



**TURUN AMMATTIKORKEAKOULU  
ÅBO YRKESHÖGSKOLA**

**Opinnäytetyö**

**POTILAIKEN JA OMAISTEN KOKEMUKSIA  
SAIRAALAOPASTEIDEN TOIMIVUUDESTA**

**Petra Hossi ja Jenni Jänkälä**

**Hoitotyön koulutusohjelma**

**2008**

Hoitotyön koulutusohjelma	
Hossi Petra & Jänkälä Jenni	
Potilaiden ja omaisten kokemukset sairaalaopasteiden toimivuudesta	
Sairaanhoidtaja (AMK)	Nurmela Tiina Tuomaala Ulla
Maaliskuu 2008	Sivumäärä 54+10
<p>Tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää potilaiden ja omaisten kokemuksia erään sairaalan kirurgian poliklinikalle johtavien opasteiden toimivuudesta. Tutkimukseen osallistuneilta kyseltiin mielipiteitä sairaalan sisällä olevien opasteiden toimivuudesta ja tunteista, joita sairaalassa liikkuminen herätti. Tutkimuksella haettiin käyttäjälähtöistä näkökulmaa sairaalaopastuksen kehittämiseen.</p> <p>Tutkimusaineiston keruumenetelmänä käytettiin teoreettisen viitekehyksen pohjalta itse laadittua kyselylomaketta. Kyselylomake koostui neljästä osiosta, joita olivat vastaajien taustamuuttujat, liikkuminen sairaalaympäristössä, sairaalaopasteiden toimivuus ja kokemukset sairaalaympäristössä liikkuaessa.</p> <p>Tutkijat olivat itse jakamassa kyselylomakkeita sadalle kirurgian poliklinikan asiakkaalle. Tutkimuksen vastausprosentiksi saatiin 95 %. Tutkimusaineiston avoimet kysymykset analysoitiin sisällönanalyysimenetelmällä ja monivalintakysymykset saatettiin tilastollisesti käsiteltävään muotoon SPSS 15.0 for Windows -ohjelmalla.</p> <p>Kirurgian poliklinikalle löytäminen koettiin helpoksi, riippumatta monettako kertaa asiakas oli käymässä poliklinikalla tai sairaalarakennuksessa. Suurin osa oli saanut tulo-ohjeita etukäteen. Puolet asiakkaista, etenkin iäkkäät, oli kysynyt neuvoa löytääkseen perille kirurgian poliklinikalle. Neuvoa oli kysytty lähinnä neuvonnasta.</p> <p>Sairaalaopasteet koettiin toimiviksi ja niitä oli asiakkaiden mielestä riittävästi. Opasteiden tekstikoko koettiin riittävän suureksi. Opasteiden huonoja puolia olivat vaikeasti havaittavat värit, liian vähäinen valaistus ja huono sijoittelu. Suurin osa kehittämis ehdotuksista koski opasteiden väriä. Asiakkaat halusivat värejä kirkkaammiksi, voimakkaammaksi ja selkeämmiksi. Kehittämis ehdotuksena annettiin myös uusia opastusmenetelmiä, kuten värikoodeja opastekyltteihin tai lattiamerkeiksi. Asiakkaat kokivat, että opastuksella voidaan vaikuttaa turvallisuuden tunteen luomiseen sairaalaympäristössä. Sairaalassa liikkuaessa asiakkailla heräsi eniten positiivisia tunteita; varmuutta, turvallisuutta ja toivoa.</p> <p>Tutkimuksemme voisi toimia hyvänä pohjana jatkotutkimuksille, koska aihealuetta on entuudestaan vähän tutkittu ja aihe on hyvin ajankohtainen. Jatkotutkimuksia voitaisiin toteuttaa esimerkiksi havaintotutkimusmenetelmällä, jossa seurataan asiakkaan liikkumista sairaalaympäristössä. Otos voitaisiin rajata vain ensimmäistä kertaa sairaalaan tuleviin asiakkaisiin tai kohteena voisi olla erityiskäyttäjryhmät, kuten liikuntarajoitteiset, näkö- tai kuulovammaiset.</p>	
Hakusanat: sairaalaympäristö, opasteet, asiakas, kokeminen	
Säilytyspaikka: Turun ammattikorkeakoulun kirjasto	

Degree Programme in Nursing	
Hossi Petra & Jänkälä Jenni	
Functioning of the hospital signs from the clients perspective	
Nurse	Nurmela Tiina Tuomaala Ulla
March 2008	Pages 54+10
<p>The purpose of this study was to investigate functioning of the hospital signs from clients' perspective. In the study clients' opinions about the functioning of the hospital signs, which lead the way to the surgery polyclinic were asked. In the hospital environment feelings of the clients were also tested. The aim of this study was to introduce a user-oriented approach for development of the hospital guidance.</p> <p>In order to gather the data a questionnaire were designed, which is based on a theoretical framework. The questionnaire consisted from 21 questions divided into four different parts: background variables of respondents, moving in the hospital environment, functioning of the hospital sings and experiences while moving in the hospital environment.</p> <p>One hundred questionnaires were distributed by researchers in the surgery polyclinic. The response rate of the questionnaire was 95%. The data were statistically analyzed with the SPSS 15.0 for Windows –software not including the open-end questions, which were analyzed separately.</p> <p>The results showed that the clients found their way easily to the surgical clinic in spite of how many times they had visited the hospital. Most of the clients had gotten instructions how to get to the surgical clinic. Despite of this half of the clients, especially the elderly people asked instructions from the information office.</p> <p>The survey results showed that the clients experienced the sings functional. The clients also felt that the font of the sings was big enough and there was enough of sings in the hospital. Some of the clients mentioned that the sings' colors were not functional, there was not enough lighting and the sings were not in the right location. A few of the clients wanted the sings to be more colorful. In the hospital the clients felt mostly positive emotions like confidence, safety and hope.</p> <p>This study could be a good start for the other studies, because the topic area is not widely researched but the subject is very current. The new target group could include only the clients who visit this hospital for the first time or the clients who has some special needs for example the hearing-impaired, visually impaired and people who has some physical disability.</p>	
Keywords: hospital environment, client, signs, experience	
Deposit at: Library of Turku University of Applied Sciences	

# SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	6
2	SAIRAALAYMPÄRISTÖ	7
2.1	Fyysinen sairaalaympäristö	8
2.2	Reviirikäyttäytyminen	10
2.3	Tilassa liikkuminen	11
3	ASIAKKAAN KOKEMUSMAAILMA	12
3.2	Turvallisuus	13
3.3	Elämänhallinta	14
3.4	Stressin hallinta	15
3.5	Sairauden kokeminen	17
4	OPASTEET	18
4.1	Havaittavuus ja hahmotettavuus	21
4.2	Valoisuus ja valaistus	22
5	TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT	24
6	TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS	25
6.1	Tutkimusmenetelmät	25
6.2	Kyselylomakkeen laatiminen	26
6.3	Kohderyhmä	27
6.4	Aineistonkeruu	27
6.5	Aineiston analyysi	27
7	TULOKSET	28
7.1	Vastaajajoukon kuvaus	28
7.2	Liikkuminen sairaalaympäristössä	29
7.3	Sairaalaopasteiden toimivuus	32
7.4	Kokemukset sairaalaympäristössä liikkuesssa	37

8 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS	39
9 TUTKIMUKSEN EETTISYYS	41
10 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA	42
10.1 Asiakkaiden kokemukset sairaalaympäristössä liikkumisesta	44
10.2 Asiakkaiden kokemukset sairaalaopasteiden toimivuudesta	47
10.3 Asiakkailla heränneet tunteet sairaalassa liikkeessä	48

## LÄHTEET

## LIITEET

LIITE 1: Lupahakemus

LIITE 2: Saatekirje ja kyselylomake

LIITE 3: Pohjapiirrustukset

## 1 JOHDANTO

Opinnäytetyö tehdään yhteistyöprojektissa muun muassa STAKE:sin (Sosiaali- ja terveysalan tutkimus- ja kehittämiskeskus), VTT:n (Valtion teknillinen tutkimuskeskus), Finpro:n, Turun yliopistollisen keskussairaalan ja Turun ammattikorkeakoulun kanssa. HospiTool käyttäjälähtöinen sairaalatila -projektin tavoitteena on tuoda käyttäjien näkemyksiä hyödyntävä vuorovaikutteinen lähestymistapa sairaalatilojen suunnitteluun, rakentamiseen ja korjaukseen ja luoda näin kehittämisalusta toimintaympäristön uusille innovaatioille – niin toiminnallisille kuin fyysisillekin (HospiTool 2007). Osa projektia on opinnäytetyömme, joka tutkii kirurgian poliklinikan asiakkaiden kokemuksia opasteiden toimivuudesta erään sairaalan rakennuksessa. Opinnäytetyö on myös osa ortopedisten potilaiden hoidon kehittämishanketta (ORTOP). Tekonivelleikkauspotilaiden hoidon kehittämishankkeessa ovat mukana Turun AMK:n terveysala, Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri, TYKS:n kirurginen sairaala, ortopedian ja traumatologian klinikka ja Turun terveystoimi. Hankkeen päätavoitteena on kehittää turkulaisten tekonivelpotilaiden hoitoa muun muassa takaamalla hoidon turvallisuus ja jatkuvuus, sekä lisäämällä kaupunkilaisten hyvinvointia. (Lind 2007, 6-7; Nurmela (toim.) 2007, 8.)

Tutkimusaiheen valintaan vaikutti hoitohenkilökunnan kokemukset siitä, että he joutuvat usein neuvomaan eksyksissä olevia asiakkaita. Yleisesti ottaen vieraassa julkisessa ympäristössä kulkeminen on vaikeaa, jos opastus ei ole toimiva. Opasteiden tuoman turvallisuuden merkityksen huomaa usein vasta kun opasteet eivät ole toimivia, jolloin turvallisuuden tunteen menettää. Sairaalaympäristö voi olla potilaalle muutenkin vieras, pelottava ja outo, jolloin huono opastus lisää epämiellyttäviä tunteita.

Tutkimuksessa käsitellään vain sairaalarakennuksen sisällä olevia opasteita. Opasteiden toimivuutta tutkitaan asiakkaan kokemusmaailman pohjalta. Sairaalaympäristö koetaan usein vieraaksi, jolloin asiakas voi tuntea turvattomuutta, mikä vaikuttaa perille löytämiseen. Hyvällä opastuksella voidaan luoda turvallisuutta ja selkeyttä, mikä helpottaa vieraassa ympäristössä liikkumista. Tutkimuksella halutaan selvittää

toimivatko opasteet sairaalassa ja miten opastus vaikuttaa yksilön tuntemuksiin. Tutkimme myös miten opasteita voitaisiin asiakkaiden mielestä kehittää. Työhön on valokuvattu joitakin sairaalan opasteita havainnollistamaan tutkimusraporttia lukeville opasteiden ulkonäköä, sijoittelua ja niihin käytettyä valaistusta.

Tutkimuksen tarkoituksena ei ole luoda malliopastetta. Koska sairaalaympäristön ja yleensäkin julkisten sisätilojen opastusta ei ole aikaisemmin juurikaan tutkittu, tämä tutkimus voisi toimia hyvänä pohjana muille tutkimuksille. Toivotaan, että tutkimustuloksista voitaisiin hyötyä suunniteltaessa opastusta sairaalataloihin ja mahdollisesti muihin julkisiin tiloihin.

## 2 SAIRAALAYMPÄRISTÖ

Ympäristön voidaan ajatella koostuvan fyysisistä, sosiaalisista ja symbolisista tekijöistä, jotka vaihtelevat avaruudellisen etäisyyden ja ajan suhteen (Kim 1983, 79-80). Näistä tekijöistä rakentuu ihmismielissä omanlainen abstraktio. Jokainen kokee ympäristön symbolisesti, jotta voisi viestiä tunteitaan, arvostuksia ja kokemuksiaan. Myös yksilön normit, yhteiskunnallinen viiteryhmä, elämäntapa, ennakkokäsitykset ja mieltymykset heijastuvat ympäristön kokemiseen. Yksilöllisten seikkojen lisäksi fyysisellä ja sosiaalisella ympäristöllä vaikutetaan terveyteen. (Onkalo 2001, 19-20.) Jo Florence Nightingale (1960, 11) oivalsi, että sairaalalla ympäristönä on valtava merkitys ihmisen hyvinvoinnille, terveydelle ja parantumiselle.

Ympäristö on hyvin oleellinen osa ihmisen elämää. Oikeastaan ihmistä ei voida ajatella ilman ympäristöä. Tutkijat jakavat ympäristön yksilön ulkopuolella olevaksi kokonaisuudeksi ja ihmisen sisäiseksi ympäristöksi. Yksilön ulkopuolella olevaa ympäristöä voidaan edelleen tarkastella laajemmin holistisesti tai partikulaarisesti keskittyen pienempiin osiin. Ympäristö merkitsee toisille ihmisille enemmän ja toisille vähemmän. Samalla tavalla ympäristön vaikutuksella yksilöön on eroja. Ihminen voi itse vaikuttaa omaan ympäristöönsä terveyttä edistävällä tavalla. (Salanterä 1997, 22.)

Kimin mukaan ympäristö on kolmiulotteinen, jonka ulottuvuudet ovat avaruudellinen (spatial), ajallinen (temporal) ja laadullinen (qualitative). Avaruudellisesta näkökulmasta tarkasteltuna osa ympäristöstä on lähellä ja osa kaukana yksilöstä. Hän on havainnollistanut ajatustaan kuvaamalla yksilöä keskipisteenä, jonka ympärillä on erikokoisia ympyröitä. Jotkin elementit ovat lähellä yksilöä ja niillä on suora vaikutus yksilöön, kun toiset elementit ovat hyvin kaukana ja niiden vaikutus yksilöön ei ole suoraviivaista. (Kim 1983, 79,81,83.)

Ajallinen ympäristö liittyy olemisen keston ja tapaan. Olemisen kestoja ilmaisevat ihmisen ympäristöt, jotka ovat ajallisesti olemassa jatkuvasti, jaksottaisesti tai ohikiitävästi. Olemisen tapa eli ympäristön asioiden ilmeneminen voi olla säännöllistä tai epäsäännöllistä. Ympäristön elementillä, joka on olemassa aina, on enemmän merkitystä yksilön kannalta, kuin elementillä joka on olemassa vain toisinaan. Tähän vaikuttaa tietenkin ilmiöiden laatu. (Kim 1983, 81-83.)

Kolmas ympäristön ulottuvuus, laadullinen ympäristö, voidaan jaotella fyysiseen (physical), sosiaaliseen (social) ja symboliseen (symbolic) ympäristöön. Tämä määritelmä sisältää niin sosiaalisen vuorovaikutuksen kuin inhimillisen elämän muutkin tilanteet, joille on ominaista yksilön havainnot ympäristöstä aistiensa avulla. Yksilö arvioi jatkuvasti omilla tunteillaan ja älyllään ympäristön merkitystä. Aistihavainnot luovat perustan kokemuksille, kun tunteet ja äly antavat merkityksen näille havainnoille. Aina yksilö ei havaitse kaikkea ja näin ei myöskään anna niille merkitystä. Kuitenkin tällaisilla ympäristöillä voi olla vaikutusta yksilöön. (Kim 1983, 82-83.)

## 2.1 Fyysinen sairaalaympäristö

Yleisesti fyysinen ympäristö koostuu elävistä (kasvit, eläimet, ihmiset) ja elottomista (maa, vesi, ilma) elementeistä. Sosiaaliseen ympäristöön kuuluvat ihmiset, joiden kanssa yksilö on vuorovaikutuksessa ja kommunikoi. Symboliseen ympäristöön kuuluvat 1)ideaaliset elementit; ideat, arvot, uskomukset ja tieto, 2)normatiiviset elementit; säännöt, lait, odotukset ja pakotteet ja 3)institutionaaliset elementit; roolit, organisaatiot, yhteisö ja kulttuuri. Nämä ilmiöt vaikuttavat yksilön toimintaan ja



elämään yleensä, vaikka ne eivät ole fyysisiä vaan ne ovat vain ajatuksissa. Symbolinen ympäristö sisältää historian, jolla on ollut vaikutusta yksilön elämään. (Kim 1983, 87, 89, 92-93.)

Fyysisen ympäristön voi luokitella monin tavoin. Hippokrates on luokitellut fyysisen ympäristön osa-aluein: vesi, ilma ja paikka. Paikka voidaan ajatella maantieteellisesti määriteltynä tai kaikenkattavana avaruudellisena alueena. (Hovi 1990, 17.) Kimin mukaan fyysisen ympäristön pääkäsite on ekosysteemi. Ekosysteemi on vuorovaikutusta ihmisryhmien ja ympäristön kemiallisten ja fyysisten osien välillä. Ekosysteemissä eri osien välillä ja sisällä tapahtuu energian vaihtoa, mikä on perustana ympäristössä tapahtuvalle muutokselle. Kimin mukaan siis ympäristön osien välinen energianvaihto on vuorovaikutuksen peruselementti. (Kim 1983, 86.)

Fyysisellä ympäristöllä on toiminnallinen, yksilöllinen ja sosiaalinen merkitys. Toiminnallisella ympäristöllä tarkoitetaan tilan riittävyttä ja asianmukaista mitoitus. Ympäristön yksilöllisyys on ”minän” ylläpitämisen keino, toisin sanoen aineellinen ympäristö on osa ihmisen psyykkistä itsesäätelyä. Esimerkiksi oma reviiiri ja sen merkitseminen, personalisointi, osoittaa kuinka ihminen muodostaa ympäristöstä ”minäänsä” tukevan pilarin. Fyysisen ympäristön sosiaalisella merkityksellä tarkoitetaan hoitoideologian ja hoidon tavoitteiden asettamia tavoitteita tilojen mitoitukselle, jäsentämiselle ja kalusteille. (Hovi 1990, 18-19.) Sairaalaympäristön ei tulisi olla asiakkaan kannalta rajoittava tai tuottaa odottamattomia vaikeuksia. Ympäristö ja asiakas muodostavat systeemin, jonka osien välillä tapahtuu energian ja informaation vaihtoa. Ympäristö voi rajoittaa asiakkaan vapautta liikkua ja ympäristössä voi olla elementtejä, joita asiakas pyrkii kontrolloimaan. (Kim 1983, 89.)

Ympäristön hahmottamista helpottavat ympäristön selkeys, huolellinen suunnittelu ja johdonmukainen toteutus. Kulkuväylien merkkien, opasteiden ja istutusten, sekä erilaisten rakennelmien sijoittamisessa tulee huomioida, ettei vaaratilanteita pääse syntymään. Turvallisuuteen liittyy sairaalan rakennusosien, kalusteiden ja varusteiden valinta niin että ne ovat kestäviä, terveellisiä ja täyttävät palo- ja käyttöturvallisuutta koskevat määräykset. Rakennusosissa tai rakenteissa ei saa olla teräviä särmiä tai

ulkonemia. Ovien ja ikkunoiden avautumisella ja sulkeutumisella voidaan vaikuttaa turvallisuuteen. Sairaalan käytävien kulkuväylät tulee mitoittaa huomioiden myös liikkumis- ja toimintaesteiset. Kulkuväylien on oltava riittävän kovia, tasaisia ja märkänäkin luistamattomia. (Rakennustietosäätiö 1998, 9.)

