

HOITAJIEN NÄKEMYKSIÄ POTILAIKEN OSALLISUUDESTA HOITOONSA JA NÄKEMYKSIÄ KARTOITTAVAN MITTARIN LUOTETTAVUUDEN ARVIOINTI

Anna-Maria Savolainen
Tampereen yliopisto
Yhteiskuntatieteiden
tiedekunta
Hoitotiede
Pro gradu –tutkielma

TIIVISTELMÄ

TAMPEREEN YLIOPISTO

Yhteiskuntatieteiden tiedekunta

Hoitotiede

ANNA-MARIA SAVOLAINEN: Hoitajien näkemyksiä potilaiden osallisuudesta hoitoonsa ja näkemyksiä kartoittavan mittarin luotettavuuden arviointi

Pro gradu –tutkielma, 45 sivua, 3 liitesivua

Ohjaaja: Professori Päivi Åstedt-Kurki, TtT, yliopisto-opettaja Mira Palonen

Huhtikuu 2017

Tutkimuksen tarkoituksena oli suomenkielisen potilaiden osallisuus sairaalapalveluissa -mittarin (MHCPQ) muokkaaminen ammattilaisille hoitotyön somaattisille osastoille sekä mittarin käytettävyyden ja luotettavuuden arviointi. Lisäksi tarkoituksena oli kuvata hoitohenkilöstön näkemyksiä ja asenteita sairaalapalveluita käyttävien aikuisten potilaiden osallisuudesta hoitoonsa, sekä taustatekijöiden yhteyttä hoitohenkilökunnan näkemyksiin.

Tämä kvantitatiivinen poikkileikkaustutkimus toteutettiin sähköisenä strukturoituna kyselytutkimuksena kokonaisotoksena yhden keskussairaalan somaattisilla vuodeosastoilla työskenteleville hoitajille (N= 337) vuonna 2016. Vastausprosentiksi muodostui 31 % (n=103). Mittarin rakenteen validiteetin arvioinnissa käytettiin pääkomponenttianalyysiä (PCA) ja mittarin sisäistä johdonmukaisuutta tutkittiin käyttämällä Cronbachin Alpha-kerrointa. Aineisto analysoitiin tilastollisten menetelmien avulla.

Pääkomponenttianalyyssissä sisällöllisesti parhaan ratkaisun tuotti neljän komponentin malli. Alkuperäisestä 23 Likert-asteikollisesta muuttujasta jäi tähän malliin 20. Mittari osoittautui sisäiseltä johdonmukaisuudeltaan tyydyttäväksi; muodostuneiden kolmen komponentin Cronbachin Alpha-arvot olivat 0.670-0.774 välillä, yhden komponentin arvon jäädessä vaatimattomaksi (0.544). Suomenkielinen hoitohenkilökunnan näkemyksiä potilaiden osallisuudesta hoitoonsa sairaalan vuodeosastolla kuvaava mittari osoittautui kohtalaisen validiksi ja reliaabeliksi mittariksi suomalaisessa somaattisen hoitotyön kontekstissa. Mittaria tulee kuitenkin edelleen kehittää ja testata.

Hoitajien suhtautuminen potilaan osallisuuteen oli pääasiassa myönteistä. Tämän mittarin osallisuuden ulottuvuudet kuitenkin jakoivat vastaajien näkemyksiä. Hoitajat kokivat melko kielteisesti potilaan osallistumisen henkilökunnan valintaan tai ammatillisen kehittämisen suunnitteluun. Kokemusasantuntijuus nähtiin pääosin myönteisenä asiana, vaikka vastaajilla oli vain vähän kokemusta kokemusasantuntijan käytöstä kouluttajana ja apuna hoitotyössä. Vastausten hajonnasta ja osittaisesta ristiriitaisuudesta oli tulkittavissa osallisuuteen liittyvien käsitteiden hankaluus ja tiedon tarve potilaan osallisuudesta ja sen merkityksestä hoitotyöhön.

Tutkimuksen tulokset antavat kuvaa hoitohenkilöstön näkemyksistä potilaan osallisuudesta hoitoonsa, mutta tuloksia ei voi yleistää. Mittarilla saatavaa tietoa voidaan hyödyntää kehitettäessä hoitotyön toimintakulttuuria ja koulutusta potilaan osallisuuden näkökulmasta.

ASIASANAT: osallisuus, potilas, hoitajan näkökulma, mittarin arviointi

ABSTRACT

TAMPERE UNIVERSITY
Faculty of Social Sciences
Nursing science

ANNA-MARIA SAVOLAINEN: Nurses views of patient's involvement in their own care and evaluating the validity of the instrument used to gather the views.

Master Thesis, 45 pages, 5 appendices (9 pages)

Supervisors: Päivi Åstedt-Kurki PhD, Professor and Mira Palonen PhD, University lecturer.

April 2017

The aim of this study was to modify 'the Finnish speaking patient's participation in hospital services' –instrument (MHCPQ) for nursing professionals on somatic wards and to further evaluate the usability and the reliability of the instrument. The aim was also to describe the views of healthcare professionals and attitude of the adult patients using the hospital services participation in their own care. In addition the study looks into background factors connection to healthcare professional's views.

This quantitative cross sectional study was carried out as an electronic structured question based study for the nurses who work on one central hospital's somatic wards (N= 337) in 2016. The responses rate was 31% (N=103). The Principal Components Analysis (PCA) was used to evaluate the validity of the instrument's structure. The instrument's internal consistency was investigated by using Cronbach's Alpha scale. The data was analyzed with statistical methods.

In the Principal Components Analysis the best solution contentually was made by a four-component solution. From the original 23 Likert-scale's variables 20 stayed in this model. The instrument was satisfying by internal consistency; the 3 components that were formed Cronbach's Alpha scales were between 0.670-0.774, one component result was moderate (0.544). The instrument used on Finnish speaking nursing staffs' views of patient's involvement in their own care on a hospital's ward was found out to be fairly valid and reliable instrument for Finnish somatic nursing context. The instrument should still be developed and tested.

The nurse's attitude for patient involvement was mainly positive. However, the dimensions of the involvement of this instrument divided the participant's views. The nurses felt rather negatively the patient's involvement in election of nursing staff or planning of professional development. The expertise that comes with experience was mainly seen as a positive thing, even though the respondents had only little experience of using this type of expert's as a trainer and assistance in nursing. The wide dispersion and the partial contradiction of the data from the respondents suggest the concepts were difficult, and there's a need for more information about the patient's involvement and it's meaning to nursing.

The results of this study give indication of the views of nursing staff regarding patient's involvement in their own care but the results should not be generalized. The information gathered with the instrument can be used for developing nursing working environment and training the staff from the patient's involvement point of view.

Keywords: involvement, patient, views of healthcare professionals, instrument evaluation

SISÄLLYSLUETTELO

TIIVISTELMÄ ABSTRACT

1. JOHDANTO	6
2. TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT	8
2.1 Potilas terveydenhuollossa	8
2.2 Osallisuus käsitteenä	9
2.3 Potilaan osallisuus sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa	11
2.4 Yhteenveto teoreettisista lähtökohdista	13
3. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT	14
4. METODIT	15
4.1 Tutkimusasetelma	15
4.2 Mittarit	15
4.3 Tutkimukseen osallistujat ja aineiston keruu	17
4.4 Aineiston analyysi	18
4.4.1 Mittarin reliabiliteetin ja validiteetin arviointi	18
4.4.2 Aineiston analysointi ja osallisuuteen yhteydessä olevat tekijät	19
5. TUTKIMUKSEN TULOKSET	20
5.1 Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot	20
5.2 Mittarin validiteetti ja reliabiliteetti	22
5.3 Mittarin asteikkojen komponenttirakenne	24
5.4 Hoitohenkilökunnan näkemykset potilaiden osallisuudesta	25
5.5 Hoitohenkilökunnan näkemyksiin potilaan osallisuudesta yhteydessä olevat tekijät	28
6. POHDINTA	30
6.1 Tutkimuksen luotettavuus	30
6.1.1 Kyselylomakkeen luotettavuus	30
6.1.2 Mittaamisen ja tulosten luotettavuus	32
6.2 Tutkimuksen eettisyys	34
6.3 Tulosten tarkastelu	35
6.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet	39
LÄHTEET	41

LIITTEET

LIITE 1. Kyselyn arviointilomake

LIITE 2. Tiedote tutkimuksesta osastonhoitajille

LIITE 3. Tiedote tutkimukseen osallistujille

KUVIOT

KUVIO 1. Osallisuuden muodot

KUVIO 2. Osallisuuden toteutumisen tasot

TAULUKOT

TAULUKKO 1. Taustamuuttujat

TAULUKKO 2. Pääkomponenttianalyysin neljän komponentin malli, lataukset, selitysosuudet ja summamuuttujien alpha-kertoimet

TAULUKKO 3. Summamuuttujien keskiarvot ja keskihajonnat tai mediaani ja kvartiilit sekä väittämien prosenttijakaumat

TAULUKKO 4. Taustamuuttujien yhteys hoitajien näkemyksiin potilaiden osallisuudesta kokemus asiantuntijuutena, osallisuutena, kapasiteettina ja osana henkilökuntaa

1. JOHDANTO

Potilaiden ja asiakkaiden osallisuuden ja vaikutusmahdollisuuksien parantaminen on ajankohtainen aihe sosiaali- ja terveydenhuollossa (Höglund ym. 2010; Tambuyzer ym. 2014). Viime vuosien aikana useisiin sosiaali- ja terveydenhuollon kansallisiin kehittämissohjelmiin ja toimenpide-ehdotuksiin on merkitty potilaan osallisuuden korostaminen (STM 2012; THL 2016). Sosiaali- ja terveysministeriö on asettanut hallituskauden yhdeksi kärkihankkeeksi sosiaali- ja terveydenhuollon palveluiden yhdistämisen asiakaslähtöiseksi kokonaisuudeksi, jolloin asiakkaan omatoimisuutta ja valinnanvapautta lisätään. Valmisteilla on asiakkaan osallistumisen toimintamalli. (STM 2015.) Lähtöoletuksena on, että osallisuutta lisäämällä nostetaan yksilöiden hyvinvointia, mikä heijastuu yhteiskuntaan sosiaalisena kestävytenä ja luottamuksen lisääntymisenä (Rouvinen-Wilenius ym. 2011).

Suomessa myös terveydenhuollon lait painottavat potilaan itsemääräämisoikeutta ja sen turvaamista. Osallistuminen omien palveluiden ja hoidon suunnitteluun ja niistä päättämiseen ovat keskeisessä asemassa. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992; Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000.) Yhteiskunnassa asiakkaan osallisuuden korostumiseen on vaikuttanut näkemys potilaista tasavertaisina ja vastuullisina kansalaisina sekä yleinen koulutustason nousu (Tambuyzer ym. 2014). Vaikka osallisuuden lisääminen on keskeinen sosiaali- ja terveyspoliittinen tavoite, sen toteutumisessa on edelleen haasteita (Rantanen & Toikko 2006).

Perinteinen potilaan rooli passiivisesta hoidon vastaanottajasta on muuttumassa aktiiviseksi osallisuudeksi omaan hoitoonsa. Vapaasti saatavilla oleva terveystieto ja sähköiset terveyspalvelut ovat kaikkien käytettävissä. Potilaan voimaantunut asema korostuu nykyisessä terveydenhuollossa, minkä vuoksi potilaan merkitys ja asema terveydenhuollon järjestelmässä kasvaa (Toiviainen 2011). Tähän asti roolimuuotos aktiiviseksi toimijaksi on näkynyt erityisesti yksityisessä terveydenhuollossa, jossa kuluttajat ovat arvostaneet valinnanvapautta, yksilöllisyyttä ja hoidon kokonaisvaltaisuutta (Bishop ym. 2011). Suomessa perusterveydenhuollon valinnanvapauden uudistuksessa roolimuuotos tulee näkymään entistä vahvemmin myös kunnallisella sektorilla. Potilaan osallisuuden lisääminen on yksi tapa parantaa hoitotyön laatua.

Tulevaisuudessa iäkkäiden osuus kasvaa eliniän pitenemisen ja suurten ikäluokkien vaikutuksesta (Ympäristöministeriö 2013). Tästä johtuen hoitoa tarvitsevien määrä kasvaa. Terveydenhuollon

resurssit ovat kuitenkin rajalliset, jolloin asiakkaan vastuu oman terveyden ylläpitäjänä ja edistäjänä korostuu (Kaseva 2011). Hoidon vaikuttavuutta voidaan lisätä, jos sitä lähdetään toteuttamaan yhdessä potilaan kanssa (Tobiano ym. 2015b; Antila & Vainikainen 2010). Potilaan osallisuuden on todettu olevan tärkeää koko hoitoprosessin ajan lisäten potilaan motivaatiota ja tyytyväisyyttä hoitoonsa. (Sahlsten ym. 2007; Kolovos ym. 2016.)

Asiakkaan osallisuuteen liittyy läheisesti käsite asiakaslähtöisyys, mikä kuvaa organisaatioiden tai työntekijöiden toimintatapaa (Laitila & Pietilä 2012). Asiakaslähtöisellä toiminnalla voidaan nähdä tavoitteina potilaan osallisuuden edistäminen ja hänen hoitonsa yksilöllisyys (Robinson, Callister, Berry & Dearing 2008). Asiakaslähtöisyys ei ole irrallinen ilmiö vaan ihmisten kohtaamista korostava toiminnan arvoperusta (Koikkalainen & Rauhala 2013). Osallisuus voidaan nähdä asiakaslähtöisyyden yhtenä ulottuvuutena.

Työyhteisön suhtautumisella on merkittävä vaikutus osallisuuden onnistumiseen hoitotyössä. Työntekijöiltä vaaditaan uudenlaista asennetta, osaamista ja yhteistyökykyä, jotta potilaan osallisuus hoitoonsa on mahdollista. Ammattilaisten asenne ja suhtautuminen potilaiden osallisuuteen välittyy jokaisessa potilaskohtaamisessa. (Kettunen & Kivinen 2012; Sahlsten ym. 2007.) Potilaan aktiivisempi rooli muuttaa potilaan ja hoitohenkilökunnan vuorovaikutusasemaa (Fotaki 2011) sekä vaatii ammattilaisilta ajattelutavan muutosta siirryttäessä autoritäärisestä ammattihenkilölähtöisyydestä potilaslähtöisyyteen (Routsalo ym. 2009). Jotta potilaiden osallisuus hoitoonsa ylipäänsä mahdollistuisi, on hoitotyön ammattilaisten näkemysten kartoittaminen oleellista (Shay & Laffata 2014). Tämän tutkimuksen tarkoituksena on potilaiden osallisuus sairaalapalveluissa -mittarin muokkaaminen ja validointi sekä hoitohenkilöstön näkemysten kuvaaminen sairaalahoidossa olevien potilaiden osallisuudesta.

2. TEORETTISET LÄHTÖKOHDAT

Tutkimuksen teoreettisissa lähtökohdissa oleva kirjallisuus perustuu kesällä 2015 suoritettuihin hakuihin kansainvälisistä ja suomalaisista tietokannoista. Hakuja tehtiin MEDLINE, CINAHL ja Me-dic tietokannoista. Haut rajattiin suomen- ja englanninkielisiin tieteellisiin julkaisuihin. Tämän lisäksi kirjallisuutta haettiin käsihakuna tietokantahakujen tuloksena löydettyjen tutkimusten lähde-luetteloista sekä suomalaisten hoitotieteellisten lehtien sisällysluetteloista. Haut rajattiin pääosin vuosien 2005 ja 2016 julkaistuihin tieteellisiin julkaisuihin.

Suomenkielisinä hakutermeinä käytettiin yksittäisinä hakusanoina ja niiden erilaisina yhdistelminä seuraavia termejä: potilas, asiakas, osallisuus, osallistuminen. Englanninkielisinä hakutermeinä käytettiin seuraavia termejä: involvement, inclusion, empowerment, consumer participation, pa-tient participation, nurse attitude.

