

# Toteutuuko potilaslähtöinen ohjaus hoitotyöntekijöiden näkökulmasta?

## SINI ELORANTA

Sh, TtT, suunnittelija, kl opettaja  
Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri  
Hoitotyön toimisto  
Turun yliopisto  
Hoitotieteen laitos

## JOUKO KATAJISTO

VTM, lehtori  
Turun yliopisto  
Tilastotieteen laitos

## HELENA LEINO-KILPI

Esh, THT, professori/ylihoitaja (sivutoiminen)  
Turun yliopisto  
Hoitotieteen laitos  
Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri  
Hoitotyön toimisto

## TIIVISTELMÄ

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla hoitotyöntekijöiden toteuttamaa potilaslähtöistä ohjausta ja tarkastella siinä tapahtuneita muutoksia viimeisen vuosikymmenen aikana.

Kohderyhmän muodosti yhden yliopistollisen keskussairaalan hoitotyöntekijät vuosina 2001 ja 2010. Vuonna 2001 kyselyyn vastasi 623 hoitotyöntekijää ja vuonna 2010 756 hoitotyöntekijää.

Hoitotyöntekijät arvioivat potilasohjaustaitonsa kokonaisuutena paremmiksi vuonna 2010 kuin vuonna 2001. Myönteistä kehitystä oli havaittavissa ohjauksessa käsiteltävän sisällön laajenemisessa tarkasteltuna ajanjaksona. Sen sijaan, potilaiden ohjaustarpeen arviointi, ohjauksellisten tavoitteiden asettaminen, ohjauksen tuloksellisuuden arviointi sekä ohjausmenetelmien monipuolinen hyödyntäminen oli heikentynyt tarkasteltuna ajanjaksona. Tulokset antavat selkeitä kehittämiskohteita potilasohjaukseen.

Avainsanat: Potilasohjaus, Hoitotyöntekijän näkökulma, Kyselytutkimus

## ABSTRACT

### **Does the empowerment patient education realize from the perspective of the nurses**

*Sini Eloranta, RN, PhD, Planner*

*Jouko Katajisto, MSc, Lecturer*

*Helena Leino-Kilpi, RN, PhD, Professor and Nurse Manager*

The objective of this study was to describe nurses' perceptions of empowerment patient education practice and its changes in the last decade. The subjects of this survey were nurses at one university hospital – 756 nurses in 2010 and 623 nurses in 2001. The nurses' educational skills on the whole were on a higher level in 2010 than in 2001. In addition, variation in the content of patient education has increased during these years. However, we can identify areas not improved upon during that time, such the evaluation of learning needs, the setting learning objectives, the evaluation of learning outcomes, and the use of educational methods. The results highlighted the need for improved patient education.

Keywords: Patient Counseling Education, Nurses' perspective, Inquiry Research

**Mitä tutkimusaiheesta jo tiedetään?**

- Potilasohjaus on tärkeä osa hoitoprosessia.
- Potilaalla on keskeinen rooli tiedonetsijänä, -käsittelijänä ja tiedon varassa hoitoaan toteuttavana henkilönä.
- Viime aikoina potilasohjausta on kehitetty potilaslähtöisemmäksi, potilaiden yksilölliset tarpeet ja tilanteet huomioivaksi.

**Mitä uutta käsikirjoitus tuo?**

- Tutkimus tuo uutta tietoa potilaslähtöisen ohjauksen toteutumisesta hoitotyöntekijöiden arvioimana sekä ohjauksessa tapahtuneista muutoksista viimeisen vuosikymmenen ajalta.
- Myönteistä kehitystä on havaittavissa hoitotyöntekijöiden ohjaustaitojen kehittymisen ja ohjauksen sisällön laajenemisen osalta tarkasteltuna ajanjaksona.
- Potilaan ohjaustarpeen arviointi, ohjauksellisten tavoitteiden asettaminen ja ohjauksen tuloksellisuuden arviointi on heikentynyt tarkasteltuna ajanjaksona.

**Mikä merkitys tutkimuksella on hoitotyölle, hoitotyön koulutuksen ja johtamiselle?**

- Tutkimus tuo esille potilasohjauksessa tapahtuneita muutoksista viimeisen vuosikymmenen ajalta.
- Heikoimmin toteutuneisiin ohjauksen osa-alueisiin, kuten potilaiden ohjaustarpeen arviointiin, ohjauksellisten tavoitteiden asettamiseen ja ohjauksen tuloksellisuuden arviointiin on tärkeää jatkossa paneutua hoitotyön koulutuksessa, johtamisessa ja käytännön hoitotyön kehittämisessä.

**Tutkimuksen lähtökohdat**

Kansainvälinen ja kansallinen terveystieteiden politiikka korostaa potilaan elämänhallintaa tukevaa terveydenhuoltoa (Euroopan komissio 2007, WHO 2010, Terveys 2015). Hallinnan saavuttaakseen potilas tarvitsee tietoa. Potilasohjaus on tärkeä osa hoitoprosessia, jossa potilaalla on keskeinen rooli tiedonetsijänä, -käsittelijänä ja tiedon varassa hoitoaan toteuttavana henkilönä. Käsitemallin perusteella potilasohjaus on potilaan ja terveydenhuollon henkilöstön aktiivista ja tavoitteellista toimintaa, joka tapahtuu vuorovaikutteisessa ohjaussuhteessa (Kääriäinen & Kyngäs 2005). Ohjauksen tavoitteena on, että potilas tietää terveyteensä ja hoitoonsa liittyvistä asioista, ymmärtää tämän tiedon ja kykenee toimimaan sen avulla (Falk-Rafael 2001, Leino-Kilpi ym. 2005, Redman 2007).

