

ASIAKAS ARVIOIJANA TERVEYDENHUOLLOSSA

Potilaiden arvioinnit kirjallisista potilasohjeista

Kristina Grahn

Terveyskasvatuksen pro gradu -tutkielma

Syksy 2014

Terveystieteiden laitos

Jyväskylän yliopisto

TIIVISTELMÄ

Kristina Grahn (2014). Asiakas arvioijana terveydenhuollossa. Potilaiden arvioinnit kirjallisista potilasohjeista. Terveystieteiden laitos, Jyväskylän yliopisto, Terveyskasvatuksen pro gradu -tutkielma, 68 s., 4 liitettä.

Potilasohjeet ovat tärkeä osa potilasohjausta. Tutkimusnäyttö osoittaa, että potilaiden osallistuminen ohjausmateriaalien suunnitteluun ja arviointiin lisää potilaiden tyytyväisyyttä ja sitoutumista omaan hoitoonsa. Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää millaiseksi potilaat arvioivat saamansa potilasohjeet Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä. Lisäksi tutkimuksessa tarkasteltiin arviointiin kehitetyn mittarin luotettavuutta.

Tutkimuksen aineistonkeruu toteutettiin kyselynä lonkan ja polven tekonivelleikkaukseen sekä ortopediseen päiväkirurgiseen toimenpiteeseen osallistuvilla potilailla (N= 334). Potilaita pyydettiin arvioimaan saamiaan kirjallisia potilasohjeita tutkimuksessa kehitetyn mittarin avulla, joka sisälsi 15 suljettua Likert-asteikollista (1-4) väittämää sekä kaksi avointa kysymystä. Aineiston analyysimenetelminä olivat ristiintaulukointi, χ^2 -testi, faktorianalyysi, Studentin t-testi, yksisuuntainen varianssianalyysi sekä binäärinen logistinen regressioanalyysi. Lisäksi avoimet kysymykset analysoitiin sisällönanalyysin avulla. Arviointimittarin luotettavuutta tarkasteltiin Cronbachin alfa-kertoimen avulla.

Tutkimus osoitti, että potilaat arvioivat potilasohjeiden olevan pääsääntöisesti hyviä sisällöltään (ka 3,50, Cronbachin alfa 0,75) ulkoasultaan (ka 3,55, Cronbachin alfa 0,57) sekä hyödyllisyydeltään (ka 3,81, Cronbachin alfa 0,82). Kaikkien väittämien osalta vastauksien keskiarvo oli 3,61 ja Cronbachin alfa-kerroin oli 0,81. Miehet suhtautuivat kriittisemmin ohjeiden ulkoasuun kuin naiset (p=0,005). Iältään alle 55-vuotiaat olivat kriittisimpiä ohjeiden ulkoasuun (p= <0,001) sekä sisältöön (p=0,035) suhteessa muihin ikäryhmiin. 66 vuotta täyttäneet naiset olivat selkeästi tyytyväisempiä ohjeisiin nuorempiin naisiin verrattuna (p= <0,001). Potilaat ilmoittivat ohjeiden olevan selkeitä, informatiivisia sekä edistävän leikkauksesta toipumista. Potilaiden mukaan ohjeissa ei kuitenkaan mainittu mahdollisia ongelmatilanteita tai kotona eteen tulevia arjen hankaluuksia. Myöskään erityisryhmiä, kuten muistisairaita, ei ohjeissa huomioitu.

Potilaat tarvitsevat kirjallisia ohjeita omatoimiseen itsehoitoon ja kuntoutumiseen. Tutkimustulosten perusteella voitiin päätellä, että hoitohenkilöstön tulee räätälöidä ohjauksen ja materiaalien sisällöt potilaan tarpeiden mukaan sekä arvioida potilaan kykyä omaksua ja hyödyntää saamiaan ohjeita. Arviointimittarin luotettavuudesta potilaskäytössä saatiin alustavaa näyttöä tässä tutkimuksessa. Kuitenkin mittarin testaaminen suuremmalla aineistolla ja eri potilasryhmillä antaisi lisäinformaatiota mittarin validiteetista. Tämän tutkimuksen perusteella voitiin myös päätellä, että potilailla on halua osallistua ohjeiden kehittämistyöhön. Potilaiden osallistuminen arvioijana ohjeiden suunnitteluun antaa arvokasta tietoa siitä, millaisia asioita potilas pitää tärkeänä mutta joita hän ei välttämättä suullisen ohjauksen aikana osaa tai muista kysyä.

Avainsanat: potilasneuvonta, potilasohjeet, osallisuus, arviointi, laatu, asiakaslähtöisyys

ABSTRACT

Kristina Grahn 2014. Customer-led assessment in healthcare context: patients' evaluations of written health information. Department of Health Sciences, University of Jyväskylä. Master's thesis, 68 pp, 4 appendices.

Written health information is an integral part of patient education in health care. Furthermore, involving patients to material planning and evaluation process will improve patients' satisfaction and adherence to their care. The purpose of this study was to examine patients' perceptions of written patient information in Central Finland Healthcare District. In this study, a measurement tool to evaluate the written health information was designed for patients. Furthermore, the study sought to determine if the instrument developed for this study would be a valid tool for patients in the future.

A total of 334 patients completed a questionnaire concerning their perception of the content, appearance and usefulness of the patient information leaflet they had received during their visit at hospital. The questionnaire consisted of 15 Likert-scaled (1-4) closed questions. In two additional open-ended questions, patients were asked to provide their views about the patient education material. Statistical data analysis was completed with SPSS 20.0 software by cross tabulation, Chi-square –test, factor analysis, Student's t-test, one-way analysis of variances (ANOVA) and binary logistic regression. In addition, a content analysis was used for the open-ended questions. Furthermore, Cronbach's alpha was calculated to determine the reliability and internal consistency of the measurement tool.

The results showed that the patients were overall satisfied with the content (mean score, 3.50, Cronbach's alpha 0.75), physical appeal (mean score 3.55, Cronbach's alpha 0.57) and usefulness (mean score 3.81, Cronbach's alpha 0.82) of the patient education materials. The total mean score for the instrument was 3.61, Cronbach's alpha 0.81. Male patients were significantly more critical towards the physical appeal of written health information ($p=0.005$) than women. Compared to other age groups, patients aged 55 and below were most critical group towards the physical appeal ($p= <0.001$) and content ($p= 0.035$) of the materials. Women older than 66 were more likely to be satisfied with the written health information ($p= <0.001$) than younger women were. Overall, the patients were active in answering the open-ended questions and provided also suggestions on how to improve the materials. The patients stated that the materials were clear, informative and accelerated their recovery from surgery. However, any problems that might occur at home after surgery were not mentioned in the materials. The patients also commented that the materials did not pay attention to groups with special needs such as memory disease.

The patients rely on written health information for their self-care and rehabilitation. Overall results indicated that the patient education material should be tailored according to patient's needs and abilities to make use of written health information. The instrument developed for this study seemed to be reliable in patient use in health care; however there is a need for additional research to improve the content validity of the instrument. Patient's involvement into development and evaluation of the written health materials will give the health educator valuable information about patient's unmet information needs during the counselling sessions.

Key words: Patient education, patient education handout, patient participation, evaluation, client orientation

Sisällys

TIIVISTELMÄ

1 JOHDANTO.....	1
2 OSALLISUUS JA ASIAKKUUS TERVEYDENHUOLLOSSA	3
3 KIRJALLINEN POTILASOHJAUS.....	6
3.1 Kirjallisen potilasohjausmateriaalin merkitys potilasohjauksessa	6
3.2 Hyvä kirjallinen potilasohje.....	11
4 KIRJALLISEN POTILASOHJAUSMATERIAALIN ARVIOINTI.....	15
4.1 Potilaan hyödyntäminen ohjausmateriaalin arvioinnissa	15
4.2 Potilasohjausmateriaalin arviointityökalut	17
4.3 Luettavuus- ja lukutaitotestit potilasohjeiden arvioinnin ja suunnittelun tukena.....	19
5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET	23
6 TUTKIMUSAINEISTO JA -MENETELMÄT.....	24
6.1 Aineistonkeruun lähtökohdat ja tutkimusprosessin kulku.....	24
6.2 Aineiston kuvaus ja aineistonkeruu.....	25
6.3 Tutkimuksessa käytetyn mittarin rakentaminen	29
6.4 Tutkimusmenetelmät ja aineiston analyysi	30
7 TULOKSET	34
7.1 Potilaiden taustatiedot	34
7.2 Tyytyväisyys potilasohjeisiin iän, sukupuolen ja koulutusasteen perusteella.....	35
7.3 Potilaan tyytyväisyyttä selittävät tekijät.....	39
7.4 Millaisista asioista potilaat pitivät ja eivät pitäneet arvioimissaan ohjeissa.....	40
7.5 Potilasohjeen päätarkoitus leikkaukseen osallistuvan potilaan näkökulmasta	44
7.6 Mittarin luotettavuus	47
8 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET	49
8.1 Tutkimustulosten tarkastelua.....	49

8.1.1 Potilasohjeet potilaiden arvioimina.....	49
8.1.2 Tutkimuksessa käytetyn mittarin luotettavuuden tarkastelua	53
8.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus.....	56
8.3 Johtopäätökset	58
8.4 Jatkotutkimusehdotukset	60
LÄHTEET	61
LIITTEET	

1 JOHDANTO

Potilasohjaus on keskeinen hoitotyön auttamismenetelmä terveydenhuollossa. Terveydenhuollon ammattilaisilla on yhä vähemmän aikaa ohjata potilaita ja heidän läheisiään hoitotyössä (Johnson ym. 2003) ja sen vuoksi potilaan vastuu itsehoidon suhteen korostuu (Salanterä ym. 2005). Voidakseen onnistuneesti toteuttaa itsehoitoa kotona ennen sairaalaan tuloa ja sieltä kotiutuessaan, potilas tarvitsee suullisesti annetun potilasohjauksen tueksi laadukkaat ja selkeästi laaditut kirjalliset potilasohjeet. Kirjallisen potilasohjausmateriaalin tehtävänä on tukea ja auttaa potilasta muistamaan itsehoidollisia asioita sekä sairaudessa selviytymisessä. Vaikka kirjallisia potilasohjeita on runsaasti saatavilla, on niiden laatu todettu puutteelliseksi (mm. Salanterä 2005, Koponen 2012). Potilasohjeiden säännöllinen päivittäminen ja arviointi kuuluvat potilasohjausprosessiin ja sen kehittämiseen.

Asiakasnäkökulma laadun arvioinnissa on keskeinen. Potilaan osallistuminen potilasohjeiden arviointiin ja tuottamiseen voi parantaa materiaalien laatua (ks. esim. Sadowski, 2011) sekä parantaa potilaan tyytyväisyyttä ja sitoutumista hoitoon (ks. esim. Laitila 2010). Potilasohjeiden laatua on useimmiten tarkasteltu hoitohenkilöstön näkökulmasta, eikä kirjallisuushakujen perusteella potilaille suunnattuja ohjausmateriaalien arviointityökaluja ole kovin paljoa saatavilla. Esimerkiksi Luk & Aslani (2011) tarkastelivat tutkimuksessaan yhteensä 23 potilas- ja lääkeohjeiden arviointityökalua tai luettavuustestiä. Näistä työkaluista 15 oli suunnattu tutkijan tai terveydenhuollon ammattilaisen käyttöön ja kahdeksan asiakkaalle. Huomionarvoista on se, että kyseisessä tutkimuksessa potilaiden käyttöön sopivia työkaluja varsinaisten potilasohjeiden arviointiin oli vain kaksi.

Kujalan (2003) mukaan ”asiakasta tarvitaan laadun määrittelijänä tasapainottamaan asiantuntija- ja hallintokeskeisyyttä”. Yrity maailmassa on tiedostettu asiakkuuksien merkitys ja asiakassuhde nähdään yrityksen tärkeimpänä resurssina. Asiakkaan rooli liike-elämässä on ymmärretty molemmille osapuolille arvoa tuottavana kanssatoimijan roolina, jossa asiakkaan kokemukset palvelusta nousevat keskiöön (Koivuniemi & Simonen, 2012). Vain täysin tyytyväiset asiakkaat pysyvät uskollisina palveluntarjoajalle. Loput asiakkaista, mukaan lukien melkein tai jokseenkin tyytyväiset asiakkaat, eivät sitoudu palveluntarjoajaan (Otani, 2009).

Asiakaspalvelutaitoja ja asiakkuuksien johtamista tarvitaan liike-elämän ohella myös terveydenhuollossa. Nilsenin ym. (2006) tekemässä systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa ilmenee, että tutkimustietoa on olemassa hyvin vähän sen suhteen, kuinka parhaiten osallistaa potilas terveydenhuollon päätöksentekoon. Eräänä syynä siihen on se, että osallisuuden käsite on vaikea määritellä yksiselitteisesti ja se vaikeuttaa ilmiön tutkimista.

Terveydenhuollon asiakkuusajattelu pohjautuu ihmisarvon tunnustamiseen, ja siten sillä on filosofinen lähestymistapa asiakaslähtöisyyden paradigmassa (ks. esim. Koivuniemi ja Simonen 2012). Termit osallisuus, voimaantuminen ja jaettu päätöksenteko kuvaavat asiakaslähtöistä ajattelutapaa, jossa potilas nähdään aktiivisena, terveyttään koskeviin valintoihin kykenevänä toimijana (ks. esim. Tones & Green 2010, Laitila 2010, Vahdat ym. 2014) ja jossa terveydenhuollon ammattilainen toimii kanssakulkijana ja valmentajana asiakkaan rinnalla ohjaustilanteessa (ks. esim. Vänskä 2012).

Riippuen asiayhteydestä, tässä tutkimuksessa käytetään termejä ”asiakas” ja ”asiakkuus” perinteisen ”potilas”-sanon rinnalla. Tässä tutkimuksessa käytetään pääsääntöisesti ”potilas”-sanaa, koska tutkimuksen kohteena ovat sairaalahoidossa olleet henkilöt ja heidän arvionsa hoitajaksollaan saamista potilasohjeista. ”Asiakas”-termi antaa kuitenkin mahdollisuuden tarkastella asiakkuutta ja asiakaslähtöisyyttä terveydenhuollossa yli hoitajaksojen ja organisaatorajojen sekä lähestyä aihetta laajemmalti muilta tieteenaloilta käsin. Koivuniemi ja Simonen (2012) tarkastelevat alun perin Norrmanin (1999) näkemystä asiakaslähtöisyydestä ja ”potilas”-sanon käytöstä. He tuovat esiin, että ”potilas”-käsite ei riitä tarkastelemaan riittävän laajasti ja humanisti toimintoja, joilla voidaan edistää henkilön terveyttä, vaan ”potilas”-sana tarjoaa kapean, diagnoosiin perustuvan näkemyksen ihmisestä. Termi ”potilas” on kuitenkin käyttökelpoinen, sillä ja se kuvaa riittävän selvästi sekä tarkasti terveydenhuollossa asioivaa henkilöä (ks. THL 2012).

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää millaiseksi potilaat arvioivat saamansa potilasohjeet Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä. Lisäksi tutkimuksessa tarkasteltiin arviointiin kehitetyn mittarin luotettavuutta. Tämä tutkimus vahvistaa terveydenhuollon asiakasnäkökulmaa ja antaa terveydenhuollon ammattilaiselle työkaluja potilasohjauksen suunnitteluun ja arviointiin. Lisäksi tämä tutkimus lisää potilaan mahdollisuuksia olla osallisena kehittäjäkumppanina, asiakkaana sekä oman hoitonsa asiantuntijana potilasohjauksessa.

2 OSALLISUUS JA ASIAKKUUS TERVEYDENHUOLLOSSA

Asiakkaan osallisuus ja asiakkuus terveydenhuollossa ovat käsitteinä moniulotteisia sekä kontekstisidonnaisia. Asiakkaan osallisuuden lähikäsitteitä ovat voimaantumisen, itsemäärääminen, autonomia, sosiaalinen inklusio sekä asiakaslähtöisyys. Usein asiakkaan osallisuuden ja asiakaslähtöisyyden käsitteitä käytetään toistensa synonyymeinä, sillä ne kuvaavat asiakaslähtöisyyden toteutumista (Laitila 2010, Vahdat ym.2014). Koska näitä käsitteitä on haastavaa määritellä yksiselitteisesti, voi käsitteiden määrittelyn epämääräisyys vaikeuttaa ilmiön tutkimista.

Valkama (2012) on tarkastellut väitöskirjassaan asiakas-käsitteen käytön merkitystä sosiaali- ja terveydenhuollossa asioivan kansalaisen näkökulmasta. Yleensä asiakkuuteen liitetään määritelmät aktiivisuus, mahdollisuus vaikuttaa ja valita sekä osallisuus. Nämä asiakkuuteen usein liitetyt määritelmät saattavat muodostaa sosiaali- ja terveydenhuollon toimintaympäristössä asiakkuuden dilemman. Asiakkaalta odotetaan aktiivisuutta, mutta aktiivisuus voidaan myös tulkita liiallisena vaativuutena ja hankalana asiakkuutena. Asiakkaan valinnanmahdollisuudet sosiaali- ja terveydenhuollossa voivat olla melko vähäisiä, joten vaikuttaminen nähdään usein näennäisenä ja välillisenä (Valkama 2012).

Kujalan (2003) mukaan osallisuus on yksilön henkilökohtainen kokemusulottuvuus. Kuulluksi tuleminen ja vaikuttamisen kokemus lisäävät yksilön tunnetta osallisuudesta. Osallisuuden lähtökohdaksi on asiakkaan halu vaikuttaa asioihin (Kujala 2003). Kokemuksen ohella osallisuutta on määritelty myös toimintana (Koskinen ym. 2014). Asiakkaan osallisuuden voidaan Laitilan (2010) mukaan nähdä toteutuvan kolmella tasolla: 1) osallisuutena omaan hoitoon, kuntoutukseen tai palveluun, 2) osallisuutena palvelujen kehittämiseen ja 3) osallisuutena palvelujen järjestämiseen. Sen sijaan Kaseva (2011) määrittää asiakkaan osallisuuden neljän eri tason kautta: 1) asiakas palvelujen kohteena, 2) asiakas palautteen antajana, 3) asiakas osallisena palvelunsa ja hoitonsa kehittämisessä 4) asiakas aktiivisena palveluiden kehittäjänä. Molemmat näkemykset ovat pitkälti samanlaiset, eivätkä ne sulje pois toisiaan. Jälkimmäisessä mallissa Kaseva (2011) erottaa kehittämistyön ja asiakkaan palautteen annon osallisuuden eri tasoille verrattuna edelliseen. Osallisuuden tavat ja tasot voivat vaihdella eri asiakkaiden ja tilanteiden kohdalla, sekä myös saman tilanteen sisällä (Laitila 2010).

Kujalan (2003) mukaan asiakaslähtöisyys kuvaa tavoiteulottuvuutta, jolla esimerkiksi terveydenhuollon palvelut järjestetään asiakkaan tarpeiden ja toiveiden mukaisesti lain edellyttämällä tavalla. Asiakaslähtöinen ajattelutapa terveydenhuollossa edellyttää terveydenhuollon ammattilaisilta kykyä ajatella asiakasta ja terveystalvelujen käyttäjää oman elämänsä asiantuntijana (Stenvall & Virtanen 2012, 176-178). Terveydenhuollon asiakkaita tulisi kohdella terveydenhuollon ammattilaisten kumppaneina, ”samanvertaisina, mutta erilaisen kokemuksen omaavana” (Coulter 2002). Asiakkaan asiantuntijuuden tunnustamisen rinnalla asiakaslähtöisessä ajattelussa korostuvat myös erilaiset eettiset arvot kuten yksilön kunnioittaminen, ihmisarvon tunnustaminen, humanisuus ja oikeudenmukaisuus (Stenvall & Virtanen 2012, 178-180, Vahdat ym. 2014). Asiakaslähtöisen organisaation arvot tehdään asiakkaalle näkyviksi ja julkisiksi (Stenvall & Virtanen 2012, 178-180).

Asiakaslähtöinen toiminta voi vähentää potilaan koettujen oireiden määrää, parantaa hoidon tuloksellisuutta sekä lisätä potilaan pystyvyyden tunnettaan ja tyytyväisyyttä hoitoon (Laitila 2010, Vahdat ym. 2014). Asiakaslähtöisen toiminnan hyötyinä voidaan nähdä myös potilaan parempi hoitoon sitoutuminen. Potilas, joka on saanut riittävästi informaatiota sairaudestaan, ennusteestaan ja hoidostaan huolehtii paremmin itsestään ja sitoutuu saamiinsa hoito-ohjeisiin (Coulter 2002, Vahdat ym. 2014).

Potilaiden terveydenhuoltoon osoittamat valitukset koskevat usein terveydenhuollon ammattilaiselta saamaa epäselvää selitystä hoidostaan tai sairaudestaan. Potilasvalitukset koskevat myös potilaan kokemuksia sympatian puutteesta hoitohenkilökunnan taholta (Coulter 2002). Näiden kokemusten taustalla voidaan nähdä olevan usein heikko kommunikaatio terveydenhuollon ammattilaisen ja asiakkaan välillä. Heikko kommunikaatio ja riittämätön tiedonsaanti voivat estää potilasta osallistumasta hoitoaan koskevaan keskusteluun ja päätöksentekoon (Vahdat ym. 2014). Stenvallin ja Virtasen (2002) mukaan nämä kuvaavat palvelutapahtuman vuorovaikutukseen liittyviä ongelmia ja sitä, missä määrin terveydenhuollon ammattilainen kuuntelee asiakasta ja pohtii yhdessä asiakkaan tilannetta tämän tarpeiden pohjalta. Osallisuuden lähtökohtana voidaan siten nähdä olevan tasavertainen vuorovaikutus, johon sisältyy mielipiteiden ilmaisua ja yhteistä päätöksentekoa terveydenhuollon ammattilaisen ja potilaan välillä (Kettunen & Kivinen 2012).

Terveydenhuollon asiakaslähtöisyyttä voidaan edistää luomalla systemaattinen, jatkuva palautekanava asiakkaalle (Coulter 2002). Stenvall ja Virtanen (2012) tuovat esiin, että asiakaslähtöisyys rakentuu asiakkaita koskevan organisatorisen tiedon luomiseen, eli organisaation asiakasymmärryksen vahvistamiseen. Organisatorista tietoa voidaan vahvistaa esimerkiksi tutkimusten, havainnoinnin tai hiljaisen tiedon avulla sekä keräämällä asiakkaiden mielipiteitä palvelukokemuksista. Myös asiakashistoria palvelujen käyttämisestä antaa informaatiota asiakkaiden palvelujen sisältöä tai toimintatapoja koskevan tietoisuuden kehittämistä varten. Asiakkaan ääntä voidaan korottaa myös kollektiivisesti esimerkiksi käyttäjäraatien avulla (Stenvall & Virtanen 2012). Lisäksi potilaalla tulisi olla mahdollisuus osallistua hoitoonsa (Coulter 2002, Greenhalgh 2009) sekä terveyspalvelujen suunnitteluun (Greenhalgh 2009, Stenvall & Virtanen 2012, Vahdat ym. 2014). Asiakkaan osallisuutta voidaan edistää riittävällä tiedonannolla asiakkaan päätöksenteon tueksi kehittämällä dokumentointia käyttäjäystävälliseksi. Lisäksi asiakkaan osallisuutta voidaan edistää vaikuttamalla terveydenhuollossa työskentelevien motivaatioon ja arvoihin, jotta asiakkaan osallisuutta arvostettaisiin enemmän (Laitila 2010).

3 KIRJALLINEN POTILASOHJAUS

Kirjallisuudessa käsitteet potilasohjaus, potilasopetus, potilasneuvonta sekä terveysneuvonta määritellään usein sisällöllisesti samoin. Potilasohjaus koostuu sekä suullisesta ohjaustilanteesta että kirjallisesta potilasohjausmateriaalista (Demir ym. 2007). Potilasohjausmateriaalit pitävät sisällään tietoa eri sairauksista, tutkimuksista ja toimenpiteisiin valmistautumisesta. Lisäksi ne voivat käsitellä toimenpiteistä toipumiseen, kotihoitoon, itsehoitoon ja jälkihoitoon liittyviä asioita (Pitkänen 2012). Tässä tutkimuksessa potilasohjauksen tarkastelu rajautuu erityisesti kirjallisiin potilasohjeisiin.

3.1 Kirjallisen potilasohjausmateriaalin merkitys potilasohjauksessa

Potilasohjaus on kiinteä osa potilaan hoitopolkua sairaalassa (Moult ym. 2004) ja eräänä sen keskeisenä tavoitteena on yksilön voimaantuminen (Kettunen ym. 2001, Liimatainen ym. 2005, 12). Voimaantuminen, ”empowerment”, on hallinnan tunteita synnyttävä osallistava prosessi, joka auttaa yksilöä tunnistamaan ja hallitsemaan omaan terveyteensä vaikuttavia tekijöitä (Gibson 1991, Mahlakaarto 2010). Voimavarakeskeisessä potilasohjauksessa terveyskasvattaja toimii potilaan voimavarojen liikkeellepanevana voimana (Gibson 1991).

