

ITSEHOITO VOIMAVARANA

**Tutkimus potilaan kokemuksista sairaalahoidosta ja
itsehoidon tukemisesta**

Jyväskylän yliopisto
Liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta
Terveystieteiden laitos
Terveyskasvatuksen tutkielma
Salme Kosunen
Toukokuu 1999

TIIVISTELMÄ

Jyväskylän yliopisto, liikunta- ja terveystieteiden tiedekunta, terveystieteiden laitos

KOSUNEN SALME: Itsehoito voimavarana. Tutkimus potilaan kokemuksista sairaalahoidosta ja itsehoidon tukemisesta Terveyskasvatuksen tutkielma, 77 sivua, 11 liitettä. Huhtikuu 1999

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli kuvata potilaan kokemuksia sairaalahoidosta ja itsehoidon tukemisesta sairaalahoidon aikana. Tutkimuksen lähtökohtana oli pohtia sitä, miten potilaiden itsehoidolliset voimavarat saadaan entistä paremmin osaksi hoitotyötä. Tutkimustehtävinä oli selvittää, millaiset olivat potilaiden itsehoitovalmiudet sairaalaan tultaessa, millaista ohjausta ja neuvontaa sekä kuinka paljon potilaat saivat itsehoitonsa tueksi sekä, miten potilaan ikä, sukupuoli ja koulutus vaikuttivat kokemuksiin ja arviointeihin.

Aineisto kerättiin haastattelemalla Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kuntainliiton sairaalan sisätautien ja neurologian vuodeosaston kotiinlähtövaiheessa olevia potilaita. Haastattelu toteutettiin lomakehaastatteluna ja sen suoritti tutkija itse.

Kaikkiaan haastateltiin 103 potilasta, joista viiden potilaan vastaukset jätettiin käsittelemättä vastausten puutteellisuuksien vuoksi. Lopullisessa aineistossa naisia oli 58 ja miehiä 40. Iältään haastatellut olivat 15-82 vuotiaita. Parhaiten edustettuina olivat 41-64-vuotiaat, joita tutkimusaineistossa oli 43 henkilöä. Koulutustaustaltaan tutkitut jaettiin kansa- tai peruskoulun käyneisiin ja tätä enemmän koulutusta saaneisiin. Ns. ylemmän koulutuksen saaneita haastatelluista 54 henkilöä.

Haastateltujen vastauksia tarkasteltiin ristiintaulukoimalla kokemukset ja arvioinnit hoidosta taustamuuttujien suhteen.

Tulokset osoittivat, että potilaat olivat tyytyväisiä hoitoon liittyvään tietomäärään, avunsaantiin sekä potilasohjaukseen ja kohteluun sairaalassa oloaikana. Yleisellä tasolla arvioitaessa sairaanhoitoa pidettiin hyvänä. Hoitoalueittain tarkastellen potilaat toivat esille ongelmia ja puutteita. Potilas-hoitaja-suhteessa potilaat odottivat parempaa yhteistyötä hoitajien ja potilaitten välille, hoitohenkilökunnan samanlaista suhtautumista kaikkiin potilaisiin, enemmän aikaa neuvontaan ja keskusteluihin. Perussyynä

ongelmille haastatellut potilaat pitivät henkilöstöressurssien vähyyttä.

Tuloksia tarkasteltaessa ja arvioitaessa on hyvä muistaa, että tiedot on saatu yhdeltä sairaanhoidon erikoisalalta ja yhden vuodeosaston potilailta. Vastaaajien yleinen myönteisyys hoidon suhteen voi johtua osittain myös tutkimusmenetelmästä. Haastattelututkimukset tuottavat usein yleisellä tasolla myönteisiä tuloksia. Tuloksien suuntaa vastaa kuitenkin aikaisempien potilasneuvontaan ja itsehoitoon liittyneiden tutkimusten tuloksia.

Tuloksia on esitetty hyödynnettäväksi henkilökunnan ammatillisessa koulutuksessa ja potilaiden itsehoidon neuvonnassa sekä käytännön toteutuksessa. Jatkotutkimuksen aiheena esille nousi kysymys vastuusta ja rajoista itsehoidon toteutuksessa potilaiden ja henkilökunnan välillä sekä sairaalahoidon aikana että avohuollossa.

SISÄLLYS

| | |
|--|----|
| 1. JOHDANTO - TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT | 1 |
| 2. HOITOTYÖ JA POTILAAN ROOLI | 5 |
| 2.1. Hoitotyön määrittely | 5 |
| 2.2. Vuorovaikutus hoitotyössä | 7 |
| 2.2.1. Erilaisia hoitaja-potilas suhteita | 9 |
| 2.2.2. Potilaan rooli hoitotyössä | 11 |
| 2.3. Itsehoidon edellytykset hoitotyössä | 16 |
| 2.3.1. Potilasnäkökulma itsehoidon edellytyksiin | 17 |
| 2.3.2. Itsehoito osana hoitotyön päätöksentekomallia | 21 |
| 3. TUTKIMUSTEHTÄVÄN TEOREETTINEN VIITEKEHYS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT | 24 |
| 3.1. Oremin itsehoitomalli | 24 |
| 3.1.1. Itsehoito | 26 |
| 3.1.2. Itsehoitovalmius | 26 |
| 3.1.3. Itsehoitovaatimus | 25 |
| 3.1.4. Itsehoito ja hoitotyön oikeutus | 28 |
| 3.1.5. Oremin itsehoitomallin arviointi | 29 |
| 3.2. Tutkimustehtävien määrittely | 31 |
| 4. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN | 33 |
| 4.1. Tutkimusympäristö ja otos | 33 |
| 4.2. Tutkimusmenetelmä | 34 |
| 4.3. Tutkimusaineiston kuvaus | 37 |
| 4.4. Tutkimusaineiston käsittely ja analysointi | 38 |
| 4.5. Tutkimuksen luotettavuus - reliabiliteetti ja validiteetti | 40 |
| 5. TUTKIMUKSEN TULOKSET | 46 |
| 5.1. Tutkittavien itsehoitovalmiudet | 46 |
| 6. KOKEMUKSET ITSEHOIDON OHJAUksesta JA NEUVONNASTA SAIRAALAHOIDON AIKANA | 51 |
| 6.1. Tiedonsaanti | 51 |
| 6.1.1. Tiedot suoritetuista tutkimuksista ja tutkimustuloksista | 53 |
| 6.1.2. Tiedot paranemisen edistymisestä | 55 |
| 6.1.3. Tiedot hoitotyön eri alueilta | 56 |
| 6.2. Kokemukset kuulluksi tulemisesta | 59 |
| 7. POTILAAN JA HOITAJAN VÄLINEN SUHDE | 62 |
| 8. KOHTI ITSEHOITOA | 64 |
| 8.1. Avunsaanti sairaalassa ollessa | 66 |
| 8.2. Kotiinlähtövaiheen tunnelmat | 66 |
| 8.3. Lisäohjeet kotihoitoa varten | 67 |
| 8.4. Avointa arviointia hoidosta | 68 |
| 9. YHTEENVETO TUTKIMUKSEN TULOksista | 70 |
| 10. TUTKIMUKSEN ARVIOINTI JA POHDINTA | 75 |

Lähteet
Liitteet

1. JOHDANTO - TUTKIMUKSEN LÄHTÖKOHDAT

Noin 10 vuotta sitten seurasin sairaalan työntekijänä eri vuodeosastojen kuormituslukuja ja potilasvaihtoa. Kiinnitin erityisesti huomiota sisätautien vuodeosastojen korkeisiin toimintalukuihin. Keskustelin näiden osastojen henkilökunnan kanssa ja totesimme yhdessä, että oli tärkeää tehostaa potilaiden hoitoa ja neuvontaa.

Samoihin aikoihin silloisen Lääkintöhallituksen toimesta käynnistettiin valtakunnallinen projekti "Ihminen terveydenhuollossa". Projektin tavoitteena oli löytää keinoja tehostaa terveydenhuollon palveluja. Keski-Suomen keskussairaalassa henkilökunta kymmeneltä vuodeosastolta osallistui projektiin oman erikoisalansa hoito-ongelmien selvittämiseksi.

Myös sisätautiosaston henkilökunta osallistui esimiestensä suostumuksella projektiin. Tarkoituksena oli potilaiden itsemääräämisoikeuden ja itsehoidon valmiuksien kehittäminen ja tukeminen. Henkilökunta totesi arvioidessaan kehittämistyön tuloksia, että hoitotyön keinoin voidaan tukea potilaita hoidon tavoitteiden suuntaamisesta oman hoidon toteuttamiseen. Ongelmaksi todettiin lyhyt tutkimustyön aika ja kiireinen työtahti osastolla (Keski-Suomen sairaanhoitopiiri 1987, 7-17). Kehitystyön jatkaminen kiinnosti henkilökuntaa ja tutkijaa.

Terveyspolitiikan toimenpiteet ovat erilaisia eri aikakausina. Niiden toteuttaminen perustuu yhteiskunnassa vallitseviin käsityksiin ihmisten hyvinvoinnista, terveydestä ja sairauksista sekä sairauksien ehkäisystä. Näiden merkitykset ovat historiallisesti muuttuvia ja ne ovat lisäksi arvo- ja normisidonnaisia (Puro 1972, 13). Yleisesti voi todeta, että kuluneen vuosikymmenen aikana terveyspolitiikkaan ja sen osa-

alueeseen terveydenhuoltoon on kohdistettu sekä Suomessa että ulkomailla runsaasti laadullisia ja määrällisiä odotuksia sekä vaatimuksia.

1980-luvun loppupuolella terveydenhuoltoa pyrittiin kehittämään Suomessa mm. "Terveyttä kaikille vuoteen 2000" -ohjelman avulla. Tavoitteena oli parantaa terveystalouden ihmillisyyttä ja joustavuutta sekä hoitosuhteen jatkuvuutta. Ohjelman hoitonäkemyksessä korostettiin potilaan omatoimisuutta ja hoitoon osallistumista (Sosiaali- ja terveysministeriö 1986, 106). Yleinen väestön tiedontason lisääntyminen onkin edistänyt potilaiden valvotun hoidon ja kiinnostusta omatoimiseen hoitamiseen.

Viime vuosien yhteiskunnalliset ja taloudelliset muutokset - esimerkiksi 90-luvun alussa lisääntynyt työttömyys - ovat jälleen tuoneet uusia haasteita terveydenhuoltoon. Pitkään tiedostettu väestön ikääntyminen on myös suuri haaste. Lisäksi maan sisäinen muuttoliike ja ulkomaalaisväestön kasvu vaikuttavat terveystalouden järjestämiseen.

Sosiaali- ja terveysministeriön virkamiehet ovat laatineet uudet terveystalouden toteuttamissuunnitelmat. Tulevien vuosien terveystalouden tavoitteena on turvata tasokkaat terveystaloudet kaikille Suomessa asuville väestöryhmille.

Terveydenhuollon toteuttaminen on ongelmallista, koska se rahoitetaan pääasiassa verovarjoilla ja se mitoitetaan yhteiskunnan taloudellisten voimavarojen mukaan. Vastuu terveydenhuollon palvelujen järjestämisestä on kunnilla (Sosiaali- ja terveysministeriö 1996, 16). Omien voimavarojen loppuessa yksilöllä on oikeus odottaa terveystaloudelta viralliselta organisaatiolta, vaikkakin yhteiskunnallisten voimavarojen rajallisuus asettaa viralliselle terveydenhuollolle rajoituksia palvelujen tuottamisessa. Viime vuosina julkisten terveystalouden kasvun on pysähtynyt (Pelkonen 1992, 11).

Kuten edellä jo todettiin terveydenhuollon alue on uusien haasteiden edessä ja sen on kehitettävä yhteistyötä muiden viranomaisten mm. sosiaalihuollon kanssa. Kehityslinjoja mietittäessä on arvioitava, miltä osin sosiaalihuollon ja terveydenhuollon yhteistyötä voidaan tiivistää. Potilaille on merkittävää, että voidaan välttää valinnat sen suhteen, ketä hoidetaan ja ketä ei.

Tutkimustyöni yhtenä lähtökohtana oli kiinnostus potilaiden omien voimavarojen käyttöön hoitotyössä. 1980-luvun lopulla, jolloin kokosin tutkimukseni aineiston, keskusteltiin suomalaisessa terveydenhuollossa potilaan asemasta, oikeuksista ja oikeusturvasta. Potilaat myös pyrkivät osallistumaan hoitopäätöksiin ja hoitohenkilökunnan keskuudessa ilmeni kiinnostusta kuunnella potilaita. Potilaiden osallistuminen hoitopäätöksiin jäi tuolloin vielä suhteellisen vähäiseksi. Sittemmin vuonna 1992 annettu laki potilaan oikeuksista ja asemasta on parantanut potilaiden itsemääräämisoikeutta hoitopäätöksiä tehtäessä ja toteutettaessa. Sairaanhoidolaitoksissa on myös kehitetty hoidollisia ja hallinnollisia toimintoja, joiden tarkoituksena on ollut tehostaa potilaiden asemaa ja hoitoa. Vaikka on itsestään selvää, että potilaiden menestyksellinen hoitaminen vaatii terveydenhuollon henkilöltä perusteellista erikoisasiantuntemusta, niin nykyään korostetaan yhä useammin potilaan omaa panosta ja mahdollisesti omaistenkin osuutta hoidossa (Krause ym. 1992, 35).

Monista potilaan asemaa koskeneista parannuksista huolimatta on edelleen epätietoisuutta ja epäilyjä potilaan roolista hoitoa suunniteltaessa ja siitä päätettäessä. Tästä osoituksena voi pitää esimerkiksi sosiaali- ja terveysministeriön yleisohjetta vuodelta 1996, jossa todetaan: "Hoidon pitää olla hyvää ja laadukasta. Terveydenhuollon ammattilaisilla ja palvelut järjestävillä viranomaisilla on tästä syystä vastuu, koska asiakkaat eivät yleensä pysty arvioimaan hoidon laatua." (Sosiaali- ja terveysministeriö, 1996, 16). Vuonna 1995 val-

mistuneessa potilaan itsemääräämisoikeutta käsittelevässä tutkielmassa puolestaan väitetään, että mitä enemmän potilas osallistuu hoitokeskusteluunsa, sitä sekaisemmaksi ja hajanaisemmaksi keskustelun rakenne muotoutuu. Tutkimuksen mukaan potilaan ongelman täsmällinen määrittely tarvitsee lääkärin vetämää erotusdialogia. (Yli-Erkkilä ym. 1995, 81.)

Tässä tutkimuksessa pyrin selvittämään, miten potilaan itsehoitoa tuettiin ja itsemääräämisoikeutta kunnioitettiin sairaalahoidon aikana. Tutkimustuloksilla näen olevan merkitystä, kun mietitään potilaiden itsehoidon ohjausta ja henkilökunnan koulutusta itsehoidon tehostamiseksi.

2. HOITOTYÖ JA POTILAAN ROOLI

2.1. Hoitotyön määrittely

Hoitotyön (nursing) on todettu olevan laajeneva ala nykypäivänä. Perusolettamuksena on, että hoitotyö (nursing) on kehittynyt ammatti (profession) eikä pelkästään käytännön työtä ja yksittäisten tehtävien suorittamista. Ammatillinen hoitotyö perustuu ensiksikin omaleimaiseen tietoon, joka on osoitettu päteväksi tutkimuksien ja tieteellisten kriteerien avulla. Toiseksi hoitotyön perustana on hoitotyön etiikka, intuitiivinen tieto ja sairaanhoitajien yksilöllinen ammattitieto ja -taito. (Krause & Salo 1992, 17-36.)

Hentinen (1984, 5-9) tarkastelee väitöskirjassaan hoitotyötä ammatilliseen, omaleimaiseen tieteelliseen hoitoon pohjautuvana systemaattisena toimintana. Hän esittelee ammatillisen hoitotyön ominaisuuksia, joita ovat: yhteiskunnallinen tehtävä, omaleimainen tietopohja, pitkä koulutusaika, itsenäisyys ja vastuullisuus sekä uuden tiedon tuottaminen ja hyödyntäminen. Ammatillisen toiminnan edellytys on, että hoitotyöntekijä soveltaa ja hyödyntää tiedon käytännön työhön. Vastuullisuus hoitotyössä sisältää yhteiskunnallisen tehtävän toteuttamisen terveydenhuollon alueella ja edelleen hoito on aina vastaus potilaan tarpeisiin.

Hoitotyön ydinsisältö on hoito (careing). Sitä on luonnehdittu aiemmassa kirjallisuudessa "huolenpidoksi, tukemiseksi, välittämiseksi ja rakastamiseksi, lähellä olemiseksi, jakamiseksi ja myötäkärsimiseksi, inhimillisen kasvun auttamiseksi ja omien voimavarojen kirvoittamisen vahvistamiseksi" (Norres 1994, 37). Lauri (1991) puolestaan esittää kokoavasti, että hoitamisella tarkoitetaan kenen tahansa, myös ihmisen itsensä,

erilaiseen hoitoon ja selviytymiseen liittyvien toimintojen suorittamista (Lauri 1991, 5). Oremin (1980, 55) mukaan hoito on auttavaa palvelutoimintaa, joissa toinen ihminen auttaa toista luovasti. Voidaankin todeta, että careing-substanssi on - tai sen tulisi olla - läsnä jokaisessa hoitotoimenpiteessä antamassa niille erityistä motiivia ja hoidollista luonnetta.

Kuten edellä esitetystä käy ilmi ammatillinen hoitotyö ja hoito voidaan määritellä hyvin oleelliseksi osaksi inhimillistä elämää (Lauri & Solanterä 1995, 6). Hoitotyön määritelmien peruskäsitteet ovat ihminen, ympäristö ja terveys, vaikka käsitteiden keskinäiset suhteet ja painotukset vaihtelevat eri aikakausina ja eri tutkimusnäkökulmista tarkasteltuna. Laajimmillaan hoitotyön palvelukenttä ulottuu kaikkialle, missä on ihmisiä. Terveyden ylläpitäminen ja edistäminen, sairauksien ehkäiseminen, hoitotyön diagnoosi sekä hoitotyön toiminta ja kuntoutus muodostavat hoitotyön tavoitteiden piirin. Rogers (1985, 187-207) korostaa ihmisen, sekä potilaan että hoitajan kokonaisuutta, eheyttä, avoimuutta, vapautta ja vastuullisuutta. Ihminen on jatkuvassa rytmisessä vuorovaikutuksessa ja muutosprosessissa ympäristön kanssa terveytensä kautta. Ihminen ja hänen elämäntilanteensa tulee nähdä ainutkertaisena (Yura-Walsh 1988, 84; Fawcett 1989, 249-251).

Sairaanhoitajan erityinen tehtävä hoitotyössä on auttaa yksilöä - tervettä tai sairasta - kaikissa niissä toiminnoissa, jotka tähtäävät terveyden säilyttämiseen tai saavuttamiseen (tai tukevat yksilöä kuoleman lähestyessä). Nämä toiminnot ovat sellaisia, jotka hoidettava suorittaa itse, kun hänellä on siihen riittävästi voimia, tietoa ja tahtoa. Tarvittaessa sairaanhoitaja antaa apuaan siten, että hoidettava saavuttaa mahdollisimman pian riippumattomuuden (Henderson 1970, 12). Hoitotyön onnistumisen edellytyksiä ovat hoitotyöntekijöiden ammattitaito- ja tieto sekä hoitotyön tutkimuksen kehittäminen (Hentinen 1984, 5-9).

Itsehoitotyössä korostuvat potilaan tarpeet toimia omana hoitajanaan sekä pyrkimykset säilyä hengissä ja terveenä, toipua taudista tai loukkaantumisesta sekä sopeutua terveydentilan muutokseen ja niiden vaikutuksiin (Orem 1980, 55).

2.2. Vuorovaikutus hoitotyössä

Vuorovaikutus voidaan määritellä ihmisten tai yksilön ja ympäristön väliseksi dynaamiseksi vastavuoroiseksi toiminnaksi, joka perustuu viestien lähettämiseen ja niiden vastaanottamiseen, käsittelyyn sekä palautteen antamiseen (Wiio 1989, 9).

Inhimillinen vuorovaikutus on hoitotyön keskeinen laatutekijä ja sen peruselementti (Martikainen 1984, 44). Tämä vuorovaikutus sisältää samoja perustekijöitä kuin mikä ihmissuhde tahansa. Terveyskasvattajat Kettunen (1988, 1278) ja Poskiparta (1997, 123) ovat todenneet, että vuorovaikutus on merkitsevä tekijä koko terveystyössä. Vuorovaikutustilanteissa voidaan vahvistaa asiakkaan itsetuntoa ja elämän laatua sekä jakaa tietoa.

Hoitotyössä vuorovaikutukseen vaikuttavat sekä potilaan että hoitajan sen hetkinen elämäntilanne, ikä, sukupuoli, kasvatus, kulttuuritausta, koulutus, asenteet, tunteet ja ihmiskäsitys. Hoitotyön vuorovaikutusta voidaan lähestyä esimerkiksi sosiaalisen vaihdon näkökulmasta. Vuorovaikutuksessa vaihdetaan kokemuksia, mielipiteitä, arvoja, odotuksia, tavoitteita, annetaan neuvoja sekä toistetaan ja tarkennetaan ohjeita. Ero tavalliseen ihmissuhteeseen ja vuorovaikutukseen on siinä, että hoitosuhde on ammatillinen. Vuorovaikutukseen perustuvasa työssä keskeisiä toiminnan rakenneosia ovat: kommunikaatio, valta- ja tunnerakenteet. (Paunonen ym. 1988, 73; Taylors ym. 1989, 50-55.)

Kommunikaatiolla tarkoitetaan erilaisten viestien vaihtoa puhuen, kuunnellen, kysellen, katsellen tai ihmetellen. Kommunikaatorakenne kertoo yhteisön jäsenen rooleista (Yura-Wahls 1988, 140-144). Kommunikaatio on vuorovaikutuksen peruselementti, joka voidaan määritellä kaikeksi, jolla henkilö vaikuttaa toiseen henkilöön tietoisesti tai tahattomasti (Laakko & Valtakoski 1992, 6).

Myös hoitoyhteisön valtarakenteet vaikuttavat vuorovaikutukseen ja hoitotyön laatuun hoitotilanteissa. Yhtenä ydinkysymyksenä on hoitaja-potilas suhteessa ilmenevät riippuvaisuus ja itsenäisyys.

Tunnetarakenneella hoitoyhteisössä puolestaan on ryhmän ilmapiirin ja kiinteyden kannalta keskeinen merkitys. Tunnetarakeet ovat suhteellisen pysyviä ja ne vaikuttavat hoitoyhteisön toimivuuteen. Hoitoyhteisön tulisi olla avoin kaikkien hoitoyhteisön jäsenten tunteille. Ellei hoitoyhteisössä vallitse avoin, turvallinen ja luottamuksellinen ilmapiiri, se heijastuu ongelmallisena vuorovaikutuksena ja heikentää hoitotyön laatua. (Paunonen ym. 1988, 70.) Juuri tunnepitoisuutensa vuoksi sosiaalinen vuorovaikutus poikkeaa monista muista vuorovaikutustilanteista. Voimakkaat tunteet ovat sairaalassa jokapäiväisiä. Usein sekä hoitaja että potilas kamppailevat monenlaisten tunteiden kanssa. (Kettunen 1996, 57.)

Laakko ym. (1992) ovat tutkielmassaan todenneet, että hoitotyön laaja-alaisuus näkyy tiedollisen ja taidollisen taidon lisäksi monipuolisena vuorovaikutustaitona ammatillisessa toiminnassa sairaalassa. Hyvään hoitamiseen kuuluu myös tämän osa-alueen kehittäminen. Tutkimukset ovat osoittaneet tarpeen luopua ulkoa ohjautuvuudesta potilaiden opettamisessa ja terveyskasvatuksessa. (Laakko ym. 1992, 95-96.)

Onnistuneen ja tuloksia tuottavan vuorovaikutustilanteen edellytyksiä ovat hoitajan oman alan riittävä, laaja-alainen tiedonhallinta, tiedon luova käyttö ja tiedon muovaaminen potilaan yksilöllisiä tarpeita ja ympäristöä vastaavaksi (Leino-Kilpi 1990, 74-75).

Selvitettäessä hoitotyön vuorovaikutuksen kehittämistoiveita Häggman-Laitila (1994) on tuonut esille yksilöllisyyden, hoitoa koskeva tiedonsaannin, kuulluksi tulemisen, potilaan päätösvallan ja keskustelutilaisuuksien lisäämisen. Hoitohenkilökunnalta odotetaan ystävällisyyttä, asiallisuutta ja yksilöllistä kohtelua. Potilaalta puolestaan odotetaan oma-aloitteisuutta ja sopeutumista järjestelmään. Parhaiten onnistuvat vuorovaikutustilanteissa oma-aloitteiset ja kuuliaiset potilaat, jotka kokevat saavansa myös hyvää hoitoa. (Häggman-Laitila 1994, 83-92.)

2.2.1. Erilaisia hoitaja-potilas-suhteita

Leino-Kilpi (1990) tarkastelee hoitajan ja potilaan välistä vuorovaikutusta tutkimuksessaan hoitamisesta ja sen arviointiperusteista. Aineiston perusteella hän nimeää erilaisia suhdetyyppejä. Suhteiden erot perustuvat siihen, 1) kuka hallitsee ja ohjaa suhdetta sekä on siinä aloitteellinen ja 2) minkä avulla hallinta tapahtuu. Näitä suhteita ovat: varjeleminen, huolehtiminen, neuvojen antaminen, mukaan ottaminen, yhteinen ymmärrys tehtävästä, asianajajuus, hoidettava itsellisenä - hoitaja resurssina. (Leino-Kilpi 1990, 99.)

Varjelemisessä hoitaja on vahva ja hallitseva osapuoli eikä siihen liity potilaan osallistumista eikä päätöstä. Varjeleminen tapahtuu autettavan ulkoiseen ympäristöön vaikuttamalla. Eettisenä ongelmana on potilaan ympäristön liiallinen rajoittaminen (Leino-Kilpi mt., 99-100.)

Huolehtiminen on hoitajan tehtävä, johon potilas ei osallistu. Hoitaja tekee mahdollisimman paljon, hän on ohjaaja, informoija ja kasvattaja. Tehtävät perustuvat hoitajan tietoon ja taitoon. Huolehtiminen perustuu myös hoitajan arvioon siitä, mikä on potilaalle parasta. Potilaan vastuullisuutta ei oteta huomioon. (Leino-Kilpi mt., 101.)

Neuvojen antaminen on hoitajat hallitsema suhde, vaikka hoitaja neuvojen avulla pyrkii lisäämään hoidettavan omaehtoista selviytymistä. Ohjaus, informointi, kannustaminen, motivointi ja pakottaminen voivat kuulua neuvontaan ja voivat kohdistua potilaan terveyteen. Potilas on passiivinen. Hoitajalla on informaation ja opetuksen edellyttämät tiedot ja taidot. Neuvonta on osa hoitotyötä ja on siinä välttämätöntä. Neuvonta ei saisi toteutua rajoittamalla potilaan omakohtaista tiedonhankintaa tai tiedonkäsittelyä. (Leino-Kilpi mt., 102-103.)

Mukaanottamisessa hoitaja ottaa potilaan mukaan toimintaan ja antaa luvan osallistua omaan hoitoonsa. Yhteinen ymmärrys voi kohdistua toimenpiteeseen tai potilaan hoidon suunnitteluun ja arviointiin. Potilas ja hoitaja toimivat tällöin yhdessä, tehtävästä on yhteinen ymmärrys, samoin ihmisestä. (Leino-Kilpi mt., 104-105.)

Asianajajuussuhteessa suhde on potilaan ohjaama ja potilaalla on päätöksenteko-oikeus omasta hoidostaan. Potilas hyväksyy hoitajan antamaan tietoja ja esittämään erilaisia vaihtoehtoja. Perusteena ovat hoitajan ammattitaito, ja ammattitiedot. Hoitaja voi olla tässä suhteessa toiminnallisesti aktiivisempi, potilas kuitenkin hallitsee suhdetta. (Leino-Kilpi mt., 106).

Hoidettava itsellisenä - hoitaja resurssina. Tällaisessa suhteessa potilaalla on vastuu valinnoistaan ja velvoite hankkia terveytensä kannalta mielekäästä tietoa ja hoitoa. Potilasta ei kuitenkaan jätetä yksin vaan suojelua annetaan

tarvittaessa. Potilasta ei kuitenkaan hoideta vastoin hänen omaa tahtoaan. Esim. opetuksen tarve on potilaslähtöinen, ei hoitolähtöinen (Leino-Kilpi mt., 108).

Leino-Kilpi toteaa, että kaikki suhteet ovat osa hyvää hoitamista. Hyvänä hoitamisena pidetään toisen puolesta tekemistä ja päättämistä, mutta hoitotyössä ja erikoisesti itsehoitotyössä korostuu potilaan oma-aloitteisuus terveyden ylläpitämisessä, yksilöllisyys, valinnanvapaus ja päätöksenteko-oikeus.

