



LAUREA
AMMATTIKORKEAKOULU
Yhdessä enemmän

Hoitajien kokemuksia hengityshalvauspotilaan hoidosta kotihoitoyksikössä

Gylling-Vaittinen, Laura
Virtanen, Annamaria

2017 Laurea



Laurea-ammattikorkeakoulu

Hoitajien kokemuksia hengityshalvauspotilaan hoidosta kotihoitoyksikössä

Gylling - Vaittinen Laura
Virtanen Annamaria
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
Maaliskuu, 2017

Laura Gylling - Vaittinen ja Annamaria Virtanen

Hoitajien kokemuksia hengityshalvauspotilaan hoidosta kotihoitoyksikössä

Vuosi 2017 Sivumäärä 38

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa Lohjan sairaalan hengityshalvausyksikön hoitajien kokemuksia työstään. Tavoitteena oli kerättyjen tietojen perusteella tarjota sekä osaston esimiehille että henkilökunnalle tietoa siitä, mitkä asiat työyhteisössä koetaan voimavaroiksi ja työhyvinvointia edistäviksi tekijöiksi, ja mitkä asiat vaatisivat työssäjaksamisen ja työtyytyväisyyden näkökulmasta tarkasteltuna kehittämistä.

Teoreettisessa viitekehyksessä käsitellään hengityshalvausta ja sitä aiheuttavia sairauksia, kotia hoitoympäristönä sekä työhyvinvointia. Työhyvinvointia käsitteenä lähestytään käsittelemällä työhyvinvointia työpaikalla edistäviä sekä työelämän laatuun vaikuttavia tekijöitä. Työssäjaksamista edistäviä sekä työmotivaatiota ylläpitäviä ja lisääviä tekijöitä selvitettiin myös.

Opinnäytetyö toteutettiin kvalitatiivista tutkimusmenetelmää käyttäen. Tutkimusaineisto kerättiin teemahaastattelujen avulla haastattelemalla viittä hengityshalvausyksikön hoitajaa. Teemahaastattelujen avulla selvitettiin hoitajien kokemuksia työstään, työyhteisöstään, esimiestyöstä sekä kodista hoitoympäristönä. Aineisto analysoitiin induktiivisen sisällön analyysin avulla.

Tulosten mukaan hoitajat ovat pääsääntöisesti tyytyväisiä työhönsä ja työyhteisöönsä. Erityisesti kollegat ja työyhteisö koetaan työhyvinvointia ja työssäjaksamista tukevin tekijöinä. Muina työhyvinvointia edistävinä tekijöinä esille nousivat esimerkiksi työn itsenäisyys sekä esimiehen aikaansaama työn arvostuksen lisääntyminen ja yksikön kehittäminen. Kehityskohteista esille nousivat sisäinen viestintä sekä työnkierron kehittäminen. Esimiestyö nähtiin ristiriitaisesti. Esimiehelle annettiin paljon positiivista palautetta muun muassa hänen toimintansa ristiriitaisissa tilanteissa, mutta myös kehittämistä vaativia tekijöitä tuli haastatteluissa esille. Esimiehen toivottiin antavan enemmän positiivista palautetta sekä kuuntelevan alaisiaan.

Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää hengityshalvausyksikön työhyvinvoinnin kehittämistyössä. Jatkotutkimuksena hoitajien kokemuksia voitaisiin kartoittaa uudelleen jonkin ajan kuluttua. Näin voitaisiin selvittää lähiaikoina mahdollisesti tehtävien kehittämistoimien vaikutusta työtyytyväisyyteen ja työhyvinvointiin. Jatkotutkimuksen voisi toteuttaa uudelleen teemahaastatteluna tai vaihtoehtoisesti strukturoidun kyselylomakkeen avulla. Haastatteluteemat voisivat olla samat, strukturoituun haastattelulomakkeeseen tulisi valita sekä niitä asioita, jotka nyt koetaan työtyytyväisyyttä edistävinä tekijöinä että niitä, jotka tässä yhteydessä tulivat esille kehittämistä vaativina seikkoina. Näin voitaisiin seurata niin hyväksi koettujen seikkojen pysyvyyttä, kuin kehittämistä vaativien kohtien osalta kehittämistyön onnistumista.

Asiasanat: hengityshalvaus, työhyvinvointi, kotihoitoyksikkö, työssäjaksaminen

Laura Gylling - Vaittinen, Annamaria Virtanen

Nurses' experiences of the care of respiratory paralysis patients in home care units

Year	2017	Pages	38
------	------	-------	----

The purpose of the present thesis was to survey the experiences of a group of nurses in the Lohja Hospital Respiratory Paralysis Unit. With the data collected from this study, the aim was to provide information, specifically on which aspects of the work environment were considered positive factors, from job coping and satisfaction point of view, and what aspects would require further improvements from the hospital unit directors and staff.

The conceptual framework of this thesis examines respiratory paralysis and its causal illnesses, home as the primary care environment as well as job satisfaction amongst the nurses of respiratory paralysis patients. The concept of job satisfaction is assessed by considering factors which are likely to foster and promote job satisfaction and working life quality. Factors which are likely maintain and improve work motivation and job coping are examined as well.

This study was conducted using qualitative research method. The observations were compiled from thematic interviews from a subject group of five respiratory paralysis unit nurses. The thematic interviews were used to investigate the nurses' experiences at work and their working environment, experiences with superiors as well as the experiences associated with the patients' homes as the place of care. The collected data was analysed using an inductive content analysis.

The results of the study suggest that nurses are generally content with their work and their working environment. Colleagues and general working environment are considered especially important factors affecting job satisfaction and coping at work. The independence associated with the nature of the work was reported as another positive factor. Lastly, the notable increases in the respect for work involving the care of respiratory paralysis patients, as well as general developments of the unit were both considered important factors, both of which were reported as direct achievements of the hospital unit directors. Internal communication and job rotation developments were identified as areas of improvement. Experiences with superiors were reported conflictingly amongst the subject group. For one, superiors received positive feedback for their efforts in conflict situations, but opinions on the areas of development also emerged during the interviews. Namely, the subjects hoped to receive more positive feedback from their superiors, and for them to listen more to their employees.

The results obtained from this study can be used to develop job welfare in the respiratory paralysis unit. As a following study, one could interview the same group of nurses after a certain period of time, to evaluate whether any changes have occurred and whether these changes were effective in improving job satisfaction and welfare. This following study could be conducted using a similar thematic interview method, or alternatively with a structured survey. The interview themes could remain the same as in the present study, however for a structured survey, one should choose questions relating to the factors that were positively correlated to job satisfaction, as well as factors that could require potential improvements, as presented from the results of this study. In this way, the following study could observe whether the positively reported factors remained in the workplace, while examining potential achievements associated with the factors that required improvements.

Keywords: respiratory paralysis, job satisfaction, home care unit, job coping

Sisällys

1	Johdanto.....	6
2	Teoreettinen viitekehys.....	7
2.1	Hengityshalvaus ja hengityshalvauspotilas	7
2.2	Hengityshalvausta aiheuttavat tekijät	8
2.3	Hengityshalvauspotilaan hoito kotona.....	9
2.4	Kotihoitoyksikkö.....	11
2.5	Työhyvinvoinnin määritelmä	11
2.6	Työhyvinvointi työpaikalla.....	12
2.7	Työssä jaksamiseen vaikuttavia tekijöitä.....	13
2.8	Aiempiä tutkimuksia.....	14
3	Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimusongelmat	15
4	Tutkimusmenetelmä ja aineisto.....	15
4.1	Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä.....	15
4.2	Aineistonkeruumenetelmät.....	17
4.3	Tutkimuksen otos	18
4.4	Aineiston analyysi	19
5	Tutkimuksen tulokset	19
5.1	Työ ja työviihtyvyys.....	20
5.2	Koti hoitoympäristönä.....	21
5.3	Työyhteisö ja työyhteisön toiminta	22
5.4	Esimiestyö	23
6	Tutkimuksen luotettavuus ja tutkimusetiikka	24
6.1	Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointi	24
6.2	Tutkimusetiikka	26
7	Pohdinta ja johtopäätökset	27
7.1	Opinnäytetyöprosessi	27
7.2	Pohdinta ja johtopäätökset	28
8	Kehittämisen- ja jatkotutkimusehdotukset.....	29
	Lähteet	31
	Taulukot	34
	Liitteet.....	35

1 Johdanto

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää millaisia kokemuksia hengityshalvauspotilaita kotihoitoyksikössä hoitavilla työntekijöillä on työstään ja työympäristöstään. Tavoitteena on kerättyjen kokemusten perusteella tarjota sekä osaston esimiehille että henkilökunnalle tietoa työtyytyväisyyteen vaikuttavista asioista; mitkä asiat koetaan voimavaroiksi ja mitkä asiat vaativat kehittämistä.

Hengityshalvausyksikön hoitajien kokemuksia työstään ei ole aiemmin tutkittu. Yksikössä on otettu käyttöön muun muassa työnkierto ja nyt koettiin ajankohtaiseksi kartoittaa hoitajien kokemuksia ja toiveita yksikön kehitystyön jatkoa ajatellen.

Hengityshalvaus ei ole oma erillinen sairautensa, vaan sitä aiheuttavat useat eri sairaudet tai vammautuminen. Hengityshalvaus ei ole lääketieteellinen diagnoosi, eikä sille ole virallista määritelmää. Hengityshalvauspotilaan määritelmä puolestaan on kirjattu asetukseen sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista.

Hengityshalvauspotilaaksi luokittelu edellyttää hengityshalvauspäätöksen tekemistä. Kun hengityshalvauspäätös on tehty, selvitetään potilaan hoidon kannalta paras hoitopaikka. Nykyään hoito pyritään toteuttamaan kotihoitona. Kotihoito toteutetaan poistamatta potilasta sairaalan kirjoilta. Potilaan kotihoidosta vastaa hoitotiimi, johon kuuluu 4-5 henkeä. Tiimi vastaa potilaan hoidosta ympärivuorokautisesti.

Opinnäytetyön toimeksiantaja on HUS Lohjan sairaanhoitoalue, Lohjan sairaalan hengityshalvausyksikkö. Henkilökuntaa hengityshalvausyksikössä on osa-aikaiset työntekijät huomioiden 30, joista sairaanhoitajia on 2 henkeä. Lisäksi tiimissä on 1 kehitysvammahoitaja. Muut työntekijät ovat koulutukseltaan lähihoitajia. Hoitajat tekevät työtä 5 hengen tiimeissä.

Työn tutkimusmenetelmäksi valittiin kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä. Aineisto on kerätty hengityshalvausyksikön hoitajilta (n=5) teemahaastatteluna toteutetuilla yksilöhaastatteluilla.

Tutkimuslupa opinnäytetyötä varten saatiin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriltä (HUS).

2 Teoreettinen viitekehys

2.1 Hengityshalvaus ja hengityshalvauspotilas

Hengityshalvauspotilas on vain Suomessa käytössä oleva käsite. Alun perin hengityshalvaus käsitteellä tarkoitettiin henkeä uhkaavaa vaikeaa hengitysvajausta, jonka hoitoon tarvittiin pitkäaikaista tai pysyvää hengityslaittehoitoa. Hengityshalvauskäsite vakiintui 1950-luvun polioepidemian yhteydessä pääsääntöisesti hallinnolliseen käyttöön ja sen käyttötarkoitus on edelleen ensisijaisesti hallinnollinen. (STM 2006, 11,13,16.)

Hengityshalvauspotilaan määritelmä on kirjattuna asetukseen sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista, sen mukaan

”Hengityshalvauspotilaaksi katsotaan henkilö, joka tarvitsee hengityshalvauksen johdosta pitkäaikaista hoitoa hengityshalvauslaitteessa tai lyhytaikaisempaakin hoitoa hengityshalvauslaitteessa edellyttävä hengityshalvaus, milloin se on aiheutunut poliosta tai sellaisesta muusta tartuntataudista, jonka sosiaali- ja terveysministeriö katsoo polioon verrattavaksi” (Asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 9.10.1992/912, 22§).