Terveydenhuollossa potilaan rooli ja oikeudet ovat muuttuneet viimeisten vuosikymmenten aikana. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) määrittelee, että

potilaalla on oikeus tietoon terveydentilastaan, hoidon merkityksestä, eri hoitovaihtoehtoista sekä niiden vaikutuksista. Tämä on vahvistanut potilaan asemaa hoitonsa subjektina, toimijana ja vastuunkantajana (Balmer 2005). Potilasohjauksen vaativuuteen henkilöstön osaamisen kannalta ovat vaikuttaneet osaltaan hoitoaikojen lyhentyminen, polikliinisen hoidon lisääntyminen, potilaiden koulutustason nousu ja informaatioteknologian lisääntyminen. Sairaalahoidojen lyhentyessä ja polikliinisen hoidon lisääntyessä potilaita kotiutetaan erikoissairaanhoidosta yhä nopeammin. Monissa Euroopan maissa potilaiden keskimääräinen sairaalassa oloaika on 3,8 päivää (Eurostat 2009, OECD 2010). Tämä merkitsee potilaiden omahoitovalmiuksien ja vastuun lisääntymistä. Potilasohjauksessa tämä muutos tarkoittaa sitä, että ohjauksen tulee entistä vahvemmin perustua potilaan yksilöllisten ohjaustarpeiden hyvään tunnistamiseen ja näiden tarpeiden huomioimiseen. (Edwardson 2007, Leino-Kilpi ym. 2009, Fredericks ym. 2009.) Potilaiden koulutus-

tason nousun ja informaatioteknologian lisääntymisen myötä potilaat itse etsivät tietoa entistä aktiivisemmin (Blay & Donoghue 2006), mikä on osaltaan vahvistanut heidän asemaansa hoitonsa aktiivisina toimijoina ja vastuunkantajina (Balmer 2005, Desplenter ym. 2006, Fernandez ym. 2006, Maneesakorn ym. 2007).

Tässä artikkelissa potilasohjaus ymmärretään potilaslähtöisenä voimavaraistumista tukevana ohjauksena (Leino-Kilpi ym. 1998). Potilaslähtöisessä voimavaraistumista tukevassa ohjauksessa potilaan ymmärretään olevan aktiivinen tiedonkäsittelijä. Hänellä tulee olla riittävä määrä tietoa ja tukea tiedon käsittelemiseksi. Henkilökunnan tehtävänä on tiedon välittäminen ja sen tarkistaminen, että potilas tietää tilanteestaan ja hoidostaan riittävästi, ymmärtää tämän tiedon ja pystyy tämän tiedon avulla toimimaan hoidossaan. (Leino-Kilpi ym. 1998, Abdersson & Funnell 2009.) Ohjausta on viime aikoina kehitetty potilaslähtöisemmäksi, potilaan yksilölliset tarpeet ja tilanteet huomioivaksi (Fredericks ym. 2009, Baraz ym. 2010, Lunnela 2011, Ryhänen 2012). Tutkimuksissa on todettu, että systemaattisella potilaslähtöisellä ohjauksella pystytään lisäämään potilaiden tietämystä hoitoonsa liittyvistä asioista ja varmuutta tästä tietämisestä, hoitoon tyytyväisyyttä ja sitoutumista sekä lievittämään pelkoja ja vähentämään hoitoon liittyviä komplikaatioita. On myös havaittu, että potilasohjauksen avulla pystytään lisäämään hoidon jatkuvuutta ja hoidon laatua. (Bastable 2006, Pieper ym. 2006, Suhonen & Leino-Kilpi 2006, Gilmartin & Wright 2007, Kruzik 2009, Lunnela 2011.)

Potilaslähtöiseen ohjaukseen kohdistuneissa tutkimuksissa on todettu monenlaisia kehittämistarpeita liittyen ohjauksen sisältöön ja menetelmiin (Rutten ym. 2005, Ryhänen 2012). Potilaat odottavat hoitotyöntekijöiltä enemmän tiedollista ja psykososiaalista tukea. He kaipaavat muun muassa enemmän tietoa hoidon sivuvaikutuksista, jatkohoidon suunnittelusta, sairauden vaikutuksesta elämään sekä tietoa sosiaalisista etuuksista. (Templeton & Coates 2003, Lamiani & Furey 2008, Rankinen ym. 2007,

Siekinen ym. 2008, Eloranta ym. 2010.) On myös havaittu, ettei ohjauksessa aina oteta huomioon potilaiden yksilöllisiä elämäntilanteita eikä ohjauksen tavoitteista keskustella potilaiden kanssa riittävästi (Kääriäinen 2007). Potilasohjausmenetelmät ovat hyvin perinteisiä, keskittyen suulliseen ja kirjalliseen potilasohjaukseen (mm. Merle ym. 2011).

Potilasohjausta on eri maiden terveystalvelujärjestelmissä tutkittu runsaasti erilaisilla potilasryhmillä niin potilaiden kuin ammattihenkilöiden näkökulmasta. Vaikka potilasohjausta koskevaa tutkimusta on, potilasohjauksen kehittymistä ei ole niinkään seurattu ajallisesti ja pitkäjännitteisesti. Potilasohjauksen kehittämiseksi tarvitaan tietoa ohjauksen kehityssuunnista. Tämä tutkimus on yksi niistä vähälukuisista tutkimuksista, joissa kuvaillaan hoitotyöntekijöiden toteuttamaa potilaslähtöistä ohjausta ja tarkastellaan siinä tapahtuneita muutoksia vuosikymmenen ajanjaksona.

## Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelmat

Tutkimuksen tarkoituksena oli kuvailla hoitotyöntekijöiden toteuttamaa potilaslähtöistä ohjausta ja tarkastella siinä tapahtuneita muutoksia viimeisen vuosikymmenen aikana. Tutkimuksesta saatavalla tiedolla arvioidaan potilaslähtöisen ohjauksen laatua ja tietoa voidaan käyttää potilasohjauksen kehittämisessä ja koulutuksessa. Tutkimusongelmat olivat:

- 1) Miten hoitotyöntekijöiden toteuttama potilaslähtöinen ohjaus toteutuu?
- 2) Mitä hoitotyöntekijöiden toteuttama potilaslähtöinen ohjaus sisältää?
- 3) Millaiset ovat hoitotyöntekijöiden potilasohjaustaidot?
- 4) Miten hoitotyöntekijöiden toteuttama potilaslähtöinen ohjaus on toteutunut viimeisen vuosikymmenen aikana?

## Tutkimuksen empiirinen toteutus

### *Kohderyhmä*

Kohderyhmän muodosti yhden yliopistollisen keskussairaalan vuodeosastojen ja poliklinikoiden kaikki vakituiset hoitotyöntekijät samoilta toimialueilta vuosina 2001 ja 2010. Hoitotyöntekijät käsittävät tässä tutkimuksessa seuraavat ammattinimikkeet: sairaanhoitaja, perus- ja lähihoitaja, laboratoriohoitaja, bioanalytikko, kättilö, röntgenhoitaja, fysioterapeutti, terveydenhoitaja, toimintaterapeutti, mielenterveyshoitaja, lastenhoitaja, kuntoutusohjaaja, ensihoitaja, jalkojen hoitaja ja jalkaterapeutti. Aineisto kerättiin molempina vuosina keväällä neljän satunnaisesti valitun viikon aikana. Vuonna 2001 kyselyyn vastasi 623 hoitotyöntekijää (vastausosuus 37 %) ja vuonna 2010 756 hoitotyöntekijää (vastausosuus 25 %).

