimenpiteistä vaikkapa videotiedostojen muodossa. Ongelmaksi saattaa muodostua se, miten paikkaansa pitävää tietoa on, sillä videot voivat olla vanhoja tai esimerkiksi kuvattu eri maassa, jolloin hoitokäytänteet voivat olla hyvinkin poikkeavia ja

varmuus videon alkuperästä voi olla kyseenalainen. Internetin potilastapauksilla voi olla hyvinkin erilainen sairaustausta kuin tiedonhakijalla. Tämä saattaa vaikuttaa hoitomuotoihin mikä ei kuitenkaan välttämättä ilmene tiedonhakijalle. Keskustelupalstoilla ongelmana voi olla myös se, että asioita liioitellaan tai vähätellään tai asioista käytetään vääriä nimiä. Esimerkiksi eri leikkaustermit muuttuvat tavallisen ihmisen suussa helposti joksikin täysin muuksi toimenpiteeksi. (Blay & Donoghue 2006, 64–68.)

Havainnollistaminen on hyvä potilasohjausmetodi kädentaitojen opettelussa kuten esimerkiksi haavasidosten vaihto, avanteen hoito ja kuntoutusharjoitukset. Suullinen ja havainnollistava ohjaus on motoristen taitojen opettelussa kirjallisia ohjeita tehokkaampaa ja potilaalle helpompaa omaksua. Ennen havainnollistamista on hyvä ohjata ensin suullisesti ja kirjallisista ohjeista ja tämän jälkeen havainnollistaa opittua teoriaa käytännössä, joka vahvistaa oppimista. Havainnollistamisen yhteydessä on hyvä antaa suoraa palautetta, jolloin virheellisesti tehty asia ei jää päällimmäiseksi mieleen. Ohjauksen tulee olla kannustavaa. Havainnollistamisella toteutettu ohjaus on syytä aloittaa jo ennen toimenpidettä, jolloin vireystila saattaa olla parempi ja stressitaso alhaisempi kuin toimenpiteen jälkeen. (Heinola, K. ym. 2006. 57–60.)

4.3 Hoitaja potilaan ohjaajana

Hyvältä ohjaajalta vaaditaan laajaa käsitystä sairaudesta, hoidoista ja siitä, miten tämä kaikki vaikuttaa potilaan elämään. Tämän lisäksi ohjaajalla tulee olla hyvät vuorovaikutustaidot ja valmiudet tehdä ohjausta koskevia päätöksiä. Ohjaajan tulee tuntea myös erilaiset ohjausmenetelmät ja ymmärtää oppiminen prosessina, josta kaikki suoriutuvat yksilöllisesti. Tietoisuutta tarvitaan myös erilaisista vertaistuen muodoista, joihin potilaita ohjataan varsin passiivisesti huolimatta siitä, että niistä saatava hyöty on arvokasta potilaalle. Tärkeintä on pystyä tunnistamaan ohjauksen tarpeet ja työskennellä aktiivisesti sen mukaisesti. Hyvien ohjaustaitojen ylläpitämiseksi on tärkeää, että ohjaaja päivittää tietojensa aktiivisesti tutkimustiedon avulla. Tämä taas edellyttää hyviä tiedonhakutaitoja

ja tutkimuksenlukutaitoja sekä perehdytystä ja koulutusta ohjaukseen. (Kääriäinen 2008, 10–12; Iso-Kivijärvi ym. 2006, 16.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyön tarkoituksena on arvioida ja kartoittaa gastrokirurgisten ja urologisten potilaiden tiedon tarvetta Sairaalapotilaan Tiedon Tarve (SPTT)-mittarilla mitattuna.

Tutkimusongelmat:

1. Minkälaista tietoa gastrokirurgiset potilaat kokevat tarvitsevansa SPTT-mittarilla mitattuna?
2. Minkälaista tietoa urologiset potilaat kokevat tarvitsevansa SPTT-mittarilla mitattuna?

6 OPINNÄYTETYÖN EMPIIRINEN TOTEUTTAMINEN

6.1 Tutkimusmenetelmä

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tehdään johtopäätöksiä aiemmista teorioista ja tutkimuksista ja niiden pohjalta luodaan tutkimuksen viitekehys, jossa määritellään tarkasti käytettävät käsitteet. (Hirsjärvi ym. 2009, 139–141). Kvantitatiivinen tutkimus tarkastelee pääosin muuttujia ja niiden välisiä yhteyksiä. Kvantitatiiviset tutkimukset voidaan jakaa pitkittäis- tai poikittaistutkimuksiin. Pitkittäistutkimuksessa aineistoa kerätään useammin kuin kerran ja tutkimusilmiö säilyy samana. Poikittaistutkimus tarkoittaa, että aineisto kerätään kerran eikä tarkoituksena ole tarkastella samaa ilmiötä uudelleen suhteessa ajan etenemiseen. Kvantitatiivinen tutkimus voi olla myös kuvailevaa, kausaalista tai kartoittavaa. Tyypillisin kvantitatiivinen tutkimus on kuitenkin niin sanottu survey-tutkimus, jossa aineistonkeruu tehdään valmiiksi laadituilla lomakkeilla. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009, 41-45.)

Kvantitatiiviselle tutkimukselle on ominaista tutkittavien henkilöiden tarkka määrittely ja selkeät otantasuunnitelmat. Jo suunnitelmavaiheessa tutkimus tulee suunnitella siten, että havaintoaineisto soveltuu numeeriseen mittaamiseen. Aineisto saatetaan tilastollisesti käsiteltävään muotoon ja tuloksia esitellään prosentein ja taulukoin. (Hirsjärvi ym. 2009, 139–140.)

Kyselylomake on kvantitatiivisessa tutkimuksessa yleisimmin käytetty aineistonkeruumenetelmä. Kyselylomakkeen perustana on yleensä kattava ja luotettava kirjallisuuskatsaus, ja sen tulee olla sisällöltään tutkimuskohdetta mittaava ja täsmällinen. Strukturoiduissa kyselylomakkeissa kysymysten järjestys ja sisältö on aina sama vastaajille. Strukturoidut kyselylomakkeet ovat tehokkaita, sillä ne säästävät tutkijan aikaa ja ne on helppo purkaa tallennettavaan muotoon ja analysoitavaksi. Kyselylomake on mahdollista laatia itse, mutta tutkija voi myös käyttää jo valmiita, kehitettyjä mittareita. Valmiita mittareita ei kuitenkaan saa

muokata ilman alkuperäisen mittarin tekijän lupaa. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009, 87-90, Hirsjärvi ym. 2009, 193–195.)

Kyselylomakkeella voidaan helposti ja tehokkaasti kysyä monia eri asioita suurelta vastaajajoukolta. Aikataulun määrittely kyselyä käytettäessä on helppoa. Kyselyiden purkamista nopeuttaa se, että vastausten tulkintaan on kehitetty useita erilaisia analysointimenetelmiä, joilla vastaukset saadaan helposti tilastoitavaan muotoon eikä tutkijan tarvitse käyttää aikaa uusien analysointimenetelmien kehittelyyn. (Hirsjärvi ym. 2009, 193–196.)

Kyselylomakkeiden heikkouksia ovat mahdollisuus huonoon vastausprosenttiin, mahdollisen kyselylomakkeen kehittelyn työläys, epätietous siitä, miten tosisaan ja huolellisesti kyselyyn vastataan ja miten perehtyneitä vastaajat ovat kyseiseen aihealueeseen. Kyselyissä mahdollisia väärinymmärryksiä on lähes mahdotonta kontrolloida ja muutoinkin kysymyksen asettelu siten, ettei sitä ymmärrettäisi väärin voi olla haastavaa. Mahdolliset vastausvaihtoehdot saattavat tuntua vastaajasta rajallisilta ja epäsovivilta, jolloin täysin luotettavaa vastausta ei saada. Kyselyn selkeyteen vaikuttaa myös graafinen asettelu. (Hirsjärvi ym. 2009, 195 – 202.)

6.2 Sairaalapotilaan tiedon tarve –mittari

Sairaalapotilaan tiedon tarve (SPTT) (© Leino-Kilpi, Salanterä, Hölttä 2003) –mittari (Liite 5) on kehitetty Turussa yliopiston hoitotieteen laitoksella vuonna 2003. Mittarin ovat kehittäneet Helena Leino-Kilpi, Sanna Salanterä ja Raili Hölttä. Mittarin tavoitteena on kehittää potilasohjausta ja tehdä siitä yhä yksilöllisempää. (Eloranta ym. 2011.) Mittarin käyttöön opinnäytetyössä haettiin lupa Professori Leino-Kilveltä (Liite 2). SPTT-mittari koostuu kymmenestä (10) taustatietoja kartoittavasta kysymyksestä sekä neljästäkymmenestä (40) potilaiden tiedon tarvetta mittaavasta kysymyksestä, jotka on jaettu kuuteen eri osa-alueeseen. Bio-fysiologinen osa-alue (kysymykset 1-8) käsittelee oireita, tutkimuksia, hoitoa ja komplikaatioita. Toiminnallisen osa-alueen kysymykset (9-16) mittaavat potilaan tiedon tarvetta päivittäisistä toiminnoista selviytymisestä. Ko-

kemuksellisen osa-alueen kysymykset (17-19) käsittelevät potilaan tunteita ja aikaisempia kokemuksia. Eettisellä osa-alueella (kysymykset 20-28) mitataan potilaan tiedon tarvetta päätöksenteosta, oikeuksista ja luottamuksesta. Sosiaalis-yhteisöllinen osa-alue (kysymykset 29-34) arvioi potilaan tuen tarvetta niin sukulaisilta, läheisiltä kuin potilasjärjestöiltä. Viimeinen osa-alue, taloudellinen (kysymykset 35-40), mittaa potilaan tiedon tarvetta kuntoutuksesta, vakuutuksesta, hoidon jatkuvuudesta ja lääkehoidosta. Taustatiedoissa kysytään potilaan ikää, sukupuolta, peruskoulutusta, ammattikoulutusta, pääasiallista toimintaa, mahdollista työskentelyä sosiaali- tai terveystalalla, mahdollisia pitkäaikaisia sairauksia, sairaalassaolon/polikliinisen käynnin syytä, millä tavalla on tällä kertaa tullut sairaalaan sekä onko aikaisemmin ollut kyseisessä sairaalassa hoidossa/tutkimuksissa/vastaanotolla.

Mittarissa on käytetty 5-portaista Likertin asteikkoa mukailevaa vastausasteikkoa. Vastausvaihtoehtoja on viisi, joista 0= Ei koske minua, 1= Täysin samaa mieltä, 2= Jokseenkin samaa mieltä, 3= Jokseenkin eri mieltä ja 4= Täysin eri mieltä. (Hirsjärvi ym. 2009, 200.)

6.3 Kohderyhmä ja aineiston keruu

Vastauksia kerättiin Turun yliopistolliseen keskussairaalaan neljältä osastolta; kahdelta gastrokirurgian vuodeosastolta, yhdeltä urologian vuodeosastolta ja yhdeltä gastroenterologian poliklinikalta. Gastrokirurgian toisella vuodeosastolla hoidetaan ennalta sovittuja, ajanvarauksellisia potilaita (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, 2013a) ja toisella potilaat ovat pääosin päivystyspotilaita. Osastoilla hoidetaan mm. syöpäpotilaita, kipupotilaita ja avannepotilaita. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, 2013b.) Gastroenterologian poliklinikalle potilaat tulevat pääosin läheteellä. Poliklinikalle potilaat tulevat operatiivisen hoidon kartoitukseen ja leikkauksen jälkeiseen tarkastukseen. (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, 2013c.) Urologian vuodeosastolle potilaat tulevat ennalta sovitusti mutta myös päivystyksen kautta. Osaston potilaat jakautuvat kahteen ryhmään, nopeasti vaihtuviin ja avoleikattuihin potilaisiin. Varsinais-Suomen sairaanhoito-

piiri, 2013d.) Kriteereinä kyselyyn osallistumiseen olivat täysi-ikäisyys, suomenkielentaitoisuus ja se, että potilas oli voinniltaan kykenevä vastaamaan kyselyyn itse tai läheisen avustamana.