Kettunen (2001) on tarkastellut väitöskirjassaan voimavarakeskeisyyttä sairaalan terveysneuvonnassa ja tuo esiin, että voimavarakeskeisyydelle ominaista potilaan henkilökohtaisen hallinnan vahvistumisen ohella ovat tasavertaisuus, reflektio, vallan jakaminen, aktiivinen osallistuminen sekä autonomia. Voimavarakeskeisessä ohjauksessa on vahva positiivinen lataus, ja ohjaustilanteessa voimavarakeskeisyys näkyy esimerkiksi hoitajan taholta potilaan asiantuntijuuden kunnioittamisena sekä rohkaisevana ja kohteliaana käytöksenä. Ohjaustilanteessa keskitytään potilaan arkipäivän tarpeisiin ja selviytymiseen, hänen piileviin voimavaroihin, toimintatapoihin ja tukiverkkoihin. Ohjattavan hallinnan tunne lisääntyy, kun hän voi itse havaita mahdollisia esteitä ja osaa asettaa tulevia päämääriä (Kettunen 2001).

Kirjallisen potilasohjausmateriaalin avulla voidaan edistää potilaan voimavaroja eri ulottuvuuksilla. Näitä ulottuvuuksia ovat bio-fysiologinen näkökulma kuten hoidon aiheuttama kipu, pahoinvointi tai uupumus. Toiminnallisesta näkökulmasta tarkasteltuna huomioidaan esimerkiksi potilaan selviytyminen jokapäiväisistä toiminnoista, apuvälineet ja liikkuminen. Tiedollinen ulottuvuus pitää sisällään esimerkiksi kuvauksen sairaudesta tai annettavasta hoidosta. Sosiaalisyhteisöllinen näkökulma ottaa huomioon potilaan tukihenkilöt ja läheiset. Kokemuksellinen ulottuvuus hyödyntää potilaan aikaisempia kokemuksia ja ottaa huomioon mahdollisia pelkoja. Eettinen ulottuvuus ottaa huomioon potilaan oikeudet ja elämäntavat. Taloudellinen ulottuvuus huomioi esimerkiksi etuisuus- ja palvelumahdollisuudet sekä taloudellisuuden hoidoissa ja tutkimuksissa (Leino-Kilpi 1998, Salanterä ym. 2005).

Kirjallisen potilasohjausmateriaalin päämääränä on vaikuttaa yksilön terveystietoisuuteen ja uskomuksiin, auttaa yksilöä ylläpitämään terveellisiä elämäntapoja sekä hyväksymään muuttanut terveydentilansa (Demir ym. 2007). Potilaat tarvitsevat kirjallista ohjausmateriaalia päätöksentekonsa tueksi mm. lääkkeen ottamiseen tai ottamatta jättämisen suhteen. Siksi potilaat arvostavat informaatiota saatavilla olevien hoitovaihtoehtojen suhteen jo ennen lääkkeen määräämisvaihetta. Lisäksi he tarvitsevat tietoa edelleen päätöksentekonsa tueksi lääkehoidon hallintaan ja sairautensa oireiden tulkintaan (Raynor 2007).

Kirjallisen potilasohjausmateriaalin käyttö potilasohjauksessa vähentää esimerkiksi kirurgisten potilaiden postoperatiivisia komplikaatioita, kipulääkityksen tarvetta sekä nopeuttaa toipumista ja lyhentää sairaalajakson pituutta (Scott 2004). Kirjallinen potilasohjaus edistää hoitoon sitoutumista (Moult ym. 2004, Hoffmann & Ladner 2012) sekä lievittää potilaan ahdistuneisuutta (Moult ym. 2004, Demir ym. 2007) ja pelkoja (Fitzgerald & Elder 2008). Lisäksi potilaat voivat säädellä vastaanottamansa informaation määrää sairauteen sopeutumisen tason mukaan. Kirjallisen materiaalin etuna on, että potilas voi palata siihen potilasohjaustilanteen jälkeen virkistääkseen muistiaan käsitellystä aiheesta (Hoffmann & Worrall ym. 2004, Pitkänen 2012) ja hän voi käyttää materiaalia oman oppimisensa tukena itselleen sopivassa tahdissa (Griffin ym. 2003). Muita kirjallisen potilasmateriaalin etuja ovat viestin johdonmukaisuus, uudelleen käytettävyys, siirrettävyys sekä tiedon pysyvyys. Kirjallinen potilasohjausmateriaali on myös kustannuksiltaan edullisia tuottaa ja päivittää (Hoffmann & Worrall ym. 2004).

Tutkimusnäytön perusteella kirjallisen materiaalin käyttöä suositellaan mieluummin suullisen ohjauksen ja neuvonnan ohessa annettavaksi kuin yksinään jaettavaksi (mm. Griffin ym. 2003, Johnson ym. 2003, Hoffmann & Worrall ym. 2004, Demir ym. 2007, Raynor ym. 2007). Moulton ym. (2004) ovat havainneet, että potilaat saattavat unohtaa jopa puolet suullisesti annettusta informaatiosta viiden minuutin kuluessa potilasohjaustilanteesta. Lisäksi suullisesti annettava informaatio voidaan myös ymmärtää väärin (Griffin ym. 2003). Ainoastaan suullisesti annettu ohjaus jättää tiedon ja vallan terveydenhuollon ammattilaisten käsiin. Voimaantumisenäkökulmasta tarkasteltuna se voi olla jopa voimattomuutta tuottava elementti potilaalle, koska hänellä ei ole mahdollisuutta kotiutumisen jälkeen palata ohjauksen sisältöihin (Johnson ym. 2003).

Suullisen informaation muistamista voidaan tehostaa jopa viisikymmentä prosenttia, mikäli potilasohjaustilanteessa käytetään lisänä kirjallista potilasohjausmateriaalia (Moulton ym. 2004). On myös osoitettu, että suullisen ohjauksen ja kirjallisen potilasohjausmateriaalin yhdistäminen potilasohjauksessa edistää tehokkaammin potilaan ja hänen läheistensä tietoa sairaudesta ja tyytyväisyyttä hoitoon kuin pelkästään suullisesti annettu ohjaus (ks. Johnson ym. 2003, Johnson & Sandford 2005, Adepu & Swamy 2012) sekä parantaa potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisen kommunikatiivista suhdetta (Hirsh ym. 2009).

Kirjallisen potilasohjausmateriaalin osalta terveydenhuollon ammattilaisten ja asiakkaiden välistä kommunikaatiota voidaan tarkastella konstruktivistisen viestintämallin kautta. Garnerin ym. (2012) mukaan kommunikaatio on paljon enemmän kuin viestin lähettäminen ja vastaanottaminen; se on interaktiivinen prosessi – suoraan lukijan ja tekstin välillä sekä epäsuorasti kirjoittajan ja lukijan välillä; viestin merkitys ei ole tekstissä itsessään vaan merkitys on lukijan konstruoimaa. Terveydenhuollon ammattilaisen tehtävänä on varmistaa, että kirjallinen potilasohjausmateriaali ei ole suullista ohjausta korvaava toiminto. Potilasta tulisi rohkaista kääntymään terveydenhuollon ammattilaisen puoleen, mikäli kirjallisen potilasohjausmateriaalin pohjalta hänelle nousee hoitoaan koskevia kysymyksiä (Raynor ym. 2007).

Kirjallisen potilasohjausmateriaalin tehoa on kuitenkin kyseenalaistettu. On osoitettu, että kirjallisten ohjeiden tarjoaminen ei yksinään takaa potilaan oppimista, vaan niiden teho riippuu siitä, missä laajuudessa potilas pystyy lukemaan potilasohjeita (Griffin ym. 2003). Tutkimukset osoittavat, että lukutaidon tasolla on yhteys yksilön terveystietämykseen,

terveydentilaan, ennaltaehkäisevien terveyspalveluiden hyödyntämiseen ja sairaalahoitoon, kroonisen sairauden hallintaan sekä kuolleisuuteen (Powers ym. 2010, Serper ym. 2014). Lukutaidolla tarkoitetaan kirjoitetun tekstin ymmärtämistä, arviointia ja käyttämistä (Silvennoinen 2013). Vastaavasti terveydenlukutaidolla tarkoitetaan yksilön kykyä hankkia, vastaanottaa ja hyödyntää terveyteen liittyvää tietoa (Powers ym. 2010). Suomalainen aikuisväestö sijoittui vuonna 2013 julkaistussa kansainvälisessä 24 maata käsittävässä PIAAC-arvioinnissa lukutaidon tasossa maailman kärkipäähän toiseksi Japanin jälkeen. Merkittävä huomio kuitenkin on, että vanhojen ja nuorten ikäryhmien välinen lukutaitoero on Suomessa vertailumaiden suurin (Silvennoinen 2013). Erityisesti matalamman lukutaidon tason omaavilla kuten matalasti kouluttautuneilla, etnisillä vähemmistöillä sekä vanhusväestöllä saattaa olla vaikeuksia ymmärtää kirjallista terveystietomateriaalia (Powers ym. 2010) ja näin ollen hyödyntää terveydenlukutaitoa.

Mikäli potilasohjeet on kirjoitettu liian vaikeatasoisesti, ei oppimista tapahdu. Lukijan lukutaidon taso ja materiaalin luettavuus määrittävät kirjallisen materiaalin sopivuuden lukijalle sekä potilaan kyvyn lukea kirjallisia ohjeita (Griffin ym. 2003). Hoitohenkilöstön voi olla vaikeaa havaita ja tunnistaa terveysneuvontatilanteessa potilaan matala lukutaidon taso, koska potilas saattaa häpeän vuoksi salata vaikeutensa lukea ja ymmärtää potilasohjeita (Powers ym. 2010). Yksilön lukutaidon tasoa ei voida suoraan määrittellä ylimmän suoritettun koulun luokka-asteen perusteella. Viimeisen suoritettun luokka-asteen sekä todellisen lukutaidon välillä on todettu olevan jopa neljän tai viiden luokka-asteen eroja (Griffin ym. 2003, Powers ym. 2010, Hansberry ym. 2014).

Potilaan lukutaidon tasoa voidaan mitata tarkasti erilaisilla lukutaitotesteillä, joita esitellään tämän kirjallisuuskatsauksen luvussa 4. Kuitenkin nämä testit voivat olla aikaa vieviä käytännön työssä toteutettavaksi. Tilanteissa, joissa terveysneuvontaan on vain rajallinen aika käytössä, terveydenhuollon ammattilainen voi kysyä potilaalta hänen luottamusta omaan kykyynsä täyttää lääketieteellisiä lomakkeita, kuinka usein hän tarvitsee muiden apua terveystietomateriaalien lukemisessa ja minkä tasoiseksi hän arvioi oman lukutaitonsa. Nämä yksittäiset kysymykset ovat useissa tutkimuksissa osoittautuneet käyttökelpoisiksi menetelmiksi tunnistaa potilaat, joilla on lukutaidossa puutteita. Erityisesti tilanteessa, jossa matala lukutaidon taso tulee näiden kysymysten perusteella esiin, tulee terveydenhuollon ammattilaisen arvioida säännöllisesti potilaan kykyä ymmärtää ja muistaa

terveysinformaatiota, jotta potilaan laadukas ja turvallinen hoito varmistuu (Powers ym. 2010).

Tutkimuksissa on havaittu ristiriitaa hoitohenkilökunnan ja potilaiden välillä näkemyksissä siitä, mikä potilasohjeiden rooli ja päämäärä on. Johnsonin ja Sandfordin (2005) mukaan terveydenhuollon ammattilaiset eivät riittävästi tunnista potilasohjeiden merkitystä hoitotyössä, vaan kirjallisen potilasohjeen antaminen saatetaan mieltää rutiininomaisena tapana ilman syvempää merkitystä. Raynorin ym. (2007) julkaisemassa systemaattisessa kirjallisuuskatsauksessa tarkasteltiin kirjallisten lääkeohjeiden tehoa ja roolia sekä potilaiden että terveydenhuoltoalan henkilöstön näkökulmista. Potilaat näkivät kirjallisen lääkeohjeen auttavan heitä päätöksenteossa lääkkeen ottamisen tai ottamatta jättämisen suhteen. Sen avulla he pystyivät myös tulkitsemaan oireitaan ja havaitsemaan lääkkeiden sivuvaikutuksia. Lisäksi kirjallinen lääkeohje auttoi potilaita hallitsemaan lääkehoitoaan ja päättämään, tarvitsivatko he lääkäriltä lisäneuvoja lääkehoitoonsa liittyvissä asioissa. Katsaus osoitti, että potilaat itse eivät näe hoitoon sitoutumista potilasohjeen tärkeimpänä tavoitteena, vaan tietoinen päätös olla ottamatta lääkettä on yhtä lailla hyväksyttävä päämäärä lääkehoitoa koskevalle potilasohjausmateriaalille. Raynorin ym. (2007) mukaan tämä on vastoin joidenkin terveydenhuollon ammattilaisten näkemystä siitä, että hoitoon sitoutumisen edistäminen olisi kirjallisen potilasohjausmateriaalin tärkein tavoite. Tutkimuksessa todettiin, että terveydenhuollon ammattilaiset eivät aina suositelleet kirjallista potilasohjausmateriaalia potilaalle ja joissain tapauksissa he olivat vastahakoisia antamaan tiettyä informaatiota potilailleen esimerkiksi lääkkeiden sivuvaikutusten suhteen.

Dixon-Woods (2001) määrittää tutkimuksessaan kaksi vastakohtaista käsitystä (education vs. empowerment) potilasohjeiden tavoitteista. Vallitsevan, biolääketieteellisen käsityksen mukaan potilasohjeiden tarkoitus on toimia potilaan opetuskeinona. Tällöin potilasohjeiden ensisijaisena tarkoituksena nähdään terveydenhuoltohenkilöstön ajan ja energian säästäminen. Potilasohjeen tarkoituksena on pyrkiä vaikuttamaan kognitiivisiin, asenteellisiin tai käyttäytymisen muutoksiin potilailla, jotka nähdään irrationaalisina, passiivisina, epäpätevinä ja unohtavaisina. Biolääketieteellisessä käsityksessä potilasohjeet priorisoivat ensisijaisesti terveydenhuollon ammattilaisten tavoitteita. Toinen, vaihtoehtoinen käsitys potilasohjeiden tarkoituksesta on voimaantumislähtöinen käsitys, joka esiteltiin tämän luvun alussa. Voimaantumislähtöinen käsitys arvostaa potilasta rationaalisena, pätevänä, kekseliäänä ja reflektoivana yksilönä. Potilasohjeiden päämääränä nähdään potilaan voimaantuminen ja näin

ollen sitä voidaan pitää potilaslähtöisenä lähestymistapana. (Dixon-Woods 2001, Garner ym. 2012).

3.2 Hyvä kirjallinen potilasohje

Laadukas potilasohjausmateriaali perustuu näyttöön, sisältää selkeää viestintää ja saattaa potilaan osalliseksi materiaalin kehittämiseen (Moult ym. 2004). Potilasohjeiden osalta tutkimusnäyttö osoittaa, että potilaan osallistuminen kirjallisen potilasohjausmateriaalin tuottamiseen parantaa materiaalien luettavuutta, ymmärrettävyyttä sekä relevanssia. (Nilsen ym. 2006). Korkealaatuinen, päivitetty ja näyttöön perustuva potilasohjausmateriaali voi auttaa potilasta ja hänen läheisiään osallistumaan hoitopäätöksiin. Tutkimukset ovat osoittaneet, että niillä potilailla, jotka saavat asianmukaista ja kattavaa kirjallista terveystietoa on muihin potilaisiin nähden parempi ymmärrys hoidosta, sen vaikutuksista ja eri hoitovaihtoehdoista sairautensa suhteen (Langbecker 2012).

Potilasohjausmateriaalin kokonaisuuteen vaikuttavia seikkoja ovat kohderyhmän selkeä määrittely (Salanterä ym. 2005, KSSHP 2013), sekä kohderyhmän kulttuurin kunnioittaminen. Potilasohjausmateriaalin tulisi herättää huomiota ja mielenkiintoa ja ennen kaikkea luoda hyvä tunnelma. Potilasohjausmateriaalissa tulee myös olla konkreettinen terveystavoite (Parkkunen ym. 2001, 11-20) sekä ohjeen alussa tulisi olla maininta ohjeen tarkoituksesta (KSSHP 2013).

Potilasohjeen tulisi sisältää tiedon mikä sairaus, hoito tai tutkimus on kyseessä sekä sairauteen liittyvistä hoidoista ja niiden mahdollisista sivuvaikutuksista (KSSHP 2013). Potilaat arvostavat räätälöityä tietoa, joka on kohdennettu yksilöön kyseisen sairauden osalta ja joka sisältää tasapuolisesti tietoa hoidon hyödyistä ja haitoista (Parkkunen ym. 2001, 11-20). Ohjeessa tulee olla maininta hoidon tai sairauden aiheuttamista mahdollisista vaikutuksista potilaan päivittäisiin toimintoihin kuten liikkumiseen, ruokailuun, erittämiseen tai lepoon (KSSHP 2013).

Potilasohjausmateriaali on tehokas vain jos potilas pystyy lukemaan, ymmärtämään ja muistamaan sen (Hoffmann & Worrall ym. 2004, Demir ym. 2007, Sadowski 2011, Garner ym. 2012). Jotta kirjallinen potilasohjausmateriaali olisi hyödyllinen, tulisi sen laadukkaan

informaation lisäksi olla esitystavaltaan helposti ymmärrettävä. Potilasohjausmateriaalin luettavuus on tärkeää potilaille, koska monet kokevat kirjallisten ohjeiden kielen monimutkaisena ja visuaalisen ulkoasun heikkona (Raynor 2007). Tekstin luettavuuteen ja ymmärrettävyyteen tulee kiinnittää erityistä huomioita etenkin niillä potilasryhmillä, joiden kognitiivinen toimintakyky on heikentynyt, kuten esimerkiksi psykiatristen potilaiden (Pitkänen 2012) tai vanhusten kohdalla (Sadowski 2011).

Kirjallisen ohjausmateriaalin tulee olla siistin painoasultaan ja virheettömän tekstiltään. Tekstin luettavuutta lisäävät tekstin asianmukainen asettelu, sivujen taitto, oikeat sävyt tekstin ja taustan välillä sekä miellyttävä ulkoasu. Tekstin sanomaa voidaan selventää ja tukea kuvilla tai graafisilla kuvioilla (Hyvärinen 2005, Demir ym. 2007). On osoitettu, että matalan lukutaidon tason omaavat sekä ikääntyneet potilaat ymmärtävät paremmin kuvallisen materiaalin avulla esitettyä tietoa sairautensa liittyvistä todennäköisyyksistä ja riskeistä (Sadowski 2011). Kuitenkin liian monet yksityiskohtaiset tiedot voivat ahdistaa ja sekoittaa potilasta. Siksi on suositeltavaa, että potilasohje on lyhyt ja esimerkiksi potilasohjeen lopussa voidaan esittää kirjallisuusluettelo lisätietoa haluaville (Hyvärinen 2005, Demir ym. 2007).

Potilasohjausmateriaalin kokonaisuuteen vaikuttavat ulkoisia seikkoja ovat mm. kappalejaot ja fonttikoot (Salanterä 2005). Kirjasinkoon tulisi olla riittävän suuri erityisesti vanhusten ja näkövammaisten kohdalla (Parkkunen ym. 2001, 15). Kappalejako kokoaa asiat tiukemmin yhteen. Yleistajuisissa kirjoituksissa yli kymmenensenttisiä kappaleita ei raskaslukuisuuden vuoksi ole hyvä käyttää. Virkkeiden ja lauseiden tulee olla ymmärrettäviä sekä tekstin huoliteltua. Kirjallisessa ohjausmateriaalissa on noudatettava yleisiä oikeinkirjoitusnormeja. Otsikot keventävät ja selkeyttävät ohjetta (Hyvärinen 2005).

Potilasohjeesta saadaan lukijalle henkilökohtaisempi käyttämällä passiivin sijaan sinä tai Te -muotoa. Potilasohjeessa passiivimuoto voi myös jättää lukijalle epäselvyyden siitä, kuka toimii tai kenen pitäisi toimia. Haluttaessa opastaa lukijaa selvästi, tulisi käyttää verbien aktiivimuotoa. Potilasohjeessa tulee käyttää mahdollisuuksien mukaan yleiskielen sanoja lääketieteen termien ja termimäisten lyhenteiden sijaan. Käytettäessä lääketieteen sanoja, tulee vieraat termit selittää esimerkiksi erillisellä sanastolla. Tällöin eräänä potilasohjeen tärkeänä tehtävänä on tutustuttaa lukija sanastoon, jota hän tulee tutkimusten ja hoitojen yhteydessä väistämättä kuulemaan (Hyvärinen 2005).

Potilasohjausmateriaalin opetuksellisuutta arvioidessa voidaan esimerkiksi tarkastella, mihin kysymyksiin teksti vastaa. Hyvä potilasohje vastaa ainakin kysymyksiin ”Mitä?”, ”Miten?”, ”Miksi?” ja ”Milloin?”. Opetuksellisuutta voidaan kehittää ohjeeseen lisättyjen esimerkkien avulla (Salanterä ym. 2005). Potilasohjeet tulisi perustella tuomalla esiin potilaan saama hyöty annetun neuvon noudattamisesta (Hyvärinen 2005). Suurin yksittäinen ymmärrettävyyteen vaikuttava seikka on asioiden esittämisjärjestys. Potilasohjausmateriaali voidaan rakentaa etenemään tärkeysjärjestyksessä, aikajärjestyksessä tai aihepiireittäin (Hyvärinen 2005).

Ohjeen päivitystiedot kuten viimeinen päivityspäivä tulisi olla näkyvissä. Ohjeen tulisi sisältää myös tiedot ohjeen hyväksyjästä sekä hyväksyjän yhteystiedot. Lisäksi hyvä potilasohje huomioi potilaan mielialaa, tunteita tai kokemuksia. Myös sosiaaliset ja taloudelliset liittyvät vaikutukset kuten hoidon kustannukset tai potilasjärjestöjen tuen saatavuus tulee tarvittaessa huomioida (KSSHP 2013).

Potilaalla on lain mukaan tiedonsaantioikeus terveydentilaansa ja hoitoonsa liittyvistä asioista. Lisäksi terveydenhuollon ammattihenkilöstön on annettava tietoa siten, että potilas ymmärtää annetun tiedon sisällön (Laki potilaan oikeuksista 785/1992). Yksilö tarvitsee riittävästi tietoa voidakseen tehdä terveyteensä vaikuttavia itsenäisiä päätöksiä. Tiedon antaminen tavalla, joka helpottaa potilaan itsenäistä päätöksentekoa on terveydenhuollon ammattilaisen eettinen velvoite (Hewitt-Taylor 2003).

Tiedon tarve tarkoittaa yksilön subjektiivista tietoisuutta siitä, että hänen tietonsa on riittämätöntä asettamiensa tavoitteiden toteuttamiselle tilanteessa jossa hän sillä hetkellä on (Ormandy 2011). Potilaalla on tarve tietää omaa hoitoaan koskevista sekä myönteisistä että kielteisistä asioista. Potilas tarvitsee myös tietoa siitä mitä, milloin, miksi ja miten hoito toteutetaan (Salanterä ym. 2005). Hän haluaa myös tietää terveydentilastaan, eri hoitovaihtoehdoista, itsehoitomenetelmistä ja sairauden ehkäisystä (Griffin ym. 2003).

Terveydenhuollon henkilöstö on tiedostanut tarpeen tuottaa potilaille informaatiota formaatissa, joka täyttää parhaiten potilaiden tarpeet. Nämä formaatit voivat sisältää suullisia ja kirjallisia ohjeita, videoita, puheluita, ääninauhuja, sähköpostitse käytävää kommunikaatiota lääkärin ja potilaan välillä tai web-sivuja (Johnson ym. 2003). Lisäksi muita formaatteja ovat yksilö- ja ryhmäohjaus, joukkoviestintä tai demonstraatio (Kyngäs ym. 2007,

70-131). Tieto- ja viestintätekniiikan hyödyntäminen potilasohjauksessa on yhä yleisempää. Internet-perusteista potilasohjausta on hyödynnetty esimerkiksi glaukoomapotilailla (Lunnela 2011), ylipainoisten elintapaohjauksessa (Pietiläinen 2011) sekä skitsofreniaa sairastavien potilaiden internetpohjaisessa kysymys-vastauspalstassa (Välimäki 2011). Sopivien ohjausmenetelmien valinta vaatii terveydenhuollon ammattilaiselta kykyä tunnistaa miten asiakas omaksuu asioita ja mikä on ohjauksen päämäärä (Kyngäs ym. 2007, 73).

4 KIRJALLISEN POTILASOHJAUSMATERIAALIN ARVIOINTI

Hyvätasoiset potilasohjeet ovat potilaan tutkimusten ja hoidon onnistumisen kannalta oleellisen tärkeitä. Lyhyiden hoitoaikojen sekä potilaan erilaisten tiedontarpeiden yhteensovittaminen on nostanut kirjallisen potilasohjausmateriaalin arvioinnin ja kehittämisen tärkeäksi toiminnaksi hoitotyössä (Salanterä ym. 2005). Useat tutkimukset ovat osoittaneet kirjallisten potilasohjausmateriaalien laadun olevan puutteellinen (mm. Salanterä ym. 2005, Raynor ym. 2007, Pitkänen 2012) eikä potilasohjeiden kehittämistä käsitteleviä ohjeita ei ole hyödynnetty riittävästi potilasohjeita laadittaessa (Pitkänen 2012).

