



Omahoitajuuden toteutuminen keuhkosairauksien vuodeosastolla potilaiden kokemana

Joukkola, Riina

Laamanen, Maarit

Tiitinen, Heli

2011 Tikkurila

Laurea-ammattikorkeakoulu
Tikkurila

Omahoitajuuden toteutuminen keuhkosairauksien vuodeosastolla potilaiden kokemana

Riina Joukkola
Maarit Laamanen
Heli Tiitinen
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
syyskuu, 2011

Riina Joukkola, Maarit Laamanen, Heli Tiitinen

Omahoitajuuden toteutuminen keuhkosairauksien vuodeosastolla potilaiden kokemana

Vuosi 2011 Sivumäärä 47+4

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää miten omahoitajuus toimii keuhkosairauksien vuodeosastolla potilaiden kokemana. Kohderyhmänä oli 25 keuhkosairauspotilasta.

Opinnäytetyön tutkimusaineisto kerättiin kvantitatiivisella menetelmällä kyselylomakkeella helmikuun 2011 aikana. Kyselylomakkeen kysymykset olivat strukturoituja. Aineiston analysoinnissa käytettiin PASW Statistics 18- ohjelmaa. Aineistoa tarkasteltiin frekvenssi- ja prosenttijakaumina.

Opinnäytetyössä käsitellään yksilövastuista hoitotyötä ja omahoitajuutta teoreettisessa osuudessa, johon aineistonkeruumenetelmä perustuu. Tämän tutkimuksen tulokset osoittivat, että omahoitajuus työnjakomallina ei toteutunut hyvin, koska yli puolella vastaajista ei ollut nimettyä omahoitajaa. Potilaat, joille omahoitaja oli nimetty, kokivat omahoitajasuhteen toteutuneen hyvin. Tutkimuksen mukaan omahoitajuus toteutui omahoitajuuden periaatteiden mukaisesti melko hyvin. Vastuullisuuden periaatteen toteutuminen ilmeni potilaiden kokiessa saavansa osallistua hoitonsa suunnitteluun. Itsenäisyyden, koordinoinnin ja kattavuuden periaate ilmeni riittävässä tiedon annossa ja moniammatillisessa yhteistyössä. Jatkuvuuden periaatteen mukaisesti tiedon siirto työyhteisössä toteutui potilaiden kokiessa omahoitajan olevan selvillä voinnista koko ajan. Myös jatkohoidon suunnitteluun potilaat olivat tyytyväisiä. Potilaat olivat tutkimuksen mukaan melko hyvin tietoisia omahoitajan tehtävistä ja tarkoituksista.

Opinnäytetyön tuloksia voidaan hyödyntää kehittäessä omahoitajuutta keuhkosairauksien vuodeosastolla koulutusmateriaalin tukena.

Asiasanat: Omahoitajuus, yksilövastuinen hoitotyö, omahoitajajärjestelmä, omahoitajamalli, omahoitaja

Riina Joukkola, Maarit Laamanen, Heli Tiitinen

The realisation of primary nursing as experienced by patients in the pulmonary ward

Year	2011	Pages	47+4
------	------	-------	------

The purpose of this thesis was to find out how patients realise the implementation of primary nursing in the pulmonary ward. The target group in this thesis was 25 pulmonary disease patients.

This thesis was quantitative and the data was collected in February 2011 by using a questionnaire which had structured questions. The data analysis was done with PASW Statistics 18-programme. The data was studied by using percentage and frequency distribution.

The method for gathering study material in this thesis is based on theory chapter which concerns primary nursing. The results of this thesis indicated that primary nursing was not realised according to division of labour model because over half of the respondents had not had a named primary nurse. The patients who knew their named primary nurse estimated that the primary nursing was done well. In this thesis primary nursing was realised according to the principles of primary nursing quite well. The principle of responsibility was realised when patients were involved in planning of their care. The principles of autonomy, coordination and coverage become evident in adequate communication and in multi-professional cooperation. When the patients sensed their named primary nurse to be aware of their condition all the time the data transfer in work community was realised according to the principle of continuance. Furthermore, in these cases patients were satisfied with the planning of follow-up care. According to the study, the respondents were aware of the tasks and duties of a primary nurse.

The data of this thesis can be used together with training material in developing primary nursing in the pulmonary ward.

Keywords: Primary nursing, primary nurse system, primary nursing model, named nurse, primary nurse

Sisällys

1	Johdanto	7
2	Tiedon haku.....	8
3	Yksilövastuinen hoitotyö omahoitajuuden perustana	8
4	Omahoitajuus.....	9
4.1	Omahoitajan tehtävät ja yhteistyösuhde.....	11
4.2	Laadukas kirjaaminen hoidon jatkuvuudessa	11
4.3	Omahoitajuuden keskeiset hoitotyön periaatteet	12
4.4	Hyvä omahoitajuus	13
5	Tutkimuskysymykset ja tavoitteet.....	14
6	Tutkimuksen empiirinen toteutus.....	14
6.1	Tutkimusympäristö ja kohderyhmä.....	15
6.2	Aineiston keruumenetelmät	15
6.3	Aineiston analysointi	16
7	Tutkimustulokset	16
7.1	Taustakysymykset	17
7.2	Väittämät omahoitajuudesta	19
7.3	Väittämät omahoitajan toiminnasta	23
7.4	Väittämät asioiden toteutumisesta päivittäisessä hoidossa.....	32
8	Pohdinta	39
8.1	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	39
8.2	Tulosten tarkastelu.....	40
8.2.1	Omahoitajuus.....	41
8.2.2	Omahoitajan toiminta	41
8.2.3	Asioiden toteutuminen päivittäisessä hoidossa	42
8.2.4	Yhteenveto	43
8.3	Tulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet	43
9	Prosessin arviointi	44
9.1	Oma ammatillinen kasvu	44
	Lähteet	45

Liitteet.....	48
Liite 1. Saatekirje ja kyselylomake	48

1 Johdanto

Lähtökohtana yksilövastuiseen hoitotyöhön on hoidon laadun parantaminen. Yksilövastuista hoitotyötä pidetään merkinä hoitotyön kehittyneisyydestä ja pyrkimyksestä tehdä hoitotyötä paremmin. (Kalasniemi, Kuivalainen & Ryhänen 2002, 6-14; Leino & Kähärä 2008, 3.) Omahoitajamalli perustuu yksilövastuiseen hoitotyöhön ja sen tavoitteena on toteuttaa palveluja asiakaslähtöisesti ja kokonaisvaltaisesti (Koponen & Partanen 2007, 4). Mantheyn (1992) mukaan yksilövastuinen hoitotyö mahdollistaa korkean hoitotyön laadun (Hjerppe 2008, 1). Omahoitajuudella pyritään vahvistamaan potilaan kokonaisuutta itsensä hoitajana. Opinnäytetyön tarkoituksena on kehittää osaston omahoitajuutta toimivammaksi ja motivoida hoitajia työskentelemään laadukkaammin ja tehokkaammin omahoitajina potilailta saadun tutkimustiedon myötä. Tätä aihetta on tutkittu osastolla aiemmin vuosina 2004-2005. Tämä tutkimus on jatkoa aiemmille tutkimuksille.

Terveydenhuollon päämääränä on terveyden ylläpitäminen ja edistäminen ja sairauksien ehkäisy ja hoito (Kyngäs ym. 2007, 17; Kainuun maakuntayhtymä 2007, 2). Toive terveyden säilymisestä tai paranemisesta on keskeisimpiä ihmisten tulevaisuuden odotuksia (Sosiaali- ja terveysministeriö 2001: 4). Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (1992/785) antaa potilaalle oikeuden ja turvan hyvään hoitoon ja kohteluun. Keskeisinä pykälinä ovat potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, tiedonsaanti ja - suoja ja hoitoon pääsy. (Suomen oikeusministeriö Laki 17.8.31992/785.) Hyvä hoito edellyttää yksilöllisyyttä ja arvostusta potilasta kohtaan, hoitohenkilökunnan laadukasta ja osaavaa ammattitaitoa sekä hyviä auttamis-, muutoksenhallinta-, päätöksenteko- ja suunnittelutaitoja. Myös persoonallisuus koetaan nykyään osaksi hyvää hoitoa. (Anttila & Kupari 2004, 8-11.) Hyvä hoito on monimutkainen ja inhimillinen toiminta, joka toteutuu hoitajan ja potilaan välisessä suhteessa. Hyvä hoito tähtää tietoperustan, resurssien ja inhimillisten arvojen ja kokemusten myötä terveyteen ja hyvinvointiin (Heberg & Inkinen 2009, 6). Tämä on huomaavaisuutta, yksityisyyden ja henkilökohtaisen vakaumuksen kunnioittamista ja vastuunkantamista hyvästä hoidosta pitäen sisällään osaamisen ja asiantuntijuuden jatkuvan kehittämisen. Humanistisen ihmiskäsityksen mukaan ihmisarvon kunnioittaminen tarkoittaa ihmisen ainutlaatuisuutta, vapautta, vastuuta ja itsemääräämisoikeutta. Hyvässä hoidossa nämä toteutuvat ottamalla potilas huomioon fyysisenä, psyykkisenä ja sosiaalisena yksilönä omassa elämäntilanteessaan kokonaisvaltaisesti.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa omahoitajuuden toteutumista keuhkosairauksien vuodeosastolla. Tavoitteena oli luoda hoitajille uutta motivaatiota omahoitajuuden toteuttamiseen tutkimustulosten avulla. Tutkimus suoritettiin potilaskyselynä kvantitatiivisen kyselylomakkeen avulla 25 potilaalle kotiutumisasiheissa.

2 Tiedon haku

Tiedonhaku tapahtui käyttäen monipuolisesti Helsingin yliopiston kirjaston (Helka) tiedonhakupalvelua ja Laurean kirjaston tiedonhakupalvelua, kuten Theseus ja Medic. Pääkaupunkiseuden kirjastojen (Helmet) tiedonhakupalvelusta löytyi aihekirjallisuutta ja hoitotieteellisiä julkaisuja. Avainsanoina on toiminut omahoitajuus, omahoitajajärjestelmä, yksilövastuinen hoitotyö, omahoitajamalli ja omahoitaja. Omahoitajuudesta ja yksilövastuisesta hoitotyöstä löytyi paljon aineistoa, hoitotieteellisiä tutkimuksia, opinnäytetöitä ja painettua kirjallisuutta, yksilövastuisella hoitotyöllä ja omahoitajuudella löytyi yli 500 hakutulosta. Aihe rajattiin tutkimusten osalta koskien vain potilaiden kokemuksista tehtyjä tutkimuksia ja kirjallisuudessa käytimme luotettavia perusteoksia. Aineiston rajaus on tarkka, koska tämä tutkimus koskee vain potilaiden kokemuksia.

3 Yksilövastuinen hoitotyö omahoitajuuden perustana

Yksilöllisyys on nyky Suomen sanakirjan mukaan muista erottuvaa, omaleimaista ja omailmeista. Taustalla on arvokkuus, yksityisyys, itsemääräämisoikeus ja itsensä kehittäminen. Yksilöllisyyden kunnioittaminen hoitotyössä tarkoittaa hoitajan herkkyyttä ymmärtää jokaisen potilaan inhimilliset tarpeet yksilöllisesti. Yksilöllisen hoidon tavoitteena on potilaan tarpeiden mukainen hoito. Potilaslähtöinen ja yksilöllinen hoito toteutuu omahoitajan oppiessa tuntemaan potilaansa ja hoidon suunnittelun lähtiessä potilaan tarpeista. (Ryhänen 2005, 6-11.)