Tämä asetus pohjautuu 1950-luvulla polioepidemian yhteydessä säädettyyn lakiin ja asetukseen, joiden mukaan polioon sairastuneilla hengityshalvauspotilailla oli oikeus maksuttomaan hoitoon. Tuolloin hengityshalvauspotilaan määritelmä liittyi yksiselitteisesti polioon. Myöhemmin asetusta muutettiin niin, että hengityshalvauspotilaaksi voitiin määritellä myös muuta, polioon verrattavissa olevasta tartuntataudista aiheutuvan syyn perusteella. Siihen, mitä nämä muut polioon verrattavat sairaudet ovat, ei ole lain säätäjien toimesta kuitenkaan otettu kantaa. Lisäksi hengityshalvauspotilaan statukseen oikeutti myös muu, tarkemmin määrittelemätön tilanne, jossa potilas tarvitsi pitkäaikaista hoitoa hengityshalvauslaitteessa. (STM 2006, 15 - 16, 34.)

Hengityshalvausta ei käytetä lääketieteellisenä diagnoosina, vaan hallinnollisen päätöksen perusteena (THL 2015). Hengityshalvaukselle ei ole virallista määritelmää. Käsitteen määrittely onkin koettu ongelmalliseksi, sillä hengityshalvauksen taustalla olevat sairaudet ovat muuttuneet. Terveyden ja hyvinvoinninlaitoksen määritelmässä hengityshalvauspotilaan tulee olla erikoissairaanhoidon alaisen ylilääkärin tai asiantuntijaryhmän hengityshalvauspotilaaksi määrittelemä sen nojalla, että henkilö on jatkuvan ja pitkäaikaisen hengityskonehoidon tarpeessa. Sille, miten pitkäaikainen ja jatkuva tarve tulkitaan, ei ole tällä hetkellä Suomessa yhtenevää käytäntöä ja kriteerit hengityshalvaukselle vaihtelevatkin sairaanhoitopiireittäin (STM 2006, 16; THL 2015). Esimerkiksi HUS määrittelee hengityshalvauksen tilanteeksi ”jossa

potilaan hengitys on pysyvästi, kokonaan tai lähes kokonaan hengityslaittehoidon varassa” (HUS 2016, Hengityshalvauspotilaiden kotihoito).

2.2 Hengityshalvausta aiheuttavat tekijät

Hengityshalvaus ei ole oma erillinen sairautensa, vaan sitä aiheuttavat useat eri sairaudet. Pääsääntöisesti hengityshalvauksen taustalla on nykyään jokin neurologinen sairaus tai vakava vammautuminen. Hengityshalvaus voi olla pysyvä tai tilapäinen. (STM 2006, 16.)

Hengityshalvaus kehittyy hengitysvajausta aiheuttavan sairauden edetessä tai pahentuessa äkillisesti. Hengitysvajaus ja hengityshalvaus voivat syntyä myös äkillisesti esimerkiksi vammautumisen yhteydessä. Hengitysvajaus tarkoittaa hengityskaasujen vaihdon häiriintymistä ulkoilman ja keuhkoverenkierron välillä. Häiriö ilmenee joko keuhkorakkuloiden ja verenkierron välillä, jolloin hapen siirtyminen vereen vaikeutuu tai keuhkorakkulatuuletuksen häiriytymisenä, jolloin hiilidioksidin poistuminen vaikeutuu. (Saaresranta & Polo 2005, 664.)

Hengitysvajausta aiheuttavia sairauksia ovat muun muassa amyotrofinen lateraaliskleroosi ALS, hermojuurien tulehdus polyradikuliitti eli Guillain-Barrén syndrooma sekä Duchennen lihasdystrofia (Korpela 2016, 5).

Amyotrofinen lateraaliskleroosi ALS on yleisin motoneuronisairaus, sen aiheuttaja on tunnetun. Sairaus on suurimmassa osassa tapauksia (noin 90 %) satunnainen, mutta siitä tunnetaan myös perinnöllinen muoto (Laaksovirta 2012). Motoneuronisairauksissa liikeradan hermot tuhoutuvat, joka puolestaan aiheuttaa tahdonalaisen lihaksiston heikkenemisen ja surkastumisen. Sairaus on parantumaton edeten lopulta neliraaaja- ja hengityslivashalvaukseen. (Laaksovirta 2013; Korpela 2016, 20.)

Polyradikuliitti eli Guillain-Barrén syndrooma on hermojuurien immuunivälitteinen tulehdus. Sen aiheuttajasta ei ole varmuutta, mutta joitakin virusten aiheuttamia sairauksia, kuten ylähengitystieinfektioita ja tiettyjä ripulitauteja, on epäilty altistaviksi tekijöiksi. (Atula 2015.) Myös leikkauksia ja rokotuksia on epäilty sairauden aiheuttajaksi. Turun yliopistollisen keskussairaalan neurologien vuonna 2014 julkaistun tutkimuksen mukaan leikkaus voi olla mahdollinen, mutta harvinainen riskitekijä. Rokotuksilla ei tämän tutkimuksen mukaan näyttäisi olevan vaikutusta sairastuvuuteen. Infektiot osoittautuivat suurimmaksi riskitekijäksi myös tässä tutkimuksessa. Guillain-Barrén oireyhtymä aiheuttaa päivien tai viikkojen aikana kehittyvän, alaraajoista ylöspäin etenevän halvausoireiston, jonka vaikeusaste vaihtelee lievästä alaraajaheikkoudesta neliraaajahalvaukseen. (Vainikainen 2014.) Hengityshalvaus voi ilmaantua tunneissa. Toipumisennuste on kuitenkin hyvä, yli 90 % sairastuneista paranee täydellisesti 1-2 vuodessa. (Färkkilä 2009.)

Duchennen lihasdystrofia on X-kromosomissa resessiivisesti periytyvä, lihasheikkoutta aiheuttava sairaus, jota ilmenee pääsääntöisesti pojilla. Sairaus voi aiheutua myös geenimutaatiosta. Oireet ilmenevät yleensä noin 4-5 vuoden iässä. Sairaus etenee vähitellen ja potilaat joutuvat pyörätuoliin yleensä noin 12-vuotiaina. (Udd 2013.) Hengitys vaikeutuu, kun hengityslihasten toiminta sairauden edetessä heikkenee. Tällöin hengityksen tukeminen ensin yöaikaan, myöhemmin myös päivisin tulee tarpeelliseksi. Osa potilaista joutuu elinikäiseen hengityskonehoitoon. (Korpela 2016, 40; Lähdetie & Lihastautiliitto, 33.)

Myös hermo-lihasliitosten sairaus Myastenia Gravis voi aiheuttaa hengitysvajasta myasteenisen kriisin yhteydessä. Kriisin laukaisee tavallisesti jokin infektio, kuten virtsatieinfektio tai pneumonia, Myastenia Gravisin alilääkitys tai hermo-lihasliitoksia salpaavat lääkkeaineet. Myasteeninen kriisi aiheuttaa sairauteen kuuluvien lihasheikkousoireiden pahentumista, jolloin voi ilmaantua myös hengitysvaikeuksia. (Atula 2015.)

Äkillinen hengitysvajaus määritellään Käypä hoito - suosituksen mukaan seuraavasti: ”Äkillinen hengitysvajaus ei ole itsenäinen sairaus vaan elintoimintahäiriö. Se liittyy sairauksiin, jotka kohdentuvat keuhkoihin, keuhkoverenkiertoon, keskushermostoon, hengityslihaksiin ja rintakehään. Äkilliseen hengitysvajaukseen liittyy lähes aina myös muita elintoimintahäiriöitä”. Tavallisimpia syitä äkilliseen hengitysvajaukseen ovat esimerkiksi keskushermostoa lamaavat lääkkeet, sairaudet ja vammat, keuhkohtaumatauti, keuhkokuume tai keuhkoveritulppa sekä akuutti keuhkovaurio ja äkillinen hengitysvajausoireyhtymä. Äkillisellä hengitysvajausoireyhtymällä tarkoitetaan tulehduksellisella mekanismilla syntynyttä keuhkovauriota ja sen aiheuttamaa hengitysvajasta. (Käypä hoito 2014.)

2.3 Hengityshalvauspotilaan hoito kotona

Hengityshalvauspotilaaksi luokittelu edellyttää hengityshalvauspäätöksen tekemistä. Terveiden ja hyvinvoinninlaitoksen THL:n määritelmässä hengityshalvauspotilaan tulee olla erikoissairaanhoidon alaisen ylilääkärin tai asiantuntijaryhmän hengityshalvauspotilaaksi määrittelemä sen nojalla, että henkilö on jatkuvan ja pitkäaikaisen hengityskonehoidon tarpeessa (THL 2015).

Kun hengityshalvauspäätös on tehty, aletaan selvittää pitkäaikais- ja jatkohoitopaikan järjestämistä potilaalle (STM 2006, 18). Kuten laissa potilaan asemasta ja oikeuksista 6 pykälässä määritellään, on potilasta hoidettava yhteisymmärryksessä hänen kanssaan. Potilasta on kuultava ennen hoitopäätöksen tekemistä ja selvítettävä millainen hoito vastaa hänen tahtoaan. (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista, 6§). Hengityshalvauspotilasta voidaan hoitaa joko sairaalassa tai potilaan kotona. Kotihoito toteutetaan poistamatta potilasta kuitenkaan sairaalan kirjoilta. (Asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista, 22§.) Nykyään hoito pyritään toteuttamaan kotihoitona (STM 2006, 18).

Ennen kotihoito päätöksen tekemistä on kotihoidon edellytykset selvitettävä. Kriteerit kotihoidon toteuttamiselle vaihtelevat sairaanhoitopiireittäin. Sosiaali- ja terveysministeriön vuonna 2006 tekemässä selvityksessä on esimerkkinä käytetty Tampereen yliopistollisen sairaalan kotihoidon kriteereitä. Näitä ovat muun muassa potilaan oma toive kotihoitoon sekä se, että hengitysvajaus ja perussairaus ovat riittävän stabiileja. Lisäksi potilaan on oltava riittävän omatoiminen, kotiolojen on sovittava kotihoidon toteuttamiseen ja potilaalle on pystyttävä järjestämään hoitotiimi. Potilaalle tulisi myös laatia kirjallinen kotihoitosuunnitelma, jossa määritellään muun muassa hoidosta vastaavat tahot sekä kuvaus hoitajien tehtävistä. (STM 2006, 19.)

Hengityshalvauspotilaan hoidosta huolehtii hoitotiimi, johon kuuluu 4-5 henkilöä. Tiimi vastaa potilaan hoidosta ympärivuorokautisesti (STM 2006, 19). Koti hoitoympäristönä on vaativa. Haasteelliseksi hoitotyön toteuttamisen kotona tekee se, että ympäristö on ensisijaisesti potilaan ja hänen omaistensa koti, mutta samalla myös työntekijän työympäristö. Sen lisäksi, että hoito tulee toteuttaa potilaan hyvinvointia, terveyttä tai turvallisuutta vaarantamatta, myös työntekijän turvallisuus, terveys ja hyvinvointi on huomioitava. Verrattuna laitoksessa työskentelevään henkilökuntaan, kotihoitoa toteuttavat työntekijät ovat työsuojelunäkökulmasta poikkeavassa asemassa. Kotona haasteita voi aiheuttaa muun muassa huono valaistus, huono ergonomia, tilojen siisteys, lemmikit sekä haasteellisesti käyttäytyvät läheiset. (Hägg ym. 2007, 17.)

Edellä mainittujen tekijöiden lisäksi pohdimme mahdollisia muita haasteita ja henkistä kuormittavuutta lisääviä tekijöitä, joita voi esiintyä niin Lohjan hengityshalvausyksikössä kuin kotihoidossa yleensäkin. Tällaisia tekijöitä voivat olla kolmivuorotyö, työergonomia, työn yksinäisyys, mahdollisuus kuormittavien asioiden käsittelyyn heti ongelmatilanteiden jälkeen, yksintyöskentelyn aiheuttama vastuukuorma ja itsenäinen päätöksenteko, avun saannin kestäminen tarvittaessa, kollegoiden ja/tai esimiehen tavoittaminen sekä mahdolliset väkivaltatilanteet potilaan tai omaisten taholta.

Hengityshalvauspotilaiden hoitoa voidaan kotona tapahtuvan hoidon lisäksi toteuttaa myös sairaalaympäristössä tai hengityshalvauspotilaille tarkoitetuissa ryhmäkodeissa. Tällainen ryhmäkoti toimii esimerkiksi Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiirin (HUS) alueella. Hengityshalvauspotilaiden hoitoa koordinoidaan sairaanhoitopiireissä hengityshalvausyksiköiden kautta. Nämä hengityshalvausyksiköt toimivat sairaanhoitopiireissä joko keuhkosairauksien tai neurologisten sairauksien osastojen alaisuudessa. (HUS 2016; Suomen sairaanhoitopiirien internetsivut.)