Potilasohjausmateriaalien heikkouksina ovat olleet mm. liian vaikean lääketieteellisen terminologian käyttö, puutteelliset otsikoinnit ja vanhentunut informaatio (Speirs ym. 2008), eivätkä ne tue riittävästi potilaan selviytymistä (Salanterä ym. 2005). Terveysaineistot ovat liian laajoja (Salanterä ym. 2005) ja sisältävät usein päällekkäisyyksiä, mutta tietyille potilasryhmille tarjontaa ei ole lainkaan (Parkkunen ym. 2001, 9). Esimerkiksi sairaalan jokaisessa hoitoyksiköissä voi olla omat potilasohjeet kustakin hoitotoimenpiteestä. Vastaavasti erityisryhmille, kuten etnisille vähemmistöille materiaaleja on harvoin saatavilla.

Tutkimusten perusteella esimerkiksi aivohalvaus- ja syöpäpotilaille suunnattu potilasohjausmateriaali on liian kehittynyttä ja vaikeaselkoista valtaosalle potilaista (Langbecker 2012). Vain pieni osuus saatavilla olevasta potilasohjausmateriaalista perustuu todellisuudessa näyttöön (Langbecker 2012). Huoli siitä, että terveystietomateriaalit saattavat sisältää epätäydellistä, virheellistä tai virheellisesti painottunutta informaatiota on johtanut erilaisten potilasohjeiden arviointimittareiden kehittämiseen (Langbecker 2012).

4.1 Potilaan hyödyntäminen ohjausmateriaalin arvioinnissa

Potilaan hyödyntäminen kirjallisen ohjausmateriaalin testaamisessa on havaittu hyödylliseksi keinoksi parantaa materiaalin laatua (Sadowski, 2011) Potilaiden suorittamissa arvioinneissa tulisi erityisesti kiinnittää huomio ohjeiden luettavuuteen kuten esimerkiksi tekstin fonttikokoon ja kirjasintyyliin. Potilas tyypillisesti lukee saamiaan ohjeita tilanteessa, johon sisältyy sairaudesta johtuvaa stressiä ja se osaltaan heikentää huomiokykyä ja luetun ymmärtämistä. Siksi potilaat tarvitsevat informaatiota, joka on muotoiltu siten, että lukeminen

on helppoa. Potilaat, jotka voivat helposti lukea saamiaan potilasohjeita, todennäköisemmin myös noudattavat niitä ja siksi terveydenhuollon ammattilaisten tulee säännöllisesti testata potilasohjeiden toimivuutta potilailla (Eyles ym. 2003).

Vaikka potilasohjeiden arviointi on tämän tutkimuksen keskeisen tarkastelun kohteena, on potilasnäkökulman ymmärtämiseksi ohjeiden arvioinnissa perusteltua esitellä muutamia tutkimusnäkökulmia potilastyytyväisyyteen. Potilastyytyväisyys määrittää potilaan aikomusta käyttää palveluja uudelleen, vaihtaa palvelun tarjoajaa tai kertoa palvelukokemuksestaan eteenpäin (Ladhari & Rigaux-Bricmont 2013). Potilastyytyväisyyttä on määritelty tutkimuksissa perinteisesti kognitiivisten mallien kautta (ks. esim. Wicks & Chin 2008, Atkinson & Medeiros 2009, Dabney & Tzeng 2013), jossa asiakas prosessoi ja vertaa sairaalakokemustaan ennako-odotuksiinsa esimerkiksi kommunikaation osalta. Potilastyytyväisyyttä on viime vuosina tarkasteltu myös affektiivisten selitysmallien avulla, joissa tarkastelun kohteena ovat potilaan emootioiden synnyttämät reaktiot käyttäytymisessä. Tapahtumat, jotka herättävät positiivisia tunteita kuten turvallisuus, itsenäisyys, vapaus, lämpö, luottamus ja jatkuvuus, ovat tekijöitä jotka potilaat yhdistävät hoidon laatuun. Vastaavasti tekijät, jotka eivät herätä potilaassa tunteita, eivät myöskään näytä synnyttävän laatukokemuksia (Ladhari & Rigaux-Bricmont 2013).

Potilastyytyväisyyttä on tarkasteltu ja selitetty eri tutkimuksissa sosiodemografisten tekijöiden perusteella. Tarkasteluissa nousee esiin, että ikä, heikko sosioekonominen asema tai terveydentila näyttäisi vaikuttavan potilastyytyväisyyteen (Jaipaul & Rosenthal 2003, Atkinson & Medeiros 2009). Esimerkiksi vanhuksat eivät ole tottuneet kriittisesti arvioimaan terveydenhuollon palveluja (Bowling 2002, Thiedke 2007). Potilastyytyväisyyteen näyttäisi myös vaikuttavan potilaan aikaisemmat kokemukset hoidostaan (Williams ym. 1998). Arvio tyytyväisyydestä voi vahvistua tai heikentyä erilaisten suodattamien tai tilannetekijöiden kautta (Atkinson & Medeiros 2009).

Eräs tapa esittää asiakkaiden tai potilaiden arviointeja tyytyväisyydestä on liiketaloustieteessä ja erityisesti markkinatutkimuksissa käytetty ns. top box –arvosana. Top box –arvosanalla tarkoitetaan niiden vastausten prosentuaalista osuutta, jotka antavat parhaan mahdollisen arvosanan. Tutkimusten perusteella tiedetään, että potilaiden tyytyväisyys saamaansa hoitoon tai palveluun vaikuttaa terveyskäyttäytymiseen: ne jotka antavat parhaan mahdollisen arvosanan kokemuksestaan, sitoutuvat parhaiten saamiinsa hoito-ohjeisiin ja

asiakassuhteeseen (Pascoe 1983, Otani, 2009, Kessler & Mylod 2011).

4.2 Potilasohjausmateriaalin arviointityökalut

Kansainvälisellä tasolla kirjallisen potilasohjausmateriaalin arvioimiseen on viime vuosina kirjallisuudessa esitelty useita hyödyllisiä mittareita. Potilasohjeiden arviointiin ei kuitenkaan ole saatavilla yhtä universaalisti hyväksyttyä työkalua (Sadowski, 2011), ja on olemassa niukasti tutkimuksia, joissa ylipäätään on vertailtu arviointityökaluja keskenään tai pureuduttu siihen mikä arviointityökalu olisi sopivin potilasohjausmateriaalin arvioimiseen (Luk & Aslani, 2011).

Arviointimittareiden rajoituksena on se, että ne ovat tutkijakeskeisiä ja ensisijaisesti keskittyvät dokumentin fyysisiin ominaisuuksiin erityisesti luettavuuden, esitystavan ja muotoilun suhteen (Luk & Aslani, 2011). Moulton ym. (2004) mukaan harvat mittarit arvioivat potilasohjeita yleisesti vaan useimmissa mittareissa on erityinen painopiste, kuten esimerkiksi kirjallisten lääkeohjeiden arviointi. Lisäksi useissa käytetyissä mittareissa johdonmukainen validiteetin ja reliabiliteetin testaus puuttuvat (Moult ym. 2004, Luk & Aslani 2011).

Seuraavalle sivulle taulukkoon 1 on koottu yhteenveto kirjallisuudessa keskeisesti esiintyvistä käytetyistä potilasohjeiden arviointimittareista. Ohjausmateriaalien sisällön ja soveltuvuuden arvioinnissa toimivat esimerkiksi SAM, EQIP ja AHEC -mittarit. Potilaan suorittamaan materiaalien arviointiin soveltuvat esimerkiksi Materials Evaluation Questionnaire tai eri hoitovaihtoehtojen osalta DISCERN, joka on hyvin laajalti käytetty eri maissa. Tässä tutkimuksessa kirjallisia lääkeohjeita koskevat arviointityökalut on rajattu tarkastelun ulkopuolelle.

TAULUKKO 1. Yhteenvedo kirjallisten potilasohjeiden arviointityökaluista

Mittari	Tekijä	Kuvailu, missä käytetty	Sisältö
Materials Evaluation Questionnaire	Gibson ym. 1991	Arviointityökalu potilaille ja terveydenhuollon ammattilaisille erityisesti perhelääkäreiden vastaanotoilla käytettyjen potilasohjausmateriaalien osalta.	30 kysymyksen lomake terveydenhuollon ammattilaisille sekä 15 kysymyksen lomake potilaille. Arviointi kohdistuu materiaalin ulkoasuun, sisältöön, käytettävyyteen ja tarkoitukseen.
DISCERN	Charnock, D. 1999	Arviointityökalu potilaille ja terveydenhuollon ammattihenkilöille koskien eri hoitovaihtoehtoja esittelevää kirjallista materiaalia. Esim. Shepperd 2002, Langbecker 2012.	16-kohtainen mittari Likertin asteikolla 1-5. Arvioi mm. ohjeen luettavuutta ja sisältöä eri hoitovaihtoehtojen osalta.
SAM	Doak ym. 1994	Arviointityökalu terveydenhuollon ammattilaiselle materiaalien sopivuuden arvioinnissa ja räätälöinnissä potilaille. Esim. Griffin ym. 2003; Eames ym. 2003; Hoffmann & Ladner 2012.	22-kohtainen lista, joka on ryhmitelty sisällön, lukutaidon tasovaatimuksen, grafiikan, asettelun ja oppimismotivaation sekä kulttuurisen sopivuuden osa-alueille.
AHEC	Wilson F.L. 2000	Arviointityökalu terveydenhuollon ammattilaisille materiaalien sopivuuden arvioinnissa heikomman lukutaidon omaaville lukijoille. Esim. Vallance, 2008.	17-kohtainen tarkistuslista, joiden avulla arvioidaan materiaalin rakennetta, kirjoitustyyliä, ulkoasua ja vetovoimaa.
EQIP	Moult ym. 2004	Arviointityökalu terveydenhuollon ammattilaisille. Antaa selkeät toimintaohjeet saatujen pisteiden perusteella. Esim. Charvet-Berard ym. 2008, Vaona ym. 2011, Pringle ym. 2013.	20 kysymystä, kyllä/ei vastausvaihtoehdoin. Arvioi kirjallisen materiaalin laatua mm. informaation täydellisyyden, ulkomuodon, ymmärrettävyyden ja käytettävyyden tasoilla.
Analyysikehys	Salanterä ym. 2005	Suomessa käytetty arviointityökalu terveydenhuollon ammattilaiselle tai tutkijalle, pohjautuu useisiin eri mittareihin, kuten DISCERN ja SAM. Mittaria ei ole testattu potilailla. Esim. Laiho 2008.	Arvioi ohjausmateriaalia ulkoasun, opetuksellisuuden, sisällön tason, luettavuuden, kielellisten ja rakenteellisten ratkaisujen osa-alueilla.
The tripartite model of communicative effectiveness	Garner ym. 2012	Kolmivaiheinen arviointimalli terveydenhuollon ammattilaisille.	Arvioi kirjallisen ohjeen luettavuutta, ymmärrettävyyttä ja kommunikatiivista tehoa.

Luk & Aslanin (2011) mukaan arviointityökaluissa on vasta viime vuosina keskitytty tekstin ja lukijan väliseen vuorovaikutukseen sekä lukijan tekemiin havaintoihin lukemansa tekstin ymmärrettävyyden, laadun, käytettävyyden tai sopivuuden suhteen. Hyvä esimerkki tästä on taulukossa 1 esitelty Garnerin ym. (2012) The tripartite model of communicative effectiveness –arviointityökalu potilasohjausmateriaalien arviointiin.

Garnerin ym. (2012) mukaan potilas käy läpi kolmivaiheisen prosessin lukiessaan potilasohjetta: Ensimmäiseksi potilaan tulee kyetä lukemaan teksti loppuun saakka. Lukemansa tekstin pohjalta potilas pystyy rakentamaan ymmärrettävän ja koherentin merkityksen lukemalleen ja vasta ymmärrettyään lukemansa potilas pystyy reagoimaan siihen. Reaktio voi olla kognitiivinen, affektiivinen tai käyttäytymisessä näkyvä. Tämän tiedon pohjalta he esittelivät tutkimuksessaan kolmiosaisen potilasohjeiden arviointimallin, joka kohdistui tekstin luettavuuteen, ymmärrettävyyteen sekä kommunikatiiviseen tehoon. Luettavuus piti sisällään sekä visuaalisen että kielellisen aspektin. Luettavuutta mitattiin eri luettavuustesteillä. Tekstin ymmärrettävyyttä mitattiin sanasto- ja kielioppitesteillä. Lisäksi ymmärrettävyyttä testattiin monivalintatehtävillä, joissa lukijan täytyi olla ymmärtänyt teksti päätyäkseen oikeaan vastausvaihtoehtoon. Arviointimallin kolmannessa osassa keskityttiin siihen, mikä potilaan reaktio ohjeeseen esimerkiksi annettujen ohjeiden noudattamisen suhteen. Potilasohjeen kommunikatiivinen teho oli matala, mikäli potilas jätti noudattamatta annettuja ohjeita sen vuoksi, ettei hän ollut ymmärtänyt lukemiaan ohjeita. Vastaavasti potilasohje voi olla kommunikatiivisesti tehokas silloin, jos potilas luettuaan ohjeet on ymmärtänyt ne ja tietoisesti harkinnan perusteella päättää olla noudattamatta annettuja ohjeita (Garner 2012).

4.3 Luettavuus- ja lukutaitotestit potilasohjeiden arvioinnin ja suunnittelun tukena

Potilasohjeiden arvioinnissa ja suunnittelussa on lisäksi hyödynnetty erilaisia universaaleja työkaluja tekstin kielellisten seikkojen kuten luettavuuden ja tekstin ymmärrettävyyden osalta. Luettavuusmittareita ja tekstin ymmärtämisen arviointityökaluja käytetään myös yleisesti kouluissa ja oppilaitoksissa oppilaiden lukutaidon tason määrittämiseksi. Luettavuustestien käyttö on hyödyllistä erityisesti silloin, kun potilaat ovat mukana materiaalien suunnittelussa.

Luettavuustestejä on kritisoitu siitä, että ne antavat pelkästään yksipuolisen ja mekaanisen varmistuksen siitä, että potilaat todennäköisesti pystyvät lukemaan läpi potilasohjeen. Luettavuustestit eivät tuota informaatiota tekstin ymmärrettävyydestä tai kirjallisten materiaalien vaikutuksista pitkällä aikavälillä. Ne eivät myöskään ole tarpeeksi herkkiä erottelamaan monimutkaista terveydenhuollon terminologiaa (Garner ym. 2012). Dixon-Woodsin (2001) mukaan potilasohjeiden arvioinnissa luettavuuteen keskittyminen johtuu

potilasohjeiden tavoitteisiin liittyvistä käsityksistä potilaan opetuskeinona ja henkilökunnan ajan säästämisenä.

Potilaan terveydenlukutaito tulee huomioida silloin, kun asiakkaat arvioivat potilasohjeita. Potilasohje saattaa täyttää suositukset luettavuutensa suhteen, mutta saattavat soveltua huonosti potilaille, joiden terveydenlukutaito on matala. Tästä syystä terveydenlukutaidon testejä tehdään ohjausmateriaalin arvioinnin ohessa, jolloin voidaan arvioida materiaalin sopivuutta. (Luk & Aslani, 2011). Terveydenhuollossa luettavuuden arviointimittareita voidaan hyödyntää lisäksi myös matalamman lukutaidon tason omaavien ohjauksen suunnittelussa esimerkiksi aivotuumoripotilaiden kohdalla (Langbecker 2012).

Materiaalien ja dokumenttien luettavuutta on yleisimmin mitattu Fry Readability Graph, SMOG, Flesch-Kincaid ja Flesch Reading Ease –työkaluilla. Erityisesti potilaiden terveydenlukutaidon tason mittaamiseen soveltuvia testejä ovat REALM ja S-TOHFLA. Seuraavalle sivulle on koottu yhteenveto kirjallisuudessa keskeisesti esiintyvistä käytetyistä luettavuus- ja lukutaitotesteistä (Taulukko 2).

TAULUKKO 2. Yhteenvedo tekstin luettavuus- ja lukutaitotesteistä

Mittari	Tekijä	Kuvailu, missä käytetty	Sisältö
Flesch Reading Ease	Flesch, R. 1948	Eräs vanhimpia ja tarkimpia luettavuustestejä, jota on laajalti käytetty mm. Word-dokumenttien, oppilaitosmateriaalien ja sanomalehtijulkaisujen luettavuuden arvioinnissa. Arviointi kohdistuu lauseen ja sanojen pituuteen. Saatavilla useissa tekstinkäsittely-ohjelmissa kuten Microsoft Office Word. Esim. Schmitt & Prestigiacomo 2013.	Mittari laskee keskimääräisen lauseen pituuden (sanojen lukumäärät) ja sanan pituuden (tavujen lukumäärät). Luvut lasketaan yhteen ja tulos pisteyttää tekstin luettavuuden välillä 0-100 (0=erittäin vaikealukuinen-100=erittäin helppolukuinen). Potilasohjeen luettavuus tulisi pisteytykseltään olla yli 80.
Cloze formula	Taylor, W.L. 1953	Arviointi kohdistuu sekä luettavuuteen että luetun tekstin ymmärtämiseen. Esim. Garner ym. 2012; Bormuth, 1967.	Tekstin joka viides sana peitetään ja lukija täyttää puuttuvan sanan tekstistä. Lukijan tulee olla ymmärtänyt tekstin sanoma voidakseen täyttää tyhjät kohdat oikein.
Fry Readability Graph	Fry, E. 1968	Määrittää yleisesti lukutaidon tasoa perustuen tekstissä esiintyvien tavujen lukumäärään lauseessa. Esim. Langbecker 2012.	Potilasohjeesta erotetaan 3 erillistä 100 lauseen kappaletta, joiden lukumäärä sijoitetaan Fryn taulukkoon lukutaidon tason määrittämiseksi.
Wiion luettavuuskaava	Wiio, A. 1968	Arviointiväline suomenkielisten asiategsten luettavuuden arviointiin. Esim. Laiho 2008.	Tekstin luettavuus määritellään suhteellisena luokkatasona laskemalla matemaattisen kaavan avulla tekstissä olevien pitkien sanojen esiintyvyys 100 sanaa kohden.
Simplified Measure of Gobbledygook (SMOG)	Mc Laughlin, 1969	Mittaa tekstin luettavuutta monitavuisien sanojen osalta. Esim. Langbecker 2012.	Laskee dokumentin 30 lauseen osalta monitavuiset sanat, jonka pohjalta määrittelee lukutaidon tason indeksiluvuilla 0-13.
Flesch-Kincaid Grade Level	Flesch, R.F. 1979	Arviointi kohdistuu yleiseen lauseen pituuteen ja tavujen lukumäärään sanoissa. Esim. Langbecker 2012.	Tuottaa taulukon avulla vaaditun koulun luokka-asteen, minkä tekstin ymmärtäminen lukijalta vaatii.
The Test of Functional Health Literacy in Adults (TOFHLA)	Parker ym. 1995	Yksi kattavimpia mittareita, mittaa monipuolisesti kirjallisen ja numeerisen informaation ymmärrystä. Esim. Serper ym. 2014. Testi on aikaavievä, joten siitä on tehty potilaskäyttöön myös lyhennetty versio S-TOFHLA, esim. Baker ym. 1999.	Luetun ymmärtämisen testi sisältää 3 tekstipätkää esim. tutkimukseen valmistautumis-ohjeista, joihin potilas täydentää tekstistä poistettuja kohtia sanalistasta valitsemallaan termillä. Numeerista kykyä mittaavassa 17-osaisessa testissä testataan mm. lääkeannostusohjeen ymmärtämistä.

Koska terveydenhuollon tieto on luonteeltaan jatkuvasti muuttuvaa, potilasohjeiden säännöllinen arviointi on välttämätöntä, jotta kirjallisen potilasohjausmateriaalin korkea laatu voidaan varmistaa (Moult, ym. 2004). Ohjauksen vaikuttavuutta voidaan tarkastella yksilön kokemuksen kautta tai laajemmalti taloudellisten, kansanterveydellisten sekä yhteiskunnallisten hyötyjen näkökulmista (Kyngäs ym. 2007, 145). Arvioinnin tulisi olla osa potilasohjeiden tuotantoketjua ja aineiston arviointi osa laajempaa terveyden edistämisen ohjelmien arviointia (Parkkunen ym. 2001, 9). Arviointituloksia voidaan käyttää yksittäisen potilaan hoitoa koskevassa päätöksenteossa sekä terveystieteiden linjausten pohjana (Mäkelä & Kaila 2007, 173-184).

5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSKYSYMYKSET

Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää millaiseksi potilaat arvioivat saamansa potilasohjeet Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä. Lisäksi tutkimuksessa tarkasteltiin arviointiin kehitetyn mittarin luotettavuutta.

Tutkimuskysymykset ovat:

1. Millaiseksi potilaat arvioivat potilasohjeet?
 - 1.1 Miten potilaiden arvioinnit potilasohjeista vaihtelevat sukupuolen, iän ja koulutustaustan mukaan?
 - 1.2 Miten potilaan sukupuoli, ikä ja koulutus ovat yhteydessä potilaan tyytyväisyyteen saamiinsa potilasohjeisiin?
 - 1.3 Millaisista asioista potilaat erityisesti pitivät tai eivät pitäneet potilasohjeissa?
 - 1.4 Mikä on potilasohjeen tarkoitus potilaan näkökulmasta?

2. Millainen on tutkimuksessa käytetyn mittarin luotettavuus?

6 TUTKIMUSAINEISTO JA -MENETELMÄT

6.1 Aineistonkeruun lähtökohdat ja tutkimusprosessin kulku

Tämän pro gradu –tutkielman lähtökohdaksi on Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä vuosina 2011-2013 toteutunut Potilasohjaus vaikuttavaksi (Poiju) –hanke. Hankkeen eräänä tavoitteena oli kehittää potilasohjausta ja yhtenäistää sairaanhoitopiirin kirjalliset potilasohjeet. Hankkeessa laadittiin kriteerit hyvälle potilasohjeelle hoitohenkilöstön työkaluksi potilasohjeiden tarkistamista ja arviointia varten. Yhtenä kriteerinä on, että jokaisen käytössä olevan potilasohjeen on arvioinut vähintään viisi potilasta ennen ohjeen käyttöönottoa. Tässä tutkimuksessa kehitetään potilaille väline potilasohjeiden arviointiin.

Oheisessa kuviossa on esitelty tutkimusprosessin aikataulullinen eteneminen (kuva 1).



KUVA 1. Tutkimusprosessi

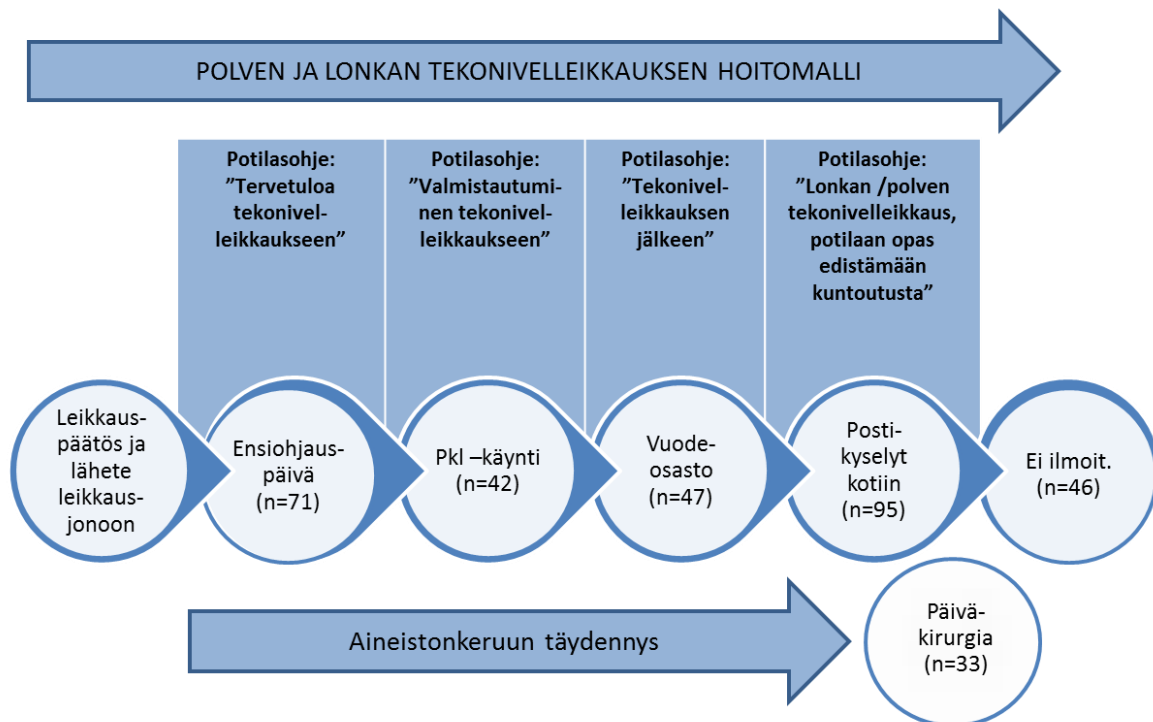
Tutkimusprosessi aloitettiin koostamalla kirjallisuuskatsaus kirjallisten potilasohjeiden laadun arviointiin liittyen. Loka-joulukuun 2012 aikana suoritettiin tietokantahaut Medline, CINAHL, PubMed, Medic sekä Cochrane –tietokannoista. Hakusanat olivat: “health promotion” + “empower*” + “patient education”; “patient education handout” or “patient education leaflet” and “quality”; “written patient information”; “potilasohj*” ja “terveyden

edistäminen”. Tietokantahaku rajattiin termeillä years 2000-2012, peer-reviewed articles sekä kieleksi määriteltiin englanti tai suomi. Artikkeleiden valintakriteerinä oli sairaalahoidossa toteutettu terveysneuvonta tai kirjallisten potilasohjeiden arviointi. Poissulkukriteereinä oli muuta kuin terveydenhuollossa annettavaa potilasohjausta sekä kirjallisten lääkeohjeiden arviointi. Lisäksi haettiin muutamia tieteellisiä artikkeleita ja julkaisuja review- ja tutkimusartikkeleiden lähdeviittauksista. Joitakin yksittäisiä lehtikohtaisia hakuja suoritettiin esimerkiksi Patient Education Counseling -julkaisusta. Tutkimuksen empiirinen toteutusvaihe alkoi syksyllä 2013 potilasohjeiden arviointimittarin rakentamisella. Kirjallisuuskatsaus päivitettiin kesällä 2014.