## 2.2 Reviirikäyttäytyminen

Ihminen toimii tila-aika-ympäristössä. Sairaalassa kulkiessa potilas ja omainen joutuvat hallitsemaan vierasta, julkista tilaa omalla tavallaan. Tähän liittyy reviirikäyttäytyminen, oman turvallisen reviirinsä sisällä ihminen tuntee olonsa turvalliseksi, vapaammaksi ja kykenevämmäksi hallitsemaan tapahtumia. Kun asiakas tulee ensimmäisiä kertoja vieraaseen ympäristöön, tulee hänen käsitellä reviiriin liittyvät asiat ylläpitääkseen tasapainon. Reviirikäyttäytymisellä ihminen tyydyttää yksityisyyden, turvallisuuden, itsenäisyyden ja identiteetin tarpeitaan. Ihminen pyrkii tyydyttämään nämä tarpeet, jotta ”minäsystemi” toimisi tasapainoisesti. Kun opimme ymmärtämään oman alueen ja tilan eli reviirin käsitettä, alamme hahmottaa yhtä ihmisen ja tilan välisen suhteen osatekijää. Erilaisia reviirityyppejä ovat psyykinen reviiri, keho, julkinen reviiri ja koti. Psyykkisellä eli ihmisen sisäisellä reviirillä tarkoitetaan kehon ja mielen muodostamaa eheää kokonaisuutta, kokemusta omasta itsestään. Psyykkiseen reviiriin sisältyy tieto omasta minuudesta ja sen toiminnasta, johon vaikuttavat muistot, arvot, uskomukset, asenteet, sosiaalinen asema ja tieto ulkoisesta ympäristöstä. Kaikki nämä heijastuvat fyysisen ympäristön tarkkaavaisuuteen ja havainnointiin. (Oland 1990, 119, 125, 130; Schartz-Barcott 1999, 15-17.)

Fyysisessä tilassa liikkussa ihminen muokkaa toimintaansa sen ehtoihin. Ristiriitatilanteita syntyy kun ympäristö ei pysty vastaamaan muuttuviin tarpeisiin, jolloin liikkuminen on rajoitettua ja ihmisen vapaus vähenee. Sairaalaympäristö saatetaan mieltää staattisena ja vaikeasi muunneltavana asiana. Sairas ihminen saattaa tuntea huonon ympäristön vieläkin vaikeampana ja huonompana. Stressitilanteessa voi käydä samoin fyysisen ympäristön merkityksen korostuessa. Henkistä hyvinvointia tukeva ympäristö sisältää vastakohtia, on toiminnallinen, esteettinen ja turvallinen, sekä

antaa mahdollisuuksia sosiaaliseen vuorovaikutukseen. (Schartz-Barcott 1999, 15; Onkalo 2001, 19-20.)

### 2.3 Tilassa liikkuminen

Ihmisillä on vahvoja todennäköisyyteen perustuvia ennakkokäsityksiä uusista ympäristöistä. Näillä odotuksilla on vaikutusta siihen, mitkä ympäristön vihjeärsykkeistä valikoidaan havaittaviksi ja arvioitaviksi. Ihminen kykenee valikoimaan ne vihjeärsykkeet, jotka luultavammin antavat todenmukaista tietoa eri kohteiden ja ympäristön luonteesta, kuten tilasuhteista, sijainnista, väreistä ja etäisyyksistä. (Yura & Walsh 1988, 130-131.)

Parhaimmillaan sisääntulo, eteinen, portaikot ja aulatila, sekä käytävät muodostavat yksilölle yhtenäisen kokemuksen hänen liikkuaan tilasta toiseen. Peräkkäisten tilojen jaksot voidaan tehdä kiinnostavaksi esimerkiksi antamalla liikkujalle tietoja tulevasta (muun muassa opasteilla), luomalla rytmiä liikkumisjaksojen sisälle, avaamalla reitin varrelta näkymiä ja hidastamalla yksilön kulkua staattisemmilla tiloilla. Voidaan sanoa että ihminen hahmottaa ja kokee ympäristöään liikkuaan eripituisissa, lomittaisissa ja peräkkäisissä episodeissa. Jokaiseen episodiin sisältyy muistikuvia aikaisemmin koetusta, kokemusta nykyisyydestä ja odotuksia tulevasta. (Aura, Horelli & Korpela 1997, 116-117.) Vieraassa ympäristössä liikkuaan risteyskohdat ovat asiakkaan kannalta ratkaisevampia kuin käytävät. Avoin etsiminen ilman päämäärää on tärkeä tekijä, joka vaikuttaa ympäristön tutuksi tulemiseen ja kognitiivisen kartan luomiseen, jolloin ihminen pystyy oppimaan uudesta ympäristöstään. (Haq & Zimring 2003.)

Jaksottuminen on osa selkeää ja hyvää liikkumisreittiä. Sairaalan tilat tulisi jäsentää sopiviin, suuntautumista helpottaviin ja liikettä rytmittäviin osiin. Merkkien ryhmittäminen reitin varrella ja läpikuljettavien alueiden näkymät antavat kulkijalle mittapuita matkan etenemistä. Nämä ominaisuudet helpottavat yksilön liikkumista ympäristössä. Liikkumisesta voidaan erottaa mekaaninen liikkuminen eli sujuva siirtyminen paikasta toiseen ja kokemuksellinen liikkuminen eli se mitä liikkujan mielessä tapahtuu liikkeen kuluessa. (Aura ym. 1997, 113,115; Haq & Zimring 2003.)

”Olennaiseksi muodostuu läpi kuljettavien tilojen luonne, niiden tilallinen

kiinnostavuus, eteenpäin johdattelevuus, liikkeen etenemisrytmi ja ajalliset kestot ” (Aura ym. 1997, 115).

### 3 ASIAKKAAN KOKEMUSMAAILMA

#### 3.1 Ympäristön tunneperäinen arviointi

Yksilön omat tavoitteet ja tunnetilat vaikuttavat ympäristön arviointiin. Yksilöllä on fyysis-sosiaalisesta ympäristöstä odotuksia ja jonkinlainen toimintasuunnitelma, mikä mahdollistaa tavoitteiden toteutumisen (esimerkiksi sairaalassa tietylle osastolle löytäminen). Mutta jos ympäristö ei olekaan yksilön odotusten mukainen tai siinä on tapahtunut odottamattomia muutoksia, tilanne saattaa synnyttää monenlaisia tunteita ja pakottaa yksilön arvioimaan tilanteen uudelleen. Tunneperäinen arviointi voi olla erityisen voimakas jos tuttu ympäristö ei vastaakaan odotuksia tai ympäristö koetaan ensimmäistä kertaa. Prosessi voidaan esittää nelivaiheisena. Aluksi yksilön vireystila (arousal) nousee. Tästä seuraa tarkkaavaisuuden (attention) suuntaus tilanteen eri puoliin ja arviointiin nopeasti ja tunteenomaisesti, onko tilanne hänen omalta kannaltaan myönteinen vai kielteinen (reward/aversion). Samanaikaisesti yksilö pyrkii säilyttämään tilanteenhallinnan (coping) vireystilaa ja stressiä liikaa nostamatta. Tilanteen hallinta voidaan saavuttaa esimerkiksi muuttamalla omia tavoitteita tai tulkintoja. Ympäristöä arvioidaan usein adjektiiveilla, kuten epämiellyttävä, epämiellyttävä, innostava tai rauhoittava. Nämä tunneperäiset arviot voidaan jakaa kahteen pääulottuvuuteen; toisaalta vireystilaa nostavaksi tai laskevaksi (arousal/sleepiness) tai tältä kannalta neutraaliksi, toisaalta epämiellyttäväksi tai miellyttäväksi (pleasure/unpleasure). Yksilön toiminta ja mieliala, sekä ympäristön fyysis-sosiaaliset piirteet vaikuttavat yksilön kaikkiin arviointeihin. (Aura ym. 1997, 124-126.)

Kokemus on hetkellisiä elämyksiä, jotka jäävät mieleen ja ovat merkityksellisiä. Kokemus on sitä mitä havaitsemme ja tunnemme, sekä jotakin miellyttävää tai epämiellyttävää. Kokemukset voivat muuttaa kokijan identiteettiä, joskus ne vahvistavat

ja joskus taas horjuttavat. (Kotkavirta 2002, 15-16.) Kokemuksiin liittyvät läheisesti tunteet eli emootiot, ne saavat ajattelemaan, haluamaan ja toimimaan. Tunteiden kokeminen on sidoksissa myös ihmisen ikään (Ross & Mirowsky 2008). Vaikka tunteiden ajatellaan olevan mentaalisia kokemuksia, ne liittyvät myös ruumiillisiin tapahtumiin. Tunteet heräävät aistien kautta. Havainnot vaikuttavat tunteisiin ja toisaalta tunteet vaikuttavat havaitsemiseen. Ja siten ihminen toimii tunteidensa ja ajatuksiensa vaatimalla tavalla. (Pietarinen 2002, 236-237.) Tunteiden kokeminen on sidoksissa myös ihmisen ikään.

### 3.2 Turvallisuus

Käsitteenä turvallisuus voidaan ymmärtää monin eritavoin. Riippuu näkökulmasta ja määritelmästä mitä turvallisuus on. Professori Risto Eräsaari (2002, 22) määrittelee turvallisuuden turvattomuuden vastakäsitteenä. Hänen mielestään kattavaa turvallisuutta on vaikea saavuttaa, koska ei voida tietää kuinka turvaton olisi riittävän turvallista. Yleisesti turvallisuuden voi ajatella olevan ”jotakin hyvää” kuten tunne turvallisuudesta tai eloonjäämisestä ja hyvinvointia uhkaavien uhkien poissaoloa, ja sitä kautta mahdollisuutta ”elää hyvin”. (Ranta-Tyrkkö & Ropo (toim.) 2003, 21.)

Turvallisuuden ja turvattomuuden käsitteillä voidaan tarkoittaa sekä ulkoista että koettua tilaa tai näiden kahden välistä suhdetta (Niemelä ym. 1997, 13). Turvattomuuden kokemus on yksilötasolla psykologinen, mikä ilmenee pelkoina, psykosomaattisena oirehdintana ja huolestuneisuutena. Psykologian monissa suuntauksissa turvallisuus on tunnistettu ihmisen inhimilliseksi peruspyrkimykseksi, joka ei voi toteutua kaikissa olosuhteissa, jolloin puhutaan turvattomuudesta. Turvallisuus voidaan siis ajatella tarpeena, jonka tyydytys on osa ihmisen hyvinvointia. Turvallisuuden tarve ilmenee ihmisen suojautumisena ja puolustautumisen tarpeena ulkoisia vaaroja kohtaan, jatkuvuuden ja järjestyksen tarpeena, sekä pyrkimyksenä sisäiseen, henkiseen tasapainoon. (Niemelä ym. 1997, 22; Niemelä & Lahikainen (toim.) 2000, 21-22.)

Yleisellä tasolla määriteltynä turvallisuus on hyvien ja tärkeinä pidettyjen asioiden jatkuvuutta odotetun kaltaisena, ennustettavana. Ulkoinen turvallisuus voidaan käsitteellistää riskittömyytenä, vaarattomuutena ja uhkien poissaolona. Sitä vastoin turvattomuus on hyvien asioiden jatkuvuuden vaarantumista; riskien, uhkien ja vaarojen olemassaoloa tai lisääntymistä. (Niemelä ym.1997, 18.)

Arvona turvallisuus on varmuutta ja vaarattomuutta, sekä luotettavuutta eli ennustettavuutta ja levollisuutta. Yksilön tasolla turvallisuus on sisäistä tasapainoa ja ryhmien tasolla sen voidaan ajatella olevan vaikka perheen turvallisuutta. Se voidaan ajella monella tasolla, edellä mainittujen lisäksi esimerkiksi yhteiskunnan kansallisena turvallisuutena ja ihmiskunnan tasolla maailman rauhana. Turvallisuus on myös moderni ihmisoikeus. (Niemelä ym.1997, 14; Niemelä & Lahikainen (toim.) 2000, 22.)

Ihmiselle ovat tärkeitä psykofyysisen eheyden ja koskemattomuuden tarve. Turvallisuus ja turvattomuus voivat olla lähtöisin ihmisen ruumiista, etenkin terveysongelmat, sairaudet ja ruumiillinen haurastuminen aiheuttavat epävarmuutta ja pelkoja. Useita hyvinvoinnintekijöitä saattaa olla yhtä aikaa uhattuna toisiinsa kytkeytyneenä; ruumiiseen kohdistuvat uhkat voivat vaarantaa ihmisen psykososiaalista ja aineellista turvallisuutta. Ihminen voi kuitenkin löytää riittävän turvallisuuden elämässään vaikka olisi pitkäaikaisesti sairas tai sairastaa vakavasti. (Niemelä & Lahikainen (toim.) 2000, 52, 54.)

### 3.3 Elämänhallinta

Elämänhallinta liittyy ongelmatilanteiden ratkaisemiseen. ”Elämänhallinta (coping) on kykyä kohdata vaikeita tai uusia ja outoja tilanteita ja ehkäistä niihin liittyviä ahdistavia kokemuksia tai ratkaista ongelmia” (Niemelä ym. 1997, 16). Se on yksilön kykyä selviytyä vastoinkäymisistä. Elämänhallinnan käsitettä voi jäsentää erottamalla toisistaan ulkoisen ja sisäisen elämänhallinnan. Ulkoisella elämänhallinnalla tarkoitetaan ihmisen kykyä vaikuttaa itse omaan elämäänsä, ilman että ulkoiset tekijät horjuttavat yksilön tasapainoa. Sisäinen elämänhallinta on yksilön kykyä sopeutua

esimerkiksi odottamattomiin turvattomuutta aiheuttaviin ja stressaaviin tilanteisiin. (Niemelä ym. 1997, 16-17.)

Elämänhallintastrategiat voidaan jakaa kolmeen pääryhmään; ongelman ymmärtäminen, stressin käsittely ja toiminta, jotka suuntautuvat ongelmanratkaisuun ja stressinlähteen poistamiseen. Yksi elämänhallinnan keinoista on turvautuminen toisiin ihmisiin. Vaikeuksissa ihmistä auttavat ja tukevat sosiaaliset verkostot. Elämänhallinta ja turvattomuus ovat läheisesti yhteyksissä toisiinsa. Elämänhallintakeinojen puute voi johtaa turvattomuudentunteen kokemiseen ja turvattomuuden kokeminen johtaa turvallisuuden tunteen hankkimiseen eri keinoin. (Niemelä ym. 1997, 17.)

Elämänhallinta käsitteen negaatio voisi olla avuttomuus, joka on kyvyttömyyttä hallita elämäntilanteita. Ulkoinen avuttomuus voi johtua omista fyysisistä rajoitteista esimerkiksi sairaudesta, vanhuudesta tai vammasta. Sisäinen avuttomuus on psyykkisiä rajoituksia, kuten kyvyttömyyttä sopeutua uusiin tilanteisiin. Ihminen voi olla myös kyvytön toimimaan vuorovaikutussuhteissa, jolloin puhutaan sosiaalisesta avuttomuudesta. (Niemelä ym. 1997, 18.)

### 3.4 Stressin hallinta

Ihminen on aktiivinen olento, joka havainnoi ympäristöä, tulkitsee havaintoja ja tekee johtopäätöksiä, sekä pyrkii sopeutumaan ja muuttamaan ympäristöään. Ihminen asettaa tavoitteita itselleen ja vaatimuksia ympäristölleen, joiden toteutuminen tulee huomioida arvioitaessa stressiä. Stressin syntymisessä on keskeinen osuus ihmisen psyykkisillä toiminnoilla, kokemisella, tunteilla, tavoitteellisuudella, havaitsemisella ja ajattelulla. Psykososiaaliset tekijät voivat myös olla stressin laukaisijoita. Stressitekijät ovat ärsykejä, jotka tuottavat jännitystä ja mahdollisesti epätasapainoa, kuten tilannesidonnoisia tai kypsymiseen liittyviä kriisejä (Becman, Boxley-Harges, Bruick-Sorge, Matthews Harris, Hermiz, Meininger & Steinkeler 1994, 262; Schwartz-Barcott 1999, 15, 17.) Stressi on prosessi, jossa erilaiset ärsykkeet ja puolustusmekanismit ovat vuorovaikutuksessa toisiinsa (Conner, Harbour, Magers, & Watt 1994, 225). Kaikki sopeutumista edellyttävät tilanteet aiheuttavat stressiä, jolloin sympaattisen

hermojärjestelmän toiminta ja sisäelinjärjestelmän fysiologiset prosessit kiihtyvät. (Salo & Tuunainen 1996, 217-218.) Tällaisia tilanteita voivat olla vieras sairaalaympäristö, odotusajan pidentyminen tai odotustilassa istuminen muiden potilaiden kanssa, kun ihminen pyrkii sopeutumaan tilanteeseen.

Stressitilanteiden selviytymisyriytyksiä kutsutaan aktiivisiksi ja passiivisiksi selviytymiskeinoiksi. Selviytymiskeinoista voidaan erotella voimavarat eli resurssit, joita ovat esimerkiksi koherenssin tunne, sosiaalinen tuki, älykkyys ja sosiaaliset taidot. Stressiä tuottavassa tilanteessa ihminen pyrkii selviytymään voimavarojensa mukaan. Koherenssin tunne on ihmisen pyrkimystä jäsentää asioita niin, että ne ovat ymmärrettäviä ja hallittavissa ja asioissa on mielekkyyttä. (Salo & Tuunainen 1996, 210-212.)

Selviytymiskeinot voidaan myös luokitella ongelmanratkaisuun suhtautumiseen ja tunteiden käsittelyyn. Stressin käsittely (coping) on jossain määrin vakiintunutta ja voidaan puhua yksilön coping – tyyleistä. (Salo & Tuunainen 1996, 224.) Yksilön fyysinen ja henkinen elämä ovat vahvasti sidoksissa hänen selviytymiskykynsä ja elämänasenteeseensa. Sosiaalisten prosessien kautta ihminen oppii tulemaan toimeen elämän tuomien haasteiden kanssa. Näin ihminen oppii sietämään stressiä ja kestäämään erilaisia kriisejä, sekä käyttäytymään sosiaalisten odotusten mukaisesti. (Salanterä 1997, 26.)

Yksilön tilanteenhallinta voidaan ajatella jatkumona, jonka toisessa päässä on täydellinen käsitys omasta sisäisestä hallinnasta ja toisessa päässä usko asioiden ohjautuvuuteen ulkopuolisista tekijöistä, joihin itsellä ei ole osuutta. Sisäisen hallinnan puute voidaan käsittää myös opittuna avuttomuutena. Yksilön hallintakäsitystä muokkaa hänen näkemyksensä omasta kyvykkyydestä, haastehakuisuudesta ja valmiudesta ottaa haasteita vastaan. Hallintakäsitystä vastaavat odotukset ohjaavat yksilön toimintaa stressitilanteessa. Myönteiset mielikuvat eli luottamus selviytymismahdollisuuksiin lieventää stressiprosessia ja parantaa kognitiivista suoriutumista. (Salo & Tuunainen 1996, 227-228.) Esimerkiksi sairaalaan saapuva potilas, jolta puuttuu sisäinen hallinta ja kokee olevansa täysin avuton löytääkseen tietylle osastolle, saattaa kokea negatiivisia



tunteita ja eksyy etsiessään reittiä oikealle osastolle. Voi olla, ettei yksilö usko omiin kykyihin ja taitoihin löytää itse perille ja kysyy heti tullessaan neuvoa esimerkiksi neuvonnasta tai henkilökunnalta.