Yksilövastuinen hoitotyö on menetelmä, jonka avulla omahoitajuutta voidaan toteuttaa. Siinä potilaan ja hoitajan välinen inhimillinen ja ammatillinen vuorovaikutus korostuu ja potilaan mahdollisuus osallistua omaan hoitoonsa paranee. Yksilöllisyys, vastuullisuus, kohdistaminen, itsenäisyys, jatkuvuus, kokonaisvaltaisuus ja koordinointi ovat yksilövastuisen hoitotyön keskeiset käsitteet. Yksilöllisyys näkyy yhteistyönä potilaan ja hoitajan välillä. Yksilövastuisessa hoitotyössä hoitajan vastuu korostuu ja kohdentuu omaan potilaaseen. Se on itsenäinen toimintamalli potilaan hoidossa. Hoidon jatkuvuus turvataan huolellisella valmistelulla ja suunnittelulla. Potilas huomioidaan kokonaisvaltaisesti hänen tarpeensa ja elämäntilanteensa huomioon ottaen. Koordinoinnin avulla omahoitaja järjestää toiminnat tapahtuviksi johdonmukaisesti, oikea-aikaisesti ja kokonaisvaltaisesti yhteistyössä eri ammattiryhmien kanssa. (Kivi & Metsäranta 2009, 5-6; Koponen & Partanen 2007, 9-10.)

Yksilövastuisen hoitotyön (primary nursing) tarkoittaa kirjallisuudessa hoitotyön organisointitapaa ja myös filosofista toimintaperiaatetta. Ulkomaisen kirjallisuuden mukaan Manthey, Ciske, Robertson ja Harris loivat yksilövastuisen hoitotyön periaatteen 1970-luvulla. 1990-

luvulla yksilövastuisen hoitotyön periaatteita sovellettiin hoitotyöhön sopivaksi. (McCausland 2005, 491.) Yksilövastuisessa hoitotyössä osastolla nimetty hoitaja kantaa vastuun potilaan hoitotyöstä potilaan tarvitseman hoitajakson ajan. Toimintaperiaatteessa korostuvat hoitotyön periaatteet: potilaskeskeisyys, hoidon jatkuvuus, kattavuus ja koordinointi. Keskeisiä käsitteitä ovat vastuullisuus ja itsenäisyys. Yksilövastuinen hoitotyö tähtää korkeatasoiseen hoitotyöhön ja sen odotetaan lisäävän potilaan mahdollisuutta omaan hoitoonsa. (Kalasniemi ym. 2002, 6-7.) Ammatillisessa hoitotyössä on pyrkimys potilaan elämän, terveyden ja turvallisuuden ylläpitämiseen, pyrkimys hänen kärsimystensä lieventämiseen ja terveyden edistämiseen sekä hoitajan yhteistyösuhteessa potilaan käyttöön tuoma henkilökohtainen ammatillisuus. Yhteistyösuhteessa potilas voi kokea läheisyyttä ja turvaa toisesta ihmisestä lisäten tietoisuutta itsestään ja edistään terveyttään. Hyvä vuorovaikutussuhde perustuu ihmisen vapauden ja itsemääräämisoikeuden kunnioittamiseen aidosti ja tasavertaisesti. (Virtanen 2002, 22-24.)

Yksilövastuinen hoitotyö lisää potilaan mahdollisuuksia olla mukana päätöksenteossa ja osallistua omaan hoitoonsa. Yksilövastuinen hoitotyö muodostuu potilaan, omahoitajan ja organisaation yhteisvaikutuksesta. Potilas on yksilöllisen ja kokonaisvaltaisen hoitotyön saaja ja omaan hoitoonsa aktiivisesti osallistuva. (Haapala & Hyvönen 2001, 3-4.)

4 Omahoitajuus

Omahoitajuus on yksilövastuisen hoitotyön kulmakivi ja sitä pidetään ammatillisen ja laadukkaan hoitotyön osa-alueena. Omahoitajuus on parhaimmillaan hoitotyön kehitysprosessi, joka sisältää koko työyhteisön mahdollisuuden ammatilliseen kasvuun. (Karhe 2004, 127-129.) Yksilövastuisessa hoitotyössä tunnetaan useampi hoitotyönmalli, kukin malli on syntynyt täydentämään edellisen mallin puutteita. Modulaarinen hoitotyö on yksi malleista, jossa pätevä sairaanhoitaja vastaa potilaan hoidon suunnittelusta ja ohjauksesta isommassa hoitotyöntekijöiden ryhmässä työvuorokohtaisesti. (Hegyvary 1987, 24-25.) Tiimihoitaminen toimii samalla periaatteella, mutta tässä mallissa kaikilla potilashoitoon osallistuvilla on yhteinen päämäärä. Parityöskentely toimii tiimihoitamisen periaatteella, jossa yhteinen päämäärä, mutta osallisina vain pätevä sairaanhoitaja ja toinen hoitotyöntekijä. (Kalasniemi ym. 2002, 16.) Omahoitajamallissa vastaavalla sairaanhoitajalla on vastuu potilaan hoidon jatkuvuudesta ympäri vuorokauden (Hegyvary 1987, 24–25). Tässä työssä keskitytään omahoitajamalliin. Tässä työssä omahoitajalla tarkoitetaan sairaan-, lähi- tai perushoitajaa, jotka toimivat yksilövastuisessa hoitotyössä.

Omahoitajuudesta puhutaan paljon, mutta sen merkitys vääristyy helposti (Karhe 2004). Käsite sekoitetaan omaishoitajuuteen ja omahoitoon. Omahoitajuudesta (Primary nurse) käy-

tään useita nimityksiä, joista Suomen Sairaanhoidajaliitto suosittaa käytettäväksi omasairaanhoidajan nimitystä, kun kielitoimisto suosii jo vakiintunutta nimitystä omahoitaja. Omahoitajan työ kuvastaa yksilövastuun hoitotyön ydintehtävää, jossa hoito on kokonaisvaltaista ja potilaslähtöistä. (Kalasniemi ym. 2002, 6-8.) Omahoitajuus tarkoittaa roolia, jossa sairaanhoidajalla on vastuu potilaan hoidosta. Työyhteisö auttaa omahoitajaa jaksamaan tukien häntä vaikeiden tilanteiden aikana ja organisaatio luo hänelle edellytykset toimia. Omahoitajuuteen täytyy suhtautua sen vastuullisuuden vuoksi vakavasti. Sitoutuminen omahoitajuuteen tarkoittaa sitoutumista ihmiseen. Se ei ole vain nimetty rooli. (Kalasniemi ym. 2002, 9; Haapala & Hyvönen 2002, 38-40; Karhe 2004.) Karhe (2004) kuvailee artikkelissaan esimerkki tapauksen huonosta omahoitajuudesta, jossa omahoitajakäsité on vain kaunis esittely potilaalle saapuesssa ja nimi potilasasiakirjoissa. Omahoitajuus muuttaa hoitotyön potilaiden hoidosta ihmisten hoitamiseksi ja työtehtävät vuorovaikutussuhteiksi ihmisten kanssa.

Omahoitajan asenne ja hoitotyötä ohjaava filosofia auttaa hoitajan asettumaan potilaan viereen ja keskittymään potilaaseen ihmisenä. Potilaan vierellä olo auttaa kokonaisuuden huomioimisessa ja hoitamisessa sisältäen potilaan kuuntelua, tiedottamista ja ohjausta. Tarkoituksena on katsoa kokonaisuutta ja huomioida myös mahdollisuudet. (Karhe 2004, 127.) Vanhan tehtäväkeskeisen hoitokulttuurin takia potilas jäi monesti huomioimatta, kun keskityttiin laitteiden ja tutkimusten tiedon valtamereen. Aito läsnäolo ei ole rutiininomaista eikä mekaanista vaan omahoitajan täytyy olla herkkä havaitsemaan muuttuvia tilanteita ja niiden vaikutuksia potilaaseen. (Karjalainen 1995, 25.) Hyvä omahoitaja ottaa potilaan mukaan hoidon suunnitteluun ja huomioi hänet aina itsenäisenä ja ainutlaatuisena yksilönä, kuuntelee ja jakaa hoitoa koskevia asioita potilaalle (Peltomäki 1995, 61; Karhe 2004). Hoitotyön sisältö on ihmisyyttä ja tasapainoa korostavaa. Omahoitaja on osa potilaan ympäristöä ja sairaanhoidajien eettisten ohjeiden mukaan, potilaalle täytyy luoda kunnioittava ympäristö. (Peltomäki 1995, 76; Kassara ym. 2004, 25-26.) Hoitajien vahva ammattitaito ja yhteistyö muiden ammattiryhmien välillä luovat potilaalle hyvää oloa ja kokemuksen hyvästä hoidosta (Peltomäki 1995, 66). Hyvä hoito on yhdenvertaista, yksilöllistä, luottamuksellista, kysyvää ja kuuntelevaa. Se on fyysistä ja henkistä läsnäoloa. (Karhe 2004.) Hyvä hoito on myös omaisten huomiointia, ohjausta ja yhteistyötä moniammatillisen työyhteisön ja omaisten kanssa (Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiiri 2010, 5). Potilaan ja omaisten kokemukset luovat odotuksia ja mielipiteitä ja niillä on suuri merkitys hoidon onnistumiselle. Hoitajilla on mahdollisuus vaikuttaa potilaiden kokemusmaailmaan, tavallaan kajota potilaan kehoon ja mieleen tai keskittymällä ohjauksen laatuun, oikeisiin lähtökohtiin muistaen potilaan asiantuntijuus omiin asioidhinsa. (Kynäs ym. 2007, 26; Karhe 2004; Perälä 1999, 61.)

4.1 Omahoitajan tehtävät ja yhteistyösuhde

Hyvää yhteistyösuhdetta voidaan pitää hoitotyön ytimenä ja se on mahdollisuus tekojen ja puheen oikeaan tulkintaan. Munnukka (1993, 88) kuvaa väitöskirjassaan yhteistyösuhteen keskeisemmiksi käsitteiksi turvallisuuden tunne, läheisyys, oman elämän hallinta, mahdollisuuksien näkeminen ja ajallaan autetuksi tuleminen. Hyvä yhteistyösuhde edellyttää omahoitajalta osaamista kohdata ja hyväksyä potilas kokonaisuutena. (Rautava 1995, 86). Omahoitajamallissa potilaan ja hoitajan välillä on yhteistyösuhde, jossa molempien päämääränä on potilaan sen hetkisen terveyden edistäminen (Pukuri 1995, 114). Omahoitajuussuhde on tullut olennaiseksi osaksi hoitotyötä ja sen perustana on potilaan ja hoitajan välinen yhteistyö- ja vuorovaikutussuhde. Hyvä vuorovaikutussuhde vaatii molemminpuolista aktiivisuutta, jotta hoitaminen onnistuu. Tarkoituksena on innostaa potilasta hoitamaan itseään ja näkemään omat mahdollisuutensa. (Rautava 1995, 91-92; Kassara ym. 2002, 49; Munnukka 1993, 95.) Vuorovaikutuksen avulla saadaan aikaiseksi potilaalle hyvä olo, huomioimalla potilas ihmisenä, tietävänä kokonaisuutena (Peltomäki 1995, 66). Potilaat kokevat tutkimusten mukaan (Perälä 1999) potilaan ja hoitajan välisestä vuorovaikutussuhteesta myönteisiä vaikutuksia (Kalasniemi ym., 23). Yhteistyösuhteessa omahoitaja tuo ammatillisuutensa ja asiantuntijuutensa potilaan käyttöön ja vastaa potilaan hoidosta vastaten potilaalle annetuista palveluista, palveluiden laadusta ja hoidon jatkuvuudesta koko hoitajakson ajan (Kalasniemi ym. 2002). Ryhäsen (2005) seurantatutkimuksen mukaan omahoitajat koettiin pääsääntöisesti ammattitaitoisiksi, luottamusta herättäviksi ja vastuuntuntoisiksi. Yhteistyösuhteessa myös potilas luovuttaa omahoitajalle oman yksilöllisen elämäntilanteensa ja aikaisemmat kokemukset (Munnukka, 87).