2.4 Kotihoitoyksikkö

Lohjan sairaalan hengityshalvausyksikkö on perustettu aikanaan poliopotilaita varten ja lakiin perustuen. Ensimmäiset potilaat olivat poliopotilaita, nykyään potilaiden taustasairaudet vaihtelevat. Nimikettä Lohjan sairaalan hengityshalvausyksikkö ei aluksi ollut olemassa, vaan oli hengityshalvauspotilas, jolle perustettiin hoitorinki. Hoitajat toimivat ammattinimikkeellä hengityshalvauspotilaan hoitaja. Muutos ammattinimikkeisiin tehtiin vuonna 2012, jolloin käyttöön otettiin nimikkeet perushoitaja ja sairaanhoitaja sekä lisäksi vuonna 2016 kehitysvammahoitajan nimike. Tässä yhteydessä hoitajista tuli hengityshalvausyksikön työntekijöitä sen asemesta, että he olisivat olleet yhden yksittäisen potilaan hoitajia. Lohjan hengityshalvausyksikkö kuuluu Lohjan sairaalan mediiniinisen tulosyksikön keuhkosairauksien alaisuuteen. Yksikössä työskentelee 21 vakituista hoitajaa ja 9 sijaista. Lisäksi osaston henkilöstöön kuuluu työpari sekä lääkäri. Hoitajat työskentelevät 5 hengen hoitotiimeissä. Yksikössä annetaan tehohoitotasoista hoitoa kotioloissa. Potilaiden hoito toteutetaan muuten hengityshalvausyksikön omien työntekijöiden voimin, ainoastaan laboratoriokokeet käydään ottamassa kiertävän kotihoitotiimin toimesta.

Hengityshalvausyksikön esimiehen mukaan tulevaisuuden näkymissä yksikön toiminta tulee jatkumaan ennallaan. Henkilöstörakenne säilyy samanlaisena, mikäli potilasmäärään ei tule muutoksia. Henkilöstön koulutukseen ja yksikön kehittämistyöhön tullaan panostamaan. Henkilökunnalle tullaan järjestämään kehittämisspäivät 2 kertaa vuodessa ja lisäksi työnohjausta pyritään jatkamaan.

2.5 Työhyvinvoinnin määritelmä

Työhyvinvoinnille ei ole yksiselitteistä määritelmää, mutta keskeisinä käsitteinä työhyvinvointiin on liitetty työssä rasittuminen, työssä jaksaminen sekä tyytyväisyys työhön. (Laaksonen, Niskanen & Ollila 2012, 241.) Ei ole olemassa yleistä ja kaikille yhtäläistä työhyvinvointia, vaan työhyvinvointi on osa organisaation päivittäistä toimintaa. Työhyvinvointi on alati muuttuva ilmiö (Kaivola & Launila 2007, 128). Kaivolan ja Launilan (2007) mukaan oleellista työhyvinvoinnin kannalta on ihmisen ja työn välinen suhde. Hyvinvoinnin kokonaisuuden muodostavat työntekijä, työ, työyhteisö sekä johtaminen. Kaikki näihin edellä mainittuihin kokonaisuuden osiin vaikuttavat tekijät vaikuttavat myös työhyvinvointiin. Hyvinvointia edistää se, että nämä osat sopivat toisiinsa ja ovat keskenään vuorovaikutuksessa niin, että jonkin osan muuttuessa muut osat reagoivat joustavasti. (Kaivola & Launila 2007, 128.) Vaikka työyhteisö kokonaisuutena vaikuttaa siihen, millainen työkuulttuuri työpaikalle muodostuu ja miten työhyvinvointia työyhteisöön luodaan, ei työntekijän omaa roolia työhyvinvoinnin rakentamisessa voi unohtaa. Jos henkilö itse ei halua ylläpitää ja edistää omaa työhyvinvointiaan, ei millään työnantajan toimilla ole vaikutusta. (Kaivola & Launila 2007, 132.)

2.6 Työhyvinvointi työpaikalla

Työhyvinvoinnin edistäminen työpaikalla perustuu johdon, esimiesten ja työntekijöiden yhteistyöhön. Terveessä ja toimivassa työyhteisössä tiedonkulku ja vuorovaikutus toimivat avoimesti, ongelmista uskalletaan puhua ja yhteistyö sujuu. (Työterveyslaitos 2016.)

Tutkimusten avulla on voitu osoittaa sekä työntekijöiden että työyhteisöjen hyvinvoinnin ja terveyden sekä työelämän laadun koostuvan seuraavasti seikoista:

- Miten haastavaa ja palkitsevaa työ on?
- Miten työntekijät voivat vaikuttaa työssään?
- Miten avoin työyhteisö on?
- Miten ristiriitoja hallitaan?
- Miten henkilöstöä johdetaan ja palkitaan? (Laaksonen, Niskanen & Ollila 2012, 239.)

Haastava, mielenkiintoinen ja vaihteleva työ tarjoaa vastuuta ja kehittää työntekijän ammatitaitoa. Työntekijät voivat itse vaikuttaa siihen mitä työyhteisössä suunnitellaan ja tehdään. Työn vaikutusmahdollisuuksiin kuuluva tekijä on muun muassa, se kuinka työntekijä kokee voivansa vaikuttaa työntekoon liittyviin asioihin, kuten työlöihin ja työn sisältöön. Muita vaikutusmahdollisuuksia lisääviä tekijöitä ovat työn monipuolisuus sekä osallistumismahdollisuus omaa työtään koskevaan päätöksentekoon. Motivaation ja työn mielekkyyden näkökulmasta tärkeimpiä asioita ovat mahdollisuus toimia itsenäisesti ja toisaalta mahdollisuus päättää itse, mikä on paras tapa tehdä työtään. (Laaksonen, Niskanen & Ollila 2012, 238 - 243.)

Hyvässä työyhteisössä ilmapiiri on avoin, luottamuksellinen ja rehellinen. Työyhteisön jäsenet tukevat ja auttavat toisiaan ja työyhteisössä siedetään erilaisuutta ja erilaisia näkemyksiä. Omien mielipiteiden esille tuomiseen kannustetaan ja rohkaistaan. Hyvän työyhteisön piirteitä ovat avoin vuorovaikutus, ristiriitojen hallinta, kehittämismyönteisyys, hyvä tiedonkulku, oikeudenmukaisuus ja sitoutuminen yhteisiin tavoitteisiin. Esimiesten toiminta on tärkeää, sillä esimies toimii omalla toiminnallaan esimerkkinä työyhteisön jäsenille. (Laaksonen, Niskanen & Ollila 2012, 244.)

Työyhteisön ristiriitatilanteessa kaikilla työntekijöillä on vastuu ristiriitatilanteiden selvittämisestä. Ristiriitoja voivat aiheuttaa puhumattomuus, väärinkäsitykset sekä huonosta tiedottamisesta ja vähäisestä asioiden käsittelystä johtuvat väärät tulkinnat. Ristiriitojen välttämiseksi olisi hyvä, että työyhteisössä olisi säännöllisin väliajoin palaverreja, joissa jokapäiväisten asioiden lisäksi otetaan käsiteltäväksi myös mahdolliset ristiriidat. Ristiriitojen käsittelyssä tulee muistaa, että ristiriitojen ratkaisu vaatii kompromissien tekemistä ja joustamista puolin ja toisin. (Laaksonen, Niskanen & Ollila 2012, 245.)

Esimiehen toiminta vaikuttaa siihen, kuinka hyvin työyhteisö voi. Hyvä esimies on innostava, tukea antava, rohkaiseva, luotettava, johdonmukainen ja oikeudenmukainen. Lisäksi hän kunnioittaa työntekijöitä ja heidän oikeuksiaan, kuuntelee alaisiaan ja kohtelee heitä ystävällisesti. Hyvä esimies osaa antaa rakentavaa palautetta, niin myönteistä kuin kielteistä, palkitsee työntekijöitään hyvistä suorituksista ja kannustaa heitä opiskelemaan ja kehittymään työssään sekä kehittämään työtään. (Laaksonen, Niskanen & Ollila 2012, 246.)

2.7 Työssä jaksamiseen vaikuttavia tekijöitä

Työssä jaksamiseen vaikuttavia tekijöitä ovat työilmapiiri, työn luonne ja työntekijän fyysinen ja psyykinen terveydentila sekä elämäntilanne. Jokaisella työyhteisön jäsenellä on vastuu omasta jaksamisestaan ja velvollisuus tukea myös muiden työyhteisön jäsenten jaksamista. Työssäjaksamisen perusedellytyksiin kuuluu myös hyvä työmotivaatio. (Ikonen 2013, 187.) Työturvallisuuskeskus määrittelee työmotivaation seuraavasti:

”Motivaatiolla työssä tarkoitetaan sellaista tarkoituksenmukaisuuteen ja käyttäytymisen päämäärähakuisuuteen liittyvää toimintaa, joka ilmenee työhalukkuutena ja työtyytyväisyytenä. Motivaatiolla tarkoitetaan siis jossain määrin pysyvää innostuneisuutta. Työmotivaatioon vaikuttaa työntekijän oma ammatillinen mielenkiinto sekä työn ominaisuuksien ja työntekijän yhteensopivuus.” (Työturvallisuuskeskus 2016.)

Ihmistä motivoivat tekijät voidaan jakaa ulkoisiin ja sisäisiin. Sisäiset tekijät ovat tunneperäisiä ja liittyvät työn sisältöön. Sisäisiä tekijöitä ovat muun muassa kiinnostus tehtävään ja uusien taitojen oppimiseen. Ulkoisia tekijöitä ovat mm. palkka ja työstä saatavat tunnustukset. Työmotivaatiota luovat tekijät koostuvat motivaatiota ylläpitävistä ja lisäävistä tekijöistä. Motivaatiota voidaan lisätä niiden asioiden avulla, joita ihmiset arvostavat työssään. Näitä asioita ovat muun muassa työn haasteellisuus ja työn sisältö, arvostus ja palaute työstä sekä työn itsenäisyys. (Laaksonen, Niskanen & Ollila 2012, 158 - 159; Työturvallisuuskeskus 2016.)

Omaan ja muiden työyhteisön jäsenten jaksamiseen voi jokainen työyhteisön jäsen vaikuttaa toimimalla kollegiaalisesti. Kollegiaalisuudella tarkoitetaan ammattilaisten välistä luottamuksellista ja vastavuoroisuuteen perustuvaa suhdetta. Siihen kuuluvat muun muassa sellaiset arvot kuin luottamus, tasa-arvo ja oikeudenmukaisuus. Kollegiaalisuuden käsitteellä voidaan myös kuvata työyhteisön jäsenten keskinäistä eettisyyttä. (Arala ym. 2015, 10 - 11.) Alun perin kollegiaalisuudella on tarkoitettu yhteisöä tai tovereita, joilla on yhteinen tavoite (Aalto ym. 2015, 44).

Kollegiaaliselle toiminnalle tyypillisiä piirteitä ovat työtovereiden tukeminen, ristiriitojen hienovarainen käsittely sekä suvaitsevaisuus. Suvaitsevaisuudella tarkoitetaan tässä yhteydes-

sä sitä, että jokaiselle työyhteisön jäsenelle sallitaan oma persoonallinen tapansa tehdä työtä, kuitenkin esimerkiksi potilasturvallisuus huomioiden. (Aalto ym.2015, 44.)

2.8 Aiempia tutkimuksia

Tutkimuksia hengityshalvauspotilaan hoidosta hoitotyön näkökulmasta ei juuri ole tehty. Hengityshalvauspotilaan hoitoprosessista on tehty Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä kehittämissuunnitelma vuonna 2002. Tämän projektin selvitystyön perusteella laadittiin suositus aikuisten hengityshalvauspotilaiden alku- ja jatkohoidon hoitojärjestelmäksi. (Laasonen ym. 2002.) Opinnäytetöitä hengityshalvauspotilaan hoitoon liittyen ovat tehneet muun muassa Talja & Rantala(2009), Kallio (2011), Korhonen (2011) sekä Sirkiä (2012). Taljan ja Rantalalan tutkimuksessa, joka koski ALS:ia sairastavan hengityshalvauspotilaan hoitoa, tuotiin esille myös tähän opinnäytetyöhön liittyviä hoitajien työssäjaksamiseen liittyviä tekijöitä. Kuormittaviksi tekijöiksi tässä tutkimuksessa nousivat työn henkisesti raskaaksi kokeminen sekä riittämättömyyden tunne. Työssä jaksamista edistäviksi tekijöiksi puolestaan koettiin työkavereiden tuki, vapaa-aika ja työnohjaus. Jaksamista olisi tutkimuksen mukaan voitu edistää tarjoamalla lisää etuja ja lisää palkkaa. (Talja & Rantala 2009.)