2.1 Potilas terveydenhuollossa

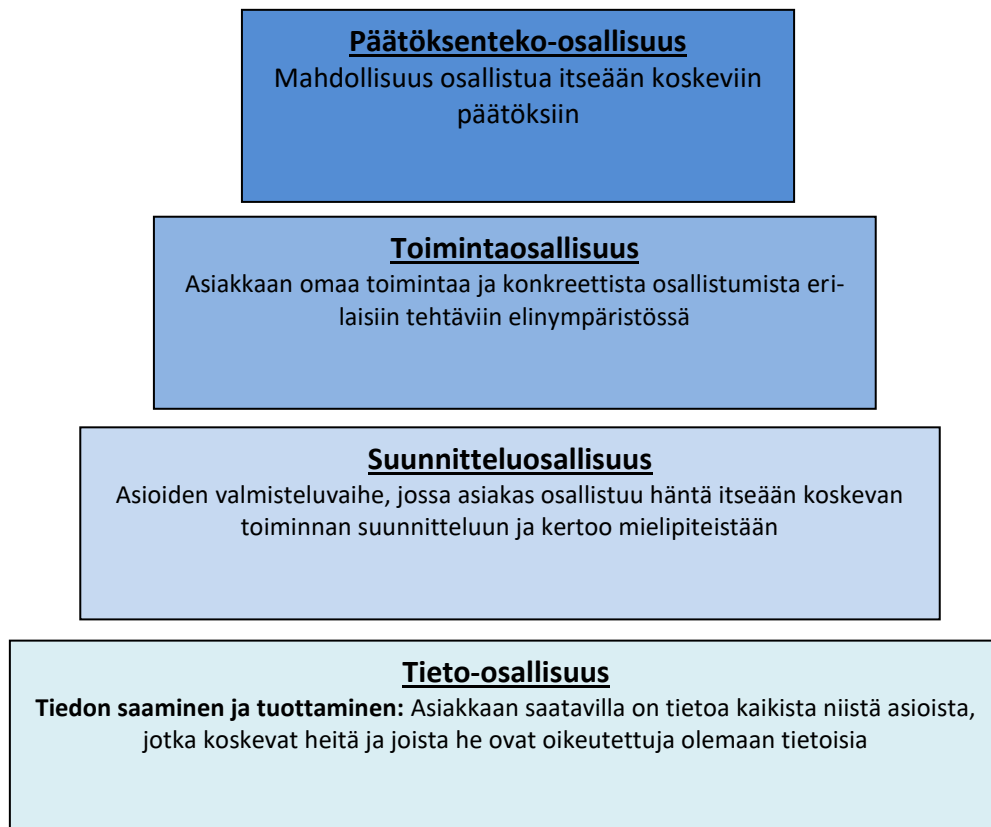
Terveydenhuollossa palveluiden käyttäjä voi olla potilas, asiakas, kansalainen tai kuluttaja. (Koikka-lainen & Rauhala 2013.) Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) määrittelee potilaan ter-veyden- tai sairaanhoidon palveluita käyttäväksi tai muuten niiden kohteena olevaksi henkilöksi. Käsitettä asiakas on käytetty enemmän sosiaalihuollon puolella (Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000), mutta nykyään terveydenhuollossa käytetään käsitteitä potilas ja asiakas rinnakkain. Potilaan roolin muuttuessa osallistuvammaksi hoitosuhde halutaan nähdä enemmänkin kumppanuutena asiakkaan ja hoitohenkilöstön välillä. Asiakas käsitettä on myös kri-tisoitu: termiä käytetään kuvaamaan kaikkia terveydenhuollon palveluiden käyttäjiä riippumatta siitä, onko asiakas pelkkä toiminnan kohde, aktiivinen yhteistoimija vai tahdonvastaisten toimien kohde. (Valkama 2012.) Tässä työssä palveluiden käyttäjästä käytetään käsitettä potilas.

2.2 Osallisuus käsitteenä

Osallisuus voidaan ymmärtää tunteena, mikä syntyy kun ihminen on osallisena jossain hänelle merkityksellisenä pitämässään yhteisössä. Yhteisössä osallisuus taas ilmenee toistensa arvostuksena, tasavertaisuutena ja luottamuksena. Oleellista on myös mahdollisuus vaikuttaa asioihin. (THL 2016; Nivala & Ryyänen 2013; Hammel ym. 2007.)

Sosiaali- ja terveysministeriö (2012) on määritellyt osallisuuden yhteiskunnassa tarkoittavan jokaisen mahdollisuutta osallistua ja olla osana yhteiskuntamme rakenteita, mahdollisuutta terveyteen, koulutukseen, työhön, toimeentuloon, asuntoon ja sosiaalisiin suhteisiin. Osallisuus on osallistumisen mahdollistama tunneperustainen ja yhteenkuuluvuuteen pohjautuva kokemus, jolloin on mahdollisuus vaikuttaa persoonana itseään ja ympäristöään koskeviin asioihin. (Rouvinen-Wilenius ym. 2011). Osallisuus on edellytys sitoutumiseen, itsehoitoon ja vastuuseen omasta elämästä (Kujala 2003). Osallisuuden kokemus syntyy, kun ihmiset ymmärtävät muutoksen mahdollisuuden omaa elämäänsä koskeviin asioihin (Rouvinen-Wilenius ym. 2011).

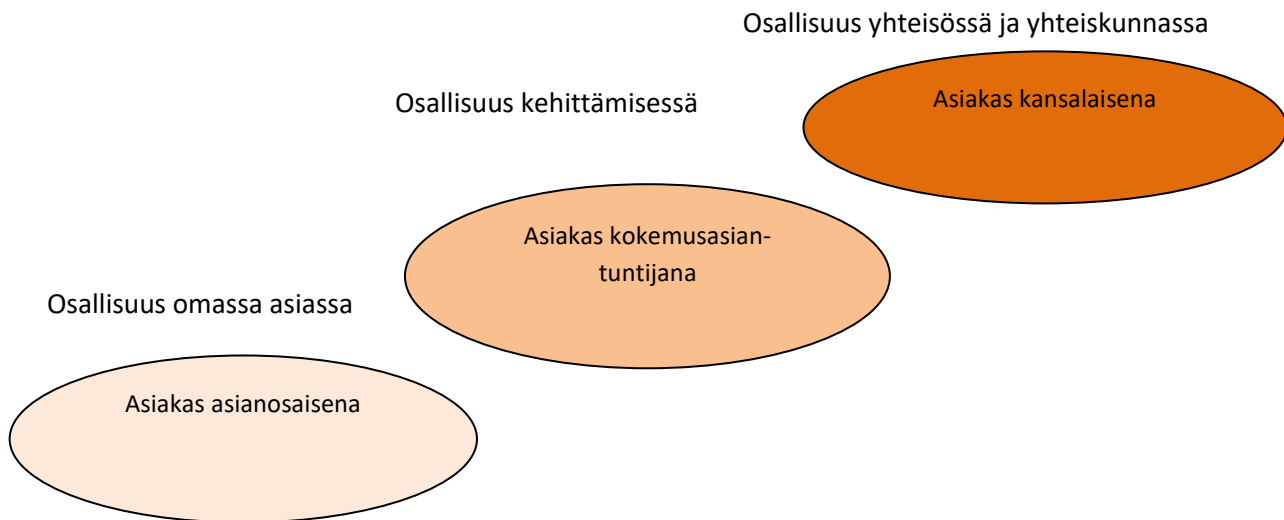
Osallisuus voidaan jaotella tiedon saamisen oikeuteen, suunnittelun osallistumiseen, toimintaosallisuuteen ja päätöksentekovaltaan sen mukaan, miten yksilöllä on mahdollisuus osallistua päätöksentekoprosessiin (Rouvinen-Wilenius ym. 2011; Kohonen & Tiala 2002). Kuviossa 1 on kuvattu osallisuuden muotoja, jossa tieto-osallisuus on helposti toteutettavin osallisuuden muoto. Kuvio etenee päätöksenteko-osallisuuteen, mikä on osallisuuden muodoista sitovin ja osallistavin.



Kuvio 1. Osallisuuden muodot (Mukaillen Rouvinen-Wilenius ym. 2011)

Osallisuus ilmenee eri tasoilla (kuviot 2. osallisuuden toteutumisen tasot). Voidaan miettiä, puhuttaanko yksilön mahdollisuuksista osallistua oman asiansa käsittelyyn asiakkaana, yhteisiä asioita koskevaan kehittämiseen palvelujen käyttäjänä vai yhteisön ja yhteiskunnan asioiden käsittelyyn yhteisön jäsenenä ja kansalaisena. (Oranen 2013.)

Osallisuus omassa elämässä tarkoittaa ihmisen osallistumista omaan elämäänsä vaikuttaviin asioihin ja päätöksiin. Osallisuus omien asioiden käsittelyssä tarkoittaa ihmisen mahdollisuutta kertoa omasta tilanteestaan, vaikuttaa työskentelyprosessiin ja osallistua suunnitelmiin ja päätöksentekoon. Osallisuus ympäröivässä yhteisössä ja palveluissa tarkoittaa mahdollisuutta osallistua ja vaikuttaa yhteisten asioiden suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. (Hammel ym. 2007.)



Kuvio 2. Osallisuuden toteutumisen tasot (Oranen 2013)

2.3 Potilaan osallisuus sosiaali- ja terveydenhuollon palveluissa

Potilaan osallisuus on hankalasti määriteltävä käsite, eikä tämän sisällöstä ole kirjallisuudessa yksimielisyyttä. Potilaan osallisuutta on määritelty toimintana, eli osallistumisena, sekä palvelun käyttäjän kokemuksena osallisuudesta. (Laitila 2010.) Usein osallisuus ja osallistuminen sekoittuvat ja niitä käytetään synonyymeinä. Käsitteet on kuitenkin syytä erottaa toisistaan. Osallistuminen kuvaa mukanaoloa muiden määrittelemissä tilanteissa, potilas voi osallistua ohjaukseen, toimenpiteeseen tai luentoon, jonka ammattilainen on suunnitellut (Kettunen & Kivinen 2012). Osallisuus on laajempi käsite, jossa asiakkaan toiminta vaikuttaa palveluprosessiin (Laitila 2010). Nykyään osallistuminen nähdään yhtenä osallisuuden osatekijänä (Laitila 2010; Valkama 2012). Osallisuus syntyy osallistumisen, toiminnan ja vaikuttamisen kautta (Kettunen & Kivinen 2012). On hyvä muistaa, että osallistuminen ei välttämättä tarkoita osallisuutta, mutta voi vahvistaa sitä (Kivistö 2014). Osallisuuden asteilla voidaan viitata erilaisiin asiakkaan rooleihin sosiaali- ja terveydenhuollossa. Potilas voidaan nähdä palvelujen kohteena, palautteen antajana, osallisena palveluidensa ja hoitonsa kehittäjänä tai aktiivisena sosiaali- ja terveystalouden kehittäjänä. (Kaseva 2011.) Toisaalta osallisuus voidaan nähdä osallisuutena omaan hoitoon ja kuntoutukseen, osallisuutena palveluiden kehittämiseen sekä osallisuutena palveluiden järjestämiseen (Laitila 2010).

Sosiaali- ja terveystalouden palveluissa potilaan osallisuuteen kuuluu palveluiden käyttäjien asiantuntijuuden huomioiminen, hyväksyminen ja hyödyntäminen (Laitila 2010). Osallisuuden toimintakulttuu-

rissa potilas on ammattilaisen rinnalla jo palvelumuotojen, sisältöjen ja erilaisten toteutustapojen suunnitteluvaiheessa. (Kettunen & Kivinen 2012.) Potilaat nähdään tärkeinä toimijoina ja päätöksien tekijöinä, koska katsotaan että heillä on erityistä tietoa ja kokemusta (Koskinen ym. 2014). Potilaat näkevät osallisuuden olevan tiedon vastaanottamista, mutta myös vastuuna sekä mahdollisuutena vaikuttaa omaan hoitoonsa (Kolovos ym. 2016). Hyvä dialoginen vuorovaikutussuhde hoitajan ja potilaan välillä on edellytys potilaan osallisuudelle (Tobiano ym. 2016). Osallisuus potilaan ja hoitotyöntekijän välillä mahdollistuu jos vuorovaikutuksessa toteutuu empatia, molemminpuolinen kunnioitus ja tasavertaisuus. (Kolovos ym. 2016; Tobiano ym. 2016.) Potilaan osallisuus toteutuu, kun hoitajan ammatillisen asiantuntijuuden ja potilaan oman elämänsä asiantuntijuuden välillä on tasapaino (Pohjola 2010).

Kokemusasiantuntijuutta on viime vuosina alettu hyödyntää terveydenhuollossa laajemmin. Kokemusasiantuntija on potilasedustaja, jolla on omakohtaista kokemusta siitä, miltä tuntuu sairastua tai sairastaa, olla hoidossa tai kuntoutuksessa, palvelun käyttäjänä tai omaisena. (Hietala & Rissanen 2015.) Kokemusasiantuntija mahdollistaa potilaiden osallisuuden palveluiden kehittämiseen ja toteuttamiseen sekä tasavertaiseen vuorovaikutukseen. Ammattilaisille yhteistyö potilasedustajan kanssa vahvistaa työn eettistä perustaa ja mielekkyyttä (Hietala & Rissanen 2015), lisää ymmärrystä sekä antaa uusia näkökulmia työhön (Kostiainen ym. 2014). Potilaiden näkökulman ymmärtämistä edesauttavat myös kokemuskouluttajat. He pitävät omaan kokemustietoonsa pohjautuvia puheenvuoroja tai alustuksia sosiaali- ja terveysalan opiskelijoille ja ammattilaisille (Hietala & Rissanen 2015).

Tässä työssä osallisuudella tarkoitetaan hoitohenkilöstön ja potilaan välistä dialogista kanssakäymistä, missä potilaalla on mahdollisuus olla aktiivisena osapuolena mukana hoidon suunnittelussa ja päätöksenteossa. Tämän lisäksi osallisuuteen kuuluu potilaan oikeus saada tietoa itseään koskevista asioista sekä tulla kuulluksi. (THL 2012.)

Mielenterveys- ja päihdetyössä potilaiden osallisuus on ollut ajankohtainen teema jo useita vuosia. Suomessa osallisuuteen liittyvää tutkimusta on tehty ainakin itsemääräämisoikeuden, henkilökoh-taisen vapauden ja asiakaslähtöisyyden näkökulmasta. (Laitila & Pietilä 2012.) Näiden lisäksi tutkimusta on tehty myös vanhempien osallisuudesta perheessä ja lasten palveluissa (Vuorenmaa 2016).

Tutkimusten mukaan potilaiden suorat osallistumismahdollisuudet sosiaali- ja terveystalvissa ovat vielä melko kehittymättömiä (Eronen ym. 2009; Laitila 2010). Lisäksi on todettu, että vaikka asiakkaan osallisuus on sosiaali- ja terveydenhuollossa tunnustettu arvo ja tavoite, on osallisuuden käytännön toteutumisessa terveydenhuollossa edelleen puutteita (Borg, Karlsson & Kim 2009; Laitila 2010).

Osallistumisen on todettu lisäävän osallisuutta. Pääsääntöisesti asiakkaat haluavat olla osallisina omaan hoitoonsa liittyvissä asioissa. Potilaiden osallisuutta kaikilla osallisuuden tasoilla tulisi lisätä sekä asiantuntijuutta hyödyntää myös palveluita suunniteltaessa ja kehitettäessä. (Valkama 2012.) Asiakkaiden osallisuutta kokemusasiantuntijana tulisi myös lisätä. Tutkimuksissa on todettu, että potilaat pystyvät muun muassa avustamaan muita sosiaali- ja terveydenhuollon järjestelmien käytössä, antamaan neuvoja lääkinnästä ja tarjoamaan kriisitukea. Terveystalalla toimivien ihmisten asenteiden muuttaminen edellyttäisi luottamuksen kasvattamista potilaiden kokemuksellisen tiedon arvokkuuteen. (Kaseva 2011.)

Osallisuutta on tutkittu viime vuosina paljon kansainvälisesti ja kansallisesti palvelunkäyttäjien ja omaisten näkökulmasta (Valkama 2012). Kansainvälistä tutkimusta potilaiden osallisuudesta hoitajien näkökulmasta hoitotyön somaattisessa kontekstissa on tutkittu laadullisin menetelmin (Tobiano ym. 2015b; Sahlsten ym. 2007). Pääosa tutkimuksesta on tehty mielenterveytystyöstä ja esimerkiksi opiskelijoiden näkökulmasta (Byrne ym. 2014; Happel ym. 2010; Happel ym. 2002), ja toisaalta osallisuutta estävät hoitotyön käytännöt ovat vaihtuneet osallisuutta edistäviksi melko hitaasti. Sosiaali- ja terveydenhuollon ammattilaisten näkökulmaa osallisuuteen on tarkasteltu vähemmän (Tobiano ym 2015a; Valkama 2012).

2.4 Yhteenveto teoreettisista lähtökohdista

Potilaan osallisuus on moniulotteinen käsite, jolle ei ole vakiintunut selkeää, yksiselitteistä määritelmää. Tässä työssä osallisuudella tarkoitetaan hoitohenkilöstön ja potilaan välistä vastavuoroista kanssakäymistä, missä potilaalla on mahdollisuus olla aktiivisena osapuolena mukana hoidon suunnittelussa ja päätöksenteossa, sekä oikeus saada tietoa itseään koskevista asioista ja tulla kuulluksi (THL 2012).