Oremin itsehoitomallissa (1985), joka myöhemmin esitellään kokonaan, potilaan ja hoitajan välinen vuorovaikutus perustuu toisen ihmisen kunnioittamiseen ja arvostukseen. Itsehoitotoiminnassa sekä potilas että hoitaja ovat aktiivisia toimijoita. Potilaan ongelmat johtuvat terveydentiloista, jotka rajoittavat yksilön toimintakykyä. Potilas nähdään kuitenkin omaehtoisena ja osallistuvana hoidon toteuttajana, jolla on mielenkiintoa ja motivaatiota omaan hoitoonsa. (Rhiel-Roy 1980; Orem 1985; Paunonen ym. 1988; Fawett 1989.)

Tämän tutkimuksen yhtenä tehtävänä on selvittää myös sitä, miten hoitoprosessin peruselementit hoitavat henkilöt ja terveysongelmia omaavat henkilöt eli potilaat kohtaavat toisensa hoidollisissa vuorovaikutustilanteissa. Edellä on tarkasteltu hoitotyön määritelmiä ja hoitosuhdetta lähinnä sairaanhoitajien näkökulmasta. Myös potilaalla on hoitotyössä roolinsa sekä siihen liittyviä odotuksia ja velvollisuuksia.

2.2.2. Potilaan rooli hoitotyössä

Potilaan ollessa hoitotyön kohteena, potilaan tulisi olla omien oireittensa ja vaivojensa asiantuntija. Potilas on myös

hoitotyön palvelujen kuluttaja ja aktiivinen terveysongelmiinsa tietoa ja apua etsivä yksilö. Potilaan mahdollisuudet toimia vaihtelevat myös terveys- ja sairaustilanteen mukaisesti. Potilaalla voi myös olla ennakkoluuloja hoitonsa suhteen. Olennaista on, että potilas ei ole neutraali hoidon kohde, objekti, vaan ainutlaatuinen yksilö, subjekti. Jatkuvassa hoitosuhteessa hoitaja ja potilas kasvavat yhdessä parempaan tietämiseen toinen toisistaan. Potilas odottaa hoitajan olevan kiinnostunut hänestä, kuuntelevan, ymmärtävän ja tukevan häntä sekä auttavan häntä itsehoitotoimissa. (Lindqvist 1978, 12; Kukkola 1997, 10-11.)

Sairaus- tai terveysongelmalla tarkoitetaan ihmisen sairauteen tai terveyteen liittyvää ongelmalliseksi koettua tilaa. Potilaan omat tuntemukset eli koettu sairaus voi joskus olla ainoa merkki sairaudesta. Toisaalta joskus kokeellisesti todettu toiminnan häiriö vasta paljastaa sairauden, jonka elimistö on siihen saakka menestyksellisesti torjunut (Rahkonen 1994, 6).

Kun ihminen kokee itsensä sairaaksi, se saattaa virittää hänessä hoitoon hakeutumisen tarpeen. Sairastuminen, sairastaminen ja vammaisuus muuttavat ihmisen minä-kuvaa ja vaikuttavat itsetuntoon. Äkillisen sairastumisen aiheuttama muutos terveydentilassa voi koskettaa hyvinkin voimakkaasti. Sairaus heijastuu esimerkiksi ihmisen kokemusmaailmassa ja tunteissa; hän saattaa kokea uhkaa, pelkoa, turvattomuutta ja ahdistusta. Kaksi ihmistä voi kokea saman vaivan eri tavalla - toinen huolestuu ja lähtee välittömästi hakemaan apua - toinen ei välitä lainkaan vaivastaan. (Rahkonen mt., 6.)

Kriittisesti sairas potilas tarvitsee ammatillista apua tehohoidon osastolla. Pitkäaikainen, hitaasti etenevä sairaus muodostaa epäsuhdan minäkäsityksen ja muuttuneen fyysisen olemuksen välille. Pitkäaikainen sairaus voi muuttaa potilaan elämänhalua. Epätietoisuus sairauden kulusta lisää pelkoa ja arveluja tulevaisuudesta (Martikainen 1984, 54). Tehohoidon

osaston potilas kokee usein epävarmuutta ja pelkoa selviytymisestäään (Pyykkö 1995, 3).

Terveydentilan häiriön ollessa vähäinen ja jos se ei aiheuta vakavia oireita, potilas voi tyydyttää sairaanhoidon tarpeet itsehoidon avulla. Tällöinkin potilaalla tulee olla siihen riittävästi tietoja, taitoja ja halua. Yleensä potilas on terveyshäiriön sattua motivoitunut muuttamaan aikaisempaa käyttäytymistään terveydelle edullisempaan suuntaan toisin kuin tilanteessa, jolloin mikään häiriö ei ole ilmeinen tai sellainen ei ole uhkaamassa (Krogerus & Therman 1990, 105-110). Itsehoitoa toteuttava potilas haluaa pysyä hengissä, hän haluaa toipua taudista tai tarvittaessa sopeutuu sairauden aiheuttamiin muutoksiin. Hän pyrkii elämään tehokkaasti vammastaan huolimatta. Tietojen ja taitojen ollessa puutteellisia itsehoito torjutaan. Potilas hakeutuu tällöin hoitoon joko maallikkoauttajien luo tai virallisen terveydenhuollon palveluihin. (Orem 1985; Raatikainen 1986; Fawcett 1989; Mannila 1992; Cavanogh 1993; Rahkonen 1994.)

Sairautensa aikana potilaalla on oikeuksia, jotka sallivat hänen poiketa yhteiskunnan normeista. Potilas vapautetaan sosiaalisista toimista, jotka liittyvät velvollisuuksien hoitamiseen työyhteisössä ja perheessä. Sairaana rooliin liittyy myös velvollisuuksia, yksi niistä on velvollisuus parantua. (Mannila 1992, 184.)

Potilailla on siis oikeus saada tarpeitaan vastaavia terveyspalveluja sairauden aikana ja niiden järjestäminen on Suomessa kuntien ja valtion lakisääteinen velvollisuus. Palvelujen tulisi olla laadultaan tasokkaita. WHO:n ohjelma "Terveyttä kaikille vuoteen -2000" on aiheuttanut aiheesta vilkkaan keskustelun. Ohjelman avulla pyritään muuttamaan terveydenhuollon potilaana olevan ihmisen asemaa niin, että hän on elämänsä ja terveytensä subjekti. Tällöin potilaalle taataan

mahdollisuus olla aktiivinen toimija ja tehdä omaehtoisia valintoja terveyttään ja sairauksiaan koskevista kysymyksistä. Suomen keskussairaaloissa ei ennen 1990-lukua ollut potilaan oikeuksia koskevia suosituksia (Kalkas & Sarvimäki 1985, 78-79). Vasta vuonna 1992 hyväksyttiin Suomessa laki (782/92) potilaan asemasta ja oikeuksista. Lakia pidetään merkittävänä potilaan oikeuksien turvaamiseksi. Oikeudet, jotka ennen ovat olleet eettisiä, ovat nyt juridisia (Pelkonen ym. 1992, 11-18).

Lain keskeinen sisältö koskee oikeutta hyvään hoitoon ja kohteluun, pääsyä hoitoon, potilaan tiedonsaantioikeutta, itsemääräämisoikeutta, alaikäisen potilaan asemaa, kiireellistä hoitoa, toimivaltaa, oikeusturvamenettelyä ja potilasasiakirjoja ja niiden salassapitoa.

Hyvää terveyden- ja sairaanhoitoa sekä kohtelua annetaan lain ohjeiden mukaisesti voimavarojen rajoissa. Hoito on järjestettävä ja potilasta on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan eikä henkilökohtaista koskemattomuuttaan loukata. Jokaisen vakaumusta ja yksityisyyttä on kunnioitettava. Äidinkieli, kulttuuri ja yksilölliset tarpeet on otettava huomioon hoidossa ja kohtelussa. Potilaan on saatava tarvittavaa tietoa terveydestään ja hoidon merkityksestä ja sen vaikutuksista. Tietoa on annettava ymmärrettävällä tavalla. Itsemääräämisoikeudella tarkoitetaan laissa sitä, että potilasta on hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan, potilasta on kuunneltava ja annettava hänelle mahdollisuus osallistua päätöksentekoon. Ellei potilas itse kykene päättämään hoitoonsa liittyvistä asioista esim. tajuttomuuden vuoksi, kuullaan laillista edustajaa/omaista. Samoin toimitaan alaikäisen lapsen ollessa hoidossa. Periaatteena on selvittää, mikä mahdollisesti olisi potilaan tahto. Jos potilas on tyytymätön hoitoonsa tai kohteluunsa, hänellä on mahdollisuus tehdä muistutus terveydenhuol-

toyksikön johtajalle. Hänellä on edelleen oikeus kannella eteenpäin. Laissa otetaan kantaa siihen, mitä 1990-luvulla pidetään suomalaiselle potilaalle hyvänä hoitona. (Partanen 1992, 31-34.)

Itsemääräämisoikeutta ja muita oikeusturvaan liittyviä asioita täsmentävät sosiaali- ja terveysministeriön yleis- ja ohjekirjeet, joissa käsitellään esimerkiksi terminaalivaiheessa olevan potilaan hoitoa. Sairaaloiden perussäännöissä ja jotosäännöissä on ohjeita potilaiden hoitoon liittyvistä asioista. Potilaan oikeusturvaa lisää terveydenhuoltohenkilökunnan toiminta ammattikoulutuksensa edellyttämässä tehtävissä ja sen edellyttämä vastuu. (Kalkas 1985; Sosiaali- ja terveysministeriö 1986; Partanen 1992; Pelkonen 1992.)

Hoitotyön kannalta itsemääräämisoikeus ja potilaan oikeusturva ovat keskeisiä ja haastavia velvoitteita. Hoitotyössä itsemääräämisen problematiikka tulee esille kahdella tavalla. -Ensinnäkin, se liittyy hoitotyön tavoitteisiin ja selkeyteen. Toiseksi itsemääräämiskysymykset kulminoituvat erilaisissa vuorovaikutustilanteissa, joissa yhteisellä neuvottelulla ja potilaan aktiivisella osallistumisella ja päätöksenteolla on suuri merkitys. Hoitotyön interventiosta pyritäänkin kehittämään sellaista, jolla voidaan tunnistaa, ohjata ja tukea potilaan omia voimavaroja tavalla, jonka potilaat voivat hyväksyä. Nämä ovat niitä hoitotyön perusideoita, joiden mukaan hoitotyön tehtävänä on ihmisen omatoimisuuden ja itsehoidon vahvistaminen. Itsemääräämisoikeus on keskeisellä sijalla hoitotyön eettisissä ohjeissa (Sinkkonen ym. 1988, 120).

Potilaat ovat yksilöitä sairastuessaan. Sairastaminen ei noudata kaavaa. Hoitajien tehtävänä on auttaa potilasta sairauden aiheuttamien ongelmien hoidossa. Hyvään hoitosuhteeseen

kuuluu myös huolehtia potilaan oikeuksista ja itsemääräämisoikeudesta hoidon aikana. (Laakko ym. 1992; Mannila 1992; Rahkonen 1994; Pyykkö 1995.)

2.3. Itsehoidon edellytykset hoitotyössä

Itsehoidossa ovat keskeisiä samat hoidon peruselementit kuin varsinaisessa hoitotyössä. Eroavaisuusiakin on. Meriläinen (1983), joka perustaa tarkastelunsa Oremin malliin, korostaa, että itsehoidossa yksilö nähdään aktiivisena hoidon toteuttajana ja ammattihenkilö ohjaajana, opettajana ja auttajana. Toiminnan sisältö määräytyy yksilön, hänen elinympäristönsä ja sairautensa mukaan (Meriläinen mt., 47).

Itsehoidon toteuttaminen edellyttää hyvää vuorovaikutusta potilaan ja hoitajan välillä sekä tietoisuutta vuorovaikutuksen osatekijöistä, kommunikaatiosta ja viestinnästä. Itsehoitoa voidaan kuvata myös päätöksenteko- ja ongelmanratkaisuprosessina.

Tutkimuksia, jotka keskittyisivät vain itsehoitoon, on tehty vähän. Itsehoito tulee kuitenkin esille useissa hoitotyötä yleensä käsittelevissä tutkimuksissa. Tämän lisäksi itsehoidon tärkeyteen viitataan usein eri sairauksiin liittyvien hoitosuosittelusten yhteydessä. Näin esimerkiksi verenpaine- ja sokeritaudin sekä reuman hoidossa. Vaikka itsehoidon edut varsinkin potilaan hoitotyytyväisyyden kannalta ovat helposti hyväksyttävissä, niin itsehoidolle löytyy myös monia ehtoja.

2.3.1. Potilasnäkökulma itsehoidon edellytyksiin

Itsehoito asettaa vaatimuksia sekä hoitajan roolille ja hoitotyön koulutukselle että potilaan roolille. Tutkimuksessa Suomen vihreän liikkeen edustajien ja valmistuvien sairaanhoitajien itsehoitokäsityksistä, todetaan, että itsehoitoa korostavassa hoitotyössä hoitaja on toimija, joka lähestyy potilasta kokemuksena avulla (Kurki 1985, 1). Sen lisäksi, että hoitaja suuntautuu kohti kehitystä, myös potilas tulee nähdä aktiivisena ja eteenpäin suuntautuvana toimijana.

Potilaiden osalta on todettu, että terveyttä ja sairautta koskevan tiedon saantiin ja hoidon ymmärtämiseen vaikuttavat potilaan ominaisuudet, kuten ikä, sukupuoli, koulutus ja yhteiskuntaluokka sekä persoonalliset luonteenpiirteet (esim. Waitzkin 1994). Esimerkiksi sosiaaliluokalla on havaittu vaikuttavan siten, että ylempiin sosiaaliluokkiin kuuluvat potilaat ovat aktiivisempia vaatimaan tietoja sairaudestaan ja sen hoitamisesta kuin alempiin sosiaaliluokkiin kuuluvat. Tämän valossa tuntuukin luontevalta tulos, jonka mukaan enemmän koulutusta saaneet ovat tyytyväisempiä saamaansa hoitoon kuin vähemmän koulutusta saaneet (Virtanen 1991, 28).

Yleensä potilaat toivovat, että ohjeet annettaisiin kielellä, jota he maallikoina ymmärtävät eikä lääkärin ammattikielellä. Erityisen voimakas tunne yhteisen kielen puuttumisesta lääkärin kanssa saattaa olla alempiin koulutus- ja sosiaaliluokkiin kuuluvilla. Hoitohenkilökunta on arvioinut, että alemmissa sosiaaliluokissa arkuus ja yhteisen kielen puuttuminen lääkärin kanssa ovat pääsyitä siihen, etteivät

potilaat vaikuta kiinnostuneilta terveytensä ja hoitoonsa liittyvän informaation suhteen. (Waitzkin 1984.)

Virtanen (1991) on tutkinut potilaan ja lääkärin hoitosuhdetta perusterveydenhuollossa. Tutkimuksen tarkoituksen oli kuvata hoitosuhteen osatekijöitä, etsiä vastaanoton onnistumiseen liittyviä tekijöitä sekä seurata lääkärin ja potilaan näkemyksiä hoitokäynnin onnistumisesta. Aineisto kerättiin keväällä 1987 erään kaupungin terveyskeskuksen vastaanotolla, jossa potilaat täyttivät kyselylomakkeen vastaanoton jälkeen. Potilailta tiedusteltiin ikää, sukupuolta, koulutusta ja sosiaaliryhmää. Hoitosuhteen sisältöä koskevat kysymykset käsittelivät 1) potilaan kokemuksia lääkärin empatiasta, 2) kommunikaatiota, 3) potilaan mielipidettä lääkärin pätevyydestä, 4) hoitomyönteisyyttä, 5) potilaan odotuksia, 6) potilaan osallistumista hoitopäätöksen tekoon, 7) sairauden vakavuutta ja 8) tyytyväisyyttä.

Tutkimuksessa potilaat kertoivat haluavansa tietoa sairautensa syistä, vakavuudesta, ennusteesta ja hoidosta. Tulosten mukaan potilaat pitivät tärkeänä lääkärin paneutumista potilaan asiaan. Erittäin merkittävää oli myös empatia lääkärin ja potilaan välisessä vuorovaikutuksessa. Tutkija päätyykin toteamaan, että hyvä hoitosuhde luo hyvät edellytykset hoidon onnistumiselle. (Virtanen 1991, 28).

Myös Waitzkinin tutkimuksessa (1984, 2441-2446; 1985, 81-101) potilaat pitivät tärkeänä vuorovaikutuksen ja hoidon onnistumiseen vaikuttavina tekijöinä hoitajien ja lääkäreiden ystävällisyyttä ja empaattisuutta. Tämän lisäksi hoitohenkilökunnalta odotettiin avoimuutta, uskottavuutta ja ammattitaitoa sekä kiinnostusta potilaiden mielipiteitä kohtaan. Waitzkin korostaakin, että lääkäreiden tulisi in-

formoida potilasta mahdollisimman hyvin hänen sairaudestaan, sillä vähäinen tieto vaikuttaa negatiivisesti potilaaseen. Jos potilas on epätietoinen sairaudestaan, hän ei myöskään ymmärrä hoidon tärkeyttä eikä ole kiinnostunut itsehoidon toteuttamisesta. (Waitzkin 1984.)

Hoitohenkilökunnan ja potilaan välisestä vuorovaikutuksesta ja kommunikaatiosta voidaan erottaa instrumentaalinen ja sosioemotionaalinen ulottuvuus. Näin tehtiin Kukkolan (1997) tutkimuksessa, jossa tutkittiin potilaitten ennako-odotuksia ja niiden toteutumista vastaanottotilanteessa sekä toteutuneen kommunikaation vaikutuksia potilaan tyytyväisyyteen. Tutkimusaineisto koottiin viiden terveyskeskuksen lääkäreiden, sairaan- ja terveydenhoitajine vastaanotoilta.

Instrumentaalisella kommunikaatiolla tarkoitettiin teknisiin taitoihin ja tietoihin perustuvaa ongelmaratkaisua. Siihen sisältyi tiedon etsimistä, jakamista, ohjausta, neuvontaa, kysymysten esittämistä ja niiden vastaanottamista sekä hoitontajan tekninen asiantuntijuus. Tutkimus osoitti, että moni potilas puolestaan odotti saavansa tietoa sairaudesta, sen hoidosta ja tutkimustuloksista.

Sosioemotionaalisella kommunikaatiolla puolestaan tarkoitettiin objektiivista vuorovaikutusta, johon sisältyi keskustelu, kuuntelu, tekeminen, yhteistyön aikaansaaminen ja hoitontajan vuorovaikutustaidot. Kaikki potilaat eivät välttämättä halua vain lääketieteellistä selvitystä sairaudestaan, vaan myös mahdollisuutta puhua lääkärin kanssa muustakin kuin hoitoon liittyvistä asioista. Tällaisen sosioemotionaalisen kommunikaation on jo aiemmissakin tutkimuksissa havaittu olevan tärkeää myönteisten hoitokokemusten kannalta (Waitzkin 1984, 2441-2446). Myös Kukkolan (mt.) tutkimukses-

sa kävi ilmi, että potilaat odottivat saavansa keskustelumahdollisuuden muustakin kuin sairauteen liittyvistä asioista. Lisäksi potilaat odottivat saavansa rohkaisua, kannustusta ja ymmärrystä. Potilaiden tyytyväisyyttä ennustavia tekijöitä olivat hoidonantajan asiantuntijuus, tiedon saaminen sairaudesta ja sen etenemisestä sekä kivunhoitotapa. Sosioemotionaalisen kommunikaation osalta henkilökunnan osoittama kiinnostus potilasta kohtaan, mielipiteen huomioon ottaminen sekä keskustelut peloista ja ahdistuksista olivat yhteydessä potilaiden tyytyväisyyteen. Hyvä vuorovaikutus lääkärin ja potilaan välillä on ehkä joskus tärkeämpää kuin pelkkä informaation välittäminen. (Kukkola 1997, 44, 92-95, 135-138, 194.)

Terveydenhuoltoon liittyvien tehokkuusvaatimusten seurauksena hoitosuhteet kuitenkin helposti pinnallistuvat ja teknistyvät, jolloin hoidettavaa ihmistä ei nähdä kokonaisuutena eikä aktiivisena toimijana vaan toiminnan kohteena. Hoitotyötä hallitsee edelleen informaatiokeskeinen ja lääketieteellinen terveyskasvatusmalli. Tällaisen mallin vallitessa, potilaat vaikuttavat edelleen melko passiivisilta ainakin kun tarkastellaan heidän osallistumistaan keskusteluun hoitojen aikana. Usein siis näyttää unohtuvan se, että vaikka lääkärit ja hoitajat ovat tiedon ja taidon antajia, niin potilaat ovat asiantuntijoita omissa oireissaan ja vaivoissaan. (Pelkonen 1986, 111-127; Rekola 1994, 34-40.)

2.3.2. Itsehoito osana hoitotyön päätöksentekomallia

Itsehoitoa voidaan lähestyä myös tarkastelemalla hoitotyön toimintamallia päätöksenteossa (Lauri 1991, 51). Toimintamallin lähtökohtia ovat seuraavat:

- hoitajilla ja muilla hoitoon osallistuvilla ammattiryhmillä on oma arvo-, tieto- ja taitoperustansa
- potilas tuo tilanteeseen oman arvonsa, tietonsa ja taitonsa tilanteen ratkaisemiseksi

ja lopuksi

-pätöksenteon strategiat muotoutuvat yhteistyössä työntekijöiden, potilaan ja/tai omaisten kanssa.

Yleisellä tasolla jo hyväksytäänkin potilaiden ja hoitohenkilökunnan yhteistyö hoitotehtävissä sekä valta- ja vastuukysymysten jako. Poskiparran (1997, 125) tutkimuksen mukaan hoitajat pyrkivät onnistuneeseen vuorovaikutussuhteeseen terveysneuvontatilanteissa. Hoitajat toivoivat, että he ovat potilaita aktivoivia, kuuntelevia ja asiakkaitten kieltä puhuvia. Hoitajat painottivat tiedollisten terveyskasvatusasioiden hallintaa ja sanallista ilmaisua. Hoitajat olivat kuitenkin epävarmoja asiantuntijuudestaan. Videoidut neuvontatilanteet kertoivat myös, etteivät hoitajat hyödynäneet potilaiden tietoja terveydestä ja sen edistämisestä.

Tavallista on, että yksittäisissä hoitotilanteissa ei ole aina riittävästi aikaa paneutua potilaan ongelmiin ja potilaat kokevat saavansa liian vähän informaatiota ja huo-

miota. Lääkäreiden antaman informaation laatuun ja määrään vaikuttavat päivittäinen tutkittavien potilaiden määrä, vuorovaikutuksen kesto sekä se, kuinka kauan lääkäri on tuntenut potilaan. Waitzkinin (1984) kyselytutkimuksen mukaan lääkärit saattavat myös väheksyä potilaan toivomusta saada tietoa sairaudestaan ja hoidostaan. Näin hoitokaan ei aina vastaa sitä, mitä potilaat ovat odottaneet tai toivoneet.

Vuorovaikutukseen sairaalassa liittyvät monelta osin samat säännöt, odotukset ja esteet kuin mihin tahansa sosiaaliseen vuorovaikutustilanteeseen. Toisaalta sairaala muodostaa omanlaisensa toimintaympäristön. Sairaanhoidon toiminnoissa ja päätöksenteossa voidaan erottaa kaksi tasoa. Ensimmäinen on välittömän toiminnan taso, jossa toimitaan "tässä ja nyt". Tätä toimintaa ei juurikaan voida ennakoida ja ongelmat vaativat nopeaa reagointia sekä päätöksentekoa. Sairaalaolosuhteissa tämän tason toimintatilanteita on runsaasti.

Toisena toiminnan tasona on tavoitteellisen toiminnan taso. Tällä tasolla on ominaista systemaattinen toiminta ja sen jatkuva arviointi. Toiminta edellyttää potilaalta itseltäänkin aktiivista osallistumista muutoksen aikaansaamiseksi.

Välitön ja tavoitteellinen toiminnan taso voidaan integroida yhteen. Hoitotoiminnan aikana välitön ja tavoitteellinen taso voivat esiintyä peräkkäin, samanaikaisesti tai osittain limittäin. Sairaaloideen muuttuvat tilanteet vaativat hyvää havainnointia ja toimintakykyä. Hoitajilta odotetaan koulutuksen ja kokemuksen kehittämää tietoa ja taitoa. Tietoa tulee myös olla oman erikoisalalan sairauksista ja erityisesti niistä oireista, jotka vaativat nopeaa reagointia tai toimintastrategioiden muutosta. Hoitajat tarvitsevat tietoa

myös terveydestä, jonka pohjalta laaditaan tavoitteet sairauksien hoitamiseksi. (Lauri & Solanterä 1994, 46-51.) Hoidollinen toiminta lisää potilaan ja hänen läheistensä resursseja ja mahdollisuuksia oman elämän hallintaan (Lauri 1991, 37). Itsehoitoaan toteuttavan potilaan omat arvot, tiedot, taidot ja kokemukset ovat mukana päätöksentekotilanteissa. Päätösstrategiassa mukana voivat olla myös potilaan omaiset. (Hentinen 1979, 118; Meriläinen 1986, 34-37;; Lauri & Solanterä 1994, 51.)

Tutkimukset osoittavat, että hyvän vuorovaikutuksen ja hoitomyönteisyyden merkitystä terveysneuvonnassa sekä hoidon ja itsehoidon toteutuksessa ei voi väheksyä.

3. TUTKIMUKSEN TEOREETTINEN VIITEKEHYS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Potilaan kokiessa oireita, vaivoja ja häiriöitä terveydentilassaan tai hyvinvoinnissaan hän hakee apua ongelmiinsa. Jos potilaan omat voimat tai valmiudet eikä läheisten apu auta, potilas hakeutuu tai hänet lähetetään hoitoon terveydenhuollon yksikköön esim. sairaalaan. Virallinen terveydenhuolto ja hoitotyö korvaavat tällöin yksilön itsehoidon. Tärkeää hoidon kannalta on, katsotaanko lähtökohdaksi terveydenhuolto, jota itsehoito täydentää vaiko itsehoito, jota terveydenhuolto täydentää (Meriläinen 1986, 52). Sairaalahoidon aikana lääkäri tai hoitaja ja potilas yhdessä selvittelevät tilanteen ongelmia sekä niiden ratkaisumahdollisuuksia. Näissä neuvotteluissa otetaan myös yleensä kantaa siihen, voidaanko ongelmat hoitaa itsehoitoa tukemalla ja kehittämällä.

Itsehoidosta on esitetty useita määritelmiä, yksi niistä on Oremin itsehoitomalli. Tässä tutkimuksessa sovellan Oremin itsehoitomallia. Oremin itsehoitomallin lähtökohtana on oletus, että ihmisellä on tarve toteuttaa itsehoitoaan. Laakko ja Valtakoski (1992, 96) ovat myös todenneet, että "potilaiden tiedonmäärän lisääntyminen ja rajalliset terveydenhuollon resurssit merkitsevät myös entistä enemmän omakohtaista terveyden ylläpitämistä ja itsehoidon korostamista".

3.1. Oremin itsehoitomalli

Tutkimuksen teoreettisen viitekehyksen muodostaa Oremin itsehoitomalli. Esittelen ennen tutkimusongelmien esittämistä Oremin itsehoitomallin keskeiset käsitteet. Käsitteet rajaavat

ja täsmentävät tutkimusongelmia sekä määrittelevät näkökulmaa itsehoitoon.

Keskeisiä käsitteitä ovat: itsehoito (self-care), itsehoitovalmius (self-care-agency), terapeuttinen itsehoidon vaatimus (therapeutic-self-care-demand), itsehoitovajaus (self-care-deficit), hoitotyön valmius (nursing agency) ja hoitamisen toiminnot (nursing systems). Käsitteet ovat keskenään vuorovaikutuksessa. Käsitteistä itsehoito, itsehoitovalmius, terapeuttinen itsehoidon vaatimus ja itsehoidon vajaus liittyvät yksilön hoitotyön tarpeeseen, hoitotyön valmius hoitajan valmiuksiin ja hoitamisen toiminnot hoitajatoimintaan. (Orem 1980, 26-124.)

3.1.1. Itsehoito

Orem näkee itsehoidon laajaksi, jokapäiväiseen elämään kuuluvaksi toiminnaksi, jonka yksilöt itse aloittavat ja soveltavat elämänsä, terveytensä ja hyvinvointinsa ylläpitämiseksi, lisäämiseksi ja saavuttamiseksi. Oremin malli eroaa toisista hoitotyön malleista siten, että yksilöä pidetään itsehoidon keskeisimpänä voimavarana. Itsehoito on aikuisen ihmisen henkilökohtainen, jatkuva panos oman terveytensä ja hyvinvointinsa puolesta. (Orem 1985, 12-13.)