4.2 Laadukas kirjaaminen hoidon jatkuvuudessa

Potilaalle suurin hyöty yksilövastuisesta hoitotyöstä on hoidon jatkuvuus, joka edellyttää omahoitajalta laadukasta kirjaamista ja hoitotyönsuunnitelman sekä kattavaa tiedon siirtoa korvaavalle hoitajalle seuraavaan työvuoroon (Kalasniemi ym. 2002, 11). Laadukas kirjaaminen sisältää hoitotyön suunnitelman, hoidon päämäärät ja kuvauksen perustehtävästä. Laadukas kirjaaminen on kuvailevaa, arvioivaa ja potilaslähtöistä. (Kassara ym. 2004, 55-56.) Hoitotyön kirjaamista säätelee laki potilaan asemasta ja oikeuksista ja tässä laissa 13. pykälä koskee potilasasiakirjojen laatimista ja säilyttämistä (L 17.8.1992/785 13§). Laadukas kirjaaminen on rehellistä, täsmällistä, loogista ja yksiselitteistä. Lisäksi kirjaamisen tulee sisältää potilaan tarpeet ja kuvauksen tarpeisiin vastaamisesta hoitotyön keinoin. (Lajunen 2009.) Omahoitaja laatii yhdessä potilaan kanssa kirjallisen hoitosuunnitelman ja vastaa hoitosuunnitelman noudattamisesta ja päivittämisestä. Omahoitaja toimii tiiviisti potilaan, potilaan omaisten ja muiden ammattiryhmien kanssa viestin välittäjänä. Omahoitaja välittää potilaan

viestit ja toiveet esimerkiksi lääkärille tai fysioterapeutille ja toisaalta omahoitaja viestittää muiden ammattiryhmien edustajien viestejä potilaalle ohjauksella. Omahoitaja on vastuussa potilaan hoidosta 24 tuntia vuorokaudessa oman työvuoronsa aikana henkilökohtaisesti ja muulloin kirjallisen hoitosuunnitelman välityksellä, jota korvaava hoitaja noudattaa. (Kalasniemi ym. 2002, 12-17.)

4.3 Omahoitajuuden keskeiset hoitotyön periaatteet

Hegyvary (1987, 17) on kuvannut yksilövastuisen hoitotyön periaatteet ohjaamaan omahoitajan työtä. Periaatteet ovat Hegyvaryn (1987, 18) mukaan olennaisia yksilövastuisen hoitotyön toiminnassa. Seuraavat keskeiset periaatteet valittiin, koska tutkimus sisältää periaatteiden mukaisia kysymyksiä omahoitajan toiminnasta ja tavoista.

Vastuullisuus kuuluu suunnitelmalliseen hoitotyöhön, lääkärin määräysten toteuttamiseen ja jatkuvuuden takaamiseen (Vieno 2009). Se on vastuuta potilaan saamasta hoidosta. Vastuullisuus jatkuu koko hoitajakson ajan, minkä aikana omahoitaja pyrkii vastaamaan potilaan tarpeisiin kokonaisvaltaisesti ja suunnitelmallisesti. Vastuullisuus tarkoittaa vastuuta omahoitajan tekemistä päätöksistä koskien potilaan hoitoa. Autonomia liittyy vastuullisuuteen, joka tarkoittaa yksilövastuisessa hoitotyössä itsenäistä päätösten tekoa ja toimivaltaa. (Puolakka 2002, 21.)

Itsenäisyys vaatii omahoitajalta valmiudet tehdä hoitotyötä koskevia päätöksiä ammatillisen tiedon ja taidon sekä potilaan itsemääräämisoikeuden rajoissa (Kalasniemi ym., 9; Kangas 1999, 99). Itsenäisyys ei tarkoita hoitajan selviytymistä kaikesta potilaan hoidosta yksin, vaan se on yhteistyötä moniammatillisen työyhteisön kanssa (Karhe 2004, 128). Itsenäisyyteen liittyy omahoitajan kyky ottaa vastuuta tehdyistä päätöksistä, työnjaosta, joustavuudesta ja yhteydenpidosta omaisiin. Itsenäisyys vaatii omahoitajalta kykyä toimia hoitotyön asiantuntijana toimivaltaansa puitteissa. (Puolakka 2002, 21; Kangas 1999, 99.) Päätöksentekokyky edellyttää kykyä harkita, tunnistaa tutkittua tietoa, arvioida sen laatua, tiivistää tieto ja soveltaa sitä päätöksen teossa (Korhonen, Korhonen & Holopainen 2010). Omahoitajan täytyy pystyä erottamaan omaan toimivaltaansa kuuluvat asiat. Riittävän itsenäinen omahoitaja pystyy syvälliseen yhteistyösuhteeseen potilaan ja omaisten kanssa ja hänen hyödyllisyytensä lisääntyy (Kangas 1999, 99).

Koordinointi ja kattavuus tarkoittavat omahoitajan työssä suunnittelua, jolloin hoitotyö tapahtuu potilaan tarpeiden mukaisesti, tarkoituksellisesti ja kokonaisvaltaisesti määrättyssä ajassa. Koordinointi sisältää potilaan hoitamisen tiedotuksen kaikkien hoitoon osallistuvien kanssa ja sisältää hoidon jatkuvuudesta huolehtimisen. Koordinoiva omahoitaja huolehtii yhteyksistä muihin ammattiryhmiin ja neuvottelee niiden kanssa sopivasta hoidon toteutuksesta yhdessä potilaan kanssa ja huolehtii omaisten huomioinnista. Tarkoituksenmukainen potilaan

asioiden yhteensovittaminen on keskeinen toimenpide eri ammattiryhmien välillä. (Kalasniemi ym. 2002, 11; Vieno 2009; Mäenpää, Mäkelä, & Tiits 2002; Puolakka 2002, 22.)

Jatkuvuus on laadukasta hoitotyötä (Puolakka 2002, 22) ja tarkoittaa laadukkaan hoitotyön jatkumista vuorokauden ympäri. Jatkuvuus on hoitotyön suunnitelman päivittämistä, korvaavan hoitajan valitsemista ja informaation siirtymistä. Hoidon jatkuvuuteen sisältyy myös potilaan kotiutumisen hyvä suunnittelu ja toteuttaminen. Kotiutuminen voi olla potilaalle vaikea ja pelottava kokemus, jolloin omahoitaja antaa kirjalliset ja suulliset hoito-ohjeet potilaalle tai jatkohoitoyksikköön, näin informaation siirtyminen turvaa hoidon jatkuvuuden. (Kalasniemi ym. 2002, 11; Vieno 2009; Mäenpää ym. 2002.)

4.4 Hyvä omahoitajuus

Hyvä omahoitaja hallitsee hyvät vuorovaikutustaidot, on tasapainoinen ja kunnioittaa muita ihmisiä. Hyvä omahoitaja on aito ja kohtaa potilaan aina siinä hetkessä ja toimii niin, että potilas pystyy kokemaan aitoa huolenpitoa ja välittämistä (Kiikkala & Munnukka 1995, 12). Hyvä omahoitaja osaa huolehtia kaikista potilaasta kokonaisvaltaisesti ja huolehtii myös omasta itsestään. Omahoitajan työ on raskasta sen kokonaisvaltaisuuden ja jatkuvuuden takia ollen kuitenkin hyvin antoisaa. Omahoitaja tarvitsee työstänsä välillä taukoja ja jaksamisesta huolehtiminen kuuluu omahoitajan itsensä lisäksi myös työyhteisölle ja esimiehelle. (Karhe 2004, 129.) Omahoitajuus auttaa ymmärtämään työn sisällön paremmin ja sitä voidaan pitää ammatillisen kasvamisen yhtenä parhaimpana keinona. Omahoitajuus mahdollistaa työn ilon kokemisen paremmin, kun tulokset ovat nähtävillä paremmin tiiviin hoitosuhteen takia. (Koponen & Partanen 2007, 8.) Ulkomaisissa tutkimuksissa sairaanhoitajat ovat kokeneet omahoitajuuden tuoneen lisää vastuuta, parantaneen viestintää ja potilassuhteita. Itsenäisyys hoitotyössä ja tiedon lisääntyminen potilaista on koettu tuovan enemmän tyydytystä työhön. (Goode & Rowe 2001, 296.)

Hyvä omahoitaja huolehtii asiantuntijuutensa kehittamisestä seuraamalla aktiivisesti alansa tutkimuksia (Korhonen ym. 2010). Hoitajan ammatillinen kasvu tapahtuu kokemuksen, koulutuksen kollegiaalisuuden, työnohjauksen ja rakentavan palautteen avulla. Myös elämäkokemus auttaa tukemaan omahoitajaksi kasvua. (Munnukka 1993: 97.) Hyvässä omahoitajuudessa unohdetaan ”ammatillinen viileä välimatka” potilaaseen ja asetetaan itsemme alttiiksi ihmisuhteille työssä. Hyvä omahoitaja oppii tuntemaan potilaan oikean hoidon ja etuna siinä on potilaalle, ettei hänen tarvitse selostaa tilaansa ja sairauksiaan useille hoitajille. Potilaan tunteminen edistää myös luottamuksen syntymistä ja tämä on hyväksi potilaalle, koska luottamus ja turvallisuuden tunne lisäävät voiman tunnetta ja auttavat näin selviämään vaikeastakin tilanteesta. (Koponen & Partanen 2007, 6-7.)

Mäenpää, Mäkelä ja Tiits (2002, 140) kuvaavat omahoitajuuden parhaimmillaan myös parantavan työyhteisön työtyytyväisyyttä. Omahoitajuus mittaa yksilöiden halua kehittyä ammatissaan, ihmisenä, kollegoina ja työyhteisönä. Omahoitajuuteen kehittyminen on riippuvaista ensisijaisesti hoitajasta itsestään ja omasta valmiudesta työn vaatimaan kehitykseen. (Karhe 2004, 127-130.) Kalasniemi, Kuivalainen ja Ryhänen (2002, 23-26) esittävät tutkimuksessaan aikaisemmin tehtyjä tutkimuksia, joiden mukaan potilaat kokevat omahoitajamallin myönteisenä ja tyytyväisyyttä yksilövastuiseen hoitotyöhön. Potilaat kokevat myös, että hoitajat toimivat kiireettömämmin ja saivat kokea enemmän itsenäisyyttä, vastuullisuutta, koordinointia sekä jatkuvuutta (Kalasniemi ym. 2002). Kalasniemen ym. (2002) yksilövastuiseen hoitotyön toteutumisen tutkimuksen mukaan monikaan potilaista ei osannut kertoa mitä omahoitajan tehtäviin kuuluu. Ryhäsen (2005) yksilövastuiseen hoitotyön toteutumisen seurantalutkimuksessa selvisi, että lähes kaikille potilaille oli kerrottu omahoitajan tehtävän kuvasta. Lisäksi tämän tutkimuksen kohteessa, keuhkosairauksien vuodeosastolla, on teetetty 2-3 potilaskyselyä omahoitajuuden toiminnasta. Tulosten mukaan potilaat pääasiassa kokivat omahoitajuuden toimivan hyvin. Vastauksista tulivat ilmi muun muassa potilaiden turvallisuuden tunne omahoitajan hoitaessa asiat, yhteistyön hyvä sujuvuus ja hoitajan saatavilla oleminen. Toisaalta potilailla ilmeni myös epävarmuutta omasta hoitajastaan vuorotyön takia. (Peijaksen sairaalan, keuhkosairauksien vuodeosasto, 2004-2005.) Eri tutkimuksissa (Kalasniemi ym. 2002 & Ryhänen 2005) koskien potilaiden tietoutta omahoitajastaan, noin puolet tutkimuksiin osallistuneista potilaista olivat tietoisia omahoitajastaan.

5 Tutkimuskysymykset ja tavoitteet

Tavoitteena oli tutkia potilaskyselyn avulla, miten omahoitajuus toimii keuhkosairauksien vuodeosastolla ja löytää kehittämiskohteita omahoitajajärjestelmään osastolla. Tavoitteena on tuottaa tutkimusaineiston analysoinnille tietoa motivoimaan hoitohenkilöstöä toteuttamaan parempaa omahoitajuutta.