Potilaan osallisuutta on tutkittu kansainvälisesti ja kansallisesti potilaan ja hoitohenkilökunnan näkökulmasta pääosin mielenterveystyössä. Osallisuuden tutkimusta hoitotyön somaattisessa kontekstissa on huomattavasti vähemmän. Viimevuosina kansainvälistä tutkimusta aiheesta on tehty, mutta suomalaisia tutkimuksia hoitajien näkökulmasta tässä kontekstissa ei ole. Hoitajat viettävät vuodeosastojen henkilökunnasta eniten aikaa potilaan kanssa ja ovat näin vaikuttamassa siihen, miten potilaan osallisuuden on mahdollista toteutua. Hoitajien asenteilla ja näkemyksillä on suuri vaikutus osallisuuden toteutumiseen sekä myös siihen, miten osallisuuteen liittyvien uusien toimintatapojen implementointi käytännön työhön onnistuu.

3. TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄT

Tämän tutkimuksen tarkoituksena on suomenkielisen potilaiden osallisuus sairaalapalveluissa -mittarin muokkaaminen ammattilaisille hoitotyön somaattisille osastoille sekä mittarin käytettävyyden ja luotettavuuden arviointi. Lisäksi tarkoituksena on kuvata hoitohenkilöstön näkemyksiä ja asenteita sairaalapalveluita käyttävien aikuisten potilaiden osallisuudesta hoitoonsa, sekä taustatekijöiden yhteyttä hoitohenkilökunnan näkemyksiin.

Tutkimuksen tavoitteena on, että tuotettua tietoa voidaan hyödyntää potilaan osallisuutta lisäävien työtapojen ja toimintakulttuurin kehittämisessä.

Tutkimustehtävinä on:

1. Arvioida potilaiden osallisuus sairaalapalveluissa -mittarin validiteettia ja reliabiliteettia
2. Kuvata, millaisia näkemyksiä hoitohenkilökunnalla on sairaalapalveluita käyttävien potilaiden osallisuudesta hoitoonsa
3. Tarkastella taustamuuttujien yhteyttä henkilökunnan näkemyksiin potilaiden osallisuudesta hoitoonsa

4. METODIT

4.1 Tutkimusasetelma

Tutkimus on kvantitatiivinen poikkileikkaustutkimus. Poikkileikkaustutkimukselle on tavallista, että kohdetta tai ilmiötä tutkitaan tiettyinä ajankohtana kertaluontoisesti (Heikkilä 2014). Tutkimusaineisto kerättiin strukturoidun kyselylomakkeen avulla, jonka tulokset analysoitiin käyttämällä tilastollisia menetelmiä. Avointen kysymysten analysoinnissa hyödynnettiin sisällönanalyysiä.

4.2 Mittarit

Tutkimuksessa käytettävä alkuperäinen mittari on Happellin, Pinikahanan ja Roperin (2002) kehittämä Mental Health Consumer Participation Questionnaire (MHCPQ). Mittari on modifioitu versio Kentin ja Readin (1998) luomasta Consumer Participation Questionnaire (CPQ) -mittarista. CPQ kehitettiin mittamaan mielenterveysalan ammattilaisten näkemyksiä ja asenteita Uudessa Seelannissa. (Happell ym. 2002.) MHCPQ -mittari on tästä edelleen kehitetty mittaamaan sairaanhoitajaopiskelijoiden näkemyksiä ja asenteita mielenterveyspalveluita käyttävien asiakkaiden osallisuudesta hoitoonsa. Mittari koostuu 24 Likert -asteikollisesta kysymyksestä. Mittarin avulla pyritään selvittämään hoitajaopiskelijoiden näkemyksiä potilaiden osallisuudesta omaan hoitoonsa (7 kysymystä), mielenterveyspalvelujen järjestämiseen (10 kysymystä) ja hoidon suunnitteluun (4 kysymystä) sekä potilaan asemaan kouluttajana (3 kysymystä). (Happell ym. 2002.) MHCPQ -mittari on validoitu vuonna 2010. Tässä yhteydessä likert -asteikko muutettiin 5-luokkaisesta 7-luokkaiseksi, jotta se kuvaisi paremmin näkemysten vaihtelua. Validoinnin jälkeen mittarin väitämät jakautuivat kolmeen osioon ja seitsemän kysymystä tippui mittarista pois. Ensimmäinen osa, potilaan toimintakyky (patient capacity) kattaa kysymykset (8 kysymystä), mitkä liittyvät potilaan kapasiteettiin ja mahdollisuuksiin vaikuttaa palvelun laatuun. Toinen osa-alue liittyy potilaiden osallisuuteen omaan hoitoonsa ja palveluihin (consumer involvement in own treatment and services, 5 kysymystä). Kolmas osa-alue kuvaa potilaan roolia osana henkilökuntaa (consumer as staff), jolloin potilas on osallisena henkilökuntaan liittyvissä asioissa (4 kysymystä). (Happell ym. 2010.)

MHCPQ-mittari on käännetty suomen kielelle ja pilotoitu Tampereen yliopistollisen sairaalan erityisvastuualueelle (ERVA) suunnatussa tutkimuksessa, jossa tutkittiin mielenterveyspalveluissa

toimivan henkilöstön näkemyksiä palveluiden käyttäjien osallisuudesta avo- ja sairaalahoidossa. Tutkimusta ei ole vielä julkaistu, joten suomenkielisen mittarin validoinnista ei ollut tuloksia käytettävissä tätä tutkimusta tehdessä. Suomenkieliseen mittariin ei juurikaan oltu tehty muutoksia alkuperäiseen mittariin nähden, mutta yksi kysymys oli poistettu. Tämän tutkimuksen mittari on muokattu tästä suomenkielisestä mittarista siten, että se kartoittaisi mahdollisimman hyvin somaatiikan vuodeosastojen hoitohenkilökunnan näkemyksiä potilaan osallisuudesta hoitoonsa. Mittarin kysymykset on pyritty pitämään alkuperäisen suomenkielisen mittarin kaltaisena, muuttamalla kysymysten sanoja siten, että se sopii somaattiseen hoitotyön kontekstiin ilman että väittämän merkitys muuttuu.

Tämän tutkimuksen kyselylomake koostuu kolmesta osiosta: taustatietokysymyksistä, kysymyksistä jotka kartoittavat vastaajan näkemyksiä potilaan osallisuudesta hoitoonsa sekä yhdestä avoimesta kysymyksestä. Kyselylomake sisältää 32 kysymystä, joista 23 on 7-portaisia Likert-asteikollisia kysymyksiä (vahvasti eri mieltä 1 - vahvasti samaa mieltä 7), kahdeksan taustatietokysymystä sekä yksi kyllä - ei vaihtoehtoinen kysymys, jossa on mahdollisuus täydentää vastausta vapaalla tekstillä. Likert-asteikollisissa kysymyksissä kartoitetaan hoitohenkilökunnan näkemyksiä potilaan osallisuudesta hoitoonsa, sen suunnitteluun ja toteutukseen, sekä kokemusasiantuntijan käyttämisestä hoitotyön tukena ja kouluttajana.

Kyselylomake esitettiin lähettämällä sähköpostitse linkki kolmelle henkilölle, jotka eivät kuuluneet varsinaiseen perusjoukkoon. Esitestaukseen osallistuneet saivat lisäksi arviointilomakkeen, jossa pyydettiin antamaan palautetta ja kertomaan puuttuiko mittarista jotain oleellista, oliko kysymykset ja vastausohjeet ymmärrettävät ja selkeät, sekä olisiko vastausvaihtoehtoja tarvittu enemmän (LIITE 1). Esitestauksen perusteella tehtiin muutama korjaus sanamuotoihin ja kyselylomakkeen tekniseen toteuttamiseen liittyviin asioihin, kuten siihen että avoimen kysymyksen vastaamisen "pakollisuus" poistettiin.

4.3 Tutkimukseen osallistujat ja aineiston keruu

Aineisto kerättiin syksyn 2016 aikana eteläsuomalaisessa keskussairaalassa. Tämä tutkimus suunnattiin aikuispotilaita hoitavien somaattisten vuodeosastojen hoitohenkilökunnalle. Vuodeosastoja oli tutkimuksessa mukana 14. Osastoina oli yksi neurologian, yksi keuhkotautien, neljä sisätautien ja kuusi kirurgian osastoa, sekä päivystysosasto ja akuuttigeriatrinen arviointiyksikkö. Tutkimus suoritettiin kokonaistutkimuksena, jolloin koko perusjoukko tutkittiin. Perusjoukko koostui perus-, lähi- ja sairaanhoitajista sekä kättilöistä, joita on konservatiivisen-, operatiivisen- ja päivystyskeskuksen tulosalueen vuodeosastoilla yhteensä 337. Aineiston keräämiseen haettiin asianmukainen lupa sairaalan hallintoylihoitajalta.

Tutkimus toteutettiin sähköpostitse lähetetyllä webropol-kyselyllä. Viikkoa ennen kyselyn lähettämistä somaattisten osastojen osastonhoitajia informoitiin tutkimuksesta lähettämällä heille tiedote tutkimuksesta (LIITE 2). Osastonhoitajia pyydettiin informoimaan henkilökuntaa tulevasta kyselystä ja kannustamaan hoitajia osallistumaan siihen. Sähköpostiviesti, joka sisälsi tutkimustiedotteen ja linkin sähköiseen kyselyyn, lähetettiin tutkimukseen mukaan valittujen osastojen osastonhoitajille, jotka välittivät viestin edelleen hoitohenkilökunnan työ sähköpostiin. Kyselyyn vastaamiseen varattiin aikaa 3 viikkoa. Vastausajan toisen viikon lopulla lähetettiin muistutus vastaamisesta hoitajien sähköpostiin osastonhoitajien kautta.

Kyselylomakkeeseen liitettiin tiedote tutkittavalle (LIITE 3), jossa kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta, tavoitteesta, aikataulusta sekä kerätyn tiedon käsittelystä (Heikkilä 2014). Saatekirjeessä oli myös yhteystiedot mahdollista yhteydenottoa varten sekä maininta tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuudesta. Tutkittavan katsottiin antavan suostumuksensa tutkimukseen osallistumiseen saatuaan tiedotteen tutkimuksesta ja vastattuaan kyselylomakkeeseen (Tietoarkisto 2016).

4.4 Aineiston analyysi

4.4.1 Mittarin reliabiliteetin ja validiteetin arviointi

Tutkimuksen luotettavuus on suoraan verrannollinen mittarin luotettavuuteen (Metsämuuronen 2006). Mittarin validiteetti kuvaa, missä määrin on onnistuttu mittamaan juuri sitä mitä pitikin mitata. Kyselytutkimuksessa siihen vaikuttaa ensisijaisesti se onko kysymyksenasettelu onnistunut, eli saadaanko kysymysten avulla vastaus tutkimusongelmaan. (Heikkilä 2014.)

Sisältövaliditeettia arvioitiin esitestauksen avulla. Kyselylomakkeen mukana annettiin arviointilomake (liite 4), johon kyselyä täyttävä voi merkitä puuttuuko mittarista jotain oleellista, onko kysymyksissä tai vastausohjeissa epäselvyyttä ja olisiko jossain kysymyksissä tarvittu enemmän vastausvaihtoehtoja. Mittarin sisältövaliditeetti tarkoittaa, että tutkimuksessa käytetty käsite on kyetty operationalisoimaan mitattavaksi, eli mittari mittaa juuri sitä, mitä se on tarkoitettukin mittamaan (Metsämuuronen 2006). Rakennevaliditeetin arvioinnissa käytettiin pääkomponenttianalyysiä (PCA), vuonna 2010 tehdyn englanninkielisen MHCPQ-mittarin validiointia mukaillen (Happell, Moxham & Platania-Phung 2010.) Rakennevaliditeetti kuvaa kysymyksen kohteena olevia yksittäisiä käsitteitä ja niiden taustalla olevaa teoriaa (Metsämuuronen 2006). Pääkomponenttianalyysiin päädyttiin myös siitä syystä, että suomenkielisen mittarin muokattua rakennetta arvioidaan ensimmäistä kertaa tällä kohderyhmällä (Munro 2005). Komponenttirakennetta tutkittiin käyttäen varimaxin suorakulmaista rotaatiota. Aineiston soveltuvuutta pääkomponenttianalyysiin tarkasteltiin Kaiser-Meyer-Olkin (KMO) sekä Bartlettin sfäärisyystesteillä. KMO arvon tulisi olla 0.60 tai suurempi ja Bartlettin testin arvon tulisi olla merkitsevä ($p < 0.05$), jotta pääkomponenttianalyysin käyttö on mahdollista (Metsämuuronen 2006). Aineiston soveltuvuutta tarkasteltiin myös muuttujien kommunaliteettien (tavoiteltavat arvot > 0.30) sekä muuttujien ja komponenttien välisten latauksien (tavoiteltavat arvot > 0.30) avulla. (Metsämuuronen 2006.)

Reliabiliteetilla tarkoitetaan mittarin luotettavuutta; yhtenäisyyttä ja pysyvyyttä (Ronkainen, Pehkonen, Lindblom-Yläne & Paavilainen 2011). Mittauksen reliabiliteetti on määritelty kyvyksi tuottaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Käytännössä reliabiliteetti määritellään kahden riippumattoman mittauksen korrelaatioksi. Ennen aineiston keräämistä mittarin reliabiliteettia pyrittiin varmistamaan esitutkimuksen avulla. (Heikkilä 2014.) Mittarin sisäistä johdonmukaisuutta tutkittiin käyt-

tämällä Cronbachin Alpha-kerrointa. Heikkilän (2014) mukaan kertoimelle ei ole olemassa yksiselitteistä rajaa, mutta luku saisi olla $> 0,70$. Toisaalta 0,60 arvot voivat olla riittäviä sisäiselle johdonmukaisuudelle (Metsämuuronen 2006). Tässä tutkimuksessa rajaksi asetettiin 0,60. Kaikki pääkomponenttianalyysissä negatiivisesti latautuneet muuttujat käännettiin ennen cronbachin alpha-kertoimen laskemista.

4.4.2 Aineiston analysointi ja osallisuuteen yhteydessä olevat tekijät

Aineiston analyysi aloitettiin ajosuunnitelmalla. Sähköinen aineisto vietiin palvelimelta Excell-
taulukkona SPSS- tilastolliseen ohjelmistoon. Tutkimuksen aineisto analysoitiin IBM SPSS Statistics for windows (versio 22.0, Armonk, NY, IBM Corp.) ohjelmistolla. Puuttuvia vastauksia ei tässä kyselyssä ollut mahdollista jättää, kuin yhden avoimen kysymyksen yhteydessä.

Aineiston tiivistämiseksi ikä ja työkokemuksen pituus sekä työkokemuksen pituus nykyisessä työpisteessä luokiteltiin neljään luokkaan. Nominaaliasteikollisten muuttujien uudelleen luokittelussa pyrittiin välttämään liian pieniä luokkia (<10). Tilastollista analyysia varten taustamuuttujista työkokemuksen pituus nykyisessä työpisteessä yhdisteltiin vielä kolmeen luokkaan (<5 v., 5-15 v., >15 v.) ja koulutus kahteen luokkaan (toisen asteen tutkinto ja korkea-asteen tutkinto). Aineiston kuvailuun käytettiin kvantitatiiviselle tutkimukselle tyyppillisiä tapoja; frekvenssejä ja prosenttilukuja sekä erilaisia tunnuslukuja, kuten keskiarvoja ja keskihajontaa (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013). Prosenttiosuudet pyöristettiin lähimpään kokonaislukuun.

Väittämistä, jotka kartoittavat vastaajan näkemyksiä potilaan osallisuudesta hoitoonsa, tehtiin frekvenssi- ja prosenttijakaumat 7-portaisen likert-asteikon avulla. Väittämien analyysiä varten asteikko tiivistettiin viiteen luokkaan (1-2 vahvasti eri mieltä tai eri mieltä , 3 osittain eri mieltä, 4 ei samaa, ei eri mieltä 5 osittain samaa mieltä, 6-7 samaa mieltä tai vahvasti samaa mieltä). Aineiston kuvailun helpottamiseksi asteikot 1-2 nimettiin " eri mieltä" ja asteikot 6-7 "samaa mieltä". Asteikkoa ei haluttu tiivistää enempää, jottei näkemysten vaihtelu häviäisi liiallisen tiivistämisen myötä.