6.2 Aineiston kuvaus ja aineistonkeruu

Tutkimuksen aineistonkeruu toteutettiin kyselynä Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä 22.11.2013-28.2.2014 välisenä aikana ja tutkimusaineistoon sisällytettiin kaikki aineistonkeruuajana palautuneet vastaukset. Tutkimuksen kohdejoukoksi valikoitui polven ja lonkan tekonivelleikkauksen hoitoprosessin potilasohjeet. Tutkimuksen toteutuksen kannalta potilasohjeiden arviointiin oli mielekästä valita potilasryhmä, jolla oli selkeä, äskettäin kehitetty hoitomalli sekä tähän liittyvät yhtenäiset potilasohjeet. Lonkan ja polven tekonivelleikkausten hoitoprosessi perustuu Biometin Rapid Recovery®, nopean toipumisen – hoitomalliin (Suikkonen & Raappana 2013). Nopean toipumisen hoitomallin tavoitteena on potilaiden varhainen mobilisointi leikkauksen jälkeen sekä nopea kotiutuminen (Bandholm & Kehlet 2012, Jans ym. 2012, Munk ym. 2012).

Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä on yhtenäistetty potilasohjauksen käytänteitä ja ohjauksen tueksi on laadittu uudet kirjalliset potilasohjeet annettavaksi kaikille potilaille tekonivelleikkauksen hoitoprosessin eri vaiheissa pitäen sisällään ensiohjauspäivän, leikkausta edeltävän polikliinisen ohjauskäynnin, vuodeosaston hoitojakson kotiutusvaiheen sekä fysioterapeutin antaman kuntoutusohjauksen. Kuvassa 2 on esitetty aineistonkeruun eteneminen arvioitujen ohjeiden osalta sekä arvioitujen lomakkeiden määrä.



KUVA 2. Tutkimuksen aineistonkeruun eteneminen ja palautuneiden vastausten lukumäärät.

Kyselyissä potilaita pyydettiin osallistumaan nimettöminä potilasohjeiden arviointiin. Aineistonkeruuseen sisällytettiin myös vuonna 2013 jo aiemmin tekonivelleikkaukseen osallistuneita potilaita, joille postitettiin kyselylomake ja potilasohje kotona arvioitavaksi. Postikyselyyn osallistuvat tutkimushenkilöt valittiin vuodeosaston henkilökunnan toimesta. Vuodeosaston henkilöstöllä oli käytössä potilastietojärjestelmään pääsyä varten erilliset tutkijatunnukset tutkimushenkilöiden valintavaiheessa. Tutkijalla ei ollut pääsyä potilastietojärjestelmään potilaiden tietojen hakemiseksi missään vaiheessa tutkimusta. Palautuneet vastauskuoret noudettiin vuodeosastolta vastausajan päätyttyä.

Potilaita tiedotettiin suullisesti kyselyyn osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja he saivat myös kirjallisen tiedotteen tutkimuksesta (Liite 1). Vastaavasti myös tutkimukseen osallistuneiden yksiköiden henkilöstöä informoitiin tiedotustilaisuuksilla, kirjallisilla tiedotteilla (Liite 2) sekä säännöllisillä tapaamisilla. Kyselylomake (Liite 3) jaettiin tekonivelleikkaukseen kutsuille potilaille ensiohjauspäivissä aineistonkeruuaikana yhteensä seitsemänä maanantai-iltapäivänä. Lisäksi kyselylomake jaettiin leikkausta edeltävän poliklinikkakäynnin yhteydessä, kun potilas oli saanut luettavakseen potilasohjeen. Potilaalla oli mahdollisuus halutessaan ottaa kyselylomake mukaan kotona täytettäväksi ja palauttaa vastaus postitse hoitavaan yksikköön. Vuodeosaston hoitajaksolla potilaat saivat ennen kotiutumistaan

ohjauksen omalta hoitajaltaan, joka antoi kyselylomakkeen täytettäväksi ja palautettavaksi ennen kotiutumistaan. Taulukkoon 3 on koottu yhteen lonkan ja polven tekonivelleikkauksen hoitomallin osalta tarkasteltavat potilasohjeet.

TAULUKKO 3. Yhteenvedo tutkimuksessa tarkasteltavista potilasohjeista lonkan ja polven tekonivelleikkauksen hoitomallissa (n=5).

Potilasohjeen nimi	Potilasohjeen kuvailu
Valmistautuminen tekonivelleikkaukseen	Koko A5, 14 sivua. Kuvia 6 kpl. Ohjeessa on myös väritettyjä muistilaatikoita. Sisältää tietoa tekonivelistä ja –materiaaleista sekä ohjeita leikkaukseen valmistautuvalle. Ohjeen lopussa koosteena muistilista keskeisistä asioista ja tilaa omia muistiinpanoja varten. Takakannessa mainitaan keskeiset yhteystiedot.
Tervetuloa tekonivelleikkaukseen	Koko A5, 10 sivua. Kuvia 2 kpl. Ohjeessa on myös väritettyjä muistilaatikoita ja tyhjiä kohtia ohjauksikäynnin yhteydessä täytettäväksi esimerkiksi lääkityksen ja leikkauksen päivän osalta. Sisältää tietoa mm. leikkaukseen valmistautumisesta, toimenpiteen kulusta ja kotiutumiskriteereistä. Takakannessa mainitaan osaston yhteystiedot.
Tekonivelleikkauksen jälkeen	Koko A5, 10 sivua. Kuvia 2 kpl. Sisältää tietoa kotiutumisesta ja haavan hoidosta kotona. Lisäksi ohjeessa esitellään mahdollisia ongelmatilanteita ja leikkauksen jälkeen esiintyviä oireita kuten mustelmat, turvotus tai mielialan vaihtelut. Ohjeen takakannessa mainitaan yhteystiedot. Loppuun varattu tilaa omia muistiinpanoja varten.
Lonkan tekonivelleikkaus, potilaan opas tukemaan kuntoutusta	Koko A5, 10 sivua. Kuvia 13 kpl. Fysioterapeutin kuntoutumisohjeet, sisältää kuvitetut tiedot kyynärsauvoilla kävelystä ja liikeharjoituksista. Ohjeessa myös tyhjää tilaa ohjauksen yhteydessä täytettäväksi esim. leikatulla jalalla varaamisesta leikkauksen jälkeen.
Polven tekonivelleikkaus, potilaan opas tukemaan kuntoutusta	Koko A5, 10 sivua. Kuvia 14 kpl Fysioterapeutin kuntoutumisohjeet, sisältää kuvitetut tiedot kyynärsauvoilla kävelystä ja liikeharjoituksista. Ohjeessa myös tyhjää tilaa ohjauksen yhteydessä täytettäväksi esim. leikatulla jalalla varaamisesta leikkauksen jälkeen.

Aineistonkeruuta täydennettiin tammi-helmikuussa 2014 päiväkirurgian ortopedisten toimenpiteiden potilasohjeilla aineiston riittävän koon varmistamiseksi. Ortopedisia päiväkirurgisia toimenpiteitä voivat olla jalkaterän, nilkan tai ranteen toimenpiteet. Seuraavalle sivulle on koottu yhteen tässä tutkimuksessa tarkasteltavat päiväkirurgiset potilasohjeet (taulukko 4).

TAULUKKO 4. Yhteenvedo tutkimuksessa tarkasteltavista päiväkirurgian potilasohjeista (n=10).

Päiväkirurgiset potilasohjeet	
Potilasohjeen nimi	Potilasohjeen kuvailu
Dupuytren kontraktuuraleikkaus	Koko A4, 2 sivua. Piirroksia (4 kpl) liikeharjoitteista. Sisältää tiedot diagnoosista sekä kuvauksen toimenpiteestä. Ohjeessa kerrotaan haavan ja kivun hoito sekä kotihoito leikkauksen jälkeen. Ohjeessa tyhjä kohta, jonka hoitaja voi täyttää ompeleiden poistoon liittyen. Yksikön yhteystiedot on mainittu.
Polventähystys kotihoito-ohje	Koko A4, 2 sivua. Liikeharjoitteet havainnollistettu kuvilla, joita 3 kpl. Ohjeessa kerrotaan polventähystyksen jälkeisestä kivusta ja haavan hoidosta. Ohjeessa on myös harjoitusohjeita liikkuvuuden ja lihasvoiman palauttamiseksi.
Kotihoito-ohjeita olkanivelen kiertäjäkalvosimen leikkauksen jälkeen	Koko A4, 2 sivua. Fysioterapeutin antama ohje, jossa kerrotaan vammasta ja leikkaushoidosta. Olkanivelen anatomia on havainnollistettu piirroksin (2kpl). Toisella sivulla on taulukko, jossa käydään läpi olkanivelen paranemista edistävät ja kipua pahentavat toimet.
Kävelyohje kantakengän kanssa	Koko A4, yksisivuinen. Sauvoilla kävely on havainnollistettu kuvien (3kpl) avulla. Ohjeessa on tyhjä kohta, johon fysioterapeutti täyttää milloin leikattuun jalkaan voi varata.
Ommellun haavan kotihoito-ohje	Koko A4, yksisivuinen. Sisältää ohjeet haavan hoitoon sekä tyhjän kohdan täyttäväksi ompeleiden poistamista varten. Ohjeessa on maininta, milloin potilaan tulee ottaa yhteys terveyskeskukseen. Yksikön yhteystiedot voidaan täyttää tyhjille riville.
Päiväkirurgiseen toimenpiteeseen tulevalle	Koko A4, yksisivuinen. Ei kuvia. Sisältää tiedot toimenpiteeseen valmistautumisesta, kuten esim. ravinnosta, olo, lääkkeet. Ohjeessa mainitaan potilaalle aiheutuvat kustannukset sekä yksikön yhteystiedot.
Sauvakävelyohje	Koko A4, 2 sivua. Kuvia 5 kpl, joissa havainnollistetaan sauvoilla kävely. Ohjeessa myös tyhjä kohta täytettäväksi jalalla varaamisesta sekä fysioterapeutin yhteystiedot.
Olkapään tähystys	Koko A4, 2 sivua. Ei kuvia. Ohje käsittelee toimenpiteen jälkeistä kipua, haavan hoitoa sekä asento- ja liikehoitoa. Ompeleiden poistoa käsittelevässä osuudessa jätetty tyhjä kohta hoitohenkilöstön täytettäväksi. Ohjeessa opastetaan, milloin otettava yhteys lääkäriin. Yhteystiedot on mainittu ohjeessa.
Rannekanavaoireyhtymä	Koko A4, 2 sivua. Ohjeessa kerrotaan haavan hoidosta ja kivusta. Liikeharjoitteet on havainnollistettu piirroksin (6kpl).
Jalkakirurginen potilasohje	Koko A4, 2 sivua. Kerrottu vaivasta, johon leikkausta tarvitaan ja esitellään vaivaan liittyvät tavallisimmat leikkaustoimenpiteet hoito-ohjeineen. Ohjeessa on tyhjä kohta täytettäväksi ompeleiden poistamista varten. Liikeharjoitteet on havainnollistettu piirroksin (3kpl). Ohjeessa opastetaan, milloin otettava yhteys lääkäriin. Yhteystiedot on mainittu.

Vastausajan päättyessä täytettyjä kyselyitä oli palautunut yhteensä 339 kappaletta. Näiden joukosta viisi kyselylomaketta oli lähes kokonaan jätetty täyttämättä, joten ne päädyttiin jättämään aineiston tilastollisen analyysin ulkopuolelle. Tutkimukseen sisällytettiin siten 334 potilaan vastaukset. Vastausprosentit jakautuivat aineistonkeruun eri vaiheiden osalta seuraavasti:

- Preoperatiivinen ohjaukseynti: 30 % (n=42), kyselylomake jaettiin 141 potilaalle,
- osasto 21: 27 % (n=47), aineistonkeruuaikana hoidettiin 174 polvi- tai lonkkaproteesipotilasta,
- ensiohjauspäivät 7 kpl: 46 % (n=71), osallistuneita potilaita yhteensä 155,
- postikysely: 58 % (n=95), kysely postitettiin 164 potilaalle ja
- päiväkirurgia: 40 % (n=33), kyselylomake jaettiin 83 potilaalle.

Päiväkirurgisia potilasohjeita on tarkasteltu tämän tutkimuksen aineiston analyyseissä yhtenä kokonaisuutena, sillä potilaiden suorittamista arvioinneista vain noin 10 % (n=33) koski päiväkirurgisia ohjeita. Näin ollen yksittäisiä arvioituja päiväkirurgisia potilasohjeita on tutkimusaineistossa muita ohjeita vähemmän. Tutkittavien henkilö- tai yhteystiedot eivät ole olleet tutkijan käytössä tutkimuksen missään vaiheessa, vaan kaikki täytetyt vastauslomakkeet palautuivat nimettöminä.

6.3 Tutkimuksessa käytetyn mittarin rakentaminen

Tässä tutkimuksessa käytetty mittari on laadultaan asennetesti (Attitude Inventory), jolle tyypillistä on mielipiteen mittaaminen Likert-tyyppisellä asteikolla (ks. esim. Metsämuuronen 2009). Kyselylomake pohjautuu Gibsonin ym. (1991) kehittämään Materials Evaluation Questionnaire –mittariin, jota on muokattu ja sovellettu tämän tutkimuksen tarkoituksiin. Kyseistä mittaria päädyttiin hyödyntämään tässä tutkimuksessa koska mittarin reliabiliteetti oli todettu alkuperäistutkimuksessa korkeaksi testattaessa kyselylomaketta usealla potilasryhmällä. Lisäksi kyselylomake oli yksinkertainen ja sopivan lyhyt potilaiden täytettäväksi. Kyselylomakkeen käänös- ja muokkausvaiheessa hyödynnettiin tutkijoiden, terveydenhuollon ammattilaisten sekä tilastoasiantuntijan mielipiteitä ja ehdotuksia lomakkeen toimivuuden parantamiseksi.

Gibsonin ym. (1991) tutkimuksessa arvioitavat potilasohjeet (N=873) koskivat laajalti terveyden edistämisen sekä hyvinvoinnin eri osa-alueita kuten esimerkiksi tupakointia, alkoholin käyttöä, imetystä tai ruokavalio-ohjeita. Alkuperäisessä tutkimuksessa potilasohjeiden arviointiin osallistui yhteensä 992 potilasta. Kyselyssä vastaajia pyydettiin määrittämään potilasohjeen aihe ja heitä pyydettiin vastaamaan 15 väittämään valitsemalla vastausvaihtoehto viisiportaisesta Likertin asteikolla muodostetuista väittämistä. Väittämien vastausvaihtoehdot oli muodostettu numeerisella skaalalla 1-5: täysin eri mieltä (1), jokseenkin eri mieltä (2), jokseenkin samaa mieltä (4), täysin samaa mieltä (5). Asteikon keskikohta (3) oli nimeämätön. Lisäksi skaalan 1-5 ulkopuolella kyselylomakkeen reunassa oli vastausvaihtoehto N/A (ei voida arvioida). Kysymykset koskivat ohjeen ulkoasua (appearance), sisältöä (content) sekä hyödyllisyyttä (usefulness). Potilaita pyydettiin myös määrittämään ohjeen tarkoitus sekä kommentoimaan ohjetta. Ohjeen lopussa potilailta kysyttiin myös demografiset taustatiedot, joita olivat sukupuoli, ikä sekä koulutusaste (Gibson ym. 1991).

Tätä tutkimusta varten kyseinen Gibsonin ym. (1991) kyselylomakkeen vastausasteikko muutettiin aiemmasta viisiportaisesta (1-5) neliportaiseksi (1-4), jolloin keskimäinen ”ei eri eikä samaa mieltä” -vaihtoehto jäi pois. Tähän päädyttiin siksi, että vastauslomakkeesta tulisi selkeämpi kyselyyn vastaamisen sekä aineiston analysoinnin kannalta. Kyselylomakkeen reunaan jätettiin vastausvaihtoehto E (=ei voi arvioida). Tämä mahdollisti sen, että potilas voi olla arvioimatta väittämää, mikäli väittäjä ei potilaan mielestä sopinut arvioitavaan ohjeeseen. Kyselylomakkeen väittämiä myös muokattiin tai muotoiltiin uudelleen suomen kieleen sopivaksi. Kyselylomake esitettiin viidellä henkilöllä. Esitestaukseen osallistui yksi tutkimuksen ulkopuolinen riippumaton tutkija sekä kaksi terveydenhuollon ammattilaista ja kaksi potilasta.

6.4 Tutkimusmenetelmät ja aineiston analyysi

Kyselylomakeaineiston strukturoidut kysymykset analysoitiin tilastollisin tutkimusmenetelmin SPSS 20.0 -ohjelmalla. Tilastollisten testien merkitsevyytasoksi valittiin kaikkien testien osalta $p < 0,05$. Aineiston tarkastelu aloitettiin tarkastelemalla muuttujien frekvenssejä ja tunnuslukuja. Muuttujien jakaumien normaalisuutta tarkasteltiin havainnollisesti histogrammien avulla sekä Kolmogorov-Smirnov -testillä. Aineiston

tarkastelussa ilmeni, etteivät kaikki väittämät olleet normaalisti jakautuneita. Aineiston riittävän koon (N=334) vuoksi tilastollisissa analyyseissä päädyttiin käyttämään parametrisiä testejä, mutta analyysistä saadut tulokset varmistettiin myös vastaavilla ei-parametrisillä testeillä. Munron (2005) mukaan parametrisillä menetelmillä on useita etuja suhteessa ei-parametriin. Vaikka tekniikat ovat yleensä ottaen tasa-arvoiset, ovat parametriset menetelmät kuitenkin voimakkaampia ja joustavampia kuin ei-parametriset menetelmät, joten niiden käyttö on perusteltua. Ei-parametrisiä menetelmiä puoltavat pääsääntöisesti pienet aineistot tai aineiston vakavat vääristymät (Munro, 2005).

Muuttujia luokiteltiin uudelleen yhdistelemällä luokkia tutkimushenkilöiden demografisten taustatietojen osalta (ikä, koulutustausta). Kyselylomakkeen väittämien Likert-asteikollisten vastausvaihtoehtojen (1-5) osalta vaihtoehto 5 (= Ei voi arvioida) jätettiin pois analyyseistä luokittelemalla vastaus puuttuvaksi. Uudelleen luokiteltuja muuttujia tarkasteltiin ristiintaulukoinnilla ja ristiintaulukoinnin merkitsevyyttä testattiin χ^2 -riippumattomuustestillä, eli tarkasteltiin, oliko potilaiden vastauksilla ja taustamuuttujien välillä yhteyttä ja oliko ero todellista vai sattumanvaraista (ks. esim. Metsämuuronen 2009).

Kyselylomakkeen väittämistä muodostettiin summamuuttujat ulottuvuuksille ”sisältö”, ”ulkoasu” ja ”hyödyllisyys” mittarin eri osioiden tarkastelua varten. Mittarin rakennetta kokeiltiin varmistaa sekä eksploratiivisella että konfirmatorisella faktorianalyysillä (Lisrel). Faktorointimenetelmäksi valittiin useita ratkaisuja (PCA, principal axis factoring, unweighted least squares) sekä rotaatiomalleja (varimax, oblimin), mutta summamuuttujien jaotteluun päädyttiin lopulta Gibsonin ym. (1991) alkuperäistutkimuksessa määriteltyjen tarkasteltavien ulottuvuuksien perusteella. Kyselylomakkeen (Liite 3) ulottuvuuksista väittämät 1, 2 ja 4 (”Ohje herätti kiinnostukseni ensisilmäyksellä”, ”Ohje piti kiinnostustani yllä”, ”Pidän kuvituksesta”) kuvasivat vastaajan tyytyväisyyttä ohjeen ulkoasuun. Väittämät 3, 5, 6, 7, 13, 14 ja 15 (esim. ”Ohje on käytännöllinen”, ”Suosittelen tämän ohjeen käyttöä potilasohjauksessa”, ”Ohje on helppo ymmärtää”) mittasivat vastaajan mielipidettä potilasohjeen hyödyllisyydestä. Väittämät 8, 9, 10, 11 ja 12 (”Ohje auttaa minua muistamaan”, ”Ohjeen sanoma on tärkeä”, ”Ohje muuttaa jotain ajattelutavassani”) mittasivat vastaajan arviointia potilasohjeen sisällöstä. Lisäksi kaikista kyselylomakkeen väittämistä muodostettiin yksi yhteinen summamuuttuja jatkoanalyysijä varten. Kyselylomakkeen reliabiliteettia tarkasteltiin Cronbachin alfa -kertoimella lomakkeen eri osioiden summamuuttujien (sisältö, ulkoasu, hyödyllisyys) sekä yhteensä kaikkien väittämien osalta.

Kyselylomakkeen sisältöä, ulkoasua ja hyödyllisyyttä mittaavien ulottuvuuksien keskiarvojen eroja tarkasteltiin sukupuolten osalta Studentin t-testin avulla. Vastaavasti koulutusasteen ja iän suhteen keskiarvojen eroja tarkasteltiin yksisuuntaisella varianssianalyysillä. Keskiarvojen erojen tarkastelussa tulokset varmistettiin myös ei-parametrisillä analyysimenetelmillä sukupuolen (Mann-Whitney U-testi), sekä iän ja koulutuksen osalta (Kruskal-Wallis).

Binäärisen logistisen regressioanalyysin avulla selvitettiin vastaajan todennäköisyyttä olla tyytyväinen potilasohjeeseen suhteessa vaihtoehtoon tyytymätön tai vain osittain tyytyväinen selittävien tekijöiden osalta. Tutkimuksen riippuvina eli selittävinä muuttujina olivat sukupuoli, ikä ja koulutustaso, kun taas riippumattomana eli selitettävänä muuttujana oli tyytyväisyys potilasohjeeseen.

Binääristä logistista regressioanalyysiä varten muodostettiin dikotominen summamuuttuja ”tyytyväisyys”, jossa tarkasteltavana oli tyytyväisyydessä ylimpään kolmannekseen sijoittuneet (1) vs. alimpaan- ja keskikolmannekseen sijoittuneet (0). Tyytyväisyyttä tarkasteltiin kahden mallin avulla. Ensimmäisessä vaiheessa analyysi suoritettiin perusmallin avulla, jossa selittävinä muuttujina olivat ikä, koulutus ja sukupuoli. Toisessa vaiheessa tyytyväisyyttä tarkasteltiin erikseen miehillä ja naisilla iän suhteen. Binääriseen logistiseen regressioanalyysiin valittiin Enter-menetelmä, jossa selittävät muuttujat valittiin malliin yhtä aikaa. Ryhmien väliset erot raportoitiin ristitulosuhteina (Odds Ratio, OR), ja niihin estimoitiin 95 %:n luottamusväli. Vertailuluokaksi valittiin miehet sekä alle 55-vuotiaat, näiden OR-luku oli 1. Lukua 1 suuremmat luvut osoittivat, että tarkasteltavassa luokassa oli suurempi todennäköisyys olla tyytyväinen potilasohjeeseen kuin vertailuluokassa. Ero tulkittiin tilastollisesti merkitseväksi, jos 95 % luottamusvälin alaraja oli suurempi kuin 1. (Uhari ja Nieminen 2001, 183-193).

Kyselylomakkeen lopussa oli kaksi avointa kysymystä, ”Kirjoita muutamalla sanalla, mikä on mielestäsi tämän potilasohjeen päätarkoitus?” sekä ”Oliko ohjeessa jotain, josta et erityisesti pitänyt tai josta pidit?” Kyselylomakkeen avoimet kysymykset analysoitiin aineistolähtöisen sisällönanalyysin avulla kolmivaiheisena prosessina (Tuomi & Sarajärvi, 2003). Tutkimushenkilöiden vastaukset eli alkuperäisilmaukset 1) pelkistettiin ja 2) ryhmiteltiin. Tällä tavoin pyrittiin löytämään aineistosta teemojen sisältä yhteisiä näkemyksiä ja tiivistämään nämä näkemykset yleistyksiksi alaluokkiin. 3) Käsitteellistämisvaiheessa

ryhmittelyssä syntyneitä luokkia yhdisteltiin edelleen suuremmiksi kokonaisuuksiksi eli pääluokiksi. Taulukkoon 5 on koottu yhteenveto kaikista tässä tutkimuksessa käytetyistä analyysimenetelmistä tutkimuskysymyksittäin.

TAULUKKO 5. Tutkimuksessa käytetyt analyysimenetelmät tutkimuskysymyksen mukaan ryhmiteltynä.