### *Kyselylomake ja aineistonkeruu*

Aineisto kerättiin vuonna 2000 kehitetyllä strukturoidulla kyselylomakkeella (NCE®, TY/Hoitotieteen laitos, Johansson ym. 2001). Kyselylomake kehitettiin asian tuntijapaneelissa (kaksi väitellyttä yliopistotutkijaa, kaksi ammattikorkeakoulun lehtoria, kolme yliopistosairaalan hoitotyön johtajaa) hoitotieteellisen potilasohjauksen kirjallisuuden pohjalta. Lomake sisälsi kysymyksiä ohjaustarpeen arvioinnista, ohjauksellisten tavoitteiden asettamisesta, käytetyistä ohjausmenetelmistä, ohjauksen tuloksellisuuden arvioinnista ja ohjauksen sisällöstä. Lomakkeessa esimerkiksi ohjausmenetelmistä kysyttiin: Millä menetelmillä ohjaat: 1. potilasta henkilökohtaisesti, 2. ryhmässä, 3. kertomalla, 4. keskustelemalla, 5. antamalla kirjallista materiaalia, 6. näyttämällä opetusvideon, 7. näyttämällä hoitovälineitä, 8. näyttämällä miten asia tehdään, 9. tietokonetta apuna käyttäen. Väittämiin vastattiin 4-portaisella Likert-asteikolla (1 = kaikkien potilaiden kohdalla – 4 = en kenenkään potilaan kohdalla) (Taulukko 2. ja 3.). Lomake sisälsi kysymyksiä myös hoitotyöntekijöiden ohjaustaidoista. Lomakkeessa esimerkiksi hoitotyöntekijöiden ohjaus-

taidoista kysyttiin: Miten paljon potilaan ohjaustaitosi perustuvat: 1. peruskoulutukseesi, 2. lisä- ja täydennyskoulutukseesi, 3. itsenäiseen opiskeluun/tiedonhakuun, 4. työkokemukseen. Väittämiin vastattiin 4-portaisella Likert-asteikolla (1 = hyvät – 4 = huonot). Taustamuuttujina kysyttiin vastaajan ikää, koulutusta ja työkokemusta terveydenhuollossa. Lomake esitettiin vuonna 2001 ennen varsinaista aineistokeruuta 30 hoitotyöntekijällä. Arvioinnin jälkeen lomakkeen ulkoasuun tehtiin vielä pieniä muutoksia selkeyden parantamiseksi.

Vuonna 2001, kyselylomake saatekirjeen kanssa lähetettiin paperisena kaikille sairaalan hoitotyöntekijöille yksiköiden esimiesten kautta. Esimiehet tiedottivat kyselystä, jakoivat lomakkeet henkilöstölle ja pyysivät heitä palauttamaan ne nimettöminä yksiköissä oleviin vastauslaatikoihin. Vuonna 2010, samansisältöinen sähköisen kyselylomakkeen linkki lähetettiin saatekirjeen kanssa vastaajien sähköpostiin. Sairaalan hoitotyöntekijöiden sähköpostilistaa hallinnoin sairaalan tietohallintokeskus, joka toimitti kyselylinkin ja saatekirjeen vastaajille. Kahden viikon jälkeen tietohallinnon yhdyshenkilö lähetti vielä kaikille sähköpostilistalla oleville hoitotyöntekijöille muistutuskirjeen.

### *Aineiston analysointi*

Molempien vuosien aineistoja kuvailtiin ensin tarkastelemalla muuttujien frekvenssi- ja prosenttijakaumia. Muuttujista muodostettiin summamuuttujia kyselylomakkeen teoreettisen sisällön mukaisesti: ohjaustarpeen arviointi, tavoitteiden asettaminen, ohjausmenetelmät, ohjauksen tuloksellisuuden arviointi, ohjauksen sisältö ja hoitotyöntekijöiden ohjaustaidot (Johansson ym. 2002). Summamuuttujat muodostettiin laskemalla yhteen vastausvaihtoehdon arvot sekä jakamalla näin saatu summa muuttujan lukumäärällä. Summamuuttujien arvojen vaihteluväli on sama kuin yksittäisten kysymysten ja tuloksia on helpompi tulkita. Summamuuttujien reliabiliteettia tarkasteltiin laskemalla Cronbachin alfa-kertoimet ja

tutkimalla osioanalyysin avulla yksittäisten kysymysten sopivuutta mittariin.

Vastaajaryhmien välisiä eroja testattiin ristiintaulukoinnin, Pearsonin khiin neliö testin ja Fisherin testin avulla (kun khiineliö-testin oletukset eivät täytyneet) sekä kahden riippumattoman otoksen T-testillä. Tutkimuksessa havaintojen lukumäärä oli niin suuri, ettei normaalijakaumaoletuksella ole merkitystä tilastollisia testejä valittaessa. Näin ollen päädyttiin käyttämään parametrisia testejä, jotka ovat voimakkaampia kuin vastaavat epäparametriset testit. Tilastollisen merkitsevyyden rajana pidettiin 5 % tasoa (Burns & Grove 2009). Aineisto analysoitiin tilastollisesti SPSS® 17.0 -tilasto-ohjelmalla (SPSS In., Chicago, IL, USA).

#### *Tutkimuseettiset kysymykset*

Tutkimuseettiset ohjeet (www.etene.org) otettiin huomioon tutkimuksen kaikissa vaiheissa. Tutkimukselle saatiin asianmukaiset tutkimusluvut tutkimusorganisaatiosta molempina tutkimusvuosina. Kyselyn mukana olleessa saatekirjeessä kerrottiin tutkimuksen tarkoituksesta ja tutkittavien oikeuksis-

ta, kuten osallistumisen vapaaehtoisuudesta ja tutkimusaineiston käsittelemisestä luotamuksellisesti. Vapaaehtoiset vastasivat nimettöminä lomakkeen kysymyksiin, eikä heitä ole tunnistettavissa aineistosta.

## Tulokset

### *Taustatiedot*

Molempina tutkimusvuosina enemmistö vastaajista oli sairaanhoitajia (2010: 72 % ja 2001: 58 %) ja heillä oli yli 10 vuotta työkokemusta terveydenhuollosta (2010: 66 %, 2001: 69 %). Vastaajaryhmät erosivat tilastollisesti merkitsevästi ammattitutkinnon ja iän suhteen ( $p < .001$ ) (Taulukko 1).