Mittarin validiteetin arvioimiseksi ja aineiston tiivistämiseksi tehtiin pääkomponenttianalyysi ja analyysin perusteella muodostuneista komponenteista tehtiin summamuuttujat, joiden reliabiliteetti tarkastettiin Cronbachin alpha-kertoimen avulla. Jatkuvien muuttujien normaaliutta tarkastettiin tilastollisin testein (Shapiro-Wilkin testi, vinousluku/vinousluvun keskivirhe) ja graafisesti muuttujien histogrammeja tarkastelemalla. Tässä aineistossa käytettiin Shapiro-Wilkin testiä summamuuttujien normaalijakaumatestinä, koska tämä soveltuu pienille (ryhmäkohtaisille, $n < 50$) otoksille (Nummenmaa 2009). Tilastollisten testien ja graafisen tarkastelun perusteella neljästä summamuuttujasta yksi oli normaalisti jakautunut.

Hoitohenkilökunnan taustatekijöiden yhteyttä heidän näkemyksiinsä potilaiden osallisuudesta hoitoonsa analysoitiin tilastollisten testien avulla, kuten t-testillä ja yhdensuuntaisella varianssi-analyysillä (normaalisti jakautuneet muuttujat) tai Mann-Whitney U- ja Kruskal-Wallis H- testeillä (vinosti jakautuneet muuttujat). Vaikka normaaliollettamus toteutui useimpien muuttujien osalta, niin tuloksia analysoitaessa näiden muuttujien kohdalla tehtiin myös epäparametrisiä testejä pienen ryhmäkohtaisen otoskoon vuoksi (Heikkilä 2014). Tämän jälkeen testien tulosten yhdenmukaisuutta arvioitiin. Summa- ja taustamuuttujien välisissä tarkasteluissa ei huomioitu yhteyksiä sukupuolittain, koska miehiä vastaajissa oli vain kaksi. Kaikki analyysit toteutettiin erikseen jokaiselle potilaan osallisuutta kuvaavalle summamuuttujalle. Tilastollisen merkitsevyyden rajana kaikissa analyyseissä pidettiin $p < 0.05$ (Munro 2005; Nummenmaa 2009; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013). Aineiston analyysin jälkeen tulokset pyrittiin saamaan helposti tulkittavissa olevaan muotoon, jotta niitä voitaisiin käyttää mahdollisen kehittämistyön tukena (Heikkilä 2014).

5. TUTKIMUKSEN TULOKSET

5.1 Tutkimukseen osallistuneiden taustatiedot

Tutkimukseen osallistui 103 hoitajaa (31 %). Enemmistö vastaajista oli naisia ($n = 101$). Vastaajien ikä vaihteli 20 ja 64 ikävuoden välillä ($ka = 41.2$; $kh = 12.9$). Valtaosa vastaajista oli koulutustasoltaan joko ammattikorkeakoulututkinnon (52%) tai opistotasaisen tutkinnon (32%) suorittaneita. Muut tutkimukseen osallistuneet olivat suorittaneet koulutasoisen tutkinnon (10%), ylemmän ammattikorkeakoulu- (4%) tai yliopistotutkinnon (2%). Työkokemuksen pituus vaihteli viiden kuukauden ja 43 vuoden välillä ($md = 15,0$; $Q_1 = 7,0$; $Q_3 = 27,0$). Noin puolet vastaajista (51%) työsken-

teli operatiivisilla- ja noin kolmasosa (35%) konservatiivisilla vuodeosastoilla. Loput vastaajista (15%) oli töissä päivystyskeskuksen vuodeosastoilla. Työkokemus nykyisellä osastolla vaihteli kahden kuukauden ja 40 vuoden välillä (md = 6,6; Q₁ = 2,8; Q₃ = 15,0). Valtaosa hoitajista ilmoitti, että osastolla ei ole käytetty kokemusasiantuntijaa hoitotyön tukena (79%) tai, että kokemusasiantuntija ei ole ollut kouluttamassa henkilökuntaa (82%). (Taulukko 1.)

TAULUKKO 1. Taustamuuttujat (n = 103)

Taustamuuttuja	N	%	ka	Kh	Md	Q ₁	Q ₃
Sukupuoli							
Nainen	101	98					
Mies	2	2					
Ikä							
			41,2	12,9			
20-29 v.	18	18					
30-39 v.	29	29					
40-49 v.	20	20					
50-64 v.	34	33					
Työkokemus hoitajana							
					15,0	7,0	27,0
< 10 v.	39	38					
10-19 v.	22	21					
20-29 v.	24	23					
> 29 v.	18	18					
Työkokemus osastolla							
					6,6	2,8	15,0
< 5 v.	43	42					
5-15 v.	36	35					
16-29 v.	15	14					
> 29 v.	9	9					
Koulutus							
Koulutasoinen tutkinto	10	10					
Opistotasoinen tutkinto	33	32					
Ammattikorkeakoulututkinto	54	52					
Ylempi AMK	4	4					
Yliopistotutkinto	2	2					
Työpiste							
Operatiiviset osastot	52	51					
Konservatiiviset osastot	36	35					
Päivystyskeskus	15	15					
Kokemusasiantuntijan käyttö							
Kyllä	22	21					
Ei	81	79					
Kokemuskouluttajan käyttö							
Kyllä	19	18					
Ei	84	82					

5.2 Mittarin validiteetti ja reliabiliteetti

Eksploraatiivinen faktorianalyysi suoritettiin koko aineistoa käyttäen pääkomponenttianalyysin avulla. Kaiser-Meyer-Olkin (0.714) ja Bartlettin sfäärisyystesti $\chi^2(190) = 631.32$ ($p < 0.001$) tukivat menetelmän käyttöä tässä aineistossa. Rotatoimaton faktoriratkaisu tuotti kahdeksan yli yhden (1) ominaisarvon saavuttavaa faktoria, mitä pidetään ominaisarvon rajana (Metsämuuronen 2006). Näin suurta faktoreiden määrää pidettiin kuitenkin aineiston kokoon nähden liian suurena. Cattelin scree plot- kuvion tarkastelun jälkeen aineiston rotointi toteutettiin sekä suorakulmaisella varimax-, että vinokulmaisella oblimin rotaatiolla pakotettuna kolmesta kuuteen komponentin malleilla. Sisällöllisesti parhaan ratkaisun tuotti neljän komponentin malli varimax rotaatiolla (Taulukko 2.), jossa muuttujat latautuivat sisällöltään mielekkäimmällä tavalla komponentteihin. Muuttujien kommunaliteetit vaihtelivat 0.379 ja 0.660 välillä. Väittämät "Lääkitys pitäisi selittää potilaille sellaisella tavalla, että he pystyvät tekemään tietoisia valintoja"(18, 0.157), "Potilaalla pitäisi olla vain rajoitettu mahdollisuus vaikuttaa päätökseen valittaessa heille sopivaa lääkitystä" (8, 0.149) ja "Kokenut hoitotyön asiantuntija osaa tuoda henkilökunnan koulutuksissa esiin potilaiden näkökulman" (11, 0.239) poistettiin yksi kerrallaan analysoinnin aikana matalan kommunaliteetin vuoksi (< 0.30) (Metsämuuronen 2006). Nämä muuttujat eivät myöskään latautuneet mielekkäästi tai ollenkaan yhteenkään komponenttiin.

Neljän komponentin malli sijoitti 20 muuttujaa komponenteille siten, että jokaisessa komponentissa oli vähintään kolme muuttujaa. Näiden neljän muuttujan ominaisarvot olivat 3.33, 2.76, 2.24 ja 2.05. Nämä neljä komponenttia selittivät 52 % muuttujien varianssista. Komponenttien ja mittariin jääneiden muuttujien lataukset vaihtelivat välillä -0.311 - 0.684. Seitsemän muuttujaa latautui myös toiselle komponentille yli 0.3 latauksella. Muuttujien sijoittuminen komponenteille määriteltiin suurimman latauksen mukaan. Taulukossa 3 on esitetty pääkomponenttianalyysin tuottamat potilaan osallisuuden ulottuvuudet sairaalapalveluissa, kun mukana on mittariin lopullisesti hyväksytyt muuttujat.

Cronbachin alpha-kertoimen tarkastelussa negatiivisesti korreloivat muuttujat (7,14,17) käännettiin ja tarkastelu toteutettiin komponenteittain. Kolmen ensimmäisen komponentin cronbachin alpha-arvojen vaihtelu 0.670-0.774 välillä mahdollisti summamuuttujien muodostamisen. Neljän-

nen komponentin alpha-kerroin jäi vaatimattomaksi (0.544). Minkään muuttujan poistaminen muodostuneista summamuuttujista ei nostanut komponentin alpha-arvoa merkittävästi. (Taulukko 2.)

Taulukko 2. Pääkomponenttianalyysin neljän komponentin malli, lataukset, selitysosuudet ja summamuuttujien alpha-kertoimet

Muuttujat ja komponentit		Komponenttilataukset				r ² (%)	α
		K 1	K 2	K 3	K 4		
K 1 Kokemusasiantuntijuus						16,66	0.774
7	Potilaalle annetaan nyt jo riittävä mahdollisuus osallistua hoitoonsa	-.681	.011	-.081	.209		
10	Kokemusasiantuntijan pitäisi osallistua sairaalan hoitohenkilökunnan kouluttamiseen	.602	.050	-.130	-.027		
12	Ymmärtääkseen paremmin, kuinka potilas kokee hoidon vuodeosastolla, henkilökunta tarvitsee tietoa kokemusasiantuntijalta	.669	.228	.047	.201		
14	Hoito vuodeosastolla toimii tällä hetkellä niin hyvin kuin mahdollista eikä sen muuttamiseen pitäisi käyttää voimavaroja	-.741	-.094	.059	-.018		
17	Hoito vuodeosastolla ei tulisi muuttamaan merkittävästi, vaikka niihin palkattaisiin kokemusasiantuntijoita	-.488	.025	.239	-.359		
19	Hoito vuodeosastolla todennäköisesti paranisi, jos potilaat osallistuisivat sen suunnitteluun ja toteutukseen	.508	.240	-.183	.387		
23	Jokaisella vuodeosastolla pitäisi työskennellä kokemusasiantuntija	.649	.121	.116	.218		
K 2 Potilaan osallisuus						13,81	0.745
1	Potilaiden osallisuutta pitäisi tukea vahvasti kaikessa hoidossa vuodeosastolla	-.014	.773	-.056	-.243		
2	Potilaiden pitäisi olla aktiivisesti osallisina oman hoitonsa suunnittelussa	.136	.745	-.063	.116		
3	Potilaiden pitäisi olla tärkeässä roolissa vuodeosastojen palveluja suunniteltaessa	.180	.600	-.029	.304		
4	Potilaiden pitäisi olla aina osallisina heidän ongelmiaan arvioitaessa	.050	.673	-.087	-.014		
6	Potilailla pitäisi olla mahdollisuus aidosti vaikuttaa oman hoitonsa suunnitteluun	.389	.582	.059	.274		
K 3 Potilaan kapasiteetti						11,18	0.670
13	Ihmiset, jotka ovat sairaana, eivät pysty ottamaan paljon vastuuta hoidostaan	-.080	-.227	.683	.096		
16	Potilaina olevat ihmiset tarvitsevat apua eikä heitä pitäisi rasittaa sillä, miten nämä palvelut järjestetään	-.467	-.092	.653	-.006		
20	Potilaiden vahvempi osallisuus hoitoonsa vuodeosastolla lisäisi työntekijöiden stressiä	.018	-.381	.462	-.143		
21	Sairauden hoitoon liittyvät palvelut vuodeosastolla ovat monimutkaisia, mikä vaikeuttaa potilaiden osallistumista niiden suunnitteluun ja toteutukseen	-.036	-.037	.735	-.192		
22	Potilailla ei ole riittävästi itseluottamusta osallistuakseen palveluiden suunnitteluun ja toteutukseen	.190	.227	.654	.052		
K 4 Potilas osana henkilökuntaa						10,23	0.544
5	Potilaiden pitäisi osallistua vuodeosastojen henkilökunnan valintaan	-.061	.040	-.095	.737		
9	Potilaiden pitäisi osallistua kaikkeen hoitohenkilökunnan koulutukseen ja ammatillisen kehittämisen suunnitteluun	.052	-.016	.009	.710		
15	Potilaiden pitäisi olla mukana määrittämässä sitä, millaista on laadukas hoito vuodeosastolla	.345	.250	.048	.527		

Eksploratiivinen faktorianalyysi: Principal Component Analysis, Varimax with Kaiser Normalization, selitysosuus 52%, KMO = 0.71, Barlett's p < 0.001

r² = Selitysosuus (%) komponentin selittämästä varianssista. Selitysosuus kuvaa sitä, kuinka suuri osuus kaikkien mallissa mukana olevien muuttujien vaihtelusta voidaan selittää kyseisen komponentin avulla.

α = Cronbachin alpha-kerroin. Cronbach alpha-kerroin hyvä >0.60 (Metsämuuronen 2006.)

5.3 Mittarin asteikkojen komponenttirakenne

Faktorianalyysin tarkoituksena on tiivistää tietoa. Pääkomponenttianalyysin tavoitteena oli pyrkiä kuvaamaan muuttujien kokonaisvaihtelua pienemmällä muuttujien määrällä. Pääkomponentit ovat alkuperäisten muuttujien lineaarikombinaatioita ja ne on pyritty nimeämään niiden sisällön mukaan. Tämä tarkoittaa että muuttujat on tiivistetty ryhmiksi siten, että yhden muuttujan vaihtelu voidaan kuvailla toisten muuttujien vaihtelun avulla (Nummenmaa 2009; Metsämuuronen 2006)

Ensimmäinen komponentti nimettiin "kokemusasiantuntijuus", tähän komponenttiin sijoittuivat muuttujat heijastivat asenteita potilaan osallisuuden lisäämisestä ja kokemusasiantuntijan käytöstä hoitotyön tukena. Nämä väittämät mittasivat hoitohenkilökunnan näkemyksiä kokemusasiantuntijan käytöstä kouluttamiseen (10) ja potilaan näkökulman ymmärtämiseen (12), sekä kokeuskouluttajan käyttämiseen vuodeosastolla (23) ja sen vaikutukseen hoitotyössä (17). Väittämät 7, 14 ja 19 mittasivat asenteita siitä, tarvitseeko potilaan osallisuutta hoitoonsa ylipäänsä lisätä. "Potilaan osallisuus" komponenttiin sijoittuivat muuttujat 1, 2, 3, 4 ja 6. Nämä muuttujat sisälsivät väitteitä potilaan osallisuudesta omaan hoitoonsa (2), hoidon suunnitteluun (6), ongelmien arviointiin (4), vuodeosastojen palveluiden suunnitteluun (3) ja potilaan osallisuuden tukemiseen (1).

Kolmas komponentti nimettiin "potilaan kapasiteetti". Tähän komponenttiin latautuneita väittämiä yhdisti potilaan kapasiteetti vaikuttaa tuotettavien palveluiden tai hoidon laatuun. Osallisuuden mittarina nämä muuttujat pääosin heijastivat potilaan kykyä, edellytyksiä tai mahdollisuuksia vuodeosastopalveluiden suunnitteluun, järjestämiseen ja toteutukseen (13, 16, 21, 22). Kolmas komponentti sisälsi myös väitteen potilaan vahvemman osallisuuden tuomasta stressistä palveluiden tuottajille (20). Neljäs komponentti "potilas osana henkilökuntaa" edustaa näkemyksiä, joissa potilas nähdään aiempaa aktiivisempänä osallistujana henkilökunnan valitsemisessa (5) ja kouluttamisessa (9) sekä mukana määrittämässä sitä millaista laadukas hoito on (15).

5.4 Hoitohenkilökunnan näkemykset potilaiden osallisuudesta

Hoitajien näkemykset *kokemusasiantuntijuuden* käytöstä vuodeosastotyössä vaihtelivat, mutta olivat pääosin myönteisiä (Md = 4.6; Q₁ = 4.3; Q₃ = 5.1). Enemmistö hoitajista oli osittain samaa tai samaa mieltä siitä, että ymmärtääkseen paremmin kuinka potilas kokee hoidon vuodeosastolla, henkilökunta tarvitsee tietoa kokemusasiantuntijalta (80%). Tästä huolimatta vastaajien näkemykset vaihtelivat huomattavasti väitteen "hoito vuodeosastoilla ei tulisi muuttumaan merkittävästi, vaikka niihin palkattaisiin kokemusasiantuntijoita" kohdalla. Noin puolet hoitajista koki, että kokemusasiantuntijan pitäisi osallistua sairaalan hoitohenkilökunnan kouluttamiseen (53 %) ja vähän alle puolet (42 %) vastaajista oli osittain samaa tai samaa mieltä siitä, että jokaisella vuodeosastolla pitäisi työskennellä kokemusasiantuntija. Noin puolet hoitajista koki, että hoito vuodeosastolla ei toimi tällä hetkellä niin hyvin kuin mahdollista (48%) ja yli puolet vastaajista oli osittain samaa tai samaa mieltä siitä, että hoito osastolla todennäköisesti paranisi, jos potilaat osallistuisivat sen suunnitteluun ja toteutukseen (61%). Hoitajista noin puolet oli osittain samaa tai samaa mieltä siitä, että potilaalle annetaan jo nyt riittävä mahdollisuus osallistua hoitoonsa (56%). (Taulukko 3.)