Tutkimuskysymys	Analyysimenetelmä
1. Millaiseksi potilaat arvioivat potilasohjeet?	
1.1 Miten potilaiden arvioinnit potilasohjeista vaihtelevat sukupuolen, iän ja koulutustaustan mukaan?	Ristiintaulukointi, χ^2 -testi, faktorianalyysi, Studentin t-testi, yksisuuntainen varianssianalyysi
1.2 Miten potilaan sukupuoli, ikä ja koulutus ovat yhteydessä potilaan tyytyväisyyteen saamiinsa potilasohjeisiin?	Binäärinen logistinen regressioanalyysi
1.3 Millaisista asioista potilaat erityisesti pitivät tai eivät pitäneet potilasohjeissa?	Kvalitatiivinen sisällönanalyysi
1.4 Mikä on potilasohjeen tarkoitus leikkauspotilaan näkökulmasta?	Kvalitatiivinen sisällönanalyysi
2. Millainen on tutkimuksessa käytetyn mittarin luotettavuus?	Cronbachin alfa-kerroin, mittarin tarkastelu teorian valossa

7 TULOKSET

7.1 Potilaiden taustatiedot

Kysely osoitettiin lonkan ja polven tekonivelleikkaukseen sekä ortopediseen päiväkirurgiseen toimenpiteeseen osallistuville potilaille (N=334). Kyselyyn vastanneista naisia oli 204 (61,1 %) ja miehiä 121 (36,2 %). Vastanneista yli puolet (54,8 %) oli 65 vuotta täyttäneitä. Vajaa kolmannes (26,9 %) vastanneista oli 56-65 –vuotiaita. Alle viidesosa (16,2 %) vastanneista oli alle 55 –vuotiaita.

Ei-ammattitutkintoa suorittaneet olivat tämän tutkimuksen suurin ryhmä. Yli kolmasosalla (33,2 %) koulutustaustansa ilmoittaneista ei ollut peruskoulun tai lukion jälkeistä ammattitutkintoa (n=111), vaan he ilmoittivat koulutustaustakseen peruskoulun, lukion tai vastaavan vanhamuotoisen koulutuksen. Näyttötutkinnon tai muun kurssin suorittaneita oli 24 (7,1 %). Potilaiden koulutustaustat jakaantuivat ammatillinen toisen asteen tutkinnon suorittaneiden 79 (23,7 %), ammattikorkeakoulu- tai opistoasteen tutkinnon omaavien 60 (20 %) sekä yliopistotutkinnon suorittaneiden 26 (7,8 %) kesken.

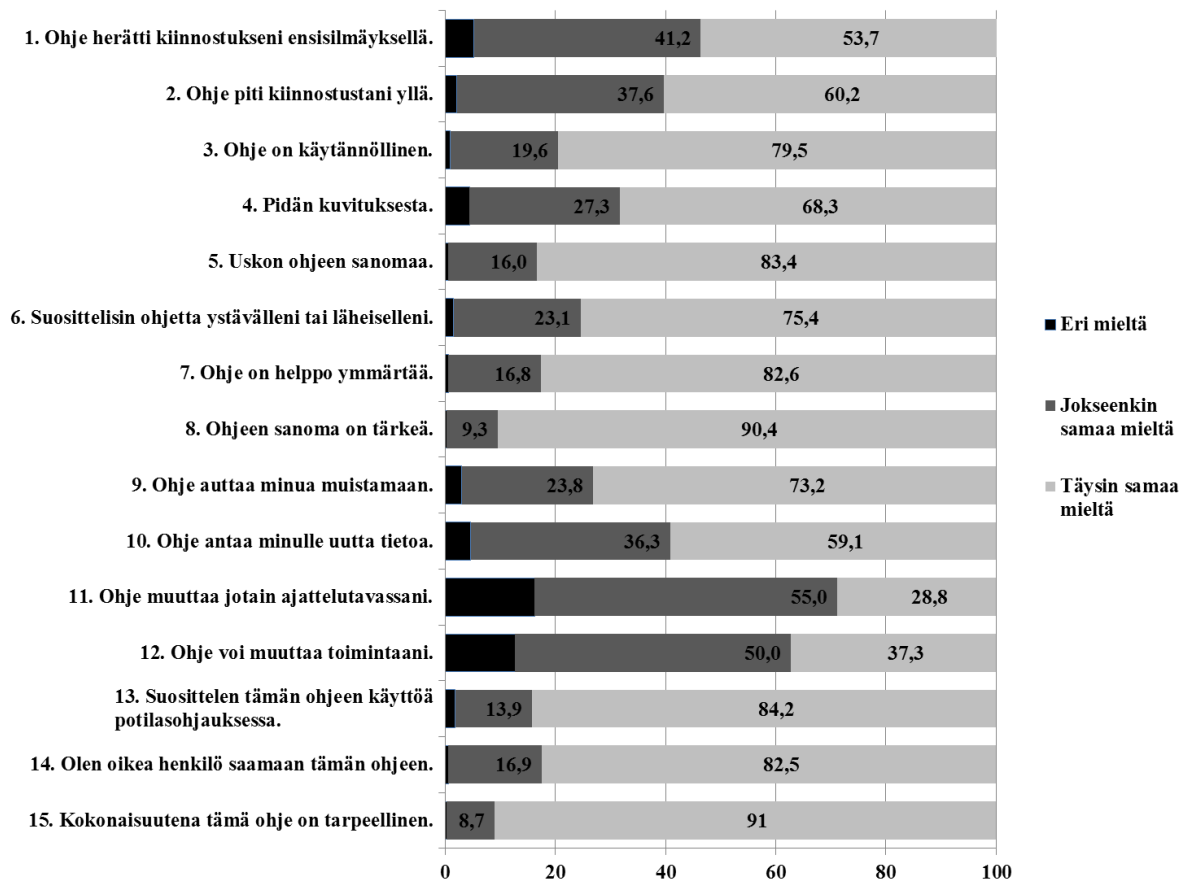
Seuraavalla sivulla olevassa taulukossa on esitetty ohjeita arvioineiden potilaiden kuvaavat tiedot taustamuuttujittain (Taulukko 6).

TAULUKKO 6. Ohjeita arvioineiden potilaiden kuvaavat tiedot (N=334)

Potilaiden taustatiedot		n	%
<u>Sukupuoli</u>	Nainen	204	61,1
	Mies	121	36,2
	Tieto puuttuu	9	2,7
<u>Ikä</u>	alle 55 vuotta	54	16,2
	56-65 vuotta	90	26,9
	66-75 vuotta	122	36,5
	76 -	61	18,3
	Tieto puuttuu	7	2,1
<u>Koulutus</u>	Peruskoulu/lukio	111	33,2
	Näyttötutkinto tai kurssi	24	7,1
	Ammatillinen toinen aste	79	23,7
	Ammattikorkeakoulu- tai opistoaste	60	18,0
	Yliopisto	26	7,8
	Tieto puuttuu	34	10,2

7.2 Tyytyväisyys potilasohjeisiin iän, sukupuolen ja koulutusasteen perusteella

Kaikkien väittämien arvosanojen keskiarvo oli 3,61 (kh 0,33). Kyselylomakkeen kaikkien väittämien osalta 70 % (n=312) vastasi olevansa täysin samaa mieltä (vastausvaihtoehto 4) väittämien kanssa. Ohjeiden sanoma koettiin tärkeäksi ja ohjeet kokonaisuudessaan tarpeellisiksi, sillä näiden osalta yli 90 % potilaista oli arvioinneissaan täysin samaa mieltä. Sen sijaan ohjeiden ei koettu yhtä selkeästi aiheuttavan muutoksia ajattelutavassa tai toiminnassa, sillä lähes viidesosa vastanneista oli arvioinneissaan eri mieltä väittämien kanssa. Seuraavalla sivulla olevassa kuviossa on esitetty vastauksien jakautuminen väittämittäin (Kuva 3).



KUVA 3. Vastauksien jakautuminen väittämittäin (n=312). Osuus on ilmoitettu prosentteina (%).

Ristiintaulukoinneissa tarkasteltaessa yksittäisiä väittämiä ikäryhmittäin, voitiin todeta, että yli 65-vuotiaat pitivät ohjeiden kuvituksesta eniten ($p = <0,001$). He myös kokivat saavansa eniten uutta tietoa potilasohjeista ($p = 0,006$) sekä suosittelivat ohjeen käyttöä potilasohjauksessa ($p = 0,028$). Sen sijaan kriittisimpiä olivat alle 55-vuotiaat potilaat väittämän ”ohje herätti kiinnostukseni ensisilmäyksellä” osalta ($p = 0,011$).

Yksittäisten väittämien ja vastaajien koulutustaustan mukaan tarkasteltaessa ammattitutkintoa suorittamattomat olivat ohjeiden kuvituksen suhteen tyytyväisin ryhmä ($p = 0,004$).

Sukupuolen mukaan tarkasteltaessa naiset suosittelivat miehiä useammin ohjeen käyttöä potilasohjauksessa ($p = 0,033$). Naiset kuitenkin vastasivat, ettei ohje muuta heidän ajattelutapaansa ($p = 0,011$). Muiden väittämien osalta taustamuuttujittain vertailtavat ryhmät osoittautuivat lähes samanlaisiksi.

Potilaiden vastauksia tarkasteltiin yksittäisten väittämien lisäksi summamuuttujista muodostetuista ulottuvuuksista ”ulkoasu”, ”sisältö” ja ”hyödyllisyys”.

Keskiarvojen eron merkitsevyyden testaamiseksi suoritettiin riippumattomien otosten t-testi, jonka mukaan ”ulkoasu” -ulottuvuuden osalta naisten (ka 3,61, kh 0,42) ja miesten (ka 3,46, kh 0,51) keskiarvojen ero oli tilastollisesti merkitsevä (p= 0,005**). Tämän pohjalta voidaan tehdä tulkinta, että miehet olivat kriittisempiä potilasohjeiden ulkoasuun kuin naiset. Sen sijaan potilaiden arviot potilasohjeiden sisällöstä sekä hyödyllisyydestä olivat miesten ja naisten välillä hyvin samanlaiset. Keskiarvojen erot eivät myöskään olleet tilastollisesti merkitseviä t-testin osalta ohjeiden sisällön ja käytettävyyden suhteen (Taulukko 7).

TAULUKKO 7. Tyytyväisyyden vertailu sukupuolten välillä, Studentin t-testi

Ulottuvuus	sukupuoli	N	ka**	kh	t	df	sig
Ulkoasu	nainen	204	3,61	0,42	2,833	322	,005**
	mies	121	3,46	0,51			
	yhteensä	334	3,55	0,46			
Sisältö	nainen	204	3,53	0,41	1,385	323	,167
	mies	121	3,46	0,46			
	yhteensä	334	3,50	0,42			
Hyödyllisyys	nainen	204	3,83	0,27	1,204	323	,230
	mies	121	3,79	0,35			
	yhteensä	334	3,81	0,30			

*t-testi, sukupuolensa ilmoittaneiden osuus (n=325)

**ka: suurempi arvo parempi, asteikko 1-4

Potilaiden mielipiteiden jakautumista ulkoasun, sisällön ja hyödyllisyyden suhteen tarkasteltiin myös koulutusasteen ja iän osalta yksisuuntaisen varianssianalyysin avulla. Varianssianalyysin iänmukainen tarkastelu osoitti, että alle 55-vuotiaiden arviot potilasohjeiden ulkoasusta (p= <0,001) ja sisällöstä (p= 0,035) olivat muita ikäryhmiä kriittisemmät. Koulutustaustan osalta tarkastelussa ei keskiarvoissa ollut tilastollisesti merkitsevää eroa (Taulukko 8).

TAULUKKO 8. Potilasohjeiden ulottuvuuksien väliset erot iän ja koulutusasteen osalta. Yksisuuntainen varianssianalyysi (ANOVA)

Potilaan arvio ohjeen ulottuvuudesta												
<u>Selittävä muuttuja</u>	<u>Ulkoasu</u>				<u>Sisältö</u>				<u>Hyödyllisyys</u>			
	ka	(kh)	F	(df)	ka	kh	F	(df)	ka	kh	F	(df)
<u>Ikä</u>												
alle 55 vuotta	3,28	(,592)	7,598***	(3)	3,39	(,471)	2,906*	(3)	3,79	(,265)	,091	(3)
56-65 vuotta	3,58	(,376)			3,45	(,448)			3,81	(,289)		
66-75 vuotta	3,61	(,383)			3,57	(,355)			3,81	(,251)		
76 vuotta tai yli	3,59	(,528)			3,53	(,459)			3,81	(,405)		
<u>Koulutus</u>												
Yliopisto	3,47	(,379)	,473	(5)	3,50	(,266)	2,225	(5)	3,80	,222	,430	(5)
Ammattikorkeakoulu tai opistoaste	3,51	(,485)			3,37	(,460)			3,82	,230		
Ammatillinen toinen aste	3,58	(,487)			3,48	(,472)			3,83	,263		
Lukio, peruskoulu,	3,54	(,478)			3,54	(,417)			3,78	,384		
Muu kurssi, näyttötutkinto	3,58	(,484)			3,56	(,400)			3,83	,255		
Koulutus ei tiedossa	3,62	(,377)			3,63	(,305)			3,84	,234		

*** $p < 0.001$; ** $p < 0.001$; * $p < 0.05$

7.3 Potilaan tyytyväisyyttä selittävät tekijät

Potilaiden todennäköisyyttä olla tyytyväinen potilasohjeisiin tarkasteltiin taustamuuttujien osalta binäärisellä logistisella regressioanalyysillä eli haluttiin selvittää, miten sukupuoli, koulutus ja ikä ovat yhteydessä potilaan tyytyväisyyteen arvioimiinsa ohjeisiin.

Aluksi analyysiä varten rakennettiin perusmalli, jossa selittävinä muuttujina olivat sukupuoli, ikä ja koulutus. Toisessa mallissa iän yhteyttä potilaiden tyytyväisyyteen tarkasteltiin erikseen miehillä ja naisilla. Oheisessa taulukossa esitellään binäärisen logistisen regressiomallin tulokset (Taulukko 9).

TAULUKKO 9. Sukupuolen, koulutuksen ja iän yhteys tyytyväisyyteen potilasohjeissa *. Binäärinen logistinen regressioanalyysi (N=334).

Tyytyväisyys potilasohjeeseen						
	malli 1		malli 2			
	OR	(95 % CI)	OR	<u>miehet</u> (95 % CI)	OR	<u>naiset</u> (95 % CI)
Sukupuoli						
Mies	1,00					
Nainen	1,392	(,659-2,940)				
Koulutus						
Yliopisto	1,487	(,439-5,029)				
Ammattikorkeakoulu tai opistoaste	2,138	(,635-7,198)				
Ammatillinen toinen aste	1,292	(,420-3,974)				
Lukio, peruskoulu, kansakoulu	1,283	(,286-5,756)				
Muu kurssi, näyttötutkinto	6,023	(,619-58,629)				
Koulutus ei tiedossa	1,00					
Ikä						
alle 55 vuotta	1,00					
56-65 vuotta	3,137	(1,235-7,970)**	2,100	(,305-14,443)	2,834	(,963-8,336)
66-75 vuotta	3,235	(1,305-8,015)**	,274	(,047-1,585)	9,895	(3,061-31,985)***
76 vuotta tai yli	5,047	(1,545-16,492)**	1,376	(,167-11,375)	6,803	(1,576-29,372)**

*) Selitetään todennäköisyyttä kuulua ylimpään kolmannekseen tyytyväisyydessä potilasohjeisiin

Vertailuryhmä merkitty 1,00

OR = Odds Ratio, ristitulosuhde

95 % CI = Confidence Interval, luottamusväli

* = $p < 0,05$, ** = $p < 0,01$, *** = $p < 0,001$ (logistisen regressioanalyysin tilastollinen merkitsevyys)

perusmallin selitysaste: $\chi^2(9)=14,102$; $p=0,119$

mallin 2 selitysaste naisten osalta: $\chi^2(4)=19,944$; $p < 0,001$

Perusmallissa ikä osoittautui olevan yhteydessä potilaan tyytyväisyyteen. 76 vuotta täyttäneillä oli 5,047 -kertainen todennäköisyys olla tyytyväinen ohjeeseen kuin alle 55-vuotiailla. Tästä voitiin tulkita, että mitä korkeampi ikä, sitä todennäköisemmin potilas oli tyytyväinen arvioimiinsa ohjeisiin: OR 5,047 (95 %:n luottamusväli 1,545-16,492). Perusmalli ei kuitenkaan riittävästi selittänyt tyytyväisyyttä aineiston osalta, sillä p-arvo jäi alhaiseksi: $\chi^2(9)=14,102$; $p=0,119$. Perusmallin osalta osoittautui, ettei potilaan koulutustaustalla ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä potilaan tyytyväisyyteen.

Toisessa mallissa tarkasteltiin selittäviä tekijöitä erikseen molempien sukupuolten osalta. Tarkastelussa nousi esiin, että korkealla iällä oli yhteys tyytyväisyyteen naisilla mutta ei miehillä. 65 vuoden iän ylittäneillä naisilla oli 9,9 kertaa ja 76 vuoden iän ylittäneillä 6,8 kertaa enemmän todennäköistä olla tyytyväinen arvioimiinsa ohjeisiin suhteessa alle 55-vuotiaisiin. Tuloksista voitiin siten tehdä tulkinta, että mitä korkeampi ikä naisella oli, sitä todennäköisemmin hän oli tyytyväinen arvioimiinsa ohjeisiin: OR 9,895 (95 %:n luottamusväli 3,061-31,985). Saatu malli sopi naisten osalta aineistoon hyvin $\chi^2(4) = 19,944$; $p < 0,001$.

7.4 Millaisista asioista potilaat pitivät ja eivät pitäneet arvioimissaan ohjeissa

Potilasohjeiden arvioinneissa 192 potilasta eli lähes kaksi kolmasosaa kaikista vastanneista (N=334) vastasi avoimeen kysymykseen ”Oliko ohjeessa jotain mistä erityisesti pidit tai et pitänyt?”. Vastauksien sekä myönteiset että kielteiset kommentit analysoitiin erikseen. Analyysin ensimmäisessä vaiheessa tutustuttiin aineistoon lukemalla potilaiden vastauksia ja litteroimalla vastaukset sanatarkasti tekstinkäsittelyohjelmaan. Analyysiyksiköksi eli tarkasteltavaksi asiaksi valikoitui ajatuskokonaisuus. Potilas saattoi vastata kysymykseen usealla virkkeellä tai vain yhdellä sanalla. Pelkistettyjä ilmaisuja ensimmäisen avoimen kysymyksen osalta nousi yhteensä 277.

Potilaiden myönteisistä vastauksista kirjoitettiin analyysivaiheessa pelkistetyt ilmaukset, jotka ryhmiteltiin ja yhdisteltiin aihepiireittäin. Pelkistetyistä ilmaisuista voitiin muodostaa 11 alakategoriaa. Myönteisistä kommentteista muodostuneet alakategoriat yhdistettiin neljäksi yläkategoriaksi, jotka olivat *potilasohjeen informatiivisuus*, *ohjeen ulkoasu*, *tukee selviytymistä sekä kannustaa ja rohkaisee* (Liite 4).

Potilasohjeen informatiivisuus

Vastauksista ilmeni, että potilaat olivat tyytyväisiä potilasohjeiden sisältämään informaatioon ja sen määrään. Myönteiset kommentit jakautuivat tasaisesti eri ohjeiden kesken. Potilaat ilmoittivat erityisesti pitävänsä ohjeissa siitä, että ne olivat sekä sisällöltään että kieliasultaan selkeitä, ymmärrettäviä, helppolukuisia ja sopivan pituisia. Potilasohjeiden sisältämä tieto koettiin myös kattavana ja ajankohtaisena.

Hyvin selkeä ei liikaa sepostusta...”

”Sisältää riittävästi infoa, siis keskeiset ja tärkeät asiat, jotta jaksaa ja viitsii lukea.”

”Ohje oli yksityiskohtainen. Pidin siitä.”

”Sain tarkkaa tietoa, miten leikkaus ja hoito etenee”

Potilasohjeen ulkoasu

Potilaat pitivät ohjeiden ulkoasusta ja kuvituksesta. Eniten myönteisiä kommentteja ulkoasun osalta saivat lonkan ja polven tekonivelleikkauksen hoitomallin potilasohjeet: ”Polven tekonivelleikkaus. Opas tukemaan kuntoutusta” sekä ”Lonkan tekonivelleikkaus. Opas tukemaan kuntoutusta.”. Ulkoasuun liittyvissä kommentteissa mainittiin myönteisinä ohjeiden kuvitus, materiaali ja koko:

”Selkeät kuvat miten homma hoituu.

”Hyvä koko, kätevä käteen, laadukasta paperia”.

Potilasohje tukee selviytymistä

Potilaat kokivat ohjeiden edesauttavan kotona selviytymistä leikkauksen jälkeen esimerkiksi kivun hoidon osalta sekä opastavan potilasta tunnistamaan niitä ongelmatilanteita, jolloin hänen tulisi ottaa yhteyttä terveyskeskukseen.

”...ohjeet jatkotoimenpiteisiin ja mahd. ilmeneviin ongelmiin...”

Ohjeiden koettiin toimivan suullisen ohjauksen tukena esimerkiksi liikeharjoitteiden osalta sekä nopeuttavan leikkauksesta toipumista. Potilaat myös ilmoittivat pitävänsä ohjeita hyödyllisinä leikkaukseen valmistautumisessa ja he kokivat ohjeiden edistävän asioiden muistamista.

”Ohje oli hyvä ja tarpeellinen, selkeät muistilistat hyvät.”

”sivu 8 - istut tuolilla ja leikattu jalka toiselle tuolile - tosi kivulias liike alkuun. näitä ohjeita noudattamalla sain polven liikkumaan suht. normaalisti 6 viikossa.”

Potilasohje kannustaa ja rohkaisee

Osa vastauksista käsitteli potilasohjeen antamaa emotionaalista tukea kuten motivointia, kannustusta ja rohkaisua. Potilaat kokivat ohjeiden myös auttavan henkisesti valmistautumaan leikkaukseen. Yksittäisissä vastauksissa tuotiin esiin, että ohje kunnioittaa potilaan kykyä hoitaa itseään omatoimisesti. Myös potilaan käsitysten vahvistuminen ja lähiomaisten huomiointi tuotiin esiin.

”Pidin siitä että ohje antoi paljon uskoa ja toivoa toipumiseen.”

”Pidin läheisen ihmisen merkityksen korostamisesta leikkauksen yhteydessä.”

”Vahvisti käsitystäni kuntoutumisen tarpeellisuudesta.”

Myönteisiä kommentteja oli määrällisesti enemmän kuin kielteisiä. Vastanneiden kielteisistä kommenteista nousi esille kolme yläkategoriaa, joita olivat *ongelmatilanteiden tai erityisryhmien huomioiminen potilasohjeessa, puutteelliset tai epäselvät tiedot sekä potilasohjeen ulkoasu.*

Ongelmatilanteiden tai erityisryhmien huomioiminen potilasohjeessa

Potilaat toivat esiin, ettei ohjeissa ole huomioitu mahdollisia leikkauskomplikaatioita tai toimenpiteiden epäonnistumisia. Potilaat myös mainitsivat ohjeistuksen riittämättöminä ongelmatilanteissa, kuten esimerkiksi mikäli kuntoutusohjeiden liikkeitä oli ollut kivuliasta

tehdä, eikä potilas ollut siihen kyennyt, tai milloin olisi syytä ottaa yhteys hoitopaikkaan. Myöskään erityisryhmiä, kuten muistisairaita ei ole riittävästi huomioitu ohjeissa.

”Ohje on varmasti hyvä, jos leikkaus on onnistunut, mutta valitettavasti meitä on monia, joille leikkauksessa on tullut komplikaatioita ja vaikka kuinka tekisi näitä liikkeitä ohjeen mukaan, toipuminen on heikkoa ja kivut jatkuvat.”

”...jos et pysty tekemään liikkeitä, onko silloin jotain syytä ottaa yhteyttä lääkäriin. ei selityksiä!”

”olen 86-vuotias muistisairas mies tämä opas mukaan luettuna en osaa täyttää kaikkia ohjeita.”

Potilaat myös kokivat erityisesti kuntoutus- ja liikeharjoitusohjeiden osalta, ettei kotona selviytymistä kuten arkiaskareista suoriutumista oltu huomioitu riittävästi potilasohjeissa.

”...puuttuu aukeama, jossa kuvan henkilö kantaisi kauppakassia - sitä se elämä kuitenkin vaatii ainakin yksinasuvalta. Kohta "kotona selviytyminen" on epäselvä.”

Puutteelliset tai epäselvät tiedot

Potilaat toivat esiin, etteivät pitäneet ohjeissa hoitohenkilöstön puutteellisesti täyttämistä tai tyhjäksi jätetyistä kohdista. Yksittäisissä kommentteissa potilaat nostivat myös esiin negatiivisena sen, ettei yksikön yhteystietoja tai hoitavaa lääkäriä oltu mainittu ohjeissa, tai ohjeen käsiala oli epäselvää.

”Huonoa: vain kotiuttavien sairaanhoitajien täyttämättä jääneet kohdat esim. puh nro os/päiväkirurgialle”

”Sairaalasta lähtiessä sain ohjeen, mutta toistomäärät päivittäin jäi saamatta, hoitohenkilöstöllä, terapeuteilla aika kiireinen päivä?”

Ulkoasu

Muutamissa yksittäisissä kommenteissa tuotiin esille tyytymättömyys kuvitukseen tai yleiseen ulkoasuun. Osa myös koki hoitoprosessin useat hoito-ohjeet liian samankaltaisina esimerkiksi tekonivelleikkauksen yhteydessä.

”Liian monta samannäköistä ohjekirjaa menivät hoitajatkin sekaisin”

”Teennäiset kuvat.”