Raatikainen (1986, 23) korostaa Oremin mallia tarkastellessaan, että itsehoito perustuu ensisijaisesti ympäristöstä omaksuttuihin tietoihin, tottumuksiin ja arvoihin, mutta se on mahdollista myös ihmisen ja terveydenhuoltohenkilöstön yhteistyönä. Itsehoito on lisäksi tietoista ja tarkoituksenmukaista toimintaa, sillä siinä korostuvat tietoon perustuva valinta, päätöksenteko ja vaikutusten tarkkailu (Orem 1980, 26-27).

3.1.2. Itsehoitovalmius

Orem määrittelee itsehoitovalmiuden monimutkaiseksi kyvyksi kohdata omat, jatkuvat hoitamisen vaatimukset. Nämä vaatimukset säätelevät elämän prosesseja, ylläpitävät tai edistävät ihmisen rakenteen ja toiminnan eheyttä, ihmisen kehitystä ja edustavat hyvinvointia. Yksilön itsehoitovalmiudet vaihtelevat riippuen yksilön terveydentilasta ja kehitysvaiheesta. Valmiudet opitaan sosiaalisissa tilanteissa.

Yksilön sisäisiä ja ulkoisia valmiuksia ovat muun muassa ikä ja sukupuoli ja koulutustaso. Yksilön sisäisten ja ulkoisten tekijöiden yhdistelmänä muodostuvat yksilön yleiset toimintavalmiudet, jotka määräävät yksilön itsehoitovalmiuksia.

3.1.3. Itsehoitovaatimus

Oremin mallissa yksilöön kohdistuvat itsehoitovaatimukset ovat yleiset, inhimilliseen kasvuun ja kehitykseen liittyvät sekä muuttuneen terveydentilan itsehoitovaatimukset.

Yleiset itsehoitovaatimukset ovat yhteisiä kaikille ihmisille. Niitä ovat riittävän puhdas ilma, vesi ja ravinto, eritystoiminnot, aktiivisuuden ja levon tasapaino, yksinäisyyden ja sosiaalisen vuorovaikutuksen tasapaino, elämää ja hyvinvointia uhkaavien vaarojen ehkäisy sekä toimintakyvyn aleneminen. Näihin vaatimuksiin yksilöt vastaavat yleensä itse esimerkiksi ravinnon, hygienian tai liikunnan avulla. (Orem 1980, 42-51.)

Inhimillisen kasvun ja kehityksen vaatimukset sisältävät yksilön kehittymisen lapsesta aikuiseksi. Tämä edellyttää tietoa kehitysprosessin jokaisessa vaiheessa. Inhimilliseen kasvuun ja kehitykseen liittyvä muuttuva hoitotarve voi syntyä

yksilön elämäntilanteen muutoksena, esim. omaisen kuoleman, sairastumisen, vamman tai työkyvyttömyyden seurauksena. (Orem mt., 42-51.)

Muuttuneeseen terveydentilaan liittyvät vaatimukset aiheutuvat sairauden, vamman tai elintoimintojen muutoksesta. Terveystilan muutoksen aiheuttamiin itsehoitovaatimuksiin yksilö vastaa joko itse muuttamalla terveyskäyttäytymistään tai hakeutumalla itsehoitoa tukevan yksilön luo tai terveydenhuoltojärjestelmään. (Orem mt., 42-51.)

Oremin mallin mukaan itsehoito on prosessi, jonka keskeisiä seikkoja ovat yksilön itsehoitovalmiuksien ja -vaatimusten välinen vastaavuus. Näiden suhde määrää yksilön itsehoitokäyttäytymisen ja tarvittavan ulkopuolisen ohjauksen ja avun määrän sekä laadun. Itsehoitoa korvaavan hoidon toteuttajat voivat olla perhe, ystävät, työtoverit, virallinen tai epävirallinen terveydenhuoltojärjestelmä mm. vapaaehtoiset ja terveydenhuollon ulkopuoliset ammattihenkilöt. (Meriläinen 1986, 35-36.) Terveydenhuoltojärjestelmän tavoitteena on auttaa yksilöä itsehoitovaatimusten toteuttamisessa.

Oremin mukaan on myös arvioitava, miksi yksilö tarvitsee hoitotoimintoja. Yksilö voi suorittaa tätä arviointia itsekin itsehoitokykynsä avulla. Yksilön valinnan vapauteen ja harkintavaltaan vaikuttavat kuitenkin hänen terveysongelmansa vakavuus tai sen elämää uhkaava luonne (Meriläinen mt., 35).

3.1.4. Itsehoito ja hoitotyön oikeutus

Oremin hoitotyön teoriassa keskeistä on käsitys itsehoitovajauksesta. Oremin mukaan ihmisillä, jotka ryhtyvät toteuttamaan itsehoitoa tai toisten hoitoa, on siihen ainutlaatuisia toimintavalmiuksia. Nämä valmiudet huolehtia itsestä ja hoidon kohteena olevista määräytyvät iän, kehitystason, elämänkokemuksen, sosiokulttuurisen suuntautuneisuuden, terveyden ja käytössä olevien voimavarojen mukaan.

Ihmisen itsehoitovaatimusten ja määrällisten sekä laadullisten itsehoitovalmiuksien suhde voidaan määrittää, kun niiden arvot tunnetaan. Itsehoitovalmiuksien ja -vaatimusten välinen ero voidaan määritellä termein: tasapainossa, vähemmän kuin, enemmän kuin tasapainossa. Itsehoitovajaus syntyy, kun itsehoitovaatimukset ovat suuremmat kuin itsehoitovalmiudet.

Oremin mukaan hoitotyö on oikeutettua, kun itsehoitovalmiudet ovat pienemmät kuin itsehoitovaatimukset. Itsehoitovalmiuksien tulee olla tasapainossa vaatimukseen nähden ja tulevan itsehoitovajauksen näkyvissä. Henkilöiden todettu tai oletettu itsehoitovajaus johtaa sellaiseen riippuvuuden tilaan, joka oikeuttaa hoitosuhteeseen. Ihmiset hyötyvät hoitotyöstä parhaiten silloin, kun he ovat terveyteen liittyvien tai siitä johtuvien rajoitusten vuoksi kyvyttömiä jatkuvaan itsehoitoon tai suorittavat tehotonta tai puutteellista itsehoitoa. (Orem 1980, 26-28.)

Orem erottaa kolme korvaavaa hoitotyön muotoa. Ne ovat kokonaan korvaava hoitotyö, osittain korvaava hoitotyö sekä itsehoitoa tukeva ja opettava hoitotyö (liite 1). Nämä hoitotyön muodot eivät ole toisiaan poissulkevia vaan niitä voidaan toteuttaa rinnakkain. Hoitotyön tavoitteena on auttaa yksilöä pitämään yllä, palauttamaan ja lisäämään hänen omia valmiuksi-

aan itsehoitoon. Orem korostaa, että hänen erottamansa hoitotyön muodot ovat hoitotyön teknisiä osa-alueita, jotka ovat koordinoitavissa eri tilanteissa vuorovaikutuksellisten ja sosiaalisten osa-alueiden kanssa. (Orem 1980, 98.)

Oremin ajattelumalli antaa hoitotyölle aivan uusia sisällöllisiä piirteitä. Hoitotyö on yksilön hoitotyötä, ei kirurgista tai sisätautien hoitotyötä. Hoidon kohteena on yksilö, ei sairaus eikä diagnoosi. Hoitotyön edustaja ei ole järjestelmän edustaja, vaan potilaan asianajaja ja toisiin henkilöstöryhmien kuuluvien työtoveri (vrt. asianajaja malli hoitaja-potilas-suhteessa, luku 2.2.1.). Hoitotyö on joustavaa ja itseohjautuvaa toimintaa, jolloin siirrytään rituaalinomaista menettelytapaa suosivasta hoitokäytännöstä yksilön tarpeiden ohjaamaan hoitokäytäntöön (Meriläinen 1984, 129). Potilas voi tällöin itse osallistua hoitoonsa toteuttamalla itsemääräämisoikeuttaan päätöksenteossa, noudattamalla osin annettuja ohjeita ja omiin tietoihinsa perustuvia käytännön toimintoja hoidossaan. Orem korostaa mallissaan myös vuorovaikutuksen tärkeyttä hoitoa tarvitsevan yksilön ja hoitotyön edustajan välillä (ks. myös Waitzkin 1984, 15).

3.1.5 Oremin itsehoitomallin arviointia

Oremin itsehoitomallin soveltuvuutta käytännön hoitotyöhön on pohdittu Yhdysvalloissa, mutta myös Suomessa (Hentinen 1984, Meriläinen 1985, Raatikainen 1986). Orem on useamman kerran itsekin parantanut malliaan. Oremin mallin etuna on, että se pohjautuu aktiiviseen ihmiskuvaan. Kaikki hoidollinen toiminta lähtee yksilöstä. Perhe, ystävät ja ympäristö voidaan ottaa itsehoitoon mukaan, mutta yksilö on kaiken toiminnan keskipiste ja aktiivinen terveytensä ylläpitäjä.

Oremin itsehoitomallissa on vielä heikkouksiakin. "Suurimpana puutteena on käsitteiden runsaus, epäselvyys ja monimutkaisuus. Orem käyttää useita erilaisia, outoja ja heikosti määriteltyjä termejä", kuten Meriläinen (1983, 87) toteaa. Lukijan onkin välillä vaikea ymmärtää malliin sisältyvien käsitteiden merkitystä ja hyödyllisyyttä.

Miksi sitten valitsin tutkimukseni viitekehykseksi Oremin itsehoitomallin? Yhtenä syynä voi mainita itsehoidon tutkimusten ja teoretisoinnin vähäisyyden. Valintaan vaikutti myös oma kokemukseni opiskeluvuosiltani, jolloin tutustuin Oremin itsehoitomalliin esitellessäni sen erikoispiirteitä ja käyttökelpoisuutta opiskelutovereilleni. Tämä innosti etsimään keinoja soveltaa Oremin itsehoitomallia käytännön hoitotyössä. Oletukseni oli ja on, että yksilö saadaan aktiivisesti työkentelemään oman terveytensä hyväksi ja ottamaan siitä vastuuta, jos hänen toimintaansa tietoisesti tuetaan. Tämä on haaste myös julkiselle terveydenhuollolle. Julkinen terveydenhoito puolestaan hyötyy yksilöiden itsehoidon tehostumisesta kustannusten säästöillä.

3.2. Tutkimustehtävien määrittely

Olemassa olevan kirjallisuuden ja käytännössä koettujen ongelmatilanteiden perusteella tutkimukselle asetettiin seuraavat tutkimusongelmat:

1. millaiset olivat potilaiden itsehoitovalmiudet heidän tullessaan sairaalaan?
2. millaista ohjausta ja neuvontaa ja kuinka paljon potilaat saivat itsehoitonsa tueksi sairaalahoidon aikana?
3. miten potilaan ikä, sukupuoli ja koulutus liittyivät itsehoitovalmiuksiin sekä kokemuksiin itsehoidon ohjauksesta ja neuvonnasta?

Oremin (1980) mukaan yksilön ominaisuudet ja toimintatavat kuuluvat itsehoitovalmiuksiin. Tässä tutkimuksessa itsehoitovalmiuksien yhteydessä tarkasteltiin potilaiden elintapoja, liikuntaa, alkoholinkäyttöä, tupakointia ja ravinnosta huolehtimista sekä terveydentilan ja sairaalahoidon tarpeen arviointia.

Sairalahoidon aikana saadun ohjauksen ja neuvonnan muotoja ja määrää tarkasteltiin potilaiden kokemuksina ja arviointeina koskien henkilökunnan suhtautumista, tiedonsaantia, kuulluksi tuleamista ja avunsaantia.

Oremin mukaan itsehoitovalmiuteen vaikuttavat myös potilaan ikä ja sukupuoli sekä koulutus. Myös tässä tutkimuksessa selvitettiin näiden tekijöiden vaikutuksia.

Aiempien tutkimusten mukaan ikä on kompleksinen itsehoitoon

vaikuttava tekijä, koska ikääntyessä esiintyy samanaikaisesti useampia sairauksia. Terveyden arvostaminen ja alttius hoitaa terveyttään lisääntyy ikääntyessä. Ikääntyneet ovat tyytyväisempiä hoidon toteuttamiseen ja asennoituminen hoitoon on myönteisempää kuin muilla. Toisaalta ohjeiden ymmärtäminen on ikääntyneille vaikeampaa kuin nuorille. (Mikkanen 1985, 41-43.)

Sukupuoli on aikaisempien tutkimusten mukaan merkityksellinen muuttuja itsehoidon ja terveystalvelujen käytön kannalta. Biologiset ja sosiokulttuuriset tekijät muovaavat miesten ja naisten arvo- ja kokemusmaailmaa sekä vaikuttavat käyttäytymiseen. Naiset huolehtivat toisella tavalla kuin miehet terveydestään. He mm. turvautuvat helpommin ulkopuoliseen apuun terveyden ja sairauden ongelmatilanteissa. Naiset käyttävät myös epävirallisia terveystalveluja miehiä useammin. (Meriläinen 1986, 102.)

Koulutuksen vaikutus itsehoitoon on selvä. Aiempien tutkimusten mukaan sen katsotaan olevan itsehoitoa edistävä tekijä. Koulutus vaikuttaa potilaiden tiedollisiin, taidollisiin ja asenteellisiin tekijöihin sekä motivaatioon. Nuoret ja korkeammin koulutetut henkilöt oppivat nopeammin toteuttamaan itsehoitoaan kuin vähemmän koulutetut ja ikääntyneet.

Sosiodemografisten tekijöiden vaikutuksia itsehoitoon ja hoitoon ovat tutkimuksissaan selkeyttäneet mm. Hentinen (1979), Kukkola (1982 ja 1997), Meriläinen (1986) ja Waitzkin (1984).

Liitteessä 2 tutkimustehtävät on esitetty kuvion muodossa.

4. TUTKIMUKSEN TOTEUTTAMINEN

Tässä luvussa selvitetään tutkimusympäristö ja otos, tiedonkeruumenetelmät, analyysimenetelmät sekä luotettavuus (reliabiliteetti ja validiteetti).

4.1. Tutkimusympäristö ja otos

Tutkimus suoritettiin Keski-Suomen sairaanhoitopiirin keskus-sairaalan sisätautien ja neurologian vuodeosastolla. Tutkimustyön alkaessa sisätautia sairastavien potilaiden keskimääräinen hoitoaika oli seitsemän vuorokautta ja neurologisia tautia sairastavien potilaiden hoitoaika keskimäärin 13 vuorokautta. Vuodeosaston kuormitusprosentti oli 100. Useimmat potilaat olivat pitkäaikaissairauksia sairastavia potilaita, siksi potilaan ohjauksen ja itsehoidon toteutuksen tarve korostui tällä osastolla. Sairaanhoidon päätyttyä näiden potilaiden hoito jatkui avohoidossa.

Lupa tutkimuksen suorittamiseen saatiin Keski-Suomen sairaanhoitopiirin eettiseltä toimikunnalta kirjallisesti (liite 3) ja erikoisalain ylilääkäriltä ja ylihoitajalta (liite 4). Tutkimuksen otostavoitteeksi asetettiin 100 potilaan haastattelu. Potilaiden valintakriteereitä olivat seuraavat: potilaiden sairaalahoito oli päättymässä ja he olivat kotiinlähtövaiheessa, potilaat olivat ennen haastattelua saaneet hoitavalta lääkäriltä ja sairaanhoitajalta kotihoito-ohjeet.

Tutkimuksen alkuperäinen otostavoite (100 potilasta) perustui sairaalan tilastotietoihin. Tilastojen mukaan sisätautiosastolta poistui hoidon päätyttyä keskimäärin 165 potilasta kuukaudessa. Osa poislähteneistä potilaista siirtyi jatkohoi-

toon joko toiselle vuodeosastolle tai toiseen sairaalaan tai muuhun hoitolaitokseen. Näitä potilaita ei haastateltu tätä tutkimusta varten.

Valintakriteerit täyttäviä potilaita oli haastattelukuukausina heinäkuussa 1988 ja syys-lokakuussa samana vuonna kyseisellä osastolla 281 potilasta ja heistä haastateltiin 103 potilasta (37 %). Haastattelut tehtiin osaston päivävuorojen aikana (klo 8-16) arkipäivisin, minkä vuoksi muina aikoina lähteneet potilaat karsiutuivat haastatteluista. Lisäksi osa potilaista kotiutettiin niin nopeasti, ettei tutkija ehtinyt saada tietoa kotiinlähdestä.

4.2. Tutkimusmenetelmä

Tutkimuksessa käytettiin tiedonkeruumenetelmänä strukturoitua haastattelulomaketta, jossa oli erilaisia kysymyksiä, jotka liittyivät potilaitten itsehoitoon. Haastattelumenetelmän käyttöä puolsivat haastattelun joustavuus, kattavuus sekä kontrollimahdollisuus. Erityisesti laadullisessa haastattelussa - esim. teemahaastattelu - haastattelut muotoutuvat haastateltavien ja haastattelutilanteiden mukaan. Sen sijaan lomakehaastattelut ovat jäykempiä muutoksille. (Kettunen 1998, 1276.)

Lomakehaastattelussa (liite 5) kysymyksillä on tarkka muoto ja järjestys (Hirsjärvi ja Hurme 1985, 36). Alkulan ym. (1994, 29) mukaan tutkimuksessa käytettyjen kysymysten oletetaan kattavan teoreettisena perustana olevien käsitteiden eri ominaisuudet. Tämän haastattelulomakkeen kysymysten muotoutumiseen vaikuttivat aikaisemmat tutkimukset (esim. Hentinen

1979, 1984; Meriläinen 1983, 1986) ja Oremin itsehoitomallin ja hoitotyön teoreettiset lähtökohdat. Kysymysten suunnittelua ohjasivat myös säännökset itsemääräämisoikeudesta sekä tutkijan omat kokemukset sairaalatyöstä.

Haastattelulomake esitettiin. Esitteen tarkoituksena oli tarkentaa kysymysten selkeyttä ja kattavuutta. Koehaastattelun suoritti erikoissairaanhoidon neljälle kotiinlähtövaiheessa olevalle potilaalle. Esihaastatteluiden seurauksena parin kysymyksen muotoa tarkennettiin, mutta haastattelulomakkeen perusrakenne säilyi alkuperäisenä.

Haastattelulomakkeen alkukysymykset (1-6) valmiine vastausvaihtoehtoineen kartoittivat potilaiden sosiodemografisia tekijöitä, kuten ikää, sukupuolta ja koulutustaustaa.

Seuraavilla kysymyksillä (7-22) selvitettiin potilaiden kokemuksia omasta terveydentilasta, elintapoja sekä potilaiden valmiuksia itsehoitoon ennen sairaalahoitoa.

Tutkimuksen ydinkysymyksinä voi pitää viisiluokkaisia asenneväittämiä (kysymykset 23-24), joiden avulla selvitettiin potilaiden kokemuksia henkilökunnan suhtautumisesta heihin, sairauttaan koskevasta tiedonsaannista sekä avusta ja erilaisista tukitoimenpiteistä itsehoitonsa toteuttamiseksi sairaalahoidon aikana.

Myös seuraavilla valmiit vastausvaihtoehdot omaavilla kysymyksillä (25-33) selvitettiin potilaiden kokemuksia erilaisista tilanteista sairaalahoidon aikana. Liittyen kohtaamiseen hoitohenkilökunnan kanssa selvitettiin, missä määrin potilaat kokivat tullessaan kuulluiksi, millaista yhteistyötä oli harjoitettu, millaisia mahdollisuuksia potilailla oli ollut esittää omia mielipiteitä päätöksentekotilanteissa ja millai-

sia ohjeita he olivat saaneet kotona tapahtuvaa jatkohoitoa varten. Tämän lisäksi potilaat vielä arvioivat (kysymys 34) saamaansa hoitoa sekä esittivät toiveitaan hoitoa koskien. Haastattelulomakkeen lopussa kolme avointa kysymystä antoivat potilaille vielä mahdollisuuden ilmaista itseään vapaasti ja arvioida hoitoaan omin sanoin. (Erilaisista kysymysmuodoista ks. esim. Hirsjärvi, Remes ym. 1997, 197.)

Suostumusta haastatteluun potilailta kysyttiin haastattelutilanteen alkaessa. Tutkija korosti potilaille, että osallistuminen haastatteluun on vapaaehtoista. Yhdeksän potilasta kieltäytyikin haastattelusta. Heistä kaksi oli naispotilasta ja seitsemän miespotilasta. Kieltäytymisen syitä olivat: kotiinlähtö (kaksi potilasta), haluttomuus osallistua (viisi potilasta), kommunikaatiovaikeudet (yksi potilas) ja muu syy (yksi potilas).

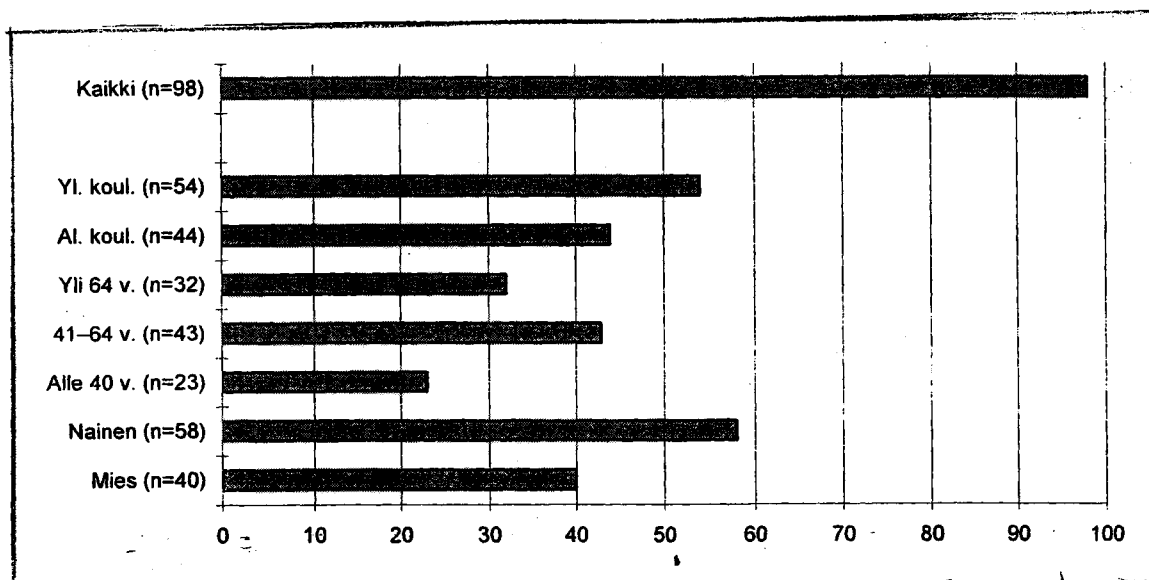
Haastattelulomakkeen kaikki kysymykset esitettiin tutkimuksessa mukana olleille potilaille samalla tavalla. Selvät kysymysten väärinymmärrykset haastattelija korjasi, mutta se, kuinka vakavasti ja innostuneesti haastatellut suhtautuivat kysymyksiin, jäi loppujen lopuksi jokaisen omaksi asiaksi. Käytännössä haastattelut etenivät siten, että potilas sai käteensä haastattelulomakkeen, josta hän saattoi seurata haastattelun etenemistä. Haastattelut kestivät 45 minuutista yhteen tuntiin. Tutkija kirjasi vastaukset lomakkeeseen potilaan läsnäollessa. Haastattelut suoritettiin vuodeosastolla eri paikoissa; hoituhuoneessa, osaston päivähuoneessa, varastotilassa sekä yhdessä tapauksessa potilashuoneessa (potilaalla oli huono kunto). Haastattelut olivat yksilöhaastatteluja. Näin pyrittiin estämään muiden henkilöiden mahdolliset tuottamat häiriöt potilaiden vastauksiin. Haastateltujen potilaiden vastauksia voidaankin pitää vertailukelpoisina.

Osaston henkilökunnalle oli ennen tutkimustyön alkamista osastokokouksessa kerrottu tutkimustyön aihe ja heillä oli mahdollisuus tutustua alustavaan tutkimussuunnitelmaan. Osaston henkilökunta oli mukana tutkimuksessa siten, että tutkija sai henkilökunnan välityksellä tiedon kotiinlähtövaiheessa olevista potilaista. Haastattelut suoritettiin välittömästi sen jälkeen, kun potilaat olivat saaneet kotihoito-ohjeet lääkäriltä ja sairaanhoitajalta.

Haastattelut suorittaneella tutkijalla oli (ja on) terveydenhuollon eri tasojen ammatillinen koulutus ja laaja-alainen työkokemus terveydenhuollon eri alueilla.

4.3. Tutkimusaineiston kuvaus

Kuvio 1. Tutkittavat ikä-, sukupuoli- ja koulutusryhmittäin.



Al.koul. = kansakoulu tai peruskoulu

Yl.koul. = enemmän kuin kansakoulu tai peruskoulu

Tutkimuksessa mukana olevia henkilöitä oli yhteensä 98: 58 naista ja 40 miestä. Tutkittavien ikä vaihteli alle 40 vuodesta yli 64-vuotiaisiin painottuen ikäryhmään 41-65-vuotiaat (43). Ylemmän koulutuksen käyneitä oli yli puolet (54) ja kansakoulun käyneitä 44 henkilöä. Tutkituista asui yksin 20 henkilöä, toisen kanssa 77 henkilöä ja laitoksessa yksi henkilö. Naimisissa oli 61 henkilöä ja ei-avioliitossa 37 henkilöä (naimaton, leski, eronnut). Asumismuodon ja siviilisäädyn ei todettu vaikuttavan tuloksiin.

Kuntamuodon mukaan haastatellut jakautuivat siten, että kaupungista oli kotoisin 28 henkilöä ja maalaiskunnasta 70 henkilöä. Yli puolet tutkituista (51) oli tullut sairaalaan ajanvarauspotilaana ja heistä useat olivat olleet aikaisemmin, kerran tai useammin, potilaana kyseisellä osastolla. Päivystyspotilaita oli 47 henkeä. Haastateltujen kertoman mukaan yli puolet heistä sairasti liikuntaelinten tauteja, pääosin reuman eri muotoja. Toiseksi suurin tautiryhmä oli erilaiset neurologiset sairaudet. Muut sairaudet kuuluivat verenkiertoelinten-, hengityselinten- ja aineenvaihdunnan sairauksiin ja tartuntatautien ryhmään.

4.4. Tutkimusaineiston käsittely ja analysointi

Tutkimuksessa selvitettiin haastattelujen avulla potilaiden itsehoidon valmiuksia, kokemuksia erilaisista tilanteista sairaalahoidon aikana ja potilaiden arviointia hoidosta.

Aineiston ollessa koottuna lomakkeet tarkistettiin ja puutteelliset lomakkeet poistettiin (5 kpl). Näin lopulliseksi haastattelulomakkeiden määräksi jäi 98 lomaketta. Poistetu-

sa lomakkeissa oli vajaita vastauksia, koska potilaitten korkea ikä ja huonokuntoisuus olivat vaikeuttaneet kysymyksiin vastaamista.

Välittömästi haastattelujen jälkeen tutkija kävi läpi kaikki vastaukset. Haastattelulomakkeen muotoa ja järjestystä seura-
ten lomakkeiden tiedot koodattiin ja siirrettiin tietokoneel-
le. Tässä vaiheessa kävi ilmi, että terveyttä ylläpitävissä
elintapakysymyksissä oli vajaita ja vaikeasti tulkittavia
vastauksia. Osa vastaajista näytti vastanneen johonkin muuhun
kuin kysyttyyn asiaan. Tämän vuoksi osa tupakointia (kysymyk-
set 14 ja 16) ja ravintoa käsitelleistä kysymyksistä (19 ja
20) jätettiin pois jatkotarkasteluista.

Vaikeaksi vastata osoittautui myös kysymys 33, jolla pyrittiin
selvittämään potilaan muilta (omaiset, ystävät) sairaalahoidon
aikana saamaa tukea. Vastausvaikeuksien taustalta voi löytää
monenlaisia syitä. Ehkä potilaat eivät halunneet arvioida
saamaansa tukea, potilaissa saattoi olla niitä, jotka kokivat
tulleensa unohdetuiksi sairaalahoidon aikana tai potilaat
olivat itse saattaneet kieltää "ulkopuolisten" osallistumisen
hoitoonsa. Myös tämän kysymyksen jatkokäsittelystä luovuttiin.

Tämän tutkimuksen asenneväittämissä kysymykset (kys 23) olivat
Likert-asteikollisia sisältäen alunperin viisi vastausvaihtoehtoa.
Analyysivaiheessa asteikko muutettiin kolmiluokkai-
seksi yhdistämällä ääri vaihtoehdot eli täysin samaa mieltä ja
lähes samaa mieltä sekä täysin eri mieltä ja lähes eri mieltä
vastausvaihtoehdot.