Hoitajat kuvasivat näkemyksiään *potilaan osallisuudesta* hoitoonsa ja vuodeosastopalveluihin myönteisesti (Md = 6.0; Q₁ = 5.6; Q₃ = 6.6). Valtaosa hoitajista oli sitä mieltä, että potilaiden osallisuutta pitäisi tukea vahvasti kaikessa hoidossa vuodeosastolla (87%). Hoitajien mielestä potilaiden pitäisi olla aktiivisesti osallisina oman hoitonsa suunnittelussa (80%) ja että potilailla pitäisi olla mahdollisuus aidosti vaikuttaa oman hoitonsa suunnitteluun (73%). Noin puolet hoitajista oli sitä mieltä, että potilaiden pitäisi olla tärkeässä roolissa myös vuodeosastojen palveluita suunniteltaessa (54%). Kolmasosa hoitajista koki, että potilaiden pitäisi olla aina osallisina heidän ongelmiaan arvioitaessa (70%). (Taulukko 3.)

Hoitajien näkemykset *potilaan kapasiteetista* osallistua hoitoonsa vaihtelivat (Md = 4.2; Q₁ = 3.6; Q₃ = 4.8). Enemmistö vastaajista oli osittain samaa tai samaa mieltä siitä, että vuodeosastopalvelut ovat monimutkaisia, mikä vaikeuttaa potilaiden osallistumista niihin (71%). Lisäksi vajaa puolet hoitajista oli osittain samaa tai samaa mieltä siitä, että potilaat tarvitsevat apua, eikä heitä pitäisi rasittaa palveluiden järjestämiseen liittyvillä asioilla (43%). Hoitajista noin puolella oli osittain samaa tai samaa näkemys siitä, että sairaana olevat ihmiset eivät pysty ottamaan paljon vastuuta hoidostaan (49%) ja ettei potilailla ole riittävästi itseluottamusta osallistuakseen palveluiden suunnitte-

luun ja toteutukseen (40%). Se, lisäksi potilaiden vahvempi osallisuus vuodeosastolla työntekijöiden stressiä, jakoi huomattavasti vastaajien näkemyksiä. (Taulukko 3.)

Vastaajat kuvasivat näkemyksiään *potilaasta osana henkilökuntaa* melko kielteisesti ($Ka=3.0$; $kh=0.8$). Enemmistö hoitajista oli sitä mieltä, että potilaiden ei pitäisi osallistua henkilökunnan valintaan (78%) tai koulutuksen ja ammatillisen kehittämisen suunnitteluun (63%). Hoitajista suurin osa oli kuitenkin osittain samaa tai samaa mieltä siitä, että potilaiden pitäisi olla mukana määrittämässä sitä, millaista laadukas hoito vuodeosastolla on (76%). (Taulukko 3.)

Hoitajista suurin osa koki, että potilaiden pitäisi olla aiempaa aktiivisemmin mukana vuodeosastolla annettavien palveluiden suunnittelussa ja toteutuksessa (72%).

TAULUKKO 3. Summamuuttujien keskiarvot ja keskihajonnat tai mediaani ja kvartiilit sekä väittämien prosenttijakaumat (n = 103)

Summamuuttujat ja väittämät (%)		Ka (kh)/ Md(Q ₁ ,Q ₃)	1-2	3	4	5	6-7
K 1 Kokemusasiantuntijuus		4.6 (4.3, 5.1)					
7	Potilaalle annetaan nyt jo riittävä mahdollisuus osallistua hoitoonsa		9	23	12	40	16
10	Kokemusasiantuntijan pitäisi osallistua sairaalan hoitohenkilökunnan kouluttamiseen		1	1	13	32	53
12	Ymmärtääkseen paremmin, kuinka potilas kokee hoidon vuode-osastolla, henkilökunta tarvitsee tietoa kokemusasiantuntijalta		6	4	10	37	43
14	Hoito vuodeosastolla toimii tällä hetkellä niin hyvin kuin mahdollista eikä sen muuttamiseen pitäisi käyttää voimavaroja		48	35	4	12	1
17	Hoito vuodeosastolla ei tulisi muuttamaan merkittävästi, vaikka niihin palkattaisiin kokemusasiantuntijoita		12	16	35	24	13
19	Hoito vuodeosastolla todennäköisesti paranisi, jos potilaat osallistuisivat sen suunnitteluun ja toteutukseen		7	9	23	46	15
23	Jokaisella vuodeosastolla pitäisi työskennellä kokemusasiantuntija		16	10	32	27	15
K 2 Potilaan osallisuus		6.0 (5.6, 6.6)					
1	Potilaiden osallisuutta pitäisi tukea vahvasti kaikessa hoidossa vuodeosastolla		0	0	3	10	87
2	Potilaiden pitäisi olla aktiivisesti osallisina oman hoitonsa suunnittelussa		0	1	0	19	80
3	Potilaiden pitäisi olla tärkeässä roolissa vuodeosastojen palveluja suunniteltaessa		3	1	7	35	54
4	Potilaiden pitäisi olla aina osallisina heidän ongelmiaan arvioitaessa		0	4	0	26	70
6	Potilailla pitäisi olla mahdollisuus aidosti vaikuttaa oman hoitonsa suunnitteluun		1	1	1	24	73
K 3 Potilaan kapasiteetti		4.2 (3.6, 4.8)					
13	Ihmiset, jotka ovat sairaana, eivät pysty ottamaan paljon vastuuta hoidostaan		19	26	6	37	12
16	Potilaina olevat ihmiset tarvitsevat apua eikä heitä pitäisi rasittaa sillä, miten nämä palvelut järjestetään		18	27	12	29	14
20	Potilaiden vahvempi osallisuus hoitoonsa vuodeosastolla lisäisi työntekijöiden stressiä		16	32	20	18	14
21	Sairauden hoitoon liittyvät palvelut vuodeosastolla ovat monimutkaisia, mikä vaikeuttaa potilaiden osallistumista niiden suunnitteluun ja toteutukseen		6	10	13	43	28
22	Potilailla ei ole riittävästi itseluottamusta osallistuakseen palveluiden suunnitteluun ja toteutukseen		8	26	26	30	10
K 4 Potilas osana henkilökuntaa		3.0 (0.8)					
5	Potilaiden pitäisi osallistua vuodeosastojen henkilökunnan valintaan		78	15	5	2	0
9	Potilaiden pitäisi osallistua kaikkeen hoitohenkilökunnan koulutukseen ja ammatillisen kehittämisen suunnitteluun		63	23	9	5	0
15	Potilaiden pitäisi olla mukana määrittämässä sitä, millaista on laadukas hoito vuodeosastolla		7	8	9	41	35

Asteikko: 1-2 eri mieltä, 3 osittain eri mieltä, 4 ei samaa, ei eri mieltä 5 osittain samaa mieltä, 6-7 samaa mieltä

5.5 Hoitohenkilökunnan näkemyksiin potilaan osallisuudesta yhteydessä olevat tekijät

Taustamuuttujista työkokemus oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä hoitajien näkemyksiin potilaasta osana henkilökuntaa siten, että myönteisimmin suhtautuivat ne hoitajat, joilla oli alle 10 vuoden tai 20-29 vuoden työkokemus ($p = 0.023$). Taustamuuttujien ja muiden osallisuuden osa-alueiden välillä ei ollut tilastollisesti merkitsevää yhteyttä (Taulukko 4).

Taulukko 4. Taustamuuttujien yhteys hoitajien (n=103) näkemyksiin potilaiden osallisuudesta kokemusasiantuntijuutena, osallisuutena, kapasiteettina ja osana henkilökuntaa

	Hoitajien näkemykset							
	Kokemusasiantuntijuudesta		Potilaan osallisuudesta		Potilaan kapasiteetista		Potilaasta osana henkilökuntaa	
	Ka(kh)/ Md(min+max)	p	Ka(kh)/ Md(min+max)	p	Ka(kh)/ Md(min+max)	p	Ka(kh)/ Md(min+max)	p
Ikä		0.290		0.626		0.210*		0.628*
20-29 v.	4.6 (0.5)		6.0 (0.5)		4.4 (1.8, 5.8)		3.0 (1.7, 4.7)	
30-39 v.	4.8 (0.7)		6.1 (0.5)		3.8 (2.4, 5.8)		3.3 (1.3, 4.3)	
40-49 v.	4.4 (1.0)		5.9 (0.7)		4.5 (3.0, 5.8)		3.0 (1.0, 4.3)	
50-64 v.	4.7 (0.8)		6.0 (0.7)		4.3 (1.2, 5.6)		3.0 (1.5, 4.7)	
Työkokemus hoitajana		0.235*		0.231		0.256		0.023*
<10 v.	4.6 (3.9, 6.0)		6.0 (0.5)		4.0 (0.9)		3.3 (1.3, 4.7)	
10-19 v.	4.6 (2.6, 6.0)		6.0 (0.7)		4.2 (0.8)		2.7 (1.0, 4.3)	
20-29 v.	4.7 (2.3, 6.0)		6.1 (0.6)		3.9 (1.0)		3.3 (2.3, 4.3)	
>29 v.	4.2 (1.9, 6.0)		5.7 (0.8)		4.4 (0.6)		2.7 (1.3, 4.7)	
Työkokemus osastolla		0.305		0.790		0.514		0.758
< 5 v.	4.7 (0.8)		6.0 (0.6)		4.0 (0.8)		3.1 (0.8)	
5-15 v.	4.7 (0.7)		5.9 (0.8)		4.1 (0.9)		3.0 (0.8)	
>15 v.	4.4 (1.0)		6.0 (0.6)		4.3 (0.9)		3.0 (0.8)	
Koulutus		0.360*		0.293*		0.356		0.267
Toisen asteen tutkinto	4.7 (1.9, 6.0)		5.8 (4.2, 7.0)		4.2 (0.8)		2.9 (0.8)	
Korkea-asteen tutkinto	4.6 (2.3, 6.0)		6.0 (4.8, 7.0)		4.0 (0.9)		3.1 (0.8)	
Työpiste		0.338*		0.498		0.585		0.959
Operatiiviset osastot	4.6 (1.9, 6.0)		5.9 (0.7)		4.0 (0.9)		3.0 (0.8)	
Konservatiiviset osastot	4.7 (3.4, 6.0)		6.0 (0.6)		4.2 (0.9)		3.0 (0.8)	
Päivystyskeskus	4.4 (3.4, 6.0)		6.1 (0.7)		4.1 (0.9)		3.1 (0.9)	
Kokemusasiantuntijan käyttö		0.954		0.728*		0.666		0.805*
Kyllä	4.6 (1.0)		5.9 (4.2, 7.0)		4.2 (1.0)		2.7 (1.3, 4.7)	
Ei	4.6 (0.8)		6.0 (4.4, 7.0)		4.1 (0.8)		3.0 (1.0, 4.7)	
Kokemuskouluttajan käyttö		0.127*		0.745*		0.669		0.700*
Kyllä	4.9 (3.4, 6.0)		6.0 (4.2, 7.0)		4.2 (1.1)		3.0 (2.3, 4.7)	
Ei	4.6 (1.9, 6.0)		6.0 (4.4, 7.0)		4.1 (0.8)		3.0 (1.0, 4.7)	

* tilastollisena testinä Kruskal-Wallis tai Mann-Whitney U, muuten testinä t-testi tai yhdensuuntainen varianssianalyysi.

Hoitajien näkemykset: Asteikko 1-7, 1 = vahvasti eri mieltä, 4 ei samaa, ei eri mieltä, 7 = vahvasti samaa mieltä

6. POHDINTA

6.1 Tutkimuksen luotettavuus

Tutkimuksen luotettavuutta tarkastellaan tutkimuksen validiteetin ja reliabiliteetin kautta (Metsämuuronen 2006). Tutkimuksen luotettavuuskysymykset liittyvät kyselylomakkeeseen sekä mitaamiseen ja tulosten luotettavuuteen. Tutkimuksen validius varmistettiin etukäteen huolellisella suunnittelulla ja tarkasti harkitun tiedonkeruun kautta (Heikkilä 2014).

6.1.1 Kyselylomakkeen luotettavuus

Mittarin validiteetilla tarkoitetaan sen pätevyyttä mitata juuri sitä mitä on tarkoituskin mitata (Metsämuuronen 2006). Tässä tutkimuksessa käytetään aiemmin kehitettyä MHCPQ-mittaria, jonka validiteetti on varmistettu sopimaan psykiatriseen hoitotyön kontekstiin (Happell ym. 2010). Käsitteiden onnistunut operationalisointi on edellytys validille mittarille. (Metsämuuronen 2006.) Tämän tutkimuksen kyselylomake muokattiin toisesta kontekstista tutkimaan somaattisten osastojen henkilökunnan näkemyksiä. Mittarin kysymykset pyrittiin pitämään sisällöllisesti alkuperäisen suomalaisen mittarin kysymysten kaltaisina käsitteiden huolellisen tarkastelun kautta. Alkuperäistä suomenkielistä mittaria ei kuitenkaan ole vielä validoitu ja tutkija muokkasi kyselylomakkeen sopimaan kyseiseen kontekstiin itsenäisesti, mikä heikentää sisältövaliditeettia. Asiantuntijaryhmän käyttäminen kysymysten muodostamisessa olisi varmasti nostanut myös tutkimuksen sisältövaliditeettia (Metsämuuronen 2006). Ennen kyselyn lähettämistä mittarin selkeyttä, toimivuutta, ymmärrettävyyttä ja helppokäyttöisyyttä pyrittiin varmistamaan esitutkimuksen avulla, koska tätä mittaria ei olla käytetty aikaisemmin tässä kontekstissa. Tämä mahdollistaa kyselyn parantamisen niin, että se mittaa oikeita asioita parhaalla mahdollisella tavalla (Mäkinen 2006).

Käsitevaliditeetti kuvaa sitä, missä laajuudessa mittari mittaa tarkasteltavaa käsitettä (Nummenmaa 2009). Käsitevaliditeettia tarkasteltiin tässä tutkimuksessa pääkomponenttianalyysin avulla, mikä osoitti mittarin rakennevaliditeetin kohtalaisen hyväksi. Neljä komponentin kokonaisselitysosuus oli 51.88 %. Tätä kokonaisselitysosuutta voidaan pitää kohtalaisena, kun sen tulisi olla 60 % luokkaa (Polit & Beck 2008). Faktorikohtainen selitysosuus oli kuitenkin hyvä kaikkien komponenttien kohdalla (10.23-16.66 %), sen rajana on pidetty 5 % (Munro 2005). Komponenttien ja mittariin jääneiden muuttujien lataukset vaihtelivat välillä -0.311 - 0.684. Korkean latauksen rajana

on esitetty > 0.4 latauksia, mutta 0.3 arvoa on pidetty yleisenä raja-arvona (Munro 2005). Kokonaisuudessaan näiden muuttujien rotatoituja latauksia voidaan pitää riittävinä. Rotatoidussa komponenttiratkaisussa seitsemän muuttujaa latautui myös toiselle komponentille yli 0.3 latauksella. Tämä voi kertoa siitä, että muuttujien väittämillä ei ole riittävää erottelukykä ja niitä tulee vielä muotoilla (Korkeila ym. 2013).