Aineiston keruuseen haettiin lupa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiriltä (Liite 1). Luvan saamisen jälkeen valituille osastoille vietiin kyselylomakkeet, kirjekuoret sekä palautuslaatikot. Paikalla olleelle hoitohenkilökunnalle selitettiin lyhyesti mistä on kyse, ketkä saavat vastata ja milloin kysely toteutetaan sekä milloin lomakkeet haetaan pois. Hoitohenkilökunnalle jätettiin myös kirjallinen ohjeistus, miten toimia lomakkeen kanssa (Liite 4). Kysely toteutettiin 14.11.-17.12.2012.

Jokaisen osaston henkilökunnalle selitettiin opinnäytetyön tarkoitus ja esiteltiin käytettävä kyselylomake. Henkilökunnalle annettiin suulliset ja kirjalliset ohjeet miten lomakkeiden kanssa tulee toimia. Osastoille jätettiin myös palautuslaatikko, johon valmiit vastaukset voitiin laittaa. Opinnäytetyön tekijät arvioivat jokaisen osaston kohdalla itse potilasvaihtuvuuden, jolloin lomakkeiden määrät ja kautuivat niin, että toiselle gastrokirurgian vuodeosastolle vietiin 45kpl ja toiselle vietiin 120kpl. Gastroenterologian poliklinikalle kyselyitä vietiin 65kpl ja urologian vuodeosastolle vietiin 140kpl. Takaisin vastauksia saatiin yhteensä 203, joista 33 jouduttiin hylkäämään, koska iso osa lomakkeesta oli täyttämättä. Lomake hyväksyttiin, jos taustatiedot olivat kunnossa ja vähintään kahteenkymmeneen (20) tiedon tarvetta arvioivaan kysymykseen oli vastattu. Lopullinen aineisto koostui 170 kyselylomakkeesta. Opinnäytetyön kokonaisvastausprosentti oli yhteensä 46%.

6.4 Aineiston analyysi

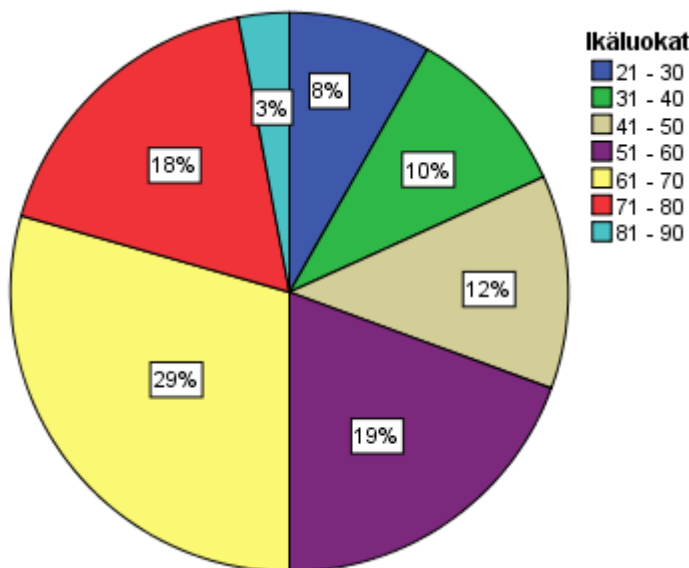
Kyselylomakkeiden vastaukset syötettiin SPSS 20.0 -ohjelmaan tammikuussa 2013. Aineistoa käsiteltiin tilastollisin tunnusluvuin. Ensin aineistosta karsittiin hylätyt lomakkeet, joita oli yhteensä 33. Tämän jälkeen ohjelmaan syötettiin taustatiedot ja kysymysten vastaukset yksi lomake kerrallaan kahdesti tarkistaen, jotta välttyttäisiin virheiltiltä. Vastauksia analysoitaessa niitä käsiteltiin sen perusteella oliko kyseessä urologinen vai gastrokirurginen potilas. Analyysivai-

heessa tiedostossa tapahtui virhe, jota ei korjausyrityksistä huolimatta saatu poistettua. Tämän seurauksena osa taulukoista on lopullisessa työssä kahtena osana. Vastauksista muodostettiin taulukoita, joiden perusteella tehtiin päätelmiä aihealueista ja vertailtiin urologisten ja gastrokirurgisten potilaiden vastausten eroavaisuuksia ja yhteneväisyyksiä.

7 TULOKSET

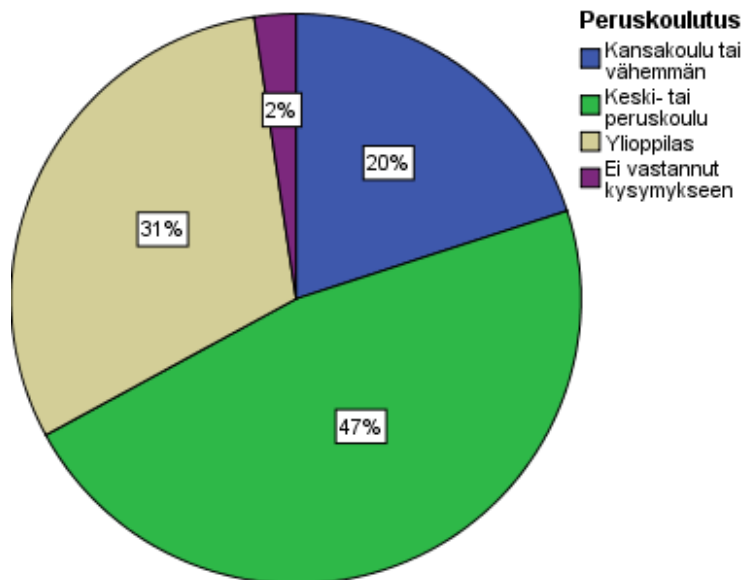
7.1 Taustamuuttujien analyysi

Kyselyyn osallistui yhteensä 203 potilasta, joiden vastauksista 170 hyväksyttiin opinnäytetyön aineistoksi. Hyväksytyistä vastauksista 25% oli urologisilta potilailta ja 75% oli gastrokirurgisilta potilailta. Kaikista vastanneista naisia oli 47% (f=80) ja miehiä 53% (f=90). Naiset kokivat pääosin tarvitsevansa enemmän tietoa kuin miehet. Mittarissa vastausvaihtoehdot olivat 1=Täysin samaa mieltä, 2=Jokseenkin samaa mieltä, 3=Jokseenkin eri mieltä, 4=Täysin eri mieltä ja 0=Ei koske minua. Kuudella eri osa-alueella naisten vastausten keskiarvo oli korkeimmillaan 1,77 kun taas miehillä korkein keskiarvo oli 1,95. Vastauksia analysoitaessa muodostettiin kahdeksan ikäluokkaa. Eniten vastaajia oli ikäryhmässä 61-70-vuotta kun taas vähiten vastaajia kuului luokkaan 81-90-vuotta.



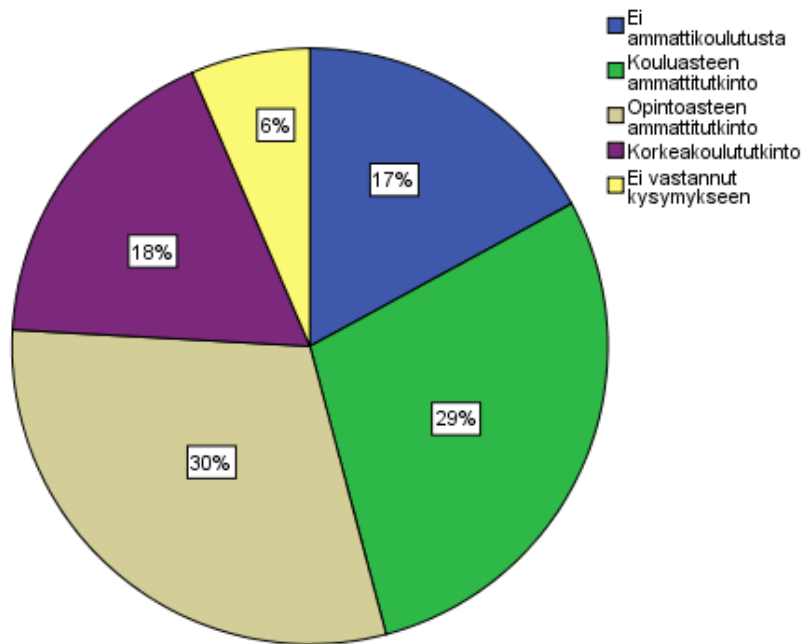
Kuvio 1. Ikäluokat ryhmittäin.

Vastaajilta kysyttiin peruskoulutusta ja ammattikoulutusta. Kaikista kysymykseen vastanneista (f=166) 47% oli käynyt keski- tai peruskoulun, 31% oli ylioppilaita ja 20% oli käynyt kansakoulun tai vähemmän. 2% jätti vastaamatta kysymykseen.



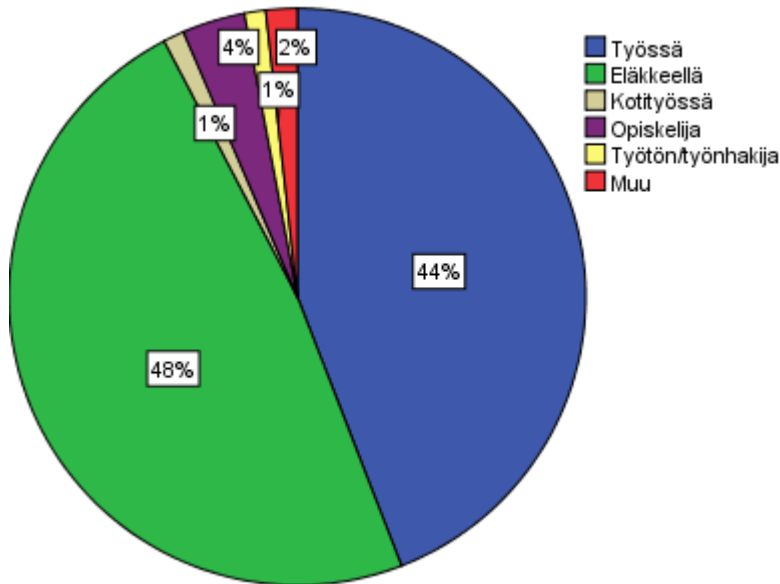
Kuvio 2. Peruskoulutus.

Vastaajista 77-prosentilla oli ammattitutkinto. Heistä 29% oli kouluasteen ammattitutkinto, 30% opintoasteen ammattitutkinto ja 18% korkeakoulututkinto. Vastanneista 17% ei ollut ammattikoulutusta ja 6% jätti vastaamatta kyseiseen kysymykseen.



Kuvio 3. Ammattikoulutus.

Työssäkäyviä vastaajista oli 44%, 48% oli eläkkeellä, vastanneista 1% työskenteli kotona, 4% oli opiskelijoita ja 1% vastanneista oli työttömiä tai työnhakijoita. 2% vastanneista ei kuulunut mihinkään yllämainittuun kategoriaan.