## Toteutunut potilasohjaus

### *Ohjaustarpeiden arviointi*

Kokonaisuutena tarkasteltuna vuosien välinen vertailu osoitti vastaajien arvioineen potilaan ohjaustarpeen tilastollisesti merkit-

*Taulukko 1. Vastaajien taustatiedot vuosina 2001 ja 2010.*

	2001		2010		p-arvo*
	n	%	n	%	
<b>Ammattitutkinto</b>					p < .001
Sairaanhoitaja	355	58	524	78	
Perus- tai lähihoitaja	57	9	73	10	
Laboratoriohoitaja	52	8	48	6	
Röntgenhoitaja	49	8	39	5	
Fysio- tai toimintaterapeutti	29	5	42	6	
Muu	76	12	9	2	
<b>Ikä (vuosina)</b>					p < .001
≤ 30	78	13	128	17	
31–39	147	24	142	19	
40–49	229	37	233	31	
50–59	160	25	225	30	
≥ 60	1	1	25	3	
<b>Työkokemus terveydenhuollossa (vuosina)</b>					
< 1	3	1	25	4	
1–5	91	15	112	15	
6–10	93	15	115	15	
> 10	421	69	501	66	

\*ristiintaulukointi

sevästi useammin vuonna 2001 kuin vuonna 2010 ( $p < .001$ , Taulukko 2). Vuonna 2001, 80 % vastaajista arvioi ohjaustarpeen kaikkien potilaiden kohdalla, kun vastaava luku vuonna 2010 oli 50 % ( $p < .001$ ). Molempina tutkimusvuosina potilaan ohjaustarve arvioitiin useimmiten vapaamuotoisesti haastattelemalla (2001: 80 %, 2010: 36 %). Molempina tutkimusvuosina potilaan ohjaustarpeen arvioinnissa käytettiin vähiten apuna kirjallista kyselyä tai testiä (2001: 38 %, 2010: 14 %) tai etukäteen tehtyä suunnitelmaa (2001: 14 %, 2010: 11 %).

### *Ohjauksellisten tavoitteiden asettaminen*

Vastaajat asettivat potilaan ohjaukselle tavoitteet tilastollisesti merkitsevästi useammin vuonna 2001 kuin vuonna 2010 ( $p < .001$ , Taulukko 2). Vuonna 2001, 74 % vastaajista asetti tavoitteet ohjaukselle kaikkien potilaiden kohdalla, kun vastaava luku vuonna 2010 oli vain 30 % ( $p < .001$ ). Vuonna 2001, vastaajat kertoivat potilaalle ohjauksen tavoitteet useammin kuin vuonna 2010 (2001: 76 %, 2010: 29 %,  $p < .001$ ) ja he antoivat potilaan kertoa käsityksensä ohjauksen tavoitteista useammin kuin vuonna 2010 (2001: 60 %, 2010: 16 %,  $p < .001$ ).

### *Käytetyt ohjausmenetelmät*

Vastaajat käyttivät monipuolisemmin erilaisia potilasohjausmenetelmiä vuonna 2001 kuin vuonna 2010 ( $p < .001$ , Taulukko 2). Vuonna 2001, vastaajat käyttivät ohjausme-

netelmistä kirjallista ohjausmateriaalia (2001: 69 %, 2010: 36 %,  $p < .001$ ), näyttämällä ohjatun asian (2001: 64 %, 2010: 19 %,  $p < .001$ ), tietokonetta (2001: 64 %, 2010: 19 %,  $p < .001$ ), ryhmäohjausta (2001: 10 %, 2010: 2 %,  $p < .001$ ) ja opetusvideoita (2001: 8 %, 2010: 1 %,  $p < .001$ ) useammin kuin vastaajat vuonna 2010.

### *Ohjauksen tuloksellisuuden arviointi*

Vuonna 2001 vastaajat arvioivat potilasohjauksen tuloksellisuuden useammin kuin vuonna 2010 ( $p < .001$ , Taulukko 2). Vuonna 2001, 83 % vastaajista arvioi ohjauksen tuloksellisuuden haastattelemalla, kun vastaava luku vuonna 2010 oli 32 % ( $p < .001$ ). Molempina tutkimusvuosina ohjauksen tuloksellisuuden arvioinnissa käytettiin apuna vähemmän kirjallista kyselyä tai testiä (2001: 11 %, 2010: 3 %) tai pyytämällä potilasta itse arvioimaan oppimansa kirjallisesti (2001: 1 %, 2010: 0.5 %).

### *Potilasohjauksen sisältö*

Molempina tutkimusvuosina potilasohjauksen sisällössä keskityttiin bio-fysiologiseen, toiminnalliseen ja tiedolliseen osa-alueeseen, kun taas ohjauksessa käsiteltiin vain vähän sitä, miten potilas selviytyy tutkimuksesta/sairaudesta/hoidoista ja niihin liittyvistä ongelmista taloudellisesti. Vuosien 2001 ja 2010 vertailu kuitenkin osoitti, että vuonna 2010 tiedollista, toiminnallista, taloudellista ja eettistä osa-alueita käsiteltiin

*Taulukko 2. Potilaslähtöisen ohjauksen toteutumisen vuonna 2001 ja 2010 sekä summamuuttujien Cronbachin alfat.*

Summamuuttuja* (väittämän määrä)	2001		2010		p-arvo**	2001	2010
	KA	kh	KA	kh		Cronbachin alfa	
Ohjaustarpeiden arviointi (4)	1.44	.28	2.26	.53	< .001	0.518	0.480
Tavoitteiden asettaminen (4)	1.30	.36	2.11	.68	< .001	0.793	0.822
Ohjausmenetelmät (9)	1.43	.19	2.35	.39	< .001	0.662	0.679
Ohjauksen tuloksellisuuden arviointi (7)	1.55	.24	2.70	.51	< .001	0.600	0.669

\*Asteikko: kaikkien potilaiden kohdalla (1) – ei kenenkään kohdalla (4)

\*\* T-testi

Taulukko 3. Ohjauksen sisältö vuosina 2010 ja 2001 sekä summamuuttujien Cronbachin alfa.