Joidenkin kysymysten osalta muutettiin vastausvaihtoehtojen
järjestystä, jotta saatiin jatkuvia, luontevia muuttujia. Näin
rekoodattiin esim. kysymyksen 27 vastaukset, joissa käsitel-
tiin hoitotyönmuotoja. Alkuperäisten vaihtoehtojen 3 ja 4

järjestys vaihdettiin.

Aineiston analyysimenetelmänä käytettiin ristiintaulukointia, jossa tarkasteltiin iän, sukupuolen ja koulutuksen yhteyksiä itsehoitovalmiuksiin, hoidon ohjaukseen sekä toteutuneen hoidon arviointiin. Tässä työssä tulokset esitetään siten, että graafiset kuvaukset vastauksista ovat tekstissä ja ristiintaulukot enimmäkseen liitteinä. Ratkaisu perustuu tutkimusasetelmaan. Vaikka tutkimuksessa on taustatekijöitä, joiden suhteen potilaiden kokemuksia ja arviointeja tarkastellaan, niin tutkimus on luonteeltaan kuvaileva ja korkeintaan erilaisia yhteyksiä etsivä.

4.5. Tutkimuksen luotettavuus - reliabiliteetti ja validiteetti

Reliabiliteetti

Menetelmän reliabiliteetti osoittaa tutkimuksen tarkkuuden suhteessa tietojenkeruun pysyvyyteen ja toistettavuuteen. Tutkimuksen tavoitteena on tuottaa ei-sattumanvaraista tietoa. Tämän tutkimuksen aineisto koottiin käyttämällä strukturoitua haastattelua eli lomakehaastattelua. Huolimatta pyrkimyksestä ei-sattumanvaraiseen tietoon, monien haastatteluun liittyvien tekijöiden voi olettaa vaikuttavan vastaamiseen. Seuraavassa arvioidaan tämän tutkimuksen vastauksia viiden eri tekijän pohjalta.

1. Vastaamisen anonymiteetti tai julkisuus. Pitkäaikais-sairautta sairastavat ja useita kertoja osastolla hoidossa olleet potilaat saattoivat uskoa vastaustensa vaikuttavan jatkossa hoitoonsa. Tämän vuoksi he saattoivat antaa todelli-

suutta myönteisempiä vastauksia.

2. Haastattelija haastateltavalle vieras henkilö. Tässä tutkimuksessa tutkija oli potilaalle vieras henkilöä eikä tutkija kuulunut tutkimusosaston henkilökuntaan. Vierauden seurauksena sekä potilas että tutkija jännittivät toisiaan jonkin verran.

3. Tutkittavan henkilö- ja tilannekohtaiset syvät. Haastateltavat potilaat olivat valmistautuneet kotiinlähtöön ja haastattelun saatettiin kokea hidastavan lähtötoimia. Osa vastauksista oli kiireen sävyttämiä.

4. Kysymysten selkeys ja ymmärrettävyys. Tämän varmistamiseksi haastattelulomake esitettiin tutkimuksen alkaessa, minkä jälkeen kysymyksiä vielä tarkennettiin. Lisäksi haastattelutilanteessa haastattelija teki tarvittaessa tarkentavia lisäkysymyksiä. Saatujen vastausten perusteella itsehoitovalmiuksia ja potilaiden kokemuksia sekä hoidon arviointia mittaavat kysymykset eivät ole olleet liian helppoja tai vaikeita.

5. Väittämäkysymysten suunta. Tässä tutkimuksessa väittämät laadittiin siten, että väittämien positiivisuuden ja negatiivisuuden suunta vaihteli. Luotettavuuden kannalta tällä on merkitystä siinä mielessä, että perättäiset pelkästään samansuuntaiset - positiiviset tai negatiiviset - väittämät saattavat tuottaa tutkittavasta ilmiöstä todellista myönteisempiä tai kielteisempiä vastauksia. (Kukkola 1997, 75).

Tutkimuksen reliabiliteettia voidaan myös selvittää tarkastelemalla, kuinka samansuuntaisesti tutkittavat vastaavat samaa asiaa käsitteleviin eri kysymyksiin (Alkula ym. 1994, 96). Tämän tutkimuksen perusmittarina voitiin pitää kysymyksen 23 väittämiä. Samoja asioita selvitettiin myös kysymyksellä 34 (ks. Liite 5). Taulukossa 1 vertaillaan näihin kysymyksiin

annettuja vastauksia. Taulukko osoittaa, että vastaukset olivat hyvin samansuuntaisia. Poikkeuksen muodosti kysymys, jolla selvitettiin henkilökunnan potilaalle varaaman ajan riittävyttä. Tästä huolimatta rinnakkaistarkastelu osoittaa, että tutkimuksen reliabiliteetti oli hyvä.

Taulukko 1. Kysymyksiin 23 ja 34 annettujen vastausten vertailu (% , N = 98).

| Tiedon ja tuen alue | Samaa mieltä | Vaikea sanoa | Eri mieltä |
|---------------------------|--------------|--------------|------------|
| Tiedon saaminen | | | |
| K23, osiot 11 ja 12 | 92 | 4 | 4 |
| K34, osio 1 | 86 | 15 | 9 |
| Kuulluksi tuleminen | | | |
| K23, osio 1 | 92 | 7 | 1 |
| K34, osio 2 | 91 | 3 | 6 |
| Yksilönä kunnioittaminen | | | |
| K23, osio 5 | 78 | 12 | 10 |
| K34, osio 3 | 77 | 18 | 5 |
| Henkilökunnalla aikaa | | | |
| K23, osio 13 | 71 | 12 | 16 |
| K34, osio 4 | 86 | 4 | 10 |
| Henkilökunta ystävällinen | | | |
| K23, osio 3 | 99 | 2 | 1 |
| K34, osio 5 | 95 | 2 | 3 |

Validiteetti

Tutkimuksen validiteetilla tarkoitetaan sitä, mittaako tutkimus sitä, mitä on tarkoituskin mitata. Validiteetti koskee tulosten laatua. Tutkimuksessa on mahdollista erottaa sisäinen ja ulkoinen validiteetti. (Hirsjärvi ym. 1997, 222.)

Sisäinen validiteetti liittyy siihen, miten luotettavasti ja oikein saadaan tietoa tutkittavasta (Valkonen 1981, 77). Mittarin sisällön tulee olla tutkittavan käsitteen kannalta järkevä ja perusteltu, jotta sen voidaan sanoa mittaavan juuri tarkoitettua asiaa. Tutkimuksen validiutta tarkasteltaessa voidaan viitata ajatusprosessiin, jossa tutkija aiempaa tietoa, kokemusta ja muiden asiantuntemusta hyväksi käyttäen siirtyy abstraktilta käsitetasolta konkreetille havaintotasolle (Alkula ym. 1994, 90-92). Tämän tutkimuksen validiteettia pyrittiin varmistamaan hyödyntämällä jo aiemmissa hoitotyötä käsitelleissä tutkimuksissa hyviksi havaittuja kysymyksiä ja väittämiä. Myös haastattelulomakkeen esitestauksella pyrittiin varmistamaan tutkimuksen sisäistä validiteettia.

Tutkittavan ilmiön ja tutkimuksen validiteetin kannalta on myös olennaista, että kysymykset ovat riittävän erottelukykyisiä. Tässä tutkimuksessa voitiin olettaa, että näkemykset hoidosta ja hoitosuhteen aikaisista tapahtumista vaihtelevat. Vastaukset osoittivat, että kysymysten erottelukyky oli hyvä.

Esimerkiksi väittämät muuttujassa 23 sisälsivät osioita, joissa vastaajien erilaiset käsitykset ja kokemukset hoidosta tulivat esille. Kaikkein voimakkaimmin erot tulivat esille väittämässä, jolla selvitettiin sitä, kokivatko potilaat henkilökunnan kunnioittaneen heidän vakaumustaan sairaalahoidon aikana (Taulukko 2).

Taulukko 2. "Henkilökunta kunnioitti vakaumustani" (%).

| Tutkittavat | Samaa mieltä | Vaikea sanoa | Yhteensä |
|--------------|--------------|--------------|----------|
| Mies | 50 | 50 | 100 |
| Nainen | 38 | 62 | 100 |
| Alle 40 v. | 65 | 35 | 100 |
| 41-64-v. | 30 | 70 | 100 |
| yli 64 v. | 44 | 56 | 100 |
| alempi koulu | 39 | 61 | 100 |
| ylempi koulu | 49 | 51 | 100 |

Kuten taulukko osoittaa, potilaista kukaan ei ollut sitä mieltä etteikö heidän vakaumustaan olisi kunnioitettu. Samaa mieltä sen suhteen, että vakaumusta oli kunnioitettu, oli 30-65 % vastaajista. Useimmin näin kokivat asian alle 40-vuotiaat, joista kaksi kolmas osaa kertoi vakaumustaan kunnioitetun. Koulutuksen suhteen eroja kokemuksissa vakaumuksen kunnioittamisesta muodostui siten, että ylemmän koulutuksen saaneista suurempi osa kuin alemman koulutuksen saaneista koki vakaumustaan kunnioitetun. On tosin huomattava, että jotain kysymyksen ja kysytyn asian vaikeudesta kertonee se, että vastausten vaikea sanoa-osuudet olivat näinkin suuria. Eniten vaikea sanoa -vastauksia antoivat 41-64-vuotiaat haastellut.

Ulkoinen validiteetti tarkoittaa tulosten yleistettävyyttä. Tällöin pohditaan tutkimusjoukon edustavuutta suhteessa perusjoukkoon. Tämän tutkimuksen perusjoukkona voidaan pitää niitä potilaita, jotka olivat siirtymässä osastolta kotihoitoon. Tällaisia henkilöitä oli tutkimusajankohtana kaikkiaan 281. Näistä haasteltiin 103 henkilöä eli 37 %. Otosta voi pitää riittävänä. Myös muilta ominaisuuksiltaan (ikä, sukupuoli,

koulutus) haastatellut vastasivat perusjoukkoa. Tutkimuksen tuloksia potilaitten hoitokokemuksista voidaan käyttää hyväksi mietittäessä, miten saada käyttöön ns. piilovoimavarat, joita potilailla itsellään on. Tuloksia voidaan myös pitää suuntaa antavina sairaalan muitakin osastoja ajatellen.

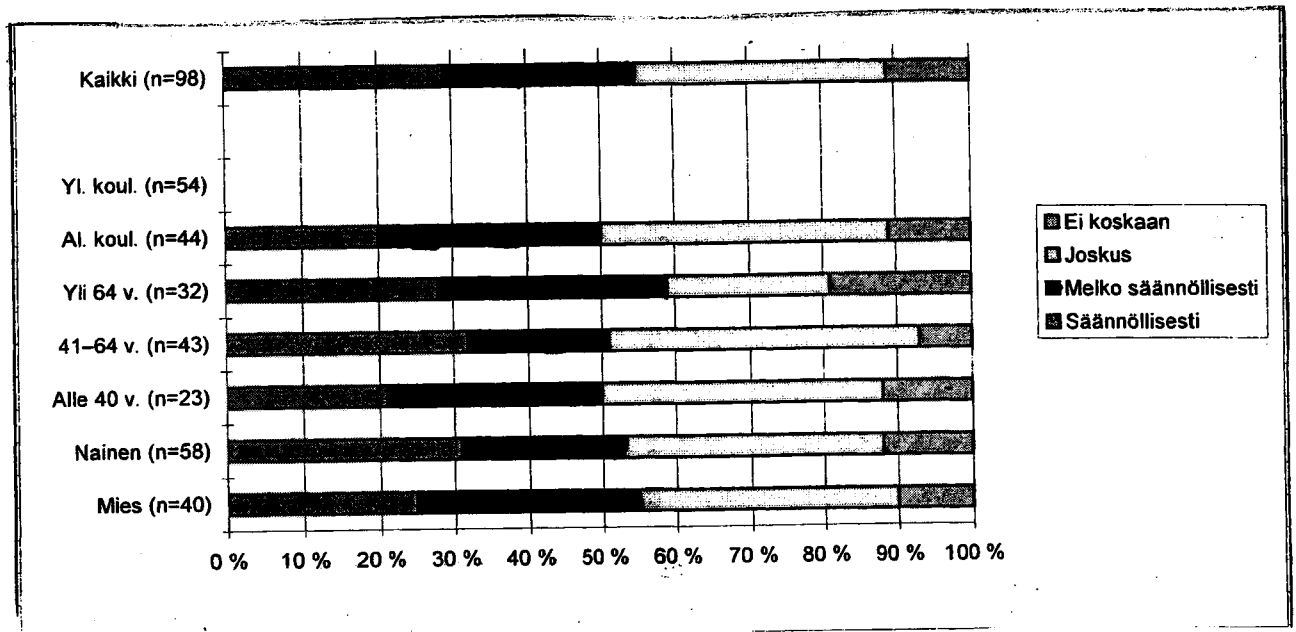
Tutkimuksen luotettavuutta tarkasteltaessa on hyvä muistaa, että tutkimuksella ja sen tuottamalla tuloksilla on aina myös rajansa. Kvantitatiivisella lomakehaastattelulla toteutetussa tutkimuksessa tutkijan tekemät rajaukset vaikuttavat omalta osaltaan siihen, mistä tietoa saadaan.

5. TUTKIMUKSEN TULOKSET

5.1. Tutkittavien itsehoitovalmiudet

Tutkimukseen osallistuneiden potilaiden itsehoitovalmiuksiin kuuluneita elintapoja selvitettiin haastattelulomakkeen kysymyksillä 9, 10, 11-20. Nämä kysymykset tarkastelivat elintapoja, kuten liikuntaa, ravintoa, alkoholinkäyttöä ja tupakointia, sekä potilaan käsitystä omasta terveysongelma- taan ja sen vaatimasta sairaalahoidon tarpeesta. Liikunta ja ravinto ovat oikein toteutettuina terveyttä edistäviä ja sairauksia ehkäiseviä elintapoja, alkoholin käyttö sekä tupa- kointi terveyttä vaarantavia ja sairauksille altistavia tekijöitä (Lämsä 1982, 110).

Kuvio 2. Liikunnan harrastus ennen sairaalahoitoa (%).

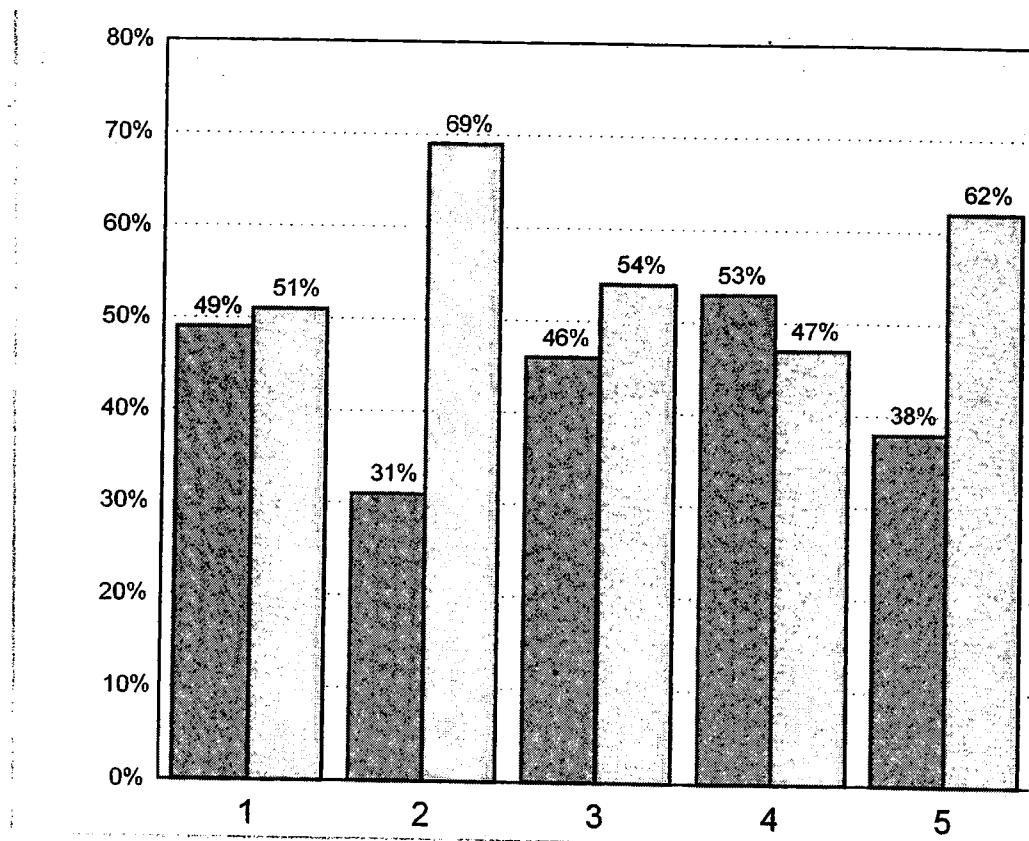


Kuviosta voi havaita, että miespuolisista 55 % harrasti ennen sairaalaan tuloaan säännöllisesti tai melko säännöllisesti liikuntaa naisten osuuden ollessa 53 %. Eniten liikuntaa

harrastivat yli 64-vuotiaat (58 %). Toisaalta viimeksi mainitussa ryhmässä oli myös eniten niitä potilaita, jotka eivät koskaan harrastaneet liikuntaa (19 %).

Potilaita pyydettiin kertomaan millaiset olivat heidän ruokailutottumuksensa ja niissä tapahtuneet muutokset ennen sairaalahoitoa.

Kuvio 3. Ruokailutottumukset ja niiden muutokset ennen sairaalahoitoa (%).



- 1 = vähentänyt rasvan määrää
- 2 = muuttanut rasvan laatua
- 3 = lisännyt kasvisten käyttöä
- 4 = vähentänyt sokerin käyttöä
- 5 = vähentänyt suolan käyttöä

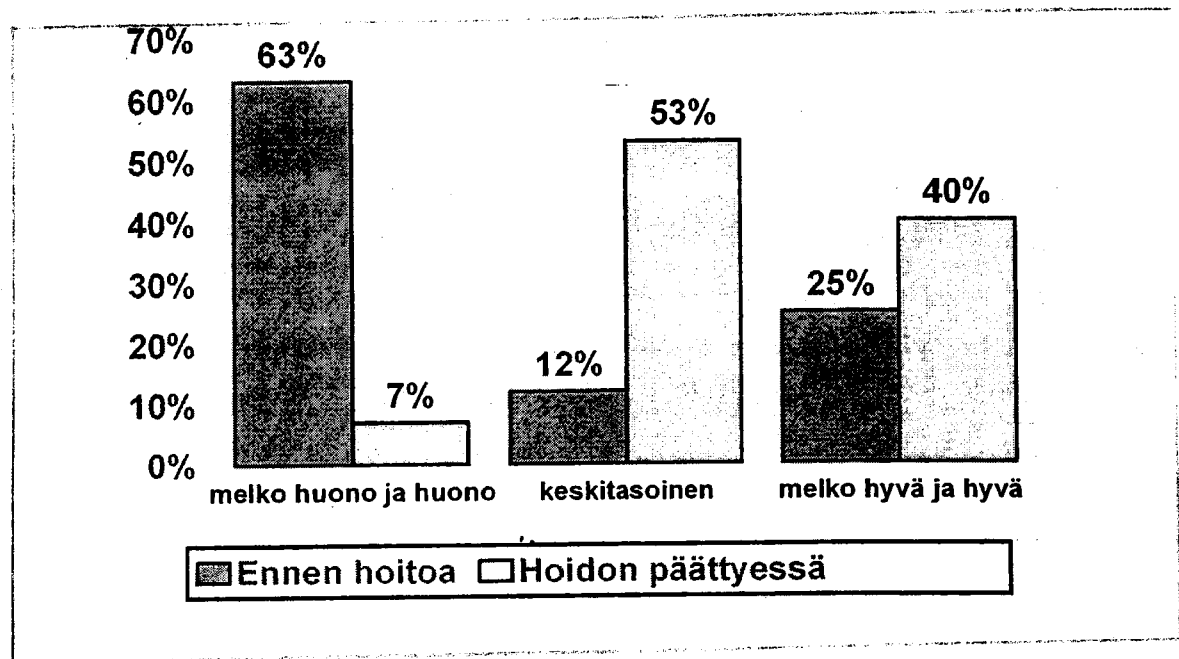
Tarkasteltaessa tuloksia ruokailutottumusten muutoksista voi todeta, että muutokset olivat vähäisiä. Eniten oli vähennetty sokerin määrää (53 % potilaista). Vähiten potilaat olivat muuttaneet rasvanlaatua ruokailun yhteydessä. Voita käyttäviä oli miehistä 40 %, naisista 36 %, 41-64-vuotiaista 37 % ja yli 64-vuotiaista 44 %. Vähiten voita käyttivät alle 40-vuotiaat (4 %).

Ruokavaliota noudatti 36 % haastatelluista. Miehistä ruokavaliota noudatti 33 % ja naisista 38 %. Ikäryhmittäin tarkasteltuna eniten ruokavalion noudattajia oli alle 40-vuotiaissa (43%). Tutkimuksessa ei kuitenkaan selvitetty, noudattivatko haastatellut ruokavaliota sairautensa hoitamiseksi vai olivatko he valinneet ruokavalion noudattamisen yleensä terveytensä edistämiseksi ja ylläpitämiseksi.

Tutkituista miehistä 63 % kertoi käyttävänsä alkoholia. Naisissa alkoholin käyttäjiä oli 45 %. Oman kertomansa mukaan miehistä 37 % ei käyttänyt alkoholia lainkaan. Naisilla vastaava luku oli 55 prosenttia.

Miesten keskuudessa tupakanpolttaminen oli melko yleistä, koska 58 % miehistä tupakoi ja heistä säännöllisesti 39 %. Naisista tupakoijia oli 26 % ja heistä säännöllisesti tupakoi vain yksi henkilö. Kun tupakanpolttajien määrää tarkasteltiin ikäryhmittäin, havaittiin eroja. Nuorimmassa ikäryhmässä, alle 40-vuotiaat, 60 % poltti tupakkaa, 41-64-vuotiaista tupakoi 40% ja vanhimmassa ikäryhmässä, yli 64-vuotiaat, tupakanpolttajien määrä oli 22 %.

Kuvio 4. Subjekttiivinen eli koettu terveydentila sairaalaan tullessa ja hoidon päättyessä (%). N = 98.



Haastatelluista 63 % koki terveydentilansa melko huonoksi tai huonoksi sairaalaan tullessaan. Sairaalahoidon aikana terveydentilan arvioinnissa tapahtui muutoksia. Hoidon päättyessä niitä, jotka arvioivat terveydentilansa huonoksi tai melko huonoksi oli enää 7 %. Niiden määrä, joiden mielestä terveydentila oli kohtuullinen, melko hyvä tai hyvä, puolestaan lisääntyi selvästi.

Potilaiden itsehoitovalmiudesta kertoo myös potilaan kokema terveysongelman laatu ja arviointi terveysongelman vaatimasta hoidosta; voiko hän jatkaa hoitoaan kotona vai onko hänen hakeuduttava sairaalaan. Haastatelluista 90 % koki terveysongelmansa vaikeaksi ja arvioi tarvitsevansa sairaalahoitoa. Terveysongelmaansa ei tunnistanut 9 % haastatelluista ja yksi henkilö ei osannut arvioida ollenkaan tilannetta. Lopullisen päätöksen sairaalahoidon tarpeellisuudesta oli tehnyt 17

haastatellun osalta lääkäri, viiden henkilön osalta omainen, naapuri tai muu terveydenhuoltohenkilö. Suurin osa tutkituista, 76 henkilöä, oli itse osannut tehdä päätöksensä ja hakeutua sairaalahoitoon. Päätöksiin oli todennäköisesti vaikuttanut se, että suurin osa haastatelluista (92 henkilöä) oli ollut aikaisemmin sairaalahoidossa.

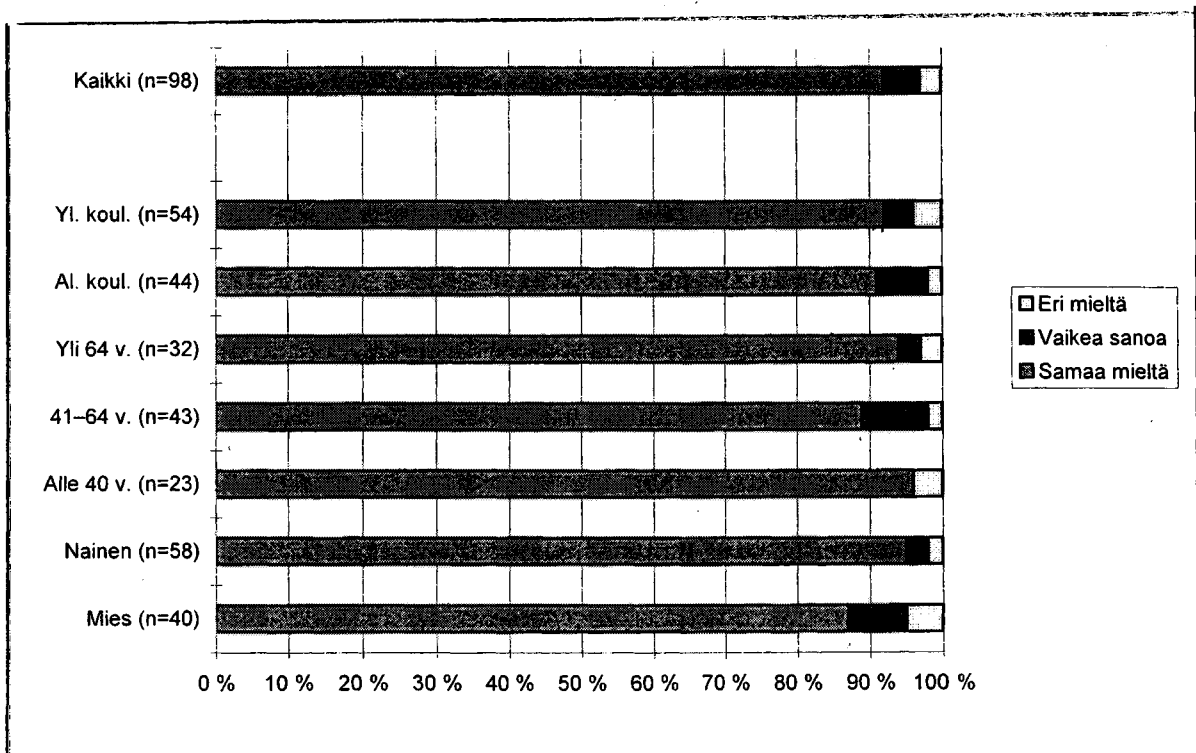
Oremin mallin mukaan itsehoito on prosessi, jonka yksi keskeinen tekijä on itsehoitovalmius. Haastattelujen yhteydessä tiedusteltiin elintapoja, jotka muodostavat perustan itsehoitovalmiuksille. Potilaitten kertoman mukaan he harrastivat liikuntaa ja huolehtivat ravinnostaan. Heillä oli myös itse arvioida terveysongelmansa vakavuutta ja tarve siirtyä omien voimavarojen vähennyttyä sairaalahoitoon. Tiedot näistä valmiuksista ovat tärkeitä henkilökunnalle, kun he toteuttavat potilaiden itsehoidon neuvontaa ja ohjausta sairaalahoidon aikana.

6. KOKEMUKSET ITSEHOIDON OHJAUKSESTA JA NEUVONNASTA SAIRAALAHOIDON AIKANA

Tutkimuksen toisena tavoitteena oli kuvata itsehoidon ohjausta ja neuvontaa potilaiden kokemana sairaalahoidon aikana. Seuraavassa selvitetään potilaiden mielipiteitä ja kokemuksia myönteisten ja kielteisten väittämien sekä suorien kysymysten avulla. Tarkastelun kohteena ovat tiedonsaaminen, kuulluksi tuleminen, hoitoon liittyvä avuntarve sekä potilaitten ja henkilökunnan välinen yhteistyö. Tuloksia tarkastellaan iän, sukupuolen ja koulutuksen suhteen.