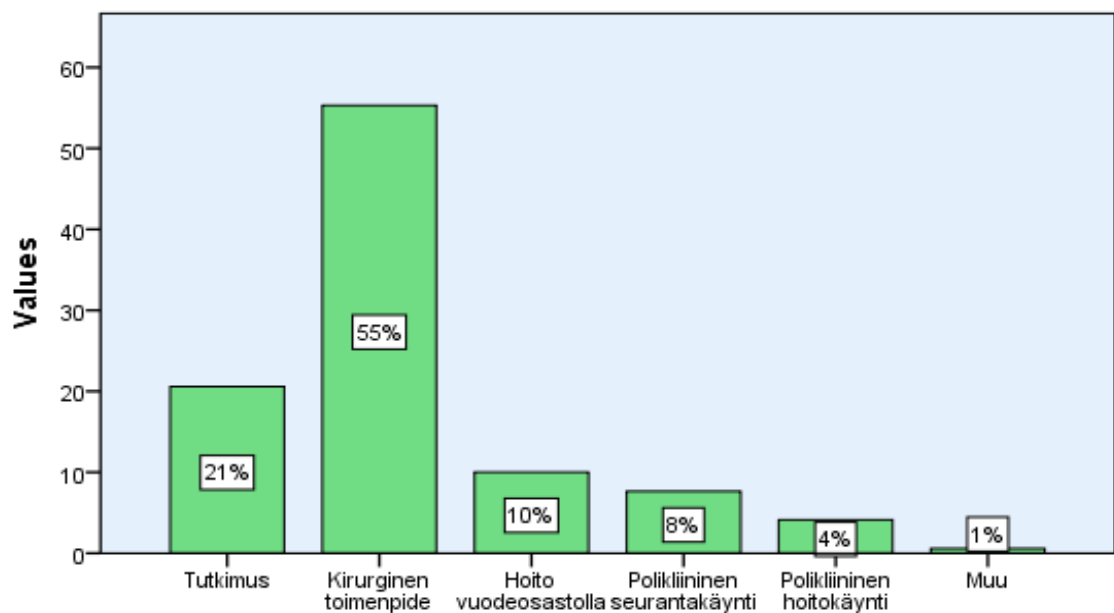


Kuvio 4. Pääasiallinen toiminta.

Vastaajilta kysyttiin myös olivatko he työskennelleet jossakin vaiheessa sosiaali- tai terveysalalla. Kaikista vastanneista ($f=167$) 27% vastasi myöntävästi ja 72% vastasi kieltävästi. Vastausta oli mahdollisuus tarkentaa kertomalla missä tehtävässä oli työskennellyt. Vastajiin lukeutui muun muassa sairaanhoitajia, lähihoitajia, lääkäreitä ja lastenhoitajia. 2% vastaajista jätti vastaamatta kyseiseen kysymykseen.

Pitkäaikaissairautta sairasti 53% vastaajista. Näitä olivat esimerkiksi diabetes, astma, Crohnin tauti, verenpainetauti ja osteoporoosi. 3% jätti vastaamatta kysymykseen.

Suurimmalla osalla vastanneista käynnin syy oli kirurginen toimenpide (55%). Tutkimustarkoituksessa osastoille oli tullut 21%, vuodeosastohoitoon 10%, polikliiniselle seurantakäynnille 8% ja polikliiniselle hoitokäynnille oli tullut 4%. Muusta syystä johtuvalla käynnillä oli 1% ja 2% jätti vastaamatta kysymykseen.



Kuvio 5. Käynnin syy.

Elektiivisesti eli suunnitellusti etukäteen hoitoon oli tullut 70% vastaajista. 29% vastaajista oli päivystyspotilaita. 1% oli jättänyt vastaamatta tulotapansa. Aiemmin samassa sairaalassa hoidossa, tutkimuksissa tai vastaanotolla oli ollut 65% vastaajista. 9% jätti vastaamatta kyseiseen kysymykseen.

7.2 Gastrokirurgisten potilaiden tiedon tarve

7.2.1 Tiedon tarve bio-fysiologisella osa-alueella

Taulukko 1. Gastrokirurgisten potilaiden tiedon tarve bio-fysiologisella osa-alueella

Tarvitsen tietoa	Täysin samaa mieltä (1)		Jokseenkin samaa mieltä (2)		Jokseenkin eri mieltä (3)		Täysin eri mieltä (4)	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Tarvitsee tietoa sairautensa liittyvistä oireista	93	77%	18	15%	6	5%	4	3%
Milloin tulisi ottaa yhteyttä hoitopaikkaan oireiden pahentuessa	91	76%	19	16%	4	3%	5	4%
Minulle tehtävät tutkimukset	97	79%	19	15%	3	2%	4	3%
Miten tulisi valmistautua tutkimukseen	96	78%	18	15%	5	4%	4	3%
Mistä saan tietoa tutkimuksen tuloksista	91	74%	23	19%	4	3%	5	4%
Erilaiset hoitovaihtoehdot	88	72%	21	17%	10	8%	3	2%
Hoitoon liittyvät komplikaatiot	88	74%	24	20%	4	3%	3	3%
Miten voin itse estää komplikaatioita	90	74%	20	16%	10	8%	2	2%

Bio-fysiologinen osa-alue on jaettu kahdeksaan kohtaan, jotka käsittelevät oireita, tutkimuksia, hoitoa ja komplikaatioita. Tästä osa-alueesta kaivattiin selkeästi eniten tietoa verrattuna muihin osa-alueisiin. Kaikkiin kohtiin yli 70% gastrokirurgisista potilaista vastasi 'Täysin samaa mieltä'. Eniten tietoa kaivattiin tutkimuksista (f%=79) ja tutkimuksiin valmistautumisesta (f%=78). 4% tai vähem-

män koki, ettei tarvitse tietoa tämän osa-alueen kohdista. Tällä osa-alueella potilaiden vastausten keskiarvo oli 1,37.

7.2.2 Tiedon tarve toiminnallisella osa-alueella

Toiminnallinen osa-alue on jaettu kahdeksaan kohtaan, jotka käsittelevät päivit-
täisistä toiminnoista selviytymistä. Eniten tietoa kaivattiin ruokavalioon liittyvistä
asioista (f%=68). Tietoa tarvittiin myös eritystoimintaan liittyvistä asioista
(f%=66). Gastrokirurgisten potilaiden hoito kajoaa useasti ruoansulatuselimis-
töön, jolloin muutokset elimistössä näkyvät eritystoiminnassa ja hoito vaatii
usein ruokavaliomuutoksia.

9% vastaajista ei kokenut tarvitsevänsä ollenkaan tietoa sairauden tai hoidon
vaikutuksista kotona tapahtuviin järjestelyihin ja 8% vastaajista ei kaivannut tie-
toa apuvälineistä. Vastausten keskiarvo oli 1,65, joten aihealuetta voidaan pitää
kuitenkin suhteellisen tärkeänä.

Taulukko 2. Gastrokirurgisten potilaiden tiedon tarve toiminnallisella osa-
alueella.

Tarvitsen tietoa	Täysin samaa mieltä (1)		Jokseenkin samaa mieltä(2)		Jokseenkin eri mieltä(3)		Täysin eri mieltä(4)	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Miten voin toimia yksilöllisesti henkilökohtaisten tarpeitteni hoitamiseksi sairaalassa/poliklinikalla	69	58%	35	29%	13	11%	2	2%
Minkälaista liikuntaa voin harrastaa	69	59%	32	28%	10	9%	5	4%
Miten paljon minun on levättävä	56	48%	38	33%	18	16%	4	3%
Millainen on minulle soveltuva ruokavalio	80	68%	26	22%	9	8%	3	3%

Milloin voin peseytyä	60	56%	25	23%	15	14%	7	7%
Miten sairaus tai hoito mahdollisesti vaikuttaa erityisointimintaan	73	66%	27	24%	8	7%	3	3%
Mitä sairaus tai hoito mahdollisesti vaikuttaa kotona tapahtuviin järjestelyihin	56	54%	22	21%	17	16%	9	9%
Mistä saan tarvitsemiäni hoidon apuvälineitä	59	57%	25	24%	12	12%	8	8%

7.2.3 Tiedon tarve kokemuksellisella osa-alueella

Kokemuksellinen osa-alue koostuu kolmesta kohdasta, jotka käsittelevät tunteita ja kokemuksia. Gastrokirurgisten potilaiden vastausten keskiarvo tällä osa-alueella vaihteli välillä 1,65-1,88 (kun 1=Täysin samaa mieltä, 2=Jokseenkin samaa mieltä, 3=Jokseenkin eri mieltä, 4=Täysin eri mieltä). Vastaajat kokivat tarvitsevansa jonkin verran tietoa tältä osa-alueelta. Vastausten keskiarvo oli 1,77.

Taulukko 3. Gastrokirurgisten potilaiden tiedon tarve kokemuksellisella osa-alueella.

Tarvitsen tietoa	Täysin samaa mieltä(1)		Jokseenkin samaa mieltä(2)		Jokseenkin eri mieltä(3)		Täysin eri mieltä(4)	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Minkälaisia tunteita sairauteni ja sen hoito mahdollisesti minulle aiheuttaa	58	51%	39	35%	13	12%	3	3%

Kenen kanssa voin keskustella sairauteeni ja sen hoitoon liittyvistä tunteista	59	51%	33	28%	18	16%	6	5%
Miten voin hyödyntää aikaisempia sairaalakokemuksiani nykyisessä hoidossa	48	43%	35	31%	24	21%	5	4%

7.2.4 Tiedon tarve eettisellä osa-alueella

Yhdeksään kohtaan jaettu eettinen osa-alue käsittelee potilaan oikeuksia. Eniten gastrokirurgiset potilaat kokivat tarvitsevansa tietoa siitä mikä on heidän oma vastuunsa hoidon onnistumiseksi (f%=63). Potilaat kaipasivat tietoa myös siitä kenelle heitä koskevia tietoja annetaan, miten he itse voivat tutustua omiin potilasasiakirjoihinsa sekä miten he voivat saada omat toiveensa kuuluville hoidon aikana. Vastausten keskiarvo oli eettisellä osa-alueella 1,69.

Taulukko 4. Gastrokirurgisten potilaiden tiedon tarve eettisellä osa-alueella.

Tarvitsen tietoa	Täysin samaa mieltä(1)		Jokseenkin samaa mieltä(2)		Jokseenkin eri mieltä(3)		Täysin eri mieltä(4)	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Miten voin osallistua hoitoani koskevaan päätöksentekoon	66	55 %	40	34 %	9	8 %	4	3 %
Miten voin saada hoidon aikana omat toiveeni kuuluville	71	59 %	41	34 %	6	5 %	2	2 %
Mitä oikeuksia minulla sairaalassa on	56	48 %	44	38 %	14	12 %	2	2 %
Mikä on oma vastuuni hoidon onnistumiseksi	75	63 %	35	29 %	9	8 %	0	0 %

Potilasasiamiehen toiminnasta	38	37 %	45	44 %	16	16 %	4	4 %
Miten eri hoitoon osallistuvien ammattiryhmien vastualueet on määritelty	41	36 %	34	30 %	35	31 %	4	4 %
Miten minua koskevat tiedot pysyvät salassa	60	50 %	34	29 %	19	16 %	6	5 %
Kenelle minua koskevia tietoja annetaan	67	58 %	29	25 %	14	12 %	6	5 %
Miten voin itse tutustua potilasasiakirjoihini	68	58 %	30	26 %	15	13 %	4	3 %

7.2.5 Tiedon tarve sosiaalis-yhteisöllisellä osa-alueella

Kuuteen kohtaan jaettu sosiaalis-yhteisöllinen osa-alue käsittelee läheisten tiedonsaantia ja hoitoon osallistumista, jatkohoitoa ja henkisen tuen saantia. Eniten tietoa haluttiin jatkohoitopaikasta (f%=63) ja siitä, keneltä läheiset saavat tietoa liittyen hoitoon ja sairauteen (f%=61). Vähiten tietoa gastrokirurgiset potilaat kokivat tarvitsevansa mahdollisuudesta tavata sairaalapappia (f%=24) ja potilasjärjestöistä (f%=26). Vastausten keskiarvo gastrokirurgisilla potilailla oli tällä osa-alueella 1,80.