### 3.5 Sairauden kokeminen

Kokemus on subjektiivisesti hyvin monimutkainen kokonaisuus. Se ilmenee tunteiden, ajatusten ja käyttäytymisen yhtenäisyytenä ja toisaalta se saa aikaan ihmisessä sekavia tunteita, jotka ilmenevät ristiriitaisena käyttäytymisenä ja mielen muutoksina. Kokemus, myös sairauden kokemus, on aina sidoksissa kokevaan henkilöön. (Engeström 2003, 308.) Tunteet ovat keskeinen ja olennainen osa ihmisen olemassa oloa. Tunteita ei voida kuitenkaan määritellä tai niiden lukumäärää ei voida tarkalleen sanoa. Yleisesti hyväksytyjä tunteita nisäkkäillä ovat esimerkiksi pelko, suru, viha ja ilo, joita terveydenhuollossakin tarkastellaan lähemmin. (Bowman 2001.)

Kirurgisen potilaan sairauden kokeminen liittyy läheisesti ruumiillisen toiminnan maailmaan. Potilaan ensimmäiset havainnot sairaudestaan tai toimenpiteen jälkeisestä toipumisesta suuntautuvat usein ruumiiseen ja motivoivat tarkkaavaisuutta tai toimintaa. Kirurginen potilas saattaa kokea toimenpiteen jälkeisen toipumisen fyysisesti rajoittavaksi ajaksi. ”Sairauden aikana elimistön fyysiset energiavarastot ehtyvät ja suuri osa jäljelle jäävästä energiasta kohdistuu paranemis- ja säätelyprosesseihin” (Oland 1990, 164). Psykkinen energia suunnataan silloin vain tärkeimpiin asioihin, erityisesti fyysiseen minään. (Oland 1990, 164; Engeström 2003, 313.) Omien selviytymiskeinojen lisäksi potilas tarvitsee ulkopuolista tukea. Ellen (1996, 173-183) tutkimustuloksista käy ilmi, että yleensä sosiaalinen tuki tulee perheestä. Yhden perheen jäsenen sairaus voi kuitenkin vaikuttaa voimakkaasti koko perheeseen ja tällöin koko perhe kokee tarvitsevansa tukea.

Florence Nightingale (1960, 98) on kehottanut pohtimaan enemmän ruumiin vaikutusta mielialaan. Sairaus tuo asiakkaalle tavallista enemmän tuskaisia ajatuksia. Potilaan huoli, epävarmuus, odotus, toiveet ja yllätyksen pelko tuottavat potilaalle paljon enemmän vahinkoa kuin mitkään rasitukset. (Nightingale 1960, 70, 99.) Vaikka

potilaalla on sairaudesta aiheutuvaa kipua, kärsimystä ja huolta, tulee hänestä silti löytää elinvoimaisuutta rakentava ja ajatteleva yksilö.

Tutkimuksissa on todettu, että hoitotyöhön kohdistuvat odotukset ja kokemukset ovat yhteydessä turvattomuuden ja turvallisuuden tunteisiin. Nämä tunteet ilmenevät potilaiden suhtautumisessa selviytymiskeinoin, joita ovat sekä aktiiviset selviytymiskeinot; läheisten tuki, usko, toivo, huumori ja kiitollisuus, että passiiviset selviytymiskeinot; alistuminen ja välinpitämättömyys. (Suominen & Leino-Kilpi 1997, 23.)

Sairaalaan joutuminen tai sairaalassa käynti voi jo sinänsä olla asiakkaalle epämiellyttävä kokemus, mutta se kestetään kun terveydentila on uhattuna. Asiakkaalla ei myöskään ole tietoja tai taitoja diagnosoida tai korjata ongelmaa, jolloin potilaan asema hyväksytään helposti. Sairaus ja sen tuomat muutokset aiheuttaa väistämättä asiakkaassa erilaisia tunteita, mikä on täysin normaalia. Asiakkaan tunnereaktiot ovat itsensä suojelun puolustuskeino eli terve selviytymisreaktio. (Bowman 2001.)

## 4 OPASTEET

Näköaistiin perustuvat eli visuaaliset merkit ovat yleisemmin käytetty opastusmenetelmä sairaalaympäristössä. Opastusjärjestelmä on mahdollista toteuttaa myös tuntoaistiin (taktillisuuteen) perustuvien merkkien ja äänimerkkien avulla. Opasteiden havaitsemiseen vaikuttavat monet seikat; opastemerkkiin kohdistuvan valon määrä ja laatu, opasteiden värit, tummuuskontrastit, sijoittelu, kirjaimet, symbolit ja niiden tekstikoot. Hyvä opastus etenee loogisesti ja katkeamatta. Jotta opastus olisi toimiva, se on koottava lineaariseksi, jatkuvaksi ohjaamiseksi ja se jatkuu johdonmukaisesti koko ympäristössä. (Verhe 1996, 34, 56.) Toimivassa opastuksessa on huomioitu kaikki käyttäjäryhmät niin ikääntyneet kuin nuoretkin, eritavoin rajoittuneet ja eripituiset ihmiset. Jotta reitti olisi helppokulkuinen kaikille asiakkaille, opastukselta edellytetään tarkkoja ja laadukkaita mittasuhteita. (Scientific Research Unit 2008.)



Nykypäivänä opasteissa voidaan hyödyntää myös teknologiaa. Tällaisia opastuskeinoja ovat esimerkiksi ääniviestit ja kädessä kannettavat laitteet, jotka antavat ääneen ohjeita kuljettaessa perille asti. Kädessä kannettavat laitteet voivat sisältää myös näyttöpäätteen, josta asiakas voi seurata kartalta minne hänen tulee kulkea. Tutkimassamme sairaalassa ei ole käytössä teknologiaan perustuvia opasteita. (SRU 2008.)

Tekstin ja symbolin tulee muodostaa selvä kontrasti taustaa vasten ja opasteen seinää vasten. Parhaiten erottuu musta teksti valkoisella pohjalla. Sisältäpäin valaistun opasteen teksti tulisi olla vaalea tummalla pohjalla. Lattiapäällyste tai -merkit voivat myös toimia opasteena. Kuvioinnilla voidaan osoittaa suuntaa tai varoittaa esimerkiksi tasoeroista ja portaista. (Rakennustietosäätiö 1998, 61, 67; SRU 2008.) ”Mikäli kyltissä on nuoli, se olisi hyvä sijoittaa siihen reunaan minne päin nuoli osoittaa” (Näkövammaisten keskusliitto ry 2007).

Opasteet tulisi sijoittaa niin että ne erottuvat taustastaan, esimerkiksi katosta ja seinästä. Sijoittamisessa tulee ottaa huomioon myös esteettömyystarpeet ja -vaatimukset. Opasteita ei saa olla liikaa, jotta asiakas havaitsee ja ymmärtää opasteen viestin. Opasteiden kunnossapidosta on huolehdittava, että ne pysyvät puhtaina ja hyväkuntoisina, sekä suorassa. Opasteiden koko tulee olla suhteessa ympäristöön ja sijoituspaikkaan. Näkemäolosuhteet opasteeseen tulee olla hyvät, niin ettei opaste jää minkään taakse tai sen tiellä ei ole mitään näköesteitä (Kuva 2). (Siltala, Korhonen, Tarvainen, Karhunen, Laine, Rainio, Setälä & Ojanen 2006, 10, 21.)



Kuva 2. Näköeste opastetaulun edessä sisääntuloaulassa.

#### 4.1 Havaittavuus ja hahmotettavuus

Portaiden ja liuskojen havaitsemista ja suunnistautumista voidaan helpottaa erilaisilla pintamateriaaleilla, värikontrasteilla ja tummuuseroilla, sekä valo- ja äänisignaaleilla. Väri- ja tummuuserojen avulla saadaan myös rakennusosat, rakenteet ja yksityiskohdat erottumaan paremmin toisistaan ja taustastaan. Toisaalta liian suuria tummuus- ja värieroja tulee välttää. Sininen ja punainen eivät muodosta kontrastia, jos niiden tummuus on sama. Sen sijaan taas sininen ja valkoinen tai keltainen ja musta muodostavat selkeän kontrastin. Oleellista kontrastin muodostumisessa ei ole värit sinänsä vaan, vaan niiden ajateltu ero musta-valkoisessa valokuvassa. Yleensä kontrastiksi riittää keskiharmaan ja valkoisen tai keskiharmaan ja mustan ero, mitä on käytetty hyvin paljon tutkimamme sairaalan opasteissa. Valaistuksella voidaan voimistaa kontrastin havaittavuutta. Lattiapäällyste ei saa olla liian kiiltävä eikä valoa häikäisevästi heijastava, mikä on hyvin tärkeää etenkin heikkonäköisille. Lattian liian

suuret, voimakasväriset kuviot haittaavat suuntautumista ja tekevät yleisvaikutelman sekavaksi (Kuva 3). (Rakennustietosäätiö 1998, 9, 61; Könkkölä 2003, 66; SRU 2008.)



Kuva 3. Opastetaulujen sijoittelu ja valaistus.

#### 4.2 Valoisuus ja valaistus

Valoa ja värejä ei voida eritellä, sillä ihminen ei voi nähdä värejä ilman valoa. Valon laatu ja määrä määrittelevät sen minkä värisenä jokin pinta nähdään. Pinnasta, esineestä heijastunut valo saa aikaan aivoissa aistimuksen, joka nähdään värinä. Näkyvä valo on sähkömagneettista säteilyä, joka on peräisin auringosta. Tämä säteily tapahtuu aaltoliikkeinä ja aallonliikkeillä on erilainen vaikutus. Eri yksilöt aistivat säteilyä eri tavoin. Valon laatuun on usein kiinnitetty liian vähän huomiota. Mitä enemmän keinovalo on auringonvalon kaltainen, sitä helpompaa tekstin lukeminen on. Esimerkiksi valkoisessa valossa musta teksti näkyy mustana ja valkoinen tausta erittäin valkoisena. Toisaalta taas keltaisessa valossa molempien värien laatu on heikentynyt.

Silmä on kaikkein herkin keltaiselle valolle, joka saa aikaan vaikutelman että se valaisisi enemmän. Valkoista valoa, joka on lähempänä auringon kaltaista valoa, tarvitaan määrällisesti enemmän, jotta tilaa valaistaan riittävästi. (Rihlma 1997, 61, 63.)

Valon määrällä voidaan vaikuttaa hahmottamiseen. Asiakkaan tullessa sisäänkäynnistä sisälle, valaistusero ei saa olla liian suuri suhteessa ulkoilmaan. Sisäänkäynnin valaistuksessa tulee huomioida vuodenaikojen vaihtelun aiheuttamat erot valoisuuden määrässä. Valaistuksella voidaan auttaa asiakkaan suuntautumista sairaalan sisällä. Valaistuksen suunnittelussa on kiinnitettävä huomiota muun muassa tilan väryykseen, valoisuuteen, valoisuuseroihin ja heijastumiseen. Tilassa tulee huomioida ympäristön valoisuus, valaisimien soveltuvuus ympäristöön, pintojen heijastuminen, sekä kasvillisuus ja sen luoma varjostus. (Rakennustietosäätiö 1998, 9, 69; Könkkölä 2003, 49, 66.)

Väreillä voidaan vaikuttaa paljon tilojen valoisuuteen. Vaaleilla väreillä saadaan lisää valoisuutta. Tummat pinnat taas imevät valoa itseensä. Huonetilojen välisiä valaistuseroja voidaan tasata esimerkiksi valaisemalla luonnonvalon aiheuttamia valaistuseroja keinovalon avulla. Hyvä valaistus on riittävän voimakas, tasainen ja valon laatu on hyvää, mutta se ei aiheuta suoraa eikä epäsuoraa häikäisyä, jolloin se helpottaa tilan hahmottamista ja yksityiskohtien havaitsemista. Valaisimien tulee toistaa värit luonnollisina korostaen kontrasteja. Tilojen, kulkuväylien ja opasteiden valaistus tulee olla havainnollistavaa ja tarvittaessa voidaan käyttää apuna kohdevalaistusta. Ikkunat eivät saa aiheuttaa häikäisyä esimerkiksi aulatilassa. Liikkumisen kannalta ovet, portaat ja luiskat, sekä hissit tulee valaista niin että liikkuminen on helppoa ja turvallista (Kuva 4). (Verhe 1996, 34; Rakennustietosäätiö 1998, 9, 69; Könkkölä 2003, 49, 66.)



Kuva 4. Kulkureitin opastus ja valaistus.

## 5 TUTKIMUKSEN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää asiakkaiden kokemuksia sairaalaopasteiden toimivuudesta. Tutkimuskohteena on erään sairaalan kirurgian poliklinikalle johtavat opasteet. Tutkimuksella kartoitetaan asiakkaiden kokemuksia siitä kuinka helposti he löytävät kirurgian poliklinikalle opasteiden avulla ja millaisia toimivat opasteet ovat asiakkaiden mielestä. Tarkoituksena on kartoittaa ja kuvailla asiakkaiden heränneitä tunteita sairaalaympäristössä liikkuesssa ja selvittää voiko asiakkaiden mielestä opasteilla vaikuttaa turvallisuuden tunteeseen.

Tutkimuksen tavoitteena on tuoda esille tunteita joita sairaalassa liikkuminen herättää asiakkaassa ja voidaanko opasteilla vaikuttaa näihin tunteisiin. Tavoitteena on tuoda käyttäjälähtöinen näkökulma sairaalaopastukseen, luomatta kuitenkaan malliopastetta.



Tutkimusongelmat:

1. Millaiseksi potilaat ja omaiset kokevat perille löytämisen kirurgian poliklinikalle ja sieltä tutkimusyksiköihin?
2. Millaisia ovat toimivat sairaalaopasteet potilaiden ja omaisten mielestä?
3. Mitä tunteita potilailla ja omaisilla heräsi sairaalassa liikkuesssa?

## 6 TUTKIMUKSEN EMPIIRINEN TOTEUTUS

Tutkimusprosessi käynnistyi laatimalla viitekehys, jossa määriteltiin tutkimuksen keskeiset käsitteet. Aiempien tutkimusten löytäminen tuotti kuitenkin vaikeuksia. Teoreettisissa lähtökohdissa jouduttiin nojaamaan paljon kirjallisuuteen, koska tutkimustietoa löytyi niukasti. Tutkimukselle tehtiin teoretiedon pohjalta aineiston keruusuunnitelma, johon kuului kyselylomakkeen laadinta, koehenkilömääritelmät ja otanta.

### 6.1 Tutkimusmenetelmät

Tutkimus on pääasiallisesti kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus ja osittain kvalitatiivinen eli laadullinen tutkimus, niin että ne täydentävät toisiaan. Tämä sen vuoksi, että tutkimustuloksista saataisiin kattavampia ja monipuolisempia. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa on keskeistä johtopäätökset aiemmista tutkimuksista, aiemmat teorit ja käsitteiden määrittely (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 136).

Kvalitatiivisen eli laadullisen tutkimuksen lähtökohtana on todellisen elämän kuvaaminen. Tutkimuksella pyritään kuvaamaan kohdetta mahdollisimman luonnollisessa ja kokonaisvaltaisessa tilanteessa, sairaalaympäristössä, potilaan saapuessa osastolle. Tutkimusta ei voida suunnitella eikä tutkimusprosessin kaikkia vaiheita voida ennakoida yhtä seikkaperäisesti kuin kvantitatiivisessa eli määrällisessä tutkimuksessa voidaan. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 157,160.) Tutkimusvastauksia käsitellään ainutlaatuisina ja aineistoa tulkitaan sen mukaisesti. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 44-45.)

## 6.2 Kyselylomakkeen laatiminen

Aineiston keruumenetelmäksi valitsimme kyselyn, koska sen avulla voidaan kerätä laajempi tutkimusaineisto kuin haastattelemalla. Aineiston keruumenetelmänä käytettiin kyselylomaketta, joka laadittiin itse (Liite 2). Kyselylomakkeessa on sekä avoimia, että monivalintakysymyksiä. Vastaukset kerättiin nimettöminä, eikä vastaajien henkilöllisyys tullut ilmi missään vaiheessa tutkimusta. Kyselylomakkeen avulla voidaan kysyä monia asioita ja se on myös tehokas, koska se säästää tutkijan aikaa ja vaivannäköä. Kyselytutkimuksen huonona puolena voidaan pitää sitä, että sen aineisto saattaa olla pinnallista ja teoreettisesti vaatimatonta. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 190.)

Kyselylomakkeen valmisteluvaiheessa lomaketta kokeiltiin yksityishenkilöillä, jotka olivat suostuvaisia lomakkeen kokeiluun. Kokeilun perusteella kyselylomakkeen kysymysten ja vastausvaihtoehtojen muotoa muokattiin ja arvioitiin sen täyttämiseen kuluva aika.

Lomake alkaa muutamalla vastaajan taustatietoja selvittävällä kysymyksellä; ikä, sukupuoli, kuinka monta kertaa on käynyt kyseisessä sairaalarakennuksessa ja kirurgian poliklinikalla. Nämä toimivat ns. lämmittelykysymyksinä johdattelemalla aiheeseen. Ikää ja sukupuolta käytetään selittävinä muuttujina eli tutkittavia ominaisuuksia tarkastellaan niiden suhteen, kuten onko sukupuolella yhteyttä opasteiden toimivuuden kokemiseen. Huomioimme, että kyselylomake ei ole liian pitkä ja sen sivut eivät ole liian täyteen ahdettuja, jotta vastaaja ei saa mielikuvaa pitkästä ja raskaasta vastaamisprosessista. Lomakkeemme on kysymysten osalta 5 sivua pitkä ja kysymyksiä on 21. Kyselylomakkeen rakenne koostuu siten, että kysymykset 3-9 koskevat ensimmäistä tutkimusongelmaa (liikkumista sairaalaympäristössä), kysymykset 10-18 liittyvät toiseen tutkimusongelmaan (sairaalaopasteiden toimivuus) ja kysymykset 19-21 kolmanteen tutkimusongelmaan (kokemukset sairaalaympäristössä liikkeessa). Kyselylomakkeen tekstikoko on haluttu pitää suurehkona ja yleisvaikutelma selkeänä, ajatellen muun muassa heikkonäköisiä vastaajia.