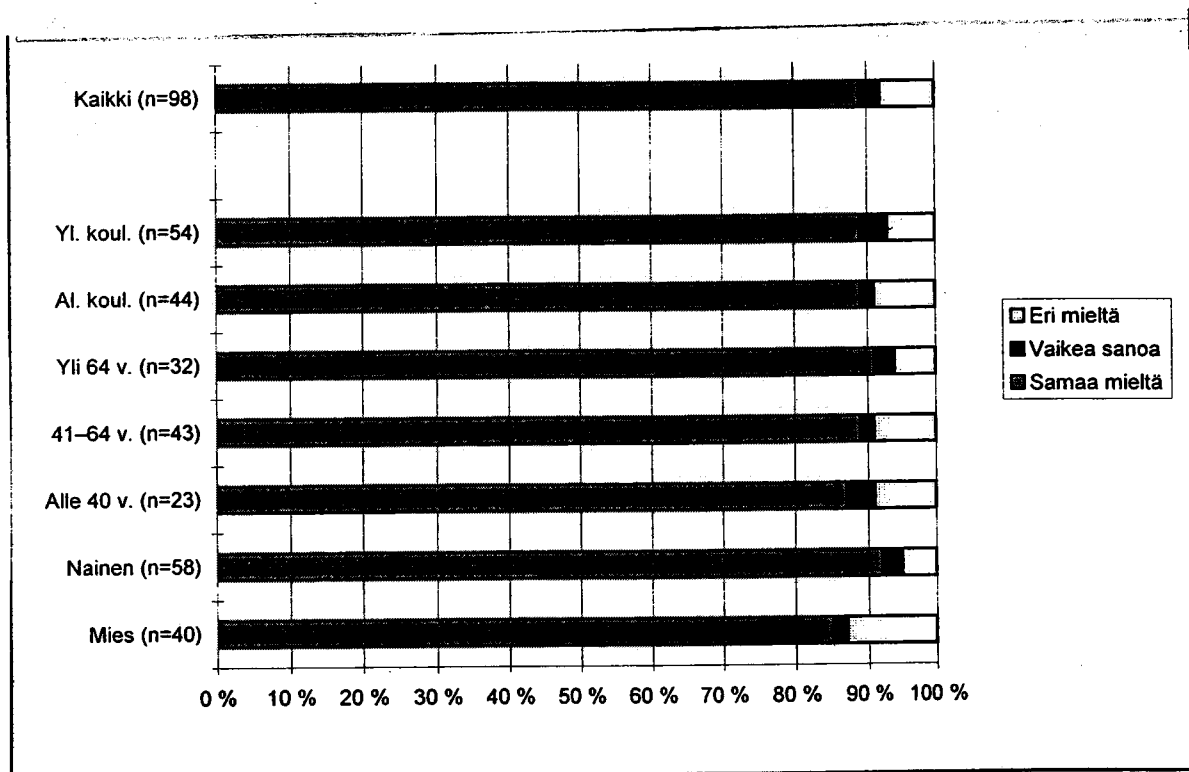
6.1. Tiedonsaanti

Kuvio 5. "Lääkäri vastasi riittävästi kysymyksiini sairaudestani ja hoidostani" (%).



Tarkasteltaessa tuloksia lääkärin antamasta tiedon määrästä voidaan todeta, että 92 % kaikista potilaista koki saaneensa riittävästi tietoa sairaudestaan ja hoidostaan. Vain kolme potilasta oli eri mieltä tiedon määrästä. Miehistä 87 % koki saaneensa riittävästi tietoja ja naisista peräti 95 %. Muiden ryhmien (koulutus- ja ikäryhmien) väliset erot olivat vähäiset (ks. liite 6, taulukko 11).

Kuvio 6. "Henkilökunta vastasi kysymyksiini selvästi ja ymmärrettävästi" (%).



Useimpien potilaiden mielestä (89 %) henkilökunta antoi selviä ja ymmärrettäviä vastauksia kysymyksiin. Alle 40-vuotiaista (87%) ja ylemmän koulutuksen saaneista 89 % oli tyytyväisiä saamaansa tiedonmäärään. Tyytyväisiä olivat myös miespotilaat, joista vain viisi ei mielestään saanut hoitajilta selviä vastauksia kysymyksiinsä (liite 6, taulukko 12).

6.1.1. Tiedot suoritetuista tutkimuksista ja tutkimustuloksista

Potilaan odotuksia ja kokemuksia sairaalahoidon aikana suoritetuista tutkimuksista tiedusteltiin kahdella väittämällä: "Minulla oli ennen tutkimuksia mahdollisuus keskustella niiden tarkoituksesta ja haitoista" (kysymys 23, väittämä 13) ja "En saanut riittävästi tietoa tutkimustuloksista" (kysymys 23, väittämä 14). Haastateltujen vastaukset on esitetty seuraavissa taulukoissa 3a ja 3b.

Taulukko 3a. "Minulla oli ennen tutkimuksia mahdollisuus keskustella niiden tarkoituksesta ja hoidosta" (%).

| Vastaajat | Vastausvaihtoehdot | | | |
|-------------------|--------------------|--------------|------------|-----|
| | Samaa mieltä | Vaikea sanoa | Eri mieltä | |
| Mies (n = 40) | 70 | 12 | 18 | 100 |
| Nainen (n = 58) | 72 | 12 | 16 | 100 |
| Alle 40 v(n = 23) | 87 | 9 | 4 | 100 |
| 41-64 v(n = 43) | 79 | 7 | 14 | 100 |
| Yli 65 v(n = 32) | 50 | 22 | 28 | 100 |
| Al.koul. (n = 44) | 80 | 11 | 9 | 100 |
| Yl.koul. (n = 54) | 65 | 13 | 22 | 100 |
| Kaikki (n = 98) | 72 | 11 | 17 | 100 |

Taulukko 3b. "En saanut riittävästi tietoja tutkimustuloksista" (%).

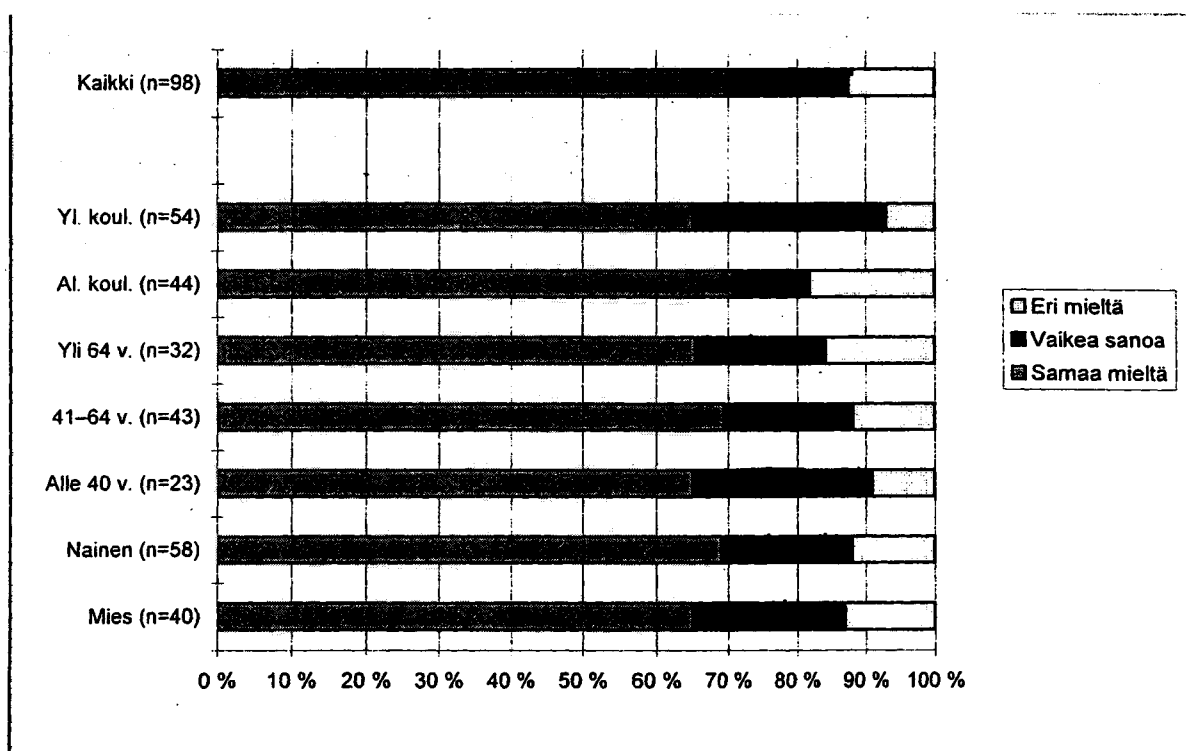
| Vastaajat | Vastausvaihtoehdot | | | |
|-------------------|--------------------|--------------|------------|-----|
| | Samaa mieltä | Vaikea sanoa | Eri mieltä | |
| Mies (n = 40) | 23 | 12 | 65 | 100 |
| Nainen(n = 58) | 24 | 7 | 69 | 100 |
| Alle 40 v(n = 23) | 4 | 17 | 79 | 100 |
| 41-64 v (n = 43) | 26 | 7 | 67 | 100 |
| Yli 65 v(n = 32) | 34 | 7 | 59 | 100 |
| Al.koul.(n = 44) | 27 | 7 | 66 | 100 |
| Yl.koul.(n = 54) | 20 | 12 | 69 | 100 |
| Kaikki (n = 98) | 26 | 4 | 70 | 100 |

Taulukoiden 3a:n ja 3b:n vastauksista voi tehdä sen johtopäätöksen, että potilaat halusivat ja saivat tietoja heille suoritetuista tutkimuksista. Esimerkiksi yli 64-vuotiaista puolet saivat odottamansa tiedot. Tätäkin tyytyväisempiä tietoihin suoritetuista tutkimuksista olivat muut potilasryhmät. Kuten taulukoista 3a ja 3b käy ilmi vastaukset samaa asiaa käsitteleviin eri väittämiin olivat samansuuntaiset kysyttiinpä asiaa myönteisesti tai kielteisesti. Tämä tukee osaltaan myös käsitystä tutkimuksen reliabiliteetista.

6.1.2. Tiedot paranemisen edistymisestä

Potilaat odottivat henkilökunnalta tietoja myös paranemisen edistymisestä.

Kuvio 7. "Henkilökunta kertoi paranemisen edistymisestä" (%).



Noin 70 % potilaista arvioi, että henkilökunta oli antanut heille tietoja paranemisen edistymisestä. Vaikeaksi tiedon määrän arvioinnin koki keskimäärin 18 % potilaista ja 13 %:n mielestä henkilökunta ei kertonut paranemiseen liittyviä tietoja (Liite 6, taulukko 16).

6.1.3. Tiedot hoitotyön eri alueilta

Haastattelun yhteydessä potilailta tiedusteltiin missä määrin he saivat tietoja lääkäriltä ja hoitajilta sairautensa hoitoon liittyvistä erilaisista hoitotoimenpiteistä. Vastauksien tulokset näkyvät taulukossa 4.

Taulukko 4. Potilaitten käsitys saadusta tietomäärästä hoitotyön eri alueilta sairaalahoidon aikana (% , N = 98).

| Hoitotyöalue | täysin riittävä | | riittävä | | ei lainkaan | |
|--------------------------------|-----------------|---------|----------|---------|-------------|---------|
| | lääkäri | hoitaja | lääkäri | hoitaja | lääkäri | hoitaja |
| liikunta | 22 | 48 | 6 | 9 | 71 | 43 |
| ravitseminen | 16 | 34 | 6 | 17 | 78 | 49 |
| alkoholin käyttö | 7 | 15 | 1 | 2 | 92 | 89 |
| tupakointi | 2 | 10 | 1 | 3 | 97 | 87 |
| lepo | 8 | 41 | 4 | 10 | 88 | 49 |
| henkisten ongelmien hoito | 5 | 22 | 1 | 5 | 94 | 72 |
| sairauteen suhtautuminen | 16 | 37 | 5 | 10 | 79 | 53 |
| kotiasioiden hoito | 2 | 15 | 3 | 8 | 95 | 77 |
| muusta, mistä apuvälin. käyttö | 2 | 10 | | | 88 | 90 |

Alunperin viisiluokkaiset vastausvaihtoehdot muutettiin kolme-luokkaiseksi siten, että täysin riittävään yhdistettiin myös melko riittävä-vastaukset. Vastaavasti melko riittämätön vastausvaihtoehdon valinneet on yhdistetty vastausluokkaan ei lainkaan.

Taulukon luvut osoittavat, että useilla yksittäisillä hoidon alueilla suuri osa potilaista koki jääneensä vaille riittäviä tietoja. Varsinkin lääkäreiltä saatu tieto koettiin riittämättömäksi. Vastaajista vain 22 % oli sitä mieltä, että lääkäreiden antamat liikuntaohjeet olivat täysin riittävät. Muilla hoidon alueilla 2/3 potilaista arvioi lääkärin antamat tiedot riittämättömiksi. Esimerkiksi tupakoinnin osalta vain kaksi prosenttia haastatelluista kertoi saaneensa riittävät ohjeet.

Myös hoitajilta saadut tiedot suuri osa potilaista arvioi riittämättömiksi. Hoitoalueittain tarkasteltuna 43-89 prosenttia potilaista arvioi jääneensä kokonaan vaille tietoja. Hoitajien kohdalla vain liikuntaan ja lepoon liittyneet tiedot koettiin täysin riittäviksi.

Voidaan olettaa, että tietoa liian vähän saaneiden tai sitä ilman jääneiden potilaiden mahdollisuudet toteuttaa itsehoitoaan ja itsemääräämisoikeutta olivat vähäiset.

Haastattelussa tiedusteltiin myös potilaiden omaa rohkeutta kysyä epäselvistä asioista henkilökunnalta. Kysymykset olivat suoria kysymyksiä (K25 ja K26) ja niiden vastaukset yhdistettiin taulukkoon 5.

Taulukko 5. Potilaan uskallus kysyä hoitoon liittyviä epäselviä asioita (%).

| Uskallus kysyä | Sukupuoli | | | | Ikä | | | | | | Koulutus | | | |
|------------------------|-----------|-----|--------|-----|---------|-----|----------|-----|---------|-----|----------|-----|----------|-----|
| | mies | | nainen | | < 40 v. | | 41-64 v. | | 64 v. > | | Kansak. | | Yl.koulu | |
| | lää | hk | lää | hk | lää | hk | lää | hk | lää | hk | lää | hk | lää | hk |
| | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % | % |
| aina | 85 | 90 | 90 | 86 | 96 | 91 | 91 | 95 | 78 | 75 | 84 | 84 | 90 | 91 |
| joskus | 10 | 2 | | 9 | 4 | 9 | 2 | 2 | 7 | 9 | 5 | 5 | 4 | 7 |
| ei koskaan | | | 7 | | | | 5 | | 6 | | 2 | | 6 | |
| ei ole epäsel.-asioita | 5 | 8 | 3 | 5 | | | 2 | 3 | 9 | 16 | 9 | 11 | | 2 |
| Yhteensä | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 | 100 |
| N = 98 | 40 | | 58 | | 23 | | 43 | | 32 | | 44 | | 54 | |

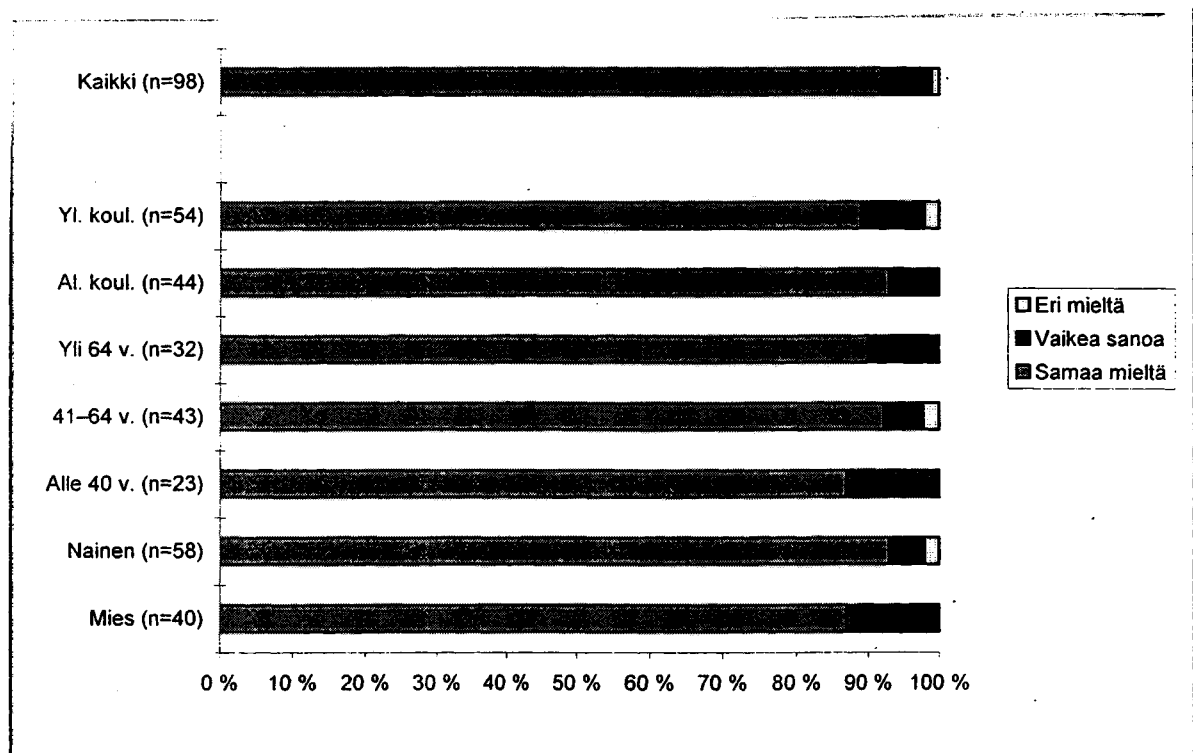
Vastaukset osoittivat, että potilaat olivat uskaltaneet melkein aina kysyä hoitoon liittyvistä asioista henkilökunnalta. Lääkäreille eniten kysymyksiä olivat esittäneet 40-vuotiaat ja sitä nuoremmat potilaat. Heistä 96 % ilmoitti kysyneensä lääkäreiltä aina epäselvistä hoitoonsa liittyneistä asioista. Seuraavaksi suurin kysymysten esittäjien ryhmä oli 41-64 vuotiaat (91 %). Samoissa ikäryhmissä potilaat kokivat kysymysten esittämisen helpoksi myös muulle hoitohenkilökunnalle. Myös suurimmalle osalle ylemmän koulutuksen omaavista (91 %) kysymysten esittäminen näiden vastausten perusteella oli helppoa. Erot sukupuolten välillä olivat vähäisiä. Haastateluista löytyi myös niitä, jotka eivät olleet koskaan kysyneet mitään (2-7%). Osa vastaajista ilmoitti, ettei heillä ollut

ollut epäselviä asioita. Eniten tällaisia henkilöitä oli yli 64-vuotiaitten ryhmässä.

6.2. Kokemukset kuulluksi tulemisesta

Haastattelussa tarkasteltiin myös potilaiden arviointia ja kokemuksia siitä, kuinka he kokivat mielipiteensä tulleen otetuksi huomioon osastolla ollessa ja hoitoa suunniteltaessa.

Kuvio 8. "Toivomukseni ja mielipiteeni otettiin huomioon osastolla ollessani" (%).

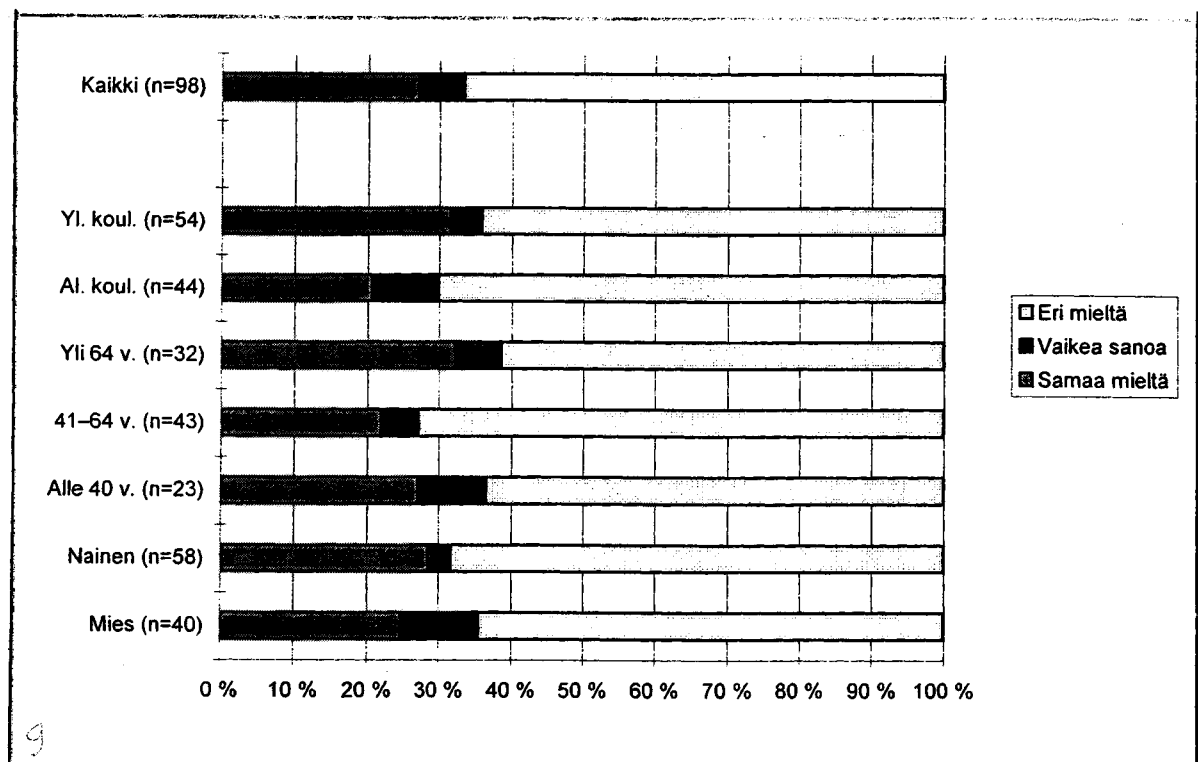


Vastausten perusteella oli mahdollista päätellä, että suurin osa potilaista koki tullessaan kuulluksi osastolla ollessaan. Alemman koulutuksen saaneista 93 % oli tätä mieltä. Hieman

kriittisemmin asiaan suhtautuivat ylemmän koulutuksen saaneet, sillä heistä 89 % oli sitä mieltä, että heidän mielipiteensä oli otettu huomioon. Ikäryhmittäin tarkasteltuna vanhempaan ikäryhmään kuuluneista koki tullessa huomioonotetuiksi hieman useampi (93%) kuin nuorempaan eli alle 40-vuotiaiden ikäryhmään kuuluneet. Sukupuolen suhteen voi todeta naisten olleen miehiä hieman tyytyväisempiä omien toivomusten ja mielipiteiden kuulemisen suhteen (liite 7, Taulukko 1).

Kokemukset kuulluksi tulemisesta ovat osa itsemääräämistä. Itsehoidon toteutumisen kannalta voi pitää tärkeänä potilaiden kuulemista hoidon suunnitteluvaiheessa. Tämän osalta haastateltujen potilaiden kokemukset vaihtelivat seuraavasti:

Kuvio 9. "Hoitoni suunniteltiin kysymättä mielipidettäni" (%).



Potilaista kaikkiaan 68 % koki voineensa osallistua hoidon suunnitteluun. Eniten hoidon suunnitteluun olivat osallistuneet 41-64 vuotiaat (72 %). Sen sijaan yli 64-vuotiaista ja alle 40-vuotiaista löytyi enemmän myös niitä, jotka kokivat, että heillä oli ollut vähemmän mahdollisuuksia hoidon suunnitteluun. Eniten niitä, joiden mielestä hoito oli suunniteltu heitä kuulematta, oli alemman koulutuksen saaneissa.

Kokemuksia siitä, kuinka potilas oli voinut vaikuttaa hoitoonsa selvitettiin, myös kysymällä kieltäytymismahdollisuuksia.

Taulukko 6. "En voinut kieltäytyä suunnitellusta hoidosta" (%).

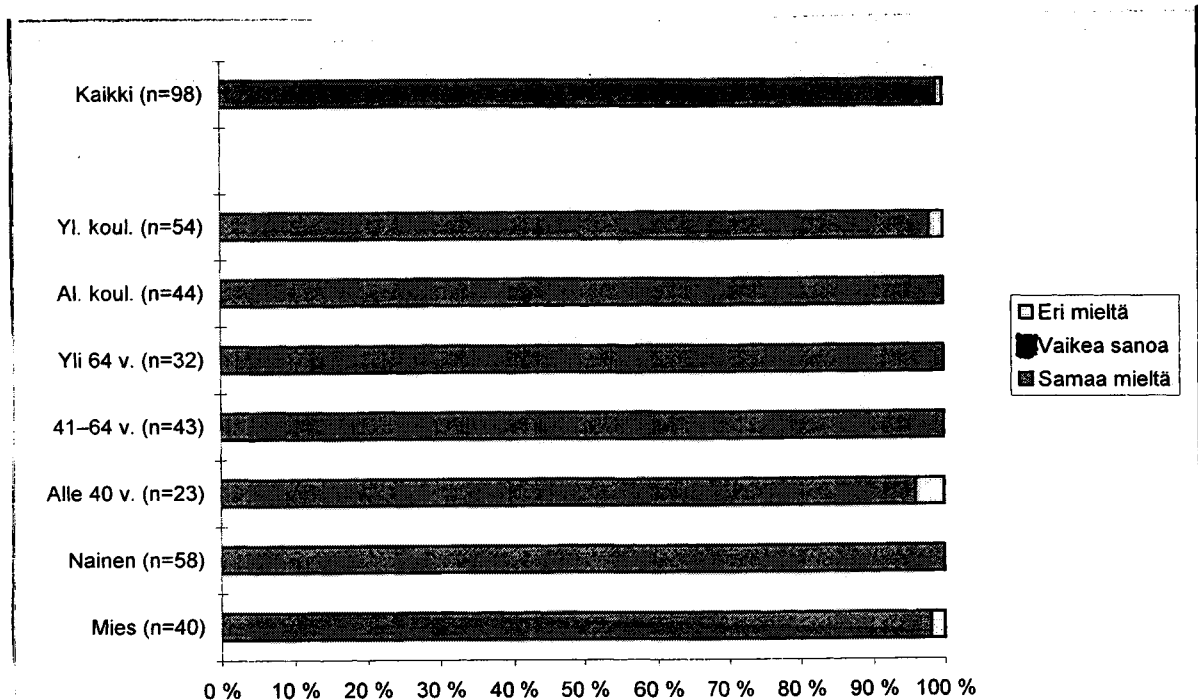
| | Samaa mieltä | Vaikea sanoa | Eri mieltä |
|-----------------|--------------|--------------|------------|
| Mies (n=40) | 10 | 5 | 85 |
| Nainen (N=8) | 16 | 6 | 67 |
| Alle 40 v (n=3) | 9 | 22 | 69 |
| 41-64 v (n=3) | 14 | 2 | 84 |
| Yli 64 v (n=32) | 16 | | 84 |
| Al.koul. (n=44) | 14 | 11 | 86 |
| Yl.koul. (n=54) | 13 | | 76 |
| Kaikki (n=98) | 13 | 5 | 82 |

Taulukon luvut kertovat, että 82 % koko potilasryhmästä oli voinut kieltäytyä suunnitellusta hoidosta. Tämän voi katsoa viittaavan potilaan mielipiteen huomioonottamiseen ja siihen, että potilailla oli mahdollisuus toteuttaa itsemääräämisoikeuttaan niin tahtoessaan. Alle 40-vuotiaista vastaajista 22 % koki vaikeaksi vastata tähän kysymykseen. Selityksenä tälle voi pitää sitä, että alle 40-vuotiaista yli puolet koki, ettei heidän mielipidettään kuultu hoidon suunnittelussa. Muissa yhteyksissä nämä nuorimmat vastaajat kuitenkin kertoivat tulleensa hyvin kuulluiksi ja ymmärretyiksi.

7. POTILAAN JA HOITAJAN VÄLINEN SUHDE

Kuten aiemmat tutkimukset osoittivat potilas-hoitajasuhteen laatu vaikuttaa ratkaisevasti potilaiden kokemuksiin onnistuneesta hoidosta ja ohjauksesta. Tässä tutkimuksessa tiedusteltiin potilaiden kokemuksia ja käsityksiä henkilökunnan suhtautumisesta heihin, hoitotyön periaatteista (kokonaishoito vai tautitapauksen hoito) ja potilastietojen salassapitamisestä.

Kuvio 10. "Henkilökunta kohteli minua hyvin ja ymmärtäväisesti" (%).



Potilaiden vastaukset osoittivat, että he kokivat saamansa kohtelun hyväksi ja ymmärtäväiseksi. Eri potilasryhmien arviointit eivät suuresti eronneet toisistaan, vaan arviot hyvästä kohtelusta liikkuivat kaikissa ryhmissä 96-100 % välillä (ks. myös liite 8, taulukko 3).

Potilaista yli kaksi kolmasosaa (78 %) koki, että heitä oli

kohdeltu kokonaishoidon periaatteen mukaisesti. Eri mieltä kokonaishoidon toteutumisen suhteen oli 10 % haastatelluista ja vaikeaksi kohteluun liittyvän arvioinnin koki 12 % (ks. liite 8, Taulukko 5).

Potilastietojen salassapitämistä voi pitää hyvän potilas-hoitajasuhteen kannalta yhtenä merkittävimpanä tekijänä. Haastatteluvastausten mukaan 79 % potilaista koki, että heidän potilastietonsa olivat pysyneet salassa. Vain 4 % haastatelluista epäili tietojen säilymistä. Vaikeaa tämän asian arviointi oli 17 %:lle vastaajista. Sukupuolen, iän tai koulutustason suhteen ei juuri ilmennyt eroja (liite 8, Taulukko 8).