Suomen lähi- ja perushoitajienliitto SuPer on teettänyt vuonna 2012 selvityksen lähi- ja perushoitajien työhyvinvoinnista. Tämän tutkimuksen tarkoituksena oli selvittää, mitkä tekijät työssä aiheuttavat henkistä ja fyysistä kuormitusta. Työhyvinvoinnin kannalta tärkeäksi koettiin arvojen ja perustehtävien määrittely, pelisäännöistä ja toimintaperiaatteista sopiminen, ristiriitojen hallinta ja käsittely sekä näistä edellä mainituista asioista keskustelu tasavertaisesti ja kaikkia kunnioittaen. Lisäksi mainintoja saivat johtaminen sekä yhteisesti tehtävä kehittäminen. Näiden todettiin vaikuttavan myönteisesti henkilöstön sitoutumiseen, motivaatioon ja työtyytyväisyyteen. Esimiehiltä odotetaan oikeudenmukaisuutta ja vastuunkantoa. Toiveiksi nousivat parempi mahdollisuus täydennyskoulutukseen, tilaisuudet keskustella ja purkaa henkistä ja eettistä kuormaa, epäasialliseen kohteluun puuttumista sekä välitöntä puuttumista ristiriitoihin. (SuPer 2012, 47 - 48.)

Kuntien eläkevakuutus KEVA puolestaan on selvittänyt vuonna 2014 julkisen alan hyvinvointia. Tutkimusta varten kerättiin kunta-alan työntekijöiltä (n=1485) vastaukset puhelinhaastatteluna alkusyksystä 2014. Terveysalan edustajia vastaajista oli suurin yksittäinen ryhmä, 32 %. Ryhmä koostuu niin lähi- ja perushoitajista kuin sairaanhoitajista, terveydenhoitajista, lääkäreistä ja hoitoapulaistista. Tämän tutkimuksen mukaan työyhteisö on suuri jaksamista ja innostumista tukeva voimavara. Työtovereihin luotetaan ja pääsääntöisesti työilmapiiri koetaan hyväksi. Ongelmiksi koetaan riittämättömäksi koetun hyvästä työstä palkitsemisen lisäksi esimerkiksi työn fyysinen kuormittavuus ja esimiestyön epäoikeudenmukaisuus. Terveysalan vastaajien keskuudessa korostuu muihin vastaajaryhmiin verrattuna (esimerkiksi sosiaalitoimi,

tekninen toimi sekä hallinto- ja sivistystoimi) työn fyysinen ja psyykinen kuormittavuus sekä ajan puute. (Pekka & Perhoniemi 2014, 14 - 15, 17, 33.)

3 Tutkimuksen tarkoitus, tavoitteet ja tutkimusongelmat

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää millaisia kokemuksia hengityshalvauspotilaita kotihoitoyksikössä hoitavilla työntekijöillä on työstään. Opinnäytetyössä kartoitetaan aiemmissa tutkimuksissa esille tulleiden työhyvinvointiin ja työssäjaksamiseen vaikuttavien tekijöiden, kuten esimiestyön, kollegiaalisuuden, palkitsemisen ja työn kuormittavuuden ilmenemistä Lohjan sairaalan hengityshalvausyksikön hoitajien keskuudessa. Lisäksi tarkoitus on kartoittaa muun muassa sitä, millaisia kokemuksia hoitajilla on kodista hoitoympäristönä ja kuinka he kokevat työn yksinäisyyden, kuinka tiedonkulku ja tiedottaminen toimivat, sekä kuinka he itse haluaisivat kehittää työtään.

Opinnäytetyön tavoitteena on kerättyjen kokemusten perusteella tarjota sekä osaston esimiehille että henkilökunnalle tietoa työtyytyväisyyteen vaikuttavista tekijöistä; mitkä asiat koetaan voimavaroiksi ja mitkä asiat vaativat kehittämistä.

Tutkimusongelmat ovat:

1. Mitkä tekijät hoitajat kokevat työviihtyvyyttä, työmotivaatiota ja työssä jaksamista tukeviksi tekijöiksi?
2. Mitkä tekijät hoitajat kokevat työviihtyvyyttä, työmotivaatiota ja työssä jaksamista rajoittaviksi tekijöiksi?
3. Miten hoitajien mielestä työviihtyvyyttä, työmotivaatiota ja työssä jaksamista voitaisiin lisätä?

4 Tutkimusmenetelmä ja aineisto

4.1 Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä

Laadullinen eli kvalitatiivinen tutkimus vastaa ensisijaisesti kysymyksiin miksi, millainen ja miten (Inspirans 2016). Tuomen (2008, 96) mukaan laadullisella tutkimuksella voidaan yksinkertaistaen ajatella tarkoitettavan kaikkea empiiristä, eli kokemusperäistä tutkimusta, joka ei ole määrällistä eli kvantitatiivista. Laadullisessa tutkimuksessa tutkimuskohteena ovat ihmisten luomat merkitykset (Tuomi 2008, 97).

Hoitotyöhön liittyvässä tutkimuksessa käytetään sekä kvalitatiivista että kvantitatiivista tutkimusmenetelmää. Laadun ja määrän ei voida katsoa olevan toisistaan erillisiä tai toistensa vastakohtia. Menetelmän valinta riippuukin tutkimuksen tarkoituksesta ja tutkimusongelmis-

ta. Joskus on tärkeämpää keskittyä laadullisiin piirteisiin, joskus taas on kyettävä tuottamaan määrällisesti mitattavia tuloksia ja selittämään niitä tilastollisesti. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 224.) Kvalitatiivisen tutkimuksen määrittelyssä korostuvat ihmisten näkemysten kuvaus sekä motivaatioiden, kokemusten, käsitysten ja tulkintojen tutkiminen (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 49). Kvalitatiivinen tutkimusmenetelmä sopii käytettäväksi kun halutaan lisätä ymmärrystä tutkittavasta asiasta tai ilmiöstä, halutaan tietoa ihmisten kokemuksista, motivaatiosta, käsityksistä tai halutaan kuvata ihmisten näkemyksiä asioista (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 61).

Tyypillisiä piirteitä laadulliselle tutkimukselle ovat muun muassa aineiston keruu luonnollisissa olosuhteissa ja autenttisissa tilanteissa, kohdejoukon tarkoituksenmukainen, ei satunnaisotokseen perustuva valinta, sekä laadullisten metodien käyttö aineiston hankinnassa. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 164.) Laadullisia aineistonkeruumetodeja ovat erityyppiset haastattelut kuten strukturoidut-, teema-, tai avoimet haastattelut. Muita metodeja ovat esimerkiksi havainnointi ja erilaiset dokumentit. Menetelmän valinta riippuu siitä, millaista ilmiötä tutkitaan, ilmiön ominaisuuksista sekä halutun tiedon tarkkuudesta ja autenttisuudesta. (Kananen 2010, 48; Eskola & Suoranta 2014, 87.) Laadullisen tutkimuksen tyypillisiin piirteisiin kuuluu lisäksi tutkimuksen dynaamisuus; tutkimussuunnitelma muokkautuu tutkimuksen edetessä ja näin tutkimusta voidaan toteuttaa joustavasti ja olosuhteiden muutoksiin reagoimalla (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 164; Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 50 - 51). Analyysimenetelmänä laadullisessa tutkimuksessa suositetaan aineistolähtöistä analyysiä ja tutkimuksen tulokset ovat ainutlaatuisia, ne koskevat vain tätä aineistoa, eli ei haeta yleistettävyyttä (Tuomi 2008, 97).

Opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi valittiin laadullinen tutkimusmenetelmä, mutta myös määrällisen tutkimusmenetelmän käyttö olisi ollut mahdollista. Jos tutkimus olisi toteutettu määrällistä tutkimusmenetelmää käyttäen, tutkimukseen osallistuvilla olisi laadittu opinnäytetyön tekijöiden toimesta kysymyslomakkeet, joihin olisi valittu mahdollisia työhön ja työtyytyväisyyteen vaikuttavia aihealueita ja pisteytetty nämä. Tällöin ei kuitenkaan olisi voitu olla varmoja, että nämä lomakkeeseen valitut aihealueet olisivat olleet sellaisia, jotka hoitajat kokevat tärkeiksi. Koska hoitajien kokemuksia työstään ei ole aiemmin selvitetty, koettiin mielekkäämmäksi kartoittaa kokemuksia hoitajien itsensä kertomana laadullisen tutkimusmenetelmän keinoja käyttäen. Tutkimusta voidaan haluttaessa myöhemmin jatkaa valitsemalla tässä työssä esille tulevia kokemuksia ja tutkimalla niiden painotuksia kvantitatiivisella tutkimusmenetelmällä.

4.2 Aineistonkeruumenetelmät

Opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmäksi valittiin teemahaastattelu. Teemahaastattelussa aihepiirit, joista keskustellaan, on etukäteen määritelty, mutta menetelmästä puuttuu strukturoidulle haastattelulle tyypilliset kysymysten tarkka muoto ja järjestys. Teemahaastattelu antaa haastateltavalle mahdollisuuden puhua hyvinkin vapaasti, mutta toisaalta etukäteen määritellyt teemat takaavat sen, että kaikkien haastateltavien kanssa puhutaan kuitenkin samoista asioista (Eskola & Suoranta 2014, 88). Teemahaastattelussa korostuvat haastateltavien asioille antamat tulkinnat ja merkitykset (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 97).

Koska opinnäytetyössä haluttiin kartoittaa haastateltavien kokemuksia työstään omin sanoin ja mahdollisimman avoimesti kerrottuna, päädyttiin aineistonkeruumuodoksi valitsemaan teemahaastattelu.

Haastattelut voidaan toteuttaa yksilö- tai ryhmähaastatteluna. Myös parihaastattelua, joka on yksi ryhmähaastattelun alamuoto, voidaan käyttää. Ryhmähaastattelun etuna on sen tehokkuus, eli samalla haastattelukerralla saadaan tietoja useilta henkilöiltä. Ryhmähaastattelu sopii käytettäväksi hyvin myös silloin, kun arvioidaan, että haastateltavat voisivat arastella haastattelutilannetta. Ryhmältä voi saada tukea ja ryhmä voi auttaa muistamaan asioita, mutta toisaalta ryhmässä voi olla jäsen tai jäseniä, jotka pyrkivät dominoimaan keskustelua ja määräämään. Ryhmä voi myös estää ryhmän kannalta kielteisten asioiden esilletulon. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 210 - 211.) Yksilöhaastattelussa haastateltava saa varmasti puheenvuoron ja keskustelut voivat olla vapautuneempia ja luontevampia kuin ryhmähaastattelussa. Yksilöhaastattelu sopii käytettäväksi silloin, kun tutkimusaihe on sensitiivinen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 95.)

Opinnäytetyötä varten haastateltiin viittä (5) hengityshalvausyksikön hoitajaa alkukesällä 2016. Hoitajien kokemuksia kerättiin neljään eri teemaan jaettujen teemahaastatteluiden avulla. Haastatteluteemat olivat työ ja työviihtyvyys, koti hoitoympäristönä, työyhteisö ja työyhteisön toiminta ja esimiestyö. Kunkin teeman alla oli apukysymyksiä, joiden avulla keskustelua ohjattiin. Kyseessä ei kuitenkaan ollut strukturoidussa haastattelussa käytettävät, jokaiselle haastateltavalle samanlaisina esitettävät kysymykset, vaan kysymyksien avulla haastattelua saatiin vietyä eteenpäin. Näin saatiin myös varmistettua, että jokaisen haastateltavan kanssa tuli kunkin teeman osalta käytyä läpi samat asiat.

Haastattelut toteutettiin yksilöhaastatteluina, jotta kullekin haastateltavalle voitiin antaa tilanteessa jakamaton huomio ja haastateltava sai ilman mahdollisia ryhmän tuomia paineita kertoa avoimesti omia mielipiteitään, kokemuksiaan ja tuntojaan. Yksilöhaastatteluiden toteuttaminen on ryhmähaastatteluja aikaa vievempää niin haastatteluiden toteuttamisen, aineiston käsittelyn kuin analysoinnin suhteen. Käyttämällä opinnäytetyössä yksilöhaastatteluja

pyrittiin varmistamaan haastateltavien yksilöllinen kohtaaminen, ja sitä kautta mahdollisimman laadukkaan ja opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin vastauksia tarjoava aineiston kerääminen.