1. Miten potilaat kokevat omahoitajasuhteen toteutuneen?
2. Tietävätkö potilaat omahoitajan tehtävät ja tarkoituksen?

6 Tutkimuksen empiirinen toteutus

Tutkimusaihe sai alkunsa halusta kehittää keuhkosairauksien vuodeosaston omahoitajajärjestelmää. Tarkoituksena on parantaa työntekijöiden motivaatiota toteuttaa yksilövastuista hoitotyötä ja omahoitajuutta paremmin. Toive tutkimusaiheesta oli työelämälähtöinen. Kyselytutkimuksen tulosten tarkoituksena on viestittää hoitotyöntekijöille potilaiden kokemuksia

omahoitajuuden toimivuudesta, antaa kehitysideoita korostaen omahoitajuuden hyviä ominaisuuksia.

6.1 Tutkimusympäristö ja kohderyhmä

Tutkimus toteutettiin Peijaksen sairaalan keuhkosairauksien vuodeosastolla, missä hoidetaan Vantaan ja Keravan keuhkosairauksia sairastavia aikuisia. Tarkoituksena oli tutkia keuhkopotilaiden kokemuksia omahoitajuudesta osastohoidon loputtua. Sukupuolella ja iällä ei ollut merkitystä, potilaiden ikä oli yli 16 -vuotiaasta yli 75 - vuotiaisiin, lapsipotilaita ei ollut. Tutkimusjärjestys oli ennalta suunniteltu ja tapahtui potilaiden kotiutumisympäristössä helmikuun 2011 aikana ja osastolla työskentelevät hoitajat jakoivat kyselylomakkeet. Kronologisesta kotiutumisympäristöstä poikettiin kyselylomakkeita jakaessa. Hoitohenkilökunta joutui valikoimaan kotiutuvista potilaista sellaiset potilaat, jotka olivat tiedollisessa tilassa ja pystyivät omatoimisesti kyselyyn vastaamaan. Tyypillinen sairaalassa oleva keuhkopotilas on sellainen, jolla on yhden keuhkosairauden lisäksi myös muita keuhko-ongelmia, kuten hengitysvajaus tai infektio-ongelma (Kinnula, Brander & Tukianen 2005, 5). Peruskeuhkosairauksia ovat yleisimmin astma, keuhkohtaumatauti, asbestoosi tai keuhkosityöpiä. Osastolla on 20 potilaspaikkaa. Osastolla työskentelee osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja, 13 sairaanhoitajaa, neljä lähi- ja perushoitajaa ja kaksi osaston keuhkosairauksien erikoislääkärinä. Lisäksi osastolla toimii tiiviissä yhteistyössä laitoshuoltajia, fysioterapeutti, sisätautilääkäreitä, laboratorio ja röntgen. Osaston toimintaa ohjaa ihmisarvon kunnioitus, tasa-arvo, yksilöllisyys ja hienotunteisuus. Potilaille pyritään antamaan riittävästi tietoa hoidosta, kunnioittaen heidän oikeuttaan päättää hoitoaan koskevista asioista. Henkilökunnan arvostaminen, tukeminen, kouluttaminen ja kehittäminen lisäävät ammattitaitoa, turvaten potilaille hyvän hoidon moniammatillisella yhteistyöllä. (Keuhkosairauksien klinikka 2003.) Potilas on yksilö, jolla on omat yksilölliset voimavarat, kokemusmaailma, mahdollisuudet omaan kasvuunsa ja vastuuseen omasta itsestään. Yhteistyö eri ammattiryhmien kanssa takaa potilaalle parhaan mahdollisen asiantuntemuksen ja ammattitaitoisen hoidon. (Keuhkosairauksien klinikka 2003.)

6.2 Aineiston keruumenetelmät

Tutkimus on laadultaan kvantitatiivinen eli määrällinen tutkimus, jossa tutkimusvälineenä käytettiin kyselylomaketta. Aineiston keruumenetelmä on laadittu tutkimusongelmien mukaisesti (Leino-Kilpi & Välimäki 2010, 367). Kysely on aineiston keräämisen menetelmä, jossa kaikilta kysymyksiin vastanneista kysytään samat asiat, samalla tavalla ja samassa järjestyksessä. Keräämisen tapa on standartoitu eli vakioitu. Kyselyssä vastaaja itse lukee ja vastaa kysymykseen. Kyselylomaketta käytetään, kun havainnoidaan henkilöä ja häntä koskevia asioi-

ta, esimerkiksi asenteita ja mielipiteitä. Määrällinen tutkimus perustuu lukumääriin, keskiarvoihin ja sen tuloksia arvioidaan mittausten perusteella. Se soveltuu aineiston keräämisen menetelmäksi silloin, kun tutkittavat ovat hajallaan ja heitä on paljon. Sillä voidaan tutkia myös hyvin henkilökohtaisia asioita. (Vilka 2007, 27-28.)

Tämän tutkimuksen aiheena oli kerätä keuhkosairauksien vuodeosaston omahoitajuuden toiminnasta potilaiden kokemuksia. Aineistonkeruussa käytetty kyselylomake sisälsi kolme taustatietokysymystä, 17 monivalintakysymystä omahoitajuudesta ja hoidon toteutumisesta. Taustakysymykset ja kysymykset omahoitajuudesta ovat strukturoituja valmiine vastauksineen sekä monivalintakysymykset ovat Likertin asteikon mukaisia, joissa on viisi vastausvaihtoehtoa 1-5 (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2009, 196-201). Kyselyn kysymykset perustuvat teoreettiseen viitekehukseen. Tutkimus toteutettiin helmikuun 2011 aikana loppuen 7.3.2011.

6.3 Aineiston analysointi

Kvantitatiivisen tutkimuksen keskeisiä piirteitä ovat johtopäätökset aikaisemmista tutkimuksista, aikaisemmat teorit, käsitteiden määrittely, hypoteesien muodostaminen, tutkittavan joukon valinta ja aineiston kerääminen sekä aineiston laittaminen tutkittavaan muotoon ja päätelmien teko aineiston käsittelyn perusteella. (Hirsjärvi ym. 2009, 140.) Kvantitatiivisessa tutkimuksessa valitaan analyysimenetelmäksi sellainen, jolla saadaan tietoa siitä mitä ollaan tutkimassa. Tutkimuskysymyksiin ja -ongelmaan soveltuva analyysimenetelmä pyritään ennalta koimaan tutkimusta suunniteltaessa. Analyysimenetelmä valitaan sen mukaan, tutkitaanko yhtä vai useampaa muuttujaa. (Vilka 2007, 119). Kvantitatiivista tutkimusta ja tuloksia voidaan arvioida monesta näkökulmasta. Tässä tutkimuksessa verrataan tulosten vastaavuutta aikaisempiin tutkimustuloksiin. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 47.) Tarkoituksenamme on kartoittaa, miten potilaat kokevat omahoitajuuden toteutuvan ja kuinka he tietävät omahoitajan tehtävät. Tulosten analysoinnin apuna käytettiin PASW Statistics 18 -ohjelmistoa.

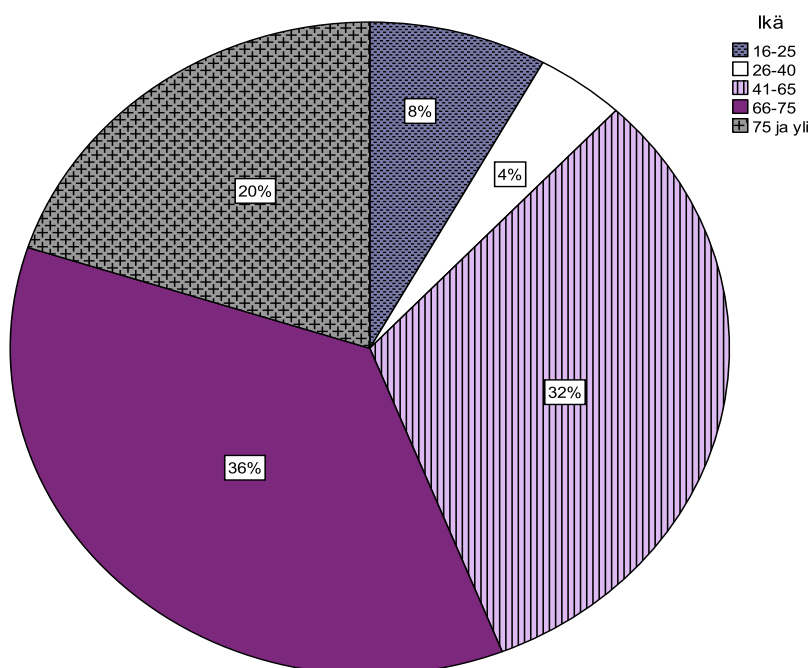
7 Tutkimustulokset

Tutkimuksen kyselylomakkeita jaettiin 25 kappaletta, joista vastausprosentiksi saatiin 100 (n=25). Tutkimusaineistoa analysoidessa ilmeni puutteita vastauksissa. Kaikkiin kysymyksiin ei ollut vastattu (V1-V15), jos omahoitajaa ei ollut tai asiasta ei oltu tietoisia.

7.1 Taustakysymykset

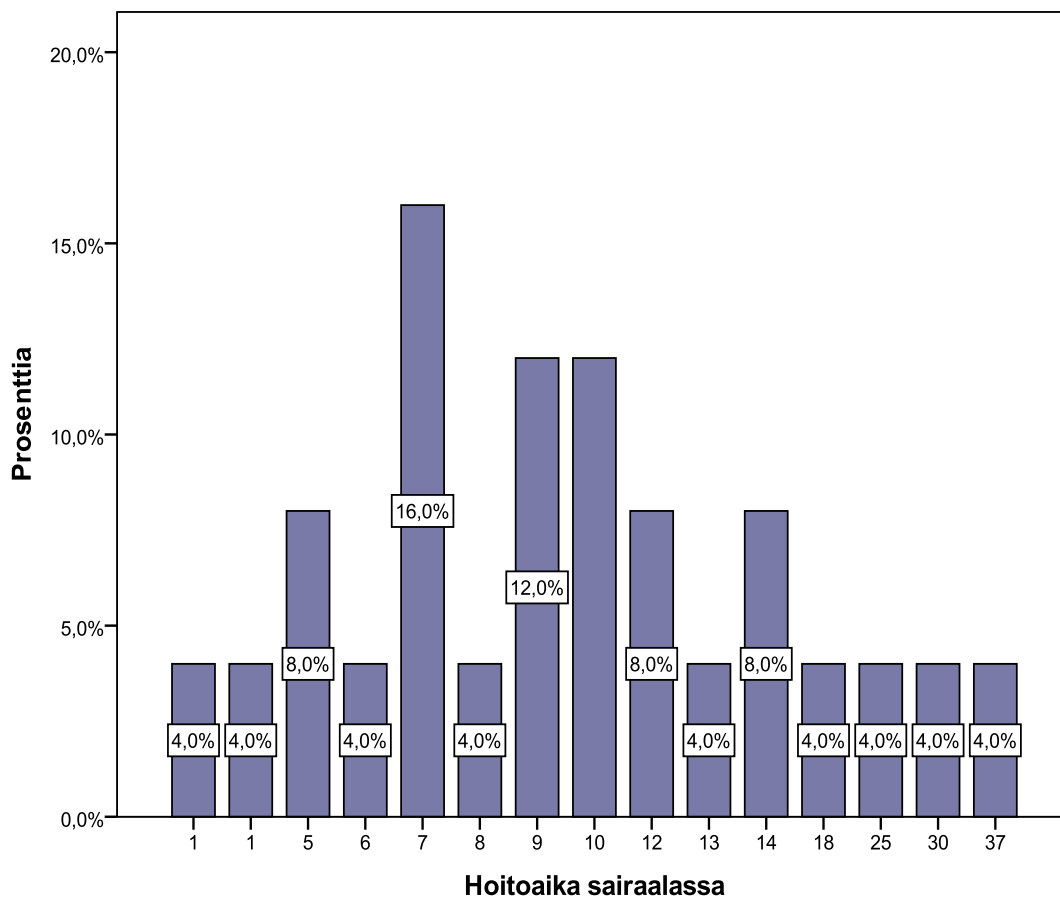
Kyselylomakkeen kysymykset T1-T3 koskivat taustatietoja.