	2001		2010		p-arvo**	2001	2010
	KA	kh	KA	kh		Cronbachin alfa	
<b>Sisältö alueet*</b> (väittämän määrä)							
Bio-fysiologinen (3)							
• mm. oireet, tutkimukset, hoito	1.80	.66	1.73	.56		0.872	0.829
Toiminnallinen (2)							
• mm. kuinka selviytyä arjen toiminnoista	1.89	.77	1.81	.68	.048	0.792	0.694
Tiedollinen (7)							
• mm. miten hoito, tutkimukset etenevät	2.06	.62	1.91	.57	<.001	0.841	0.843
Sosiaalinen (2)							
• mm. sosiaalisen verkoston tuki	2.40	.89	2.33	.85		0.736	0.750
Kokemuksellinen (5)							
• mm. tunteet ja aikaisemmat kokemukset	2.28	.65	2.26	.66		0.824	0.827
Eettinen (1)							
• oikeudet ja velvollisuudet	2.37	.73	2.26	.71	.004		
Taloudellinen (1)							
• miten selviytyä taloudellisesti	2.69	.88	2.57	.89	.015		

\*Asteikko: kaikkien potilaiden kohdalla (1) – ei kenenkään kohdalla (4)

\*\*T-testi

ohjaustilanteissa tilastollisesti merkitsevästi enemmän kuin vuonna 2001 ( $p = .05$ , Taulukko 3).

### *Hoitotyöntekijöiden potilasohjaustaidot*

Vuonna 2010, vastaajat arvioivat potilasohjaustaitonsa kokonaisuutena paremmiksi (ka 1.84, kh .44) kuin vuonna 2001 (ka 1.93, kh .50,  $p < .001$ ). Puutteitakin oli havaittavissa. Vuonna 2001, vain 32 % vastaajista arvioi ohjaustaitonsa sisällön hallinnassa hyväksi, vastaava luku vuonna 2010 oli 37 %. Vuonna 2001, vain 18 % vastaajista arvioi ohjauksen eri menetelmien hallinnan hyväksi, vastaava luku vuonna 2010 oli 19 %.

## **Pohdinta**

### *Tulosten pohdinta*

Hoitotyöntekijät arvioivat potilasohjaustaitonsa kokonaisuutena paremmiksi vuonna 2010 kuin vuonna 2001. Myönteistä kehitystä viimeisen vuosikymmenen aikana

on havaittavissa ohjauksessa käsiteltävän sisällön laajenemisessa. Molempina tutkimusvuosina ohjauksen sisältö keskittyi biofysiologiseen, toiminnalliseen ja tiedolliseen osa-alueeseen. Tulos on samansuuntainen aikaisempien tutkimustulosten kanssa (Hanssen ym. 2005, Leino-Kilpi ym. 2005, Eloranta ym. 2010). Biofysiologista, toiminnallista ja tiedollista tietoa tarvitaan, jotta potilaat tietävät millaisesta sairaudesta ja/tai hoidosta heidän kohdallaan on kyse, miten tutkimukset ja hoito heidän kohdallaan etenevät ja miten sairaus vaikuttaa heidän elämäänsä ja arkeensa (Templeton & Coates 2003, Trisolini ym. 2006). Näyttää kuitenkin edelleen siltä, ettei tietoa välitetä riittävän laaja-alaisesti. Tiedämme aikaisemmista tutkimuksista, että potilaat kaipaavat tietoa kaikilta tiedon osa-alueilta (Eloranta ym. 2010, Heikkinen ym. 2011, Ryhänen 2012). Jatkossa huomiota tulisi kiinnittää enemmän taloudelliseen, kuten hoitokustannusten käsittelemiseen ohjauksessa, joka tässä tutkimuksessa jäi vähäiselle huomiolle. Sairaalahoitajaksojen lyhentyessä ja polikliinisen hoidon lisääntyessä olisi tärkeää pohtia ja kuvata minkälaista ohjausta poti-

las missäkin sairauden ja hoitoprosessin vaiheessa saa ja miten eri ohjauksisäiltöpainotukset tukisivat nykyistä tehokkaammin toinen toisiaan hoidon eri vaiheissa.

Näyttää siltä, että ohjausmenetelmien monipuolinen hyödyntäminen on vähentynyt tarkasteltuna ajanjaksona. Molempina tutkimusvuosina ohjausmenetelmistä turvaututtiin eniten kirjalliseen ohjausmateriaaliin. Samansuuntaiseen tulokseen on päätyneet myös Kääriäinen (2007) tutkissaan sairaalapotilaiden ohjausta. Perinteisten ohjausmenetelmien rinnalla on tärkeää kehittää monipuolisesti ohjausmenetelmiä sekä varmistaa hoitotyöntekijöiden taito niiden hallinnassa (Rutten ym. 2005, Durbin ym. 2010, Samoocha ym. 2010). Suullisen ohjauksen ja kirjallisten ohjausmateriaalin käytön rinnalla on tärkeää hyödyntää potilasohjauksessa erilaisia menetelmiä, kuten ryhmäohjausta ja opetusvideoita. Ryhmäohjauksen hyötynä voidaan esimerkiksi pitää sitä, että hyvin toimiessaan ryhmä tukee potilaan tukiverkoston muodostumista. Tietotekniikan hyödyntämistä voitaisiin hoitotyössä nykyisestään vahvistaa (Dodson ym. 2008, Loisel & Dubois 2009, Samoocha ym. 2010, Fox 2009, Lunnela 2011, Heikkinen ym. 2011, Ryhänen 2012). Sen käyttö mahdollistaisi yksilöllisen ohjausmateriaalin teon aikaisempaa helpommin, ja sähköiseen ohjausmateriaaliin voidaan tehdä muutoksia potilaan tarpeiden mukaisesti. Se avulla tietoa voidaan välittää suurelle ryhmälle ajasta ja paikasta riippumatta, kustannustehokkaasti. (Fox 2009, Samoocha ym. 2010.) Lisäksi sosiaalisen median mahdollisuudet tulisi entistä tehokkaammin hyödyntää kehitettäessä potilasohjausmenetelmiä. Ohjausmenetelmän valintaan vaikuttavat monet tekijät, kuten potilaan kyky omaksua asioita. Haasteena on kehittää ja toteuttaa yksilöllisiä ratkaisuja, joiden avulla potilas voi hallita tarvitsemaansa tietoa itselleen parhaalla mahdollisella tavalla.