Mittarista poistettiin pääkomponenttianalyysin myötä kolme väittämää, mistä kaksi käsitteli potilaan lääkitystä ja yksi kokemuskouluttajan käyttöä hoitotyössä. Aikaisemmin luotu suomenkielinen mittari on tarkoitettu myös esimerkiksi lääkäreille, mikä on voinut vaikuttaa lääkitystä käsittelevien kysymysten vastaamiseen. Toisaalta kokemuskouluttajan käyttö on vielä somaattisessa terveydenhuollossa melko vierasta. Tutkimuksen tuloksia analysoitaessa huomio kiinnittyi myös useampien yksittäisten kysymysten suureen hajontaan vastausten osalta. On aiheellista miettiä ovatko mittariston kaikki kysymykset vielä relevantteja kuvaamaan hoitajien näkemyksiä potilaiden osallisuudesta. Esimerkiksi komponentissa "potilas osana henkilökuntaa" oli väite "potilaiden pitäisi aina osallistua henkilökunnan valintaan", mikä tuntuu olevan vielä melko voimakas väittämä nykyisessä hoitokulttuurissa. Mittarin rakennetta on syytä edelleen tarkastella ja kehittää jatkossa somaattiseen kontekstiin vielä paremmin sopivaksi. On hyvä huomioida, että eksploratiivisen faktorianalyysin tulosten tulkinnassa tutkijan omat valinnat nousevat oleelliseen rooliin (Nummenmaa 2009). Näin ollen tutkijan omat ennako-oletukset ovat voineet vaikuttaa tehtyihin valintoihin ja tulkintaan analyysin tuloksista (Kananen 2011).

Mittarin reliabilitettia tarkasteltiin sisäisenä johdonmukaisuutena Cronbachin Alpha-kertoimen avulla. Kolmen ensimmäisen osa-alueen summamuuttujien sisäinen yhteneväisyys osoittautui kohtalaiseksi ($\alpha = 0.670-0.774$). Osion "potilas osana henkilökuntaa" sisäinen konsistenssi osoittautui heikommaksi kuin muiden komponenttien ($\alpha = 0.544$). Tässä kysymysryhmässä on vain kolme kysymystä, mikä saattaa osaltaan selittää heikkoa yhtenäisyyttä (Nummenmaa 2009). Mittarin reliabiliteetilla tarkoitetaan tulosten tarkkuutta (Heikkilä 2014). Tätä pyrittiin ylläpitämään huolellisella ja tarkalla tutkimustyöllä tietoja käsiteltäessä. Tämän tutkimuksen luotettavuutta lisättiin hyödyntämällä tilastotieteilijän apua tulosten analysointia suunniteltaessa ja analysoinnin aikana.

6.1.2 Mittaamisen ja tulosten luotettavuus

Perusjoukko tässä tutkimuksessa koostui yhden keskussairaalan vuodeosastojen hoitohenkilökunnasta. Otantamenetelmäksi valittiin kokonaistutkimus, koska perusjoukko ei kvantitatiiviselle tutkimukselle ole kovin suuri, ja jotta tutkimuskohteesta saataisiin mahdollisimman edustava kuvaus. Kokonaistutkimuksen avulla pyrittiin varautumaan myös mahdolliseen katoon vastaajissa. Yhden keskussairaalan otos antaa kuvaa hoitohenkilöstön näkemyksistä, mutta heikentää tulosten yleistettävyyttä. Tutkimuksen ulkoista validiteettia olisi voitu parantaa ottamalla tutkimukseen mukaan useamman sairaalan hoitohenkilökuntaa, jolloin olisi saatu edustavampi otos. (Heikkilä 2014.)

Tutkimuksessa käytettiin sähköisesti toteutettua kyselyä, jotta mahdollisimman moni tutkittava pystyi helposti vastaamaan kyselyyn. Tutkimuksen luotettavuuden kannalta on merkittävää miten tutkittavat tavoitetaan ja saadaan osallistumaan tutkimukseen (Kankkunen&Vehviläinen-Julkunen 2013). Kyselytulvasta johtuvaa vastausväsymystä pyrittiin minimoimaan pitämällä kysely mahdollisimman lyhyenä, panostamalla lomakkeen ulkonäköön ja kielen selkeyteen (Vehkalahti 2008). Sähköisesti toteutettu kysely on nopea tapa kerätä tietoa ja mahdollistaa aineiston käsittelyn tilasto-ohjelmalla heti aineiston keruun päätyttyä (Heikkilä 2014; Ruskoaho ym. 2010).

Osastojen henkilökunnan informoinnilla ennen kyselylomakkeiden lähettämistä, saate- sekä muistutuskirjeellä pyrittiin nostamaan tutkimuksen vastausprosenttia (Heikkilä 2014). Vastausprosentti jäi melko alhaiseksi (31 %). Vastaajien kiire työtehtävissä ja suoran kontaktin puuttuminen tutkijaan ovat saattaneet laskea vastausprosenttia. Vastausprosenttia olisi voitu yrittää nostaa tutkijan henkilökohtaisella informoinnilla tutkimuksesta esimerkiksi osastotuntien yhteydessä. Toisaalta sairaalan ylihoitajat kannustivat osaltaan osastonhoitajia henkilökunnan rekrytoimisesta osallistumaan tutkimukseen. Sähköpostikyselyn onnistumisen edellytys on se, että sähköpostit tavoittavat vastaajat (Ruskoaho ym. 2010). Tässä tutkimuksessa heikkoutena on, että tutkija ei tiedä, ovatko kaikki tutkimukseen osallistujat varmasti saaneet sähköpostin jossa linkki tutkimukseen oli.

Webropol- sovelluksen raportti kertoi, että kyselyyn vastaaminen oli keskeytetty useiden kymmenien vastaajien kohdalla. Keskeyttäneiden määrään on saattanut vaikuttaa hyvin kiireinen ajan-

kohta sairaalassa sekä se, että tutkimukseen oli vastattava yhdellä kertaa. Vastaamiseen keskeyttämiseen on voinut vaikuttaa myös se, että sähköinen lomake täytetään usein työn lomassa, jolloin tietokonetta käytetään muuhunkin (Ruskoaho ym. 2010). Tässä tutkimuksessa Webropol sovellus teki mahdolliseksi kysymysten asettamisen pakolliseksi, jolla voitiin vähentää osittaiskatoa (Ruskoaho ym. 2010). Mahdollisesti tutkijan päätös tehdä kyselylomake siten, että tyhjiä vastauksia ei voinut jättää, on saattanut vaikuttaa keskeyttämiseen. Toisaalta tutkimusaihe on saattanut tuntua vieraalta ja vaikealtakin, vaikka tutkimuslomakkeen alkuun oli määritelty vastaamisen kannalta tärkeät käsitteet. Tutkimuksen luotettavuutta on voinut heikentää katoanalyysin puuttuminen ja Hawthornen efekti, jolloin tutkittava vastaa sosiaalisesti toivotulla tavalla kun tietää olevansa tutkimuskohteena (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013). Toisaalta useissa tutkimuksen kysymyksissä vastausten hajonta oli melko suurta, jolloin voisi ajatella vastaajien vastanneen oman näkemyksensä perusteella.

Mittarin tuomia mahdollisia mittaamisvirheitä tarkastellessa on syytä pohtia, onko 7-luokkainen Likertin asteikko optimaalisin tulosten kannalta. Mittarin neutraali vastausvaihtoehto saattaa tuottaa vastauksia joilla ei ole arvoa ja hankaloittaa tulosten tulkintaa (Burns & Grove 2005). Mittarin seuraavassa kehittämissivaiheessa kannattanee miettiä, voisiko vaihtoehdon "ei samaa mieltä, ei eri mieltä" jättää pois, vaikka neutraalin vastausvaihtoehdon puuttuminen saattaa aiheuttaaakin vastaamatta jättämisen (Vehkalahti 2008; Burns & Grove 2005). Mikäli väittämä koskee sellaista asiaa josta vastaajalla ei ole käsitystä, tulee kysymys esittää niin selkeästi, ettei epäselvyyttä vastauksen tarkoituksesta nouse esiin (Heikkilä 2014). Mikäli neutraalin vaihtoehdon haluaa pitää mittarissa, sen voisi sijoittaa Likertin asteikon ulkopuolelle (Vehkalahti 2008).

Luotettavien tulosten näkökulmasta analysointivaiheessa tehtiin normaaliollettamuksen saaneelle muuttujalle myös epäparametrinen testi pienen ryhmäkohtaisen otoskoon vuoksi (Heikkilä 2014; Metsämuuronen 2006). Tämän jälkeen näiden testien yhdenmukaisuutta arvioitiin, mutta merkityksellisiä eroja ei todettu.

Tässä tutkimuksessa tarkasteltaessa taustamuuttujien yhteyttä henkilökunnan näkemyksiin potilaiden osallisuudesta hoitoonsa ei ryhmien välisiä tilastollisia eroja tällä aineistolla löytynyt kuin yhden taustamuuttujan kohdalla. Kankkunen ja Vehviläinen-Julkunen (2013) toteavat, että tilastollisten erojen puuttuminen saattaa tarkoittaa sitä, että vastaajat ovat olleet samaa mieltä tutkitavasta ilmiöstä. Toisaalta voihan olla, että taustatekijöillä ei ole vaikutusta hoitohenkilökunnan

asenteisiin. Taustatekijöissä muuttajat oli jaettu useampaan luokkaan, koska haluttiin saada vastaajien erilaiset lähtökohdat näkyviin. Tällöin ryhmien havaintojen lukumäärä jäi melko pieneksi. Suurempi otoskoko olisi nostanut ryhmien volyymia ja näin saattanut tuottaa myös tilastollisia eroja.

6.2 Tutkimuksen eettisyys

Potilaiden osallisuutta hoitajien näkökulmasta tässä kontekstissa ei ole Suomessa tutkittu, joten tutkimusaiheen valintaa voidaan pitää eettisesti perusteltuna. Tutkittu tieto on tarpeellista potilaan osallisuutta lisäävien toimintatapojen ja hoitokulttuurin kehittämisessä. (Kylmä & Juvakka 2012.) Tutkimuksessa käytetty teoreettinen aineisto on valittu lähdekriittisyys huomioiden ja lähdemerkinnät on pyritty merkitsemään huolellisesti, kunnioittaen alkuperäisten tutkimusten tekijöitä (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2013).

Tutkimuksen suunnittelussa ja toteutuksessa on asianmukaisesti huomioitu tarvittavat luvat. Lupa tutkimuksen toteuttamiseen saatiin tutkimuksen kohteena olevan sairaalan hallintoylihoitajalta. Tutkimukseen osallistujat saivat saatekirjeen mukana tietoa tutkimuksesta ja yhteystiedot lisäinformaation kysymistä varten. Jokaisen osastoilla työskentelevän hoitotyöntekijän oli mahdollista osallistua tutkimukseen niin halutessaan (Kylmä & Juvakka 2012). Tutkimuksen saatekirjeessä korostettiin tutkimukseen osallistumisen vapaaehtoisuutta ja että osallistujien anonymiteetti varmistetaan. Kyselylomakkeen taustatiedot -kysymysosoio on tehty siten, että siitä ei pysty yksittäistä henkilöä tunnistamaan. Tutkimusaineisto säilytetään tutkijan hallussa, niin ettei se päädy ulkopuolisille ja aineisto hävitetään asianmukaisesti tutkimuksen päätyttyä. Tutkimustyötä ohjaava eettinen periaate, oikeudenmukaisuus, toteutuu kun tärkeät tutkimustulokset raportoidaan (Kylmä & Juvakka 2012). Tutkimukseen osallistuneille annetaan mahdollisuus tutustua tutkimusraporttiin sen valmistuttua. Hyvän tieteellisen käytännön periaatteita on näin pyritty soveltamaan suhteessa henkilöihin, joita tutkimus koskettaa (Mäkinen 2006).

Tutkimus suoritettiin hyvän tieteellisen käytännön mukaan käyttäen tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja eli pyrkimällä rehellisyyteen, huolellisuuteen ja tarkkuuteen tutkimustyössä, tulosten käsittelemisessä sekä tulosten arvioinnissa (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012). Tutki-

muksen teon aikana on ollut pyrkimys kaikin puolin avoimeen ja läpinäkyvään työskentelyyn sekä koko tutkimusprosessin huolelliseen ja rehelliseen raportointiin (Kylmä & Juvakka 2012). Tutkimuksen tulosten analysoinnissa käytettiin tilastotieteilijän apua useampaan otteeseen, jotta tulokset olisivat täsmällisiä ja raportoitu oikein.

6.3 Tulosten tarkastelu

Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli suomenkielisen potilaiden osallisuus sairaalapalveluissa -mittarin muokkaaminen ammattilaisille hoitotyön somaattisille osastoille sekä mittarin käytettävyyden ja luotettavuuden arviointi. Lisäksi tarkoituksena oli kuvata hoitohenkilöstön näkemyksiä ja asenteita sairaalapalveluita käyttävien aikuisten potilaiden osallisuudesta hoitoonsa, sekä taustatekijöiden yhteyttä hoitohenkilökunnan näkemyksiin.

Hoitajien näkemyksiä potilaiden osallisuudesta mittaava kyselylomake osoittautui kohtalaisen validiksi ja reliabeliksi mittariksi. Mittari on käyttökelpoinen tässä kontekstissa, joskin sitä tulee edelleen kehittää ja testata. Englanninkielinen MHCPQ -mittari koostui validoinnin jälkeen kolmesta komponentista, kun tässä pääkomponenttianalyysi tuotti sisällöllisesti parhaimman ratkaisun neljän komponentin mallilla. Tulokset eivät ole vertailtavissa, koska kysymykset eivät ole täysin samoja ja konteksti jossa mittaria käytettiin on erilainen.

Hoitajien näkemykset potilaan osallisuudesta hoitoonsa olivat hyvin myönteisiä. Hoitajat kokivat, että potilaan osallisuutta pitäisi tukea. Lisäksi potilaiden pitäisi olla aktiivisesti mukana hoitonsa suunnittelussa ja ongelmien arvioinnissa. Aikaisemmissa tutkimuksissa on tullut ilmi samantaisia näkemyksiä osallisuuden tärkeydestä (Kolovos ym. 2015; Laitila & Pietilä 2012). Tämän tutkimuksen tulokset vahvistivat näkemystä siitä, että hoitajat pääsääntöisesti ymmärtävät potilaan osallisuuden tärkeyden ja sen myönteiset vaikutukset potilaan hoitoon (vrt Kolovos ym. 2015). Vaikka hoitajat tunnistavat osallisuuden merkityksen, sen toteutumisen hoitotyössä on nähty vaihtelevan kovasti (Wellard ym. 2003). Hoitotyön ammattilaiset usein ajattelevat tietävänsä mikä potilaalle on parhaaksi, mutta tutkimuksissa on todettu että potilaiden odotukset ja ajatukset hoidosta eivät aina kuitenkaan ole hoitajien tiedossa (Rozenblum ym. 2011). Osallisuus käsitteenä on moniulotteinen ja hankalasti konkretisoitava. Tutkimuksen mukaan hoitajat ymmärtävät osallisuus-

den merkityksen, mutta sen ulottuvuudet tuntuvat olevan vaikeasti hahmotettavissa; mitä kaikkea potilaan osallisuus hoitoonsa käytännössä voikaan tarkoittaa. Aikaisempien tutkimuksien tuloksissa potilaan osallisuus on kuvattu tiedon antamisen (Kolovos ym. 2015), viestinnän ja potilaan hoitomyönteisyyden kautta (Kolovos ym. 2015; Eldh ym. 2010; Sainio ym. 2001).

Tässä tutkimuksessa suurin osa hoitajista koki, että potilaille annetaan jo nyt riittävä mahdollisuus osallistua hoitoonsa. Kuitenkin aikaisemmissa tutkimuksissa on tullut ilmi, että asiakkaiden osallisuus on riittämätöntä mielenterveys- ja päihdetyössä (Laitila & Pietilä 2012; Rantanen & Toikko 2006). Erilaisille palveluiden käyttäjille pitäisi olla enemmän tarjolla mahdollisuuksia olla osallisina ja osallistua (Laitila & Pietilä 2012). Ero näkemyksissä saattaa johtua kontekstista. Mielenterveys-työssä osallisuus on ollut pitkään tutkimustyön alla ja psykiatristen hoitajien ymmärrys osallisuuden ulottuvuuksista voisi ajatella olevan parempi. Toisaalta osallisuus käsitteenä on monitahoinen, eikä määritelmät välttämättä ole selkeitä mikä vaikeuttaa tämän ulottuvuuksien ymmärtämistä (Kidd ym. 2007). Tästä johtuu varmasti myös ristiriita, mikä vastauksissa nousi esiin; hoitajat kokevat että potilaiden osallisuus hoitoonsa on jo riittävää, mutta samaan aikaan ajattelevat että hoito todennäköisesti paranisi jos potilaat osallistuisivat sen suunnitteluun ja toteutukseen.