### 6.3 Kohderyhmä

Kohdejoukoksi valittiin erään sairaalan kirurgianpoliklinikan potilaat ja omaiset eli asiakkaat, jotka olivat itse suostuvaisia vastaamaan kyselyyn. Kyselylomaketta annettaessa asiakkaalla oli mahdollisuus kieltäytyä tutkimukseen osallistumisesta, jolloin karsiutui pois asiakkaat, jotka olisivat saattaneet jättää vastaamatta kyselyyn. Vaatimuksena tutkimukseen osallistuvilta oli täysi-ikäisyys, luku- ja kirjoitustaito, sekä suomenkielen osaaminen. Kyselyyn vastaajalla ei saanut olla fyysisiä rajoitteita, jotka olisivat estäneet kirjoittamisen (esimerkiksi käteen kohdistunut kirurginen toimenpide). Asiakkaat saattoivat olla ensimmäistä kertaa käymässä poliklinikalla tai he ovat voineet käydä siellä aiemminkin, koska tutkimuksessa käsitellään erikseen nämä asiakasryhmät. Lomakkeita jaettiin sadalle kirurgian poliklinikan asiakkaalle.

### 6.4 Aineistonkeruu

Tutkijat olivat itse jakamassa kyselylomakkeita kirurgian poliklinikan odotustiloissa kohderyhmän kriteerit täyttävälle asiakkaille. Tutkijat antoivat kaikille poliklinikan asiakkaille mahdollisuuden vastata kyselyyn ja asiakas pystyi halutessaan välittömästi kieltäytymään osallistumisesta. Tällä tavalla karsittiin saman tien ne asiakkaat, jotka eivät halunneet osallistua tutkimukseen. Asiakkaat palauttivat täytetyt kyselylomakkeet suljetussa kirjekuoressa niille osoitettuun palautuslaatikkoon. Aineistonkeruu suoritettiin 9.-10.1.2008, koska joulun alla asiakkaat olisivat olleet mahdollisesti liian kiireisiä vastaamaan kyselyyn. Opinnäytetyön valmistuttua kyselylomakkeet hävitettiin polttamalla.

### 6.5 Aineiston analyysi

Tutkimuksen yhtenä ydinasiana voidaan pitää kerätyn aineiston analyysia (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 216). Aineiston tarkastelu alkoi kyselylomakkeiden karsinnalla, jossa hylättiin kolme lomaketta 98 lomakkeesta, koska niissä oli vastattu vain muutamaa ensimmäiseen kysymykseen. Tämän jälkeen kvantitatiivisen

tutkimusaineiston vastaukset saatettiin tilastollisesti käsiteltävään muotoon SPSS 15.0 for Windows-ohjelman avulla. Muuttujia käsiteltiin frekvenssi-, yhteenveto- ja ristiintaulukoimalla. Analysointivaiheessa saatiin vastauksia tutkimusongelmiin. Tulosten esittämisessä käytetään graafisia taulukoita, jotka on tehty SPSS 15.0 for Windows-ohjelman tulosten perusteella Microsoft Office Excel 2003 – taulukko-ohjelmalla.

Avoimet kysymykset analysoitiin sisällönanalyysimenetelmällä. Avoimien kysymysten vastaukset kirjoitettiin kysymyskohtaisesti tietokoneelle. Tämä mahdollisti kysymyskohtaisten vastausten vertailun keskenään ja niihin palaamisen uudelleen tarkastelua varten. Avointen kysymysten analysointi aloitettiin lukemalla vastaukset useaan kertaan, jotta aineisto tuli tutuksi ja siitä saatiin selkeä kokonaiskuva. Vastauksista etsittiin yhteneviä ja yksittäisiä mielipiteitä ja niitä koottiin otsikoiden alle kokonaisuuksiksi. Lopuksi kysymyskohtaiset tulokset yhdistettiin tutkimusongelmien mukaisesti.

## 7 TULOKSET

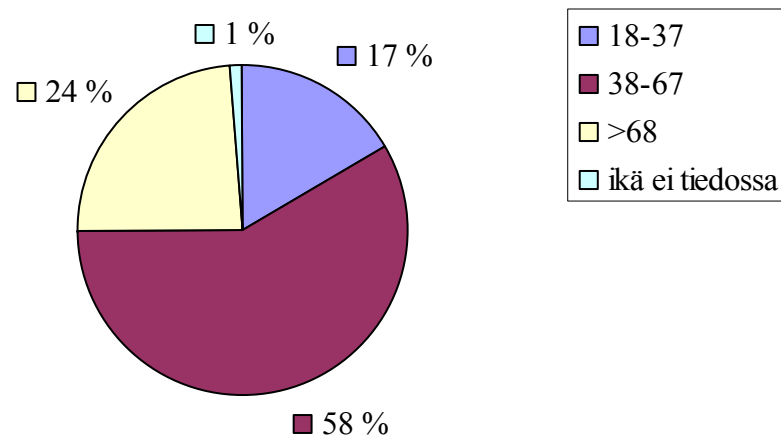
Tutkimuslomake jaettiin sadalle kirurgian poliklinikan asiakkaalle. Heistä 95 vastasi eli vastausprosentti oli 95 %.

### 7.1 Vastaajajoukon kuvaus

Tutkimukseen vastanneista 48 henkilöä oli naisia (50,5 %) ja 45 miehiä (47,4 %). Kaksi tutkimukseen osallistunutta henkilöä ei ilmoittanut sukupuoltaan, joten sukupuolen ilmoitti 97,7 % vastaajista.

Tutkimukseen vastanneet olivat yli 18-vuotiaita. Vastanneiden ikä luokiteltiin kyselylomakkeessa kymmenen vuoden välein. Tutkimustuloksissa käsitellään ikäluokat seuraavissa ryhmissä: 18-37-vuotiaat, 38-67-vuotiaat ja yli 68-vuotiaat. Tutkimukseen

vastanneista 18-37-vuotiaita oli 16,8 % (f=16), 38-67-vuotiaita 57,9 % (f=55) ja yli 68-vuotiaita 24,2 % (f=23). Yksi tutkimukseen osallistunut henkilö ei kertonut ikäänsä. (Kuvio 1.)



Kuvio 1. Vastaajien ikäjakauma ryhmittäin.

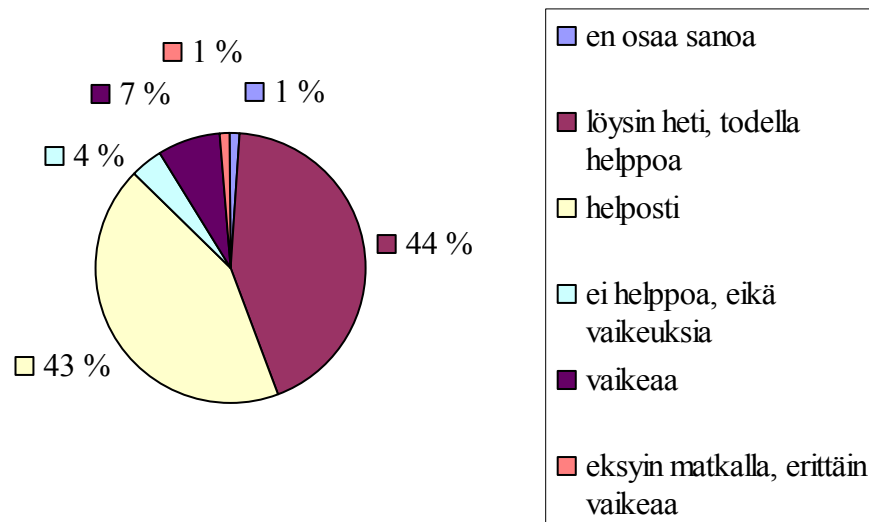
Vastaajista 18,9 % (f=18) oli ensimmäistä kertaa käymässä sairaalarakennuksessa ja yhtä moni vastaaja oli toista kertaa käymässä. 62,1 prosentille vastaajista käyntikerta oli kolmas tai useampi kyseisessä sairaalarakennuksessa.

Kirurgian poliklinikalla oli ensimmäistä kertaa käymässä 29,5 % (f=28) kyselyyn vastanneista ja toista kertaa 22,1 % (f=21) vastanneista. Kirurgian poliklinikalla oli käymässä kolmatta tai useampaa kertaa 47,4 % (f=45) vastaajista. Yksi (1,1 %) kyselyyn vastannut oli jättänyt vastaamatta tähän kysymykseen.

## 7.2 Liikkuminen sairaalaympäristössä

Vastaajista 43,2 % (f=41) koki löytäneensä kirurgian poliklinikalle todella helposti. Poliklinikalle oli löytänyt helposti myös 43,2 % (f=41). Vastaajista 4,2 % (f=4) koki

että löytäminen perille ei ollut vaikeaa, eikä helppoa ja vaikeaksi sen koki 7,4 % (f=7). Vain yksi henkilö (1,1 % vastaajista) oli eksynyt matkalla tullessaan kirurgian poliklinikalle ja yksi henkilö (1,1 % vastaajista) ei osannut sanoa vastausta. (Kuvio 2.)

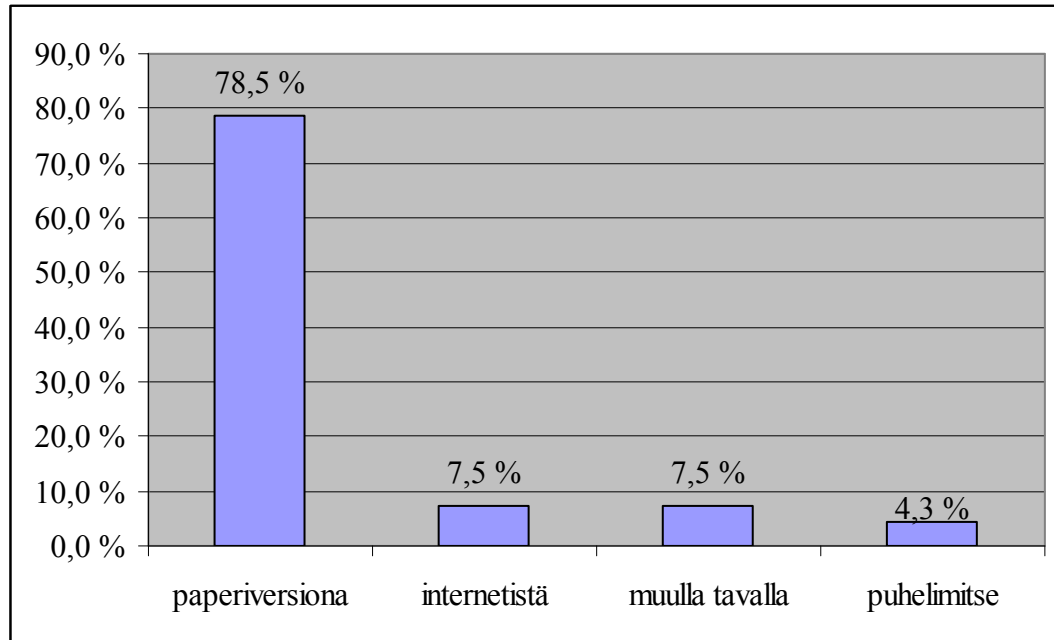


Kuvio 2. Kuinka helposti asiakkaat löysivät kirurgian poliklinikalle.

Asiakkaat, jotka olivat käymässä sairaalarakennuksessa tai kirurgian poliklinikalla ensimmäistä kertaa, löysivät perille yhtä hyvin kuin asiakkaat, jotka olivat käymässä toista, kolmatta tai useampaa kertaa sairaalarakennuksessa tai kirurgian poliklinikalla. Asiakkaan iällä tai sukupuolella ei ollut merkitystä siihen kuinka helposti hän löysi perille kirurgian poliklinikalle.

Tutkimukseen osallistuneista 97,9 % (f=93) vastasi kysymykseen, jossa kysyttiin oliko saanut kirurgian poliklinikalle tulo-ohjeita etukäteen. Vastaajista suurin osa 89,5 % (f=85) oli saanut ja 8,4 % (f=8) ei ollut saanut kirurgian poliklinikalle tulo-ohjeita etukäteen. Kysymykseen jätti vastaamatta 2,1 % (f=2). Suurin osa 78,5 % (f=73) oli saanut etukäteen tulo-ohjeita paperiversiona. Vastaajista tulo-ohjeita oli saanut puhelimitse 4,3 % (f=4) ja internetistä 7,5 % (f=7). Tulo-ohjeita oli saanut muulla tavalla 7,5 % (f=7). Muulla tavalla tulo-ohjeita saaneet olivat saaneet ohjeita sairaanhoitajalta, taksikusilta tai he olivat tulleet navigaattorin avulla. Kaksi

kysymykseen vastannutta oli saanut tulo-ohjeet paperiversiona, mutta ruotsinkielisessä kirjeessä oli ollut väärä osaston numero ja kerros. (Kuvio 3.)



Kuvio 3. Tavat, joilla asiakkaat saivat tulo-ohjeita kirurgian poliklinikalle.

Kirurgian poliklinikalle löytäminen kävi yhtä helposti asiakkailta, jotka olivat saaneet tulo-ohjeita etukäteen, ja asiakkailta, jotka eivät olleet saaneet ohjeita etukäteen. Toisaalta vain kahdeksan henkilöä ei ollut saanut tulo-ohjeita etukäteen, kun 82 henkilöä oli saanut. Asiakkaista, jotka eivät olleet saaneet ohjeita etukäteen, 25 % koki vaikeaksi löytämisen perille. Etukäteen ohjeita saaneista asiakkaista 7,1 % koki vaikeaksi tai erittäin vaikeaksi perille löytämisen.

Kyselyyn vastanneista kysyi neuvoa 46,3 % (f=44) löytääkseen perille kirurgian poliklinikalle. Näistä neuvoa kysyi neuvonnasta 88,6 % (f=39), henkilökunnalta 15,9 % (f=7) ja muilta asiakkailta 2,3 % (f=1). Muualta neuvoa sai 4,5 % (f=2) vastaajista, jotka olivat saaneet neuvoa taksikuskilta tai ohjeita navigaattorilta. Asiakas kysyi neuvoa löytääkseen perille, riippumatta siitä oliko hän saanut etukäteen tulo-ohjeita. Neuvoa kysyttiin tasapuolisesti miesten ja naisten kesken eli sukupuolella ei ollut merkitystä.

Ikäryhmiä vertailtaessa yli 68-vuotiaat kysyivät herkimmin (60,9 %) neuvoa löytääkseen kirurgian poliklinikalle.

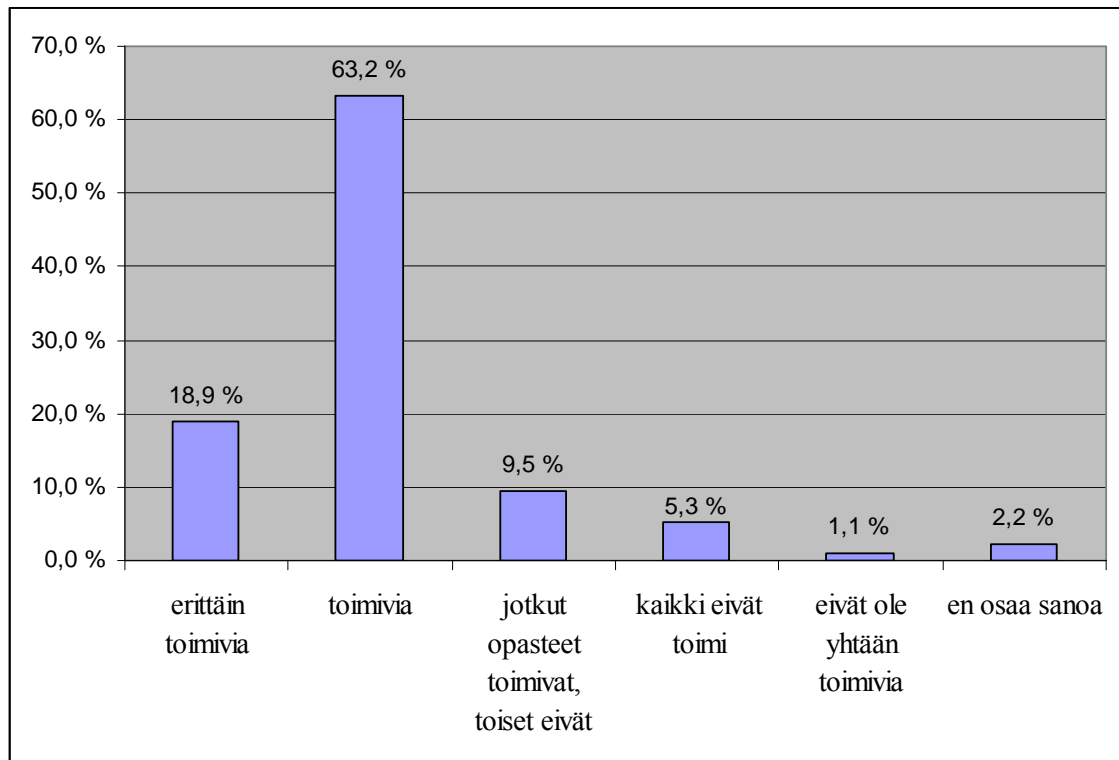
Tutkimukseen osallistuneista 93,7 % (f=89) vastasi kysymykseen oliko käynyt kirurgian poliklinikan lisäksi jossain muualla sairaalan sisällä. Vastajista 49,5 % (f=47) oli käynyt kirurgian poliklinikan lisäksi muualla ja 44,2 % (f=42) ei ollut käynyt muualla. Kirurgian poliklinikan lisäksi muualla käyneistä 23,4 % (f=11) kävi laboratoriossa, 72,3 % (f=34) röntgenissä ja muualla kuin laboratoriossa tai röntgenissä 17,0 % (f=8). Näitä muita paikkoja olivat fysioterapeutin vastaanotto, kahvio, allergiayksikkö ja toinen sairaalarakennus.

Suurin osa henkilöistä 53,7 % (f=51), jotka olivat käyneet kirurgian poliklinikan lisäksi jossain muualla, jättivät vastaamatta kysymykseen kuinka helposti he löysivät takaisin kirurgian poliklinikalle. Kysymykseen vastanneita oli 46,3 % (f=43), joista löysi takaisin perille kirurgian poliklinikalle todella helposti 22,1 % (f=21) ja helposti 20 % (f=19). Vastanneista 2,1 %:n (f=2) mielestä takaisin löytäminen ei ollut helppoa, eikä vaikeaa ja saman verran oli vastaajia, jotka eivät osanneet vastata kysymykseen. Asiakkaan iällä ei ollut merkitystä, kuinka helposti hän löysi takaisin kirurgian poliklinikalle käytyään jossain muualla.