Koska haastattelut olivat vapaamuotoisia, toi kukin haastateltava teemoihin omaa sisältöään ja sisällöt myös sekoittuivat teemojen kesken. Tämä on luonnollista, sillä työyhteisössä kaikki vaikuttaa kaikkeen. Hyvä esimiestyö vaikuttaa työyhteisöön, joka puolestaan vaikuttaa työviihtyvyyteen.

4.3 Tutkimuksen otos

Laadullisessa tutkimuksessa aineistot ovat yleensä määrällisen tutkimuksen aineistoja pienempiä; määrän sijaan painotetaan aineiston laatua (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 83). Puhutaan aineiston tarkoituksenmukaisesta tai teoreettisesta poiminnasta (Eskola & Suoranta 2014, 61). Tutkimuksen toteuttaminen kvalitatiivisella menetelmällä ei kuitenkaan tarkoita automaattisesti pientä aineistoa, vaan aineiston kokoon vaikuttavat muun muassa tutkimuksen laajuus, aineiston laatu ja tutkittavan ilmiön luonne (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 83 - 84). Laadullisessa tutkimuksessa ei aineiston koolla kuitenkaan ole välitöntä merkitystä tai vaikutusta tutkimuksen onnistumiseen toisin kuin määrällisessä tutkimuksessa, eikä aineiston koon määrittämisestä ole olemassa sääntöjä (Eskola & Suoranta 2014, 62). Laadullisessa tutkimuksessa ei pyritä tilastollisiin yleistyksiin, vaan pyritään ymmärtämään jotain tiettyä toimintaa, kuvaamaan jotain tapahtumaa tai antamaan jollekin ilmiölle mielekäs teoreettinen selitys (Eskola & Suoranta 2014, 61). Laadullisen tutkimuksen aineiston riittävydestä puhuttaessa on käytetty saturaation eli kylläntymisen käsitettä; aineistoa on riittävästi, kun uudet tapaukset eivät tuo esille mitään tutkimusongelman kannalta uutta tietoa (Eskola & Suoranta 2014, 62).

Koska laadullisessa tutkimuksessa ei pyritä tilastollisiin yleistyksiin, ei otoksessa eli tutkimukseen osallistuvien henkilöiden joukossa, tärkeintä ole tutkimukseen osallistuvien yksilöiden määrä, vaan valintaperusteena käytetään henkilöiden tietoa ja kokemuksia tutkittavasta asiasta. Näin ollen tutkimuksen otokseen valittavien henkilöiden valinnan tulee olla harkittua ja tarkoitukseen sopivaa. Se, miten tutkimukseen osallistujien valinta on harkittu ja sopivuus määritetty, jää kussakin tutkimuksessa tekijän päätettäväksi. Valintaperusteet tulee kuitenkin tuoda julki. (Tuomi & Sarajärvi 2013, 85 - 86.)

Tähän opinnäytetyöhön haastateltiin viittä henkilöä. Opinnäytetyön aihe esiteltiin työn tekijöiden toimesta hoitotiimeille tiimikokouksissa helmikuun ja huhtikuun 2016 välisenä aikana. Samalla kysyttiin hoitajien halukkuudesta osallistua tutkimukseen. Hengityshalvausyksikön osastonhoitaja keräsi tiedot halukkaista osallistujista, ja valitsi haastateltavat heidän keskuudestaan. Osastonhoitajan kanssa sovittiin, että hän valitsee haastateltavaksi sekä pidempään

hengityshalvauksyksikössä työtä tehneitä, uudempia työntekijöitä että osa-aikaisia työntekijöitä. Näin pyrittiin saamaan mahdollisimman kattava otanta yksikössä eri aikoja työskennelleiden henkilöiden kokemuksista.

4.4 Aineiston analyysi

Eskolan ja Suorannan (2014, 138) mukaan laadullisen aineiston analyysin tarkoituksena on luoda aineistoon selkeyttä ja siten tuottaa uutta tietoa tutkittavasta asiasta. Analyysin avulla aineisto pyritään tiivistämään kadottamatta sen sisältämää informaatiota. Hajanaisesta aineistosta pyritään luomaan selkeää ja mielekästä, ja näin lisäämään aineiston informaatioarvoa. (Eskola & Suoranta 2014, 138.)

Laadullisen eli kvalitatiivisen aineiston perusanalyysimenetelmä on sisällönanalyysi. Sisällönanalyysin avulla kerätty tietoaineisto tiivistetään niin, että voidaan tarkastella tutkimuksen kohteena olleiden asioiden ja ilmiöiden merkityksiä, seurauksia ja yhteyksiä. Sisällönanalyysissa tutkimusaineistosta erotetaan samanlaisuudet ja erilaisuudet. Sisällönanalyysi voi olla muodoltaan induktiivista eli aineistolähtöistä, deduktiivista eli teorialähtöistä tai abduktiivista eli teoriaohjaavaa. (Hirsjärvi, Remes, & Sajavaara 2009, 224; Tampereen teknillinen yliopisto 2016.)

Opinnäytetyön sisällön analyysimuodoksi valittiin sisällönanalyysi ja induktiivinen, eli aineistolähtöinen, muoto. Induktiivista analyysia käytetään silloin, kun asiasta ei juuri ole aiempaa tietoa. Koska hengityshalvauksikon hoitajien kokemuksia ei aiemmin ole tutkittu, koettiin induktiivinen lähestymistapa sopivaksi.

Sisällönanalyysia varten haastattelut litteroitiin eli nauhoitetut haastattelut kirjoitettiin sanasta sanaan tekstimuotoon. Litteroinnin jälkeen aineisto pelkistettiin ja ryhmiteltiin. Aineistoa pelkistettäessä käytettiin analyysiyksikköinä ajatuskokonaisuuksia. Pelkistetyt ilmaukset ryhmiteltiin kunkin teeman alle ja niistä etsittiin vastauksia tutkimuskysymyksiin.

5 Tutkimuksen tulokset

Haastatteluilla kerätystä aineistosta käy ilmi, että hoitajat ovat pääsääntöisesti tyytyväisiä työhönsä ja työyhteisöönsä. Kollegat ja työyhteisö koettiin voimavarana, esimiestyössä puolestaan nähtiin jonkin verran kehittämistä vaativia asioita. Vaikka kehittämisen varaa nähtiin olevan, niin toisaalta esimiestä myös arvostettiin paljon, etenkin sitä, kuinka hän on vienyt hengityshalvauksikon arvostusta eteenpäin ja panostanut henkilökunnan ammattitaidon kehittymiseen.

Haastattelujen tuloksia käsitellään tarkemmin haastatteluteemojen mukaan. Tekstissä esitetään vastauksia tutkimuskysymyksiin yksi ja kaksi, eli mitkä tekijät hoitajat kokevat työviihtyvyyttä, työmotivaatiota ja työssä jaksamista tukeviksi ja mitkä puolestaan edellä mainittuja tekijöitä rajoittaviksi seikoiksi. Vastaukset kolmanteen tutkimuskysymykseen, eli kuinka hoitajat haluaisivat kehittää työtään, esitetään taulukoissa 1-4. Taulukot on esitetty opinnäytetyön liitteessä numero 2.

5.1 Työ ja työviihtyvyys

Työn itsenäisyys nousi kaikilla haastatelluilla esille työviihtyvyyttä lisäävänä tekijänä. Muina työviihtyvyyttä lisäävinä tekijöinä koetaan työn arvostus sekä kollegoiden että esimiesten taholta, hyvä perehdytys, ammattitaitoinen henkilökunta, jonka vaihtuvuus on vähäistä sekä koulutusmahdollisuudet.

”Mä tykkään tietenkin siitä, että se on tämmöistä itsenäistä työtä, saan suunnitella sen työn itse. On siis tietyt asiat mitä mun pitää tehdä, mutta se missä järjestyksessä mä suurin piirtein teen, voin vaikuttaa.”

”On hienoo, et kyllä meitä pidetään ihan hoitajina.”

Työtyytyväisyyttä lisäävänä koetaan myös mahdollisuus vaikuttaa omiin työvuoroihin työvuorosunnittelun kautta sekä se, että vuoronvaihtoihin on panostettu antamalla niihin enemmän aikaa. Työnkierto puolestaan koetaan sekä työviihtyvyyttä lisäävänä että vähentävänä tekijänä. Työnkierto tuli aiheena esille myös muiden haastatteluteemojen yhteydessä.

”Meidän varsinainen esimies tekee todella hyviä työvuoroja ja osaa niin kuin huomioida kaikkien toiveet ja tekee sellaisia inhimillisiä listoja.”

”Meille on nyt tullut ehkä enemmän sitä yhteishenkeä. Ennen vuoronvaihdossa meillä oli viistoista minuuttia, puoli tuntia aikaa, mutta nyt meillä on iltapäivästä se tunti aikaa. Saadaan keskustella keskenämme ihan työasioita ja sitten ihan mistä vaan.”

Työviihtyvyyteen negatiivisesti vaikuttavina asioina esille tuotiin työn yksipuolisuus ja yksinäisyys. Koska ollaan yksin vuorossa, joudutaan vastuu kantamaan yksin, eikä apua ole saatavilla. Haasteellisena koetaan omaisten, potilaiden, työnantajan ja muiden työntekijöiden toiveiden, määräysten ja odotusten yhteensovittaminen. Koetaan, että joudutaan toisinaan olemaan ikävässä välikädessä, ikään kuin puun ja kuoren välissä. Henkilökunnan mielipiteitä ja kehitysideoita toivottiin huomioitavan paremmin. Myös laitteiden toimimattomuus sekä tyhytoiminnan yksipuolisuus koettiin työviihtyvyyttä vähentävänä.

”Tossahan sä oot hiljaa melkein koko kahdeksan tuntia.”

”Jos jotain tapahtuu, niin et saa sitä tukea keneltäkään. Sä oot yksin siinä tilanteessa. Se on aika raskasta.”

”Ja sit tietysti on kanssa negatiivinen puoli, et kun on omaiset, minä ja potilas ja sitten on HUS:n maailma.”

Työnkierrossa positiivisena koetaan se, että saa vaihtelua ja uusia näkökulmia työhönsä; pääsee uusiin paikkoihin ja saa uusia ideoita. Negatiivisena puolestaan koetaan se, että kaikilla ei koeta olevan samat säännöt esimerkiksi työnkierron pituuden ja paikkatoiveiden suhteen. Lisäksi perehdyttäminen ja henkilöiden vaihtuvuus koetaan rasitteena.

”Itse mä tykkään mennä välillä muuallekin. Saa vähän niin kuin hengittää vähän eri ympyröissä.”

”Mä en ite henkilökohtaisesti tykkää siitä. Et kun kaikki ei vaan tuu toimeen kaikkien kaa ja kaikki ei pidä kaikesta, niin minkä takia sitä pakotetaan sellaiseen paikkaan mihin ei halua mennä. Ei kysytä meekö, vaan niihin mennään. Must se on se, mikä ajaa työntekijät pois.”

5.2 Koti hoitoympäristönä

Koti hoitoympäristönä koettiin laitteiden, ergonomian ja aseptiikan kannalta sekä hyvänä että huonona. Käytettävissä on kaikki potilaan hyvän hoidon kannalta tarvittava laitteisto, mutta toisaalta taas hoitajien tarvitsemat internetyhteydet eivät aina toimi riittävän hyvin. Vaikka laitteita on hyvin tarjolla, ergonomian suhteen joutuu myös tekemään myönnytyksiä osittain johtuen siitä, että työskennellään yksin. Aseptiikan suhteen kehittämisen tarvetta nähtiin esimerkiksi katetroinnissa. Laitteiden osalta tuotiin esille, se että kaikkien tulisi käsitellä kalta laitteita kaikilta osin huolellisesti ja asiaankuuluvasti.

”Se on ihan kuin pieni sairaala mutta se on kotona.”

Omaisilta koetaan saatavan tukea, mutta koettiin myös, että potilas ja omaiset tulevat välillä liian lähelle; ammatillisen etäisyyden säilyttäminen on haasteellisempaa tehtäessä työtä pitkiä aikoja vain yhden potilaan kanssa. Ristiriitokin syntyy herkemmin oltaessa tiivisti tekemisissä pienen piirin kesken. Esimieheltä ristiriitatilanteissa saatava tuki koettiin hyvin positiivisesti. Hän ymmärtää työntekijöitä ja osaa suodattaa annettua palautetta.