Taulukko 5. Gastrokirurgisten potilaiden tiedon tarve sosiaalis-yhteisöllisellä osa-alueella.

Tarvitsen tietoa	Täysin samaa mieltä(1)		Jokseenkin samaa mieltä(2)		Jokseenkin eri mieltä(3)		Täysin eri mieltä(4)	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Keneltä läheiseni saavat tietoa sairauteeni ja sen hoitoon liittyvissä asioissa	70	61%	29	25%	11	10%	5	4%
Miten läheiseni voivat osallistua hoitooni	57	50%	35	31%	18	16%	4	4%
Mistä saan halutesani tukihenkilön sairaalassaolon jälkeen	42	44%	37	39%	14	15%	3	3%
Mistä saan mahdollisesti tarvittavan jatkohoitopaikan	60	63%	23	24%	6	6%	6	6%
Miten voin tavata sairaalapapin/ -teologin	19	24%	32	41%	21	27%	7	9%
Potilasjärjestöjen toiminnasta	24	26%	37	41%	18	20%	12	13%

7.2.6 Tiedon tarve taloudellisella osa-alueella

Taloudellinen osa-alue koostuu kuudesta kohdasta, jotka käsittelevät hoidon kustannuksia. Eniten tietoa gastrokirurgiset potilaat tarvitsivat kuntoutuksesta ja sen kustannuksista ($f\%=52$) ja vähiten tietoa kaivattiin sopeutumisvalmennuskursseista ja niiden kustannuksista ($f\%=43$). Lääkehoidon ja jatkohoidon kustannuksista sekä vakuutusasioista ja sairauspäivärahasta haluttiin kohtalaisesti

tietoa. Taloudellisen osa-alueen vastausten keskiarvo gastrokirurgisilla potilailla oli 1,82. Tästä voi päätellä, että aihealue koettiin kohtalaisen tärkeäksi.

Taulukko 6. Gastrokirurgisten potilaiden tiedon tarve taloudellisella osa-alueella.

Tarvitsen tietoa	Täysin samaa mieltä(1)		Jokseenkin samaa mieltä(2)		Jokseenkin eri mieltä(3)		Täysin eri mieltä(4)	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Kuntoutuksesta ja siihen liittyvistä kustannuksista	51	52%	31	32%	12	12%	4	4%
Sairauspäivärahoista	37	42%	32	36%	14	16%	5	6%
Vakuutusasioista	41	46%	28	31%	16	18%	5	6%
Sopeutumisvalmennuskursseista ja niiden kustannuksista	39	43%	24	26%	20	22%	8	9%
Jatkohoidon tai kotona tapahtuvan hoidon kustannuksista	45	47%	32	33%	12	12%	7	7%
Lääkehoidon kustannuksista	46	47%	37	38%	10	10%	5	5%

7.3 Urologisten potilaiden tiedon tarve

7.3.1 Tiedon tarve bio-fysiologisella osa-alueella

Urologiset potilaat kokivat tarvitsevansa vähintään jonkin verran tietoa kaikista kohdista. Vain kohdassa 'Miten voin itse estää komplikaatioita' potilaista 5% oli vastannut ettei tarvitse tietoa. Eniten tietoa kaivattiin tehtävistä tutkimuksista ja siitä, milloin tulisi ottaa yhteyttä hoitopaikkaan oireiden pahentuessa. Urologis-

ten potilaiden vastausten keskiarvo bio-fysiologisella osa-alueella oli 1,34. Vastaukset siis lähenivät vaihtoehtoa 'Täysin samaa mieltä'

Taulukko 7. Urologisten potilaiden tiedon tarve bio-fysiologisella osa-alueella.

Tarvitsen tietoa	Täysin samaa mieltä(1)		Jokseenkin samaa mieltä(2)		Jokseenkin eri mieltä(3)		Täysin eri mieltä(4)	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Tarvitsee tietoa sairautensa liittyvistä oireista	25	66%	12	32%	1	3%	0	0%
Milloin tulisi ottaa yhteyttä hoitopaikkaan oireiden pahentuessa	32	82%	5	13%	2	5%	0	0%
Minulle tehtävät tutkimukset	30	77%	9	23%	0	0%	0	0%
Miten tulisi valmistautua tutkimukseen	28	72%	10	26%	1	3%	0	0%
Mistä saan tietoa tutkimuksen tuloksista	27	68%	11	28%	2	5%	0	0%
Erilaiset hoitovaihtoehdot	25	62%	13	32%	2	5%	0	0%
Hoitoon liittyvät komplikaatiot	28	68%	13	32%	0	0%	0	0%
Miten voin itse estää komplikaatioita	28	72%	8	21%	1	3%	2	5%

7.3.2 Tiedon tarve toiminnallisella osa-alueella

Urologiset potilaat ovat kokeneet suhteellisen tärkeäksi kaikki toiminnallisen osa-alueen kohdat. Eniten tietoa kaivattiin eritystoiminnasta ja vähiten levon määrästä ja ruokavaliosta. Urologisilla potilailla sairaudet ja niiden hoito vaikuttavat usein eritystoimintaan, jolloin saadun tiedon tärkeys aiheesta kasvaa. Urologiset potilaat kaipasivat tietoa myös tarvitsemistaan hoidon apuvälineistä. Toiminnallisella osa-alueella vastausten keskiarvo oli 1,66

Taulukko 8. Urologisten potilaiden tiedon tarve toiminnallisella osa-alueella.

Tarvitsen tietoa	Täysin samaa mieltä(1)		Jokseenkin samaa mieltä(2)		Jokseenkin eri mieltä(3)		Täysin eri mieltä(4)	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Miten voin toimia yksilöllisesti henkilökohtaisten tarpeitteni hoitamiseksi sairaalassa/poliklinikalla	20	50%	14	35%	4	10%	2	5%
Minkälaista liikuntaa voin harrastaa	21	52%	16	40%	3	8%	0	0%
Miten paljon minun on levättävä	12	29%	23	56%	5	12%	1	2%
Millainen on minulle soveltuva ruokavalio	18	43%	15	36%	8	19%	1	2%
Milloin voin peseytyä	25	60%	12	29%	3	7%	2	5%
Miten sairaus tai hoito mahdollisesti vaikuttaa eritystoimintaani	28	68%	12	29%	0	0%	1	2%
Mitä sairaus tai hoito mahdollisesti vaikuttaa kotona tapahtuviin järjestelyihin	13	35%	21	57%	2	5%	1	3%

Mistä saan tarvitsemiäni hoidon apuvälineitä	23	62%	11	30%	2	5%	1	3%
--	----	-----	----	-----	---	----	---	----

7.3.3 Tiedon tarve kokemuksellisella osa-alueella

Kokemuksellisella osa-alueella vastattiin keskimäärin 'Jokseenkin samaa mieltä' vastausten keskiarvon vaihdellessa välillä 1,80-1,92. Eniten 'Täysin samaa mieltä' vastattiin kysymykseen 'Kenen kanssa voin keskustella sairauteeni ja sen hoitoon liittyvistä tunteista'. Tässä kohdassa myös vastausten vaihtelevuus oli suurempaa kuin muissa kokemuksellisen osa-alueen kohdissa. Vähiten tietoa kaivattiin siitä, miten potilas voi hyödyntää aikaisempia kokemuksiaan nykyisessä hoidossa. Tällä osa-alueella urologisten potilaiden vastausten keskiarvo oli kaiken kaikkiaan 1,87, kun 1=Täysin samaa mieltä, 2=Jokseenkin samaa mieltä, 3=Jokseenkin eri mieltä ja 4=Täysin eri mieltä.

Taulukko 9. Urologisten potilaiden tiedon tarve kokemuksellisella osa-alueella.

Tarvitsen tietoa	Täysin samaa mieltä(1)		Jokseenkin samaa mieltä(2)		Jokseenkin eri mieltä(3)		Täysin eri mieltä(4)	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Minkälaisia tunteita sairauteni ja sen hoito mahdollisesti minulle aiheuttaa	17	42%	16	40%	5	12%	2	5%
Kenen kanssa voin keskustella sairauteeni ja sen hoitoon liittyvistä tunteista	19	48%	12	30%	7	18%	2	5%

Miten voin hyödyntää aikaisempia sairaalokokemuksiani nykyisessä hoidossa	14	38%	13	35%	9	24%	1	3%
---	----	-----	----	-----	---	-----	---	----

7.3.4 Tiedon tarve eettisellä osa-alueella

Eettisellä osa-alueella urologiset potilaat vastasivat yhdeksässä kysymyksessä eniten kohtaan 'Jokseenkin samaa mieltä'. Eniten tietoa tarvittiin siitä, miten potilas voi itse osallistua hoitoa koskevaan päätöksentekoon ja miten voi saada omat toiveet kuuluville hoitoa koskien. Näihin kohtiin kukaan ei ollut vastannut 'Täysin eri mieltä'. Potilaat halusivat myös tietoa siitä, miten he voivat itse tutustua omiin potilasasiakirjoihinsa ja mikä on heidän oma vastuunsa hoidon onnistumiseksi. Selkeästi vähiten tietoa urologiset potilaat kaipasivat eri ammattiryhmien vastuualueista. Eettisellä osa-alueella kaikkien urologisten potilaiden vastausten keskiarvo oli 1,83.

Taulukko 10. Urologisten potilaiden tiedon tarve eettisellä osa-alueella.

Tarvitsen tietoa	Täysin samaa mieltä(1)		Jokseenkin samaa mieltä(2)		Jokseenkin eri mieltä(3)		Täysin eri mieltä(4)	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Miten voin osallistua hoitoani koskevaan päätöksentekoon	13	37 %	16	46 %	5	14 %	0	0 %
Miten voin saada hoidon aikana omat toiveeni kuuluville	15	37 %	21	51 %	5	12 %	0	0 %
Mitä oikeuksia minulla sairaalassa on	14	33 %	20	48 %	5	12 %	3	7 %

Mikä on oma vastuuni hoidon onnistumiseksi	20	49 %	16	39 %	2	5 %	3	7 %
Potilasasiamiehen toiminnasta	13	37 %	16	46 %	5	14 %	1	3 %
Miten eri hoitooni osallistuvien ammattiryhmien vastualueet on määritelty	9	23 %	19	49 %	7	18 %	4	10 %
Miten minua koskevat tiedot pysyvät salassa	13	35 %	15	41 %	7	19 %	2	5 %
Kenelle minua koskevia tietoja annetaan	19	49 %	14	36 %	4	10 %	2	5 %
Miten voin itse tutustua potilasasiakirjoihini	20	53 %	13	34 %	3	8 %	2	5 %

7.3.5 Tiedon tarve sosiaalis-yhteisöllisellä osa-alueella

Eniten tietoa tarvittiin jatkohoitoapaikasta. Urologiset potilaat eivät kaivanneet tietoa potilasjärjestöjen toiminnasta ja eivätkä mahdollisuudesta tavata sairaalapappi yhtä paljon kuin muista tämän osa-alueen aiheista. Selkeästi vähiten tietoa tarvittiin potilasjärjestöjen toiminnasta. Sosiaalis-yhteisöllisellä osa-alueella urologisten potilaiden vastausten keskiarvo oli 1,94.

Taulukko 11. Urologisten potilaiden tiedon tarve sosiaalis-yhteisöllisellä osa-alueella.