Vastanneista (n=25) naisia oli yli puolet (56 %) ja miehiä oli hieman alle puolet (44 %). Noin kolmannesosa vastanneista (36 %) oli iältään 66-75-vuotiaita ja kolmannes (32 %) 41-65-vuotiaita oli vastanneista. Yli 75-vuotiaita vastanneista oli viidennes (20 %) vastaajista. Pieni osa (12 %) oli alle 40-vuotiaita.



Kuvio 1: Ikäjakauma (n=25)

Keskimääräinen hoitoaika oli 7,84 vuorokautta. Hoitoajat sairaalassa olivat suurimmaksi osin pitkiä. Suurimmalla osalla (76 %) hoitojakson pituus oli yli 7-vuorokautta ja alle kolmannella (24 %) hoitojakso oli alle viikon mittainen.

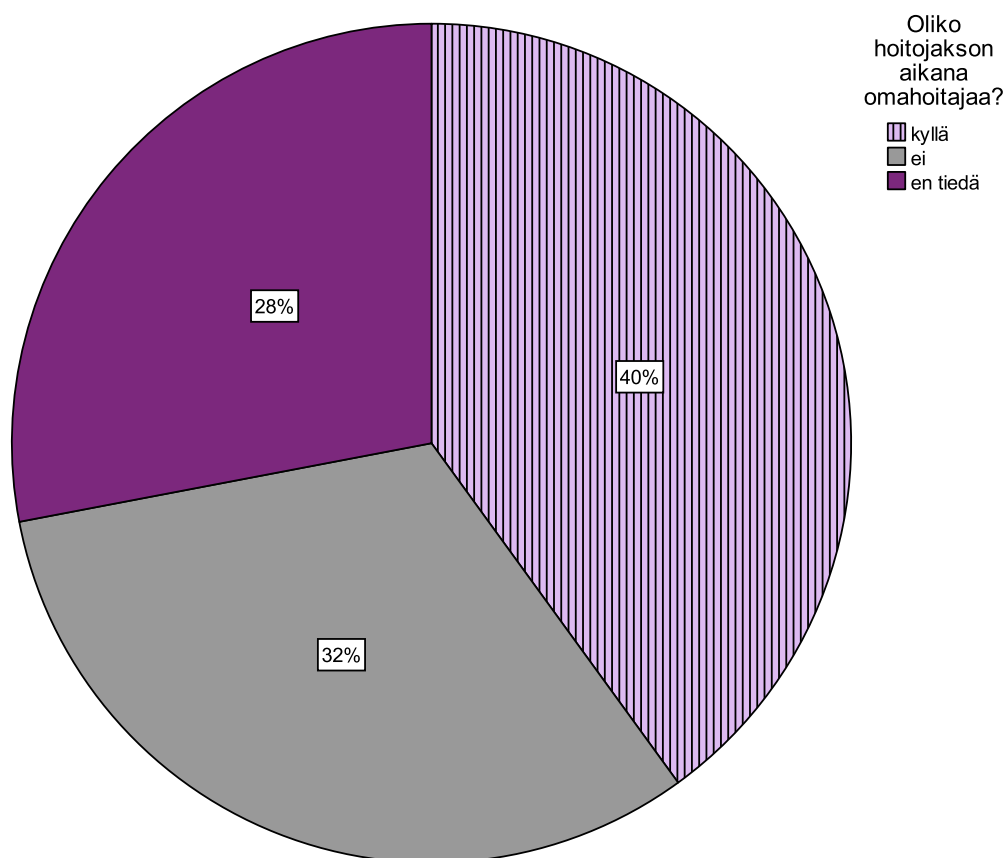


Kuvio 2: Hoitoaika sairaalassa (n=25)

7.2 Väittämät omahoitajuudesta

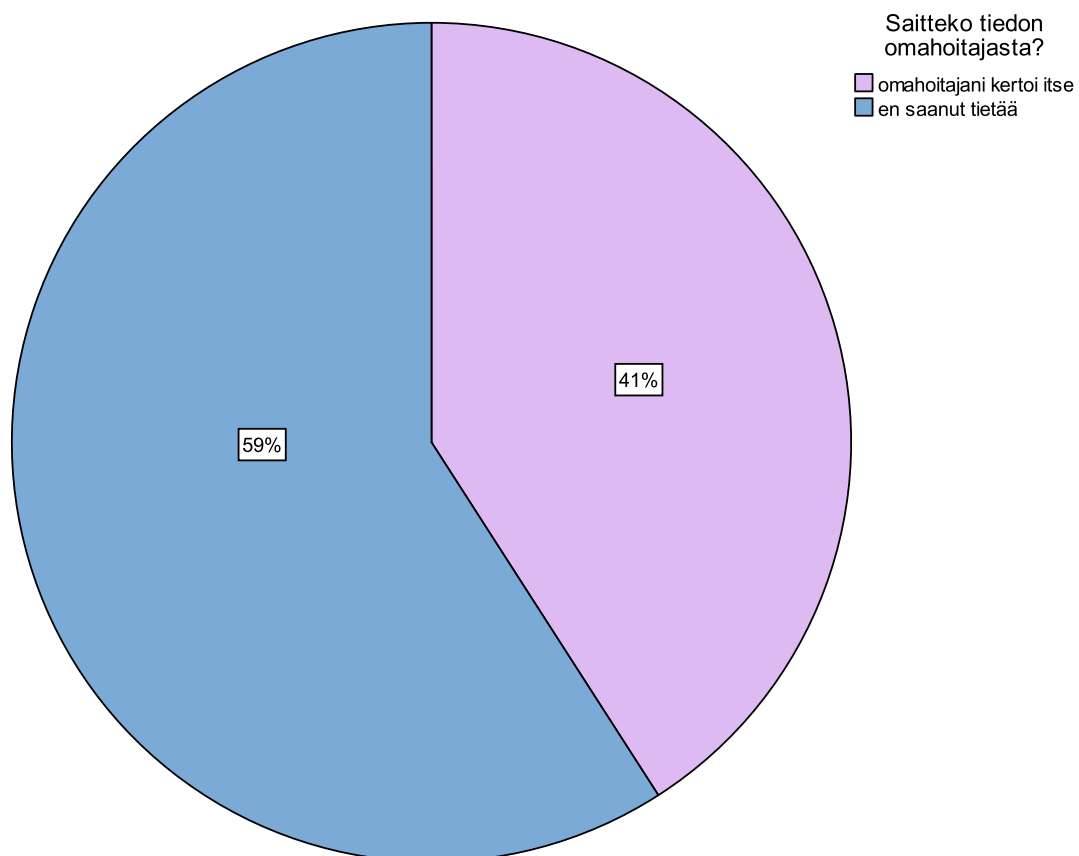
Kyselylomakkeen kysymykset K1-K4 koskivat väittämiä omahoitajuudesta.

Vastanneista (n=25) yli puolella (60 %) ei ollut omahoitajaa. Lähes puolella (40 %) oli ollut omahoitaja hoitojakson aikana.



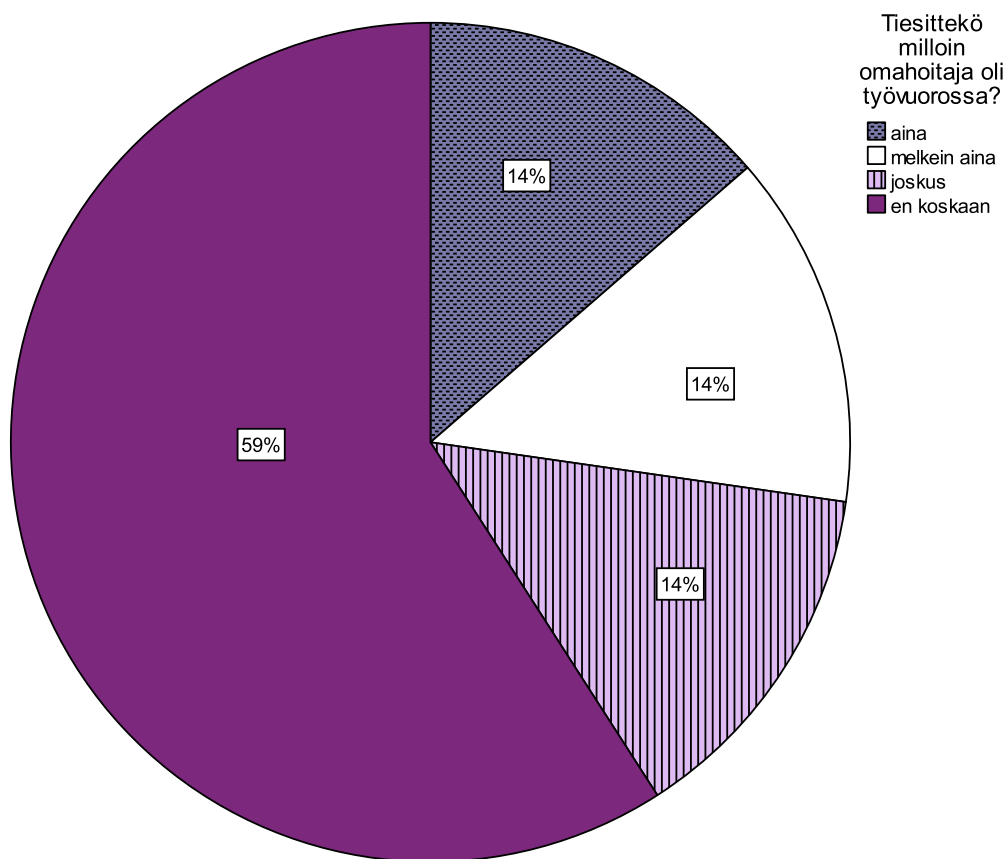
Kuvio 3: Oliko teillä tämän hoitojakson aikana omahoitajaa (n=25)

Vastanneista (n=22) alle puolelle (41 %) omahoitaja kertoi itse omahoitajuudesta ja hieman yli puolet (59 %) ei ollut saanut tietää omahoitajuudesta lainkaan ja kolmessa kyselylomakkeessa ei ollut vastausta.



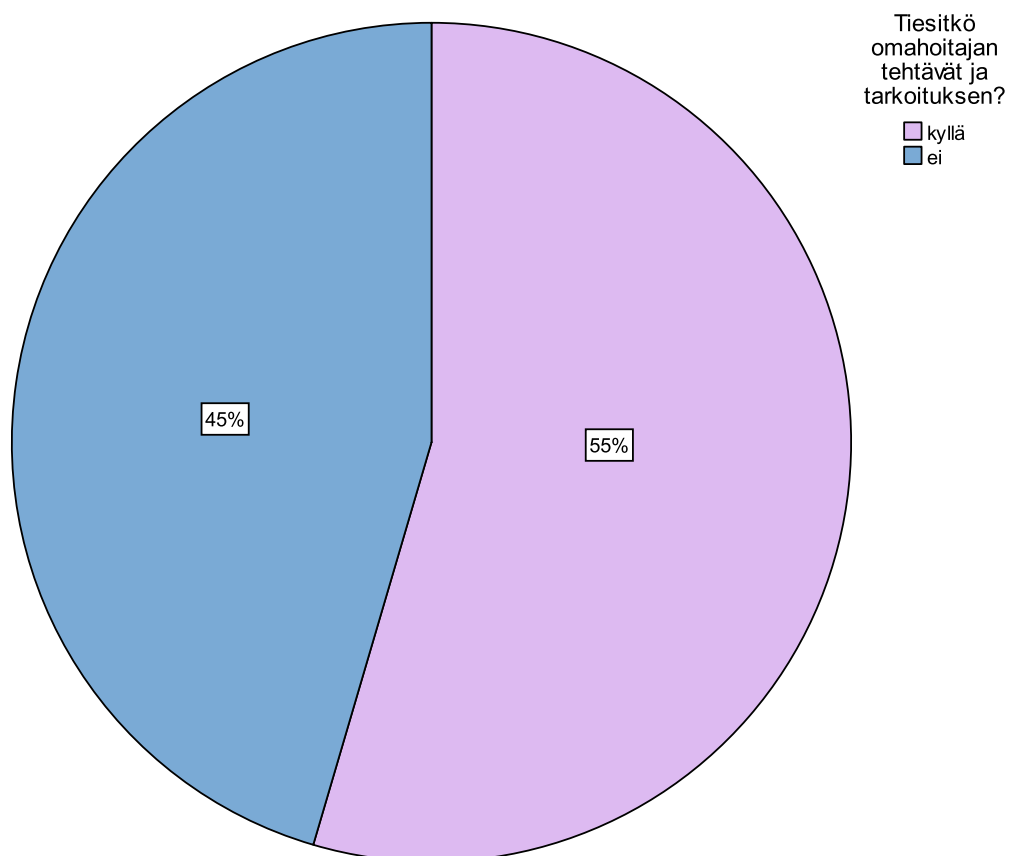
Kuvio 4: Saitteko tiedon omahoitajasta? (n=22)

Vastanneista (n=22) lähes kaksi kolmasosaa (59 %) ei koskaan tiennyt oliko omahoitaja työvuorossa. Lähes puolella (42 %) vastaajista oli käsitys omahoitajan työvuoroista. Kolmessa kyselylomakkeessa ei ollut vastausta kysymykseen.