Aikaisemmassa tutkimuksessa on tullut esiin, että vähemmän kokemusta omaavat hoitajat tarvitsevat enemmän tukea voidakseen toteuttaa potilaan osallisuutta vahvistavaa hoitotyötä (Sahlsten ym. 2007). Toisaalta Kolovos kollegoineen (2015) on todennut, että nuorien ja vähän kokemusta omaavien hoitajien positiivinen asenne potilaslähtöiseen hoitoon mahdollistaa potilaiden osallisuuden. Tässä tutkimuksessa ikä tai työkokemuksen pituus ei tuonut selkeää eroa suhtautumisesta potilaan osallisuuteen. Tosin korkea-asteen tutkinnon suorittaneet suhtautuivat hieman myönteisemmin tutkittavaan asiaan. Tämä voi johtua siitä, että koulutuksessa potilaan osallisuutta ja sen merkitystä potilaan hoitoon on mahdollisesti käsitelty.

Tässä tutkimuksessa kokemusasiantuntijuus osallisuuden muotona tuntui vastausten perusteella jakavan näkemyksiä paljon. Suuri osa vastaajista ei osannut ilmaista selkeää näkemystä kokemusasiantuntijan mahdollisesta vaikutuksesta hoitotyöhön, tai tällaisen asiantuntijan tarpeesta vuodeosastoilla. On todettu, että kokemusasiantuntijuuteen liittyvät käsitteet sekä määritelmät ovat moninaisia, vaihtelevia ja jopa ristiriitaisia (Rissanen & Puumalainen 2016). Ammattilaisten tietämättömyyden on nähty aiheuttavan pelkoa kokemusasiantuntijuutta kohtaan (Ropponen 2011). Kokemusasiantuntijuus ja potilaan osallisuus ylipäänsä saatetaan nähdä uhkana hoitotyölle. Poti-

laan roolin näkeminen entistä aktiivisempaan saattaa tuoda hämmennystä, samalla kun hoitajan rooli työssä muuttuu ammattihenkilölähtöisyydestä aidosti tasavertaisempaan asiakaslähtöisyyteen. Aikaisemmassa tutkimuksessa on tullut esille, että hoitajille siirtyminen perinteisestä ohjaussuhteesta tasavertaisempaan kanssakäymiseen potilaiden kanssa on haastavaa (Kolovos ym. 2015). Olisi varmasti tärkeää tuoda esille se, että asiakaslähtöisyys ei tarkoita potilaiden ehdoilla menemistä vaan sitä, että näin luodaan uutta ymmärrystä kaikille osapuolille. Potilaat tulisi nähdä asiantuntijoina, joiden tietoa ja taitoa käytetään toimintatapojen kehittämiseen ja arviointiin ammattilisten asiantuntijoiden kanssa (Toikko 2006). Potilaiden osallisuuden kehittämisessä keskeistä olisi potilaiden kokemusasiantuntijuuden tunnustaminen (Toikko 2006) ja palvelujen käyttäjien kokemusten arvostaminen (Eronen ym. 2009). Kokemusasiantuntijuuden kehittämisen kannalta tiedon lisääminen toiminnasta on avainasemassa tavoittelussa kohti parempaa ja tuloksellisempaa toimintaa (Rissanen & Puumalainen 2016).

Vaikka suurin osa vastaajista kertoi että osastolla ei ole toiminut kokemusasiantuntijaa apuna eikä kouluttajana, niin kokemusasiantuntijuus nähtiin kuitenkin myönteisenä asiana. Vastaajat kokivat, että kokemusasiantuntijalta saatava tieto olisi tarpeellista ja heidän näkemyksiään haluttaisiin kuulla koulutuksen yhteydessä.

Aikaisemmissa tutkimuksissa on tullut esiin, että potilaan kapasiteettiin osallistua hoitoonsa vaikuttavat potilaan fyysinen ja psyykinen tila, kyvyt, luonteenpiirteet sekä motivaatio (Kolovos ym. 2015; Laitila 2010). Potilaan osallisuuden on nähty riippuvan potilaasta ja hänen kyvystään tehdä päätöksiä (Dyrstad ym. 2015). Tässä tutkimuksessa hoitohenkilökunnan mielipiteet jakautuivat laajasti kysyttäessä potilaan kapasiteetista tai vahvemman osallisuuden tuomasta stressistä hoitajille. Arnetz kollegoineen (2016) on kuitenkin todennut tutkimuksessaan, että potilaan vahvemman osallisuuden tuomasta stressistä suurin osa on sellaista, millä on positiivisia vaikutuksia hoitajan työskentelyyn. Aktiivisen potilaan kanssa työskentely nähdään haastavana mutta myös palkitsevana (Arnetz ym. 2016). Osa vastaajista selkeästi epäili potilaan kykyä ja mahdollisuutta osallistua hoitoonsa ja toiminnan suunnitteluun ja toteutukseen. Kaikki potilaat eivät pysty tai halua osallistua aktiivisesti hoitoonsa tulevaisuudessakaan, mutta siihen tulisi antaa kaikille mahdollisuus. Tobianon kollegoineen (2015b) tekemässä tutkimuksessa nousi esiin hoitajien ajatus siitä, että potilaita ei voida pakottaakaan osallistumaan omaan hoitoonsa. Tässä tutkimuksessa hoitajat lisäksi

kokivat vuodeosastopalvelut monimutkaisiksi, minkä nähtiin vaikeuttavan potilaiden osallistumista niiden suunnitteluun ja toteutukseen.

Osallisuuden ulottuvuuksista "potilas osana henkilökuntaa" koettiin kielteisimmin tässä tutkimuksessa. Ajatus siitä, että potilaat osallistuivat henkilökunnan valintaan tai kaikkeen koulutukseen ja ammatillisen kehittämisen suunnitteluun ei saanut kannatusta. Nykyisessä hoitokulttuurissa tämä saattaa tuntua lähes mahdottomalle ajatukselle. Tulevaisuudessa potilailla on nykyistä huomattavasti aktiivisempi rooli, asiantuntijana ammatillisen asiantuntijan rinnalla. Siksi näiden toteutuminen ei ole mahdotonta. Tässä tutkimuksessa työkokemus hoitajana oli tilastollisesti merkitsevästi yhteydessä näkemykseen potilaasta osana henkilökuntaa siten, että myönteisimmin suhtautuivat ne hoitajat, joilla oli alle 10 vuoden tai 20-29 vuoden kokemus hoitotyöstä. Tämä voi kertoa nuoren sukupolven avoimemmasta suhtautumisesta potilaan osallisuuteen tai jo pidempään hoitotyössä olleiden hoitajien kokemuksen kautta tulleeeseen näkemykseen hoitokulttuurin muutoksen mahdollisuudesta.

Tämän tutkimuksen tuloksista oli luettavissa osallisuuteen liittyvä tiedon tarve. Sekä potilaiden että hoitajien tietoisuuden lisääminen osallisuudesta on oleellista, koska potilaan osallisuuden lisääminen vaatii roolimutosta niin potilaalta kuin hoitajaltakin (kts. Logtin ym 2010). Lisäksi on todettu että hoitajien rooli on merkittävä potilaan osallisuuden edistäjänä (Tobiano 2015b). Tutkimuksissa on havaittu hoitohenkilökunnan koulutuksen aiheesta olevan tärkeää, jotta potilaiden osallisuus mahdollistuisi (Tobiano 2015b). Aikaisemmassa tutkimuksessa on tullut esille hoitajien kokema epäselvyys siitä, kuinka esimerkiksi iäkkäiden osallisuutta voisi ylipäänsä lisätä (Dyrstad ym. 2015). On myös huomattu, että hoitajilla ei ole riittävästi tietoa potilaiden näkemyksistä tai kyvystä osallistua hoitoonsa (Florin ym. 2006).

Tämän tutkimuksen tavoitteena oli, että tuotettua tietoa voidaan hyödyntää potilaan osallisuutta lisäävien työtapojen ja toimintakulttuurin kehittämisessä. Tämän tutkimuksen tulokset kuvaavat tämän ajankohdan hoitajien asenteita ja näkemyksiä potilaiden osallisuutta kohtaan. Toimintakulttuurin kehittämiseksi tämä on tärkeää tietoa. Vaikka terveystieteet korostaa osallisuuden merkitystä ja sen lisäämistä sosiaali- ja terveydenhuollossa, ovat hoitajat muun henkilökunnan ohella niitä, jotka potilaan osallisuuden käytännössä mahdollistavat. Terveystieteiden henkilöstön näkemyksiä ja asenteita ei voida sivuttaa, jos potilaan osallisuutta halutaan tulevaisuudessa lisätä.

Näkemykset ja asenteet ohjaavat uuden toimintakulttuurin käynnistämistä ja sitä, mistä pitäisi lähteä liikkeelle.

Palvelujärjestelmän kehittämiseen tarvitaan yhteistyötä kaikilta niiltä, joita kehittäminen todella koskettaa. Tietämyksen kasvaessa, uutta toimintaa kehitettäessä ja käynnistäessä, nousee erityisen tärkeäksi esimiesten sitoutuminen. Vallalla olevalla hoitokulttuurilla ja hoitotyön johtamisella on suuri vaikutus osallisuuteen liittyviin asenteisiin ja käytäntöihin (Kolovos ym. 2015; Arnetz & Zhdanova 2014). Kun esimiehet ovat ymmärtäneet ja oivaltaneet osallisuuden merkityksen, se heijastuu hiljalleen myös hoitohenkilökuntaan.

6.4 Johtopäätökset ja jatkotutkimusaiheet

Tämän tutkimuksen perusteella voidaan tehdä seuraavat johtopäätökset:

1. Suomenkielinen hoitohenkilökunnan näkemyksiä potilaiden osallisuudesta hoitoonsa sairaalan vuodeosastolla kuvaava mittari osoittautui kohtalaisen validiksi ja reliaabeliksi mittariksi suomalaisessa somaattisen hoitotyön kontekstissa. Mittaria tulee edelleen kehittää ja testata.
2. Hoitajien suhtautuminen osallisuuteen oli pääsääntöisesti myönteistä. Tämän mittarin osallisuuden ulottuvuudet kuitenkin jakoivat vastaajien näkemyksiä. Aihe olisi tärkeä nostaa voimakkaammin esiin suomalaisessa hoitotyön somaattisessa kontekstissa.
3. Kokemusasiantuntijuus nähtiin pääosin myönteisenä asiana vaikka vastaajilla oli vain vähän kokemusta kokemusasiantuntijan käytöstä apuna hoitotyössä tai kouluttajana. Tämä tukee kokemusasiantuntijoiden ottamista mukaan kehittämään hoitokulttuuria, jossa potilaan kokemusta arvostetaan.
3. Vastauksista oli tulkittavissa osallisuutteen liittyvien käsitteiden hankaluus ja tiedon tarve. Hoitohenkilökunta tarvitsee aiheesta lisää informaatiota ja koulutusta, jos potilaiden osallisuutta halutaan lisätä.
4. Potilaiden osallisuutta hoitotyön somaattisessa kontekstissa ei ole Suomessa juurikaan tutkittu ja jatkotutkimuksia aiheesta tarvitaan.

Jatkossa olisi tarpeen tutkia myös muiden ammattiryhmien, kuten lääkäreiden suhtautumista potilaan osallisuuteen ja sen aiheuttamaan roolimutokseen. Toisaalta olisi kiinnostavaa tutkia valmistuvien hoitajien näkemyksiä potilaan osallisuudesta. Koulutuksella on merkittävä rooli uusien toimintatapojen ja näkemysten tuojana käytännön työkentille. Saatavan tiedon avulla koulutusta voitaisiin kehittää palvelemaan potilaslähtöisemmän toimintakulttuurin luomisessa. Erityisen suurena kiinnostuksen kohteena olisi kuitenkin tutkia somaattisella vuodeosastolla olevien potilaiden näkemyksiä osallisuudesta, siitä kuinka se tällä hetkellä toteutuu ja miten potilaan osallisuutta heidän näkökulmastaan voitaisiin hoitotyössä lisätä.

LÄHTEET

- Antila E. & Vainikainen T. 2010. Tulevaisuuden terveydenhuolto 2022. Sitra, Helsinki. Saatavuus: <http://www.sitra.fi/julkaisut/muut/Tulevaisuuden%20terveydenhuolto2022.pdf>
- Arnetz J., Zhdanova L. & Arnetz B. 2016. Patient Involvement: A New Source of Stress in Health Care Work? *Journal Health Communication* 31(12), 1566-1572.
- Arnetz J. & Zhdanova L. 2014. Patient involvement climate: views and behaviours among registered nurses in myocardial infarction care. *Journal of Clinical Nursing* 24, 475–485.
- Bishop F., Barlow F., Coghlan B., Lee P. & Lewith G. 2011. Patients as healthcare consumers in the public and private sectors: a qualitative study of acupuncture in the UK. *BMC Health Services Research*, 11: 129.
- Borg M., Karlsson B. & Kim HS. 2009. User involvement in community mental health services- principles and practices. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing* 16(3), 285-292.
- Burns N. & Grove SK. 2005. *The practice of nursing research: conduct, critique and utilization*. 5th ed. Edition. Elsevier/Saunders, Philadelphia.
- Byrne L., Happell B. & Platania-Phung C. 2014. Attitudes of nursing students on consumer participation: The effectiveness of the mental health consumer participation questionnaire. *Perspectives in Psychiatric Care* 51, 45-51.
- Dyrstad DN., Testad I. & Storm M. 2015. Older patients' participation in hospital admissions through the emergency department: an interview study of healthcare professionals. *BMC Health Services Research*.
- Eldh AC., Ekman I. & Ehnfors M. A comparison of the concept of patient participation and patients' descriptions as related to health care definitions. *International Journal of Nursing Terminologies and Classifications* 21, 21–32.
- Eronen A., Londén P., Perälähti A., Siltaniemi A. & Särkelä R. 2009. *Sosiaalibarometri 2009. Ajankohtainen arvio kansalaisten hyvinvoinnista, palveluista ja palvelujärjestelmän muutoksesta*. Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto ry, Helsinki.
- Florin J., Ehrenberg A. & Ehnfors M. 2006. Patient participation in clinical decision-making in nursing: A comparative study of nurses' and patients' perceptions. *Journal of Clinical Nursing* 15, 1498–1508.
- Fotaki M. 2009. Are all consumers the same? Choice in health, social care and education in England and elsewhere. *Public Money & Management* 29 (2), 87-94.
- Hammel J., Magasi S., Heinemann A., Whiteneck G., Bogner J. & Rodriguez E. 2007. What does participation mean? An insider perspective from people with disabilities. *Disability and Rehabilitation* 30 (19), 1445–1460.
- Happell B., Moxham L. & Platania-Phung C. 2010. A psychometric analysis of the Mental Health Consumer Participation Questionnaire. *International Journal of Mental Health Nursing* (2010) 19, 377–384.

- Happell B., Pinikahana J., & Roper C. 2002. Attitudes of postgraduate nursing students towards consumer participation in mental health services and the role of the consumer academic. *International Journal of Mental Health Nursing* 11(4), 240–250.
- Heikkilä T. 2014. Tilastollinen tutkimus. 9. uud. p. Edition. Edita, Helsinki.
- Hietala O. & Rissanen P. 2015. Opas kokemusasiantuntijatoiminnasta. Kuntoutussäätiö ja Mielenterveyden keskusliitto, Helsinki.
- Höglund A., Winblad U., Arnetz B. & Arnetz J. 2010. Patient participation during hospitalization for myocardial infarction: perceptions among patients and personnel. *Scand J Caring Sci* (2010) 24, 482–489.
- Kankkunen P. & Vehviläinen-Julkunen K. 2013. Tutkimus hoitotieteessä. Sanoma Pro oy, Helsinki.
- Kananen J. 2011. Kvantti: kvantitatiivisen opinnäytetyön kirjoittamisen opas. Jyväskylän ammattikorkeakoulu, Jyväskylä.
- Kaseva K. 2011. Asiakkaan asema, itsemääräminen ja vaikutusmahdollisuudet sosiaali- ja terveydenhuollon kehittämisessä. Integroitu kirjallisuuskatsaus. Sosiaali- ja terveysministeriön raportteja ja muistioita 2011:16, Helsinki.
- Kent H., & Read J. 1998. Measuring consumer participation in mental health services: Are attitudes related to professional orientation? *International Journal of Social Psychiatry* 44(4), 295–310.
- Kettunen T. & Kivinen T. 2012. Osallisuus hoitotyön kehittämisen suunnannäyttäjänä. *Tutkiva Hoitotyö* vol.10 (4), 40-42.
- Kidd S., Kenny A. & Endacott R. 2007. Consumer advocate and clinician perceptions of consumer participation in two rural mental health services. *International Journal of Mental Health Nursing* 16, 214-222.
- Kivistö M. 2014. Kolme ja yksi kuvaa osallisuuteen. Monimenetelmällinen tutkimus vaikeavammaisten ihmisten osallisuudesta toimintana, kokemuksena ja kielenkäyttönä. Akateeminen väitöskirja. *Acta Electronica Universitatis Lapponiensis* 150, Lapin yliopisto, Rovaniemi
- Kohonen K. & Tiala T. 2002. Kuntalaiset ja hyvä osallisuus. Lupaavia käytäntöjä kuntalaisten osallistumis- ja vaikuttamismahdollisuuksien edistämiseksi. Sisäasiainministeriö, Suomen Kuntaliitto, Helsinki.
- Kolovos P., Kaitelidou D., Lemonidou C., Sachlas A. & Sourtzi P. 2016. Patients perceptions and preferences of participation in nursing care. *Journal of Research in Nursing* 21(4): 290-303.
- Kolovos P., Kaitelidou D., Lemonidou C., Sachlas A., Zyga S. & Sourtzi P. 2015. Patient participation in hospital care: Nursing staffs' point of view. *International Journal of Nursing Practice* 2015 (21), 258-268.
- Koikkalainen P. & Rauhala L. 2013. Potilaslähtöisyys - uhka vai mahdollisuus? *Tutkiva Hoitotyö* 11(2), 43-45.
- Korkeila H., Paavilainen E., Koivisto A-M. & Kylmä J. 2013. Hoitotyöntekijöiden kokemukset potilaan eristämisestä sairaalahoidon aikana - eristämiskokemusmittarin (EKM) kehittäminen ja pilotointi. *Hoitotiede* 26(3), 202-216.