Tuloksissa mielenkiintoinen ja tärkeä havainto oli se, että potilaiden yksilöllisen ohjaustarpeen arviointi, ohjauksellisten tavoitteiden asettaminen ja ohjauksen tuloksellisuuden arviointi oli heikentynyt tarkasteltuna ajanjaksona. Kehityssuunta on huo-

lestuttava ja vaatii kehittämistä. Onnistunut potilasohjaus edellyttää hoitotyöntekijän tavoitteellista toimintaa (Leino-Kilpi ym. 2005, Kääriäinen 2007). On tärkeää, että hoitotyöntekijät ottavat potilaan aktiivisesti mukaan ohjausprosessiinsa ja antavat hänelle mahdollisuuden kertoa käsityksensä ohjauksen tavoitteista ja tavoitteiden saavuttamista. Tavoitteellinen toiminta mahdollistaa potilaan oppimisen arvioinnin. Potilasohjaus on toimintaa, jonka avulla edistetään potilaan osallisuutta tavoitteena elämään vaikuttavien tekijöiden hallitseminen. Ohjaustilanteissa voitaisiin esimerkiksi antaa potilaille mahdollisuus lyhyeen palautetutkioon, jossa arvoitaisiin yhdessä potilaan oppimista, tiedollisten ja taidollisten taitojen kehittymistä. Lisäksi erityyppisiä kirjallisia tietotestejä (mm. Siekkinen & Leino-Kilpi 2012) voitaisiin hyödyntää nykyistä useammin potilaan oppimisen arvioinnissa. Tulevaisuudessa onkin kehitettävä klinistä hoitotyötä tukevia keinoja potilasohjauksen tuloksellisuuden arvioimiseen.

### *Luotettavuus*

Tutkimuksen luotettavuuskysymykset liittyvät erityisesti käytettyyn kyselylomakkeeseen, otokseen ja aineistonkeruutapaan. Tutkimuksessa käytetty kyselylomake on kehitetty potilaslähtöisen ohjauksen toteutumisen arviointiin asiantuntijapaneelissa hoitotieteellisen potilasohjauskirjallisuuden pohjalta ja validoitu kansallisissa tutkimuksissa (Johansson ym. 2002, 2003). Summamuuttujien ohjaustarpeen arviointi, tavoitteiden asettaminen, ohjausmenetelmät ja ohjauksen tuloksellisuuden arviointi sisäistä johdonmukaisuutta tarkastelevat Cronbachin alfa-arvot olivat välillä 0.48–0.82 vuoden 2010 aineistossa ja 0.51–0.79 vuoden 2001 aineistossa. Summamuuttujan ohjauksen sisältö alfa-arvot olivat välillä 0.69–0.84 vuoden 2010 aineistossa ja 0.87–0.73 vuoden 2001 aineistossa. Summamuuttujan hoitotyöntekijöiden potilasohjaustaidot alfa-arvo oli 0.84 vuoden 2010 aineistossa ja 0.86 vuoden 2001 aineistossa. Tulokset vastaavat aikaisemmissa tutkimuksissa saatuja arvoja (Johansson ym. 2002, 2003) ja osa



niistä osoittaa sisäisessä konsistenssia olevan vielä kehittämisen varaa (Burns & Grove 2009). Tutkimuksessa käytettyä lomaketta tuleekin edelleen kehittää ja testata.

Terveydenhuollossa potilaan rooli ja oikeudet ovat muuttuneet viimeisten vuosikymmenten aikana. Terveydenhuollon lukuisat muutokset, kuten sairaalahoitajaksojen lyhentymisen ja polikliinisen hoidon lisääntyminen on koskettanut erityisesti erikoissairaanhoidoa. Muutoksilla saattaa olla vaikutusta tämän tutkimuksen tuloksiin. Aineisto kerättiin yhden yliopistollisen keskussairaalan hoitotyöntekijöiltä vuosina 2001 ja 2010. Yhden yliopistollisen sairaalan otos antaa kuvaa ohjauksesta yliopistosairaalassa, mutta tämä tulee ottaa huomioon tuloksia yleistettäessä. Kuluneena tutkimusajankautana tehtiin aineistonkeruutavan muutos. Vuonna 2001 aineisto kerättiin lomakekyselyyn ja vuonna 2010 aineisto kerättiin sähköisellä lomakkeella. Sähköinen tiedonkeruu toteutettiin Webropol-palvelimen avulla, koska uskottiin, että tietokoneisiin tottuneille hoitotyöntekijöille sähköiseen lomakkeeseen vastaaminen oli luontevaa. Sähköiseen tiedonkeruuseen liittyy monia etuja, jotka helpottavat ja nopeuttavat tutkimuksen toteutusta (Ruskoaho ym. 2010). Vastausprosentti oli molempina vuosina varsin alhainen (25 % vuonna 2010 ja 37 % vuonna 2001), mikä on tavallista kyselytutkimuksille (Burns & Grove 2005). Tutkimus toteutettiin yliopistollisen sairaalan useilla toimialueilla, joten hoitotyöntekijöiden yhteistyömahdollisuudet ovat voineet vaihdella. Vastaaajien kiire työtehtävissä ja suoran kontaktin puuttuminen tutkijoihin ovat voineet myös vaikuttaa alhaiseen vastaamisprosenttiin. Vastausprosenttia olisi voitu yrittää nostaa pyytämällä yhdyshenkilöinä toimineita esimiehiä kannustamaan hoitotyöntekijöitä vastaamaan lomakekyselyyn tai lähettämällä toinen muistutus sähköisesti toteutetuissa kyselyissä. Aikaisemmissa tutkimuksissa on havaittu, että sähköisesti toteutetuissa kyselyissä vastausprosentti on ollut perinteistä lomakekyselyn huonompi, välillä 20 %–55 % (Dillman & Bowker 2001, Chizawsky 2011). Tässä tutkimuksessa on havaittavissa samansuunta-

nen kehitys. Lomakkeen pituus on saattanut heikentää sähköiseen lomakkeeseen vastaamista. Usein sähköistä lomaketta täytettäessä tietokonetta käytetään samaan aikaan muuhunkin ja keskeyttämisiä on saattanut tästä syystä tapahtua. Paperiseen lomakkeen täyttäminen on helpompi keskeyttää ja jatkaa myöhemmin. (Ruskoaho ym. 2010.) Katoanalyysia ei tässä tutkimuksessa tehty. Tutkimuksen tulokset näyttävät potilasohjauksen toteutumisessa ajassa tapahtuneen kehityksen suuntaa, mutta tulosten yleistettävyyteen tulee suhtautua varauksella.