Kuvio 5: Tiesittekö milloin omahoitaja oli työvuorossa? (n=22)

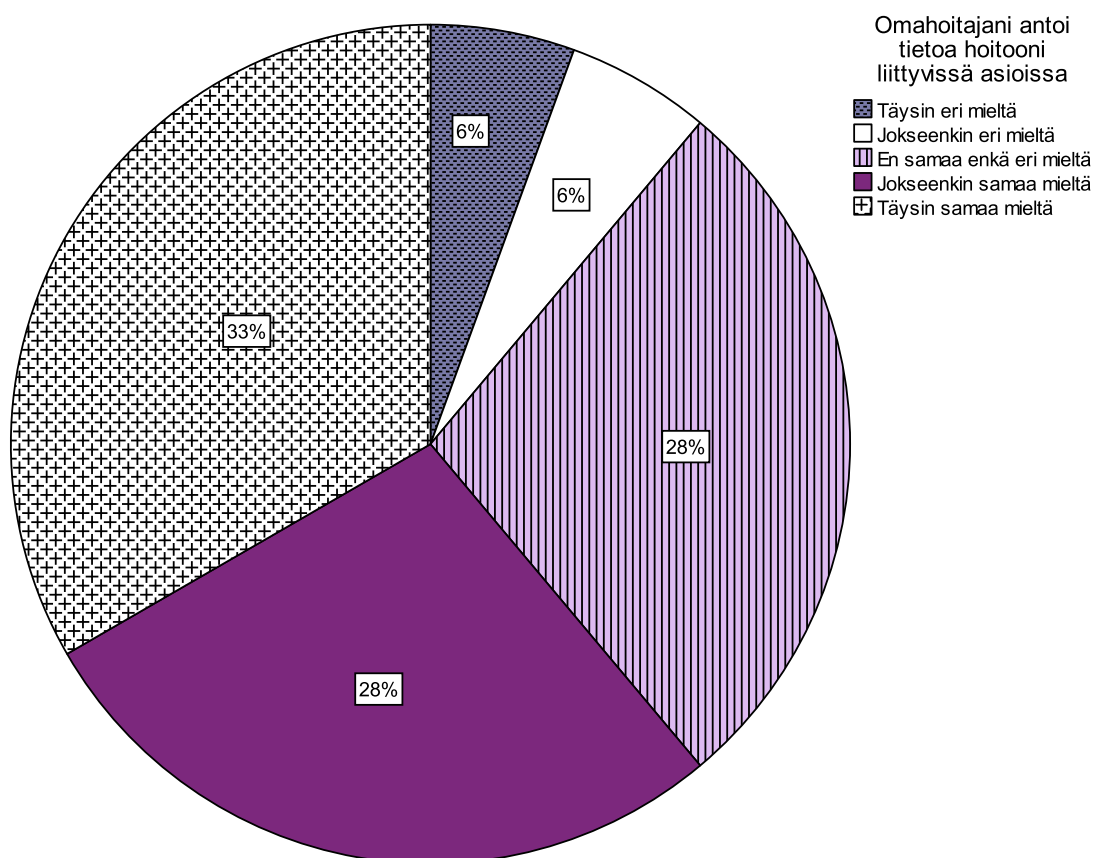
Vastanneista (n=22) reilu puolet (55 %) tiesi omahoitajan tehtävät ja tarkoituksen ja lähes puolet (45 %) ei kokenut tietävänsä omahoitajan tehtäviä ja tarkoitusta. Kolmessa kyselylomakkeessa ei ollut vastausta kysymykseen.



Kuvio 6: Tiesittekö omahoitajan tehtävät ja tarkoituksen? (n=22)

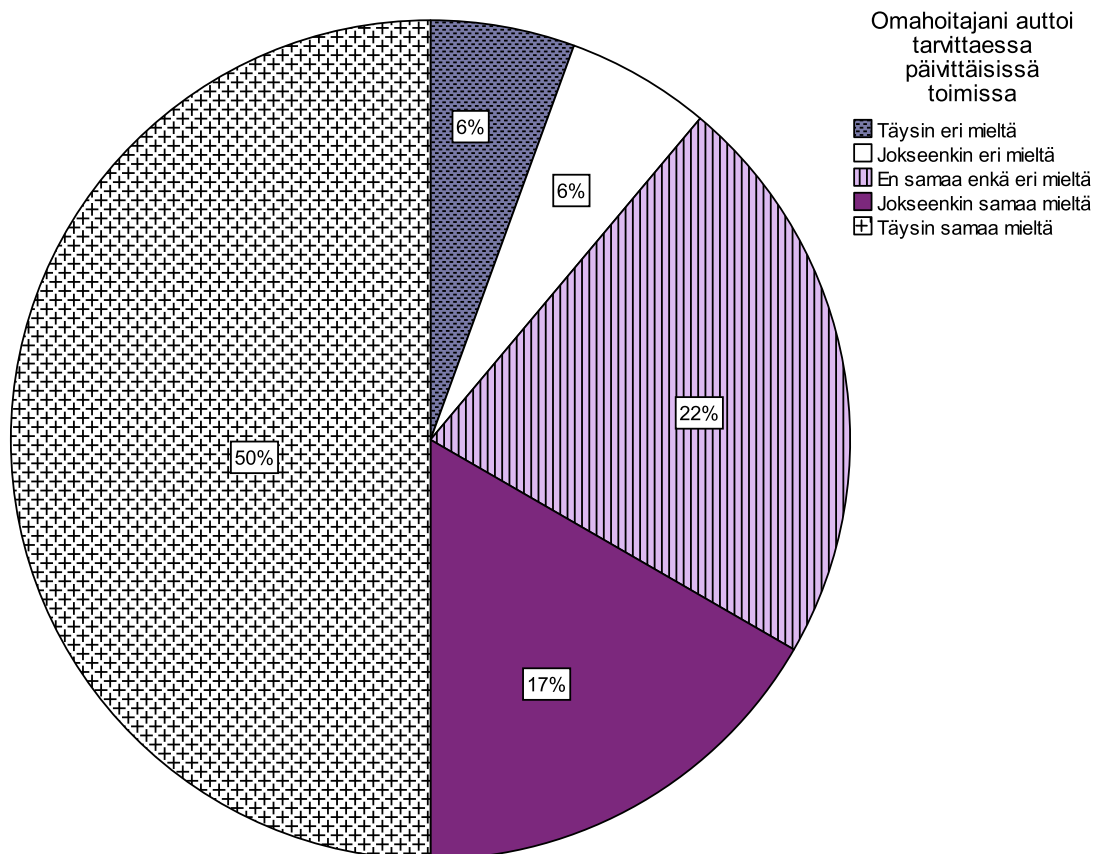
7.3 Väittämät omahoitajan toiminnasta

Kyselylomakkeen kysymykset V1-V9 koskivat väittämiä omahoitajan toiminnasta. Kysymykseen oli jättänyt seitsemän vastaajaa vastaamatta. Vastanneista (n=18) kolmasosa (33 %) oli saanut tietoa hoitoonsa liittyvissä asioissa. Jokseenkin samaa mieltä ja ei samaa eikä eri mieltä oli molemmissa noin kolmannes (28 %) vastaajista. Hyvin pieni osa (12%) vastanneista oli erimiel-



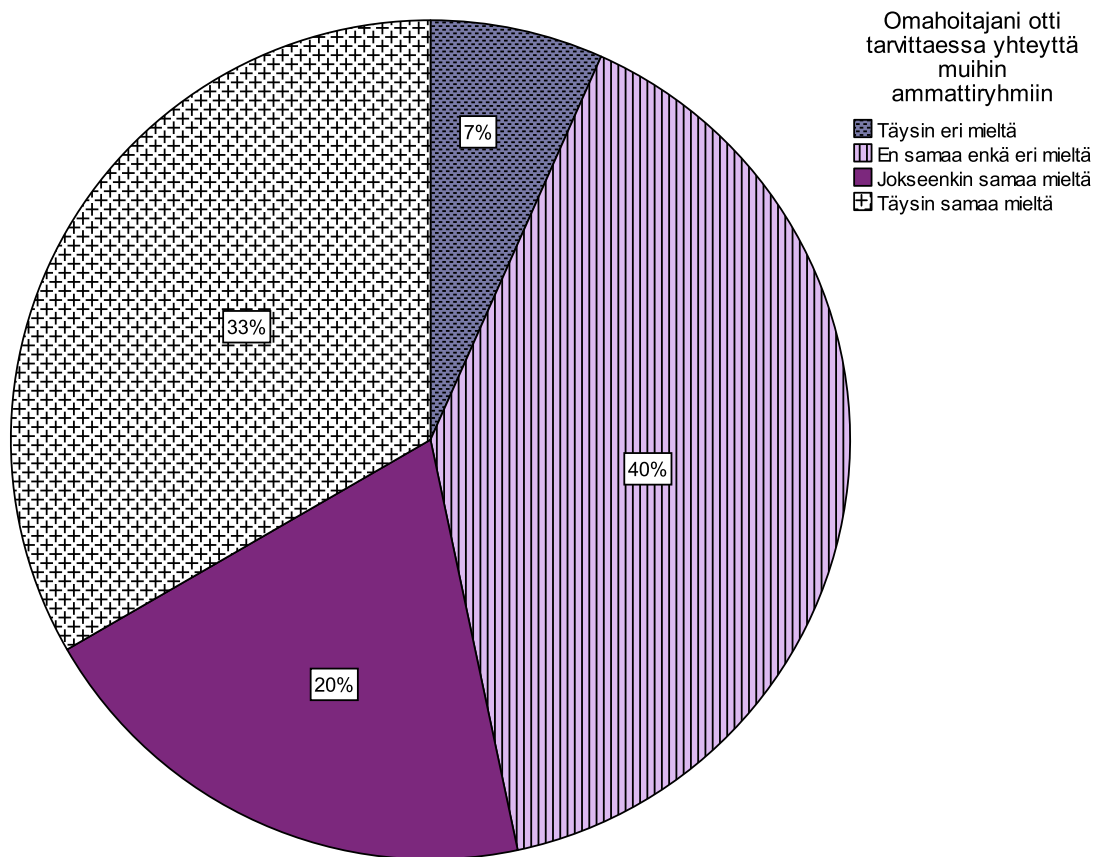
Kuvio 7: Omahoitajani antoi tietoa hoitoon liittyvissä asioissa (n=18)

Kaksi kolmasosaa (67 %) kysymykseen vastanneista (n=18) oli saanut tarvittaessa apua omahoitajalta päivittäisissä toiminnoissa. Noin kolmannes (22 %) vastaajista ei osannut arvioida saamaansa apua tai koki, ettei ollut täysin riittävästi saanut apua. Hyvin pieni (12%) osa oli eri mieltä.