Vaikka tietojen salassa säilymistä yleensä pidettiin hyvänä, niin vastaukset sen suhteen, keskusteliko henkilökunta potilaan asioista toisten kuullen, vaihtelivat. Yli 64-vuotiaista 75 % oli sitä mieltä, ettei asioista keskusteltu ulkopuolisten kuullen, mutta alle 40-vuotiaista jopa 30 % arvioi sairauteen ja sen hoitoon liittyvistä asioista keskustellun toisten kuullen (ks. liite 8. Taulukko 7).

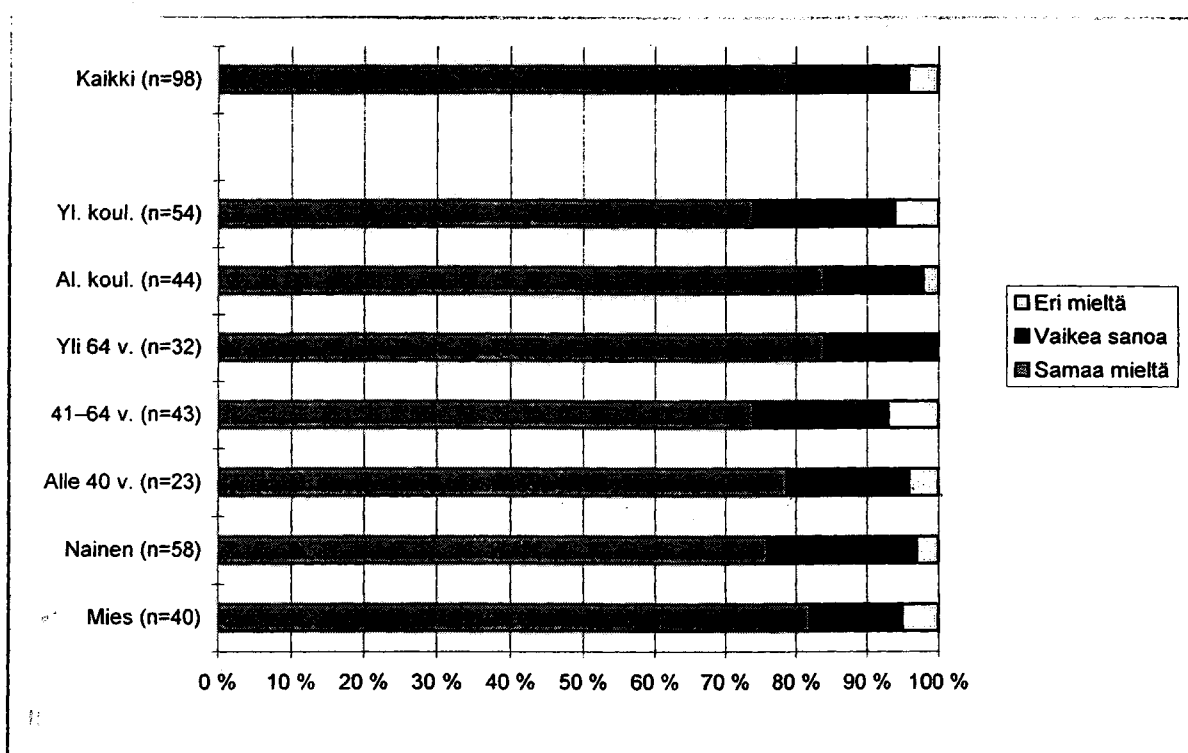
Tarkastelu potilaitten kokemuksista ja arvioinneista itsehoiton ohjauksesta ja neuvonnasta sairaalassa oloaikana osoitti, että potilaiden kokemukset olivat pääosin myönteisiä. Haastatellut kertoivat saaneensa riittävästi ja odottamaansa tietoa sairaudestaan ja sen hoidosta sekä tulleensa kuulluiksi hoidon suunnittelussa ja sen aikana. Myös potilas-hoitajasuhdetta pidettiin hyvänä. Taustamuuttujien suhteen erot olivat pieniä vaikkakin esimerkiksi tiedon saannin suhteen alle 40-vuotiaat olivat hieman muita tyytyväisempiä. Yleisellä tasolla oltiin siis tyytyväisiä tiedon määrään, hoitoon ja kohteluun. Tarkemmin, hoitoalueittain tarkasteltuna tuli esille myös tyytymättömyyttä. Suuri osa haastatelluista koki jääneensä jopa täysin vaille tietoja niin lääkäreiltä kuin hoitajiltakin.

8. KOHTI ITSEHOITOA

8.1. Avunsaanti sairaalassa ollessa

Sairaalaan tullessa potilaiden voimavarat ja tiedot terveysongelman (sairauden) hoitamisesta ovat yleensä vähäisiä. On luonnollista, että potilaat tällöin odottavat apua henkilökunnalta sekä koko organisaatiolta. Seuraavaan kuvioon (9) on koottu vastaukset siitä, miten haastatellut kokivat saaneensa apua henkilökunnalta sairautensa sopeutumisvaiheessa.

Kuvio 11. "Henkilökunta auttoi minua sopeutumaan sairauteeni" (%).



Lähes 80% kaikista potilaista koki, että he olivat saaneet apua ongelmiansa hoitamisessa henkilökunnalta. Erityisesti näin kokivat miehet (82 %), yli 64-vuotiaat ja alemman koulutuksen saaneet (84 %). Suurin osa potilaista (86 %) uskalsi

myös pyytää apua, vaikka hoitajat tuntuivat kiireisiltä (ks. liite 7, taulukot 2 ja 9). On huomattava, että haastattelukysymyksillä arvioitiin vain avun saatavuutta, ei avun laatua.

Myös sairaalassaoloaikana on mahdollista pyrkiä hyödyntämään potilaiden itsehoitopyrkimyksiä. Tässä tutkimuksessa haastatelluilta kysyttiin, saivatko he apua itsehoitoonsa kuuluvissa hoitotyön toiminnoissa ja oliko heillä itsellään valmiuksia toteuttaa itsehoitoaan. Hoitotyön alueet olivat lähes samat kuin kysymys 24:ssä, jossa potilasta pyydettiin kertomaan, missä määrin hän sai tietoa hoitoonsa liittyvissä asioissa.

Taulukko 7. Ammatillisen hoitotyön muodot suhteessa itsehoitoon (%). N = 98.

| Hoitotyön muodot | 1 | 2 | 3 | 4 |
|---------------------------|----|----|----|----|
| hygienianhoito | 13 | 15 | 8 | 64 |
| ruokailu | 10 | 3 | 12 | 75 |
| liikkuminen | 10 | 12 | 14 | 64 |
| kotiasioiden hoito | 30 | 4 | 11 | 55 |
| henkisten ongelmien hoito | 30 | 4 | 9 | 57 |
| lääkehoito | 13 | 5 | 40 | 42 |

- 1 = henkilökunta suoritti työn kokonaan
- 2 = henkilökunta suoritti hoitotyön osittain
- 3 = suoritin itse ja henkilökunta ohjasi
- 4 = en saanut lainkaan apua, suoritin itse

Taulukon luvut osoittavat, että ruokahuollon alueella noin 75 % potilaista suoritti itse tarvittavat toiminnot. Henkilökunta suoritti osittain ruokahuollon toimintoja 3 %:lle potilaista ja vain 10 %:lla potilaista henkilökunta suoritti ruokahuollon toiminnot kokonaan. Toisten hoitotyön alueiden suhteen tulokset olivat samansuuntaisina. Potilaat olivat aktiivisia ja halusivat osallistua hoitotyön toimintoihin. Haastatelluista 64-55 % ilmoitti suorittaneensa itse hoitotyön kaikki toiminnot. Tarvittaessa potilailla oli mahdollisuus turvautua hoitohenkilökunnan apuun kaikilla alueilla. Lääkehoidonkin, jolle melkein jokainen tauti ja potilas asettaa omat vaatimuksensa, potilaista 42 % toteutti itsenäisesti ja 40 % potilaista suoritti sen henkilökunnan ohjauksessa. Yllättävänä voi pitää sitä, että kotiasioiden ja henkisten ongelmien hoidon osalta 30 % haastatelluista kertoi henkilökunnan suorittaneen toiminnot kokonaan. Potilaista 89 % kertoi, ettei henkilökunta asettanut esteitä itsenäiselle toiminnalle. Vain 6 % potilaista oli kokenut, että henkilökunta oli asettanut rajoituksia itsehoidon toteuttamiselle. Haastatelluista 5 % ei osannut vastata tähän kysymykseen tai heillä ei ollut voimavaroja kohdata itsehoitovaatimuksiaan.

8.2. Kotiinlähtövaiheen tunnelmat

Haastattelussa pyrittiin selvittämään myös sitä, miten rauhallisina ja luottavaisina tai pelokkaina ja turvattomina potilaat kokivat tilanteensa kotiinlähtövaiheessa. Haastattelutuloksia tarkasteltiin sukupuolen suhteen (ks. liitteet 9, 10 ja 11).

Miehistä 75 % koki olonsa turvalliseksi, turvattomuutta koki 15 % miehistä ja kahdeksan prosenttia ei osannut arvioida tilannetta. Naisista vastaavasti 83 % koki olonsa turvalliseksi ja vain 3 % turvattomaksi. Myös naisissa oli heitä, joiden oli vaikea arvioida tilannettaan. Miehistä 90 % ei kokenut pelkoa ja pelkoa koki 10 %. Naisista pelkäämättömiä oli 93 % ja pelokkaita 7 %. Rauhallisesti suhtautui kotiinlähtöön 85 % miehistä ja 97 % naisista. Rauhattomia oli kotiinlähtövaiheessa 15 % miehistä ja 3 % naisista. Huolettomia oli 93 % naisista ja 85 % miehistä. Luottavainen mieli oli 90 %:lla miehistä (40 miestä) ja naisista 95 %:lla (58 naista). Haastattelutulosten perusteella voikin päätellä, että naiset suhtautuivat kotiinlähtöön luottavaisemmin kuin miehet.

8.3. Lisäohjeet kotihoitoa varten

Potilaista 25 % ilmoitti tarvitsevänsä lisäohjeita hoidon jatkamiseksi kotona ja 75 % potilaista ei omasta mielestään tarvinnut lisäohjeita. Henkilökunnalla on mahdollisuus ja myös tehtävä tarkentaa lisähoito-ohjeiden tarve ja yleensä hoito-ohjeiden oikeinymmärtäminen potilaskohtaisesti loppuhaastattelussa kotiinlähtövaiheessa.

Potilailta tiedusteltiin myös omaisten osallistumismahdollisuutta kotiohjeiden antamistilaisuuteen. Omaisten osallistuminen hoitoon kotiolosuhteissa on nykypäivänä todettu olevan terveydenhuollon lisävoimavara. Orem on myös todennut sen ohjeissaan (Orem 1985, 230). Omaisten osallistuminen ja perehdyttäminen potilaan hoitoon ei ole aina itsestään selvä asia. Kaikki potilaat eivät sitä hyväksy. "Potilaan toivomusta on noudatettava, sillä potilas itse viimekädessä aina päättää perheensä hoitoon osallistumisen" (Sarvimäki 1988, 51). Pää-

töksenteossa omaisten mukanaolo on todettu olevan merkityksellistä (Lauri 1991, 51), koska omaiset voivat auttaa potilaita päätöksiä toteutettaessa ja ongelmien esiintyessä. Tässä tutkimuksessa potilaista 66 % piti omaisten osallistumista tarpeellisena ja 34 % arveli sen olevan tarpeetonta.

8.4. Avointa arviointia hoidosta

Avoimien kysymysten tavoitteena oli antaa potilaille mahdollisuus ilmaista omin sanoin mielipiteitään saamastaan hoidosta ja siihen mahdollisesti liittyneistä ongelmista. Avointen kysymysten vastauksia ei viety ATK:lle vaan tutkija luki, järjesteli ja luokitteli vastaukset manuaalisesti. Tavoitteena oli etsiä yhteisiä hoitoon liittyviä tekijöitä. Haastatelluista kaksi kolmasosaa arvioi saamaansa hoitoa vapaasti.

Vastauksista saattoi todeta, että potilaan ja hoitoon osallistuvien hyvällä yhteistyöllä oli suuri merkitys potilaan itsehoidon toteutuksessa. Tämä vastasi Leino-Kilven (1990, 104-105) esittämiä käsityksiä hyvän hoitamisen edellytyksistä. Kukkolan (1997, 44) tutkimuksen tuloksia seuraten tässä tutkimuksessa haastatellut toivat myös esille yhteistyön, joka edellyttää kiinnostuksen osoittamista, asiaan yhdessä paneutumista ja jatkuvuudesta huolehtimista. Muita vastauksissa toistuneita hoitotyytyväisyyteen vaikuttaneita seikkoja olivat aika ja hoitoympäristö.

Vastaajat odottivat henkilökunnalta aikaa keskusteluille ja neuvontaan (esim. kotihoidon neuvontaan) sekä oikean tiedon antamiseen sairaudesta. Hoitotyölle annettu lisäaika estäisi kiireisen työtahdin ja mahdollistaisi esimerkiksi hyvin to-

teutetun neuvonnan. Lääkäreiltä odotettiin samanlaista suhtautumista kaikkiin potilaisiin. Yhteiskunnallinen asema ei saisi vaikuttaa potilaan kohtaamisessa. Henkistä tukea odotettiin myös fyysisen sairauden hoidon yhteydessä. Vastaajat toivat esille, että lisähenkilöresurssien avulla voitaisiin estää kiireen näkyminen henkilökunnan ilmeissä ja toimissa.

Vastaajat esittivät kritiikkiä hoitoympäristöä kohtaan. Potilashuoneet koettiin ahtaiksi ja meluisiksi sekä värittömiksi. Palvelu- ja hoitotiloja oli liian vähän ja olemassaolevatkin ahtaita sekä toimivuudeltaan huonoja. Ongelmana pidettiin myös seurustelutilojen puutetta. Hoitoympäristöön voidaan liittää myös potilasvaatteiden arviointi. Vaatteiden toivottiin olevan värikkäämpiä ja sopivampia eri kokoisille (lihaville ja laihoille). Vuodevaatteiden toivottiin paremmin suojelevan kylmyydeltä.

Kaiken kaikkiaan potilaiden toivomukset hoidon suhteen olivat moninaisia, mikä on käynyt ilmi aiemmissakin tutkimuksissa. Tässä ja aiemmissa tutkimuksissa toistuvia teemoja olivat oikeudenmukaisuuden ja solidaarisuuden merkitys (Wright 1981, 165), lääkäreiden vähäinen aika potilaille (Waitzkin 1985, 26-101), vuodeosastojen rakenteelliset tekijät (Kuuppelomäki ym. 1988, 57-71), terveydenhuollon rajalliset resurssit (Laakko ym. 1992, 86) sekä hoitoon ja terveystieteeseen osallistuvien eri tahojen välisen yhteistyön merkitys (Hentinen 1979, 118; Poskiparta 1997, 125).

9. YHTEENVETO TUTKIMUKSEN TULOKSISTA

Tämän tutkimuksen alussa todettiin terveydenhuollon palvelujen tuottamisen vaikeutuneen voimavarojen vähentyessä. Tutkimuksen yhtenä lähtökohtana olikin potilaan omien voimavarjoiden entistä parempi hyödyntäminen terveydenhuollossa. Teoreettisena viitteenä käytettiin Dorothea Oremin itsehoitomallia, jonka lähtökohtana on oletus ihmisen tarpeesta toteuttaa itsehoitoa. Tässä tutkimuksessa itsehoidon toteutumista tarkasteltiin potilaitten kertomien hoitokokemusten perusteella.

Tutkimusaineisto kerättiin haastattelemalla Keski-Suomen keskussairaalan sisätautien- ja neurologian vuodeosastolla kotiinlähtövaiheessa olevia potilaita. Haastattelu toteutettiin strukturoituna lomakehaastatteluna ja kaikkiaan haastateltiin 103 potilasta. Taustamuuttujina olivat ikä, sukupuoli ja koulutus. Iältään tutkittavat olivat 15-82-vuotiaita. Iän suhteen muodostettiin kolme ikäryhmää: alle 40, 41-64 ja yli 64 vuotiaat. Suurin ikäryhmä oli 41-64-vuotiaat, joihin haastatelluista kuului 44 %. Seuraavaksi eniten oli yli 64 vuotiaita (33 %). Alle 40 vuotiaita oli haastatelluista 23 %. Aineisto oli naisvoittoinen, sillä haastatelluista 58 oli naisia ja 40 miehiä. Koulutuksen suhteen tutkimuksessa tehtiin karkea jako alempaan ja ylempään koulutukseen. Alemman koulutuksen eli kansa- tai peruskoulun oli saanut 44 henkilöä haastatelluista. Haastatelluista 58 kuului ryhmään ylempi koulutus eli oli käynyt koulua enemmän kuin kansa- tai peruskoulun.

Haastattelun alussa selvitettiin oman terveydentilan arviointia ja potilaiden elintapoja. Potilaista 63 % arvioi terveydentilansa huonoksi ennen sairaalaan tuloa. Niin itsestään

selvältä kuin terveydentilan arviointi huonoksi sairaalaan tulon yhteydessä voikin tuntua, poikkeaa tämä tulos muun muassa Kukkolan (1997) tutkimuksen tuloksesta. Kukkolan (mt.) tutkimuksessa vastaanotolle tulleista asiakkaista viidennes koki terveydentilansa hyväksi, 69 % kohtalaiseksi ja melko huonoksi tai huonoksi 19 %.

Haastatelluilla oli sekä terveyttä edistäviä että heikentäviä elintapoja. Liikuntaa potilaista kertoi harrastavansa 55 % ja monilla oli myös pyrkimyksiä huolehtia oikeanlaisesta ravinnosta. Toisaalta tupakanpoltto oli melko yleistä ja alkoholia kertoi käyttävänsä noin puolet haastatelluista.

Sekä tämän että aiempien tutkimusten valossa voidaan olettaa, että ihminen pyrkii ratkaisemaan ja hoitamaan terveysongelmaansa itse omien valmiuksiensa avulla niin kauan kuin mahdollista (Orem 1980, 42-51, Meriläinen 1986, 35). Potilaiden terveyteen liittyvistä tiedoista ja itsehoitovalmiuksista kertovat myös taidot arvioida oikein terveysongelmien laatua ja vaikeutta sekä hakeutuminen sairaalahoitoon omien voimavarojen loppuessa. Tässä tutkimuksessa suurella osalla haastatelluista oli omakohtainen tavoite saada apua ja hoito terveysongelmiinsa. Laurin (1991, 51) päätöksentekomallia noudattaen 75 % potilaista oli arvioinut itse voimavaransa sekä toiminut aktiivisesti ja hakeutunut sairaalahoitoon. Potilaitten itsehoitovalmiuksia selvittäneen tutkimustehtävän osalta voidaankin todeta, että haastatelluilla oli melko hyvät valmiudet toteuttaa itsehoitoaan.

Tutkimuksen toisena tehtävänä oli saada tietoa siitä, millaista kohtelua sekä ohjausta ja neuvontaa haastatellut kokivat saaneensa itsehoitonsa toteuttamiseksi sairaalahoidon aikana. Onnistuneen hoitotyön perustana pidetään hoitajien ja potilaiden välistä vuorovaikutusta. Tärkeitä hyvän vuorovaikutuk-

sen ja hoitotyön merkkejä ovat hoitajien ja lääkäreiden ystävällisyys, empaattisuus, avoimuus, uskottavuus ja kiinnostus potilaitten mielipiteitä kohtaan (Häggman-Laitila 1994, Waitzkin 1984).

Tässä tutkimuksessa haastatellut kertoivat sekä kohtelun, tiedonsaannin että ohjauksen onnistuneen hyvin. Haastatelluista lähes kaikki (95 %) olivat sitä mieltä, että henkilökunta oli ystävällistä. Potilaista 88 % kertoi, että heitä oli kunnioitettu yksilöinä ja 85 %:n mielestä tiedonsaanti oli onnistunut hyvin. Haastatellut kokivat myös vakaumustaan kunnioitetun. Tosin kysymykseen vakaumuksen kunnioittamisesta ei ollut aivan helppo vastata. Haastatelluista 41-64-vuotiaista jopa 70 % koki vakaumuksen kunnioittamisen arvioimisen vaikeaksi.

Hoitotyön onnistumisesta ja hyvästä hoitaja-potilassuhteesta kertoivat myös avunsaanti eri hoitotoimenpiteissä, uskallus pyytää apua epäselvissä asioissa ja kokemus kokonaisvaltaisesta hoidosta. Vaikka haastateltujen yleinen mielipide sairaalahoidon onnistumisesta, neuvonnasta, ohjauksesta ja kohtelusta oli tässä tutkimuksessa erittäin myönteinen, löytyi puutteita, epäkohtia ja toiveitakin yksittäisten hoidon alueiden kohdalla. Myös aihetta käsitelleissä avointen kysymysten vastauksissa hoitoon liittyvät ongelmat ja toiveet tulivat. Haastatellut kertoivat odottavansa vieläkin parempaa yhteistyötä potilaitten ja henkilökunnan välille, samanlaista suhtautumista kaikkiin potilaisiin, aikaa keskusteluihin ja neuvontaa, jossa annetaan henkistä tukea fyysisen hoidon lisäksi.

Arvioidessaan hoitotyön onnistumista haastatellut nostivat esille hoitotyöhön vaikuttavia tekijöitä. Potilaat arvioivat, että vähäiset henkilöstöresurssit olivat suurin syy esille tulleisiin ongelmiin. Myöskään fyysiseen hoitoympäristöön

haastatellut eivät olleet tyytyväisiä, vaan kokivat sen levottomaksi ja epäkäytännölliseksi. Hoitotilat vaikuttavat esimerkiksi siihen, miten hyvin potilaat kokevat tietojensa pysyvän salassa. Hoitohenkilökunnan ja potilaan välisen luottamuksen kannalta on potilaan tietojen salassa pysyminen on tärkeää. On todettu, että terveydenhuollossa käsitellään vuorovaikutustilanteissa sellaisia potilaitten terveyttä ja terveyskäyttäytymistä koskevia asioita, jotka arkaluonteisuutensa vuoksi herkästi tuottavat epäluottamusta henkilökunnan ja potilaitten välisiin suhteisiin (Kettunen 1998, 1278)...

Tässä tutkimuksessa 79 % haastatelluista oli sitä mieltä, että potilastiedot pysyivät hyvin salassa sairaalan sisällä. Toisaalta esimerkiksi yli 64-vuotiaista 75 % arvioi, että sairauteen liittyvistä asioista oli keskusteltu toisten kuullen. Tämän katsottiin suurelta osin johtuvan sairaalan niukoista tiloista.

Itsehoidon toteuttaminen tai sen harjoittelun aloittaminen jo sairaalahoidon aikana on tärkeää. Tässä tutkimuksessa 55-64% haastatelluista voi pitää aktiivisina itsehoidon toteuttajina joko itsenäisesti tai ohjattuina. Henkilökunnan ei koettu asettavan rajoituksia itsehoidolle.

Lopuksi haastatteluissa haluttiin saada tietoa siitä, miten potilaat suhtautuivat kotiinlähtöön. Yleisesti voi todeta, että kotiinlähtö oli ongelmallisempaa miehille kuin naisille. Kysyttäessä omaisten roolista kotiinlähdön helpottamisessa ja kotona tapahtuvan itsehoidon onnistumisessa, haastatelluista 66 % piti omaisten osallistumisesta kotihoidon neuvontatilaisuuteen tarpeellisena.

Tutkimuksen taustatekijät olivat ikä, sukupuoli ja koulutus, joilla voitiin aiempien tutkimusten perusteella olettaa olevan

vaikutusta hoitokokemuksiin ja itsehoitovalmiuksiin (Orem 1980, 44).

Iän suhteen havaittiin muun muassa, että alle 40-vuotiaat olivat muita tyytyväisempiä tiedonsaantiin ja heistä suurin osa (90 %) uskalsi kysyä hoitoonsa liittyvistä asioista. Toisaalta myös yli 64-vuotiaat olivat erittäin tyytyväisiä hoitoon ja ohjaukseen. He muun muassa uskoivat muita useammin tietojen salassa säilymiseen sairaalassa. Ikä ei kuitenkaan erotellut haastateltuja niin huomattavassa määrin kuin oli alunperin oletettu (esim. Orem 1980, 44).

Myös sukupuoli oli aiempien tutkimusten mukaan merkityksellinen tekijä itsehoidon toteutuksessa (Meriläinen 1986, 243). Mikäli epäselvistä asioista kysymistä voi pitää merkinä halukkuudesta ja valmiudesta hoitaa itseään, naiset olivat tässä suhteessa miehiä aktiivisempia. Naisen aktiivisuus itsehoidon suhteen voi ilmetä myös avuntarpeen vähäisyytenä (Meriläinen mt.). Tässä tutkimuksessa miehistä 92 % , mutta naisista 81 % kertoi saaneensa apua sairaalassa. Naisten aktiivisuutta itsehoidon suhteen voi selittää naisen, äidin ja aviovaimon rooleihin liitetyillä hoito- ja huolenpitotehtävillä. Naisten ajatellaan olevan "luonnostaan" kiinnostuneempia hoitamaan tarpeen tullen myös itseään.

Iän ja sukupuolen lisäksi koulutus liittyy itsehoitoon (Orem 1980, 44). Ylemmän koulutuksen saaneiden on todettu olevan toisaalta tyytyväisempiä saamaansa hoitoon ja toisaalta valmiimpia itsehoitoon kuin alemman koulutuksen saaneet (Virtanen 1991, 23). Tässäkin tutkimuksessa ylemmän koulutuksen saaneet olivat kokeneet saaneensa vastauksia kysymyksiinsä hoitohenkilökunnalta useammin kuin alemman koulutuksen saaneet. Toisaalta myös alemman koulutuksen saaneista 93 % kertoi tulleen kuulluiksi toivomusten ja mielipiteiden osalta.

10. TUTKIMUKSEN ARVIOINTI JA POHDINTA

Vuonna 1988 tehtyjen haastattelujen jälkeen tutkimustyö keskeytyi joiksikin vuosiksi. Vuosien kuluessa tapahtui monenlaisia asioita, jotka vaikuttivat tutkimuksen tekemiseen. Yhtenä ennaltaodottamattomana, tutkimuksen etenemistä hidastaneena tapahtumana voi mainita sen, että sairaalan potilastiedot sisältävä atk-laitteisto varastettiin.

Tutkimustyön käynnistäminen uudelleen alkoi teoreettisten lähtökohtien samoin kuin tutkimusaiheen ajankohtaisuuden pohtimisella. Paljon oli ehtinyt tapahtua 1990-luvun alun kuluessa, mutta tutkimuksen perustavoite oli kuitenkin entinen. Tavoitteena oli tuottaa tietoa, jonka avulla terveydenhuoltohenkilökunnan koulutusta ja ohjausta voitaisiin kehittää siten, että henkilökunta voi entistä paremmin edistää ja tukea potilaiden itsehoidon toteutumista. Tutkimustyön edetessä tutkimuksen kohde tarkentui, mitä osoittaa tutkimuksen otsikonkin muuttuminen. Alkuperäinen otsikko tutkimukselle "Sisätautien osastolla hoidossa olevien potilaiden itsemääräämisoikeus sekä itsehoitovalmiudet sairaalahoidon päättyessä" vaihtui otsikkoon "Potilaitten kokemuksia sairaalahoidosta ja itsehoidon tukemisesta". Olennaista on potilas-näkökulman korostuminen, myös tutkimuksessa.

Itsehoidon merkitys ei kuluneiden vuosien aikana ole vähentynyt, päinvastoin. Jo 1980-luvun lopulla, jolloin haastattelut tehtiin, resurssit terveydenhuollossa olivat vähäiset. Tähän liittyen korostettiin yksilön (potilaan) omaa toimintaa terveyden edistämässä ja ylläpitämisessä sekä sairaanhoidon aikana. Terveyden edistäminen voidaan määritellä toiminnaksi, johon kuuluu terveystalojen parantamisen lisäksi tavoite edistää ihmisten omia mahdollisuuksia vaikuttaa sekä omaan että

ympäristön terveyteen (Kettunen ym. 1996, 10). Nykypäivänä terveydenhuollon resurssiongelmat ovat ainakin tilastojen mukaan vaikeammat kuin kymmenen vuotta sitten. Potilaiden ohjauksella itsehoitoon on siis entistä suurempi merkitys.

Tämän tutkimuksen tulokset osoittivat, että potilailla oli halukkuutta ja valmiutta itsehoitoon myös sairaalahoidon aikana. Tutkimuksen tulosten voikin katsoa antavan perusteita sellaisten työyhteisöjen tukemiselle, joissa itsehoito on hyväksytty toimintaperiaatteeksi eikä itsehoitoa koeta kapinointina terveydenhuoltoon vastaan (Kirkbush 1989, 125-130). Onnistunut itsehoidon toteuttaminen edellyttää henkilökunnan koulutusta sekä asiasta tiedottamista myös omaisille ja ystäville.