”Tästä meitä varoitetaan, että emme saa olla perheenjäseniä, mutta se on absurdi tilanne, jos olemme siellä useampia vuosia. Kyllähän siinä väistämättä tutustuu.”

”On yksiköitä, joissa hoitajat ja omaiset eivät tule mitenkään juttuun. Ne on sitten vaikeita tilanteita.”

”Perhe saattoi valittaa, että olen tehnyt työn huonosti, tai tehnyt sen väärin, niin esimies kuitenkin tiesi, ettei se ihan välttämättä niin mennytkään.”

Taukojen pitäminen ei kotiloissa toteudu niin hyvin, kuin voisi olettaa toteutuvan esimerkiksi hoitolaitoksissa, joissa on kollegoita paikkaamassa työtä taukojen ajan. Saman ongelman koettiin koskevan myös kirjaamiseen tarvittavaa rauhallista aikaa.

”Meillä ei ole tällaisia taukoja, kun meidän täytyy olla 24/7. Näkö-, kuulo- tai ainakin kuuloetäisyydellä täytyy olla koko ajan.”

5.3 Työyhteisö ja työyhteisön toiminta

Hoitajien haastatteluissa tuli selkeästi esille se, että työyhteisö koetaan kantavaksi voimavaraksi ja suurimmaksi työtyytyväisyyttä lisääväksi ja ylläpitäväksi tekijäksi. Positiivisena koetaan työntekijöiden samanhenkisyys, kollegoilta saatava tuki, keskinäinen luottamus ja yhteenkuuluvuuden tunne. Koetaan, että hengityshalvausyksikkö on oikea osasto siinä, missä mikä tahansa muu sairaalan osasto. Haastateltavien mukaan työyhteisössä pysytään puhumaan avoimesti ja ratkomaan ristiriitoja. Työntekijät pitävät kiinni yhdessä sovituihin toimintatavoista ja voidaan luottaa siihen, että asiat tulevat hoidettua. Annetaan toisille tilaa ja asiat saa tehdä omalla tavallaan.

”Et mun mielestä meillä on hyvä jengi hengityshalvausyksikössä.”

”Me ollaan samanhenkisiä, samanlaisia harrastuksia. Miten sattuikaan.”

”Se oma kädenjälki ja tyyli miten se tehdään, että se pitää tietenkin sallia. Pääasia, että potilasturvallisuus säilyy.”

Työyhteisössä negatiivisesti työviihtyvyyteen vaikuttavina seikkoina nähdään ongelmat tiedonkulussa ja tasa-arvossa. Vaikka työyhteisö koetaan avoimeksi, haastatteluissa tuli kuitenkin

kin esille, että joskus puhutaan pahaa selän takana. Tiedonkulussa koetaan haasteelliseksi viestiketjujen katkeaminen. Ei voi olla varma, että tieto saavuttaa kaikki asianosaiset. Tämä koskee sekä kollegoiden välistä että esimiehen ja työntekijöiden välistä viestintää. Sisäiseen viestintään tarkoitettu viestivihko koetaan hankalana, koska siihen ei voi kirjoittaa kaikkea tarpeellista potilaan yksityisyyden suojan varmistamiseksi.

”Yksi haaste mikä täällä on, semmonen, että miten sä kuljetat mukana potilaaseen liittyvät asiat ja miten työyhteisöön liittyvät asiat. Meillä kun on sellainen viestivihko, mutta sinne ei tavallaan saa kirjoittaa potilaaseen liittyviä asioita.”

”Kyllähän sit, kun on vapaita, jossain kohtaa katkee se tiedonkulku sitte.”

Tasa-arvon toteutumisessa nähtiin myös kehittämisen varaa. Eri ammattiryhmien välinen tasa-arvoisuus toteutuu erittäin hyvin osin johtuen yksikön luonteestakin; kaikki tekevät kaikkea. Sitä vastoin naisten ja miesten välisessä tasa-arvoisuudessa nähtiin parannettavaa.

”Jos on työpaikka avoinna, jos miehiä on hakenut, niin miehet pääsee aina oli se millainen tahansa.”

5.4 Esimiestyö

Haastatteluissa esimiestyö nähtiin melko ristiriitaisesti. Esimies sai erittäin hyvää palautetta siitä, että hänen ansiostaan hengityshalvauksyksikön arvostus on noussut ja hän arvostaa alaisiaan. Toisaalta hänet koetaan vaikeasti lähestyttäväksi. Hänelle on myös vaikeaa sanoa ei esimerkiksi silloin, kun on tarvetta sijaisille.

”Se pitää mua ammattitaitoisena. Se tietää, että me osataan, eikä se rupee sataa kertaa kyselee, että pärjäätekö.”

”Kyllähän se olis hassua jos ei arvostais, koska se on vienyt meidän arvostusta niin paljon eteenpäin.”

”Esimies ei tykkää, että sanotaan ei.”

Esimies sai kiitosta siitä, kuinka hyvin hän ottaa työntekijöiden toiveet huomioon työvuoro- ja lomalistoja laatiessaan. Hän on hyvin tavoitettavissa mikäli tarvetta, hän vastaa puhelimeen vaikka keskellä yötä. Esimiehen toimintaa ristiriitatilanteissa, niin osaston sisäisissä kuin esimerkiksi potilaiden hoitoon liittyvissä, keuhuttiin. Esimiehen toiminnassa näkyy hänen aito

pyrkimyksensä henkilökunnan hyvinvointiin ja työssä jaksamiseen sekä osaston kehittämiseen. Ehkä suurin haastatteluissa esille tullut ristiriita esimiehen toiminnassa koski oikeudenmukaisuutta ja tasapuolisuuttaan. Hänet nähdään oikeanmukaisena ja tasapuolisuus toteutuu erittäin hyvin, esimerkiksi aiemmin mainitussa työvuorosunnittelussa. Toisaalta tuotiin esille henkilökunnan tasa-arvoiseen kohteluun liittyviä epäkohtia, lähinnä liittyen sukupuolten väliseen tasa-arvoon.

Negatiivista palautetta esimies sai haastatteluissa siitä, että hänelle on vaikea antaa palautetta. Esimieheltä saatavan positiivisen palautteen määrä on vähäistä, ja toivottiinkin, että myös onnistumiset työssä huomioitaisiin. Toivottiin, että saataisiin korjaavan palautteen lisäksi myös myönteistä palautetta. Esimiehen toivotaan kuuntelevan alaisiaan paremmin sekä kehittävän omaa ulosantiaan. Ulosanti koetaan välillä töksähteleväksi ja esimies antaa hermostuneisuutensa ja kiireensä näkyä. Esimiehen toivottaisiin tuntevan yksikössä tehtävän jorkapäiväisen käytännön työn paremmin. Annettaviin ohjeisiin ja päätöksiin toivottiin johdonmukaisuutta.

”Yhteistyö ei aina välttämättä ole vaivatonta, koska hän ei kestä kritiikkiä.”

”Jos sen tuo sillai positiivisesti ja sillai, että tekee meidän kanssa, niin tää porukka varmasti tekee paremmin kuin sillai, että se vaan heittää sen pallon ja alatte tekee näin. Nykypäivänä hoitajat ovat kehittäjiä, eikä semmoisia, et ne tekee vaan kun käsketään, siksi että käsketään.”

”Sellaista johdonmukaisuutta, että ensin miettii rauhassa miten hän ohjeistaa ja mikä on lopputulema, onko järkevää toimia tällä tavalla.”

Kunkin haastatteluteeman kohdalla nousi haastateltavien kertomusten perusteella esille asioita, joita yksikössä voitaisiin kehittää. Näitä henkilökunnan esittämiä kehittämissuhteita koottiin kunkin teeman alle alaluokkiin ja kunkin alaluokan kohdalle on annettu konkreettisia ehdotuksia yksikön toiminnan kehittämiseksi. Nämä kehittämissuhteiden on taulukoitu, taulukot löytyvät opinnäytetyön liitteistä.

6 Tutkimuksen luotettavuus ja tutkimusetiikka

6.1 Laadullisen tutkimuksen luotettavuuden arviointi

Kvalitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arvioimiseksi ei ole luotu niin selkeitä kriteereitä, kuin kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arviointiin. Kvantitatiivisen tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa tutkimuksessa käytettyjen mittareiden luotettavuus on arvioinnin

tärkeimpiä tekijöitä; tutkimuksen tulokset ovat juuri niin luotettavia kuin tutkimuksessa käytetyt mittarit (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 206). Laadulliselle tutkimukselle on jo 1980-luvulla määritelty kriteereitä, joita käytetään edelleen luotettavuuden arvioinnin perustana. Näitä kriteereitä ovat uskottavuus (credibility), siirrettävyys (transferability), riippuvuus, josta käytetään myös käsitteitä luotettavuus ja varmuus (dependability), sekä vahvistettavuus, josta käytetään myös käsitteitä vakiintuneisuus ja vahvistuvuus (conformability). (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 160; Tuomi & Sarajärvi 2013, 138 - 139; Tuomi 2008, 150.)

Määrällisessä tutkimuksessa aineiston edustavuus on luotettavuutta arvioitaessa tärkeä kriteeri. Laadullisessa aineistossa aineiston laajuus taas ei ole merkittävä kriteeri, sillä toisin kuin määrällisessä tutkimuksessa, laadullisessa tutkimuksessa ei pyritä yleistettävyyteen. Laadullisessa tutkimuksessa tärkeintä on aineiston laatu, eli materiaali tulee hankkia tahoilta, jotka tietävät tutkittavasta aiheesta parhaiten. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 216.)

Laadullisen tutkimuksen luotettavuutta voidaan parantaa huolellisella dokumentaatiolla ja sillä, että kaikki tutkimuksen eri vaiheissa tehtävät ratkaisut ja valinnat perustellaan (Kananen 2010, 69). Tutkimuksen tekijöiden tulee antaa lukijoille riittävästi tietoa siitä, miten tutkimus on toteutettu, jotta lukijat voivat arvioida tutkimuksen tuloksia (Tuomi & Sarajärvi 2013, 141).

Tässä opinnäytetyössä luotettavuuteen voi negatiivisesti vaikuttaa se, että työn tilaaja valitsi tutkimukseen osallistuvat henkilöt, joten opinnäytetyö tekijöillä ei voi olla täyttä varmuutta valintaan vaikuttavista motiiveista. On mahdollista, että tilaaja valitsi osallistujia, jotka haastatteluissa antoivat tilaajan kannalta suotuisia vastauksia. Tätä mahdollisuutta ei kuitenkaan nähty todennäköisenä, sillä työn tilaaja vaikutti olevan aidosti kiinnostunut saamaan totuudenmukaista tietoa työntekijöiden kokemuksista, olivat kokemukset sitten positiivisia tai negatiivisia. Luotettavuuteen negatiivisesti vaikuttava tekijä voi henkilövalintojen lisäksi olla se, että ajanpuutteen takia oli mahdollisuus vain yhteen haastattelukertaan haastateltavaa kohden, ja että haastateltavat eivät avoimesti kertoneet kokemuksistaan. Lisäksi yhtenä mahdollisena luotettavuuteen vaikuttavana tekijänä voi olla tutkimuksen tekijöiden kokemattomuus.

Opinnäytetyön luotettavuutta lisääviksi tekijöiksi voidaan mainita se, että opinnäytetyön tekijöillä ei ole aiempia sidoksia työn tilanneeseen yksikköön tai yksikön henkilökuntaan sekä se, että opinnäytetyö toteutettiin parityönä. Parityöskentelyn ansiosta aineistoa analysoitaessa tulkinta ei jäänyt yhden henkilön varaan. Lisäksi haastattelut nauhoitettiin, jotta tarvittaessa voidaan tarkentaa mitä haastattelutilanteessa keskusteltiin. Haastattelut litteroitiin sanatakkasti, joten suoria lainauksia voitiin hyödyntää opinnäytetyössä osana tekstiä. Luotettavuuden

varmistamiseksi tutkimusraportti pyrittiin kirjoittamaan mahdollisimman selkeästi ja yksityiskohtaisesti.