” En pitänyt: kuvat, opas ei tue ksshp:n brändiä”

7.5 Potilasohjeen päätarkoitus leikkaukseen osallistuvan potilaan näkökulmasta

Kysymyksen “Mikä on mielestäsi ohjeen päätarkoitus?” aineiston analyysissä pelkistettyjä ilmaisuja oli yhteensä 332. Aineistosta nousi esille viisi yläkategoriaa, joita olivat *selviytymisen tukeminen, oppimisen väline, vahvistaa potilaan omatoimisuutta, emotionaalinen tuki ja hoidon onnistuminen.*

Selviytymisen tukeminen

Potilaiden mielestä ohjeiden päätarkoituksena nähtiin mahdollisimman hyvä kuntoutuminen liikeharjoitteiden avulla sekä toimintakyvyn palauttaminen toimenpiteen jälkeen. Myös kotona selviytyminen sekä kivun huomiointi kuvailtiin monissa esimerkeissä.

”että kuntoutuisi normaaliin elämään mahdollisimman pian”

”auttaa potilasta selviytymään”

” hyvä kuntoutuminen leikkauksen jälkeen”

Oppimisen väline

Potilaat myös ilmoittivat ohjeiden toimivan ohjauksena, neuvona, opastuksena, muistutuksena sekä tietolähteenä erityisesti leikkaukseen valmistautuessa ja itsehoidossa. Potilaat kokivat

ohjeiden päätarkoituksena myös esimerkiksi oikeanlaisten liikeharjoitteiden tai haavan hoidon opetteluun.

”ohjata potilas tietämään mikä on hyvää tietää ennen leikkausta ja sen jälkeen”

”saada ymmärtämään leikkauksen ja kuntoutuksen tarkoitus”

”tarvittaessa voi kerrata asioita, oppaat kertovat ja toimivat muistina”

Vahvistaa omatoimisuutta

Oppaiden päätarkoituksena nähtiin myös itsehoitoon motivointi, potilaan sitoutuminen hoitoon sekä oman osuuden ymmärtäminen toipumisessa. Vastauksissa mainittiin esimerkiksi potilaan sitoutuminen säännölliseen liikeharjoitteluun tai terveellisiin elintapoihin.

”Kuinka hoidan itseäni oikein operaation jälkeen, jotta potilas ottaa itse vastuun toipumisestaan”

”herättää mielenkiinto omatoimiseen kunnon ja terveyden hoitamiseen ennen ja jälkeen leikkauksen”

”se, että ymmärtää jumpan merkityksen omaan toipumiseen leikkauksen jälkeen”

Emotionaalinen tuki

Ohjeiden päätarkoituksena myös nähtiin myös leikkaukseen valmistautuminen sekä emotionaalinen tuki leikkauspotilaalle. Vastauksissa mainittiin esimerkiksi potilaan pelkojen poistaminen ja rohkaiseminen.

”vähentää epätietoisuudesta johtuvaa pelkoa”

”ohjaa positiiviseen suhtautumiseen edessä olevaan leikkaukseen”

”Vähentää pelkoja, rauhoittaminen”

Hoidon onnistuminen

Hoidon onnistumisen näkökulmasta potilasohjeiden päätarkoituksena nähtiin potilaan oikeanlainen valmistautuminen ennalta toimenpiteeseen, ettei toimenpide peruuntuisi.

”kiinnittää huomiota niihin seikkoihin, jotka voivat estää leikkauksen”
”mahdollistaa leikkauksen lopullista onnistumista, päästä mahdollisimman hyvään lopputulokseen,”

Kehittämisehdotukset

Potilaat esittivät runsaasti kehittämisehdotuksia ja toiveita ohjeisiin, vaikka niitä ei kyselylomakkeessa erikseen kysytty. Esille nousseita ehdotuksia olivat valinnanvapauden korostaminen, itsehoitoon motivointi tarkoin esimerkein ja emotionaalinen tuki kuten mielialan tai kivun huomiointi. Myös yksilöityjä kuntoutusohjeita vaihtoehtoiseen, erityisesti pidemmälle toipuessa toivottiin.

”Vois olla enempi motivointia. Jos teet se edistää? Jos et tee se heikentää?”
”Kivun hoitoon voisi kiinnittää myös huomiota. Itselläni kivut kestivät 4 viikkoa ja oli kaikenlaista pahaa mieltä.”
”...voisi olla myös vaihtoehtoisia tapoja liikkeen suorittamiselle...”
”...kaipasin ohjeita pidemmälle toipuessa. (kauanko kyynärsauvat?)”

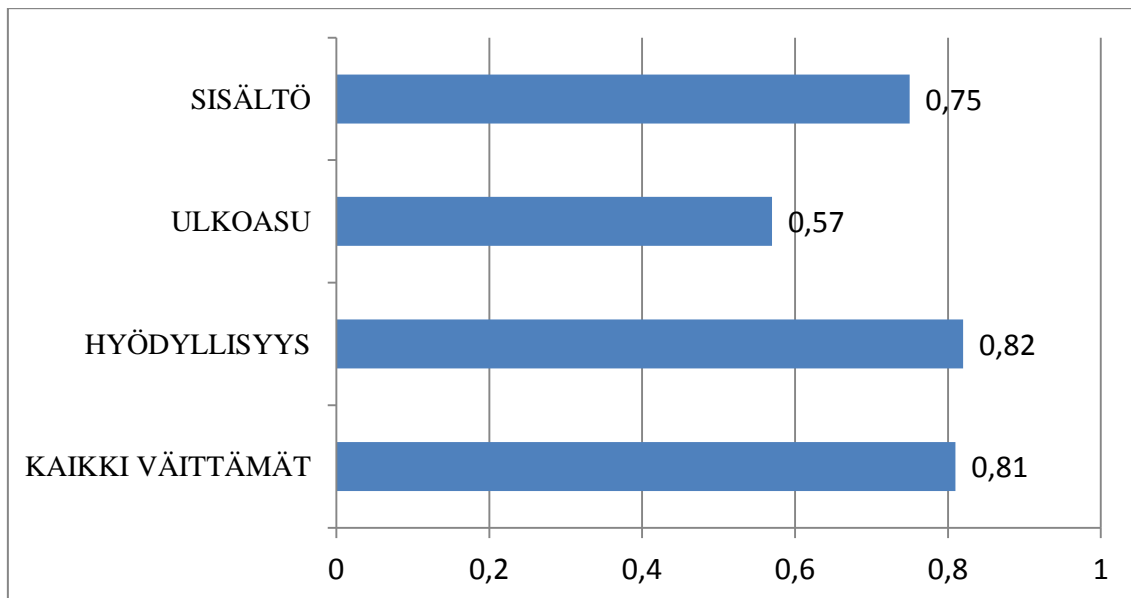
Potilaat toivoivat myös kirjallista ohjausta mahdollisten ongelmatilanteiden ennakointiin sekä kuvallisia esimerkkejä liikerajoituksista.

”Lisäksi pitäisi olla tietoa jos jokin menee vikaan. mitkä ovat ne oireet joita pitää seurata esim. turvotus, nestekertymät.”
”Johonkin kohtaan pitäisi lisätä kuvien kanssa, mitä ei saa tehdä.”

7.6 Mittarin luotettavuus

Potilaiden tyytyväisyyttä arvioimiinsa ohjeisiin mitattiin kyselylomakkeella, joka sisälsi suljettuja väittämiä sekä avoimia kysymyksiä. Vastaajat arvioivat väittämiä asteikolla 1 (=täysin eri mieltä) – 4 (= täysin samaa mieltä). Vastausvaihtoehto 5 (=ei voi arvioida) jätettiin pois analyyseistä. Kyselylomakkeen ulottuvuuksista ”sisältö”, ”ulkoasu” ja ”hyödyllisyys” muodostettiin summamuuttujat kullekin dimensiolle (summamuuttujan vaihteluväli 40-60). Summamuuttujien rakentamisvaiheessa kokeiltiin eri faktorianalyyseja, mutta lopulta ne muodostettiin Gibsonin ym. (1991) tutkimuksessa käytetyn jaottelun perusteella.

Oheisessa kuvassa on esitetty potilasohjeen sisältöä, ulkoasua ja hyödyllisyyttä mittaavien summamuuttujien sekä kaikkien väittämien summamuuttujan α -kertoimet (Kuva 4).



KUVA 4. Mittarin reliabiliteetti, Cronbachin alfa-kerroin mittarin eri ulottuvuuksilla

Mittarin α -kerroin oli kaikkien 15 väittämän summamuuttujan osalta 0,81, mitä voidaan pitää korkeana. ”Ulkoasu”-summamuuttujan α -kerroin oli 0,57, mikä jäi muita summamuuttujia alhaisemmaksi. Eräänä syynä matalaan α -kertoimeen saattaa olla kyseisen summamuuttujan väittämien alhainen lukumäärä (3). Alfa-kerrointa olisi saattanut olla mahdollista nostaa kasvattamalla väittämien lukumäärää ”ulkoasu”-ulottuvuudella. ”Sisältö”-summamuuttujan α -kerroin oli 0,75. Vastaavasti ”hyödyllisyys”-summamuuttujan α -kerroin oli 0,82. Mittarin

konsistenssia voidaan α -kertoimien perusteella pitää riittävänä. Tässä tutkimuksessa käytetyn kyselylomakkeen lyhyys vaikuttaa mittarin luotettavuuteen, sillä pääsääntöisesti pidemmissä mittareissa Cronbachin alfa-arvo on suurempi kuin lyhyissä (Traub, 1994, Metsämuuronen 2009). Tässä tutkimuksessa kehitetty ja käytetty arviointilomake vaikuttaisi soveltuvan potilaskäyttöön ja sen tehtävänä on toimia tukena hoitohenkilöstön suorittamalle ohjeiden arvioinnille.

8 POHDINTA JA JOHTOPÄÄTÖKSET

8.1 Tutkimustulosten tarkastelua

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää millaiseksi potilaat arvioivat saamansa potilasohjeet Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä. Lisäksi tutkimuksessa tarkasteltiin arviointiin kehitetyn mittarin luotettavuutta. Tulosten tarkastelu on jaoteltu päätutkimuskysymyksittäin seuraaviin alalukuihin.

8.1.1 Potilasohjeet potilaiden arvioimina

Potilaat arvioivat pääsääntöisesti olevansa tyytyväisiä potilasohjeiden sisältöön, ulkoasuun ja hyödyllisyyteen. Tyytyväisyyttä ohjeisiin näytti tulosten perusteella selittävän vastaajan korkea ikä erityisesti naisilla: 65 vuoden iän ylittäneillä naisilla oli lähes kymmenkertainen todennäköisyys olla tyytyväinen saamiinsa ohjeisiin verrattuna alle 55-vuotiaisiin naisiin. Tässä tutkimuksessa potilasohjeiden arvioinneissa kriittisimpiä erityisesti ohjeiden ulkoasun osalta olivat miehet ja alle 55-vuotiaat. Sen sijaan koulutustaustalla ei näyttänyt olevan vaikutusta potilaan arviointeihin. Huomionarvoista aineistossa on se, että noin 10 % vastaajista jätti ilmoittamatta koulutustaustansa, joten se on voinut osaltaan vaikuttaa tilastollisesti merkitsevien yhteyksien syntyyn ja tulosten yleistettävyyteen.

Potilaiden tyytyväisyyteen voivat vaikuttaa hyvin monenlaiset kognitiiviset, affektiiviset tai sosiodemografiset tekijät, kuten tämän tutkimuksen kirjallisuuskatsauksessa tuotiin esiin (ks. esim. Ladhari & Rigaux-Bricmont 2013). Potilaan ikä on joissain tutkimuksissa osoittautunut vaikuttavan suoraan verrannollisesti potilaan tyytyväisyyteen (ks. esim. Pascoe 1983, Bowling 2002, Thiedke 2007, Atkinson & Medeiros 2009). Potilaan heikko sosio-ekonominen asema tai terveydentila voisi myös selittää tyytyväisyyttä, mutta mitään yksiselitteistä tekijää ei ole voitu osoittaa tyytyväisyydelle (Jackson ym. 2001, Atkinson & Medeiros 2009, Hekkert ym. 2009). Myös konteksti ja potilaan aikaisemmat kokemukset voivat vaikuttaa potilastyytyväisyyteen. Tyytyväisyyttä on myös selitetty erilaisilla odotusmalleilla (expectation and experience): potilailla saattaa olla huono ennako-odotus saamastaan palvelustaan ja kun ennako-odotus ei toteudukaan, voi potilas antaa keskimääräistä korkeamman arvosanan kokemuksestaan (Atkinson & Medeiros 2009).

Tyytyväisyys nähdään moniulotteisempänä ilmiönä, joka voi selittyä laajemmilla konteksteilla, kuten esimerkiksi kulttuurisilla tai poliittisilla olosuhteilla (Atkison & Medeiros 2009). Tässä tutkimuksessa saadut tulokset tukevat aikaisempia tutkimuksia sekä tämän tutkimuksen kirjallisuuskatsausta.

Eräs aineistoa kuvaava tekijä on se, että potilaiden arvioinneissa ei ole suurta vaihtelua, vaan arvioinnit ovat pääsääntöisesti positiivisia. Tässä tutkimuksessa kyselylomakkeen kaikkien väittämien osalta keskimääräisesti 70 % vastaajista antoi potilasohjeille korkeimman arvosanan (=täysin samaa mieltä -vastausvaihtoehto). Vastauksien jakautuminen esitettiin graafisesti tämän tutkimuksen tulososiossa luvussa 7. Potilasohjeiden arvioinnin eli tutkittavan ilmiön kannalta tulokseen voidaan olla tyytyväisiä: vaikuttaa siltä, että potilaat kokevat ohjeet laadukkaina ja myös tämän tutkimuksen avoimien kysymyksien laadullinen sisällönanalyysi tukee tätä näkemystä. Syyt potilaiden vastauksien samankaltaisuuteen tai tyytyväisyyteen voivat kuitenkin olla monimuotoisempia: kyse voi olla mittarin kyvystä mitata ja erotella asioita (ks. esim. Metsämuuronen 2009, Carle & Weech-Maldonado 2012) tai vain yksinkertaisesti potilaiden taipumuksesta vastata kyselyihin kohteliaisuuden vuoksi olevansa tyytyväinen (ks. esim. Atkinson & Medeiros 2009). Huomattavaa on, että yleisesti ottaen potilastyytyväisyyskyselyissä myönteisten arvioiden osuus on jopa 80-90% kun taas huonojen arvosanojen osuus jää 5-15 %:iin tuloksista, eikä pientä varianssia ole riittävän yksiselitteisesti voitu selittää (ks. esim. Lebow 1982, Jackson ym. 2001).

Potilaat vastasivat aktiivisesti lomakkeen avoimiin kysymyksiin sekä esittivät myös runsaasti kehittämisehdotuksia. Vastauksissa ilmeni, että potilaat pitivät ohjeita informatiivisina ja ajankohtaisina. Ohjeiden koettiin toimivan suullisen ohjauksen tukena sekä opastavan ja kannustavan potilasta valmistautumaan leikkaukseen tai toimenpiteeseen. Potilaiden mukaan ohjeissa ei kuitenkaan huomioitu mahdollisia komplikaatioita tai kotona eteen tulevia arjen hankaluuksia. Vastauksista ilmeni myös, ettei ohjeissa oltu huomioitu erityisryhmiä, kuten esimerkiksi muistisairaita. Tutkimustulokset tukevat kirjallisuuskatsauksessa esiteltyjä aikaisempia tutkimuksia potilasohjausmateriaalin merkityksestä potilaalle (ks. esim. Griffin ym. 2003, Hoffmann & Worrall ym. 2004, Pitkänen 2012) sekä materiaalien puutteellisesta laadusta (ks. esim. Parkkunen ym. 2001, Salanterä ym. 2005, Langbecker 2012). Esimerkiksi Salanterä ym.(2005) tarkastelivat yliopistollisten sairaaloiden potilasohjausmateriaaleja ja toivat tutkimuksessaan esille, etteivät potilasohjeet tue riittävästi potilaan selviytymistä.

Tyytyväisyys on käsitteenä haastava, sillä se kuvaa yksilön tunnetilaa tai kokemusta ja kuvaa siten epäsuorasti asiakkaan odotuksia palvelun tai hoidon suhteen. Tyytyväisyyslukuista ei suoraan voida osoittaa, mitä hoitotapahtuman ominaisuutta palveluntuottajan tulisi parantaa. Toiminnan kehittämisen näkökulmasta asiakaskyselyissä tulisi kysymysten muotoilun keskittyä asiakkaalle tärkeisiin asioihin (Kujala 2003). Tässä tutkimuksessa asiakkaat vastasivat aktiivisesti avoimiin kysymyksiin, joten kysymysten muotoilua voidaan pitää onnistuneena ja asiakkaalle tärkeänä erityisesti kysymyksessä ”Oliko ohjeessa jotain, josta et erityisesti pitänyt tai josta pidit?” Sen pohjalta voidaan päätellä, että asiakkaat haluavat olla osallisina kertomassa mielipiteistään saamistaan ohjeista.

Terveydenhuollon ammattilaisella on lain ja ammattietiikan velvoittama vastuu antaa potilaalle riittävästi ja ymmärrettävästi tietoa sairaudestaan ja sen hoidosta. Vastuu antaa terveydenhuollon ammattilaiselle myös valtaa, joka tulisi käyttää eettisesti kestäväällä ja oikealla tavalla potilaan hyväksi saattamalla potilas osalliseksi omien arvojensa mukaisiin, tietoihin hoitopäätöksiin terveytensä suhteen. Potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisen välinen terveysneuvontatilanne on vuorovaikutteinen tapahtumasarja. Vaikka erikoissairaanhoidossa potilasohjaus perustuu ensisijaisesti tertiääripreventioon (Koponen ym. 2002), vaatii terveysneuvontatilanne terveydenhuollon ammattilaiselta herkkyyttä tunnistaa potilaan tarpeita myös piilevien terveysongelmien ja varhaisen tuen osalta. Terveydenhuollon ammattilainen voi tukea potilaan kuntoutumista ja selviytymistä auttamalla potilasta tunnistamaan tämän olemassa olevia voimavaroja. Potilasohjeiden hyödyntämisen osalta tämä tarkoittaa sitä, että terveydenhuollon ammattilainen näkee potilaan pätevänä ratkomaan tilanteeseensa liittyviä kysymyksiä ja toimii valmentajan roolissa potilaan rinnalla. Hän arvioi potilaan tiedon tarpeita ja tarjoaa tilanteeseen sopivaa terveystietomateriaalia suullisen neuvonnan tueksi ja vuorovaikutuksen jatkamiseksi. Tässä tutkimuksessa potilaat kokivat kirjallisten ohjeiden toimivan suullisen ohjauksen tukena, tukevan selviytymistä ja omahoitoa sekä antavan uskoa ja toivoa toipumiseen. Näin ollen potilasohjeet ovat toimineet enemmän kuin pelkkänä potilaan opetuskeinona; ne ovat myös edistäneet voimaantumista ja saattaneet potilaan osalliseksi omaan hoitoonsa (vrt. Dixon-Woods 2001).

Kirjallisilla potilasohjeilla on edellytykset edistää potilaan ja terveydenhuollon ammattilaisen välistä kommunikatiivista suhdetta silloin kun niitä käytetään suullisen ohjauksen tukena ja potilaalle annetaan mahdollisuus esittää lisäkysymyksiä kirjallisten ohjeiden antamisen jälkeen. Garner ym. (2012) toivat esiin konstruktivistisen viestintänäkökulman

potilasohjauksessa: potilasohjausmateriaalin viestin merkitys ei ole tekstissä itsessään, vaan merkitys rakentuu potilaan ymmärryksen kautta. Potilaan tulee voida lukea ja ymmärtää lukemansa teksti pystyäkseen linkittämään lukemansa omiin kokemuksiin ja ottamaan terveyteen liittyvän tiedon osaksi käytännön toimintaa. Tämän tiedon pohjalta voimme ymmärtää, että potilasohjeen viesti ei koskaan voi olla potilaalle täysin sama kuin mitä ohjeen kirjoittaja on tarkoittanut ja siten se myös aiheuttaa haasteita kirjallisen materiaalin arvioinnille. Sen vuoksi on tärkeää ottaa potilas mukaan materiaalien arviointiin ja kehittämiseen.

Ei ole merkityksetöntä, mitä potilaalle suunnatuissa kirjallisissa materiaaleissa lukee tai miten viestintä niissä on rakennettu. Potilasohjeen tulee herättää lukijan mielenkiinto, puhutella potilasta sekä osallistaa ja auttaa potilasta voimaantumaa omaan terveyteensä liittyvissä kysymyksissä. Kirjallisen ohjausmateriaalin tulee olla näyttöön perustuvaa ja sisältää selkeää, kunnioittavaa viestintää. Kirjallista potilasohjausmateriaalia tulee päivittää ja arvioida säännöllisesti (mm. Parkkunen ym. 2001, 11-20) ja potilaiden tulee osallistua arviointiin. On olemassa monia työkaluja potilasohjeiden arviointia varten sekä sisällön, opetuksellisuuden että ulkoasun suhteen esim. DISCERN (Charnock 1999), EQIP (Moult ym. 2004), The tripartite model of communicative effectiveness (Garner ym. 2012) sekä kielellisten seikkojen arvioimiseksi (mm. Eames ym. 2003). Arvioinnin tulisi olla osa laajempaa terveyden edistämisen ohjelmien arviointia yhteiskunnallisella tasolla (Parkkunen ym. 2001, 9; Mäkelä & Kaila 2007, 173-184). Potilasohjauksen vaikuttavuustutkimus antaa tietoa ja työkaluja käytännön potilastyöhön ja hoitotyön kehittämiseen kentällä. Sen avulla saadaan tärkeää tietoa päätöksenteon tueksi terveydenhuollon toimijoille, esimiehille ja sidosryhmille. Lisäksi se toimii myös pohjana yhteiskunnalliselle keskustelulle, johon jokainen kansalainen voi halutessaan osallistua. Tämä tutkimus osaltaan antaa työkaluja potilasohjauksen ja hoitotyön asiakaslähtöisyyden kehittämiseen sekä tukee potilaiden mahdollisuuksia osallistua potilasohjeiden arviointiin.

8.1.2 Tutkimuksessa käytetyn mittarin luotettavuuden tarkastelua

Tässä tutkimuksessa pääpaino oli potilaiden suorittamassa ohjeiden arvioinnissa ja kirjallisuuskatsauksen teoreettinen viitekehys rakentui kirjallisen potilasohjauksen merkityksen avaamiselle hoitotyössä. Potilasohjauksen kehittämistyön näkökulmasta tutkimuksessa oli kuitenkin mielekästä myös tarkastella mittarin luotettavuutta.

Mittarin luotettavuuden tarkastelussa mittarin kokonaisluotettavuus muodostuvat sekä reliabiliteetistä että validiteetista (Alkula ym. 1993). Reliaabelius tutkimuksessa tarkoittaa esimerkiksi samaa tulosta, joka saadaan kahden eri tutkijan toimesta tai jos samaa ilmiötä tutkitaan eri kerroilla ja päädytään samaan tulokseen. Toisin sanoen, tutkimusta, josta saadaan ei-sattumanvaraisia ja toistettavia tuloksia, voidaan kutsua reliaabeliksi. Tutkimuksen tai mittarin validiteetti eli pätevyys tarkoittaa tutkimusmenetelmän tai mittarin kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoitus mitata (Hirsjärvi ym. 2000, Metsämuuronen 2009). Kyselylomakkeen reliabiliteettia ja sisäistä konsistenssia tarkasteltiin Cronbachin alfa-kertoimella sekä yksittäisten osioiden että koko mittarin osalta. Saatuja alfa-arvoja (0,57-0,82) voidaan pitää riittävinä kuvaamaan mittarin luotettavuutta. Tässä pro gradu –tutkimuksessa käsiteltiin arviointimittarin alustavaa validointia ja voidaankin todeta, että tässä tutkimuksessa mittarin alustava esitestaus on tehty.

Metsämuurosen (2009) mukaan hyvän mittarin kehittäminen on ajallisesti pitkäkestoinen prosessi, johon sisältyy useita vaiheita kuten raakaversioiden työstö sekä asiantuntijoiden korjausehdotukset. Korjausten jälkeen mittaria tulee tarkentaa ja toteuttaa pilottitutkimus. Pilottitutkimus antaa arvokasta tietoa siitä, miten mittaria tulisi edelleen korjata sen toimivuuden parantamiseksi. Valmis mittari, jonka reliabiliteetti ja validiteetti on testattu ja mittarin luotettavuus on tutkittu, on yleensä hyvin vertailukelpoinen myös eri tutkijoiden välillä, sillä sitä on edeltävästi testattu laajoilla ihmismäärillä. Valmistakin mittaria käytettäessä tulisi kuitenkin tehdä reliabiliteetilaskelmat (Metsämuuronen 2009). Tässä tutkimuksessa mittarin kehittelyn vaiheet etenivät samojen vaiheiden kautta kuin Metsämuuronen (2009) esittää. Alustavaa versiota työstettiin asiantuntijoiden korjausehdotusten pohjalta ennen pilottitutkimusta. Tässä pilottitutkimuksessa ohjeiden arviointiin osallistui 334 potilasta ja sen avulla saatiin tietoa mittarin osioiden toimivuudesta ja siitä, kuinka sitä voidaan jatkossa parantaa.