Potilaitten myönteistä suhtautumista sekä itse haastatteluun että haastattelussa tiedusteltuihin asioihinkin voi pitää yllättävänä. Haastatellut potilaat vastasivat erittäin myönteisesti esimerkiksi kysymyksiin hoidon onnistumisesta, itsehoidon neuvonnasta, saadusta tuesta ja ohjauksesta, henkilökunnan suhtautumisesta potilaita kohtaan sekä kotihoidon jatkomahdollisuuksista.

Vastausten myönteisyyden voi tulkita johtuneen monesta eri tekijästä. Ensinnäkin voi olettaa, että myönteisyys kertoi potilaiden kokeneen odotustensa täyttyneen. Toisaalta kyse voi olla myös siitä, että haastatteluissa haastateltavilla on taipumus tuoda esille yleistä tyytyväisyyttä. Kun tutkittavaa asiaa tarkastellaan tarkemmin löytyy myös ongelmia. Näin kävi tässäkin tutkimuksessa. Paneutuminen potilaiden kokemuksiin hoidon eri osa-alueilta paljasti puutteita ja toivomuksia. Neuvonta, tiedon- ja avunsaanti hoitotyön ja terveyden edistämisen eri alueilla koettiin monin paikoin riittämättömäksi.

Kolmanneksi vastausten myönteisyyteen saattoi vaikuttaa haastattelun toteuttamisajankohta, kotiinlähtö. Jos haastattelut olisi suoritettu sairaalahoidon aikana, vastaukset olisivat saattaneet olla kriittisempiä. Kiire ei myöskään tällöin olisi häirinnyt haastattelutilanteita ja keskusteluille olisi jäänyt enemmän aikaa.

Lisäksi haastatellut saattoivat suhteuttaa vastauksiaan aiempiin sairaalakokemuksiin. Suurimmalla osalla haastatelluista (92 henkilöllä) oli aiempia kokemuksia sairaalahoidosta.

Haastattelutulosten tarkastelu oli kuvailevaa ja yhteyksiä etsivää. Tuloksia tarkasteltaessa ja niiden yleistettävyyttä mietittäessä on hyvä muistaa, että tiedot on koottu yhden sairaanhoidon erikoisalalta ja yhden vuodeosaston potilailta. Toisaalta eri osastojen sairaalahoidossa on aina myös yhteneväisyyttä. Itsehoidon edellyttämiä toteuttamismahdollisuuksia kotioloissa ei tässä tutkimuksessa käsitelty.

Tilanteet terveydenhuollon kentällä muuttuvat jatkuvasti. Vastuu väestön terveydenhuollosta on siirtynyt ja siirtyy yhä enemmän sairaaloilta potilaille itselleen ja myös avohuollon puolelle. Jotta potilaat onnistuisivat itsehoidon toteutuksessa, he tarvitsevat tietoa ja käytännön toteuttamiskeinoja. Vastuun ja rajojen tunnistaminen itsehoidon toteutuksessa sekä ammatillisen avun tarpeen määrittämisessä olisi oltava samansuuntainen potilaitten ja ammattihenkilöiden välillä. Onnistuminen edellyttää yhteistyön kehittämistä potilaiden, sairaaloiden ja avohuollon välillä (Vertio 1992, 13). Tällöin voidaan entistä paremmin sopia yhteisestä potilaiden itsehoiton periaatteiden ohjauksesta ja henkilökunnan kouluttamisesta potilaitten tukemiseen ja ohjaukseen.

Tässä tutkimuksessa tarkasteltiin sitä, olivatko potilaat

saaneet riittävästi tietoa sairaudestaan sekä opastusta ja tukea itsehoitoa varten. Tutkimuksessa ei kuitenkaan selvitetty sitä, miten henkilökunnan ja potilaitten välistä vuorovaikutusta voitaisiin parantaa niin että se edistäisi potilaiden osallistumista koko hoitoprosessiin. On tärkeää lisätä potilaiden tietoja ja ymmärtämystä siitä, mitä hoito on ja mitä omaehtoinen toiminta tarkoittaa. Myös terveydenhuoltohenkilökunta tarvitsee tietoa ja koulutusta uudesta ja laajemmasta terveystieteiden määritelmästä ja terveystieteen roolia sairaalayhteisössä. Näin he pystyvät entistä paremmin ohjaamaan potilaita itsehoidon suhteen.

Lähteet

- Alkula, T., Pöntinen, S. & Ylöstalo, P. 1994. Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. Juva: WSOY.
- Cavanagh, S. 1993. Orem' s model in Action. Printed in China.
- Eriksson, K. 1985. Hoito-oppi, osa 2: Hoitotapahtuma (suom. Anne Miettinen). Helsinki: Sairaanhoidajien koulutussäätiö.
- Erätuuli, M., Leino, J. & Yliluoma, P. 1994. Kvantitatiiviset analyysimenetelmät ihmistieteissä. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Fawcett, J. 1989. Hoitotyön käsitteellisten mallien analyysi. Helsinki: WSOY.
- Fleming, V. 1992. Client Education: A futuristic outlook. *Journal of Advanced Nursing* 17, 158-163.
- Henderson, V. 1970. ICN. Sairaanhoidon periaatteet (neljäs painos). (suom. Maire Manni) Helsinki: Sairaanhoidajien koulutussäätiö.
- Hentinen, M. 1979. Diabeetikon itsehoitovalmiuksien kehittäminen. Sairaanhoidon vuosikirja XVI. Helsinki: Sairaanhoidajien koulutussäätiö, 107-118.
- Hentinen, M. 1984. Sydäninfarktipotilaan hoitotyön kehittämisohjelma. Kuopion yliopistollinen keskussairaala sisätautien klinikalla vuosina 1980-1982. Kuopion yliopiston julkaisuja. Terveystieteet. Alkuperäistutkimuksia 1.
- Hirsjärvi, S. & Hurme, H. 1985. Teemahaastattelu (3s. painos) Helsinki: Gaudeamus.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara P. 1997. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Huittinen, L. 1991. Itsehoitovalmiuksia mittaavan Appraisal of self-care Agency Scale (ASA)-mittarin esitestaus terveydenhuollossa. Kuopion yliopisto, Hoitotieteen laitos, Terveydenhuollon opettajien koulutusohjelma. Pro gradu-tutkielma.
- Hytönen, E., Miettinen, A., Mölsä, A., Suutarinen, A. & Ylipahkila, T. 1985. Hoitotyön teoriat. Helsinki: WSOY.
- Häggman-Laitila, A. 1994. Terveydenhuollossa asioineiden mielikuvia ja kokemuksia potilaana olemisesta. *Hoitotiede* 6, 83-92.
- Kalkas, H. & Sarvimäki, A. 1985. Hoitotyön eettiset perusteet. Hämeenlinna: Karisto.
- Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kuntainliitto 1987. Ihminen terveydenhuollossa vuosina 1984-1986- projektin osaprojekti 7: Sisätautiosastolla hoidossa olevien reumatologisten potilaiden itsehoitovalmiuksien kehittäminen sekä potilaiden itsemääräämisoikeus. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin julkaisuja 7.

- Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kuntainliitto 1988. Kuntainliittosuunnitelma 1989-1993.
- Kettunen, T. 1998. Sairaalapotilas viestijänä. Suomen lääkärilehti 53 (11), 1275-1278.
- Kettunen, T., Liimatainen, L. & Poskiparta, M. 1996. Terveyskasvatus arjen neuvontatyössä. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Kickbush, J. 1989. Self-care in health promotion. Social Science and Medicine 29, 129-130.
- Krause, K & Salo, S. 1992. Teoreettinen hoitotyö. Tampere: Tammer-Paino.
- Krause, K. 1987. Syöpään sairastuminen, muuttuneeseen elämäntilanteeseen suhtautuminen. Väitöskirja. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Krogerus- Therna, J. 1990. Terveystottumusten muuttaminen. Hoitotiede 2(19), 105-111.
- Kukkola, S. 1982. Ensi kertaa hoitoon hakeutuvien ongelmiin ja odotuksiin perustuva hoitotyön tarve. Sairaanhoidon vuosikirja XIV. Helsinki: Sairaanhoidtajien koulutussäätiö.
- Kukkola, S. 1997. Kommunikatiivinen potilas-hoidonantajasuhte: tutkimus halutun ja saadun kommunikaation vastaavuudesta perusterveydenhuollossa. Helsingin yliopisto, Yleislääketieteen ja perusterveydenhuollon laitos. Väitöskirjat 2.
- Kurki, L. 1985. Itsehoito - kasvu tulevaisuuteen. Oulun yliopiston kasvatustieteiden tiedekunnan tutkimus 28.
- Kuuppelomäki, M. & Hentinen, M. 1987. Yksityisyys sairaalaympäristössä. Sairaanhoidon vuosikirja XXIII. Helsinki: Sairaanhoidtajien koulutussäätiö, 57-71.
- Laakko, R. & Valtakoski, A. 1992. Nokikkain. Tutkimus potilaan ja hoitajan välisestä vuorovaikutuksesta sairaalassa. Jyväskylän yliopisto, Liikuntatieteellinen tiedekunta, Terveystieteen laitos, Terveyskasvatuksen pro gradu-tutkielma.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. 782/1992. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Lauri, S. 1991. Hoitotyön päätöksenteon ja tietoperustan tutkiminen. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos, Sarja C, osa 87, d. 5.
- Lauri, S. & Solanterä, S. 1995. Hoitotiede - mitä, miten ja miksi? Erilaisia näkökulmia hoitotieteeseen ja teorianmuodostukseen. Turun yliopiston Hoitotieteenlaitoksen julkaisu A 9.

- Lauri, S. & Solanterä, S. 1994. Suomalaisten sairaanhoitajien ja terveydenhoitajien päätöksentekomallit ja niihin yhteydessä olevat mallit. Turun yliopiston Hoitotieteen laitoksen julkaisu A 7, 46-51.
- Lauri, S., Moisander, M-L., Hämäläinen, T. & Lehti T. 1991, Hoitotyön toiminta-ajatuksen ja dokumentoinnin kehittäminen Turun yliopistollisessa keskussairaalassa. Turun yliopistollinen keskussairaala, Hoitotyön julkaisusarja B 1.
- Leino-Kilpi, H. 1990. Hyvän hoitamisen arviointiperusteet. Lääkintöhallituksen julkaisu 163. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Leino-Kilpi, H., Kunttu, K. & Välimäki, M. 1993. Potilaiden oikeudet sairaalassa. Empiirinen kartoitus potilasoikeuslain sisältöalueista. Hoitotiede 4-5, 162-171.
- Lindqvist, M. 1978. Medisiinisen etiikan luonne ja tehtävät. Teoksessa: Lindqvist, M. & Aro, S. & Ikonen, R-L. (toim.) Medisiinisen etiikan peruskysymyksiä. Tampere. Kansanterveystieteen julkaisu M 41 (2. korjattu painos).
- Lämsä, A. 1982. Tervettä aikuisuutta kohti. Koululaisten terveydentila ja terveystottumukset. Oulun yliopisto, Kasvatustieteen tiedekunta. Licensiaattityö.
- Mannila, S. 1992. Sairaalan rooli. Teoksessa: Karisto, A., Lahdelma, E. & Rahkonen, V. (toim.) Terveys sosiologia. Juva: WSOY.
- Martikainen, T. 1984. Hoidollinen eli terapeuttinen kommunikaatio. Sairaanhoitajien vuosikirja XX. Helsinki: Sairaanhoitajien koulutussäätiö, 44-54.
- Meriläinen, P. 1986. Väestön terveydenhoidon kokonaisuus: isehoito, virallisten sekä epävirallisten terveystieteen palvelujen käyttö sekä niitä määräävät tekijät. Kuopion yliopisto julkaisu. Terveystieteet. Alkuperäistutkimukset 1.
- Meriläinen, P. 1983. Itsehoitolähestymistapa. Teoksessa: Hoitotieteen peruskurssi: avointa korkeakouluopetusta. Kuopion korkeakoulu, Avoimen korkeakoulun julkaisu 2, 51-61.
- Meriläinen, P. 1984. Itsehoito - ammatillinen hoitotyö. Sairaanhoidon vuosikirja 1983-1984. Helsinki: Sairaanhoitajien koulutussäätiö.
- Mikkanen, P. 1985. Sovellutusesimerkki: Keskeisiä esteitä ja rajoituksia itsehoiton edistämiseksi vanhusten hoitotyössä. Teoksessa: Hoitotieteen jatkokurssi. Kuopion yliopisto, Avoimen korkeakoulun julkaisu 1, 41-43.
- Munkki-Utunen, M., Leino-Kilpi, H. & Surgie, K. 1992. Potilaan ja sairaanhoitajan yhteinen päätöksenteko hoitotyössä. Hoitotiede 3-4, 98-106.
- Norres, T. 1994. Mikä on laatua laitoshoidossa ? - Vanhuspotilaan kokemusten tarkastelu. Hoitotyön vuosikirja 1994. Helsinki: Kirjayhtymä.

- Notter, L. 1983. Hoitotyön tutkimuksen perusteet. Juva: WSOY.
- Orem, E.D. 1980. Nursing: concepts of practice (second edition). New York: McGraw-Hill
- Orem, E.D. 1985. Nursing: concepts of practice (third edition). New York: McGraw-Hill.
- Partanen, M. 1992. Potilaan oikeuksista. Turku: Pro Nursing ry. Julkaisusarja A 6, 31-34.
- Paunonen, M. 1988. Hoitoyhteisön vuorovaikutuskenttä, potilaan ja asiakkaan tarpeet. Teoksessa: Paunonen, M. & Erjanti, H. & Onninen, M-L. & Penttilä, U-R. (toim.) Hoitoyhteisö. Helsinki: Sairaanhoidajien koulutussäätiö, 70-75.
- Pelkonen, M. 1986. Yhteistyökumppanuus hoitotyössä: Analyysi odottavan äidin ja terveydenhoitajan välisestä sanallisesta kommunikaatiosta. Sairaanhoidon vuosikirja XXII. Helsinki: Sairaanhoidajien koulutussäätiö, 111-127.
- Pelkonen, M. & Perälä, M-L. 1992. Hoitotyön laadunvarmistuksen perusteet. Hygieia. Helsinki: Kirjayhtymä.
- Poskiparta, M. 1997. Terveysneuvonta, oppimaan oppimista. Jyväskylän yliopisto, Studies in Sport, Physical Education and Health 46.
- Pulkkinen, M. 1990. Potilaan osallistuminen hoitoansa koskevaan päätöksentekoon. Oulun yliopisto, Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Puro, K. 1972. Terveyspolitiikan perusteet. Helsinki: Tammi.
- Pyykkö, A. 1995. Kriittisesti sairaan hoitotyö. Oulun yliopisto, Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma.
- Raatikainen, R. 1986. Itsehoito ja hoitotyö: käsiteluokitusten järjestelmä ja käsitteisten välisten suhteiden tarkastelua terveyspolitiikan näkökulmasta. Helsinki: Sairaanhoidajien koulutussäätiö.
- Rahkonen, O. 1994. Terveystila ja terveystäytyminen: sukupuoli- ja sosiaaliluokkaerot nuorissa ikäryhmissä. Stakes, Tutkielma 36.
- Rekola, J. 1994. Hoitosuhteen kehittäminen. Teoksessa: Balint-ryhmä. Toimikunnan kokemuksia perusterveydenhuollossa. Stakes, raportti 142, 34-40.
- Rhiel, J.P. & Roi, C. 1980. Conceptual models for nursing practice (2nd edition). New York: Appleton-Kentury-Crofts.
- Rogers, M. 1985. Hoitotyön määritelmä. Teoksessa: Hytönen, E., Miettinen, A., Mölsä, A., Suutarinen, A. & Ylipahkila, T. (toim.) Hoitotyön teoriat. Helsinki: WSOY, 187-204.

- Sarvimäki, A. 1988. Knowledge in interactive practice discipliner: An analysis of Knowledge in education and health care. University of Helsinki, Department of Education, Research bulletin 68.
- Sarvimäki, A. & Stenbäck-Hult, B. 1989. Hoitoa ja huolenpitoa. Hämeenlinna: Karisto.
- Sinkkonen, S., Paunonen, M., Kinnunen, J. & Laitinen, A. 1988. Hoidon laadun määrittely ja mittaaminen tarve-teorian pohjalta. Sairaanhoidon vuosikirja XXIV, 120- Helsinki: Sairaanhoidtajien koulutussäätiö.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 1996. Terveystenhuollon suuntaviivat. Julkaisu 16. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Sosiaali- ja terveysministeriö. 1986. Terveyttä kaikille vuoteen -2000. Suomen terveyspolitiikan pitkän aikavälin tavoite- ja toimintaohjelma. Helsinki: Valtion painatuskeskus.
- Speeding, E. & Rose, D.N. 1985. Building an effective doctor patient relationship. From patient satisfaction to patient participation. Social Science and medicine 19, 115-120.
- Stanton, M. 1985. Hoitotyön prosessi. Teoksessa: Hytönen, E., Miettinen, A., Mölsä, A., Suutarinen, A. & Ylipahkila, T. (toim.) Hoitotyön teoriat. Helsinki: WSOY, 21-36.
- Suomen Akatemia. 1988. Ihmisen itsemäärääminen terveydenhuollossa 10. Helsinki.
- Taylor, S., Pickens, J. & Gordon, E. 1989. Interaction Styles of Nurses Practitioners and Physicians regarding Patient Decision making. Nursing-Research 38, 1-55.
- Tuomaala, U. 1980. Mitä on hoitotyö? Sosiaalinen aikakauskirja 5, 17-21.
- Valkonen, T, 1981. Haastattelu ja kyselyaineiston analyysi sosiaalitutkimuksessa. Helsinki:Gaudeamus.
- Vertio, O. 1992. Terveysten edistäminen - valintojen virta. Hämeenlinna: Karisto.
- Virtanen, V. 1991. Lääkärin ja potilaan hoitosuhde: tutkimus perusterveydenhuollon lääkäriin ja potilaan vuorovaikutuksesta. Acta Universitas Ouluensis. Series D. Medica, 218.
- Waitzkin, H. 1985. Information giving in medical care. Journal of Health and Social Behavior 26, 81-101.
- Waitzkin, H. 1984. Doctor-patient communication. Clinical implications of social scientific Research. Journal of American Medical Association 17 (2), 2441-1446.

WHO;n Euroopan alueen TK - 2000 toimintaohjelman tavoitteet. 1988. Terveyttä kaikille vuoteen 2000. Helsinki: Valtion painatuskeskus.

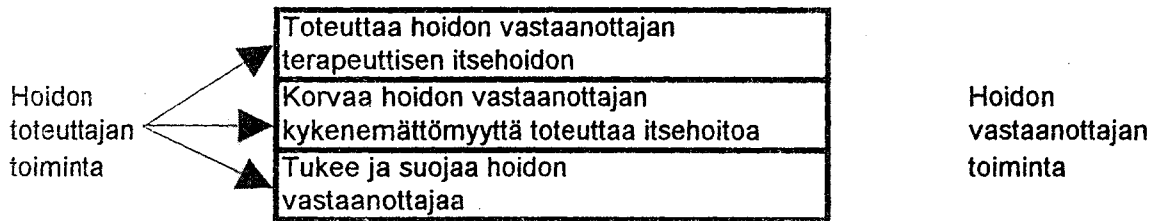
Wiio, O. 1989. Viestinnän perusteet. Espoo: Weilin+Göös.

Wright, G.H. 1981. Humanismi elämänasenteena. Helsinki: Otava.

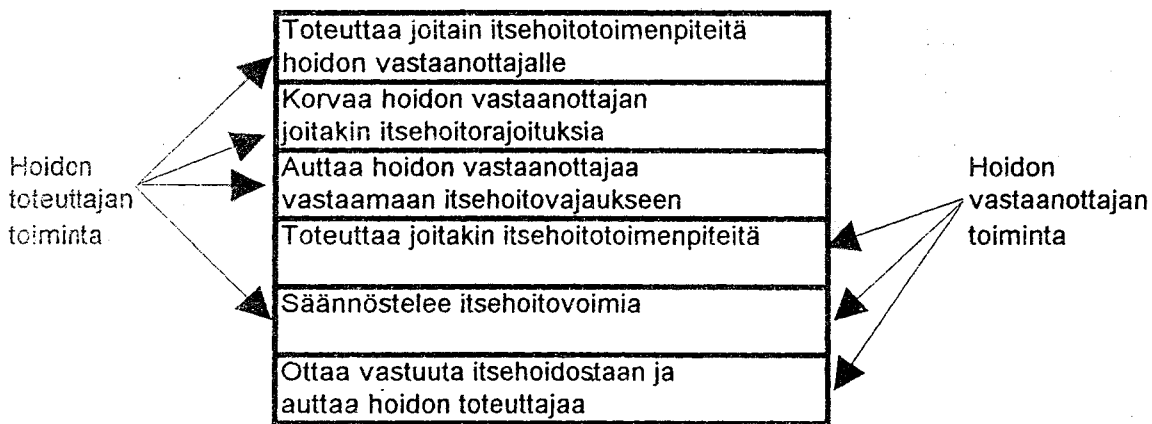
Yli-Erkkilä, M. 1995. Vuorovaikutus ja potilaan itsemääräämisoikeus terveyskeskuslääkärin vastaanotolla. Pro-gradu-tutkielma. Jyväskylän yliopisto, Viestintätieteen laitos.

Yura, H. & Walsh, M. 1988. Hoitotyön kehittäminen. Helsinki: WSOY.

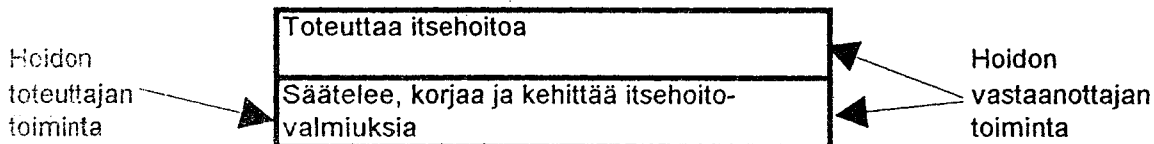
1. ASIAKKAAN/POTILAAN ITSEHOIDON KORVAAVA HOITOTYÖ



2. ASIAKKAAN/POTILAAN ITSEHOIDON OSITTAIN KORVAAVA HOITOTYÖ

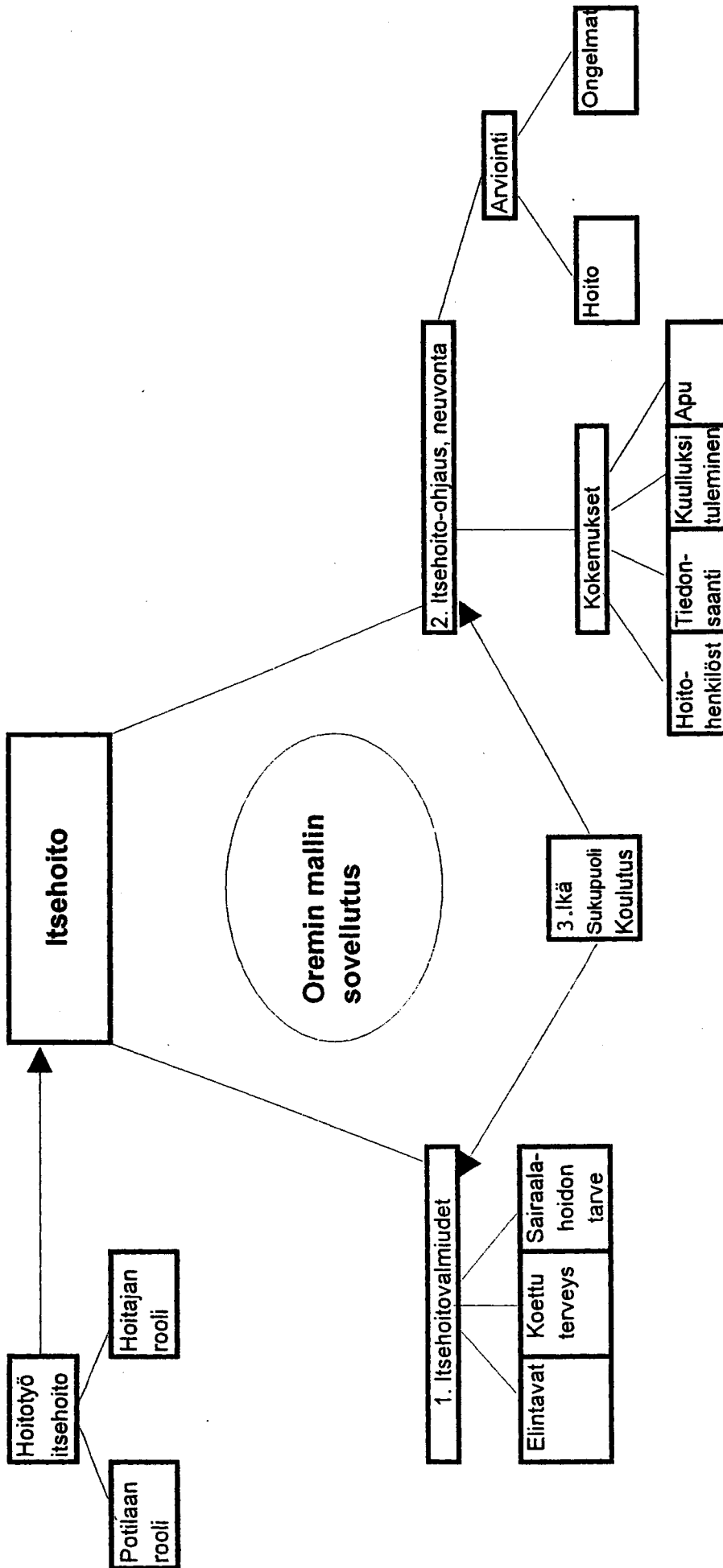


3. ASIAKKAAN/POTILAAN ITSEHOITOA TUKEVA JA OPETTAVA HOITOTYÖ



Ammatillisen hoitotyön muodot suhteessa itsehoitoon
(Lähde: Orem 1980, 98)

Kuvio: Tutkimustehtävät



- 1) Eettisessä- toimikunnassa "juttuun kukaan"
- 2) Kimmelle tiedetään alavon eettisesti mitään
tiedot ja taidot + paljon työtä

⇒ Voit aloittaa ilman kättilyä eettisessä-

Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kl:n toimikunnassa. Onnea mukana
Sisätautien johtoryhmä 25.5.88 Tm. I. Tuom

Opiskelen Jyväskylän yliopiston liikuntatieteen tiedekunnassa terveydenhuollon koulutusohjelman mukaisesti. Opiskeluuni liittyy pro-gradu-tutkielma. Tutkielmani aihe on

Sisätautiosastolla hoidossa olevien potilaiden itsemääräämisoikeus sekä itsehoitovalmiudet sairaalahoidon päättyessä

Aiheeseen liittyviä ongelmia on tarkoitus saada selville haastatteleamalla potilaita. Haastattelu on suunniteltu suoritettavaksi Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kl:n keskussairaalan sisätautiosasto 10:n potilaille. Potilaat (N=100) valittaisiin poispääsijärjestyksessä ja haastattelun suorittaisi tutkija itse.

Pyydän kohteliaimmin sisätautien johtoryhmältä lupaa suorittaa kyseessä olevien potilaiden haastattelun keskussairaalan sisätautiosastolla 10. Tutkielman ohjaaja on apulaisprofessori Lasse Kannas Jyväskylän yliopiston terveystieteen laitokselta.

Salme Kosunen

Salme Kosunen

LIITTEET

Tutkimussuunnitelma (liite 1)
Haastattelulomake (liite 2)

Proklamme tutkimuksen suorittamista
25.5.88

Mieluiten va. nist. spil,
men peles, spil

kw

Tutkimus voidaan tehdä ilman
kättilyä eettisessä toimikunnassa²
23.5.88 T. Tuom

TT 24.5.88

Mikäli potilas määrää ei gradu-työssä
esim. eikä sairaalatoimisto asiantuntijaksi

Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kl:n
Sisätautien johtoryhmä

Opiskelen Jyväskylän yliopiston liikuntatieteen tiedekunnassa terveydenhuollon koulutusohjelman mukaisesti. Opiskeluuni liittyy pro-gradu-tutkielma. Tutkielmani aihe on

Sisätautiosastolla hoidossa olevien potilaiden itsemääräämisoikeus sekä itsehoitovaihtoimet sairaalahoidon päättyessä

Aiheeseen liittyviä ongelmia on tarkoitus saada selville haastattelemalla potilaita. Haastattelu on suunniteltu suoritettavaksi Keski-Suomen sairaanhoitopiirin kl:n keskussairaalan sisätautiosasto 10:n potilaille. Potilaat (N=100) valittaisiin poispääsyjärjestyksessä ja haastattelun suorittaisi tutkija itse.