Tarvitsen tietoa	Täysin samaa mieltä(1)		Jokseenkin samaa mieltä(2)		Jokseenkin eri mieltä(3)		Täysin eri mieltä(4)	
	f	%	f	%	f	%	f	%
Keneltä läheiseni saavat tietoa sairauteeni ja sen hoitoon liittyvissä asioissa	19	49%	15	38%	2	5%	3	8%

Miten läheiseni voivat osallistua hoitooni	16	40%	17	42%	5	12%	2	5%
Mistä saan halutesani tukihenkilön sairaalassaolon jälkeen	13	36%	14	39%	6	17%	3	8%
Mistä saan mahdollisesti tarvittavan jatkohoitopaikan	22	63%	7	20%	6	17%	0	0%
Miten voin tavata sairaalapapin/ -teologin	9	36%	9	36%	5	20%	2	8%
Potilasjärjestöjen toiminnasta	7	21%	16	48%	7	21%	3	9%

7.3.6 Tiedon tarve taloudellisella osa-alueella

Urologiset potilaat kaipasivat tietoa hoidon kustannuksista kohtalaisen paljon. Selkeästi suurin osa vastaajista halusi tietoa osa-alueelta edes jonkin verran, sillä iso osa vastasi 'Jokseenkin samaa mieltä' tai 'Täysin samaa mieltä'. Eniten tietoa kaivattiin kuntoutuksesta ja sen kustannuksista ja vähiten tietoa haluttiin vakuutusasioista. Myös lääkehoidon kustannukset koettiin tärkeänä aihealueena. Tästä voi päätellä että ehkä myös itse lääkehoito kiinnostaa potilaita. Taloudellisen osa-alueen vastausten keskiarvo oli 2,01, kun 1=Täysin samaa mieltä, 2= Jokseenkin samaa mieltä, 3=Jokseenkin eri mieltä ja 4=Täysin eri mieltä.

Taulukko 12. Urologisten potilaiden tiedon tarve taloudellisella osa-alueella.

Tarvitsen tietoa	Täysin samaa mieltä(1)		Jokseenkin samaa mieltä(2)		Jokseenkin eri mieltä(3)		Täysin eri mieltä(4)	
	f	%	f	%	f	%	f	%

Kuntoutuksesta ja siihen liittyvistä kustannuksista	17	46%	16	43%	2	5%	2	5%
Sairauspäivärahoista	9	32%	13	46%	4	14%	2	7%
Vakuutusasioista	7	25%	15	54%	5	18%	1	4%
Sopeutumisvalmennuskursseista ja niiden kustannuksista	9	31%	15	52%	5	17%	0	0%
Jatkohoidon tai kotona tapahtuvan hoidon kustannuksista	14	38%	15	41%	7	19%	1	3%
Lääkehoidon kustannuksista	16	42%	17	45%	2	5%	3	8%

8 EETTISYYS JA LUOTETTAVUUS

8.1 Eettisyys

Tutkimusta tehdessä tulee noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä, sillä kohde-ryhmänä on ihminen. Käytännön noudattamisesta vastaa jokaisessa tapauksessa ensisijaisesti tutkija itse. Tutkijan tulee toimia ja kertoa tuloksista rehellisesti, olla tarkka tutkimustyössä ja tulosten tallentamisessa sekä ilmoittaa vääristelemättä tutkimustuloksista. Tutkimuksen tekemisessä noudatetaan yleisesti hyväksytyjä tiedonkeruu-, tutkimus- ja arviointimenetelmiä sekä kunnioitetaan muiden saavutuksia ja töitä. Tutkimus tulee suunnitella ja raportoida yleisesti hyväksytyjen sääntöjen mukaan sekä tarvittavien lupien tulee olla kunnossa. (TENK 2012.)

Rehellisyys tutkimuksen teossa edellyttää, että plagiointia ei tapahdu. Tämä vaatii tarkkuutta lainaussääntöjen noudattamisessa. Myöskään itseplagiointia eli oman aiemman tutkimuksen muuntelua ja sen esittämistä uutena tutkimuksena ei saa tapahtua. Tutkimustuloksia ei saa muuttaa vaan ne tulee esittää juuri sellaisena kuin ne ovat ilmenneet eikä tuloksia saa yleistää ilman siihen oikeuttavaa muuta tutkimustyötä. Huomioon tulee siis ottaa, että tutkimustulos, joka saadaan kerran aikaan, voi olla vain sattumatulos, jota ei voida toistaa. Tulosten tulee olla siis toistettavissa, jotta ne voidaan yleistää. Myös tulosten raportoinnin tulee olla huolellista ja rehellistä. Raportoinnissa tulee kertoa selkeästi koko tutkimusprosessista ja sen tuloksista. Myös tutkimuksen tekijöistä tulee olla rehellinen. Yhteistyössä syntynyttä tutkimusta ei voi siirtää vain omiin nimiinsä tai toisaalta tutkimuksen tekijäksi ei voi mainita henkilöä, joka ei sen tekijä oikeasti ole. Jos tutkimukselle on myönnetty määrärahoja, niitä ei saa käyttää väärin tarkoituksiin ja tutkijan on pystyttävä osoittamaan, mihin myönnetyt määrärahat on käytetty. (Hirsjärvi ym. 2009, 25–27.)

Hoitotieteellinen tutkimus tulee arvioida ennen sen toteuttamista. Arvioinnin toteuttaa sairaanhoitopiirin asettama alueellinen eettinen toimikunta, jonka alueel-

la tutkimus toteutetaan. Toimikunnan tulee seurata, ohjata ja valvoa tutkimuseettisten kysymysten käsittelyä. (Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 9.4.1999/488.)

Kohdehenkilön, ihmisen, itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa. Käytännössä tämä tarkoittaa ennen kaikkea mahdollisuutta päättää itse, osallistuuko tutkimukseen vai ei. Päätöksentekoa tulee pohjustaa kattavilla tiedoilla siitä, mitä tutkimus koskee, mihin sillä pyritään, mitä tutkimuksen aikana mahdollisesti saattaa tapahtua, mitä riskejä kohdehenkilölle saattaa aiheutua ja miten tutkimuksella saavutetut tiedot raportoidaan. Tutkimuksen osallistuvalla tulee taata, ettei hänen henkilötietojaan paljasteta missään vaiheessa. Kohdehenkilön on myös saatava selkeä selvitys siitä, miten suostumus tutkimukseen osallistumisesta hankitaan; tarvitaanko esimerkiksi kirjallinen suostumus vai tarkoittaako kyselyyn tai haastatteluun vastaaminen myöntävää päätöstä. (Hirsjärvi ym. 2009, 25; Kuula 2011, 101-104.)

Tutkimusta tehdessä on hyvä olla varsin kriittinen lähteiden suhteen. Tämä koskee erityisesti tieteenaloja kuten hoitotiedettä, jossa uutta tutkimustietoa syntyy koko ajan ja jossa teoria ja osaaminen kehittyvät vauhdikkaasti. Lähteitä valittaessa tulisi miettiä onko lähde luotettava, kattava, kenen tekemä ja milloin tehty. Toissijaisten lähteiden käyttö ei ole suositeltavaa, vaan tulee pyrkiä löytämään alkuperäistutkimus. On hyvä suosia tunnettuja kustantajia ja kirjoittajia, sillä se lisää varmuutta lähteen luotettavuudesta. (Hirsjärvi ym. 2009, 113–114; Hakala 2004, 91–95.) Lähteiden olisi hyvä olla mahdollisimman tuoreita, alle kymmenen vuotta vanhoja (Hakala 2004, 93).

Opinnäytetyön toteuttamiseksi haettiin tutkimuslupa Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin hoitotyön asiantuntijaryhmältä joka edellytti hyväksyntää ensin Tyksin kirurgian klinikan ylihoitajalta ja ylilääkäriltä. Tutkimussuunnitelmassa kerrottiin tarkasti tutkimuksen toteuttamistapa ja se, miten tutkimuseettisiä kysymyksiä käsitellään.

Kyselylomakkeen yhteydessä potilaille jaettiin saatekirje (Liite 3), jossa kerrottiin opinnäytetyön aiheesta ja sen tarkoituksesta. Saatekirjeessä korostettiin kyse-

lyyn vastaamisen olevan vapaaehtoista, ehdottoman luottamuksellista ja sitä, että kyselyyn vastaamatta jättäminen ei vaikuta mitenkään potilaan saamaan hoitoon. Saatekirjeessä mainittiin myös, että vastaamalla kyselyyn potilas antaa suostumuksensa tutkimukseen osallistumisesta. Potilaille annettiin myös mahdollisuus lisätietojen saamiseen kyselyä koskien. Myös osastojen hoitohenkilökuntaa oli ohjeistettu toimimisesta kyselylomakkeiden kanssa.

Kyselylomakkeiden purkaminen tapahtui erityistä huolellisuutta noudattaen, esimerkiksi vastauksia syötettäessä analysointiohjelmaan vastaukset kaksoistarkistettiin. Kyselylomakkeita säilytettiin koko prosessin ajan lukitussa kaapissa eikä niitä esitelty ulkopuolisille eikä kyselylomakkeisiin tehty jälkikäteen mitään muutoksia. Opinnäytetyön tuloksia ei vääristelty tai jätetty kertomatta. Lähdetietoa käytettäessä kiinnitettiin erityistä huomiota lainauskäytänteisiin ja tekijänoikeuksien huomiointiin.

Teoriatietona on pyritty käyttämään mahdollisimman tuoreita lähteitä. Käytetyt lähteet on pyritty valitsemaan siten, että ne on julkaistu kymmenen vuoden sisällä. Tietolähteinä käytettiin tunnettuja alan lehtiä, tunnettuja kirjoittajia ja arvostettuja julkaisijoita. Toissijaisia lähteitä pyrittiin välttämään.

8.2 Luotettavuus

Kvantitatiivisen eli määrällisen tutkimuksen luotettavuutta voi arvioida tarkastelemalla tutkimuksen validiteettia ja reliabiliteettia. Validiteetilla tarkoitetaan sitä, että tutkimuksessa mitataan juuri sitä, mitä on tarkoituskin. Tutkimuksen validiteettia eli luotettavuutta voidaan pohtia esimerkiksi arvioimalla onko mittari riittävän kattava vai jääkö jokin tärkeä aihealue mittaamatta. Validiteetista puhuttaessa arvioidaan myös otoksen kokoa ja mahdollista katoa sekä niiden suhdetta toisiinsa. Reliabiliteetti taas tarkoittaa tulosten pysyvyyttä, eli tuottaako mittari ei-sattumanvaraisia tuloksia. Jos tulokset ovat samansuuntaisia kun on käytetty samaa mittaria eri tilanteissa, mittaria voidaan pitää reliabelina. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen, 2009, 152–156, Hirsjärvi ym. 2009, 231–233.)

Vastauksia purettaessa oli joissain tapauksissa havaittavissa, ettei kyselylomakkeen täyttöön oltu keskitytty loppuun asti. Tämä ilmeni esimerkiksi siten, että aluksi kyselylomaketta oli täytetty huolellisesti, mutta loppua kohden vastausten ympyröinti oli huolimaton ja yksitoikkoista. Tähän saattoi vaikuttaa esimerkiksi kyselyn pituus. Kyselyn pituus saattoi vaikuttaa myös huonoon vastausprosenttiin. Opinnäytetyön tekijöiden mielestä on myös mahdollista, että kesken kyselyn täytön saattaa unohtua, että on kyse tarvittavasta tiedosta eikä siitä, mitä tietoa on jo saanut.

Vaikka kyselylomake on laaja ja käsittelee useita eri tiedon tarpeen osa-alueita, on siinä kuitenkin puutteita verrattuna siihen, mitä muutakin tietoa Vatsaelinkirurgian ja urologian toimialueen potilaat saattaisivat kaivata. Esimerkiksi seksuaalisuuteen liittyviä asioita ei kyselyssä käsitelty ollenkaan.