## Johtopäätökset

Tutkimus tuotti uutta tietoa potilaslähtöisen ohjauksen toteutumisesta hoitotyöntekijöiden näkökulmasta sekä siinä tapahtuneista muutoksista viimeisen vuosikymmenen aikana. Myönteistä kehitystä tutkimusajankohtana oli havaittavissa hoitotyöntekijöiden ohjaustaitojen kehittymisen ja ohjauksen sisällön laajenemisen osalta. Tulokset antavat selkeitä kehittämiskohteita käytännön toiminnan edistämiseen. Ajallinen tarkastelu osoitti, että kehitys ohjauksellisten tavoitteiden asettamisen ja potilaan oppimisen arvioinnin suhteen oli negatiivista. Tutkimus osoitti tarpeen panostaa potilaan aktiiviseen osallistumiseen perustuviin ohjaustoimintojen kehittämiseen, jotta potilaan tiedollisiin tarpeisiin voitaisiin ohjauksella vastata. Lisäksi ohjausmenetelmiä tulisi tulevaisuudessa hyödyntää monipuolisemmin.

## Kiitokset

Artikkelissa on käytetty aineistoa kahdesta eri projektista. Ensimmäinen aineisto on koottu osana Potilasopetus Pontevasti Paremmaksi ja raportoitu vuonna 2001 (Johansson ym. 2001). Toinen aineisto on koottu osana Sosiaali- ja terveysministeriön rahoittamaa Vetovoimainen ja terveyttä edistävä terveydenhuolto (VeTe) -hanketta (Näyttöön perustuvan potilasohjauksen vahvistaminen (VeTePO) -hankeosio) vuon-

na 2010. Kiitämme Kaste ohjelmaa saamastamme rahoituksesta. Haluamme myös kiittää kumppankin projektiin osallistuneita yhteistyöstä.

## LÄHTEET

Balmer C. 2005. The information requirements of people with cancer: where to go after the patient information leaflet. *Cancer Nursing* 28 (1), 36–44.

Baraz S, Parvardeh S, Mohammadi E & Broumand B. 2010. Dietary and fluid compliance: an educational intervention for patients having haemodialysis. *Journal of Advanced Nursing* 66 (1), 60–68.

Bastable SB (Ed). 2006. Essentials of patient education. Sudbury: Jones and Bartlett Publishers.

Blay N & Donoghue J. 2006. Source and content of health information for patients undergoing laparoscopic cholecystectomy. *International Journal of Nursing Practice* 12 (2), 64–70.

Burns N & Grove S. 2009. The Practice of Nursing Research. Conduct, Critique and Utilization. 5th ed. WB. Saunders Company, Philadelphia.

Chizawsky LL, Estabrooks CA & Sales AE. 2011. The feasibility of Web-based surveys as a data collection tool: a process evaluation. *Applied Nursing Research* 24 (1), 37–44.

Desplenter FA, Simoens S & Laekman G. 2006. The impact of informing psychiatric patients about their medication: a systematic review. *Pharmacy World & Science* 28 (6), 329–341.

Dillman D & Bowker D. 2001. The Web Questionnaire challenge to Survey Methodologists. In Batinic B, Reips UD, Bosnjak M. (eds.) Dimensions of Internet Science. Pabst Science Publishers: Lengerich, 159–177.

Durbin C, Fish A & Bachman J. 2010. Systematic review of educational interventions for improving advance directive completion. *Journal of Nursing Scholarship* 42 (3), 234–241.

Dodson L, Bisnauth R & James N. 2008. Information is power. *Nursing Manage* 15 (4), 14–19.

Edwardson S. 2007. Patient education in heart failure. *Heart & Lung: Journal of Acute Critical Care* 36 (4), 244–252.

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

Euroopan komissio 2007. The Second Programme of Community Action in the Field of Health 2008–2013. [http://ec.europa.eu/health/programme/policy/2008-2013/index\\_en.htm/](http://ec.europa.eu/health/programme/policy/2008-2013/index_en.htm/) 28.8.2013.

Eurostat 2009. European Commission. <http://epp.eurostat.ec.europa.eu/portal/page/portal/eurostat/home/> 28.8.2013.

Falk-Rafael AR. 2001. Empowerment as a process of evolving consciousness: A model of empowered caring. *Advanced Nursing Science* 24 (1), 1–16.

## VASTUUALUEET

Tutkimuksen suunnittelu: SE, HLK, aineistonkeruu: SE, aineistonanalysointi: SE, JK, käsikirjoituksen kirjoittaminen: SE, HLK, käsikirjoituksen kommentointi: JK

Fernandez RS, Evans V, Griffiths RD & Mostacchi MS. 2006. Educational interventions for mental health consumers receiving psychotropic medication: A review of the evidence. *International Journal of Mental Health Nursing* 15 (1), 17–80.

Fredericks S, Ibrahim S & Puri R. 2009. Coronary Artery Bypass Graft Surgery Patient Education: A Systematic Review. *Progress in Cardiovascular Nursing* 24 (4), 162–168.

Fox M. 2009. A systematic review of the literature reporting on studies that examined the impact of interactive, computer-based patient education programs. *Patient Education and Counseling* 77 (1), 6–13.

Gilmartin J & Wright K. 2007. The nurse's role in day surgery: a literature review. *International Nursing Review* 54 (2), 183–190.

Hanssen T, Nordrehaug J & Hanestad B. 2005. A qualitative study of the information needs of acute myocardial infarction patients, and their preferences for follow-up contact after discharge. *European Journal of Cardiovascular Nursing* 4 (1), 37–44.

Heikkinen K, Salanterä S, Suomi R, Lindblom A & Leino-Kilpi H. 2011. Ambulatory Orthopaedic Surgery Patient Education and Cost of Care. *Orthopaedic Nursing* 30 (1), 20–28.

Johansson K, Leino-Kilpi H, Salanterä S, Lehtikunnas T, Ahonen P, Elomaa L & Salmela M. 2003. Need for change in patient education: A Finnish survey from the patient's perspective. *Patient Education and Counseling* 51 (3), 229–245.

Johansson K, Salanterä S, Katajisto J & Leino-Kilpi H. 2002. Patient education in orthopaedic nursing. *Journal of Orthopaedic Nursing* 6 (4), 220–226.

Johansson K, Lehtikunnas T, Leino-Kilpi H, Salanterä S, Ahonen P, Elomaa L, Iire L, Moisander M-L, Paltta H, Pietilä S & Pulkkinen M-L. 2001. Potilasopetus pontevasti paremmaksi – Potilasopetusta kehittävän hankkeen lähtökohdat ja perustietoa kartoitusvaiheen tuloksista. VSSHP, Hoitotyön julkaisusarja A34.