Pyydän kohteliaimmin sisätautien johtoryhmältä lupaa suorittaa kyseessä olevien potilaiden haastattelun keskussairaalan sisätautiosastolla 10. Tutkielman ohjaaja on apulaisprofessori Lasse Kannas Jyväskylän yliopiston terveystieteen laitokselta.

Salme Kosunen

Salme Kosunen

LIITTEET

Tutkimussuunnitelma (liite 1)
Haastattelulomake (liite 2)

*Prekkanne tutkimuksen merkkien
27.5.88
Mielikäs - va. n.s.t. n.p.l.,
Mien Peles, n.p.l.*

HYVÄ POTILAS

Haluatteko olla mukana haastattelututkimuksessa, jonka tarkoituksena on selvittää

1. Minkälaisena potilaat kokevat hoidon sairaalassa.
2. Minkälaisena potilaat kokevat mahdollisuutensa osallistua hoitoansa koskevaan päätöksentekoon ja oman hoitonsa toteuttamiseen.

Tutkimus tehdään Jyväskylän yliopiston terveystieteen laitoksen opintoihin liittyvänä tutkielmana.

Voinko haastatella Teitä tätä tutkielmaa varten?

1. Kyllä
2. Ei

Haastattellessani esitän Teille tässä lomakkeessa olevia kysymyksiä. Jokainen vastauksenne on tutkielman kannalta erittäin merkittävä. Teidän nimenne ei tule missään vaiheessa julkisuuteen.

Samanlaisella lomakkeella haastattelen tällä osastolla 100 potilasta, jotka valitaan poispääsijärjestyksessä.

HAASTATTELULOMAKE

1. Sukupuoli

1. mies
2. nainen

2. Siviilisääty

1. naimisissa
2. naimaton
3. leski
4. eronnut

3. Ikäanne vuosina _____

4. Kotikuntanne _____

5. Asutteko

1. yksin
2. omaistenne kanssa
3. jonkun muun henkilön kanssa
4. laitoksessa

6. Mitä koulua olette käynyt

1. kansakoulu
2. keskikoulu tai peruskoulu
3. ammattikoulu
4. ylioppilas
5. korkeakoulu
6. muu, mikä _____

7. Oletteko aikaisemmin ollut sairaalahoidossa

1. en koskaan
2. kerran aikaisemmin
3. useita kertoja

8. Tulitteko hoitoon tällä kertaa

1. päivystyspotilaana
2. ajanvarauspotilaana (kutsuttuna)

9. Tiesittekö itse ennen sairaalaan tuloanne, että Te olette sairas (Teillä on sairaalahoitoa vaativa terveysongelma)

1. kyllä
2. en
3. en osaa sanoa

A.1 Mikäli Te itse ette tehnyt tätä johtopäätöstä, kuka antoi virikkeen hoitoon hakeutumiselle

10. Minkälainen terveydentilanne oli mielestänne sairaalaan tullessanne sekä nyt poislähtiessänne

| | | sairaalaan tullessa | nyt pois- lähtiessä |
|----|---------------|--------------------------|--------------------------|
| 1. | hyvä | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 2. | melko hyvä | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 3. | keskitasoinen | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 4. | melko huono | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| 5. | huono | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

11. Tautinne nimi _____

12. Missä määrin harrastitte liikuntaa ennen tätä hoitokertaa sairaalassa
1. säännöllisesti
 2. melko säännöllisesti
 3. joskus
 4. en koskaan
13. Kuinka paljon keskimäärin käytitte aikaa liikuntaan päivittäin
1. yli 2 tuntia
 2. 1-2 tuntia
 3. 1/2 - 1 tuntia
 4. alle 1/2 tuntia
 5. en lainkaan
14. Oletteko tupakoinut koskaan elämäne aikana
1. en
 2. kyllä
15. Tupakoitteko nykyisin (savukkeita, sikaria tai piippua)
1. kyllä säännöllisesti
 2. satunnaisesti
 3. en lainkaan
16. Jos tupakoitte, oletteko yrittänyt lopettaa
1. en
 2. kyllä, kerran
 3. kyllä, useita kertoja
17. Miten usein käytätte alkoholia
1. en koskaan
 2. harvoin, harvemmin kuin kerran viikossa
 3. melko usein, 1-2 kertaa viikossa
 4. usein, 3 kertaa tai useammin viikossa

18. Kuinka monta ateriaa (välipalat mukaanluettuina) syötte kotona päivässä

1. 1-2 ateriaa
2. 3-4 ateriaa
3. useammin

19. Mitä seuraavista rasvoista käytätte tavallisesti leivällä

1. voita
2. voimariinia tai vastaavaa
3. pöytämargariinia
4. tavallista margariinia
5. muuta, mitä _____

20. Mitä käytätte tavallisesti ruokajuomana

1. rasvatonta maitoa
2. kevytmaitoa
3. kulutus- tai kokomaitoa
4. piimää
5. muuta, mitä _____

21. Noudatatteko jotain ruokavaliota

1. kyllä
2. en

22. Oletteko viimeksi kuluneen vuoden aikana muuttanut ruokattumuksianne terveydellisten näkökohtien perusteella

| | kyllä | en |
|----------------------------|--------------------------|--------------------------|
| vähentänyt rasvan määrää | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| muuttanut rasvan laatua | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| lisännyt kasvien käyttöä | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| vähentänyt sokerin käyttöä | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |
| vähentänyt suolan käyttöä | <input type="checkbox"/> | <input type="checkbox"/> |

23. Seuraavassa kysytään sairaalaoloaikaaan liittyviä mieltäpitoja ja kokemuksianne. Miten Te olette hoidon aikana kokeneet väittämien toteutuneen kohdallanne. Vastatkaa jokaiseen väitteeseen niinkuin olette itse kokenut..

| | täysin samaa mieltä | jokseenkin samaa mieltä | vaikea sanoa | jokseenkin eri mieltä | täysin eri mieltä |
|---|---------------------|-------------------------|--------------|-----------------------|-------------------|
| 1. Toivomukseni ja mieltäpiteeni otettiin huomioon osastolla ollessani | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 2. En uskaltanut pyytää apua, koska hoitajat olivat kiireisiä | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 3. Henkilökunta kohteli minua hyvin ja ymmärtäväisesti | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 4. Henkilökunta oli kiinnostunut minusta vain sairastapauksena | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 5. Henkilökunta hoiti minua kokonaisuutena eikä tautitapauksena | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 6. Henkilökunta suhtautui minuun välinpitämättömästi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 7. Henkilökunta keskusteli asioistani toisten kuullen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 8. Henkilökunta piti huolen, että potilaiden tiedot pysyivät sairaalan sisäpuolella | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 9. Henkilökunta auttoi minua sopeutumaan sairauteeni | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 10. Henkilökunta kunnioitti vakaumustani | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

| | täysin samaa mieltä | jokseenkin samaa mieltä | vaikea sanoa | jokseenkin eri mieltä | täysi eri mieltä |
|---|---------------------------|-------------------------------|-----------------|-----------------------------|------------------------|
| 11. Lääkäri vastasi riittävästi kysymyksiini sairaudestani ja hoidostani | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 12. Henkilökunta vastasi kysymyksiini selvästi ja ymmärrettävästi | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 13. Minulla oli ennen tutkimuksia mahdollisuus keskustella niiden tarkoituksesta ja haitoista | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 14. En saanut riittävästi tietoa tutkimustuloksista | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 15. Hoitoni suunniteltiin kysymättä mielipidettäni | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 16. Henkilökunta kertoi paranemiseni edistymisestä | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| 17. En voinut kieltäytyä suunnitellusta hoidosta | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

24. Missä määrin saitte lääkäriltä/hoitohenkilökunnalta tietoa ja sairauteenne liittyvistä asioista sairaalahoidon aikana

| | täysin riittävästi | | melko riittävästi | | riittävästi | | melko riittämättömästi | | en lainkaan | |
|-----------------------------------|--------------------|----|-------------------|----|-------------|----|------------------------|----|-------------|----|
| | lääk | sh | lääk | sh | lääk | sh | lääk | sh | lääk | sh |
| 1. liikunnasta | | | | | | | | | | |
| 2. ravitsemuksesta | | | | | | | | | | |
| 3. alkoholin käytöstä | | | | | | | | | | |
| 4. tupakoinnista | | | | | | | | | | |
| 5. henkilökohtaisesta hygieniasta | | | | | | | | | | |
| 6. levosta | | | | | | | | | | |
| 7. henkisten ongelmien hoidosta | | | | | | | | | | |
| 8. sairauteen suhtautumisesta | | | | | | | | | | |
| 9. kotiasioitten hoidosta | | | | | | | | | | |
| 10. muusta, mistä ----- | | | | | | | | | | |

Asteikko: täysin riittävästi 1
 melko riittävästi 2
 riittävästi 3
 melko riittämättömästi 4
 en lainkaan 5

25. Jos jokin asia on ollut Teille epäselvä, oletteko uskaltanut kysyä sitä lääkäriltä

1. aina
2. joskus
3. en koskaan
4. ei ole ollut kysyttävää

26. Jos jokin asia on ollut Teille epäselvä, oletteko uskaltanut kysyä sitä hoitohenkilökunnalta

1. aina
2. joskus
3. en koskaan
4. ei ole ollut kysyttävää

27. Kuinka paljon Teitä on autettu seuraavien tehtävien hoidossa sairaalahoidon alussa ja nyt kotiinnlätövaiheessa

| | | | | |
|---------------------------------|---|---|---|---|
| 1. hygienian hoidossa | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 2. ruokailussa | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 3. liikkumisessa | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 4. kotiasioiden hoidossa | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 5. henkisten ongelmien hoidossa | 1 | 2 | 3 | 4 |
| 6. lääkehoidossa | 1 | 2 | 3 | 4 |

Asteikko

1. henkilökunta suoritti kokonaan
2. henkilökunta toteutti osittain
3. en saanut lainkaan apua
4. suoritin itse ja henkilökunta ohjasi ja neuvoi

28. Oletteko itse halukas osallistumaan sairaalassa hoitonne toteuttamiseen

1. erittäin paljon
2. paljon
3. jonkin verran
4. en juuri lainkaan

29. Jos osallistuitte hoitonne toteuttamiseen, niin asetettiin ko siihen rajoituksia

1. kyllä
2. ei

A2. Jos Teidän osallistumiselle asetettiin rajoituksia, niin minkälaisia

30. Minkälaisena Te koette olonne nyt kotiinlähtövaiheessa

| | | | | | | |
|--------------|---|---|---|---|---|-----------------|
| turvallinen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | turvaton |
| peloton | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | pelokas |
| rauhallinen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | levoton |
| huoleton | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | huolestunut |
| luottavainen | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 | ei luottavainen |

31. Tarvitsetteko ja haluaisitteko kotihoitoa varten lisätietoja

1. tarvitsen runsaasti lisätietoja
2. tarvitsen lisätietoja
3. tarvitsen vain vähän lisätietoja
4. en tarvitse lainkaan lisätietoja

32. Aviopuolisonne tai muun lähiomaisenne läsnäolo kotihoito-ohjeita annettaessa on tarpeellinen

1. tarpeellinen
2. melko tarpeellinen
3. vähän tarpeellinen
4. tarpeeton

33. Missä määrin olette saanut tukea sairautenne aikana

| | | | | | |
|-------------------|---|---|---|---|---|
| lähimaisilta | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ystäviltä | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| muilta tuttavilta | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |
| ei keneltäkään | 1 | 2 | 3 | 4 | 5 |

Asteikko: 1 paljon
2 melko paljon
3 vähän
4 erittäin vähän
5 ei lainkaan

34. Millaiseksi koitte saamanne palvelun sairaalassa tämän hoitojakson aikana

| | täysin samaa mieltä | melkein samaa mieltä | vaikea sanoa | melkein eri mieltä | täysin eri mieltä |
|--|---------------------|----------------------|--------------|--------------------|-------------------|
| 1. Sain selvyyden minua huolestuttaneisiin asioihin | | | | | |
| 2. Minua kuultiin ja tunsin tulevani ymmärretyksi | | | | | |
| 3. Henkilökunta oli kiinnostunut minusta myös ihmisenä | | | | | |
| 4. Henkilökunta käytti riittävästi aikaa keskusteluun kanssani | | | | | |
| 5. Henkilökunta oli ystävällinen | | | | | |

A3. Jos Teillä on toivomuksia hoitonne osalta, niin kertokaa

KIITOS VASTAUKSISTANNE !

Itsehoidon ohjaus ja neuvonta

11/23 Lääkäri vastasi riittävästi kysymyksiini sairaudestani ja hoidostani.

| | Samaa mieltä | Vaikea sanaa | Eri mieltä | | |
|-------------------|-----------------|--------------|------------|-----|--|
| Mies (n=40) | 87 | 8 | 5 | 100 | |
| Nainen (n=58) | 95 | 3 | 2 | 100 | |
| Alle 40 v. (n=23) | 96 | | 4 | 100 | |
| 41-64 v. (n=43) | 88 ⁹ | 9 | 2 | 99 | |
| Yli 64 v. (n=32) | 94 | 3 | 3 | 100 | |
| Al. koul. (n=44) | 91 | 7 | 2 | 100 | |
| Yl. koul. (n=54) | 93 ² | 4 | 4 | 101 | |
| Kaikki (n=98) | 92 | 5 | 3 | 100 | |

12/23 Henkilökunta vastasi kysymyksiini selvästi ja ymmärrettävästi.

| | Samaa mieltä | Vaikea sanaa | Eri mieltä | | |
|-------------------|-----------------|--------------|------------|-----|-----|
| Mies (n=40) | 85 | 2 | 13 | 100 | |
| Nainen (n=58) | 91 ⁷ | 3 | 5 | 99 | 100 |
| Alle 40 v. (n=23) | 87 | 4 | 9 | 100 | |
| 41-64 v. (n=43) | 88 ⁹ | 2 | 9 | 99 | 100 |
| Yli 64 v. (n=32) | 91 | 3 | 6 | 100 | |
| Al. koul. (n=44) | 89 | 2 | 9 | 100 | |
| Yl. koul. (n=54) | 89 | 4 | 7 | 100 | |
| Kaikki (n=98) | 89 | 3 | 8 | 100 | |

16/23 Henkilökunta kertoi paranemisen edistymisestä

| | Samaa mieltä | Vaikea sanaa | Eri mieltä | | |
|-------------------|------------------|--------------|------------|-----|-----|
| Mies (n=40) | 65 | 22 | 13 | 100 | |
| Nainen (n=58) | 69 | 19 | 12 | 100 | |
| Alle 40 v. (n=23) | 65 | 26 | 9 | 100 | |
| 41-64 v. (n=43) | 63 ⁷⁰ | 19 | 12 | 101 | 100 |
| Yli 64 v. (n=32) | 65 ⁶⁶ | 19 | 16 | 101 | 100 |
| Al. koul. (n=44) | 70 | 11 | 18 | 99 | |
| Yl. koul. (n=54) | 65 | 28 | 7 | 100 | |
| Kaikki (n=98) | 69 ⁶⁷ | 18 | 13 | 99 | 100 |

1/23

Kuulluksi tuleminen

| | Samaa mieltä | Vaikea sanaa | Eri mieltä | | |
|-------------------|--------------|--------------|------------|----|--|
| Mies (n=40) | 87 | 13 | | 1n | |
| Nainen (n=58) | 93 | 5 | 2 | 1n | |
| Alle 40 v. (n=23) | 87 | 13 | | 1n | |
| 41-64 v. (n=43) | 98 | 5 | 2 | 1n | |
| Yli 64 v. (n=32) | 90 | 10 | | 1n | |
| Al. koul. (n=44) | 93 | 7 | | 1n | |
| Yl. koul. (n=54) | 89 | 9 | 2 | 1n | |
| Kaikki (n=98) | 91 | 7 | 1 | 1n | |

2/23

En uskaltanut pyytää apua, koska hoitajat olivat kiireisiä

| | Samaa mieltä | Vaikea sanaa | Eri mieltä | | |
|-------------------|--------------|--------------|------------|-----|--|
| Mies (n=40) | 8 | | 92 | 100 | |
| Nainen (n=58) | 10 | 9 | 81 | 1n | |
| Alle 40 v. (n=23) | 4 | 4 | 92 | 1n | |
| 41-64 v. (n=43) | 12 | 5 | 83 | 1n | |
| Yli 64 v. (n=32) | 9 | 6 | 84 | 1n | |
| Al. koul. (n=44) | 9 | | 91 | 1n | |
| Yl. koul. (n=54) | 9 | 9 | 82 | 1n | |
| Kaikki (n=98) | 10 | 4 | 86 | 1n | |

9/23

Henkilökunta auttoi sopeutumaan sairauteeni

| | Samaa mieltä | Vaikea sanaa | Eri mieltä | | |
|-------------------|--------------|--------------|------------|-----|----|
| Mies (n=40) | 82 | 13 | 5 | 100 | |
| Nainen (n=58) | 76 | 21 | 3 | 100 | |
| Alle 40 v. (n=23) | 78 | 17 | 4 | 99 | 1n |
| 41-64 v. (n=43) | 74 | 19 | 7 | 100 | |
| Yli 64 v. (n=32) | 84 | 16 | | 100 | |
| Al. koul. (n=44) | 84 | 14 | 2 | 100 | |
| Yl. koul. (n=54) | 74 | 20 | 6 | 100 | |
| Kaikki (n=98) | 78 | 17 | 4 | 99 | 1n |

3/23

Henkilökunta kohteli minua hyvin ja ymmärtäväisesti

| | Samaa mieltä | Vaikea sanaa | Eri mieltä | |
|-------------------|--------------|--------------|------------|--|
| Mies (n=40) | 98 | | 2 | |
| Nainen (n=58) | 100 | | | |
| Alle 40 v. (n=23) | 96 | | 4 | |
| 41-64 v. (n=43) | 100 | | | |
| Yli 64 v. (n=32) | 100 | | | |
| Al. koul. (n=44) | 100 | | | |
| Yl. koul. (n=54) | 98 | | 2 | |
| Kaikki (n=98) | 99 | | 1 | |

5/23

Henkilökunta hoiti minua kokonaisuutena eikä tautitapauksena

| | Samaa mieltä | Vaikea sanaa | Eri mieltä | |
|-------------------|--------------|--------------|------------|-----|
| Mies (n=40) | 80 | 12 | 8 | 100 |
| Nainen (n=58) | 72 | 16 | 12 | 100 |
| Alle 40 v. (n=23) | 74 | 13 | 13 | 100 |
| 41-64 v. (n=43) | 72 | 19 | 9 | 100 |
| Yli 64 v. (n=32) | 81 | 10 | 9 | 100 |
| Al. koul. (n=44) | 77 | 14 | 9 | 100 |
| Yl. koul. (n=54) | 74 | 15 | 11 | 100 |
| Kaikki (n=98) | 76 | 12 | 10 | 98 |

8/23

Henkilökunta piti huolen, että potilaiden tiedot pysyivät sairaalan sisäpuolella

| | Samaa mieltä | Vaikea sanaa | Eri mieltä | |
|-------------------|--------------|--------------|------------|-----|
| Mies (n=40) | 77 | 20 | 3 | 100 |
| Nainen (n=58) | 79 | 16 | 5 | 100 |
| Alle 40 v. (n=23) | 83 | 13 | 4 | 100 |
| 41-64 v. (n=43) | 79 | 19 | 2 | 100 |
| Yli 64 v. (n=32) | 75 | 19 | 6 | 100 |
| Al. koul. (n=44) | 82 | 16 | 2 | 100 |
| Yl. koul. (n=54) | 76 | 19 | 6 | 101 |
| Kaikki (n=98) | 79 | 17 | 4 | 100 |

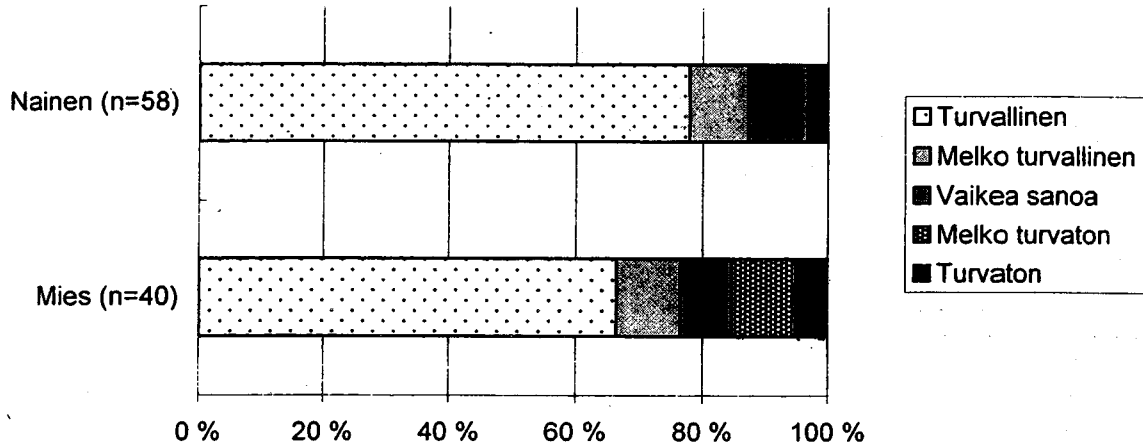
7/23

Henkilökunta keskusteli asioistani toisten kuullen

| | Samaa mieltä | Vaikea sanaa | Eri mieltä | |
|-------------------|--------------|--------------|------------|-----|
| Mies (n=40) | 27 | 5 | 68 | 100 |
| Nainen (n=58) | 22 | 9 | 69 | 100 |
| Alle 40 v. (n=23) | 30 | 9 | 61 | 100 |
| 41-64 v. (n=43) | 28 | 5 | 67 | 100 |
| Yli 64 v. (n=32) | 16 | 9 | 75 | 100 |
| Al. koul. (n=44) | 25 | 9 | 66 | 100 |
| Yl. koul. (n=54) | 24 | 6 | 70 | 100 |
| Kaikki (n=98) | 24 | 5 | 71 | 97 |

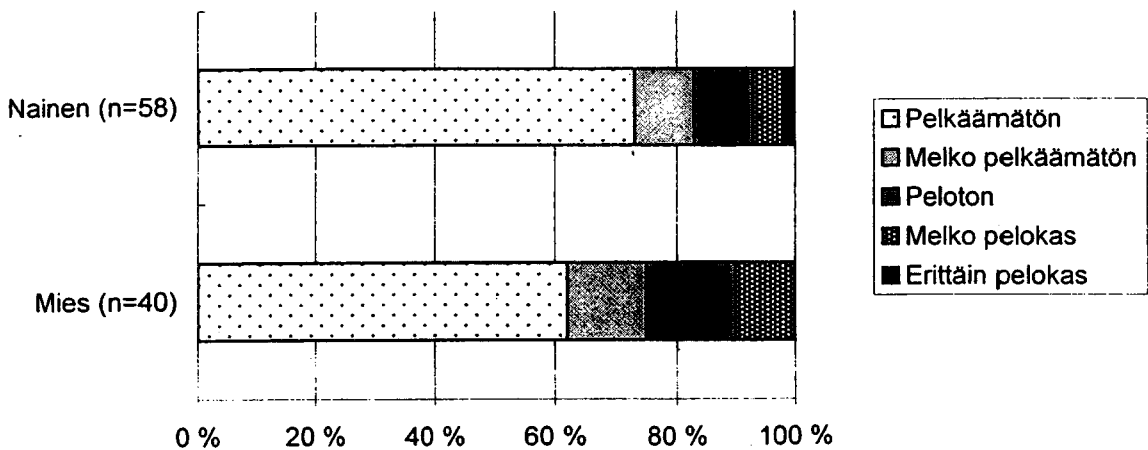
| | Turvallinen | Melko turvallinen | Vaikea sanaa | Melko turvaton | Turvaton |
|---------------|-------------|-------------------|--------------|----------------|----------|
| Mies (n=40) | 65 | 10 | 8 | 10 | 5 |
| Nainen (n=58) | 74 | 9 | 9 | | 3 |

Potilaiden kokemukset kotiin lähtiessä: turvallisuus



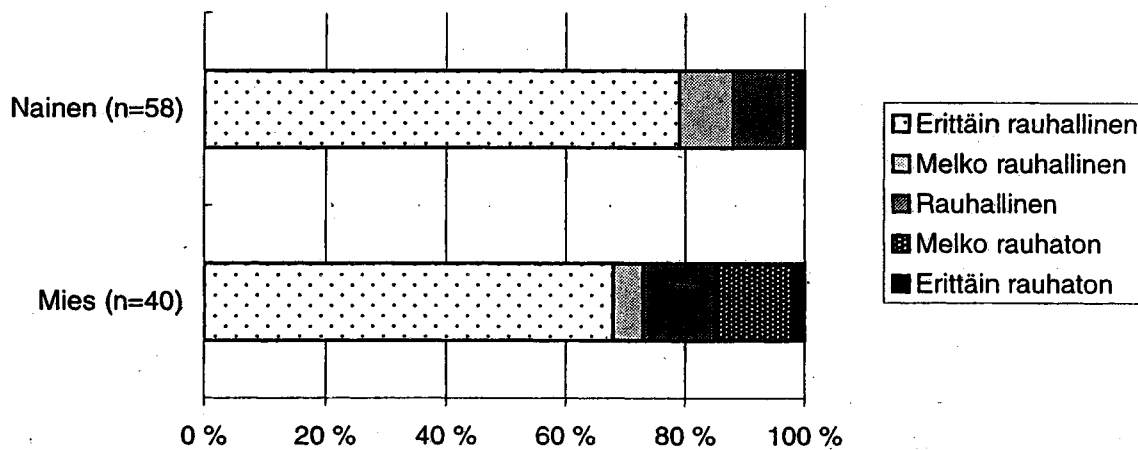
| | Pelkäämätön | Melko pelkäämätön | Peloton | Melko pelokas | Erittäin pelokas |
|---------------|-------------|-------------------|---------|---------------|------------------|
| Mies (n=40) | 62 | 13 | 15 | 10 | |
| Nainen (n=58) | 73 | 10 | 10 | 5 | 2 |

Potilaiden kokemukset kotiin lähtiessä: pelko



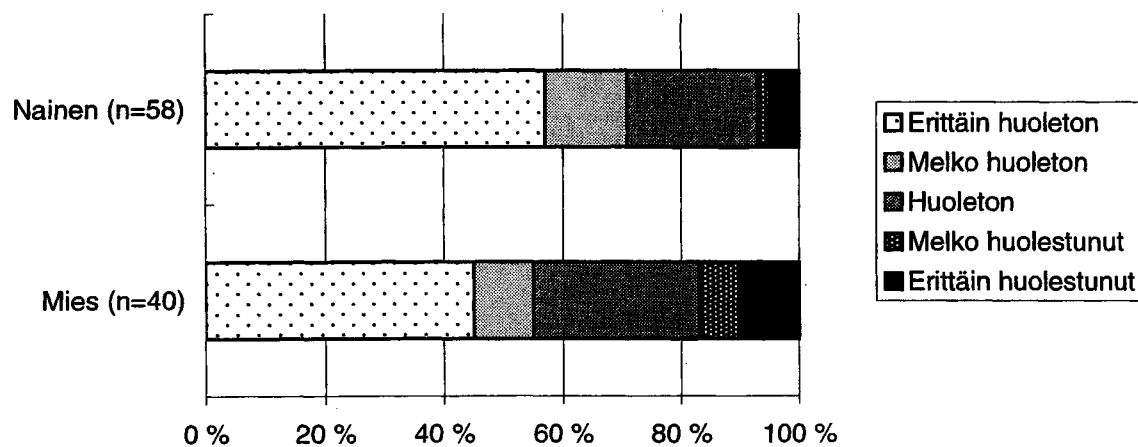
| | Erittäin rauhallinen | Melko rauhallinen | Rauhallinen | Melko rauha | Erittäin rau |
|---------------|----------------------|-------------------|-------------|-------------|--------------|
| Mies (n=40) | 68 | 5 | 12 | 13 | 2 |
| Nainen (n=58) | 79 | 9 | 9 | 2 | 1 |

Potilaiden kokemukset kotiin lähtiessä: rauhallisuus



| | Erittäin huoleton | Melko huoleton | Huoleton | Melko huole | Erittäin huole |
|---------------|-------------------|----------------|----------|-------------|----------------|
| Mies (n=40) | 45 | 10 | 28 | 7 | 10 |
| Nainen (n=58) | 57 | 14 | 22 | 2 | 5 |

Potilaiden kokemukset kotiin lähtiessä: huolettomuus



| | Erittäin luottavain | Melko luottavain | Luottavainen | Ei luottava | Ei ollenkaa |
|---------------|---------------------|------------------|--------------|-------------|-------------|
| Mies (n=40) | 55 | 20 | 15 | 8 | 2 |
| Nainen (n=58) | 84 | | 11 | | 5 |

Potilaiden kokemukset kotiin lähtiessä: luottavaisuus