### 7.3 Sairaalaopasteiden toimivuus

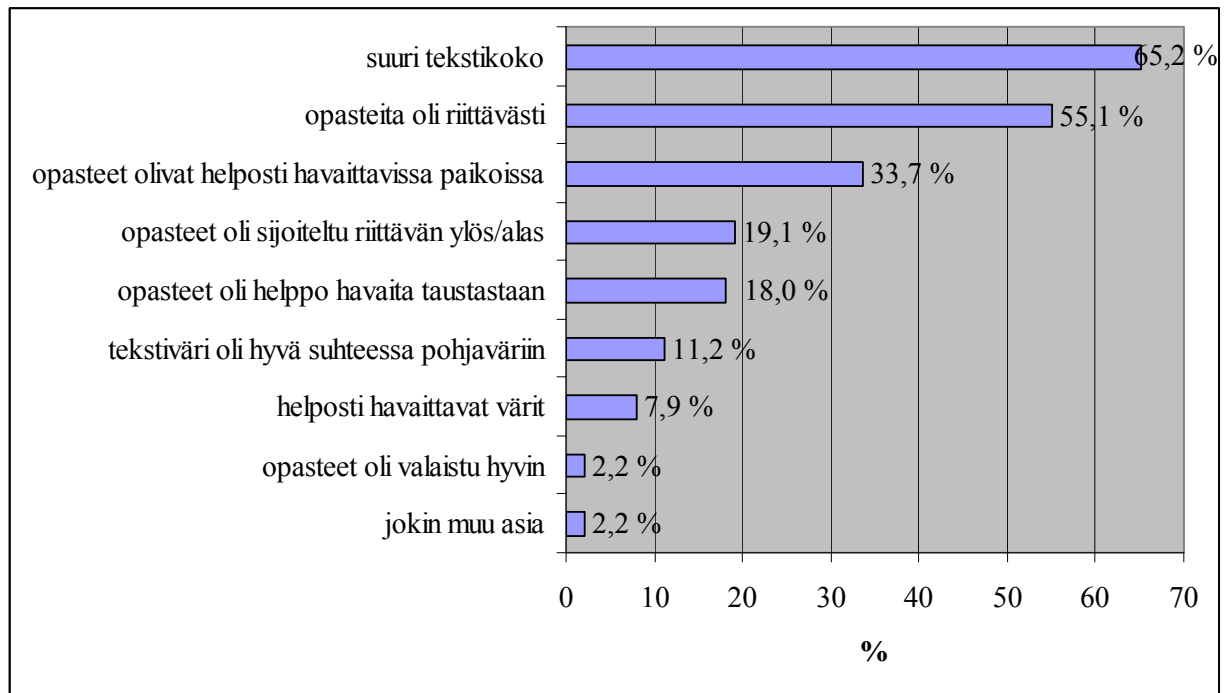
Kaikki vastaajat (f=95) vastasivat kysymykseen kuinka toimivia sairaalaopasteet olivat. Suurimman osan 63,2 %:n (f=60) mielestä sairaalaopasteet olivat toimivia ja 18,9 % mielestä ne olivat erittäin toimivia. Vähemmistö oli sitä mieltä, että sairaalaopasteista jotkut toimivat, jotkut eivät 9,5 % (f=9) ja etteivät kaikki opasteet toimi 5,3 % (f=5). Vain yhden vastaajan (1,1 %) mielestä sairaalaopasteet eivät olleet yhtään toimivia ja kaksi (2,2 %) vastaajaa ei osannut sanoa vastausta (Kuvio 4.). Ikäluokittain tarkasteltuna sairaalaopasteet koettiin yhtä toimiviksi kaikissa ikäryhmissä.





Kuvio 4. Asiakkaiden mielipiteet sairaalaopasteiden toimivuudesta.

Vastaajien mielestä sairaalaopasteista teki toimivia riittävän suuri tekstikoko 65,2 % (f=58), opasteita oli riittävästi 55,1 % (f=49), opasteet olivat helposti havaittavissa paikoissa 33,7 % (f=30), opasteet oli sijoitettu riittävän ylös/alas 19,1 % (f=17) ja opasteet oli helppo havaita taustastaan 18,0 % (f=16). Vastaajista vain 11,2 % (f=10) mielestä opasteista teki toimivia se, että tekstiväri oli hyvä suhteessa pohjaväriin, 7,9 % (f=7) mielestä opasteissa oli helposti havaittavat värit ja 2,2 % (f=2) mielestä opasteet oli valaistu hyvin. Muita opasteiden toimivuuteen vaikuttavia asioita asiakkaiden mielestä olivat opasteiden värittömyys (f=1) ja ne olivat selkeitä (f=1). (Kuvio 5.)



Kuvio 5. Asiakkaiden mielestä opasteista teki toimivia.

Vastaajien mielestä opasteista teki enimmäkseen ongelmallisia niiden vaikeasti havaittavat värit 25,7 % (f=9), liian vähäinen opasteiden valaistus 17,1 % (f=6) ja opasteiden sijoitus liian ylös/alas 17,1 % (f=6). Muita tekijöitä olivat huono tekstikoko 14,3 % (f=5), opasteet olivat vaikeasti havaittavissa paikoissa 8,6 % (f=3), tekstiväri oli vaikeasti havaittavissa suhteessa opasteen pohjaväriin 5,7 % (f=2) ja opasteita oli liian vähän 5,7 % (f=2), sekä opasteisiin osui varjoja 2,9 % (f=1). Vastaajista 17,1 % (f=6) mainitsi jonkin muun asian vaikuttaneen opasteiden ongelmallisuuteen. Kuudesta jonkin muun asian maininneesta vastaajasta kaksi oli sitä mieltä, että ruotsinkieli puuttuu opastekylteistä. Muita mainintoja olivat:

*”Urologian poliklinikka ei ollut opasteissa.”*

*”Pienikoko ylipäänsä.”*

*”Liian pieniä ja epä johdonmukaisia.”*

Suuren enemmistön 70,5 % (f=67) mielestä kirurgian poliklinikalle johtavia opasteita oli riittävästi. Yhdeksän vastaajaa, 9,5 % vastaajista, oli sitä mieltä, ettei opasteita ole riittävästi ja 18,9 % (f=18) vastaajista ei osannut sanoa mielipidettään. Yksi tutkimukseen osallistunut (1,1 %) jätti vastaamatta kysymykseen.

Melkein kaikki vastaajat 80,0 % (f=76) olivat sitä mieltä, ettei opasteiden edessä ole näköesteitä. Vastaajista vain 2,1 % (f=2) oli havainnut opasteiden edessä näköesteitä. 16,8 % (f=16) ei osannut sanoa, oliko opasteiden edessä näköesteitä ja kysymykseen oli jättänyt vastaamatta yksi henkilö (1,1 %).

Kyselyyn vastanneista 89,5 % (f=85) koki sairaalaopasteiden sijoittelun nykytavalla hyväksi ja 6,3 % (f=6) vastanneista oli sitä mieltä että opasteet eivät olleet oikeissa paikoissa. Kysymykseen ei ottanut kantaa 4,2 % (f=4) vastaajista. Kehitysehdotuksina mainittiin seuraavia asioita:

*”En huomannut että sisään sairaalaan tultaessa olisi ollut näkyvää opastetta, jossa olisi esitetty kaikki osastot ja niiden sijainti eri kerroksissa.”*

*”Vanha sairaala → Kirurgian poliklinikka, Vanhan sairaalan pääovelta ei opastusta riittävästi”*

*”En osaa sanoa mutta mielestä on aika sekavaa ensikertalaisille.”*

Opasteiden tekstikoko oli 88,4 % (f=88) mielestä riittävä ja 3,3 % (f=3) ei vastannut kysymykseen. Opasteiden tekstikokoon ei ollut tyytyväisiä 8,4 % (f=8). Kolme heistä toivoi opastekylttejä suuremmiksi sekä muut kehittämissuhteet olivat seuraavanlaisia:

*”Tien varrella esim. --- sairaala opaste voisi olla hieman kookkaampi → Näkisi kauempaa ei tulisi häslinkiä liikenteessä.”*

*”Värit saisivat olla räikeämpiä.”*

*”Kaikki kirjaimet/ sanat pitäisi olla samankokoisia. Nyt: pitkäsana, pieni fontti ja lyhyt sana, iso fontti.”*

Vastaajista 41,1 % (f=39) oli sitä mieltä, että sairaalaopasteiden havaitsemiseen vaikutti jokin tekijä. Havaitsemiseen vaikuttavia asioita olivat 17,5 % (f=7) huono näkökyky, 5 % (f=2) ympäristön melu ja jopa 75 % (f=30) oma vireystila. Kolme (7,6 %) vastaajista koki, että havaitsemiseen vaikutti jokin muu asia. Näitä muita asioita olivat jännitys, ruotsin kielen puuttuminen opasteista ja yksi vastaaja ei ollut katsonut opasteita, koska tuli kyyditettyinä.

Tutkimukseen osallistuneista 23,2 % (f=22) antoi sairaalaopasteiden kehittämisehdotuksia. Osa kysymykseen vastaajista 13,6 % (f=3) oli sitä mieltä, että opasteissa ei ollut mitään kehitettävää ja ne palvelivat sellaisenaan hyvin. Suurin osa 31,8 % (f=7) kehittämisehdotuksista koski opasteiden väriä. Asiakkaat halusivat värejä kirikkaammiksi, voimakkaammaksi ja selkeämmiksi, myös lisää värejä toivottiin. Yksi asiakas (4,5 % kysymykseen vastanneista) muuttaisi tekstin värieroja selkeämmäksi opasteen taustasta. Lisäksi kaksi vastaajaa (9,9 % vastaajista) ehdotti opasteisiin kohdistuvan valaistuksen parantamista. Kehittämisehdotuksia antaneista kolmen mielestä (13,6 %) opasteiden sijoittelua tulisi harkita tarkemmin.

*”Varmistaa että opastusketju on aukoton ja helppo seurata.”*

*”En huomannut että sisään sairaalaan tultaessa olisi ollut näkyvää opastetta, jossa olisi esitetty kaikki osastot ja niitten sijainti eri kerroksissa.”*

Kehittämisehdotuksena tuli myös uusia opastusmenetelmiä. Vastaajista 18,2 % (f=4) ehdotti osastoille omia värikoodeja opastekyltteihin tai lattiamerkeiksi.

*”Ulko-ovelle heti kaikista eri osastoista eriväriset opastemerkinnet, jotka jatkuvat pitkin matkaa perille asti.”*

*”Jokainen osasto omalla värillään (tekstit). Lisäksi voisi olla samalla värillä viiva lattiassa + nuoli.”*

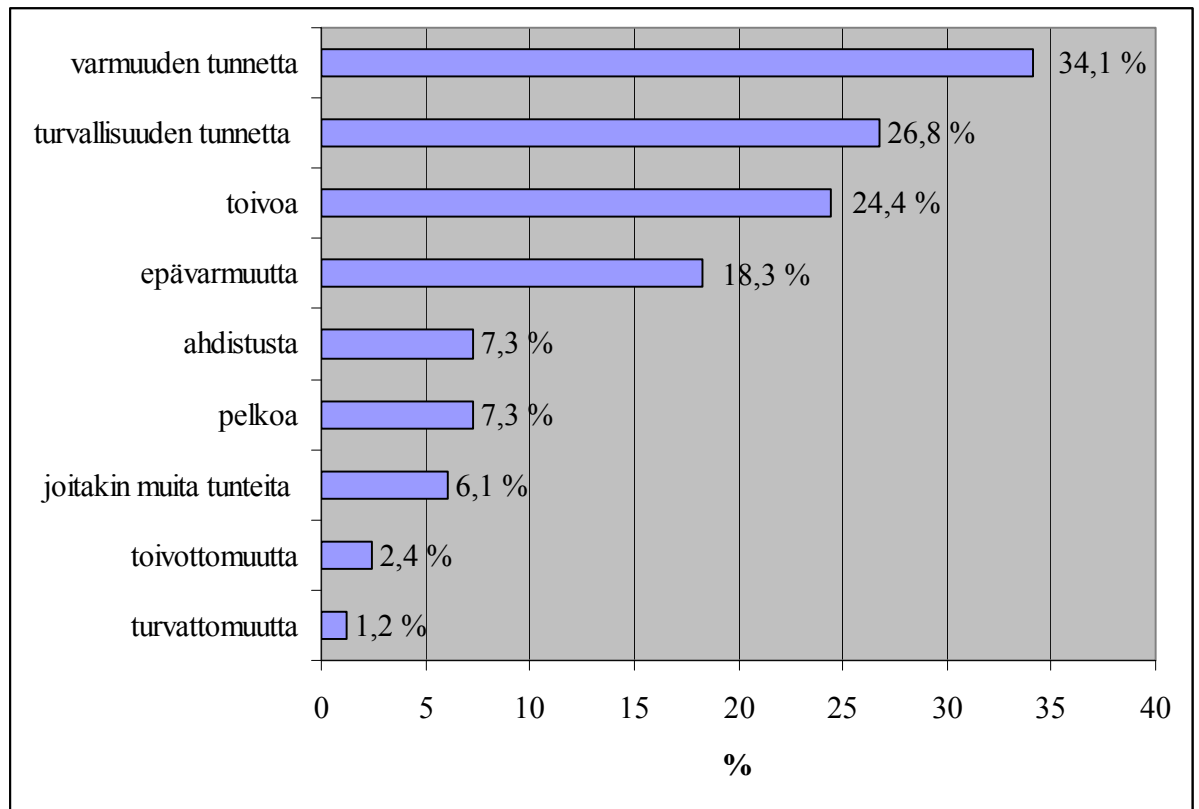
Sairaalaopasteita voitaisiin 9,0 % (f=2) mielestä kehittää lisäämällä opastekyltteihin suomenkielen lisäksi ruotsin- ja englanninkieli. Kehittämisehdotuksia antaneista 4,5 % (f=1) toivoisi sairaalaopasteita enemmän ja selkeämmäksi sairaalan eri puolilta tuleville.

*”Kaikki eivät aja taksilla oven eteen.”*

*”Hissiin selkeä ohje mistä pääsee ulos kun hakeutuu tunnelin kautta --- sairaalaan.”*

#### 7.4 Kokemukset sairaalaympäristössä liikkuesssa

Kysymykseen millaisia tunteita sairaalassa liikkuminen herätti asiakkaiden kulkiessa kirurgian poliklinikalle, vastasi 86,3 % (f=82) kaikista kyselyyn vastanneista. Kysymykseen vastanneissa sairaalassa liikkuminen herätti varmuuden tunnetta 34,1 % (f=28), turvallisuuden tunnetta 26,8 % (f=22), toivoa 24,4 % (f=20) ja epävarmuutta 18,3 % (f=15). Vähemmän sairaalassa liikkuesssa esiintyi pelkoa 7,3 % (f=6), ahdistusta 7,3 % (f=6), toivottomuutta 2,4 % (f=2), turvattomuutta 1,2 % (f=1) ja joitakin muita tunteita 6,1 % (f=5). Muita tunteita, joita heräsi kulkiessa sairaalassa kirurgian poliklinikalle, olivat jännittyneisyys (f=2), kiitollisuus henkilökunnasta (f=1), helpotus (f=1), mielenkiinto uutta sairaalaa kohtaan (f=1) ja rauhallisuus (f=1). (Kuvio 6.)



Kuvio 6. Tunteet, joita asiakkailta heräsi sairaalassa liikkussa.

Vertailtaessa sukupuolten välisiä eroja eri tunteiden kokemisessa voidaan todeta, ettei merkitseviä eroja ole havaittavissa. Ikäryhmien välillä ilmeni eniten eroja ahdistuksen ja epätoivon kokemisessa, muita tunteita koettiin tasapuolisesti kaikissa ikäryhmissä. Asiakas koki epävarmuutta sitä enemmän mitä vanhempi henkilö oli kyseessä eli eniten epävarmuutta ilmeni yli 68-vuotiaiden keskuudessa. Ahdistusta puolestaan kokivat eniten nuorimmat asiakkaat, ikäryhmässä 18-37-vuotiaat, ja vähiten vanhimmat asiakkaat, ikäryhmässä yli 68-vuotiaat.

Kysymykseen millaisia tunteita asiakkailta heräsi liikkussa sairaalassa, jos he kävivät jossakin muualla (esimerkiksi laboratoriossa tai röntgenissä), vastasi 60 % (f=57) kaikista kyselyyn vastanneista. Useimmiten sairaalassa liikkuminen herätti vastaajissa turvallisuuden tunnetta 42,1 % (f=24), varmuuden tunnetta 26,3 % (f=15), toivoa 26,3 % (f=15) ja epävarmuutta 10,5 % (f=6). Vähemmän sairaalassa liikkussa esiintyi ahdistusta 5,3 % (f=3), pelkoa 3,5 % (f=2), toivottomuutta 1,8 % (f=1), turvattomuutta

1,8 % (f=1) ja joitakin muita tunteita 3,5 % (f=2). Muita tunteita joita asiakkailla heräsi, olivat helpotus (f=1) ja rauhallisuus (f=1).

Taustatiedoilla oli vaikutusta ahdistuksen ja epävarmuuden tunteiden kokemiseen liikkussa sairaalassa muille osastoille kuin kirurgian poliklinikalle. 18–37-vuotiaat kokivat eniten ahdistusta, kun yli 38-vuotiailla ahdistusta ilmeni vähemmän. Epävarmuutta koettiin sitä enemmän, mitä vanhempi ihminen oli kyseessä.

Opastuksella voidaan vaikuttaa turvallisuuden tunteen luomiseen sairaalaympäristössä vastaajien mielestä hyvin paljon 37,9 % (f=36), paljon 30,5 % (f=29), jonkin verran 17,9 % (f=17), vähän 3,2 % (f=3) ja ei voida laisinkaan 1,1 % (f=1). 6,3 % (f=6) vastaajista ei osannut sanoa vastausta. Vastaajan sukupuolella tai iällä ei ollut merkitystä kuinka paljon opastuksella voidaan vastaajan mielestä vaikuttaa turvallisuuden tunteen luomiseen sairaalaympäristössä.

## 8 TUTKIMUKSEN LUOTETTAVUUS

Jotta määrällinen tutkimus olisi luotettava, on hyvin tärkeää luoda sellainen mittari, joka on tarkka, täsmällinen ja kuvaa tutkittavaa käsitettä oikein. Tärkeintä on saada mittarin avulla tietoa juuri tutkittavasta asiasta eli tutkimusongelmasta. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 206-207.) Tutkimuksen luotettavuudesta puhuttaessa keskeisiä käsitteitä ovat reliaabelius ja validius. Tutkimuksen reliaabelius tarkoittaa mittaustulosten toistettavuutta eli tutkimuksen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. Validius käsitteellä tarkoitetaan mittarin tai tutkimusmenetelmän kykyä mitata juuri sitä, mitä on tarkoituskin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 226-227.) Tutkimuksen reliaabelius käsittää tutkimuksessamme mittaustulosten toistettavuutta saman sairaalan kirurgian poliklinikalla. Tutkimus voidaan toistaa kyseisessä sairaalassa, mutta kyselyyn vastaajat ovat joka kerta eri henkilöitä. Eri ihmiset kokevat ja tuntevat vieraassa ympäristössä eri tavoin, jolloin tutkimustulokset voivat olla erilaisia.

Laadullisessa tutkimuksessa ydinasioita ovat henkilöiden, paikkojen ja tapahtumien kuvaukset mahdollisimman tarkasti. Laadullisen tutkimuksen aineisto ei pyri olemaan edustava ja yleistettävissä oleva otos perusjoukosta, vaan tietyn ilmiön kuvaus. Tulkinta, joka tehdään tutkimuksesta, on aina tutkijoiden persoonallinen näkemys, johon vaikuttavat omat tunteet ja intuitio. Siksi tulkintaa ei voida toistaa, eikä siirtää toiseen kontekstiin. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 215-216.)