Kruzik N. 2009. Benefits of preoperative education for adult elective surgery patients. *Association of Perioperative Registered Nurses Journal* 90 (3), 381–387.

Kääriäinen M. 2007. Potilasohjauksen laatu: hypoteettisen mallin kehittäminen. Doctoral thesis. Acta Universitatis Ouluensis, Medica, D 937.

Kääriäinen M & Kyngäs H. 2005. Käsiteanalyysi ohjaus-käsitteestä hoitotieteessä. *Hoitotiede* 17 (5), 251–258.

- Laki potilaan asemasta ja oikeudesta. 17.8.1992. (1992/785). Finlex.
- Lamiani G & Furey A. 2008. Teaching nurses how to teach: an evaluation of a workshop on patient education. *Patient Education and Counseling* 75 (2), 270–273.
- Leino-Kilpi H, Heikkinen K, Hiltunen A, Johansson K, Kaljonen A, Virtanen H & Salanterä S. 2009. Preference for information and behavioural control among adult ambulatory surgical patients. *Applied Nursing Research* 22 (2), 101–106.
- Leino-Kilpi H, Johansson K, Heikkinen K, Kaljonen H, Virtanen H & Salanterä S. 2005. Patient Education and Health-related Quality of Life. Surgical Hospital Patients as a Case in Point. *Journal of Nursing Care Quality* 20 (4), 307–316.
- Leino-Kilpi H, Luoto E & Katajisto J. 1998. Elements of empowerment and MS patients. *Journal of Neuroscience Nursing* 30 (2), 116–123.
- Loiselle CG & Dubois S. 2009. The impact of a multimedia informational intervention on healthcare service use among women and men newly diagnosed with cancer. *Cancer Nursing* 32 (1), 37–44.
- Lunnela J. 2011. Glaukoomapotilaan hoitoon sitoutumisen edistäminen tehostetun ohjauksen ja sosiaalisen tuen avulla. Väitöskirja. Acta Universitatis Ouluensis, D Medica 1096.
- Maneesakorn S, Robson D, Gournay K & Gray R. 2007. An RCT of adherence therapy for people with schizophrenia in Chiang Mai, Thailand. *Journal of Clinical Nursing* 16 (7), 1302–1312.
- Merle V, Marini H, Rongère J, Tvolacci MP, Scotté M & Czernichow P. 2011. Does an information leaflet about surgical site infection (SSI) improve recollection of information and satisfaction of patients? A randomized trial in patients scheduled for digestive surgery. *World Journal of Surgery* 35 (6), 1202–1211.
- OECD Report: Health at a Glance Europe 2010. [http://ec.europa.eu/health/reports/european/health\\_glance\\_2010\\_en.htm/](http://ec.europa.eu/health/reports/european/health_glance_2010_en.htm/) 28.8.2013.
- Pieper B, Sieggreen M, Freeland B, Kulwicki P, Fratrotoli M, Sidor D, Palleschi MT, Burns J, Bednarski D & Garretson B. 2006. Discharge Information Needs of Patients After Surgery. *Wound, Ostomy and Continence Nursing* 33 (3), 281–291.
- Rankinen S, Salanterä S, Heikkinen K, Johansson K, Kaljonen A, Virtanen H & Leino-Kilpi H. 2007. Expectations and received knowledge by surgical patients. *International Journal of Quality Health Care* 19 (2), 113–119.
- Redman B. 2007. *The Practice of Patient Education: A Case Study Approach*. Elsevier Health Sciences.
- Ruskoaho J, Vänskä J, Heikkilä T, Hyppölä H, Halila H, Kujala S, Virjo I & Mattila K. 2010. Postitse vai sähköisesti? Näkemyksiä tiedonkeruumenetelmän valintaan Lääkäri 2008 -tutkimuksen pohjalta. *Sosiaalilääketieteellinen aikakauslehti* 47 (4), 279–285.
- Rutten LJJ, Arora NK, Bakos AD, Aziz N & Rowland J. 2005. Information needs and sources of information among cancer patients: a systematic review of research (1980–2003). *Patient Education and Counseling* 57 (3), 250–261.
- Ryhänen A. 2012. Internet-based breast cancer patient's pathway as an empowering patient educational tool. Doctoral thesis. Annales Universitatis Turkuensis D 1045.
- Samoocha D, Bruinvels DJ, Elbers NA, Anema JR & van der Beek A. 2010. Effectiveness of web-based interventions of patient empowerment: a systematic review and meta-analysis. *Journal of Medical Internet Research* 12 (2), e23.
- Siekkinen M & Leino-Kilpi H. 2012. Developing a Patient Education Method – The e-Knowledge Test with Feedback. *Studies in Health Technology and Informatics* 180, 1096–1098.
- Siekkinen M, Salanterä S, Rankinen S, Pyrhönen S & Leino-Kilpi H. 2008. Internet knowledge expectations by radiotherapy patients. *Cancer Nursing* 31 (6), 491–498.
- Suhonen R & Leino-Kilpi H. 2006. Adult surgical patients and the information provided to them by nurses: a literature review. *Patient Education and Counseling* 61 (1), 5–15.
- Templeton H & Coates V. 2003. Informational needs of men with prostate cancer on hormonal manipulation therapy. *Patient Education and Counseling* 49 (3), 243–256.
- Terveys 2015 – Kansanterveysohjelma. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2001:4.
- Trisolini M, Zerhusen E, Bandel K & Frederick P. 2006. Evaluation of the Dialysis Facility Compare website tool on Medicare.gov. *Dialysis & Transplantation* 35 (4), 196–214.
- WHO. 2010. Global recommendations on physical activity for health. [www.who.int/entity/dietphysicalactivity/publications/9789241599979/en/](http://www.who.int/entity/dietphysicalactivity/publications/9789241599979/en/) 28.8.2013

*Sini Eloranta, sh, TtT, suunnittelija, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, Hoitotyön toimisto, PL 52, 20521 Turku, sini.eloranta@tyks.fi*

*Jouko Katajisto, VTM, lehtori, Turun yliopisto, Tilastotieteen laitos, 20014 Turun yliopisto, jouko.katajisto@utu.fi*

*Helena Leino-Kilpi, esh, THT, professori, ylihoitaja (sivutoiminen), Turun yliopisto, Hoitotieteen laitos, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, 20014 Turun yliopisto, helena.leino-kilpi@utu.fi*