9 JOHTOPÄÄTÖKSET

Gastrokirurgisten ja urologisten potilaiden suurin tiedon tarve ilmeni biofysiologisella osa-alueella. Gastrokirurgiset potilaat kokivat tarvitsevansa eniten tietoa tehtävistä tutkimuksista ja niihin valmistautumisesta, kun taas urologiset potilaat kaipasivat eniten tietoa siitä, milloin tulisi ottaa yhteyttä hoitopaikkaan oireiden pahentuessa. Yleisesti tällä osa-alueelta koettiin tarvittavan paljon tietoa niin gastrokirurgisten kuin urologisten potilaiden osalta. Myös Laukan ym. (2005, 1170) tutkimuksessa tulee ilmi, että suurin tiedon tarve potilailla oli oireista, tutkimuksista ja hoidosta. Tätä tulosta tukee myös Chien & Hendersonin (2004, 963) tekemä tutkimus, jossa tärkeimmiksi tiedon tarpeen aihe alueiksi nousi oireet, mahdolliset komplikaatiot sekä milloin hakeutua hoitoon.

Toiminnallisella osa-alueella tärkeimmiksi aihealueiksi gastrokirurgisten potilaiden kohdalla nousi ruokavalion merkitys sekä eritystoiminta. Urologiset potilaat kokivat tarvitsevansa tietoa eritystoiminnasta ja tarvittavista apuvälineistä. Gastrokirurgiassa kajotaan ruoansulatuselimistöön, jolla on yleensä suora vaikutus ravitsemukseen. Potilaat saattavat tarvita hyvinkin tarkkaan suunniteltua ravitsemussuunnitelmaa ja erityisruokavaliota. Tulokset gastrokirurgisen potilaan tiedon tarpeesta ruokavaliota koskien poikkeavat aiemmin samalla toimialueella teetetystä SPTT- kyselystä, jossa tiedon tarve ruokavaliota koskien oli huomattavasti alhaisempi (Koistinen 2011, 30). Erilaisia tutkimuksia ja toimenpiteitä varten tarvitaan usein myös suolistontyhjennystä ja niiden jälkeen enteraalisesa ravitsemuksessa saattaa olla rajoituksia tai se kielletään hetkellisesti kokonaan. Jo pelkästään gastrokirurginen sairaus, kuten esimerkiksi Crohnin tauti tai suolistosyöpä, saattaa vaikuttaa eritystoimintaan (Colores 2013b; Crohn ja Colitis ry 2013a). Gastrokirurgiset toimenpiteet ja tutkimukset muuttavat usein hetkellisesti tai kokonaan eritystoimintaa. Urologiset potilaat haluavat tietoa eritystoiminnasta, sillä useat urologiset sairaudet liittyvät virtsanerityselimistöön (HUS 2013a). Koettu tiedon tarve apuvälineisiin liittyy selittyä sillä, että esimerkiksi katetrointi on hyvin yleistä virtsaelinsairauksien hoidossa. Tiedon tarve tällä osa-alueella oli molemmissa potilasryhmissä merkittävä, joten aihe-alue tulisi

ottaa hyvin huomioon potilasohjaustilanteissa. Tämä on kuitenkin vastoin Laukan ym. (2005, 1172) tutkimuksen tuloksia, sillä sen mukaan tieto päivittäisistä toiminnoista selviytymisestä jää usein kovin suppeaksi.

Sairaudet ja toimenpiteet muuttavat potilaan minäkuvaa ja voivat aiheuttaa surua, pelkoa ja stressiä ja siksi onkin tärkeää, että potilailla on mahdollisuus keskustella tunteistaan ja kokemuksistaan (Gilmartin 2007, 1115). Tämä ei ilmenyt merkittävästi työn tuloksissa. Vain noin puolet koki tarvitsevansa aihealueesta paljon tietoa. Urologiset potilaat kokivat aihealueen vähemmän tärkeäksi kuin gastrokirurgiset potilaat. Kysely käsitteli tätä aihealuetta vähiten muihin aihealueisiin verrattuna.

Gastrokirurgiset potilaat kokivat tarvitsemansa enemmän tietoa eettisestä osa-alueesta kuin urologiset potilaat. Molemmat potilasryhmät kokivat tarvitsevansa eniten tietoa tällä osa-alueella siitä, mikä on potilaan oma vastuu hoidon onnistumiseksi. Mitä enemmän potilaalla on tietoa, sitä paremmin hän pystyy osallistumaan oman hoitonsa toteuttamiseen ja siihen liittyvään päätöksentekoon. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992) määrittelee hyvin, mitä oikeuksia potilaalla on hoitonsa suhteen. Tiedon tarve aiheesta oli molemmissa potilasryhmissä hyvin vaihtelevaa. Potilaat haluavat kuitenkin tietoa omista oikeuksistaan. Tämä aihealue jää myös usein vähemmälle huomiolle, sillä ohjaustilanteissa keskitytään enemmän sairauteen ja sen hoitoon. Tätä tukee myös Laukan ym. (2005, 1172) tulokset siitä, että potilaat kaipaavat oikeuksistaan tietoa, mutta hoitohenkilökunta yleensä sivuuttaa aiheen hyvin nopeasti.

Sosiaalis-yhteisöllisen osa-alueen vastaukset olivat hyvin samansuuntaisia gastrokirurgisilla ja urologisilla potilailla. Kiinnostuneita he olivat esimerkiksi mahdollisesta jatkohoitopaikasta ja siitä, keneltä läheiset saavat tietoa sairaudesta ja hoitoon liittyvistä asioista. Harjun ym. (2011, 221–225) teettämän tutkimuksen mukaan läheiset otetaan kohtuullisen hyvin huomioon potilaan hoidossa. Tutkimuksen mukaan eniten tukea läheiset saavat päätöksentekoon, kun taas emotionaalinen tuki jää vähemmälle (Harju ym. 2011, 221–225). Omaisten tiedonsaanti läheisensä tilanteesta on tärkeää, sillä ymmärtäessään potilaan tilanteen he pystyvät tukemaan potilasta paremmin. Opinnäytetyön tu-

loksista tuli ilmi, että potilaat halusivat jonkin verran tietoa siitä, miten voi tavata sairaalapapin tai teologin. Tämä tulos on ristiriidassa aiemman samaa potilasryhmää käsitelleen opinnäytetyön tuloksen kanssa (Koistinen 2011, 34,41).

Potilasjärjestöjen toimintaa ja niiden toiminnasta kertomista pidetään yleisesti tärkeänä (Potilasliitto 2013). Laukka ym. (2011) tutkimuksen mukaan potilaat eivät kuitenkaan pidä tiedon saantia potilasjärjestöistä tärkeänä, eikä heille tätä tietoa myöskään tarjota hoitohenkilökunnan puolelta. Tämän opinnäytetyön kyselyyn vastanneet potilaat eivät pitäneet tietoa potilasjärjestöjen toiminnasta tärkeänä. Tätä tukee myös aikaisemmat samankaltaiset tulokset aiheesta (Koistinen 2011, 34; Ainikkamäki ym. 2012, 30).

Vastausten keskiarvon mukaan taloudellinen osa-alue koettiin niin gastrokirurgisilla kuin urologisillakin potilailla vähiten tärkeäksi verrattuna muihin osa-alueisiin. Eniten molempien potilasryhmien potilaat kokivat tarvitsevansa tietoa kuntoutuksesta ja sen kustannuksista. Tällä osa-alueella urologisten potilaiden vastausten hajonta oli suurempaa kuin gastrokirurgisilla.

Aiempien tutkimusten (Hellström ym. 2011, 393–394; Hautamäki-Lamminen ym. 2010, 284; Chien ym. 2011, 1045) mukaan tärkeitä tiedon tarpeen alueita ovat olleet myös kivunhoito, lääkitys ja seksuaalisuus. Näitä ei kuitenkaan ole jostain syystä käsitelty SPTT-mittarissa. Kirurgiseen hoitoon liittyy aina kivunhoito. Esimerkiksi useat gastrokirurgiset toimenpiteet saattavat olla hyvinkin kivuliaita ja vaatia pitkään jatkuvaa ja monialaista kivunhoitoa. Monipuolinen tieto kivunhoidosta saattaa ehkäistä toimenpiteisiin liittyvää ahdistusta (Hellström ym. 2011, 393–394).

10 POHDINTA

Opinnäytetyössä kartoitettiin gastrokirurgisten ja urologisten potilaiden tiedon tarvetta käyttäen avuksi Sairaalapotilaan tiedon tarve-mittaria. Osastoille vietiin alun perin 370 kyselylomaketta, joista lopulta 170 lomaketta hyväksyttiin aineistoksi. Verraten osastoille vietyyn lomakemäärään lopullinen vastausprosentti oli varsin pieni (46%). Määrällisesti vastauksia oli kuitenkin paljon verrattuna muun muassa aikaisempien aiheesta tehtyjen opinnäytetöiden aineistomäärään.

Osastojen kesken vastausprosentit vaihtelivat jonkin verran. Joiltakin osastoilta vastauksia tuli paljon ja joiltakin huomattavasti vähemmän verrattuna määrään joka sinne oli viety. Tähän saattoi vaikuttaa henkilökunnan motivoituneisuus jakaa lomakkeita, mutta myös opinnäytetyöntekijät ovat voineet arvioida potilasvaihtuvuuden kautta lasketun osastokohtaisen lomakemäärän väärin. Lomakkeiden jakamiseen on voinut vaikuttaa näiden lisäksi se, että ammattikorkeakoulujen opinnäytetyöt ovat menettäneet merkityksensä, eikä niitä arvosteta tiedon tuottajina.

Opinnäytetyön tutkimusongelmiin saatiin vastaukset. Eniten tietoa kaivattiin biofysiologiselta osa-alueelta, joka käsittelee oireita, tutkimuksia, komplikaatioita ja hoitoa. Vähiten niin gastrokirurgiset kuin urologisetkin potilaat tarvitsivat tietoa taloudelliselta osa-alueelta, joka käsittelee hoidon kustannuksia.

Tässä opinnäytetyössä käytetty SPTT-mittari oli alkuperäinen versio mittarista. Jälkeenpäin sitä on kehitetty muun muassa opinnäytetöiden tuloksien pohjalta. Opinnäytetyön tekijöiden mielestä kyseinen alkuperäinen lomake oli kuitenkin jokseenkin epäselvä ja muutama tärkeä aihealue oli jätetty kokonaan huomioimatta. Vastausvaihtoehdot tiedon tarvetta käsitteleviin väittämiin olivat opinnäytetyön tekijöiden mielestä vaikeasti eroteltavissa. Etenkin keskimmäiset vaihtoehdot 'Jokseenkin samaa mieltä' ja 'Jokseenkin eri mieltä' olivat liian lähellä toisiaan. Mittari oli myös kokonaisuudessaan varsin pitkä, sillä se koostui 40 tiedon tarvetta arvioivasta kysymyksestä. Lomake voi tuntua liian pitkältä leikkauksesta tulleelle potilaalle tai jännittyneelle, toimenpidettä odottavalle potilaal-

le, eikä kysymyksiin jakseta keskittyä kunnolla. On myös mahdollista, että kesken kyselyn täytön unohtuu, että on kyse tarvittavasta tiedosta eikä siitä, mitä tietoa on jo saanut.

Vastauksia analysoitaessa SPSS-ohjelmalla tapahtui bittivirhe, sillä taulukoita muodostettaessa ohjelma ei antanut analysoida jotakin tiettyjä kysymyksiä samassa taulukossa vaan ne piti analysoida erikseen. Vastaukset koottiin kuitenkin yhdeksi taulukoksi käyttäen toista ohjelmaa. Tämä ei todennäköisesti vaikuttanut kuitenkaan vastauksiin vaan oli enemmänkin ulkonäköseikka lopullisessa työssä. SPSS-ohjelma ei ole opinnäytetyön tekijöille entuudestaan tuttu, joten eri analysointitoimintojen käyttö jäi varsin suppeaksi. Opinnäytetyön tekijöillä ei myöskään ole kokemusta tutkijoina.