Gibsonin ym. (1991) alkuperäistutkimuksessa arviointimittarin sisäinen reliabiliteetti todettiin tutkimuksessa Cronbachin alfa –kertoimen osalta korkeaksi. Tässä tutkimuksessa käytetyn mittarin ulkoasua mittaava ulottuvuus sisälsi kolme väittämää. Ulottuvuuden ”ulkoasu” reliabiliteetti jäi alhaisemmaksi kuin mittarien muiden osioiden, Cronbachin alfan ollessa 0,57. Metodikirjallisuuden perusteella huonoa mittarin osiota ei tulisi automaattisesti poistaa reliabiliteetin nostamiseksi, vaan sitä tulisi kehittää edelleen (ks. esim. Nummenmaa 1997). Tämän tutkimuksen reliabiliteettitarkastelut viittaavat siihen, että ”ulkoasu”-ulottuvuutta tulisi muotoilla uudelleen. ”Ulkoasu”-ulottuvuuden heikon osioreliabiliteetin syynä voi olla myös se, että siinä on vähemmän väittämiä kuin muissa osioissa. Väittämien lukumäärien nostaminen saattaisi nostaa osion ”ulkoasu” reliabiliteettia. Nummenmaan (1997) mukaan syynä voi myös olla, että osio on epäselvä tai että osio ei mittaa samaa asiaa kuin muu mittari. Vastaajat ovat voineet siis tulkita kysymyksen eri tavoin ja sijoittaa kysymyksen merkityksen eri konteksteihin. Huomattavaa on, että Gibsonin (1991) alkuperäistutkimuksessa arviointilomakkeen Cronbachin alfat olivat myös melko matalat ohjeen ulkoasua mittavissa kysymyksissä ($\alpha=0,54-0,67$), joten tulokset ovat samansuuntaiset myös tässä tutkimuksessa. Yksiselitteistä rajaa Cronbachin arvoille ei kirjallisuudesta löydy. Joissakin α -kerrointa 0,6 pidetään ehdottomana alarajana reliabiliuden tarkastelussa, mutta ihmistieteissä myös sitä alempia arvoja saatetaan pitää hyväksyttävänä (Metsämuuronen, 2009).

Mittarin osioiden summamuuttujat rakennettiin Gibsonin ym. (1991) alkuperäistutkimuksessa määriteltyjen tarkasteltavien ulottuvuuksien perusteella. Summamuuttujien rakentamisvaiheessa kokeiltiin useita faktorianalyysiajoja. Pääkomponenttianalyysissä neljän ensimmäisen komponentin ominaisarvot olivat ykköstä suurempia. Osassa malleja ensimmäiseen faktoriin latautui huomattavan suuri osa väittämistä eikä mielekästä faktorimallia saatu mittarista rakennettua. Kun mittariin teoreettisesti odotettiin ja siihen yritettiin saada mukaan kolme faktoria, ei ”ulkoasu” –dimension osiota saatu latautumaan omaksi osiokseen vaan se jakautui kahden eri faktorin kesken. Kysymykset 1) ”ohje herätti mielenkiintoni” ja 2) ”piti kiinnostustani yllä” latautuivat keskenään samaan osioon, mutta eri osioon kuin 3) ”pidän kuvituksesta”. Tämä voi viitata esimerkiksi väittämän 1 kohdalla epäonnistuneeseen suomennokseen englanninkielisestä alkuperäistermistä ”at first glance it attracted my attention”. Potilas on myös voinut tulkita väittämän ”ohje herätti mielenkiintoni” huomion heräämiseksi esimerkiksi muistiin painamisen tai aiheen kiinnostavuuden kannalta. Potilaan mielenkiinto ohjetta kohtaan on siten voinut herätä esimerkiksi ensisijaisesti aiheen ajankohtaisuuden kuin ohjeen ulkoasun perusteella. Neljän faktorilatauksen perusteella

vaikuttaisi siltä, että mittarista voi nousta esille uusia dimensioita kuten esimerkiksi opetuksellisuus ja siksi mittaria olisi mielekästä tarkastella ja työstää edelleen.

Metsämuurosen (2009) mukaan tutkimuksen validiutta on mahdollista arvioida eri näkökulmista käsin. Ulkoinen validius kuvaa tutkimustulosten yleistettävyyttä. Sisäinen validiteetti käsittää sisällön validiuden (content validity), käsitevalidiuden (construct validity) ja kriteerivalidiuden (criterion validity). Sisällön validiteetin tarkastelussa huomioidaan, onko tutkimuksessa käytetyt käsitteet teorian mukaiset ja kattavat tutkimuksen toteutuksen kannalta. Käsitevalidiudessa tarkastellaan tutkittavan käsitteen operationalisointia syvemmin: mittarin osioiden tulisi korreloida keskenään systemaattisemmin kuin muiden muuttujien kanssa kyetäkseen mittaamaan haluttua latenttia muuttujaa. Kriteerivalidiutta tarkasteltaessa mittarilla saatua arvoa verrataan viitearvoon, esimerkiksi samalla mittarilla aiemmin mitattuun pistemäärään tai toisella mittarilla samanaikaisesti saatuun arvoon (Metsämuuronen 2009). Validiteettia tarkasteltaessa tulee pitää mielessä, että validiteetti on yksi yhtenäinen käsite, ja sen eri näkökulmat (”lajit”) kuvaavat erityyppisesti evidenssiä mitattavasta asiasta ja niistä tehdyistä päätelmistä. Mittarin validiteettia ei myöskään voida varmistaa kertaluonteisella tutkimustuloksella, vaan validiudesta kertyy näyttöä vähitellen (Nummenmaa ym. 1997). Tässä tutkimuksessa mittarin validiteettia tarkastellessa voidaan todeta, että tutkimustulokset potilaan tyytyväisyydestä arvioimiinsa ohjeisiin ovat samansuuntaisia kuin aikaisemmat tutkimukset aiheesta (sisällön validiteetti), mutta tuloksia ei voida yleistää (ulkoinen validiteetti). Alustavasta näytöstä huolimatta lisätutkimus mittarin validiuden määrittämiseksi on tarpeen.

Kirjallisuuden pohjalta on tullut esille, kuinka monimuotoista voi arviointimittarin testaaminen tai potilastyytyväisyyden mittaaminen olla. Tutkimustuloksia ei voida sellaisinaan yleistää, sillä tutkimukseen on aineiston suuresta koosta huolimatta tietoisesti valittu tietynlaisesta ryhmästä leikkauspotilaita ja arviointeja suorittanut potilasryhmä siten on hyvin homogeeninen. Tekonivelleikattavat potilaat ovat tilastojen valossa keski-ikältään iäkkäitä, lähes 70-vuotiaita (THL 2011) ja heidän toimintakykynsä vaihtelee. Tekonivelleikkauksia tehdään myös hyvin iäkkäille ihmisille, koska leikkauksen tiedetään parantavan elämänlaatua ja helpottavan kipua (Polvi- ja lonkkanivelrikko: Käypä hoito –suositus, 2014). Tässä tutkimuksessa arviointia suorittivat potilaat, joilla hoitopolku on ennalta mietitty ja siten suoraviivainen. Siksi jatkossa olisi mielekästä testata mittaria

esimerkiksi potilasryhmillä, jotka tarvitsevat runsaasti elintapaohjausta krooniseen sairauteensa.

8.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen toteuttamisessa on monia eettisiä tekijöitä, joita tulee huomioida. Tutkimuseettinen neuvottelukunta määrittää ihmistieteissä tehtävään tutkimukseen eettiset periaatteet, joita ovat tutkittavan *itseääräämisoikeuden kunnioittaminen, vahingoittamisen välttäminen* sekä *yksityisyys ja tietosuoja* (TENK, 2014).

Tätä tutkimusta varten tarvittavat tutkimusluvut hankittiin Keski-Suomen sairaanhoitopiiriltä sekä potilasohjeiden Rapid Recovery® -malliin kuuluvien ohjeiden osalta Biometilta, joka omistaa oikeudet kyseisen hoitomallin potilasohjeisiin. Keski-Suomen sairaanhoitopiirin eettisen toimikunnan lupaa ei tähän tutkimukseen tarvittu, koska potilaat vastasivat nimettöminä kyselyyn.

Tässä tutkimuksessa tutkimukseen osallistuminen on ollut potilaille vapaaehtoista. Tutkimukseen osallistuneet saivat kirjallisen tiedotteen tutkimukseen osallistumisesta, jossa kerrottiin tutkimuksen aihe, aineistonkeruun toteutuksen kulku ja ajankohta, kerättävän aineiston käyttötarkoitus sekä osallistumisen vapaaehtoisuus. Lisäksi tiedotteessa oli tutkijan yhteystiedot potilaiden mahdollisia lisäkysymyksiä varten. Potilaan vastaaminen kyselyyn tulkittiin suostumukseksi osallistumisesta. Tutkijalla ei ollut missään vaiheessa tiedossa potilaiden henkilöllisyyttä tai taustatietoja. Tutkijalla ei myöskään ollut pääsyä potilasasiakirjoihin, eikä siten käsitellyt potilastietoja missään tutkimuksen vaiheessa. Vuodeosaston henkilöstö selvitti postikyselyiden osalta leikattujen potilaiden yhteystiedot erillisillä tutkijatunnuksilla potilastietojärjestelmästä osana omaa kehittämistyötään.

Tutkimusaineisto on säilytetty luottamuksellisesti ja arkistoidaan mahdollista jatkotutkimusta varten. Palautuneet vastauslomakkeet ovat olleet ainoastaan tutkijan käytössä ja ne on säilytetty tutkimuksen teon aikana luottamuksellisesti. Tutkimuksen valmistuttua ne on hävitetty asianmukaisesti niin, etteivät ne joudu sivullisten käsiin.

Tämä tutkimus on tutkimusstrategialtaan survey-tutkimus (ks. esim. Hirsjärvi ym. 2000). Tutkimuksen pääpaino on kvantitatiivisissa menetelmissä, mutta potilaiden suorittamaa ohjeiden arviointia on tarkasteltu myös laadullisesti kuvaillen. Ratkaisuun on päädytty, koska analyysiin on haluttu saada täydentävää informaatiota tutkittavan ilmiön kuvailemiseen ja ymmärtämiseen. Yhdistämällä laadullisia lähestymistapoja tutkimukseen myös potilaiden näkökulmat arvioitavista potilasohjeista pääsevät paremmin esille.

Hirsjärvi ym. (2000) tuovat esiin, että laadullinen ja määrällinen lähestymistapa tulisi nähdä toisiaan täydentävinä lähestymistapoina ja ne myös lisäävät tutkimuksen luotettavuutta. Metsämuuronen (2009) esittelee alun perin Denzinin (1988) käsitettä triangulaatio menetelmänä, jossa tutkittavaa ilmiötä voidaan tarkastella useasta eri suunnasta. Triangulaation tyyppejä on neljä: 1) useita metodeja, 2) useita tutkijoita, 3) useita aineistoja tai 4) useita teorioita (Metsämuuronen, 2009). Lisäksi metodien yhdistäminen (mixing methods), monimetodinen lähestymistapa sekä kiteyttäminen (crystallization) ovat tutkimuksessa usein käytettyjä ilmaisuja silloin, kun tutkimuksessa on yhdistetty laadullisia ja määrällisiä menetelmiä (Hirsjärvi ym. 2000).

Tutkimuksen reliabiliteetti ja validiteetti ovat keskeisiä käsitteitä tutkimuksen luotettavuuden tarkastelussa. Kvantitatiivisissa tutkimuksissa reliabiliteetin osoittamiseen on käytössä erilaisia tilastollisia testejä. Vastaavasti laadullisessa tutkimuksessa luotettavuus ja pätevyys tuodaan esiin mahdollisimman tarkkoina kuvauksina tutkimuksen eri toteuttamisvaiheista. Tutkimusmenetelmien yhteiskäyttö eli triangulaatio voi parantaa tutkimuksen validiutta. (Hirsjärvi ym. 2000). Tässä tutkimuksessa on pyritty selittämään tarkoin tutkimuksen eteneminen sekä tehdyt analyysit vaiheittain. Läpinäkyvyys parantaa tutkimuksen luotettavuutta ja mahdollistaa tutkimuksen toistamisen tulevaisuudessa.

Tutkimuksen eettinen lähtökohta on ollut ottaa mukaan potilaat heille tarkoitettujen ohjeiden kehittämistyöhön. Perustuen tähän eettiseen lähtökohtaan, tutkimuksessa on ollut perusteltua ja mielekästä ottaa analyysiin mukaan laadullisia menetelmiä eli saada potilaiden näkökulmaa ja ääntä näkyviin syvällisemmin. Tällä tavoin tutkimuksen validiteettia on saatu täydennettyä ja potilaiden vastauksista ilmenee myös autenttiset mielipiteet heidän arvioimistaan ohjeista.

8.3 Johtopäätökset

Tämän tutkimuksen tulosten perusteella voidaan päätellä, että potilas tukeutuu kirjallisiin potilasohjeisiin voidakseen henkisesti valmistautua leikkaukseen, hoitaa itseään omatoimisesti sekä kuntoutua toimintakykyiseksi kotona leikkauksen jälkeen. Kirjallisten potilasohjeiden laadinnassa tulisi huomioida erilaiset potilasryhmät kuten vanhukset tai muistisairaat. Lisäksi ohjausta tulee räätälöidä yksilöllisesti potilaan mukaan. Ohjauskeskusteluissa hoitohenkilöstön tehtävä on arvioida potilaan kykyä omaksua ja hyödyntää saamiaan kirjallisia ohjeita. Yksinkertainen ja myös useissa tutkimuksissa hyödylliseksi havaittu tapa kartoittaa potilaan terveydenlukutaitoa on kysyä potilaan omaa näkemystään kyvystään lukea ja ymmärtää ohjeita.

Kyselylomakkeen avoimiin kysymyksiin tuli potilailta runsaasti kehittämisehdotuksia, vaikka niitä ei kysytty. Tämä osoittaa, että potilaille on sanottavaa ja halua osallistua ohjeiden suunnitteluun. Asiakkaita olisikin syytä kutsua kollektiivisesti mukaan potilasohjauksen kehittämistyöhön ideoimaan ohjeita säännöllisesti myös muulloin kuin sairaanhoitopiirin laatukriteerien edellyttämässä tilanteissa. Ohjeita tulisi myös säännöllisesti luetuttaa asiakkaille päivitystyön yhteydessä ennen ohjeen julkaisua. Arviointiin voisi osallistua 3-5 potilasta ja heiltä tulisi kysyä ymmärtävätkö, löytävätkö ja muistavatko he ohjeessa annetun informaation. Potilailta tulisi myös kysyä hyväksyvätkö he ohjeen ja tulevatko he käyttämään ohjetta, jotta ohjeen kommunikatiivisesta tehosta voidaan varmistua. Potilasohjeiden arviointi- ja kehittämistyöhön tulisi ottaa mukaan monenlaisia potilasryhmiä iän, sukupuolen ja koulutustaustan osalta, jotta erilaiset ja myös kriittiset kannat pääsevät esille.

Tämän tutkimuksen kirjallisuuskatsauksessa tuotiin esille, että osallisuutta ja asiakaslähtöistä toimintaa edistävät henkilökunnan arvot ja asenteet. Terveystieteiden ammattilainen voi omalla toiminnallaan osoittaa pitävänsä antamaansa potilasohjetta merkityksellisenä ja siten viestiä potilaalle, että potilaan tilanne on myös hänelle tärkeä. Tämä edistää potilaan voimaantumisen tunteita. Potilasohjauskoulutuksen suunnittelussa tulisi ottaa huomioon myös kirjallisen ohjausmateriaalin merkitys hoitotyössä.

Kuten tämän tutkimuksen kirjallisuuskatsauksessa ilmeni, potilaiden käyttöön sopivia arviointityökaluja on saatavilla vain hyvin vähän. Tässä tutkimuksessa kehitetty mittari on ensimmäinen suomenkielinen potilaalle suunnattu arviointityökalu ja siten tämä tutkimus tuo lisäarvoa potilasohjauksen kehittämistyöhön ja terveydenhuollon asiakaslähtöisyyden edistämiseen. Tutkimustulosten myötä löytyy viitteitä mittarin toimivuudesta ja luotettavuudesta potilaskäytössä. Kyseistä mittaria voidaan hyödyntää potilaskäytössä ja sen avulla on mahdollista saattaa potilas osalliseksi ohjausmateriaalien arviointityöhön. Kuitenkin mittarin testaaminen jatkossa suuremmalla aineistolla ja monipuolisemmalla potilasryhmällä antaisi lisäinformaatiota mittarin validiteetista.

Varsinaista kyselylomaketta on tarvetta muokata ikä-asteikon osalta potilaskäyttöä varten, sillä skaala ei ole tasavälinen. Nykyisellään ikä-asteikko ei ole vaikuttanut tämän tutkimuksen analyyseihin tai tuloksiin, sillä ikäluokkia on yhdistelty analyysivaiheessa ja tarkasteltu suurempina kokonaisuuksina. Myös koulutusaste-skaalaa olisi syytä tarkistaa vanhamuotoisten ja nykyisten koulutusjärjestelmien yhteensovittamiseksi. Apuna koulutusasteen määrittelyssä voisi toimia Tilastokeskuksen valmis koulutusluokitus, jonka perustana on useissa tutkimuksissa hyödynnetty kansainvälinen ISCO-08, International Standard Classification of Occupations, -standardi (Koulutusluokitus 2010). Mittariin olisi myös mielekästä sisällyttää enemmän taustatietoa kartoitettavia kysymyksiä, kuten esimerkiksi siviilisääty tai potilaan muut sairaudet. Näin olisi mahdollista tarkastella useampia taustatekijöitä, jotka voivat selittää potilaan tyytyväisyyttä.

Potilaan oma arvio kyvystään lukea, ymmärtää ja hyödyntää ohjetta saattaisi olla mielekäs osio kyselyyn, sillä tämän tutkimuksen kirjallisuuskatsauksessa ilmeni, että useat ohjeet ovat liian vaikeaselkoisia potilaalle. Koska tässä tutkimuksessa ilmeni, että potilailla on halua esittää kehittämis ehdotuksia arvioimiinsa potilasohjeisiin, tulisi kyselylomakkeessa myös olla kohta potilaan esittämille toiveille, kehittämis ehdotuksille ja kokemuksille.

Alkuperäistutkimuksessa arvioitujen potilasohjeiden arvosanojen keskiarvo tuli olla yli 3,5 soveltuakseen potilaskäyttöön. Jatkossa olisi lisäksi syytä määrittää tässä tutkimuksessa käytetylle mittarille arvosanojen raja-arvot arvioitujen ohjeiden osalta. Näin työkalun avulla voitaisiin mitata, millaisen arvosanan saanut ohje on riittävän laadukas potilaskäyttöön. Potilaat voisivat siten arvioida saamiaan ohjeita ja saattaa pisteytykseltään riittämättömät ohjeet takaisin potilasohjeita päivittävän työryhmän käsiteltäväksi.

Suullisen ja kirjallisen ohjauksen onnistunut yhdistäminen asettaa kehittämishaasteita myös hoitohenkilöstön ohjauskoulutukselle. Potilasohjauksen kehittämisen näkökulmasta tulisikin pohtia, miten ohjaustilanne voidaan rakentaa kohtaamaan potilaiden erilaisia tarpeita esimerkiksi muistisairaiden kohdalla, jotka eivät pysty lukemaan ohjetta. Ohjauksen tarpeen ja käytettävien menetelmien määrittäminen nousee esiin myös niiden potilaiden osalta, jotka ilmoittivat tässä tutkimuksessa, ettei ohje muuttanut heidän ajattelutapaansa. Tarvitsemme keinoja tunnistaa ne potilaat, jotka eivät hyödy ohjeista voidaksemme edistää potilaan omahoitoa. Eräänä keinona tähän on potilaiden näkökulman kuunteleminen ohjeiden kehittämistyössä. Potilaiden osallistuminen ohjeiden arviointiin ja laadintaan antaa arvokasta tietoa siitä, millaisia asioita potilas pitää tärkeänä mutta ei välttämättä suullisen ohjauksen aikana osaa tai muista kysyä.

8.4 Jatkotutkimusehdotukset

Jatkossa suurempi ja monipuolisempi tutkimusaineisto sekä mittarin edelleenkehittely on tarpeen mittarin validiuden syvällisempää analyysiä varten. Täydellisen, universaalien arviointimittarin rakentaminen ei ehkä ole mahdollista, mutta tämän tutkimuksen tulokset nostivat esille muutamia seikkoja, joilla käytetyn mittarin laatua voisi parantaa.

Jatkossa tarvitaan myös lisää tutkimusta miten osallisuuden tasoja ja asiakaslähtöisyyttä voidaan lisätä entistä innovatiivisemmin terveydenhuollossa asioivan kansalaisen näkökulmasta. Olisi mielenkiintoista selvittää tulevissa tutkimushankkeissa sitä, miten informaatioteknologian ja palvelumuotoilun avulla potilaat voisivat entistä itsenäisemmin arvioida ja valita itselleen sopivimpia työkaluja sairaudesta selviytymisen tueksi ja millaisia keinoja heillä olisi kehittää ja muokata olemassa olevaa informaatiota. Tämä voisi pitää sisällään myös ohjausmateriaalien arviointityökalujen saattamisen potilaan käyttöön kotoa käsin. Tämä edellyttäisi entistä monialaisempaa ja systeemien rajapintoja rikkovaa tutkimusta.

LÄHTEET

- Adepu, R. & Swamy, M. K. 2012. Development and evaluation of patient information leaflets (PIL) usefulness. *Indian Journal of Pharmaceutical Sciences* 74(2), 174-178.
- Alkula, T., Pöntinen, S. & Ylöstalo, P. 1994. *Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät*. Juva: WSOY.
- Atkinson, S. & Medeiros, R. L. 2009. Explanatory models of influences on the construction and expression of user satisfaction. *Social Science & Medicine* 68(11), 2089-2096.
- Baker, D. W., Williams, M. V., Parker, R.M., Gazmararian, J.A. & Nurss, J. 1999. Development of a brief test to measure functional health literacy. *Patient Education and Counseling* 38(1), 33-42
- Bandholm, T. & Kehlet, H. 2012. Physiotherapy exercise after fast-track total hip and knee arthroplasty: time for reconsideration? *Archives of Physical Medicine and Rehabilitation* 93(7), 1292-94.
- Bormuth, J. R. 1967. Cloze readability procedure. CSEIP Occasional report no. 1. University of California, Los Angeles.
- Bowling, A. 2002. An "inverse satisfaction law"? Why don't older patients criticise health services? *Journal of epidemiology and community health* 56(482)doi:10.1136/jech.56.7.482-a
- Carle, A. C. & Weech-Maldonado, R. 2012. Validly interpreting patients' reports using bifactor and multidimensional models to determine whether surveys and scales measure one or more constructs. *Medical Care* 50(9), 42-48.
- Charnock, D. 1999. DISCERN: an instrument for judging the quality of written consumer health information on treatment choices. *Journal of Epidemiology and Community Health* 53, 105-111.
- Charvet-Berard, A. I., Chopard, P. & Perneger, T. V. 2008. Measuring quality of patient information documents with an expanded EQIP scale. *Patient Education and Counseling* 70, 407-411.
- Coulter, A. 2002. After Bristol: putting patients at the centre. *Quality & Safety in Health Care* 11, 186-88.
- Dabney, B. W. & Tzeng, H.-M. 2013. Service quality and patient-centered care. *Medsurg Nursing* 22(6), 359-64.
- Demir, F., Ozsaker, E. & Ilce, A. O. 2008. The quality and suitability of written educational materials for patients. *Journal of Clinical Nursing* 2, 259-65.
- Dixon-Woods, M. 2001. Writing wrongs? An analysis of published discourses about the use of patient information leaflets. *Social Science & Medicine* 52, 1417-1432.

- Eames, S., McKenna, K., Worrall, L. & Read, S. 2003. The suitability of written education materials for stroke survivors and their carers. *Topics in Stroke Rehabilitation* 10, 70-83.
- Eyles, P., Skelly, J. & Scmuck, M.L. 2003. Evaluating patient choice of typeface style and font size for written health information in an outpatient setting. *Clinical effectiveness in nursing* 7(2), 94-98.
- Fitzgerald, B.M. & Elder, J. 2008. Will a 1-page informational handout decrease patients' most common fears of anesthesia and surgery? *Journal of surgical education* 65(5), 359-363.
- Garner, M., Ning, Z. & Francis, J. 2012. A framework for the evaluation of patient information leaflets. *Health Expectations* 15, 283-294.
- Gibson, C. H. 1991. A concept analysis of empowerment. *Journal of Advanced Nursing* 3, 354-361.
- Gibson, P. A., Ruby, C. & Craig, M. D. 1991. A health/patient education database for family practice. *Bulletin of the Medical Library Association* 79, 357-69.
- Green, J. & Tones, K. 2010. *Health promotion, planning and strategies*. 2nd ed. London: SAGE Publications Ltd.
- Greenhalgh, T. 2009. Chronic illness: beyond the expert patient. *BMJ* 338 (49b), 629-631.
- Griffin, J., McKenna, K. & Tooth, L. 2003. Written health education materials: Making them more effective. *Australian Occupational Therapy Journal* 50, 170-77.
- Hansberry, D. R., Agarwal, N., Shah, R., Schmitt, P. J., Baredes, S., Setzen, M., Carmel, P. W., Prestigiacomo, C. J., Liu, J. K & Eloy, J. A. 2014. Analysis of the readability of patient education materials from surgical subspecialties. *The Laryngoscope* 124, 405-412. doi: 10.1002/lary.24261.
- Hekkert, D. K., Chihangir, S. & Kleefstra, S. M. 2009. Patient satisfaction revisited: a multilevel approach. *Social Science & Medicine* 69(1), 68-75.
- Hewitt-Taylor, J. 2003. Issues involved in promoting patient autonomy in health care. *British Journal of Nursing* 12, 1323-1330.
- Hirsh, D., Clerehan, R., Staples, M., Osborne, R. H. & Buchbinder, R. 2009. Patient assessment of medication information leaflets and validation of the Evaluative Linguistic Framework (ELF). *Patient Education and Counseling* 77, 248-254.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2000. *Tutki ja kirjoita*. 6. painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Hoffmann, T. & Worrall, L. 2004. Designing effective written health education materials: considerations for health professionals. *Disability and Rehabilitation* 26, 1166-1173.