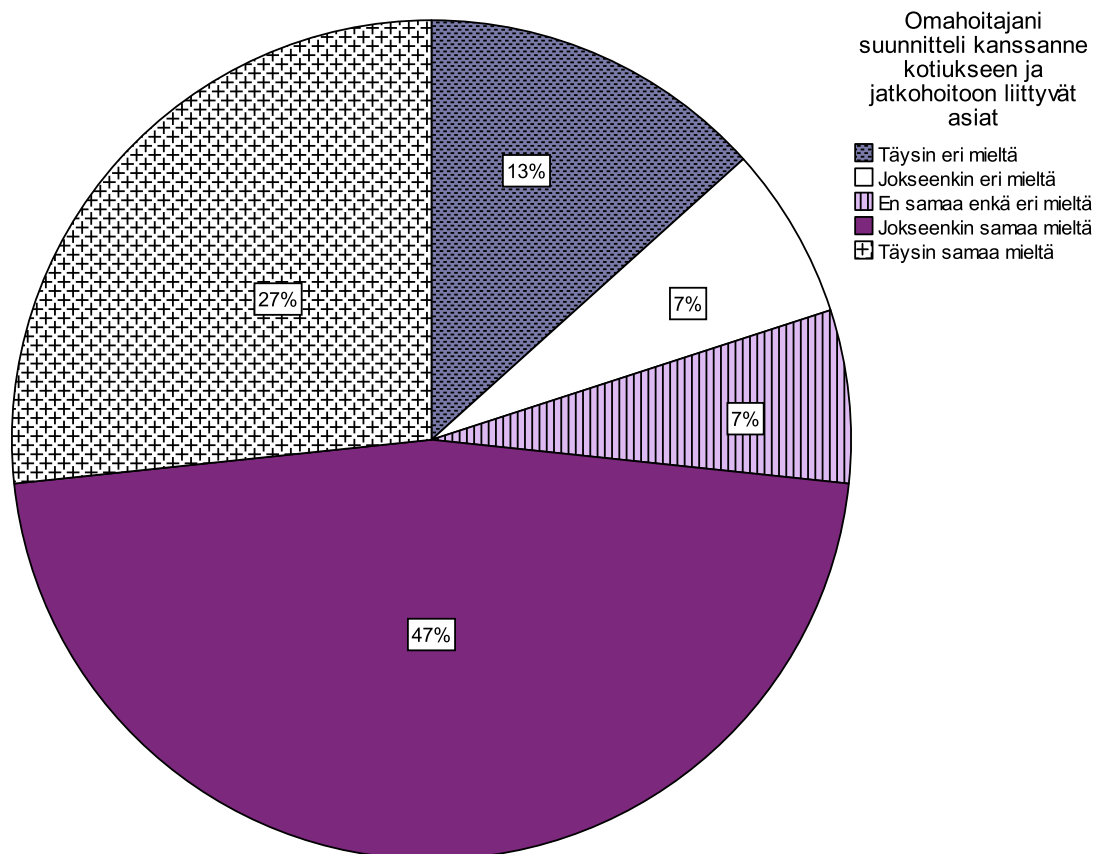
Kuvio 8: Omahoitajani auttoi tarvittaessa päivittäisissä toiminnoissa (n=18)

Kymmenessä kyselylomakkeessa ei ollut vastattu tähän kysymykseen. Kolmanneksella (33%) vastanneista (n=15) omahoitaja oli ollut tarvittaessa yhteydessä muihin ammattiryhmiin. Kaksi kolmasosaa (60 %) koki hoitajan jossain määrin ottaneen yhteyttä tai eivät olleet samaa tai eri mieltä. Vain pieni osa (7 %) oli täysin erimieltä yhteydenotoista.



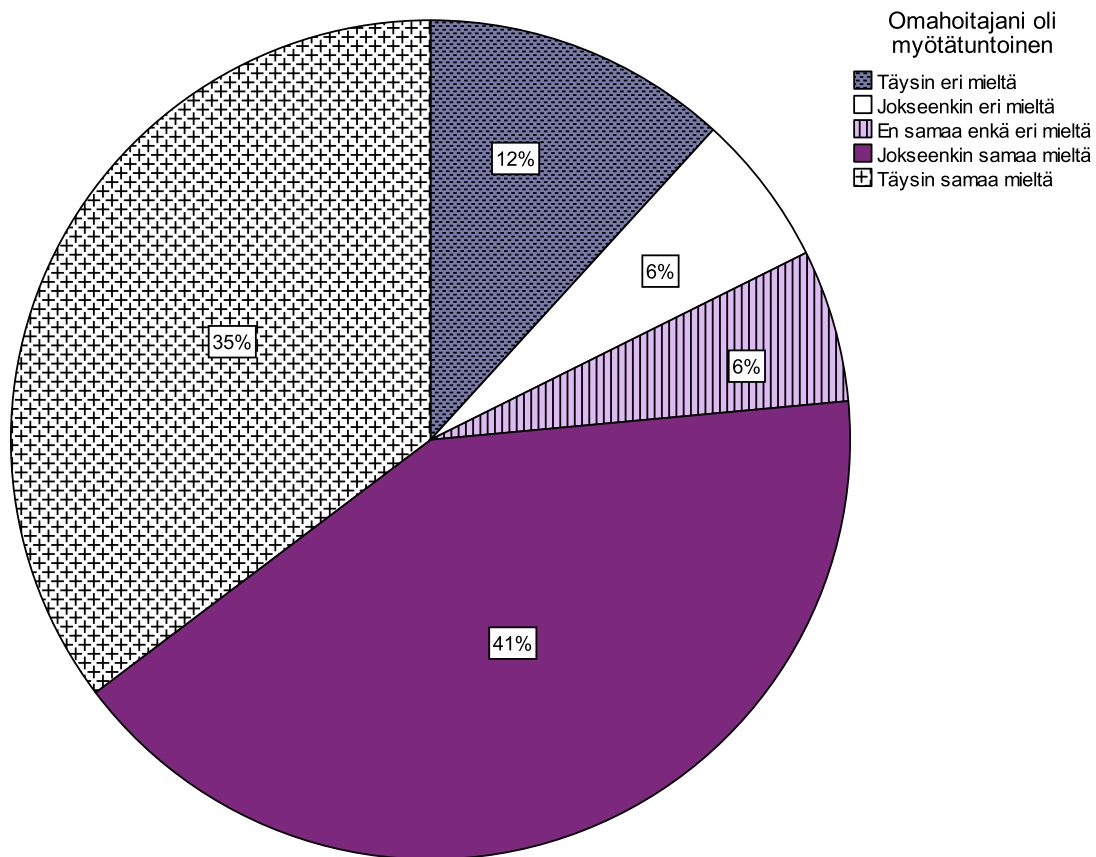
Kuvio 9: Omahoitajani otti tarvittaessa yhteyttä muihin ammattiryhmiin (n=15)

Kymmenessä kyselylomakkeessa ei ollut vastausta tähän kysymykseen. Kaksi kolmasosaa (74 %) kokivat omahoitajan suunnitelleen kotiutukseen ja jatkohoitoon liittyvät asiat yhdessä potilaan kanssa. Lähes kolmanneksella (27 %) vastaajista (n=15) oli kielteinen näkemys suunnittelusta.



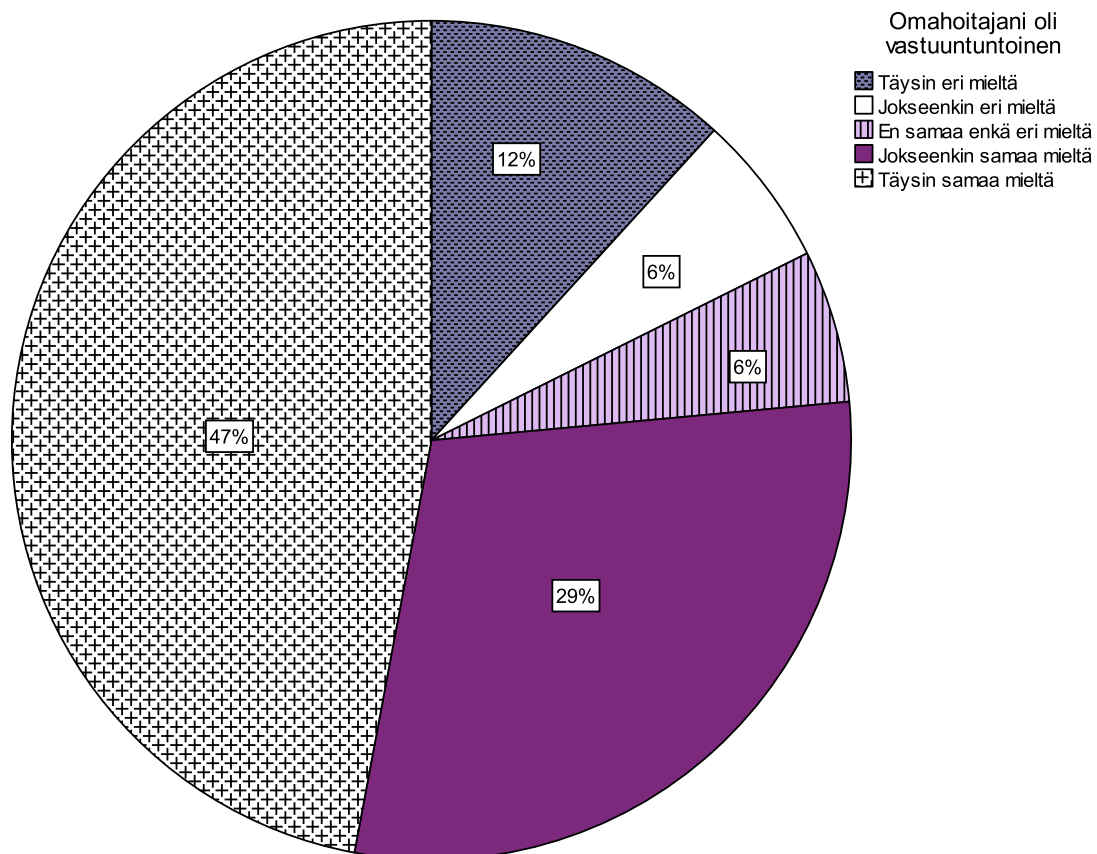
Kuvio 10: Omahoitajani suunnitteli kanssanne kotiutukseen ja jatkohoitoon liittyvät asiat (n=15)

Suurin osa (76 %) vastanneista (n=17) koki omahoitajan olleen myötätuntoinen. Pieni osa (18 %) ei kokenut omahoitajaa myötätuntoiseksi. Kahdeksassa lomakkeessa ei tähän kysymykseen ollut vastattu.



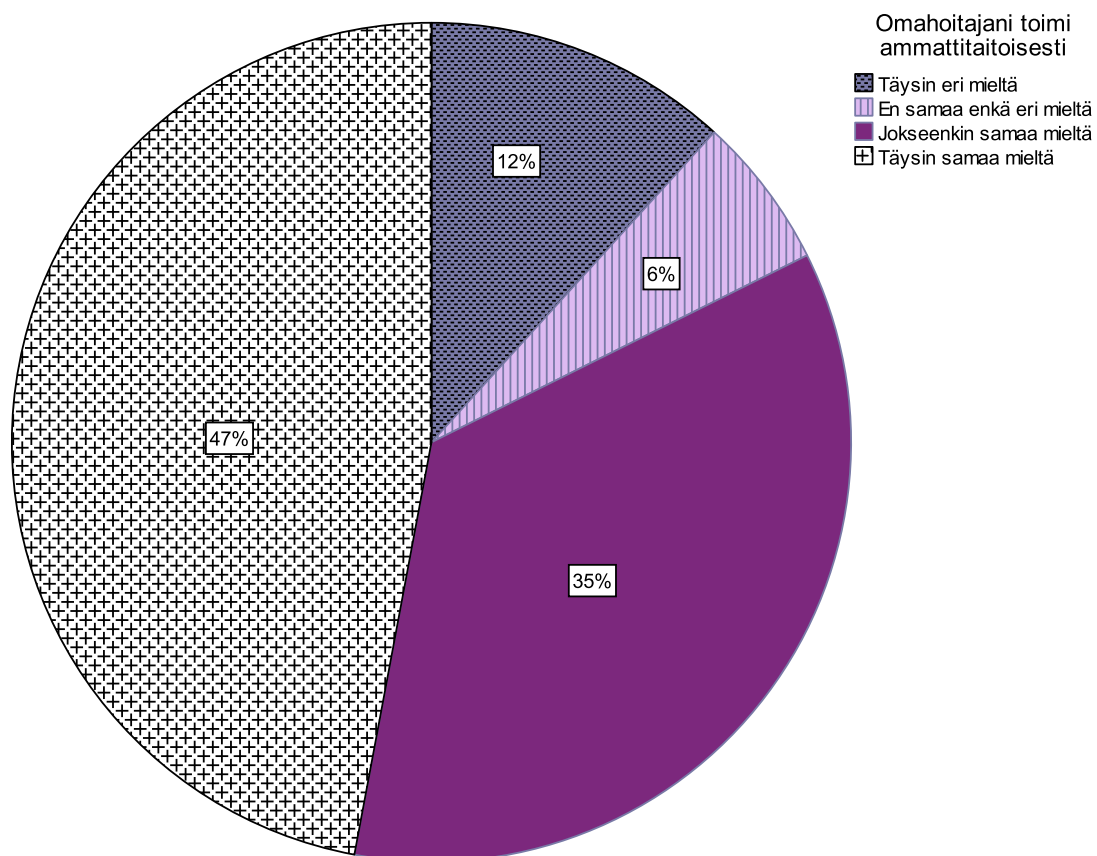
Kuvio 11: Omahoitajani oli myötätuntoinen (n=17)

Suurimmaksi osaksi (76 %) omahoitaja koettiin vastuuntuntoisena. Viidenneksellä (18 %) vastaajilla (N=17) oli eriäviä mielipiteitä. Kahdeksassa lomakkeessa ei ollut tähän kysymykseen vastattu.