6.2 Tutkimusetiikka

Helsingin julistus vuodelta 1964 on kansainvälisesti hyväksytty tutkimusetiikan ohjeistus, joka on alun perin laadittu lääketieteellisen tutkimuksen tarpeisiin, mutta soveltuu hyvin myös hoitotieteellisen tutkimuksen eettiseksi ohjeistukseksi. Tässä julistuksessa otetaan kantaa muun muassa tutkimustyön perusteluihin, haavoittuvien ryhmien, kuten vammaisten, asemaan tutkimuksissa, sekä annetaan ohjeita potilaiden turvallisuuden ja oikeuksien turvaamiseksi. Muita hoitotieteellisiä tutkimuksia ohjaavia ohjeita ja lakeja ovat muun muassa henkilötietolaki, laki lääketieteellisestä tutkimuksesta sekä laki potilaan asemasta ja oikeuksista. Hoitotieteellisen tutkimuksen eettisenä ohjeistuksena voidaan käyttää myös American Nurses Association (ANA) vuonna 1995 julkaisemia tutkijan eettisiä periaatteita. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 176; Suomen Lääkäriliitto 2014.) Valtakunnallisen sosiaali- ja terveysalan eettisen neuvottelukunnan (ETENE) tehtävänä on käsitellä sosiaali- ja terveysalaan sekä potilaan ja asiakkaan asemaan liittyviä eettisiä kysymyksiä periaatteelliselta kannalta ja antaa niistä suosituksia (ETENE 2016).

Jotta tutkimusta voidaan pitää eettisesti hyvänä, tutkimuksen teossa tulee noudattaa hyvää tieteellistä käytäntöä. Hyvän tieteellisen käytännön periaatteisiin kuuluu se, että noudatetaan tiedeyhteisön tunnustamia toimintatapoja, joita ovat rehellisyys, huolellisuus ja tarkkuus ja se, että tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmät ovat eettisesti kestäviä. Lisäksi tulee kunnioittaa toisten työtä ja antaa heidän saavutuksilleen niille kuuluva arvo. Tutkimuksen tulee olla suunniteltu, toteutettu ja raportoitu tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaisesti. (Tuomi & Sarajarvi 2013, 132 - 133.)

Tutkimuksessa tulee kunnioittaa itsemääräämisoikeutta ja ihmisarvoa. Tutkimukseen osallistumisen tulee olla vapaaehtoista ja tutkittavilla tulee olla mahdollisuus tutkimuksen keskeyttämiseen missä tutkimuksen vaiheessa tahansa. Tutkimus ei saa vahingoittaa tutkittavaa fyysisesti, psyykkisesti eikä sosiaalisesti. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 27.)

Tutkittavien suostumus, luottamuksellisuuteen liittyvät asiat sekä mahdolliset epämuksavuus- ja haittavaikutukset kuuluvat eettisiin selvityksiin. Lisäksi tutkimussuunnitelmassa pitää olla tiedot eettisen toimikunnan luvasta ja ohjeista tutkijalle, esimerkiksi miten aineisto säilytetään ja hävitetään, sekä tutkittavien intimizeettisuojelusuunnitelma. (Paunonen & Vehviläinen-Julkunen 2006, 44.)

Tutkimustyössä tulee sen kaikissa vaiheissa noudattaa rehellisyyden periaatteita. Näitä periaatteita ovat esimerkiksi se, että toisten töitä ei plagioida eikä tutkija plagioi itseään, tulok-

sia ei kaunistella eikä yleistetä ilman kritiikkiä. Lisäksi raportointi on tehtävä huolellisesti, se ei saa olla harhaan johtavaa eikä puutteellista. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009,26.)

Tässä opinnäytetyössä eettisyys näkyy niin, että osallistuminen haastatteluihin oli vapaaehtoista ja suostumuksensa olisi voinut peruuttaa missä vaiheessa tutkimusta tahansa. Haastateltaville kerrottiin, että haastattelut liittyvät opinnäytetyöhön sekä siitä, mikä on opinnäytetyön tarkoitus ja tavoite. Haastateltaville kerrottiin, että haastattelut tullaan nauhoittamaan ja kunkin haastateltavan suostumus nauhoitukselle varmistettiin vielä haastattelutilanteen alussa. Haastateltavia tai yksiköitä, joissa he työskentelevät, ei voida tunnistaa. Kaikkea haastatteluissa kertynyttä materiaalia säilytetään niin, että ulkopuolisilla ei ole mahdollisuutta päästä niihin käsiksi. Tutkimustyön valmistuttua kaikki haastattelumateriaalit hävitetään asianmukaisesti. Tutkimus analysoidaan ja raportoidaan Laurean ohjeiden mukaan.

Tutkimuslupa saatiin Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiriltä (HUS).

7 Pohdinta ja johtopäätökset

7.1 Opinnäytetyöprosessi

Aloitimme opinnäytetyöprojektin keväällä 2016. Projektin alussa kävimme tilaajan osastotunneilla esittelemässä työtämme ja kartoittamassa yhdessä tilaajan kanssa mahdollisia halukkaita haastateltavia. Lopulliset haastateltavat tilaaja valitsi halukkaiden joukosta.

Koska opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää hengityshalvauksyksikön hoitajien kokemuksia työstään, niin alusta alkaen oli selvää, että tiedot kerätään henkilökohtaisilla haastatteluilla. Koimme, että kasvokkain toteutettavilla haastatteluilla saamme enemmän, ja opinnäytetyön tarkoituksen kannalta olennaisempaa tietoa, kuin kyselylomakkeella toteutettavilla haastatteluilla. Yksilöhaastatteluihin päädyimme, sillä ajattelimme, että henkilökohtaisissa ja rauhallisissa tilanteissa haastateltavat uskaltaisivat kertoa kokemuksistaan avoimemmin ja rehellisemmin, kuin jos haastattelut olisi toteutettu ryhmähaastatteluina.

Aineiston rajaamiseksi haastattelut päätettiin toteuttaa neljään eri teemaan jaetuilla teema-haastatteluilla. Teemoja pohtiessamme mietimme mielestämme olennaisia työssä jaksamiseen liittyviä tekijöitä. Työstimme teemoja yhdessä tilaajan kanssa ja hyväksyimme teemat apukysymyksineen tilaajalla ennen haastatteluja. Haastattelut toteutettiin alkukesällä 2016 ja litteroitiin sekä analysoitiin loppuvuoden 2016 aikana.

Olemme kokeneet yhteistyön opinnäytetyön tilaajan kanssa erittäin miellyttävänä ja sujuvana. Olemme saaneet tarvittavat tutkimusluvut todella nopeasti, meille järjestettiin hyvät tilat haastatteluiden tekemiselle ja tilaaja on ollut aina tavoitettavissa kysymyksiämme var-

ten. On ollut antoisaa työskennellä tilaajan kanssa, joka on innostunut aiheestamme, on aidosti kiinnostunut työntekijöiden kokemuksista ja on halukas kehittämään yksikköä. Toivomme, että opinnäytetyömme tarjoaa tilaajalle hyödyllistä tietoa ja voi olla avuksi yksikön toimintaa kehitettäessä.

7.2 Pohdinta ja johtopäätökset

Työhyvinvointia ja siihen vaikuttavia tekijöitä on tutkittu niin Suomessa kuin kansainvälisestikin, mutta Lohjan sairaalan hengityshalvauksyksikön hoitajien kokemuksia työstään ja työhyvinvoinnistaan ei ole aiemmin tutkittu. Koska aiempia tyytyväisyyteen liittyviä tutkimuksia tämän yksikön osalta ei ole tehty uskomme, että saatuja tietoja pystytään käyttämään hyväksi yksikön kehittämisessä.

Taljan ja Rantalan opinnäytetyössä (2009) työssäjaksamista edistäviksi tekijöiksi on mainittu työkavereiden tuki, vapaa-aika ja työnohjaus. Myös Kuntien eläkevakuutuksen (KEVA) vuonna 2014 teettämän selvityksen mukaan työyhteisö on suuri jaksamista ja innostumista tukeva voimavara. Haastattelemiemme hoitajien keskuudessa nämä aiemmissä tutkimuksissa esille tulleet, työssäjaksamista tukevat tekijät nousivat myös voimakkaasti esille. Tuloksissa korostui hoitajien tyytyväisyys työyhteisöönsä ja kollegoihinsa; kaikki haastateltavat mainitsivat työyhteisön tärkeäksi voimavaraksi.

Suomen lähi- ja perushoitajienliiton (SuPer) vuonna 2012 teettämässä selvityksessä työhyvinvoinnin kannalta tärkeiksi koettiin muun muassa ristiriitojen hallinta, yhteisistä toimintaperiaatteista sopiminen, esimiehen oikeudenmukaisuus ja vastuunkanto. Näitä samoja asioita pitivät myös haastattelemamme hoitajat tärkeinä.

Työiihtyvyyttä ja työssäjaksamista rajoittavina tekijöinä aiemmissä tutkimuksissa on esille tullut muun muassa palkitsemisen ja etujen riittämättömyys (Talja & Rantala, 2009; KEVA 2014), epäoikeudenmukaisuus, huonot koulutusmahdollisuudet, epäasiallinen kohtelu sekä fyysinen ja psyykinen kuormittavuus (SuPer 2012; KEVA 2014). Haastattelemamme hoitajat toivat esille näitä samoja asioita. Psykkistä kuormitusta aiheuttaa yksintyöskentely ja sen mukanaan tuoma vastuunkanto ilman kollegoiden läsnäoloa. Esimiestyöltä puolestaan toivottiin tasa-arvoisuutta ja tyhy-toiminnalta monipuolisuutta. Toisaalta taas fyysistä kuormitusta haastattelemamme hoitajat eivät tuoneet esille ja koulutusmahdollisuuksia puolestaan keuhuttiin.

Haastatteluiden perusteella voidaan sanoa, että hoitajat ovat pääsääntöisesti tyytyväisiä työhönsä ja kokevat, että viime vuosina on tapahtunut positiivista kehitystä niin yksikön toiminnassa kuin yksikön ja sen työntekijöiden arvostuksessa. Jotta tämä tyytyväisyys säilyisi ja jopa kehittyisi muun muassa toisilta oppimisen kautta, tulisi tyytyväisyyden varmistamiseksi

kiinnittää edelleen huomiota kollegiaalisuutta ja me-henkeä luovien tekijöiden vahvistamiseen. Keinoja tähän voisi olla työntekijöiden yhteenkuuluvuuden tunteesta, tasavertaisuudesta, työn arvostuksesta, osapuolien keskinäistä luottamusta edistävästä tekijöistä sekä ammattitaitoa ylläpitävistä ja kehittävästä tekijöistä, kuten perehdytyksestä ja jatkokoulutuksesta, huolehtiminen. Myös kehittämistä vaativia asioita tuli ilmi. Uskomme, että tulosten perusteella kehittämistyötä pystytään suuntaamaan oikeisiin asioihin.

8 Kehittämis- ja jatkotutkimusehdotukset

Opinnäytetyön tekijöiden kehittämisehdotukset pohjautuvat haastatteluissa esille tulleisiin kehittämistarpeisiin.

Viestinnän osalta viestivihkojen tilalle voisi ottaa käyttöön valkotaulut. Tauluihin tussilla tehtävät merkinnät voi helposti pyyhkiä pois, eikä arkaluontoisia tietoja sisältäviä lappuja jää näkyville tai joudu roskien myötä väriin käsiin. Lisäksi taulujen sijainti on aina vakio, joten kaikki työntekijät tietävät mistä tieto on löydettävissä. Valkotaulut tulee sijoittaa niin, että niiden sisältämä tieto ei kuitenkaan ole liian helposti ulkopuolisten luettavissa. Tärkeiden, esimerkiksi potilaan hoitoon liittyvien asioiden, perille menon varmistamiseksi voitaisiin ottaa käyttöön joko manuaalinen tai sähköinen kuittausjärjestelmä. Näin sekä kollegat eri yksiköissä että esimies voisivat varmistua siitä, että tieto on tavoittanut kaikki asianosaiset.

Työnkiertoa voisi kehittää niin, että toteuttaminen suunniteltaisiin hyvissä ajoin. Työnkierron suunnittelun voisi aloittaa hyvissä ajoin esimerkiksi niin, että työnkierrat aikataulutetaan vuodeksi kerrallaan, ja suunnittelu aloitetaan yhdessä esimiesten ja työntekijöiden kesken jo edellisen vuoden lopulla. Ennen työnkierron aloittamista voisi myös käydä yhden työvuoron ajan tutustumassa potilaaseen ja hänen hoitoympäristöönsä. Näin mahdollisesti esille nouseviin kysymyksiin voisi hyvissä ajoin saada vastaukset sekä orientoitua tulevaan.