- Hoffmann, T. & Ladner, Y. 2012. Assessing the suitability of written stroke materials: an evaluation of the interrater reliability of the suitability assessment of materials (SAM) checklist. *Topics in Stroke Rehabilitation* 19, 417-22.
- Hyvärinen, R. 2005. Millainen on toimiva potilasohje?: Hyvä kieliasu varmistaa sanoman perillemenon. *Duodecim* 121, 1769-1773.
- Jackson, J., Chamberlin, J. & Kroenke, K. 2001. Predictors of patient satisfaction. *Social Science & Medicine* 52(4), 609-620.
- Jaipaul, C. K. & Rosenthal, G. E. 2003. Are older patients more satisfied with hospital care than younger patients? *Journal of general internal medicine* 18(1), 23-30.
- Jans, Ø., Bundgaard-Nielsen, M., Solgaard, S., Johansson, P. I. & Kehlet, H. 2012. Orthostatic intolerance during early mobilization after fast-track hip arthroplasty. *British Journal of Anaesthesia* 108(3), 436-43.
- Johnson, A. & Sandford, J. 2005. Written and verbal information versus verbal information only for patients being discharged from acute hospital settings to home: systematic review. *Health Education Research* 20(4), 423-429.
- Johnson, A., Sandford, J. & Tyndall, J. 2003. Written and verbal information versus verbal information only for patients being discharged from acute hospital settings to home. *Cochrane database of systematic reviews* 2003, Issue 4. Art. No.: CD003716. DOI: 10.1002/14651858.CD003716.
- Kaseva, K. 2011. Asiakkaan asema, itsemäärääminen ja vaikutusmahdollisuudet sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä - Integroitu kirjallisuuskatsaus. *Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita* 2011:16.
- Kessler, D. P. & Mylod, D. 2011. Does patient satisfaction affect patient loyalty?. *International Journal of Health Care Quality Assurance* 24(4), 266-273.
- Kettunen, T. 2001. Neuvontakeskustelu. Tutkimus potilaan osallistumisesta ja sen tukemisesta sairaalan terveysneuvonnassa. *Jyväskylän Yliopisto. Studies in Sport, Physical Education and Health* 75.
- Kettunen, T., Poskiparta, M. & Liimatainen, L. 2001. Empowering counseling - a case study: nurse-patient encounter in a hospital. *Health Education Research* 2(16), 227-238.
- Kettunen, T. & Kivinen, T. 2012. Osallisuus hoitotyön kehittämisen suunnannäyttäjänä. *Tutkiva hoitotyö* 10(4), 40-42.
- Koivuniemi, K. & Simonen, K. 2012. Kohti asiakkuutta. Ihmistä arvostava terveydenhuolto. *Duodecim. Otavan Kirjapaino Oy: Keuruu.*
- Koponen, P., Hakulinen, T. & Pietilä, A. M. 2002. Asiakas ja terveystyö. Teoksessa A-M. Pietilä, T. Hakulinen, E. Hirvonen, P. Koponen, E-M. Salminen & K. Sirola (toim.) *Terveyden edistäminen uudistuvat työmenetelmät*. Juva: WSOY, 81-84.

- Koulutusasteluokitus 2010. Tilastokeskus. Viitattu 30.9.2014.
<http://www.stat.fi/meta/luokitukset/luokitustiedotteet.html>.
- Koskinen, S., Koskeniemi, J., Leino-Kilpi, H. & Suhonen, R. 2014. Ikääntyneiden osallisuus palveluiden kehittämisessä. *Pro terveys* 41(2), 26-28.
- KSSHP. Potilasohjeen laatuksiteerit. Julkaisematon materiaali, 2013.
- Kujala, E. 2003. Asiakaslähtöinen laadunhallinnan malli. Tilastolliseen prosessin ohjaukseen perustuva sovellus terveyskeskukseen. Väitöskirja. *Acta Universitatis Tamperensis* 914.
- Kyngäs, H., Kääriäinen, M., Poskiparta, M., Johansson, K., Hirvonen, E. & Renfors, T. 2007. Ohjaaminen hoitotyössä. Porvoo: WSOY Oppimateriaalit.
- Ladhari, R. & Rigaux-Bricmont, B. 2013. Determinants of patient satisfaction with public hospital services. *Health marketing quarterly* 30(4), 299-318.
- Laiho, R. 2008. Diagnostisen radiografian kirjallisten potilasohjeiden arviointi. 2008. *Hoitotiede* 20, 82-91.
- Laitila, M. 2010. Asiakkaan osallisuus mielensterveys- ja päihdetyössä. Fenomenografinen lähestymistapa. Itä-Suomen yliopisto. Publications of the University of Eastern Finland 31.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785 / 17.8.1992.
- Langbecker, D. 2012. Quality and Readability of Information Materials for People with Brain Tumours and Their Families. *Journal of Cancer Education* 27, 738-743.
- Lebow J. 1982. Consumer satisfaction with mental health treatment. *Psychological Bulletin* 91: 244-259.
- Leino-Kilpi, H. 1998. Elements of empowerment and MS patients. *Journal of Neuroscience Nursing* 30, 116-23.
- Liimatainen, L., Hautala, P., & Perko, U. 2005. Potilasohjausta kehittämässä: innostusta ja innovaatioita. *Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja* 2005, 39.
- Luk, A. & Aslani, P. 2011. Tools used to evaluate written medicine and health information: document and user perspectives. *Health Education & Behaviour* 38(4), 389-403.
- Lunnela, J. 2011. Internet-perusteisen potilasohjauksen ja sosiaalisen tuen vaikutus glaukoomapotilaan hoitoon sitoutumisessa. *Acta Universitatis Ouluensis D Medica* 1096.
- Mahlakaarto, S. 2010. Subjektiksi työssä. Identiteettiä rakentamassa voimaantumisen kehitysohjelmassa. Jyväskylän yliopisto. *Studies in education, psychology and social research* 394.

- Metsämuuronen, J. 2009. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. 4. painos. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Moult, B., Franck, L.S. & Brady, H. 2004. Ensuring quality information for patients: development and preliminary validation of a new instrument to improve the quality of written health care information. *Health Expectations* 7, 165-75.
- Munk, S., Dalsgaard, J., Bjerggaard, K., Andersen, I., Hansen, T.B. & Kehlet, H. 2012. Early recovery after fast-track Oxford unicompartmental knee arthroplasty. 35 patients with minimal invasive surgery. *Acta Orthopaedica* 83(1), 41-5.
- Munro, B. H. 2005. *Statistical methods for health care research*. Philadelphia: Lippincott Williams & Wilkins.
- Mäkelä, M. & Kaila, M. 2007. Arviointitieto hoitopäätöksissä ja terveystaloudessa. Teoksessa M. Mäkelä, M. Kaila, K. Lampe, M. Teikari (toim.). *Menetelmien arviointi terveydenhuollossa*. Helsinki: Duodecim 2007.
- Normann R. 1999. Patienten - eller gakkor? *Läkärtidningen* 96(46), 5055-6.
- Nilsen E. S., Myrhaug, H. T., Johansen, M., Oliver, S. & Oxman, A.D. 2006. Methods of consumer involvement in developing healthcare policy and research, clinical practice guidelines and patient information material. *Cochrane Database of Systematic Reviews* 2006, Issue 3. Art. No.: CD004563. DOI: 10.1002/14651858.CD004563.pub2
- Nummenmaa, T., Konttinen, R., Kuusinen, J. & Leskinen, E. 1997. *Tutkimusaineiston analyysi*. Porvoo: WSOY.
- Ormandy, P. 2011. Defining information need in health? Assimilating complex theories derived from information science. *Health Expectations* 14, 92-104.
- Otani, K. 2009. Patient satisfaction: focusing on "excellent". *Journal of Healthcare Management* 54(2), 93-103.
- Parker, R. M., Baker, D. W., Williams, M. V. & Nurss, J. R. 1995. The test of functional health literacy in adults: a new instrument for measuring patients' literacy skills. *Journal of General Internal Medicine* 10(10), 537-541.
- Parkkunen, N., Vertio, H., Koskinen-Ollonqvist, P. 2001. *Terveysaineiston suunnittelun ja arvioinnin opas*. Terveystieteiden tutkimuskeskuksen julkaisuja 7/2001.
- Pascoe, G. C. 1983. Patient satisfaction in primary health care: a literature review and analysis. *Evaluation and Program Planning* 6(3-4), 185-210.
- Pietiläinen, K. 2011. Aikuisten lihavuuden hoito: Käypä hoito -suositusten päivitystivistelmä. *Duodecim* 127, 730-731.
- Pitkänen, A. 2012. Kirjalliset ohjeet mielenterveyspotilaan tiedonsaannin tukena. *Tutkiva hoitotyö* 10, 14-22.

- Polvi- ja lonkkanivelrikko (online). Käypä hoito -suositus. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen kardiologisen Seuran asettama työryhmä. Helsinki: Suomalainen Lääkäriseura Duodecim 2014. Viitattu 2.8.2014. <http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50054>
- Powers, B. J., Trinh, J. V., Bosworth, H.B. 2010. Can this patient read and understand written health information? *Journal of the American Medical Association* 304(1), 76-84.
- Pringle, M. B., Natesh, B. G. & Koniacsny, K. M. 2013. Patient information leaflet on mastoid surgery risks: assessment of readability and patient understanding. *Journal of laryngology & otology* 127(11), 1078-83.
- Raynor, D. K. D. 2007. A systematic review of quantitative and qualitative research on the role and effectiveness of written information available to patients about individual medicines. *Health Technology Assessment* 11, 1-160.
- Sadowski, C. 2011. Providing health information to older adults. *Reviews in clinical gerontology* 21(1), 55-66.
- Salanterä, S., Virtanen, H., Johansson, K., Elomaa, L., Salmela, M., Ahonen, P., Lehtikunnas, T., Moisander, M., Pulkkinen, M. & Leino-Kilpi, H. 2005. Yliopistosairaalan kirjallisen potilasohjausmateriaalin arviointi. *Hoitotiede* 17 (4), 217-228.
- Scott, A. 2004. Managing anxiety in ICU patients: the role of pre-operative information provision. *Nursing in Critical Care* 2, 72-79.
- Schmitt, P. J. & Prestigiacomo, C. 2013. Readability of neurosurgery-related patient education materials provided by the American Association of Neurological Surgeons and the National Library of Medicine and National Institutes of Health. *World Neurosurgery* 80(5), e33-e39. DOI: 10.1016/j.wneu.2011.09.007.
- Serper, M., Patzer, R. E., Curtis, L. M., Smith, S. G, O’Conor, R., Baker, D. W & Wolf, M. S. 2014. Health literacy, cognitive ability and functional health status among older adults. *Health Services Research*. Viitattu 9.3.2014. <http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/1475-6773.12154/full>
- Shepperd, S. 2002. A 5-star system for rating the quality of information based on DISCERN. *Health Information and Libraries Journal* 4, 201-205.
- Silvennoinen, H. 2013. Aikuisväestön taidot arvioitu 24 maassa. *Aikuiskasvatus* 33(4), 290-298.
- Speirs, S., Rees, S. & Tagoe, M. 2008. An audit of foot surgery information leaflets from the patients' perspective. *Foot* 18, 7-14.
- Stenvall, J. & Virtanen, P. 2012. Sosiaali- ja terveystalvelujen uudistaminen. Kehittämisen mallit, toimintatavat ja periaatteet. Tietosanoma Oy: Tallinna.

- Suikkonen, M. & Raappana, M. 2013. Nopea toipuminen lonkka- ja polviproteesileikkauksista: potilasohjauksen merkitys. Haava: Suomen haavanhoitoyhdistyksen ammattijulkaisu 16(3), 28-31.
- TENK. 2014. Tutkimuseettisen neuvottelukunnan laatimat eettiset periaatteet. Viitattu 2.8.2014. <http://www.tenk.fi/fi/eettinen-ennakkoarviointi-ihmistieteiss%C3%A4/periaatteet>.
- Thiedke, C. C. 2007. What do we really know about patient satisfaction? Family practice management 14(1), 33-36.
- THL. 2012. HILMO - Sosiaalihuollon ja terveydenhuollon hoitoilmoitus 2013 - Määrittelyt ja ohjeistus. Viitattu 26.8.2014. http://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/90865/URN_ISBN_978-952-245-725-7.pdf?sequence=1
- THL. 2013. Lonkka- ja polviproteesit 2011. Tilastoraportti 9/2013.
- Tones, K. & Green, J. 2010. Health promotion. Planning and strategies. 2. painos. London: Sage Publications Ltd.
- Traub, R. E. 1994. Reliability for the social sciences: theory and applications. 3rd ed. London: Sage Publications.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2003. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 2. painos. Helsinki: Tammi.
- Uhari, M. & Nieminen, P. 2001. Epidemiologia ja biostatistiikka. Helsinki: Duodecim.
- Vahdat, S., Hamzehgardeshi, L., Hessam, S. & Hamzehgardeshi, Z. 2014. Patient involvement in health care decision making: A review. Iran Red Cres Med J 16(1): e12454. DOI: 10.5812/ircmj.12454.
- Vallance, J. K. 2008. Development and Evaluation of a Theory-Based Physical Activity Guidebook for Breast Cancer Survivors. Health Education & Behavior 35, 174-189.
- Valkama, K. 2012. Asiakkuuden dilemma. Näkökulmia sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkuuteen. Väitöskirja. Vaasan yliopiston julkaisuja nro 267.
- Vaona, A., Marcon, A., Rava, M., Buzzetti, R., Sartori, M., Abbinante, C., Moser, A., Seddaiu, A., Prontera, M., Quaglio, A., Pallazzoni, P., Sartori, V. & Rigon, G. 2011. Quality evaluation of JAMA Patient Pages on diabetes using the Ensuring Quality Information for Patient (EQIP) tool. Primary Care Diabetes 5, 257-263.
- Välämäki, M. 2011. Internetissä toimivan kysymys-vastauspalstan käyttö skitsofreniaa sairastavan potilaan hoidossa. Tutkiva hoitotyö 9, 32-40.
- Vänskä, K. 2012. Ohjauksen osaajat. Terveysalan ohjaajien käsityksiä ohjausosaamisesta. Jyväskylän ammattikorkeakoulun julkaisuja 132.

- Wicks, A. A., & Chin, W. W. 2008. Measuring the three process segments of a customer's service experience for an out-patient surgery center. *International journal of health care quality assurance* 21(1), 24-38.
- Williams, B., Coyle, J. & Healy, D. 1998. The meaning of patient satisfaction: an explanation of high reported levels. *Social Science & Medicine* 47(9), 1351-1359.
- Wilson, F. L. 2000. Are patient information materials too difficult to read? *Home healthcare nurse* 18, 107-115.

KIRJALLISEN POTILASOHJAUSMATERIAALIN LAADUN ARVIOINTI – POTILAAN NÄKÖKULMA

Arvoisa potilas

Keski-Suomen sairaanhoitopiiri kehittää aktiivisesti potilasohjausta. Siihen liittyen vuoden 2013 aikana on käynnistynyt käytössä olevien potilasohjeiden arviointityö. Pyydämme Teitä osallistumaan arviointiin.

Tämä kysely on suunnattu Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä lonkan tai polven tekonivelleikkaukseen kutsutuille potilaille. Olette hoitojaksonne aikana saaneet kirjallisen potilasohjeen, jonka saatte tämän kyselyn mukana arvioitavaksenne. Pyydämme Teitä lukemaan potilasohjeen ja arvioimaan ohjetta vastaamalla oheiseen kyselylomakkeeseen. Sulkekaa vastauksenne ohessa olevaan kirjekuoreen ja antakaa kuori hoitohenkilökunnalle **ennen vuodeosastolta kotiutumistanne**. Vastauksenne on potilasohjauksen kehittämisen kannalta tärkeä ja arvokas ja siksi toivomme, että osallistutte tähän tutkimukseen. Osallistumalla tähän kyselyyn voitte vaikuttaa potilasohjauksen laatuun.

Kyselyn suorittamiseen on saatu lupa Keski-Suomen sairaanhoitopiiriltä. Vastaaminen on vapaaehtoista ja vastaukset käsitellään luottamuksellisesti. Teidän henkilöllisyytenne ei tule esiin missään tutkimuksen vaiheessa, eikä vaikuta millään lailla hoitoonne jatkossa. Täytetyt lomakkeet ovat vain tutkimuksen tekijän käytössä ja ne hävitetään asianmukaisesti tutkimuksen päätyttyä.

Kyselylomake liittyy pro gradu -tutkimukseen ”Kirjallisen potilasohjausmateriaalin laadun arviointi – potilaan näkökulma”. Tutkimuksen tavoitteena on kehittää työkalu potilasohjeiden arviointiin potilasnäkökulmasta ja ottaa se käyttöön osaksi jo laadittuja laatukriteerejä.

Pro gradu –tutkimusta ohjaavat Keski-Suomen sairaanhoitopiiristä klinisen hoitotyön asiantuntija, TtM Vuokko Pihlainen (puh. 014-2695617, vuokko.pihlainen@ksshp.fi) ja Jyväskylän yliopistosta Professori, dosentti Tarja Kettunen (puh. 050-3198012, tarja.h.kettunen@jyu.fi).

Vastaamme mielellämme mahdollisiin lisäkysymyksiinne. Kiitos yhteistyöstänne.

Kunnioittavasti,

Kristina Grahn
sairaanhoitaja, terveystieteiden maisteri -opiskelija
Jyväskylän yliopisto
(kristina.grahn@gmail.com)

KIRJALLISEN POTILASOHJAUSMATERIAALIN LAADUN ARVIOINTI – POTILAAN NÄKÖKULMA

Hei!

Opiskelen terveystieteistä Jyväskylän yliopistossa ja toteutan opintoihini liittyvänä pro gradu –työnä kyselytutkimuksen, jossa potilaita pyydetään osallistumaan potilasohjeiden arviointiin. Keski-Suomen sairaanhoitopiirissä on vuoden 2013 aikana käynnistynyt käytössä olevien potilasohjeiden arviointityö. Tutkimukseni tavoitteena on kehittää työkalu potilasohjeiden arviointiin potilasnäkökulmasta ja ottaa se taloomme käyttöön osaksi jo laadittuja laatukriteerejä.

Tutkimuksen aineistonkeruu toteutetaan kyselynä operatiivisella toimialueella lonkka- ja polviproteesipotilailla. Aineistonkeruu ajoittuu ajalle 11/2013-1/2014. Aineistonkeruu tapahtuu yhteistyössä hoitavien yksikköjen kanssa tekonivelleikkauksen hoitoprosessin eri vaiheissa.

Osastolla 21 kyselylomake annetaan lonkan ja polven tekonivelleikatuille potilaille hoitohenkilökunnan toimesta. Potilaita pyydetään arvioimaan potilasohje ”Tekonivelleikkauksen jälkeen” samalla, kun potilas saa potilasohjeen luettavakseen. Potilaille annetaan kirjekuori, johon he voivat sulkea vastauslomakkeen ja heitä pyydetään palauttamaan lomake hoitohenkilökunnalle ennen vuodeosastolta kotiutumista.

Palautetut vastauskuoret kerätään osastonhoitaja Marja Suikkosen huoneessa sijaitsevaan vastauslaatikkoon. Kysely toteutetaan 22.11-20.12. ja 7.1-27.1. välisenä aikana. Joulun ajan sulkuviikoilla 52 ja 1 ei aineistoa kerätä.

Kiitos yhteistyöstä. Vastaan mielelläni mahdollisiin lisäkysymyksiisi.

Terveisin,

Kristina Grahn
kristina.grahn@gmail.com

LIITE 3 Kyselylomake

Arvoisa potilas,

ole hyvä ja kerro mielipiteesi lukemastasi potilasohjeesta vastaamalla seuraavalla sivulla oleviin kysymyksiin.

Ympyröi vastausvaihtoehto, joka kuvaa parhaiten tuntemuksiasi. Mikäli kysymys ei mielestäsi näytä sopivan lukemaasi ohjeeseen, ympyröi kohta E.

	Täysin eri mieltä	Jokseenkin eri mieltä	Jokseenkin samaa mieltä	Täysin samaa mieltä	Ei voi arvioida
1. Ohje <u>herätti</u> kiinnostukseni ensisilmäyksellä	1	2	3	4	E
2. Ohje <u>piti</u> kiinnostustani yllä.	1	2	3	4	E
3. Ohje on käytännöllinen.	1	2	3	4	E
4. Pidän kuvituksesta.	1	2	3	4	E
5. Uskon ohjeen sanomaa.	1	2	3	4	E
6. Suositteisin ohjetta ystävälleni tai läheiselleni luettavaksi.	1	2	3	4	E
7. Ohje on helppo ymmärtää.	1	2	3	4	E
8. Ohjeen sanoma on tärkeä.	1	2	3	4	E
9. Ohje auttaa minua muistamaan.	1	2	3	4	E
10. Ohje antaa minulle uutta tietoa.	1	2	3	4	E
11. Ohje muuttaa jotain ajattelutavassani.	1	2	3	4	E
12. Ohje voi muuttaa toimintaani.	1	2	3	4	E
13. Suosittelen tämän ohjeen käyttöä potilasohjauksessa.	1	2	3	4	E
14. Olen oikea henkilö saamaan tämän ohjeen.	1	2	3	4	E
15. Kokonaisuutena tämä ohje on tarpeellinen.	1	2	3	4	E

Potilasohjeen nimi:

Potilasohjeen aihe:

Kirjoita muutamalla sanalla, mikä on mielestäsi tämän potilasohjeen päätarkoitus.

Oliko ohjeessa jotain, josta et erityisesti pitänyt tai josta pidit?

- | | | |
|----------------|--|--|
| Sukupuoli | <input type="checkbox"/> Nainen | <input type="checkbox"/> Mies |
| Koulutustausta | <input type="checkbox"/> Yliopisto | <input type="checkbox"/> Lukio |
| | <input type="checkbox"/> Ammattikorkeakoulu tai opistoaste | <input type="checkbox"/> Peruskoulu/kansakoulu |
| | <input type="checkbox"/> Ammatillinen toinen aste | <input type="checkbox"/> Muu, mikä: |
| Ikä | <input type="checkbox"/> alle 16 vuotta | <input type="checkbox"/> 16-24 vuotta |
| | <input type="checkbox"/> 25-35 vuotta | <input type="checkbox"/> 36-45 vuotta |
| | <input type="checkbox"/> 46-55 vuotta | <input type="checkbox"/> 56-65 vuotta |
| | <input type="checkbox"/> 66-75 vuotta | <input type="checkbox"/> 76-85 vuotta |
| | <input type="checkbox"/> yli 85 vuotta | |

Kiitos vastauksistasi!

LIITE 4. Esimerkki kvalitatiivisesta sisällönanalysistä. Kysymys ” Oliko ohjeessa jotain, josta et erityisesti pitänyt tai josta pidit?”

PELKISTETTY ILMAUS	Alakategoria	Yläkategoria	Pääkategoria
Hyvin kattava ja täyttää tehtävänsä.	Tiedon kattavuus ja ajankohtaisuus (76)	Informatiivisuus	Mistä pidin
Sisältää riittävästi infoa, siis keskeiset ja tärkeät asiat, jotta jaksaa ja viitsii lukea.	Selkeys (62)		
Ohje oli yksityiskohtainen.	Opastaa yksityiskohtaisesti (2)		
Selkeät kuvat miten homma hoituu. Hyvä koko, kätevä käteen, laadukasta paperia.	Kuvitus ja ulkoasu (46)	Ohjeen ulkoasu	
Ohje hyvä ja tarpeellinen, selkeät muistilistat hyvät. sivu 8 - istut tuolilla ja leikattu jalka toiselle tuolile - tosi kivulias liike alkuun. näitä ohjeita noudattamalla sain polven liikkumaan suht. normaalisti 6 viikossa	Hyödyllisyys, auttaa muistamaan (16)	Tukee selviytymistä	
Tarpeeksi tietoa joka täydentyi ensiohjausluennolla	Auttaa valmistautumaan leikkaukseen (4)		
Opastaa potilaan toimimaan oikein kunkin toimenpiteen mukaan ja jos on ongelmia ottamaan yhteyttä sekä opastaa potilasta jatkohoitoon.	Tukee kotona selviytymistä (4)		
Läheisen ihmisen merkityksen korostamisesta leikkauksen yhteydessä	Lähiomaiset huomioitu (2)	Kannustaa ja rohkaisee	
Pidin siitä että ohje antoi paljon uskoa ja toivoa toipumiseen	Antaa uskoa ja toivoa (1)		
Vahvasti käsitystäni kuntoutumisen tarpeellisuudesta	Asiakkaan omatoimisuutta kunnioittava (2)		
Nettiosoitteet plussaa: enemmän tietoa	Lisätietoa tarjottu haluaville (2)		