Potilaan tiedon tarvetta ja potilasohjausta on tutkittu Suomessa jonkin verran. Yksilöllisen ohjauksen tärkeys on ymmärretty, mutta silti sitä ei vielä ole pystytty kunnolla toteuttamaan potilasohjaustilanteissa. Pääasiallinen syy tähän on resurssien puute niin taloudellisesti kuin koulutuksellisesti. Potilasohjaustilanteet vaativat riittävästi aikaa, jotta kaikki asiat ehditään käsitellä. Myös hoitajien tulisi olla koulutetumpia, jotta he pystyvät varmemmin antamaan potilaille ohjausta näiden tarvitsemista aihealueista. Esimerkiksi Turun Ammattikorkeakoulun hoitotyön koulutusohjelma ei anna riittäviä valmiuksia monipuoliseen potilasohjaukseen. Sekä ammattikorkeakoulun että työnantajien tulisi panostaa hoitajien valmiuksiin antamalla potilasohjausta monipuolisesti.

LÄHTEET

Aaltomaa, S. 2013. Anamneesi ja oireisto, kliininen tutkimus. Teoksessa Aaltomaa, S.; Nurmi, M.; Parpala, T.; Taari, K. & Tammela, T. (toim.) *Urologia*. 3. uudistettu painos. Helsinki: Duodecim.

Ahern, K.; Drake, S.; Henderson, A.; Kerridge, L.; Kuys, S. & McKain, S. 2005. Exploration of patients' needs for information on arrival at a geriatric and rehabilitation unit. *Journal of Clinical Nursing*, vol 14: 704–710.

Ahonen, J., Alanko, A., Lehtonen, T., Suominen, S. & Ukkola, V. 2001. *Kirurgia*. Porvoo: WSOY

Ainikkamäki, E.; Maunula, M. & Ranne, L. 2012. Tuki- ja liikuntaelinsairauksia sairastavien potilaiden tiedon tarve –Sairaalapotilaan tiedon tarve –mittarilla mitattuna. *Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma*. Turku: Turun Ammattikorkeakoulu.

Avsar, G. & Kasikci, M. 2011. Evaluation of patient education provided by clinical nurses in Turkey. *International Journal of Nursing Practice* 2011. Vol. 17: 67–71.

Baig, M., Sajid, M. & Sharik, A. 2011. Information on the Internet about colorectal cancer: patient attitude and potential toward Web browsing. A prospective observational study. *Canadian Journal of Surgery*. Vol 54(5), 339–343.

Beaver, K.; Heath, J.; Latif, S.; Luker, K.; Procter, D.; Sheridan, J.; Susnerwala, S. & Williamson, S. 2010. An exploratory study of the follow-up care need of patients treated for colorectal cancer. *Journal of Clinical Nursing*, 19, 3291–3300.

Blay, N. & Donoghue, J. 2006. Source and content of health information for patients undergoing laparoscopic cholecystectomy. *International Journal of Nursing Practice* 2006; 12: 64–70.

Chien, W-T. & Hendersson, A. 2004. Information needs of Hong Kong Chinese patients undergoing surgery. *Journal of Clinical Nursing* 2004; Vol 13: 960–966.

Chien, W-T., Lui, H-L., Qin, B. & Yiu, Y.M. 2011. Information needs of Chinese surgical patients on discharge: a comparison of patients' and nurses' perceptions. *Journal of Advanced Nursing*. 67(5), 1041–1052.

Colores 2013a. Hoitomuodot. Viitattu 5.4.2013. www.colores.fi > Tietoa suolistosyövästä > Hoitomuodot.

Colores 2013b. Oireet. Viitattu 5.4.2013. www.colores.fi > Tietoa suolistosyövästä > Oireet.

Crohn & Colitis ry 2013a. Crohnin tauti. Viitattu 4.4.2013. www.crohnjacolitis.fi > Crohnin tauti

Crohn & Colitis ry 2013b. Colitis ulcerosa. Viitattu 4.4.2013. www.crohnjacolitis.fi > Colitis ulcerosa

Crohn & Colitis ry 2013c. Leikkaushoito. Viitattu 5.4.2013. www.crohnjacolitis.fi > Colitis ulcerosa > Leikkaushoito

Elomaa L., Eloranta S., Johansson K., Rasmus M. & Vähätalo M. 2009. Avannepotilaan voimavaraistumista tukeva polikliininen ohjaus. *Tutkiva Hoitotyö* vol 8 (1) 2010, 4–11.

Eloranta, S., Nygren, P. & Leino-Kilpi, H. 2011. Potilasturvallisuus on kaikkien yhteinen asia. Viitattu 17.2.2013. Saatavissa http://www.vete.fi/Liitteet/2011-02-07_VeTe_tiedote2.pdf

- Gilmartin, J. 2007. Contemporary day surgery: patients' experience of discharge and recovery and recovery. *Journal of Clinical nursing* 16, 1109–1117.
- Gustaffson, M-L., Leino-Kilpi, H. & Suhonen, R. 2009. Yksilöllistä hoitoa edistävät tekijät – hoitohenkilöstön näkökulma. *Tutkiva hoitotyö* vol 7(4), 4–11.
- Hakala, J. 2004. *Opinnäytetyöopas ammattikorkeakouluille*. Helsinki: Gaudeamus.
- Harju, E.; Rantanen, A.; Tarkka, M-T. & Åstedt-Kurki, P. 2011. Eturauhassyöpöpotilaiden ja heidän läheistensä sairaalassa saama sosiaalinen tuki. *Hoitotiede*, 23(3), 218-229.
- Hautamäki-Lamminen, K.; Kellokumpu-Lehtinen, P.; Lehto, J. & Åstedt-Kurki, P. 2010. Syöpään sairastuminen ja seksuaalisuus: mitä potilaat odottavat seksuaaliohjaukselta? *Hoitotiede*, 22 (4), 282–290.
- Heikkinen, K.; Johansson, K.; Kaljonen, A.; Leino-Kilpi, H.; Salanterä, S. & Virtanen, H. 2005. Patient education and health-related quality of life. Surgical hospital patients as a case in point. *Journal of Nursing Care Quality* 2005. Vol 20, nro 4: 307–316.
- Heinola, K.; Koivurova, T.; Niskasaari, M.; Rantala, A.; Sulasalmi, S.; Tokola, S. & Tähtinen, T. 2006. Taitojen oppiminen/demonstrointi. Teoksessa Kyngäs, H.; Kääriäinen, M. & Lipponen, K. (toim.) *Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat mallit*. Oulu: Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri.
- Hellström, R., Sjöstedt, L. & Warrén-Stomberg, M. 2011. Patients' Need for Information Prior to Colonic Surgery. *Gastroenterology Nursing* Vol 35 (5), 390–397.
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2013a. *Urologia*. Viitattu 4.4.2013. www.hus.fi > Sairaanhoido > Sairaanhoidopalvelut > Urologia
- Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri 2013b. *Vatsaelinkirurgia (Gastroenterologinen kirurgia)*. Viitattu 4.4.2013. www.hus.fi > Sairaanhoido > Sairaanhoidopalvelut > Vatsaelinkirurgia
- Hirsjärvi, S. Remes P. & Sajavaara P. 2009. *Tutki ja kirjoita*. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Hupli, M.; Makkonen, A. & Suhonen, R. 2010. Potilaiden näkemys hoidon yksilöllisyydestä ajanvarauspoliklinikalla. *Hoitotiede* 2010, 22(2), 129–140.
- Iso-Kivijärvi, M.; Keskitalo, O.; Kukkola, K.; Ojala, P.; Olsbo, A.; Pohjola, M. & Väänänen, H. 2006. Hyvä potilasohjaus prosessina. Teoksessa Kyngäs, H.; Kääriäinen, M. & Lipponen, K. (toim.) *Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat mallit*. Oulu: Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri.
- Järvi, U. 2011. Tyks piirtää erikoissairaanhoidon uusiksi. *Lääkärilehti*. Viitattu 5.4.2013. Saatavissa: www.laakarilehti.fi/uutinen.html?opcode=show/news_id=10478/type=1
- Kankaala, J.; Kaukua, I.; Määttä, M.; Simula, M.; Suomela, A.; Virranniemi, S. & Vänttilä, P-L. 2006. Sosiaalinen tuki potilasohjauksessa. Teoksessa Kyngäs, H.; Kääriäinen, M. & Lipponen, K. (toim.) *Potilasohjauksen haasteet. Käytännön hoitotyöhön soveltuvat mallit*. Oulu: Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. *Tutkimus hoitotieteessä*. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Kaukua, J. & Mustajoki, P. 2008. Paksusuolen tähtystys (kolonoskopia ja sigmoidoskopia). Helsinki: Duodecim. Viitattu 5.4.2013. Saatavissa: www.terveyskirjasto.fi
- Kinnunen, T., Korte, R. & Lukkari L. 2009. *Perioperatiivinen hoitotyö*. Helsinki: WSOYpro

- Koistinen, L. 2011. Gastrokirurgisten sekä urologisten potilaiden tiedontarpeen arviointi SPTT-mittarilla. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Turku: Turun Ammattikorkeakoulu.
- Koivula, M.; Liimatainen, T.; Mattila, E. & Åstedt-Kurki, P. 2011. Avanneleikattujen potilaiden läheisten tuensaanti hoitojakson aikana. *Hoitotiede* 23(3), 175–184.
- Koli, E. 2011. Ohjeita avannepotilaalle. Viitattu 5.4.2013. www.ohjepankki.vsshp.fi > Tietoa sairauksista ja hoidosta > Kirurgia > Vatsaelinkirurgia > Ohjeita avannepotilaalle
- Kummel, M. & projektiryhmä 2011. Projektisuunnitelma: Tulevaisuuden sairaala – Hoitotyön kehittämisprojekti 2009-2015 (Hoi-Pro). Turku: Turun Ammattikorkeakoulu.
- Kuula, A. 2011. Tutkimusetiikka. Aineistojen hankinta, käyttö ja säilytys. Jyväskylä: Bookwell Oy.
- Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2009. The quality of patient education evaluated by the health personnel. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 2010; 24: 548–556.
- Kääriäinen, M. 2008. Potilasohjauksen laatuun vaikuttavat tekijät. *Tutkiva Hoitotyö* vol. 6 (4), 10–15.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.
- Laki lääketieteellisestä tutkimuksesta 9.4.1999/488.
- Laukka, A.; Nenonen, H.; Suhonen, R. & Välimäki, M. 2005. Patients' informational needs and information received do not correspond in hospital. *Journal of Clinical Nursing* 2005, 14: 1167–1176.
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2008. *Etiikka hoitotyössä*. 5. uudistettu painos. Helsinki: WSOY.
- McMullan, M. 2005. Patients using the internet to obtain health information: How this affects the patient-health professional relationship. *Patient education and counseling* vol. 63 (1-2), 24–28.
- Pikkarainen, P. 2000. Ruoansulatuskanavan endoskopia. Teoksessa Färkkilä, M.; Höckerstedt, K.; Kivilaakso, E. & Pikkarainen, P. (toim.) *Gastroenterologia*. Jyväskylä: Duodecim.
- Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2013. *Urologia*. Viitattu 4.4.2013. www.ppshp.fi > Potilaille ja läheisille > Poliklinikat ja osastot > Kirurgia > Urologia
- Potilasliitto 2013. *Toimintasuunnitelma 2013*. Viitattu 11.3.2013. www.potilasliitto.fi > toiminta
- Terveystieteiden laitos 30.12.2010/1326.
- TENK 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsittely Suomessa. Viitattu 28.2.2013. www.tenk.fi > Ohjeet ja julkaisut > Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausepäilyjen käsitteleminen Suomessa. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan ohje 2012
- Tyks 2013. *Tyksin organisaatio*. Viitattu 4.4.2013. www.tyks.fi > Hallinto > Tyksin organisaatio
- Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2013a. Viitattu 17.2.2013 www.tyks.fi > Opiskelu > Oppimisympäristöt > Vatsaelinkirurgian ja urologian klinikka > Vatsaosasto 2
- Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2013b. Viitattu 17.2.2013. www.tyks.fi > Opiskelu > Oppimisympäristö > Vatsaelinkirurgian ja urologian klinikka > Vatsaosasto 1
- Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2013c. Viitattu 17.2.2013 www.tyks.fi > Opiskelu > Oppimisympäristöt > Vatsaelinkirurgian ja urologian klinikka > Gastroenterologinen poliklinikka
- Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2013d. Viitattu 17.2.2013. www.tyks.fi > Opiskelu > Oppimisympäristöt > Vatsaelinkirurgian ja urologian klinikka > Urologian osasto