Tutkimusprosessin alussa etsittiin aikaisempia tutkimuksia ja tutustuttiin erilaisiin teoksiin, joiden valinnassa käytettiin lähdekritiikkiä. Aikaisempia tutkimuksia löydettiin vähän, mutta löydettyjen tutkimusten suhteen oltiin valikoivia. Kokoomateoksissa käytetyistä lähteistä etsittiin aina alkuperäisteokset, jotta välttyttiin käyttämästä toisen käden tietoa. Teoriatiedon pohjalta muotoiltiin tutkimusongelmat. Kyselylomakkeen kysymykset luotiin tutkimusongelmien ja teoreettisen viitekehyksen pohjalta, vastaamaan tutkimusongelmiin.

Tutkimuksen luotettavuuteen liittyy kyselylomakkeen luomisen onnistuminen. Kyselylomakkeen haittoina voidaan pitää seuraavia asioita; kyselylomakkeella ei voida varmistua suhtautuvatko vastaajat vakavasti tutkimukseen, eikä voida varmistua siitä miten onnistuneita annetut vastausvaihtoehdot ovat vastaajien näkökulmasta. Vastaajista ei myöskään tiedetä ovatko he selvillä tutkittavasta aihealueesta tai ovatko he perehtyneet siihen enemmänkin. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 190.)

Tutkijat olivat itse jakamassa kyselylomakkeita kirurgian poliklinikan asiakkaille. Tutkijat valitsivat asiakaskunnasta kohderyhmän kriteerit täyttävät asiakkaat havainnoimalla. Siten ei voitu täysin varmistua siitä, että vastaajat täyttivät kohderyhmän kriteerit. Asiakkaissa, jotka kieltäytyivät vastaamasta kyselyyn tai joille tutkijat eivät antaneet mahdollisuutta osallistua tutkimukseen, saattoi olla eksyksissä olleita asiakkaita. Tällä joukolla olisi voinut olla myös hyviä opasteita koskevia kehittämisehdotuksia tai heillä esiintyneet tunteet sairaalassa liikkuesssa olisivat voineet olla erilaisia. Asiakkailta ei erikseen kysytty luku- ja kirjoitustaidon hallintaa tai suomenkielen osaamista, koska tämän oletettiin käyvän ilmi tutkijoiden ohjatessa asiakasta kyselylomakkeen täyttämässä. Tutkijoiden ohjatessa asiakasta



kyselylomakkeen täyttämässä asiakkaalle kerrottiin, että hänen tulee selviytyä lomakkeen täyttamisestä itsenäisesti, eivätkä tutkijat voi kirjoittaa hänen puolesta vastauksia lomakkeeseen. Ohjauksen lisäksi asiakkaat saivat kyselylomakkeen yhteydessä saatekirjeen, jossa kerrottiin tutkimuksesta ja siihen osallistumisesta (Liite 2).

Tutkimuksen luotettavuuden arviointi kohdistuu tutkimusaineiston keräämiseen, aineiston analysointiin ja tutkimuksen raportointiin. Aineistoa analysoitaessa aineistoa ei pakotettu tiettyyn kehikkoon, vaan analysointi tehtiin tutkimusaineiston perusteella. Sisällönanalyysi tapahtui tutkimusaineiston pohjalta luokittelemalla avoimien kysymysten vastaukset tutkimusongelmien mukaisesti yhteneviin ryhmiin. Suoria lainauksia esitettiin tutkijoiden analyysin tueksi. Monivalintakysymykset syötettiin huolellisuutta ja tarkkuutta noudattaen SPSS -ohjelmaan. Aineiston analysointi tehtiin huolella ja aikaa käyttäen, jotta välttyttiin virheiltä.

Tutkimusta raportoitaessa pyrittiin selkeyteen, siten että raportti voidaan arvioida ja toistaa. Raportti kirjoitettiin niin, että lukijan olisi helppo seurata tutkijoiden päättelyä ja arvioida sitä. Lukija pyrittiin vakuuttamaan, että tutkijoiden tekemät ratkaisut ovat oikeutettuja, muodostetut luokat ovat perusteltuja ja tutkimuksen kulku on luotettavaa.

## 9 TUTKIMUKSEN EETTISYYS

Tutkimusetiikan kannalta hyvin tärkeitä asioita on käsitelty muun muassa Helsingin julistuksessa vuodelta 1964. Esimerkiksi seuraavat seikat: 1) Tutkimus ei saa vahingoittaa tutkittavaa fyysisesti, psyykkisesti tai sosiaalisesti. 2) Tutkimuksesta saatava hyöty on oltava huomattavasti suurempi kuin haitta. 3) Tutkimukseen osallistuminen on oltava vapaaehtoista ja tutkimukseen osallistuvien tulee voida keskeyttää osallistuminen koska tahansa. 4) Vastuu tutkimuksesta on tutkimuksen johtajalla. 5) Kokeellisessa tutkimuksessa on tiedostettava esimerkiksi milloin

tutkittavia voi manipuloida ja onko toimenpide mahdollisesti eettisesti oikein. (Suomen Lääkäriliitto 2008.)

Tutkimuksen tarkoitus on tuottaa tietoa ympäröivästä maailmasta. Peruskysymyksenä on mitä valitaan tutkittavaksi ja mitä ei. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 1998, 28.) Tutkijat ovat rajanneet ja kuvanneet näkökulman tällä kertaa potilaiden ja omaisten näkökulmaan. Tieteellisen tutkimuksen eettinen hyväksyttävyyys, luotettavuus ja tulosten uskottavuus edellyttävät, että tutkimus tehdään noudattaen hyvää tieteellistä käytäntöä. Vilppi ilmeni sepittämisenä, havaintojen vääristämisenä, luvattomana lainauksena tai anastamisena. Työssä noudatetaan rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta. Hyvän tieteellisen käytännön mukaisesti käytetään tieteellisesti ja eettisesti kestäviä tiedonhankinta-, tutkimus-, raportointi- ja arviointimenetelmiä. Opinnäytetyössä ei vähätellä tutkijoiden osuuksia, viitataan aiempiin tutkimuksiin, tulokset kirjataan ja käsitellään täydellisesti. (Leino-Kilpi & Välimäki 2003, 287-288; Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 2007.)

Tutkimukseen osallistuneiden henkilöllisyyttä ei voida selvittää, eikä lähiympäristö voi tunnistaa heitä. Asiakkaat ovat vastanneet kyselylomakkeisiin nimettöminä, lomakkeessa ei ole kysytty päivämäärää, jolloin he ovat käyneet kirurgian poliklinikalla ja he palauttivat vastaukset suljetussa kirjekuoressa palautuslokeroon. Näin taataan tutkimukseen osallistuneiden anonymitteetti koko tutkimusprosessin ajan. Vastatut kyselylomakkeet hävitetään polttamalla opinnäytetyön valmistuttua keväällä 2008. Tutkimusluvut on hankittu asianmukaisesti sairaanhoitopiiriin vaatimalla tavalla (Liite 1).

## 10 JOHTOPÄÄTÖKSET JA POHDINTA

Tutkimuksen tarkoituksena oli kartoittaa potilaiden ja omaisten kokemuksia erään sairaalan kirurgian poliklinikalle johtavien opasteiden toimivuudesta. Tarkoituksena oli selvittää millaisia ovat toimivat opasteet ja miten tämän hetkisiä opasteita voitaisiin

kehittää, luomatta kuitenkaan malliopastetta. Tavoitteena oli kartoittaa ja kuvailla asiakkailta herääviä tunteita sairaalassa liikkuesssa. Tutkimuksella pyritään tuomaan käyttäjälähtöistä näkökulmaa tulevaisuuden sairaalatiilojen suunnitteluun ja nostamaan esille vähän tutkittua aihealuetta.

Aiheen valinta lähti liikkeelle sairaalan hoitohenkilökunnan kokemuksista, että asiakkaat ovat usein eksyksissä sairaalarakennuksessa. Tutkimusaihe rajattiin sairaalan sisällä sijaitseviin opasteisiin. Tutkimuskohteeksi valitsimme kirurgian poliklinikan, koska siellä käy paljon asiakkaita päivittäin polikliinisessa tarkastuksessa ja he kulkevat poliklinikalle itsenäisesti. Koimme hyväksi tutkimuskohteeksi kirurgiset potilaat, koska heillä sairauden tuomat tunteet eivät välttämättä ole niin voimakkaita kuin esimerkiksi syöpäsairailta potilailla.

Kyselyitä jaettiin sadalle kirurgian poliklinikan asiakkaalle, joista 98 vastasi kyselyyn. Kolme kyselylomaketta jouduttiin hylkäämään, koska vain taustatietoihin oli vastattu. Tutkimuksen vastausprosentti oli erinomainen 95 prosenttia. Hyvään vastausprosenttiin saattoi vaikuttaa se, että tutkijat olivat itse jakamassa kyselylomakkeita tutkimuksen kohteena olevalla poliklinikalla, mikä mahdollisesti herätti luottamusta asiakkaissa ja tällä tavalla karsiutui pois asiakkaita, jotka olisivat mahdollisesti jättäneet vastaamatta kyselyyn. Tutkijat pystyivät jakamaan kyselylomakkeet kirurgian poliklinikan asiakkaille, jotka täyttivät kohderyhmän kriteerit ja olivat halukkaita vastaamaan kyselyyn. Näillä keinoilla minimoitiin riskit, että asiakas jättäisi vastaamatta kyselyyn. Kyselylomakkeen kysymysten määrällä saattoi olla vaikutusta siihen, että asiakas jaksoi vastata kyselyyn. Poliklinikan odotusaula oli kyselylomakkeiden jakopaikkana hyvin otollinen. Asiakkailta oli riittävästi aikaa vastata kyselyyn odottaessaan pääsyä vastaanotolle, vaikka toisaalta todennäköisin syy tutkimuksesta kieltäytymiseen oli asiakkaiden kokemus siitä, että heillä ei ole tarpeeksi aikaa kyselyyn vastaamiseen. Saimme aineistosta melko laajan, mutta koska tutkimme vain kirurgian poliklinikalle johtavia opasteita, emme voi yleistää tuloksia. Vastaajien mielipiteet olivat kuitenkin melko samansuuntaisia, joten tuloksista saadaan osviittaa siihen millainen on toimiva sairaalaopastus.

Tutkimukseen osallistuneiden taustatietoja, joita selvitettiin, olivat vastaajan ikäryhmä, sukupuoli, käyntikertojen lukumäärä sairaalarakennuksessa ja kirurgian poliklinikalla. Vastaajien sukupuolijakauma oli melko tasavertainen miesten ja naisten välillä. Tutkimustuloksista käy ilmi, ettei vastauksissa juurikaan ollut sukupuolten välisiä eroja. Vastaajat luokiteltiin kolmeen ikäryhmään 18-37-vuotiaat, 38-67-vuotiaat ja yli 68-vuotiaat. Keski-ikäisiä vastaajia osallistui tutkimukseen huomattavasti eniten (57,9 %), mutta toisaalta tässä ikäryhmässä oli suurin ikähaarukka, joten luokittelemalla vastaajat toisenlaisiin ikäryhmiin olisi voitu saada erilaisia tuloksia. Asiakkaista vähän alle yksi viidesosa kuului nuorimpaan ikäryhmään ja yksi neljäsosa vanhimpaan ikäryhmään. Ikäryhmien välillä oli havaittavissa pieniä vastauseroja.

Tutkimukseen osallistuneista asiakkaista neljä viidestä oli käynyt aikaisemmin sairaalarakennuksessa ja kaksi kolmesta oli käynyt aikaisemmin kirurgian poliklinikalla, mikä helpottaa perille löytämistä. Jos otos olisi rajattu vain asiakkaisiin, jotka ovat käymässä kirurgian poliklinikalla ensimmäistä kertaa, olisi voitu ehkä saada enemmän eksyksissä olleita asiakkaita tai he olisivat vielä useammin kysyneet neuvoa jostakin. Tällöin asiakkaiden kokemat tunteet olisivat voineet olla erilaisia ja niiden esiintyvyys olisi voinut olla erilaista. Toisaalta tutkimustuloksista käy ilmi, ettei sillä ollut juurikaan merkitystä asiakkaan kokemusmaailman kannalta, oliko asiakas käymässä sairaalarakennuksessa tai kirurgian poliklinikalla ensimmäistä, toista tai useampaa kertaa.

### 10.1 Asiakkaiden kokemukset sairaalaympäristössä liikkumisesta

Merkittävä osa vastaajista koki löytäneensä todella helposti tai helposti perille kirurgian poliklinikalle. Vain yksi henkilö oli eksynyt tai kokenut perille löytämisen kirurgian poliklinikalle erittäin vaikeaksi. Asiakkaan taustatiedoilla ei ollut merkitystä perille löytämisen kannalta.

Kirurgian poliklinikalle saatettiin löytää helposti, koska melkein kaikki asiakkaat olivat saaneet tulo-ohjeita etukäteen. Vain kahdeksan henkilöä oli sitä mieltä, ettei ollut saanut tulo-ohjeita etukäteen. Nämä eivät ole vertailukelpoisia ryhmiä keskenään, koska tulo-

ohjeita saaneita oli yli kymmenkertainen määrä suhteessa tulo-ohjeita saamattomiin. Kolme neljästä oli saanut tulo-ohjeita paperiversiona. Paperiversiolla tarkoitettiin kutsukirjettä, jossa oli sairaalarakennuksen kartta liitteenä. Kaksi asiakasta mainitsi, että ruotsinkielisessä kutsukirjeessä oli ollut väärä kerros ja osaston numero. Tämä saattoi hankaloittaa ruotsinkielisen kutsukirjeen saaneiden henkilöiden perille löytämistä ja liikkumista sairaalaympäristössä, sekä vaikuttaa heidän kokemuksiinsa. Muutamat asiakkaat olivat saaneet tulo-ohjeita puhelimitse, internetistä tai muulla tavalla. Etukäteen annetut tulo-ohjeet saattoivat olla niin kattavat, ettei asiakkaan tarvinnut juurikaan seurata sairaalarakennuksen opasteita, jolloin asiakas saattoi kokea perille löytämisen helpoksi riippumatta siitä kuinka toimivia sairaalaopasteet olivat.

Noin puolet asiakkaista oli kysynyt neuvoa löytääkseen perille paikanpäällä. Neuvoa oli pääasiassa kysytty neuvonnasta, mutta neuvoa oli saatu myös henkilökunnalta ja muilta henkilöiltä, sekä yksi asiakas kertoi käyttäneensä navigaattoria. Muutama henkilö halusi lisätä, että kysyi neuvoa neuvonnasta vain varmistuakseen oikeasta reitistä. Tämä saattoi olla useammankin asiakkaan syy kysyä ohjeita neuvonnasta. Kaikkeen ihmisen toimintaan liittyy epävarmuus, joka voi olla epätietoisuutta tulevista tapahtumista (Niemelä & Lahikainen (toim.) 2000, 42). Jonka vuoksi toiset haluavat epävarmuuden tilassa kysyä neuvoa varmuuden vuoksi. Neuvonta oli sijoitettu sairaalarakennuksessa heti pääoven luokse ja se oli selkeästi opasteissa, mikä saattoi johdattaa useat asiakkaat kysymään neuvoa sieltä löytääkseen perille (Kuva 5). Hyvin annettu neuvonta kirurgian poliklinikalle saattoi vähentää asiakkaiden tarvetta selvittää itse reitti opasteiden avulla kirurgian poliklinikalle, mikä puolestaan saattoi lisätä positiivisia kokemuksia sairaalaympäristössä liikkuesssa.



Kuva 5. Näkymä sairaalan pääovelta sisään tultaessa.

Ikäryhmiä vertailtaessa yli 68-vuotiaat kysyivät useimmiten neuvoa löytääkseen perille kirurgian poliklinikalle. Heistä jopa kaksi kolmasosaa halusi varmistua reitistä neuvoa kysymällä. Tämä johtunee siitä, että vanhemman ihmisen on vaikeampi sopeutua uuteen ympäristöön ja kokee sen eritavalla haastavaksi kuin nuorempi asiakas. Vieraassa ympäristössä iäkäs ihminen ei kehitä selviytymiskeinoja samalla tavalla kuin tutussa ympäristössä. Selviytymiskeinoihin vaikuttavat yksilön sisäiset ja ulkoiset tekijät. Sisäisiä tekijöitä voivat olla asiakkaan ymmärrys, motivaatio ja elämänhallinta ja ulkoisina tekijöitä ympäröivät olosuhteet, kuten asiakkaan sairaudet ja fyysiset rajoitukset. (Valvanne 2001, 343, 345.)

Kirurgian poliklinikan lisäksi jossakin muualla oli käynyt noin puolet asiakkaista. Asiakkaat kävivät enimmäkseen röntgenissä, toiseksi eniten laboratorioissa ja jossakin muualla kävi yksi viidesosa kysymykseen vastanneista. Näistä asiakkaista vain alle puolet (46,3 %) vastasi kysymykseen kuinka helposti he olivat löytäneet takaisin

kirurgian poliklinikalle käytyään muualla. Vastaajat kokivat löytäneensä takaisin todella helposti tai helposti ja muutaman mielestä se ei ollut juuri vaikeaa eikä helppoa. Näin ollen voidaan otaksua, että opastus kirurgian poliklinikalle toimii hyvin. Näitä tuloksia ei kuitenkaan voida pitää luotettavina, koska 53,7 % muualla käyneistä asiakkaista ei kommentoinut kuinka helposti oli löytänyt takaisin kirurgian poliklinikalle.

## 10.2 Asiakkaiden kokemukset sairaalaopasteiden toimivuudesta

Tutkimukseen osallistuneet kirurgian poliklinikan asiakkaat olivat sitä mieltä, että opastus kirurgian poliklinikalle toimii hyvin. Jopa neljä viidesosaa asiakkaista koki opasteet erittäin toimiviksi tai toimiviksi. Asiakkaiden kokemuksia sairaalaopasteista haluttiin selvittää mahdollisimman tarkasti. Tutkimuksessa kartoitettiin asiakkaiden mielipiteitä siitä mikä opasteissa toimii ja mikä tekee niistä ongelmallisia.

Suurin osa vastaajista oli sitä mieltä, että opasteista teki toimivia niiden suuri tekstikoko. Suurimmaksi ongelmaksi sairaalaopasteiden toimivuudessa koettiin niiden vaikeasti havaittavat värit. Muutamien vastaajien mielestä opasteista teki ongelmallisia myös niiden huono valaistus. Kaksi vastaajaa mainitsi kirurgian poliklinikalle johtavien opasteiden olevan liian pieniä ja epäjohdonmukaisia. Asiakkaat olivat yleisesti sitä mieltä, että opasteita oli riittävästi ja ne olivat helposti havaittavissa paikoissa.

Pari vastaajaa koki opasteet ongelmallisiksi, koska ei havainnut niissä ruotsinkieltä. Tutkimistamme sairaalaopasteista löytyy kuitenkin opastus suomeksi ja ruotsiksi. Mahdollisesti he eivät ole huomanneet ruotsinkieltä opasteissa, koska se on aina suomenkielisen tekstin alapuolella. Nämä vastaajat ovat voineet myös ymmärtää kysymyksen väärin, jos heillä ei ollut riittävästä suomenkielentaitoa.