Jatkotutkimusehdotuksena hengityshalvausyksikön hoitajien kokemuksia työstään voisi tutkia uudelleen kahden tai kolmen vuoden kuluttua. Näin voitaisiin selvittää lähiaikoina mahdollisesti tehtävien kehittämistoimien vaikutusta työiihtyvyyteen ja työhyvinvointiin. Tutkimuksen voi toteuttaa jatkossa haastattelututkimuksena tai kvantitatiivisena tutkimuksena strukturoidun kyselylomakkeen avulla. Kyselylomakkeessa voi olla myös avoimia kysymyksiä. Lomakkeeseen olisi hyvä valita sekä niitä tekijöitä, jotka tässä yhteydessä nousivat esille työtyytyväisyyttä edistävinä tekijöinä kuin niitä, jotka vaativat kehittämistä. Näin saadaan seurattua kehittämistä vaativien kohtien osalta kehitystyön onnistumista sekä hyväksi koettujen tekijöiden osalta niiden pysyvyyttä. Jos nyt hyväksi koettujen tekijöiden osalla havaitaan negatiivista kehitystä, voidaan työyhteisön kehittämisessä jatkossa kiinnittää huomiota näihin seikkoihin ja taas jatkaa kehitystyötä tarvittavilta osin. Työyhteisön kehittämisen tulisikin olla

jatkuva prosessi, jossa selvitetään kulloinkin hyväksi koettuja asioita ja tuetaan niitä sekä etsitään kehittämistä vaativia tekijöitä ja reagoidaan niihin.

Lähteet

- Aalto, P., Kurtti, J., Koskimaa, T. & Sillanpää, K. 2015. Kollegiaalisuuden vahvistaminen hoitotyössä. Teoksessa E. Becker, N. Hahtela & I. Ranta (toim.). Kollegiaalisuus hoitotyössä - hoitotyön vuosikirja 2015. Helsinki: Fioca.
- Arala, K., Suutarla, A., Tilander, E., Kangasniemi, M. & Haapa, T. 2015. Kollegiaalisuuden eettinen perusta. Teoksessa E. Becker, N. Hahtela & I. Ranta (toim.). Kollegiaalisuus hoitotyössä - hoitotyön vuosikirja 2015. Helsinki: Fioca.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2014. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 10.painos. Tallinna: Raamatutrükikoda.
- Hirsjärvi, S., Remes, P., Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15.uudistettu painos. Hämeenlinna: Kariston Kirjapaino.
- Hägg, T., Rantio, M. Suikki, P. Vuori, A. & Ivanoff-Lahtela, P. 2007. Hoitotyö kotona. Helsinki: WSOY oppimateriaalit.
- Ikonen, E-R. 2013. Kehittyvä kotihoito. 3. uudistettu painos. Porvoo: Bookwell.
- Kaivola, T. & Launila, H. 2007. Hyvä työpaikka. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino.
- Kananen, J. 2010. Opinnäytetyön kirjoittamisen käytännön opas. Tampereen Yliopistopaino Oy - Juvenes Print.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY Pro.
- Laaksonen, H., Niskanen, J. & Ollila, S. 2012. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. 2. uudistettu painos. Helsinki: Edita Publishing.
- Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2006. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. 1 -4.painos. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit.
- Saaresranta, T. & Polo, O. 2005. Krooninen hengitysvajaus. Teoksessa V. Kinnula, P.E. Brander & P. Tukiainen (toim.) Keuhkosairaudet. 3. uudistettu painos. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.
- Tuomi, J. 2008. Tutki ja lue - Johdatus tieteellisen tekstin ymmärtämiseen. 1. -2.painos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2013. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. 11. uudistettu laitos. Helsinki: Kustannusosakeyhtiö Tammi.
- Asetus sosiaali- ja terveydenhuollon asiakasmaksuista 9.10.1992/912. Viitattu 29.2.2016. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920912>
- Atula, S. 2015. Lääkärikirja Duodecim - Myastenia Gravis. Viitattu 13.3.2016. http://www.terveysportti.fi/nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=myastenia%20gravis
- Atula, S. 2015. Lääkärikirja Duodecim - Polyradikuliitti eli hermojuuritulehdus (Guillain-Barrén oireyhtymä). Viitattu 13.3.2016. http://www.terveysportti.fi/nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=polyradikuliitti
- Färkkilä, M. 2009. Lääkäriin käsikirja - Polyradikuliitti. Viitattu 13.3.2016. http://www.terveysportti.fi/nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=polyradikuliitti

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri HUS.2016. Hengityshalvauspotilaiden ryhmäkoti. Viitattu 12.3.2016.

<http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/peijaksen-sairaala/Hengityshalvauspotilaiden%20ryhmakoti/Sivut/default.aspx>

Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri HUS. 2016. Hengityshalvauspotilaiden kotihoito. Viitattu 12.3.2016.

http://www.hus.fi/sairaanhoito/sairaalat/meilahden-tornisairaala/hyks_muut_toimipisteet/hengityshalvauspotilaiden-kotihoito/Sivut/default.aspx

Inspirans Oy. 2016. Kvalitatiivinen tutkimus. Viitattu 11.3.2016

<http://www.inspirans.fi/kvalitatiivinen-tutkimus/>

J. Lähdetie & Lihastautiliitto (toim). 2011. Duchennen lihasdystrofia - opas perheille. Viitattu 13.3.2016.

http://www.treat-nmd.eu/downloads/file/standardsofcare/dmd/finnish/DMD_FG2010_FI.pdf

Käypä hoito. 2014. Hengitysvajaus (äkillinen). Viitattu 22.3.2016.

<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suosituksset/suositus?id=hoi50045>

Laaksovirta, H.2012. ALS-amyotrofinen lateraaliskleroosi. Viitattu 13.3.2016.

http://www.lihastautiliitto.fi/fi/ALS_MND

Laaksovirta, H.2013. Lääkärin käsikirja - Amyotrofinen lateraaliskleroosi (ALS). Viitattu 13.3.2016.

http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=als

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785. Viitattu 25.3.2016.

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>

Laasonen, K., Hietaharju, A., Jussila, T., Kontiala, H., Tulppo, J. & Ylä-Mononen, S. 2002. Hengityshalvauspotilaan hoitoprosessi Pirkanmaan sairaanhoitopiirissä. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja 9/2002. Viitattu 29.3.2016.

<http://www.pshp.fi/download/noname/%7BC37B3FA4-E927-4047-98F9-320BA9FF4E83%7D/312>

Lääkäriliitto. 2014. Maailman Lääkäriliiton Helsingin julistus. Viitattu 26.3.2016

<http://www.laakariliitto.fi/liitto/etiikka/helsingin-julistus/>

Pekka, T. & Perhoniemi, R. 2014. Julkisen alan työhyvinvointi 2014. Kevan tutkimuksia 1/2014. Viitattu 25.3.2016.

<http://www.keva.fi/fi/julkaisut/Sivut/Default.aspx>

Sosiaali- ja terveysministeriö STM. 2006. Hengityshalvauspotilaiden hoito - Valtakunnallisen työryhmän raportti. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2006:61. Viitattu 29.2.2016.

<https://www.julkari.fi/bitstream/handle/10024/113782/Selv200661.pdf?sequence=1>

Suomen lähi- ja perushoitajaliitto SuPer ry. 2012. Lähi- ja perushoitajien työhyvinvointi 2012. SuPerin selvityksiä 2012. Helsinki: SuPer ry. Viitattu 26.3.2016.

https://www.superliitto.fi/site/assets/files/4691/l_hi-ja_perushoitaja.pdf

Tampereen teknillinen yliopisto. 2016. Viitattu 26.3.2016.

<https://www.tut.fi/verne/tutkimusmenetelmat/tiedon-analysointi/>

Terveiden ja hyvinvoinnin laitos THL. 2015. Vammaispalvelujen käsikirja, hengityshalvauspotilaan erityistilanne. Viitattu 12.3.2016.

<https://www.thl.fi/fi/web/vammaispalvelujen-kasikirja/itsenaisen-elamantuki/hengityshalvauspotilaan-erityistilanne>

Työterveyslaitos. 2016. Työyhteisön työhyvinvointi. Viitattu 26.3.2016.
(http://www.ttl.fi/fi/tyohyvinvointi/terveyden_edistaminen_tyopaikalla/tyoyhteison_tyohyvinvointi/sivut/default.aspx)

Työturvallisuuskeskus. 2016. Alaistaitojen perusta - luottamus, sitoutuminen ja motivaatio. Viitattu 26.3.2016.
http://www.ttk.fi/tyoelaman_kehittaminen/tyoyhteisotaidoilla_tulosta/alaistaitojen_perusta

Udd, B. 2013. Lääkärin käsikirja - Perinnölliset lihastaudit. Viitattu 13.3.2016.
http://www.terveysportti.fi.nelli.laurea.fi/dtk/ltk/koti?p_haku=duchennen%20lihasdystrofia

Vainikainen, T. 2014. TYKS:issä tutkittua: Leikkaus nostaa vain vähäisesti Guillain-Barrén oireyhtymän riskiä. Viitattu 13.3.2016.
<http://www.vsshp.fi/fi/sairaanhoitopiiri/media-tiedotteet-viestinta/tiedotteet/Sivut/leikkauksesta-pieni-gbs-riski.aspx>

Valtakunnallinen sosiaali- ja terveysalan eettinen neuvottelukunta ETENE. 2016. Viitattu 26.3.2016.
<http://etene.fi/etusivu>

Willberg, E. 2009. Laadullisen aineiston luotettavuus. Viitattu 30.3.2016.
<https://www.jyu.fi/edu/laitokset/eri/opiskelu/opiskelu-info/prosem/laadullinen>

Korpela, J. Hengitysvajetta aiheuttavat neurologiset sairaudet - Mikä heikkenee ja mikä säilyy. Luentomateriaali Valtakunnalliset ventilaatiohoitokoulutuspäivät - VENHO 2016. 18 - 19.2.2016. Turku.

Talja, E. & Rantala, I. 2009. ALSia sairastavan hengityshalvauspotilaan hoitotyö. Opinnäytetyö. Lahden ammattikorkeakoulu. Lahti

Taulukot

Taulukko 1: Kehittämisehdotuksia teema 1	37
Taulukko 2: Kehittämisehdotuksia teema 2	37
Taulukko 3: Kehittämisehdotuksia teema 3	38
Taulukko 4: Kehittämisehdotuksia teema 4	38

Liitteet

Liite 1: Haastatteluteemat.....	36
Liite 2: Hoitajien kehitysehdotukset	37

Liite 1: Haastatteluteemat

TEEMA 1

Työ ja työviihtyvyys

TEEMA 2

Koti hoitoympäristönä

TEEMA 3

Työyhteisö ja työyhteisön toiminta

TEEMA 4

Esimiestyö

Liite 2: Hoitajien kehitysehdotukset

Teema 1, työ ja työviihtyvyys

Viestintä ja osastotunnit	Osastotuntien säännöllisyys
	Viestinnän selkeys
	Tiedonkulun varmistaminen
	Perehdytyskansion lukeminen
Tyhy-toiminta	Monipuolistaminen -> vaihtoehtoja mistä valita
Työntekijöiden arvostus ja huomioinen	Työntekijöiden kuunteleminen
	Mielipiteiden huomioiminen esim. työn kehittämisessä

Taulukko 1: Kehittämisehdotuksia teema 1

Teema 2, koti hoitoympäristönä

Tietoliikenneyhteydet	Yhteyksien parantaminen
-----------------------	-------------------------

Taulukko 2: Kehittämisehdotuksia teema 2

Teema 3, työyhteisö ja työyhteisön toiminta

Työnkierto	Tulisi olla vapaaehtoista
	Työnkierron kesto vakio
Viestintä ja tiedonkulku	Vaihtoehto viestivihkolle

	Koko ryhmän tavoitettavuus
Kommunikaatio	Palautteen anto suoraan kollegoiden kesken
Yhdessä tekeminen	Vapaamuotoista yhdessä tekemistä
	Mahdollisuus tavata kollegoita työaikana -> kokemusten ja toimintatapojen vaihtaminen ja kehittäminen
Työnohjaus	Mahdollisuus yksilötyönohjaukseen
	Enemmän osallistujia

Taulukko 3: Kehittämisehdotuksia teema 3

Teema 4, esimiestyö

Tasapuolisuus ja oikeudenmukaisuus	Työntekijöiden tasa-arvoinen kohtelu
Esimiehen tuki	Luottamus siihen, että alaiset osaavat työnsä
Esimiestyö	Positiivisen palautteen antaminen
	Oman ulosannin kehittäminen
	Palautteen vastaanottaminen

Taulukko 4: Kehittämisehdotuksia teema 4