- Koskinen S., Koskeniemi J., Leino-Kilpi H & Suhonen R. 2014 Ikääntyneiden osallisuus palveluiden kehittämisessä. *Pro terveys* 41(2), 26-28.
- Kostiainen E., Ahonen S., Verho T., Rissanen P. & Rotko T. 2014. Kokemukset käyttöön- kokemusasiantuntijatoiminnan kehittäminen. *Työpäperi* 36/2014. Terveysten ja hyvinvoinnin laitos, Helsinki.
- Kujala E. 2003: Asiakslähtöinen laadunhallinnan malli. Tilastolliseen prosessin ohjaukseen perustuva sovellus terveyskeskukseen. Väitöskirja. *Acta Universitas Tamperensis* 914. Tunkkarin terveydenhuollon kuntayhtymä. Tampereen yliopisto, hoitotieteen laitos, Tampere.
- Kylmä J. & Juvakka T. 2012. Laadullinen terveystutkimus. Edita, Helsinki.
- Laitila M. 2010. Asiakkaan osallisuus mielenterveys- ja päihdetyössä. Fenomenografinen lähestymistapa. Väitöskirja. *Publications of the University of Eastern Finland Dissertations in Health Sciences* 31. Itä-Suomen Yliopisto, terveystieteiden tiedekunta, hoitotieteenlaitos, Kuopio.
- Laitila M. & Pietilä A-M. 2012. Työntekijöiden käsityksiä asiakkaan osallisuudesta mielenterveys- ja päihdetyössä. *Tutkiva Hoitotyö* 10 (1), 22-31.
- Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista 812/2000.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992.
- Logtin Y., Sax H., Leape L., Sheridan S., Donaldson L. & Pittet D. 2010. Patient Participation: Current Knowledge and Applicability to Patient Safety. *Mayo Clinic Proc.* 85(1): 53–62.
- Metsämuuronen J. 2006. Tutkimuksen tekemisen perusteet ihmistieteissä. Methelp ky, Helsinki.
- Munro BH. 2005. *Statistical Methods for Health Care Research*. Lippincott Williams & Wilkins Company, Philadelphia.
- Mäkinen O. 2006. *Tutkimusetiikan ABC*. Tammi, Helsinki.
- Nivala E. & Ryyänen S. 2013. Kohti sosiaalipedagogista osallisuuden ideaalia. *Sosiaalipedagoginen aikakausikirja*, vuosikirja 4/2013.
- Nummenmaa L. 2009. *Käyttätymistieteiden tilastolliset menetelmät*. Tammi, Helsinki.
- Oranen M. 2013. Osallisuus osaksi arkea. Teoksessa: Hastrup A, Hietanen-Peltola M, Jahnukainen J & Pelkonen M. (toim.) *Lasten, nuorten ja lapsiperheiden palvelujen uudistaminen. Lasten Kaste – kehittämistyöstä pysyväksi toiminnaksi*. Terveysten ja hyvinvoinnin laitoksen raportteja 3/ 2013, Juvenes Print -Suomen Yliopistopaino Oy, Tampere, 122–126
- Pohjola A. 2010. Asiakas sosiaalityön subjektina. Teoksessa: Pohjola A & Laitinen M. (toim.) *Asiakkuus sosiaalityössä*. Gaudeamus, Helsinki.
- Polit DF. & Beck CT. 2008. *Nursing research: generating and assessing evidence for nursing practice*. 8th ed. Edition. Wolters Kluwer Health/Lippincott Williams & Wilkins, Philadelphia.

- Rantanen T. & Toikko T. 2006. Käytäntötutkimuksesta kansalaislähtöiseen kehittämiseen. *Janus* 14(4), 403–410.
- Rissanen P. & Puumalainen J. 2016. Kokemuksen kautta osaamiseen: vapaaehtoisuus, vertaisuus ja kokemusasiantuntijuus. *Kuntoutus* 39(1), 52-58.
- Robinson JH., Callister LC., Berry JA. & Dearing KA. 2008. Patient-centered care and adherence: Definitions and applications to improve outcomes. *Journal of the American Academy of Nurse Practitioners* 20, 600–607.
- Ronkainen S., Pehkonen L., Lindblom-Ylänne S. & Paavilainen E. 2011. Tutkimuksen voimasanat. WSOY, Helsinki.
- Ropponen M. 2011. Kokemusasiantuntijuus kehittämisen välineenä etelä- pohjanmaan sairaanhoitopiirin psykiatrian toiminta-alueella. Pro-gradu tutkielma. Vaasan yliopiston filosofinen tiedekunta. Vaasan Yliopisto.
- Routsalo P., Airaksinen M., Mäntyranta T. & Pitkälä K. 2009. Potilaan omahoidon tukeminen. *Läketieteellinen aikakauskirja Duodecim*, 125 (21), 2351–9.
- Rouvinen-Wilenius P., Aalto-kallio M., Koskinen –Ollonqvist P. & Nikula T. 2011: Osallisuus osana tasa-arvoa. Teoksessa Päivi Rouvinen-Wilenius & Pirjo Koskinen-Ollonqvist (toim.) 2011. Tasa-arvo ja osallisuus väylä terveyteen. Järjestöt suunnan näyttäjinä. Helsinki: Terveyden edistämisen keskus.
- Rozenblum, R., Lisby M., Hockey P., Levitizion-Korach O., Salzberg C., Lipsitz S. & Bates D. 2011. Uncovering the blind spot of patient satisfaction: an international survey. *British Medical Journal Quality and Safety* 20, 959-65.
- Ruskoaho J., Vänskä., Heikkilä T., Hyppölä H., Halila H., Kujala S., Virjo I. & Mattila K. 2010. Postitse vai sähköisesti? Näkemyksiä tiedonkeruumenetelmän valintaan *Lääkäri 2008* -tutkimuksen pohjalta. *Sosiaalilääketieteen aikakauslehti* 47 (4), 279-285.
- Sahlsten M., Larsson I., Sjöström B., Lindencrona C. & Plos K. 2007. Patient participation in nursing care: towards a concept clarification from a nurse perspective. *Journal of Clinical Nursing* 16(4), 630-637.
- Shay A. & Laffata J-E. 2014. Understanding patient perceptions of shared decision making. *Patient education and counseling* 96, 295-301.
- Sainio C., Eriksson E. & Lauri S. 2001. Patient participation in decision making about care—The cancer patient’s point of view. *Cancer Nursing* 24, 172–179.
- STM 2012. Sosiaali- ja terveydenhuollon kansallinen kehittämissuunnitelma. KASTE 2012-2015. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2012:1, Helsinki.
- STM 2015. Sosiaali- ja terveysministeriön kärkihankkeet. Sosiaali- ja terveysministeriön verkkosivut. Saataavuus: <http://stm.fi/karkihankkeet> (Luettu 23.7.2016)
- Tambuyzer E, Pieters G. & Van Andenhove C. 2014. Patient involvement in mental health care: one size does not fit all. *Health Expectations* 17, 138-150.

- THL 2012. Terveiden ja hyvinvoinnin tulevaisuuksia 2012. THL:n vuosittainen ennakointiraportti toukokuu 2012. Saatavuus:
<https://julkari.fi/bitstream/handle/10024/110501/terveydenjhyvinvoinnintulevaisuuksia.pdf?sequence=1>
(Luettu 24.9.2016)
- THL 2016. Osallisuus. Terveiden- ja hyvinvoinninlaitoksen verkkosivut. Saatavuus:
<https://www.thl.fi/fi/web/hyvinvointi-ja-terveyserot/eri-arvoisuus/hyvinvointi/osallisuus> (Luettu 23.7.2016)
- Tietoarkisto 2016. Aineistonhallinnan käsikirja. Tietoarkiston verkkosivut. Saatavuus:
<http://www.fsd.uta.fi/aineistonhallinta/fi/tutkittavien-informointi.html> (Luettu 23.9.2016)
- Tobiano G., Marshall A., Bucknall T. & Chaboyer W. 2016. Activities patients and nurses undertake to promote patient participation. *Journal of Nursing Scholarship* 48(4), 362-370.
- Tobiano G., Marshall A., Bucknall T. & Chaboyer W. 2015a. Patient participation in nursing care on medical wards: An integrative review. *International Journal of Nursing Studies* 52(6), 1107-1120.
- Tobiano G., Marshall A., Bucknall T., Guinane J. & Chaboyer W. 2015b. Nurses' views of patient participation in nursing care. *JAN Informing practice and policy Worldwide through Research and scholarship* 71 (12), 2741-2752.
- Toikko T. 2006. Asiakkaiden osallistuminen palveluiden kehittämiseen. *Työpoliittinen Aikakauskirja* 3/2006, Helsinki.
- Toiviainen H. 2011. Konsumerismi, potilaan voimaantuminen ja lääkärin työn muuttuminen. *Läketieteellinen aikakauskirja Duodecim*, 127 (8), 777-783.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2012. Hyvä tieteellinen käytäntö. Verkkosivut. Saatavuus:
<http://www.tenk.fi/fi/htk-ohje/hyva-tieteellinen-kaytanto> (Luettu 15.8.2016)
- Valkama K. 2012. Asiakkuuden dilemma. Näkökulmia sosiaali- ja terveydenhuollon asiakkuuteen. Väitöskirja. *Acta Wasaensia* no 267, Vaasa.
- Valkeinen H., Anttila H. & Paltamaa J. 2014. Opas toimintakyvyn mittarin arviointiin TOIMIA-verkostossa. Terveiden- ja hyvinvoinnin laitos. Saatavuus:
https://www.thl.fi/documents/974257/1449823/Mittariopas_VALMIS_090614+%28%29.pdf/b53595b9-15b8-4fa3-8765-23cd9221de8f (Luettu 18.10.2016)
- Vehkalahti K. 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Tammi, Helsinki.
- Vuorenmaa M. 2016. Äitien ja isien osallisuus perheessä ja lasten palveluissa sekä osallisuuteen yhteydessä olevat tekijät. Väitöskirja. *Acta Universitatis Tamperensis* 2134. Tampereen Yliopisto.
- Wellard S., Lillibridge J., Beanland C. & Lewis M. 2003. Consumer participation in acute care setting an Australian experience. *International Journal of Nursing Practice* 2003 (9), 255-260.
- Ympäristöministeriö. 2013. Ikääntyneiden asumisen kehittämisohjelma vuosille 2013-2017. Valtioneuvoston periaatepäätös 18.4.2013

LIITE 1. Kyselyn arviointilomake

ARVIONTILOMAKE

Palautetta kyselylomakkeesta:

Puuttuiko mittarista jotain oleellista?:

Oliko kysymykset ymmärrettäviä ja selkeitä?:

Olivatko vastausohjeet selkeät?:

Olisiko vastausvaihtoehtoja tarvittu enemmän?:

Muuta?:

LIITE 2. Tiedote tutkimuksesta osastonhoitajille

TIEDOTE TUTKIMUKSESTA

05.12.2016

Arvoisa osastonhoitaja,

Perinteinen potilaan rooli passiivisesta hoidon vastaanottajasta on muuttumassa aktiiviseksi osallisuudeksi omaan hoitoonsa. Tulevaisuudessa iäkkäiden ja hoitoa tarvitsevien määrä kasvaa, jolloin asiakkaan vastuu oman terveyden ylläpitäjänä ja edistäjänä korostuu. Hoidon vaikuttavuutta voidaan lisätä, jos sitä lähdetään toteuttamaan yhdessä potilaan kanssa.

Opiskelen Tampereen Yliopistossa ja teen pro gradu -tutkielmaani liittyvää kyselyä sairaalan somaattisten vuodeosastojen henkilökunnalle. Kyselyllä kerätään hoitohenkilöstön näkemyksiä potilaiden osallisuudesta sairaalahoidossa. Kysely toteutetaan sähköisesti webropol-sovelluksen avulla. Myöhemmin sähköpostitse lähetettävän saatekirjeen mukana on linkki, josta hoitohenkilöstö pääsee vastaamaan kyselyyn. Kysely on tarkoitettu kaikille osaston lähi-, perus- ja sairaanhoitajille, sekä kätilöille. Kyselyyn vastaamisaika on 12.12.2016-1.1.2017.

Pyydän, että kertoisit henkilökunnalle tulevasta kyselystä ja kannustaisit vastaamaan siihen. Tutkimuksen tavoitteena on, että tuotettua tietoa voidaan hyödyntää potilaan osallisuutta lisäävien työtapojen ja toimintakulttuurin kehittämisessä.

Vastaan tarvittaessa mielelläni kysymyksiin.

Kiitän lämpimästi yhteistyöstä!

Anna-Maria Savolainen

TtM-opiskelija, Tampereen Yliopisto

LIITE 3. Tiedote tutkimukseen osallistujille

TIEDOTE

12.12.2016

Arvoisa hoitotyöntekijä,

Pyydän ystävällisesti Sinua osallistumaan kyselytutkimukseen, jossa tutkitaan hoitajien näkemyksiä potilaiden osallisuudesta hoitoonsa vuodeosastolla. Potilaalle osallisuus sairaalahoidossa on tärkeä terveyttä ja hyvinvointia tukeva voimavara tekijä, koska sen avulla hän voi vaikuttaa itseään koskeviin asioihin hoitotyössä. Sinun vastauksesi tutkimukseen on tärkeä, koska sen avulla tuotetaan tietoa, jota voidaan hyödyntää potilaan osallisuutta lisäävien työtapojen ja toimintakulttuurin kehittämisessä. Tutkimukseen on haettu asiaankuuluva lupa.

Tutkimus on suunnattu sairaalan vuodeosastojen hoitohenkilökunnalle. Tutkimukseen osallistuminen on vapaaehtoista. Kyselyyn vastaaminen vie aikaa noin 10 minuuttia. Pyydän vastaamaan mahdollisimman pian, kuitenkin viimeistään 1.1.2017 mennessä. Tutkimustuloksia käsitellään luottamuksellisesti ja hävitetään asianmukaisesti. Kyselyyn vastataan nimettömästi, eikä yksittäisen vastaajan henkilöllisyys paljastu tutkimuksen missään vaiheessa. Tutkimuksen tulokset raportoidaan keväällä 2017.

Olen hoitotieteen opiskelija Tampereen Yliopistosta ja kysely liittyy opintoihini kuuluvaan pro gradu- tutkielmaan. Tutkimus tehdään yhteistyössä Tampereen Yliopiston kanssa ja sen ohjaajina toimivat THT, professori Päivi Åstedt-Kurki ja TtM, yliopisto-opettaja Mira Palonen.

Mikäli sinulla on kysyttävää tutkimuksesta, vastaan kysymyksiin mielelläni. Pääset osallistumaan kyselyyn klikkaamalla alla olevaa linkkiä. **Kaikkien kyselyyn vastanneiden kesken arvotaan kaksi kahden hengen Finnkino- leffalippupakettia.**

Kiitän lämpimästi osallistumisestasi, juuri sinun vastauksesi on tärkeä!

Ystävällisin terveisin

Sh, TtK, TtM -opiskelija Anna-Maria Savolainen
Tampereen yliopisto
Terveystieteiden yksikkö
Hoitotiede