<small>VARSINAIS-SUOMEN SAIRAANHOITTOPIIRI Egentliga Finlands sjukvårdsdistrikt</small>		HOITOTYÖN TUTKIMUS- JA OPINNÄYTETYÖ	
LUPAHAKEMUS (katso erilliset ohjeet: http://www.vsshp.fi/fi/tutkimus) Hakemus lähetetään: VSSHP, TYKS, Hoitotyön toimisto, suunnittelija, PL 52, 20521 TURKU		<input checked="" type="checkbox"/> Uusi tutkimus <input type="checkbox"/> Jatko/Muutos lupaan	
TUTKIMUSLU- VAN HAKIJA/ HAKIJAT	Nimi/nimet: Hanna Kaartinen _____ Noora Sundell _____		
	Osoite: Sundell: Uudenmaankatu 10 A 12 20500 Turku puhelin: 0443605222 _____ sähköposti: noora.sundell@students.turkuamk.fi _____ Turun Ammattikorkeakoulu/ Ruiskadun yksikkö		
Opiskelu- tai työpaikka			
Opinnäytetyö	<input type="checkbox"/> Väitöskirja <input type="checkbox"/> Pro gradu <input checked="" type="checkbox"/> Opinnäytetyö/AMK <input type="checkbox"/> muu, mikä? _____ <input type="checkbox"/> Liseniaattityö <input type="checkbox"/> Ylempi AMK		
TUTKIMUKSEN/ OPINNÄYTE- TYÖN TIIVIS- TETTY KUVAUS <small>(mm. tutkimuksen nimi, päätaivoitteet, menetelmät, aineis- to, tutkimuksen suor- ituspaikka, tutki- muksen merkitys)</small> <small>Tutkimussuun- nitelmä erillisessä liitteessä (max. 5 s.)</small>	Potilaan tiedon tarve gastrokirurgian ja urologian toimialueella -SPTT-mittarilla mitattuna Tutkimuksen tarkoituksena on kartoittaa gastrokirurgisten ja urologisten potilaiden tiedon tarvetta ja tavoitteena on selvittää, mistä gastrokirurgiset ja urologiset potilaat kaipaavat tietoa. Aineiston keräämiseen käytetään Sairaalapotilaan tiedon tarve (SPTT) (© Leino-Kilpi, Salanterä, Hölttä 2003)-mittaria. Kyselylomakkeita jaetaan gastrokirurgian ja urologian potilaille Turun Yliopistollisen keskussairaalan osastoille 213,233,216 ja 227. Kysely toteutetaan 12.11.2012-14.12.2012. Tutkimuksesta saadun aineiston avulla pyritään kehittämään potilasohjausta.		
TUTKIMUKSEN OHJAAJA(T)	27.9.2012 <u><i>Tiina Nurmela</i></u> _____ 1 _____ allekirjoitus/nimen selvennys _____ allekirjoitus/nimen selvennys _____ <u><i>TIINA NURMELA</i></u>		
YHTEYSTIEDOT			
SITOUMUS JA JULKAISULUPA	Sitoudun noudattamaan hyvää tutkimuskäytäntöä, sairaalan yleisiä sääntöjä sekä vaitiolovelvollisuutta (http://www.vsshp.fi/fi/tutkimus/1071 , www.turkucrc.fi). 27.9.2012 <u><i>Hanna Kaartinen</i></u> _____ 1 _____ hakijan allekirjoitus/nimen selvennys _____ hakijan allekirjoitus/nimen selvennys _____ 27.9.2012 <u><i>Noora Sundell</i></u> _____ 1 _____ hakijan allekirjoitus/nimen selvennys _____ hakijan allekirjoitus/nimen selvennys _____		
YLIHOITAJAN LAUSUNTO JA YHDYSHENKI- LÖN NIMEÄMINEN VSSHP:ssä	Klinikkan/yksikön kehittämishanke, johon opinnäytetyö/tutkimus liittyy: <u><i>UUDEN TOIMIALUEEN POTILASOHJAUKSEN KEHITTÄMINEN</i></u> Yhdyshenkilö/virkan/toimen nimike: <u><i>HARI VIHJONEN-PEURANEN</i></u> _____ (yh nimeää) Puollan <input checked="" type="checkbox"/> En puolla <input type="checkbox"/> Puolustaja(t) 28.9.2012 <u><i>Hanna Kaartinen</i></u> _____ 27.9.12 _____ allekirjoitus/nimen selvennys _____ allekirjoitus/nimen selvennys _____		
HOITOTYÖN ASiantuntija- RYHMÄN LAUSUNTO	<input checked="" type="checkbox"/> Lupaa puolletaan <input type="checkbox"/> Ei puolleta, Perustelu (tarv. liitteenä) _____ <input type="checkbox"/> Pyydetään lähettämään eettiselle toimikunnalle 28.10.2012 <u><i>Ulla</i></u> _____ allekirjoitus/nimen selvennys _____ <input type="checkbox"/> Pyydetään lisäselvityksiä: _____ <u><i>Saatele myönnetty kayattava -ok</i></u>		
EETTINEN TOIMIKUNTA	Eettisen toimikunnan lausunto saatu (liitteenä) _____ 1 _____		
TUTKIMUS- LUVAN MYÖNTÄMINEN	<input checked="" type="checkbox"/> Myönnetty <input type="checkbox"/> Ei myönnetty 26.10.12 _____ allekirjoitus/nimen selvennys _____ allekirjoitus/nimen selvennys _____ VSSHP:n/sairaalan nimen saa julkaista tutkimusraportissa/opinnäytetyössä Kyllä <input checked="" type="checkbox"/> Ei <input type="checkbox"/> Haluan nähdä tutkimusraportin/opinnäytetyön ennen julkaisuluvan antoa Kyllä <input type="checkbox"/> Ei <input checked="" type="checkbox"/>		
Päätös annettu tiedoksi hakijalle _____ 1 _____		Päätöksen antoi _____	

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


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

SPTT-mittaria tullaan käyttämään seuraavissa opinnäytelöissä (AMK):

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

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

Turussa 17.2.2011


Helena Leino-Kilpi
Professori

Saatekirje

Hyvä Potilas

Haluamme parantaa potilaiden saamaa ohjausta siten, että se vastaisi paremmin potilaan yksilöllisiä tarpeita. Tämän kyselyn tavoitteena on selvittää, minkälaista tietoa potilas tarvitsee. Jokainen vastaus on tärkeä ja arvokas, ja siksi pyydämme teitä vastaamaan tähän kyselyyn. Vastaamalla kyselyyn annatte suostumuksenne tutkimukseen osallistumisesta.

Kyselyyn vastaaminen on täysin vapaaehtoista ja vastaamisen voitte halutesanne keskeyttää. Vastaaminen tai vastaamatta jättäminen ei vaikuta saamaanne hoitoon millään tavalla. Vastaaminen tapahtuu nimettömästi ja kyselylomakkeita tullaan käsittelemään luottamuksellisesti. Vastaajan henkilöllisyys ei tule ilmi missään vaiheessa tutkimusta. Aineisto tullaan hävittämään asianmukaisesti sen analysoinnin jälkeen. Vastattuanne kyselyyn sulkekaa lomake ohessa olevaan kirjekuoreen ja antakaa kirjekuori hoitajalle, joka toimittaa sen kyselylomakkeille varattuun suljettuun laatikkoon.

Tutkimus on osa opinnäytetyötä jonka on määrä valmistua toukokuussa 2013. Tämän jälkeen se on luettavissa Turun ammattikorkeakoulun Ruiskadun kirjastossa. Opinnäytetyötä ohjaa Turun Ammattikorkeakoulun lehtori, TtT Tiina Nurmele (tiina.nurmela@turkuamk.fi tai +358 44 9075476).

Opinnäytetyö kuuluu hankkeeseen, jonka tavoitteena on erikoissairaanhoidon palvelujen kehittäminen toimialuekohtaiseksi. Hanke toteutetaan yhteistyössä Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin ja Turun Ammattikorkeakoulun kanssa.

Tarvittaessa vastaamme mielellämme opinnäytetyötämme koskeviin kysymyksiin.

Ystävällisin terveisin

Sairaanhoitajaopiskelijat

Hanna Kaartinen & Noora Sundell

Mahdolliset yhteydenotot:

Turun Ammattikorkeakoulu

Ruiskatu 8 20720 Turku

Noora Sundell (noora.sundell@students.turkuamk.fi)

Tiedote henkilökunnalle

Osastollanne toteutetaan kysely koskien vatsatoimialuepotilaan tiedon tarvetta. Kyselylomakkeena käytetään SPTT-mittaria (© Leino-Kilpi, Salanterä, Hölttä 2003). Kyselyllä kerätään aineistoa opinnäytetyöhön, joka valmistuu toukokuussa 2013.

Kuka voi osallistua kyselyyn?

- Suomenkielentaitoinen
- Täysi-ikäinen
- Voinniltaan kykenevä vastaamaan kyselyyn joko itse tai läheisen avustamana

Miten tutkimus etenee?

- Saatekirje, kyselylomake ja sille varattu kirjekuori annetaan potilaalle tämän saavuttua osastolle
- Potilaat vastaavat kyselyyn sairaalassaoloaikanaan
- Hoitajat keräävät suljetut kirjekuoret potilailta kotiinlähtöpäivänä tai viimeistään 17.12.2012 ja toimittavat ne niille tarkoitettuun suljettuun laatikkoon. Potilas voi palauttaa lomakkeen hoitajalle myös aiemmin.

Kyselylomakkeiden jakoaika on 12.11.2012-14.12.2012. Suljetut kirjekuoret haetaan osastoltanne 17.12.2012.

Lisätietoja

Opinnäytetyötä ohjaa TtT Tiina Nurmela
(tiina.nurmela@turkuamk.fi tai +358 44 9075476).

Terveisin

Hoitotyönopiskelijat Hanna Kaartinen & Noora Sundell (noora.sundell@students.turkuamk.fi)

SPTT-mittari

Turun yliopisto, Hoitotieteen laitos
 Turun yliopistollinen keskussairaala
 Potilasohjauksen tuloksellisuuden arviointi

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

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

© Leino-Kilpi, Salanterä, Hölttä 2003

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

Kyllä _____, montako kertaa _____

En _____

SAIRAALAPOTILAAN TIEDON TARVE –MITTARI (SPTT)

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

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

© Leino-Kilpi, Salanterä, Hölttä 2003

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

© Leino-Kilpi, Salanterä, Hölttä 2003

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

© Leino-Kilpi, Salanterä, Hölttä 2003

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