Opasteiden sijoittelukorkeus (sijoitus riittävän ylös/alas) jakoi mielipiteitä; toiset pitivät opasteita sen vuoksi toimivina ja toiset ongelmallisina. Muuten sairaalaopasteiden sijoittelu nykytavalla koettiin toimivaksi. Melkein kukaan asiakkaista ei ollut havainnut opasteiden edessä olevia näköesteitä. Kaksi asiakasta oli havainnut opasteiden edessä näköesteitä, mikä johtunee eri kulkureitistä kirurgian poliklinikalle. Puolet asiakkaista

oli sitä mieltä, että heistä lähtöisin oleva syy vaikutti opasteiden havaitsemiseen. Havaitsemiseen vaikuttavaksi suurimmaksi syyksi nousi asiakkaiden oma vireystila. Muutama asiakas mainitsi huonon näkökyvyn vaikuttaneen opasteiden havaitsemiseen.

Kehittämisehdotuksia sairaalaopasteiden parantamiseen antoi vain yksi neljäsosa tutkimukseen osallistuneista. Vähäinen vastausprosentti saattoi johtua monista eri tekijöistä. Kysymys saatettiin kokea vaikeaksi, vastaajalla ei ollut aikaa paneutua asiaan tai hän ei vain halunnut vastata kysymykseen. Avointen kysymysten yksi huonopuoli onkin, että niihin jätetään usein vastaamatta tai ne ovat epätarkkoja (Valli 2007, 124). Tuloksia ei voida pitää tämän kysymyksen suhteen yleistettävänä, koska vastaajia oli vain 22 (n=95). Osa vastaajista koki, ettei opasteissa ole kehitettävää, vaan ne toimivat sellaisenaan hyvin. Suurin osa kehittämisehdotuksista koski opasteiden värien muuttamista. Nykyisiin harmaa-mustiin opasteisiin kaivattiin lisää ja kirkkaampia värejä. Ainakin yhdeltä vastaajalta oli jäänyt huomaamatta opastetaulu, jossa olisi esitetty kaikki sairaalan osastot, koska hän ehdotti sairaalarakennuksen kerrostaulua pääoven luokse. Tämä saattaa kertoa huonosta opastekartan sijoituspaikasta.

Osa vastaajista antoi ideoita uusiin opastusmenetelmiin sairaalan sisäopastukseen. Asiakkaat toivoivat osastokohtaisia värikoodeja, jotka jatkuisivat koko matkan osastolle asti ja lattioihin merkittyjä väri viivoja. Tämä voi kertoa siitä, että osa asiakkaista on käynyt muissa sairaaloissa ja he ovat kokeneet siellä olevan opastuksen hyväksi. Peltolan ja Salmisen tutkimustuloksista (2007) käy ilmi, että asiakkaat toivovat selkeitä ja käytännöllisiä opasteita ja toimintaohjeita hammashoitotiloihin. Tutkimustuloksemme kirurgian poliklinikalla ovat osittain samansuuntaisia, parannuksia kaivataan, mutta enemmistö asiakkaista on tyytyväinen nykyiseen opastukseen.

### 10.3 Asiakkailta heränneet tunteet sairaalassa liikkuesssa

Asiakkaan kulkiessa sairaalaympäristössä kirurgian poliklinikalle, asiakas seuraa opasteita päästäkseen perille. Sairaalaympäristö itsessään voi herättää erilaisia tunteita asiakkaassa, kuten myös asiakkaasta lähtöisin olevat sairauden tai fyysisen rajoittuneisuuden aiheuttamat tunteet. Näitä tunteita voi olla vaikea erotella tunteista,



joita sairaalassa liikkuminen herättää. Jos sairaalaopastus ei kuitenkaan ole toimiva, asiakkaalla saattaa herätä epävarmuuden, pelon, ahdistuksen, toivottomuuden tai turvattomuuden tunnetta. Kun sairaalaopastus on aukoton, sitä on helppo seurata ja muutenkin opastus toimii, asiakas voi tuntea turvallisuuden tunnetta, varmuutta ja toivoa. Elovaaran ja Kaunelan tutkimuksessa (2004, 34) käsitellään kirurgisen potilaan tunnemaailmaa preoperatiivisessa vaiheessa. Tutkimustuloksista käy ilmi, että pelon tunne on hyvin yleistä potilaiden keskuudessa. Muita tunteita kuten ahdistusta, epävarmuutta, epätoivoa, kärsimättömyyttä tai toivottomuutta ilmeni vähän. Positiivisista tunteista toivoa tunsivat monet.

Kirurgian poliklinikan asiakkaat kokivat, että opastuksella voidaan vaikuttaa turvallisuuden tunteen luomiseen sairaalaympäristössä. Sairaalassa liikkeessä asiakkailla heräsi eniten positiivisia tunteita; varmuutta, turvallisuutta ja toivoa. Tätä voisi pitää merkinä onnistuneesta sairaalaopastuksesta kirurgian poliklinikalle ja sieltä tutkimusyksikköihin tai hyvistä etukäteen annetuista tulo-ohjeista ja neuvonnasta.

Ikäikämmissä ihmisillä ilmeni sairaalassa liikkeessä huomattavasti enemmän epävarmuuden tunnetta, kuin nuoremmilla ja keski-ikäisillä. Vastaavanlaisia tuloksia ilmeni Iireen (1999, 83) tutkimustuloksissa. Hänen tutkimustulokset osoittivat potilaan taustatiedoilla olevan merkitystä muun muassa epävarmuuden kokemiseen (Iire 1999, 72). Ikäryhmässä 18–37-vuotiaat ilmeni ahdistusta enemmän kuin muissa ikäryhmissä. Muiden tunteiden kokemisessa ei ollut merkittäviä eroja eri-ikäisten asiakkaiden välillä.

Asiakkaiden sairaudesta peräisin olevat tunteet tai tilanteen jännitys saattoi vaikuttaa kyselyyn vastaamiseen. Osa kyselylomakkeista oli täytetty vajavaisesti, siten että vastaamatta jätettyjä kysymyksiä oli useitakin yhdessä lomakkeessa. Kysymyksiin, joihin jätettiin vastaamatta, olivat usein samoja eri vastaajilla. Kyselylomakkeessa havaittiin näin jälkikäteen muutama huonosti muotoiltu kysymys. Kysymyksestä 12 puuttuu vastausvaihtoehto ”en koe, että opasteet ovat ongelmallisia”. Kysymykseen 17 olisi voinut lisätä vastausvaihtoehdon ”ei ollut mitään, mikä olisi vaikuttanut opasteiden havaitsemiseen” (Liite 2). Tulosten käsittelyn kannalta olisi voinut olla parempi, että

olisi kysytty vastaajien tarkkaa ikää, koska silloin olisi pystytty luokittelemaan ikäryhmät tasaisemmiksi ryhmiksi.

Mielestämme tutkimusaiheemme on hyvin ajankohtainen, koska tällä hetkellä on menossa monia sairaalasuunnitteluprojekteja ja uusia sairaaloita rakennetaan jatkuvasti nykyisten sairaaloiden käydessä vanhoiksi. Tutkimuksemme toimisi hyvänä pohjana jatkotutkimuksille, koska aihealue on vähän tutkittu. Jatkotutkimuksia voitaisiin toteuttaa esimerkiksi havaintotutkimusmenetelmällä, jossa seurataan asiakkaan liikkumista sairaalaympäristössä. Näkökulmana uuteen tutkimukseen voisi olla erityiskäyttäjryhmien, kuten liikuntarajoitteisten, näkö- tai kuulovammaisten, huomioiminen opastuksessa. Tutkimusaiheena voisi olla myös eri kulttuuritaustojen vaikutus sairaalaympäristön kokemiseen. Jatkotutkimuksen otos voitaisiin rajata vain ensimmäistä kertaa sairaalaan tuleviin asiakkaisiin.

Tutkimusta tehdessämme perehdyimme laajasti hoitotyön perusajatuksiin muun muassa Kimin, Yuran ja Nightingalen teoksien avulla. Nämä teokset eivät sisällä koulutuksemme perusopetukseen, joten tietomme hoitotyön perusajatuksista on syventynyt. Perehdyimme myös meille uusiin psykologian osa-alueisiin, joita sovelsimme hoitotyöhön. Tämän avulla osaamme tarkastella potilasta paremmin osana hoitoympäristöä ja pystymme ymmärtämään ympäristön vaikutusta potilaan kokemusmaailmaan. Saimme myös olla mukana mielenkiintoisessa sairaalasuunnitteluprojektissa, mikä opetti meille projektityöskentelyä ja motivoi meitä tutkimuksemme eri vaiheissa.

## LÄHTEET

Aura, S., Horelli, L. & Korpela, K. 1997. Ympäristöpsykologian perusteet. 1.painos. Porvoo: WSOY.

Aust, S. 2006. In Search of...Wayfinding. [viitattu 25.3.2008].  
<http://www.signweb.com/index.php/channel/6/id/1426>.

Becman, S., Boxley-Harges, S., Bruick-Sorge, C., Matthews Harris, S., Hermiz M., Meiningner, M. & Steinkeler, S. 1994. Järjestelmämalli. Teoksessa Marrine-Tomey, A. Hoitotyön teoreetikot ja heidän työnsä. Helsinki: Sairaanhoidajien koulutussäätiö, 262.

Bowman, G. 2001. Emotions and illness. *Advanced Nursing*. Volume 34(2), 256-263. [viitattu 23.3.2008].  
<http://ovidsp.uk.ovid.com.ezproxy.turkuamk.fi/spa/ovidweb.cgi#117>.

Conner, S., Harbour, L., Magers, J. & Watt J. 1994. Käyttäytymisjärjestelmämalli. Teoksessa Marrine-Tomey, A. Hoitotyön teoreetikot ja heidän työnsä. Helsinki: Sairaanhoidajien koulutussäätiö, 225.

Ell, K 1996. Social networks, social support and coping with serious illness: the family connection. *Social Science & Medicine* 42(2):173-183. [viitattu 22.3.2008].  
<http://ovidsp.uk.ovid.com.ezproxy.turkuamk.fi/spa/ovidweb.cgi?&S=JPDBPDDJKFHFJBGLFNILHFJHCHPPAA00&Complete+Reference=S.sh.48%7c12%7c1>.

Elovaara, T. & Kaunela, S. 2004. Kirurgisen potilaan tiedontarve preoperatiivisessa hoitovaiheessa. Opinnäytetyö. Turku: Turun ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma.

Engeström, R. 2003. Sairauden kokemisen moniäänisyys terveydenhuollossa. Teoksessa Honkasalo, M-L., Kangas, I. & Seppälä, U. (toim.) *Sairas, potilas, omainen näkökulmia sairauden kokemiseen*. Helsinki: Suomalaisen kirjallisuuden seura.

Eräsaari, R. 2002. Kuinka turvaton on riittävän turvallinen? Kunnallissalan kehittämissäätiön Polemia-sarjan julkaisu nro 46. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.

Haq, S. & Zimring, C 2003. Wayfinding in large hospitals. [viitattu 25.3.2008].  
[http://www.informedesign.umn.edu/Rs\\_detail.aspx?rsId=1544#](http://www.informedesign.umn.edu/Rs_detail.aspx?rsId=1544#).

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.

HospiTool 2007. HospiTool Käyttäjälähtöinen sairaalatila – projekti. Projektiesite. [viitattu 21.10.2007]. [http://hospitool.vtt.fi/files/hospitool\\_fin\\_08052007\\_lowres.pdf](http://hospitool.vtt.fi/files/hospitool_fin_08052007_lowres.pdf).

Hovi, S-L. 1990. Fyysinen ympäristö potilaan toiminnan rajoittajana. Pro gradu-tutkielma. Turku: Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Iire, L. 1999. Potilas ja sairaudesta aiheutuva epävarmuus. Turun yliopiston julkaisuja. Sarja C -osa 147. Turku: Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos.

Kim, H. S. 1983. The nature of theoretical thinking in nursing. Connecticut: Appleton-Century-Crofts.

Kotkavirta, J. 2002. Kokemuksen ehdot ja hahmot: Kritik der reiner Vernunft ja Phänomenologie des Geites. Teoksessa Haaparanta, L. & Oesch, E. (toim.) Kokemus. Tampere: Tampereen yliopistopaino Juvenes Print Oy, 15–16.

Könkkölä, M. 2003. Esteetön asuinrakennus. Invalidiliitto ry. Pieksämäki: RT-Print Oy.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2003. Etiikka hoitotyössä. Juva: WSOY.

Lind, K. 2007. Esipuhe. Teoksessa Nurmela, T. (toim.) Saumaton malli ortopedisten potilaiden hoitoon -selviytymisapua tekonivelleikkauspotilaille koko hoitoketjun ajan. Turku: Turun ammattikorkeakoulu, 6-7.

Niemelä, P. & Lahikainen, A. (toim.) 2000. Inhimillinen turvallisuus. Tampere: Vastapaino.

Niemelä, P., Kainulainen, S., Lahtinen, H., Pääkkönen, J., Rusanen, T., Ryytänen, U., Widgren, E., Vornanen, R., Väisänen, R. & Ylinen, S. 1997. Suomalainen turvattomuus. Inhimillisen turvattomuuden yleisyys, perusolot ja tyypittely – haastattelututkimus 1990-luvun Suomessa. Helsinki: Sosiaali- ja terveysturvan keskusliitto.

Nightingale, F. 1960. Sairaanhoidosta. Englanninkielisestä alkuteoksesta Notes on nursing (1859). Suomentanut Aune Brotherus. Helsinki: WSOY.

Nurmela, T. (toim.) 2007. Saumaton malli ortopedisten potilaiden hoitoon – selviytymisapua tekonivelleikkauspotilaille koko hoitoketjun ajan. Turku: Turun ammattikorkeakoulu, 8.

Näkövammaisten keskusliitto ry 2007. Kyltit. [viitattu 21.10.2007].  
<http://www.nkl.fi/tietoa/esteettomyys/kyltit.htm>.

Oland, L. 1990. Oman alueen ja tilan tarve. Teoksessa Yura, H. & Walsh, M.B. (toim.) Inhimilliset tarpeet ja hoitotyö 1. Juva: WSOY, 119, 125, 130, 164.

Onkalo, P. 2001. Ympäristö mielissämme. Mielenterveys – mielenterveyden asiantuntijalehti (6), 19–20.

Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1998. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.

Peltola, P. & Salminen, T. 2007. Keskitetty ajanvaraus Palokan terveydenhuollon kuntayhtymän suun terveydenhuollossa – asiakastytytyväisyyskysely. Opinnäytetyö.

Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu. [viitattu 12.11.2007].  
<https://oa.doria.fi/bitstream/handle/10024/6279/TMP.objres.586.pdf?sequence=1>.

Pietarinen, J. 2002. Descartes ja tunteiden kokeminen. Teoksessa Haaparanta, L. & Oesch, E. (toim.) Kokemus. Tampere: Tampereen yliopistopaino Oy, 236- 237.

Rakennustietosäätiö 1998. Esteetön rakennus ja ympäristö. Kaikille soveltuva liikkumis- ja toimimisympäristö. Suunnitteluopas. Tampere: Tammer-Paino Oy.

Ranta-Tyrkkö, S. & Ropo, A. (toim.) 2003. Turvallista hyvinvointia. Tampere: Tampereen Yliopistopaino Oy.

Rihlana, S. 1997. Värien ja valaistuksen vaikutus ihmiseen. Teoksessa Kokkola, A. & Kotilainen, H. (toim.) Pieni on kaunista –projekti vuosina 1994-1996. Helsinki: Suomen kuntaliitto, 61,63.

Ross, C. & Mirowsky, J. 2008. Age and the balance of emotions. [Viitattu 20.3.2008]  
[http://www.sciencedirect.com/science?\\_ob=ArticleURL&\\_udi=B6VBF-4S1SJR41&\\_user=10&\\_rdoc=1&\\_fmt=&\\_orig=search&\\_sort=d&view=c&\\_acct=C000050221&\\_version=1&\\_urlVersion=0&\\_userid=10&md5=39a1142c3ea3de6a96235772aa9b7a9d](http://www.sciencedirect.com/science?_ob=ArticleURL&_udi=B6VBF-4S1SJR41&_user=10&_rdoc=1&_fmt=&_orig=search&_sort=d&view=c&_acct=C000050221&_version=1&_urlVersion=0&_userid=10&md5=39a1142c3ea3de6a96235772aa9b7a9d)

Salanterä, S. 1997. Hoitotieteen tietoaalueet: Kimin typologia. Turku: Turun yliopisto.

Salo, O. & Tuunainen, K. 1996. Da Capo –alusta uudelleen. Kliininen psykologia. Hämeenlinna: Karisto oy.

Schwartz-Barcott, D. 1999. Adaptation as a Basic Conceptual Focus in Nursing Theories. Teoksessa Kim, H. S. & Kollak, I. (toim.). Nursing theories conceptual and philosophical foundations. United States of America. New York: Springer Publishing Company, 15-17.

Scientific Research Unit (SRU) 2008. Guidelines. The built environment of public access terminals. [viitattu 20.3.2008].  
[http://www.tiresias.org/guidelines/pats\\_built\\_environment.htm](http://www.tiresias.org/guidelines/pats_built_environment.htm).

Siltala, S., Korhonen, J., Tarvainen, A-L., Karhunen, M., Laine, H., Rainio, A-M., Setälä, M. & Ojanen, J. 2006. Liikennemerkkien käyttö kaduilla. Suomen Kuntaliitto. Kerava: Savion kirjapaino Oy.

Suomen Lääkäriliitto 2008. Maailman lääkäriiiton Helsingin julistus. [viitattu 20.2.2008]. <http://www.laakariliitto.fi/etiikka/helsinginjulistus.html>.

Suominen, T. & Leino-Kilpi, H. 1997 (toim.). Lyhytkirurginen potilas terveydenhuollon asiakkaana. STAKES –raportteja 210. Jyväskylä: Gummerus.

Valli, R. 2007. Kyselylomaketutkimus. Teoksessa Aaltola, J. & Valli, R. (toim.). Ikkunoita tutkimusmetodeihin: 1 Metodien valinta ja aineiston keruu. Jyväskylä: P-S-Kustannus, 124.

Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE) 2007. Tutkimuksen eettinen arviointi Suomessa. [viitattu 31.10.2007]. [http://www.etene.org/dokumentit/Tutk\\_eettinen\\_arv\\_FIN+SWE26062006.pdf](http://www.etene.org/dokumentit/Tutk_eettinen_arv_FIN+SWE26062006.pdf).

Valvanne, J. 2001. Geriatrien kuntoutus. Teoksessa Tilvis, R., Hervonen, A., Jäntti, P., Lehtonen, A. & Sulkava, R. (toim.) Geriatria. Helsinki: Duodecim.

Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2008. T-sairaalan kerroskartta. [viitattu 27.2.2008]. <http://www.tyks.fi/fi/4481>.

Verhe, I. 1996. Selkeä ympäristö -näkövammaisille soveltuvan toimintaympäristön suunnittelu. Helsinki: Rakennusalan kustantajat.

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

LIITEET

LIITE 1

TURUN YLIOPISTOLLINEN KESKUSSAIRAALA  
Varsinais-Suomen sairaanhoitopiirin ky.

HOITOTYÖN TUTKIMUS- JA OPINNÄYTETYÖ  
LUPAHAKEMUS (katso erilliset ohjeet)

Hakemus ja suunnitelma lähetetään 1 kpl:na sairaalatutkijalle osoitteella:  
VSSH, TYKS, kehittämisspalvelut RAK 11A 5. krs, PL 52, 20521 TURKU

Liite 6

7.12.2007

<p>HAKIJA/ HAKIJAT</p> <p>YHDYSHENKI- LÖN NIMI OSOITE</p>	<p>NIMI/NIMET Petra Hossi Jenni Jänkälä</p> <p>Jenni Jänkälä</p> <p>Laukiälteenkatu 70 134</p> <p>20740 Turku</p> <p>PUH: 040 5173195</p>	<p>OPISKELU- TAI TYÖPAIKKA Turun amk, Ruiskatu</p> <p>OPINNÄYTETYÖ</p> <p><input checked="" type="checkbox"/> opinnäytetyö/AMK <input type="checkbox"/> pro gradu <input type="checkbox"/> lissensiaatin tutkimus <input type="checkbox"/> väitöskirja <input type="checkbox"/> muu</p> <p>VIRKA/TOIMI (ei koske opiskelijoita)</p>
<p>TUTKIMUKSEN/ OPINNÄYTE- TYÖN TIIVIS- TETTY KUVAUS (mm nimi, kohderyhmät, aineiston koko, menetelmä)</p> <p>LIITTEET Tutkimussuunni- telma</p>	<p>Potilaiden ja omaisten kokemukset TYKS:n T1-sairaalan opasteiden toimivuudesta. Konderynmänä kirurgian polikliinikan asiakkaat. Kyselylomake jaetaan 100 asiakkaalle. Tutkimusmenetelmä on strukturoitu kyselylomakkeen avulla tehty kvantitatiivinen tutkimus.</p>	
<p>OHJAAJA(T)</p>	<p>7.11.2007 <u>Helena Leino-Kilpi</u> / allekirjoitus/nimen selvitys 7.11.2007 <u>Petra Hossi</u> / allekirjoitus/nimen selvitys</p>	
<p>SITOUMUS</p>	<p>Sitoudun noudattamaan esimiesten antamia ohjeita, sairaalan yleisiä sääntöjä sekä vaitiolovelvollisuutta.</p> <p>7.11.2007 <u>Petra Hossi</u> / allekirjoitus/nimen selvitys 7.11.2007 <u>Jenni Jänkälä</u> / allekirjoitus/nimen selvitys</p>	
<p>YLIHOITAJAN LAUSUNTO</p>	<p>Klinikan/yksikön kehittämishanke, johon opinnäytetyö/tutkimus liittyy: (<u>Uuden pot. tyytyväisyystutkimuksen - strategisen kartoituksen</u>)</p> <p>Puollan <input checked="" type="checkbox"/> En puolla <input type="checkbox"/></p> <p>Ylihoitaja(t) <u>14.11.2007 Petra Hossi / Petra Hossi</u> / allekirjoitus/nimen selvitys</p>	
<p>YHDYSHENKIÖ VSSH:ssä</p>	<p><u>Helena Leino-Kilpi</u> (ylihoitaja nimeää)</p>	
<p>HOITOTYÖN ASIANTUNTIJA- RYHMÄN LAUSUNTO</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Lupaa puolletaan <input type="checkbox"/> Ei puollata <input type="checkbox"/> Pyydetään lähettämään eettiselle toimikunnalle</p> <p>Perustelu (tarv. liitteenä) <u>Helena Leino-Kilpi</u></p> <p>27.11.07 allekirjoitus/nimen selvitys</p> <p>Tiedoksi: <input type="checkbox"/> Hakija <input type="checkbox"/> Päätävä viranhaltija</p>	
<p>EETTINEN</p>	<p>Eettisen toimikunnan lausunto saatu (liite)</p>	
<p>TUTKIMUS- LUVAN MYÖN- TÄMINEN</p> <p>PAÄTÖS ANNETTU TIEDOKSI</p>	<p><input checked="" type="checkbox"/> Myönnetty <input type="checkbox"/> Ei myönnetty</p> <p>4.12.2007 allekirjoitus/nimen selvitys</p> <p>VSSH:n/sairaalan nimen saa julkaista tutkimusraportissa/opinnäytetyössä <input type="checkbox"/> kyllä <input checked="" type="checkbox"/> ei</p> <p>Haluun nähdä tutkimusraportin/opinnäytetyön ennen luvan antoa <input type="checkbox"/> kyllä <input checked="" type="checkbox"/> ei</p> <p>5.12.2007 <input checked="" type="checkbox"/> Hakijalle <input type="checkbox"/> Sairaalatutkijalle <input type="checkbox"/> Muu</p>	

Arvoisa vastaaja!

Olemme Turun ammattikorkeakoulusta hoitotyön opiskelijoita ja valmistumme keväällä 2008 sairaanhoitajiksi. Tutkimme asiakkaiden mielipiteitä TYKS:n T1-sairaalan kirurgian poliklinikalle johtavien opasteiden toimivuudesta. Kyselyyn vastaamalla olette mukana kehittämässä sairaalaympäristön opasteita. Teidän mielipiteenne ovat meille hyvin tärkeitä! Vastaamiseen menee noin 8 minuuttia. Vastaukset käsitellään luottamuksellisesti ja ne hävitetään tutkimuksen valmistuttua. Vastattuanne laittakaa kyselylomake suljettuun kirjekuoreen ja palauttakaa ystävällisesti meille henkilökohtaisesti tai kirurgian poliklinikalla olevaan palautuslokeroon. Kiitos käyttämästänne ajasta!

Terveisin

Petra Hossi & Jenni Jänkälä

Lisätietoja tutkimuksesta saatte sähköpostitse osoitteesta

petra.hossi@students.turkuamk.fi tai jenni.jankala@students.turkuamk.fi

Ohjaavat opettajat

Tiina Nurmela, tiina.nurmela@turkuamk.fi

Ulla Tuomaala, ulla.tuomaala@turkuamk.fi



**Olkaa hyvä ja rastittakaa tai ympyröikää valitsemanne vaihtoehto tai kirjoittakaa vastauksenne sille varattuun tilaan.**

1. Sukupuolenne

Nainen    Mies

2. Ikänne

18-27    28-37    38-47    48-57    58-67    68-77    78-87    ≥88

### LIKKUMINEN SAIRAALAYMPÄRISTÖSSÄ

3. Kuinka mones käyntikerta tämä on Teille TYKS:n T1-rakennuksessa?

- Ensimmäinen
- Toinen
- Kolmas tai useampi

4. Kuinka mones käyntikerta tämä on Teille TYKS:n kirurgian poliklinikalla?

- Ensimmäinen
- Toinen
- Kolmas tai useampi

5. Kuinka helposti löysitte kirurgian poliklinikalle?

1      2      3      4      5      0

1 = löysin heti, todella helppoa

2 = helposti

3 = ei helppoa, eikä vaikeuksia

4 = vaikeaa

5 = eksyin matkalla, erittäin vaikeaa

0 = en osaa sanoa

6. Mistä saitte kirurgian poliklinikalle tulo-ohjeita etukäteen?

(Voitte valita useamman kuin yhden vastausvaihtoehdon.)

- Puhelimitse
- Internetistä
- Paperiversiona
- Muuten, miten? \_\_\_\_\_
- En saanut ohjeita

7. Keneltä kysyitte neuvoa löytääksenne kirurgian poliklinikalle?

(Voitte valita useamman kuin yhden vastausvaihtoehdon.)

- Neuvonnasta
- Henkilökunnalta
- Muilta asiakkailta
- Muulta henkilöltä, keneltä? \_\_\_\_\_
- En kysynyt neuvoa

8. Missä muualla kävitte kirurgian poliklinikan lisäksi?

(Voitte valita useamman kuin yhden vastausvaihtoehdon.)

- Laboratoriossa
- Röntgenissä
- Muualla, missä? \_\_\_\_\_
- En käynyt muualla (voitte siirtyä kysymykseen 10)

9. Miten helposti löysitte takaisin kirurgian poliklinikalle käytyänne jossakin muualla?

1      2      3      4      5      0

1 = löysin heti, todella helppoa

2 = helposti

3 = ei helppoa, eikä vaikeaa

4 = vaikeaa

5 = eksyin matkalla, erittäin vaikeaa

0 = en osaa sanoa

## SAIRAALAOPASTEIDEN TOIMIVUUS

10. Kuinka toimivia sairaalaopasteet mielestänne ovat?

1      2      3      4      5      0

1 = ovat erittäin toimivia

2 = toimivia

3 = jotkut opasteet toimivat, toiset eivät

4 = kaikki eivät toimi

5 = eivät ole yhtään toimivia

0 = en osaa sanoa

11. Mikä opasteista teki mielestänne toimivia?

(Voitte valita useamman kuin yhden vastausvaihtoehdon.)

- Riittävän suuri tekstikoko
- Helposti havaittavat värit
  - Tekstiväri oli hyvä suhteessa opasteen pohjaväriin
- Opasteet oli helppo havaita taustastaan
- Opasteita oli riittävästi
- Opasteet oli sijoitettu riittävän ylös/alas
- Opasteet olivat helposti havaittavissa paikoissa
- Opasteet oli valaistu hyvin
- Jokin muu asia, mikä? \_\_\_\_\_

12. Mikä opasteista teki mielestänne ongelmallisia?

(Voitte valita useamman kuin yhden vastausvaihtoehdon.)

- Huono tekstikoko
- Vaikeasti havaittavat värit
  - Tekstiväri oli vaikeasti havaittavissa suhteessa opasteen pohjaväriin
- Opasteita oli liian vähän
- Opasteet oli sijoitettu liian ylös/alas
- Opasteet olivat vaikeasti havaittavissa paikoissa
- Opasteita oli valaistu liian vähän

- Opasteisiin osui varjoja
- Jokin muu asia, mikä? \_\_\_\_\_

13. Onko TYKS:n T1-sairaalassa kirurgian poliklinikalle johtavia opasteita mielestänne riittävästi?

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

14. Oliko sairaalaopasteiden edessä näköesteitä?

- Kyllä
- Ei
- En osaa sanoa

15. Olivatko sairaalaopasteet sijoitettu mielestänne oikeisiin paikkoihin?

- Kyllä
- Ei, miten opasteen/opasteiden sijoitusta tulisi muuttaa?

---

---

---

16. Oliko sairaalaopasteiden tekstikoko mielestänne riittävä?

- Kyllä
- Ei, millaiseksi sitä tulisi muuttaa?

---

---

---

17. Oliko jokin muu asia, mikä vaikutti sairaalaopasteiden havaitsemiseen?

(Voitte valita useamman kuin yhden vastausvaihtoehdon.)

- Huono näkökyky
- Ympäristön melu
- Oma vireystila
- Jokin muu asia, mikä? \_\_\_\_\_

18. Miten sairaalaopasteita voitaisiin mielestänne kehittää?

---

---

---

## KOKEMUKSET SAIRAALAYMPÄRISTÖSSÄ LIIKKUESSA

19. Millaisia tunteita sairaalassa liikkuminen herätti kulkiessanne kirurgian poliklinikalle?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ahdistusta     | <input type="checkbox"/> Turvallisuuden tunnetta        |
| <input type="checkbox"/> Turvattomuutta | <input type="checkbox"/> Varmuuden tunnetta             |
| <input type="checkbox"/> Epävarmuutta   | <input type="checkbox"/> Toivoa                         |
| <input type="checkbox"/> Pelkoa         | <input type="checkbox"/> Joitakin muita tunteita, mitä? |
| <input type="checkbox"/> Toivottomuutta | _____   |

20. Millaisia tunteita Teissä heräsi liikkuessanne T1-sairaalassa, jos kävitte jossakin muualla (esim. laboratorio, röntgen)?

- |   |   |
|---|---|
| <input type="checkbox"/> Ahdistusta     | <input type="checkbox"/> Turvallisuuden tunnetta        |
| <input type="checkbox"/> Turvattomuutta | <input type="checkbox"/> Varmuuden tunnetta             |
| <input type="checkbox"/> Epävarmuutta   | <input type="checkbox"/> Toivoa                         |
| <input type="checkbox"/> Pelkoa         | <input type="checkbox"/> Joitakin muita tunteita, mitä? |
| <input type="checkbox"/> Toivottomuutta | _____   |

21. Kuinka paljon opastuksella voidaan mielestänne vaikuttaa turvallisuuden tunteen luomiseen sairaalaympäristössä?

1      2      3      4      5      0

1 = voidaan hyvin paljon

2 = paljon

3 = jonkin verran

4 = vähän

5 = ei voida laisinkaan

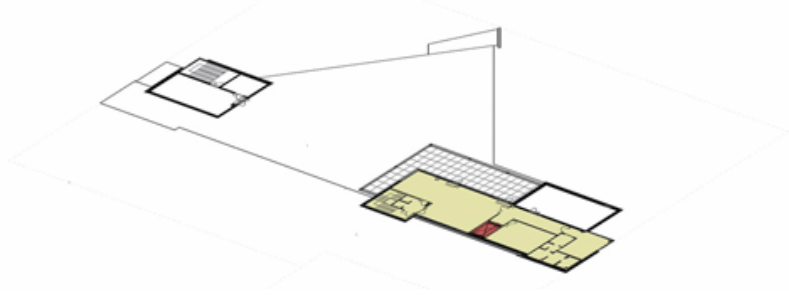
0 = en osaa sanoa

# POHJAPIIRRUSTUS

# LIITE 3

Sairaalarakennuksen pohjapiirustus kerroksittain (Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri 2008).

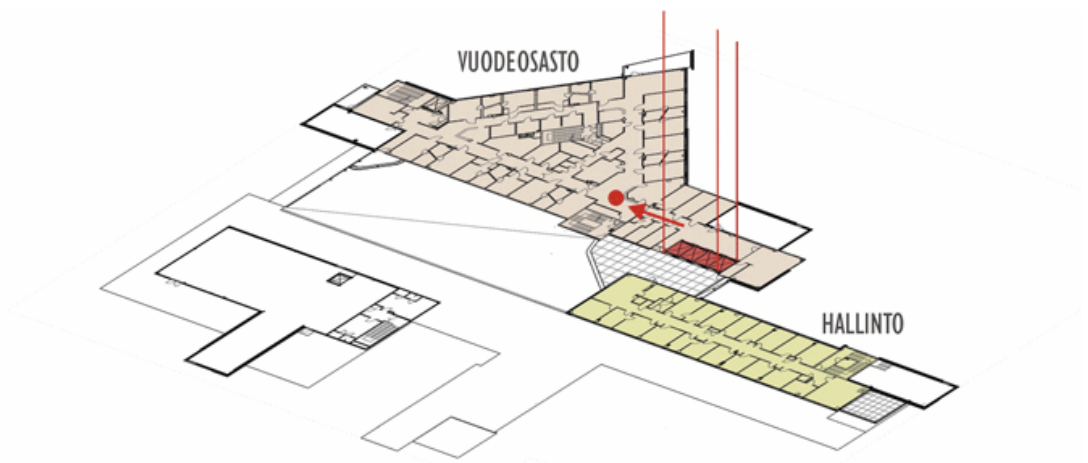
Kerros 6.



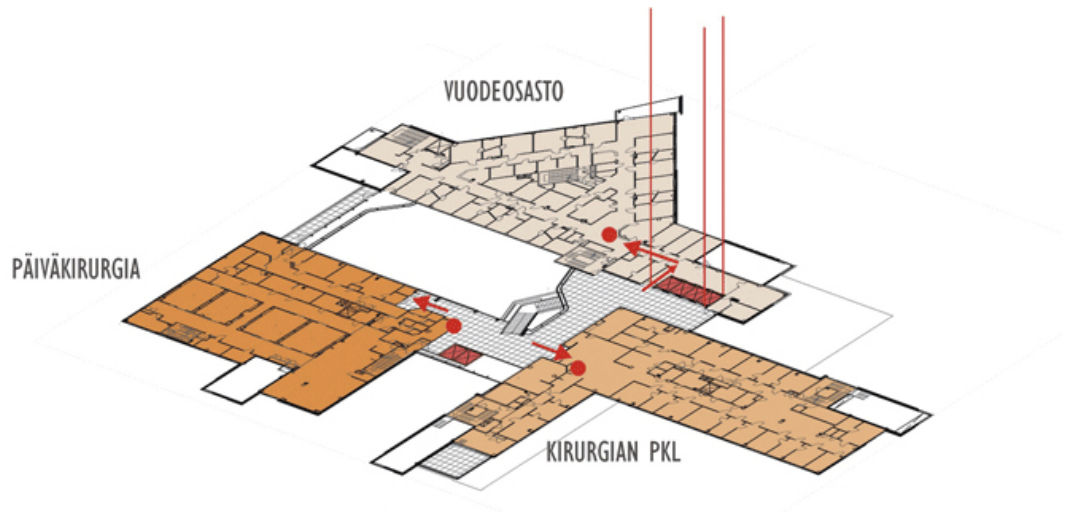
Kerros 5.



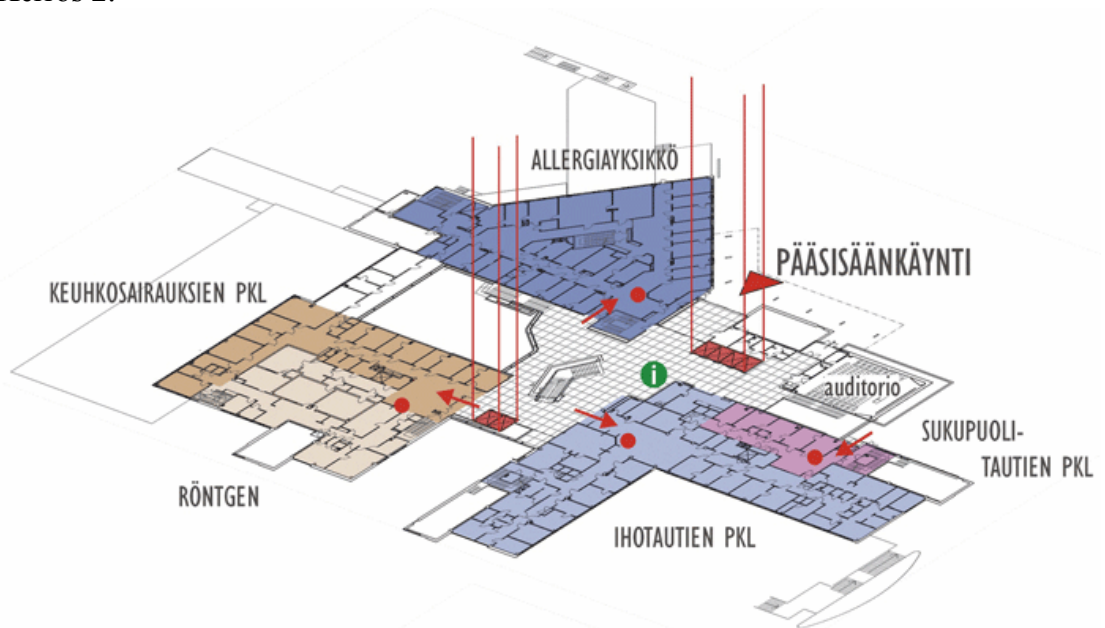
Kerros 4.



Kerros 3.



Kerros 2.



Kerros 1.