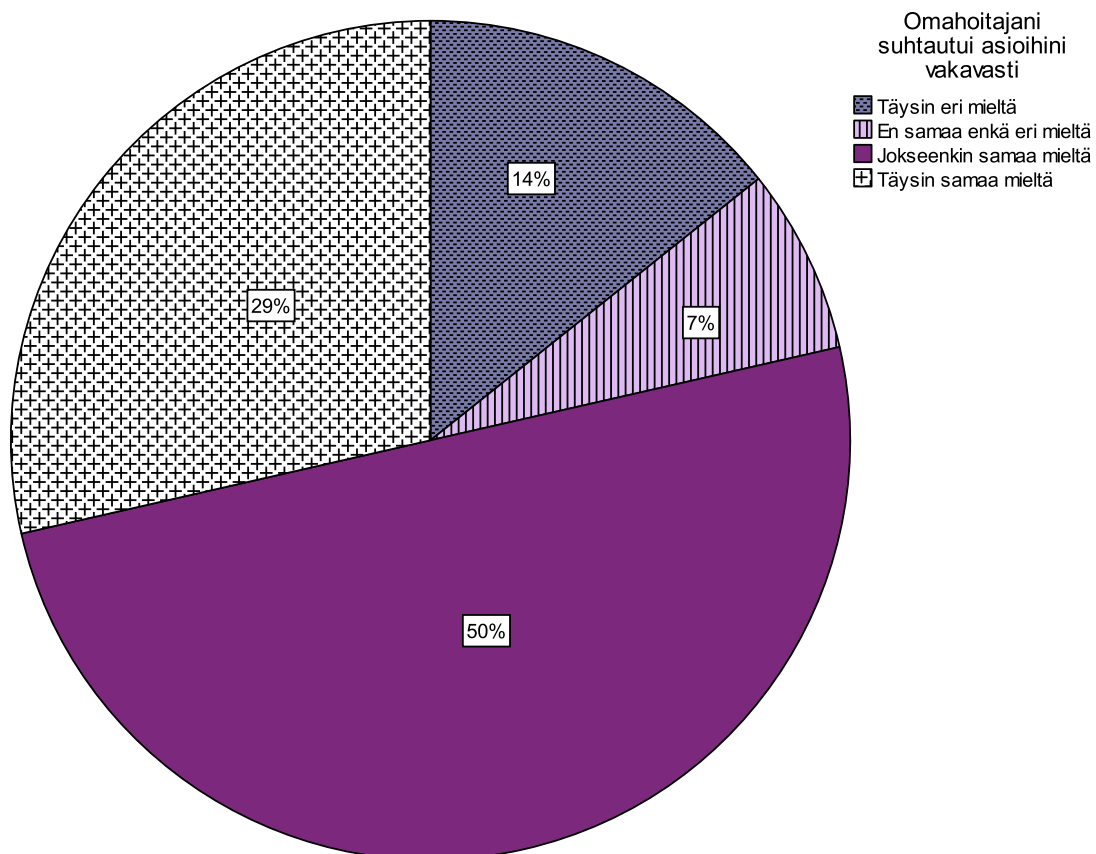
Kuvio 12: Omahoitajani oli vastuuntuntoinen (n=17)

Omahoitaja koettiin lähes kaikissa (82 %) vastauksissa (n=17) ammattitaitoiseksi. Pieni osa (12 %) ei ollut tyytyväisiä omahoitajan ammattitaitoon. Kahdeksassa lomakkeessa ei ollut vastausta kysymykseen.



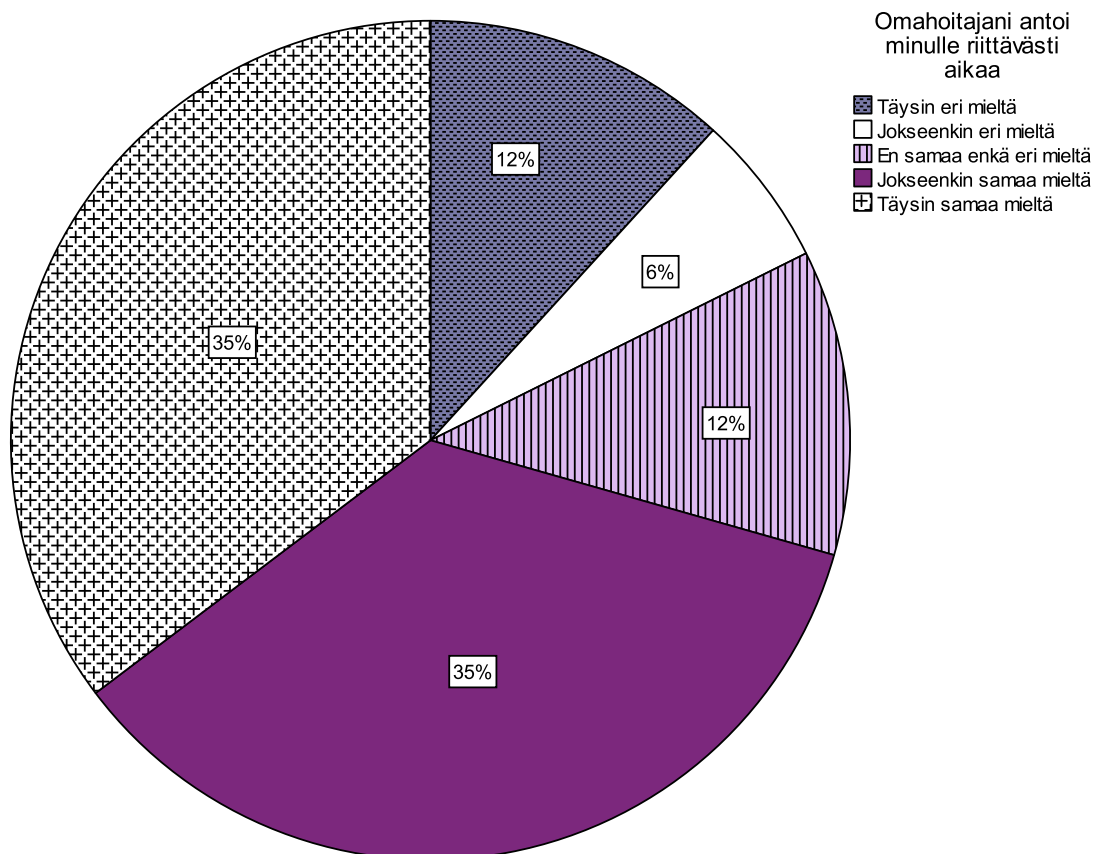
Kuvio 13: Omahoitajani toimi ammattitaitoisesti (n=17)

Vastanneista (n=14) suurin osa (79 %) koki omahoitajan suhtautuneen heidän asioihin vakavasti. Pieni osa (14 %) vastaajista koki, ettei omahoitaja suhtautunut vakavasti heidän asioihin. Yhdessätoista lomakkeessa ei ollut vastausta tähän kysymykseen.



Kuvio 14: Omahoitajani suhtautui asioihini vakavasti (n=14)

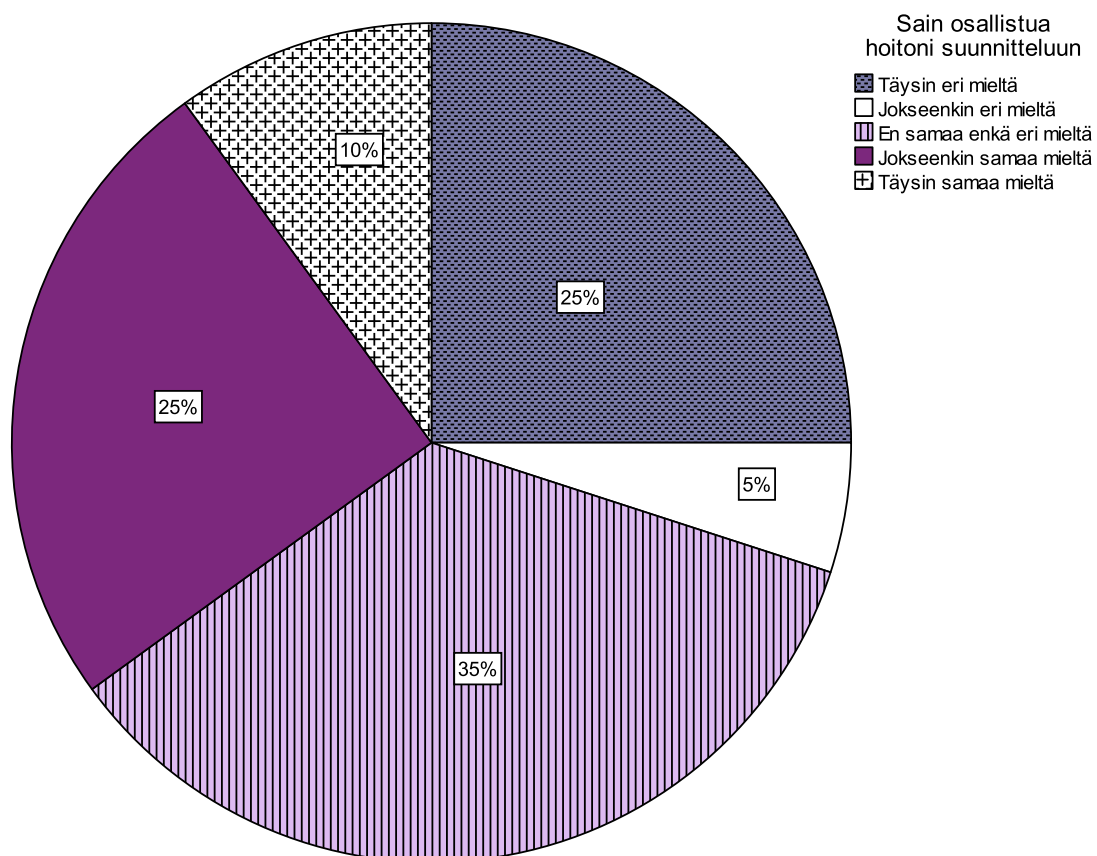
Suurimmaksi osaksi (70 %) vastauksissa (n=17) omahoitajan koettiin antaneen riittävästi aikaa. Kuitenkin lähes viidennes (18 %) koki ajanannon olleen riittämätöntä. Kahdeksassa lomakkeessa ei ollut vastausta kysymykseen.



Kuvio 15: Omahoitajani antoi minulle riittävästi aikaa (n=17)

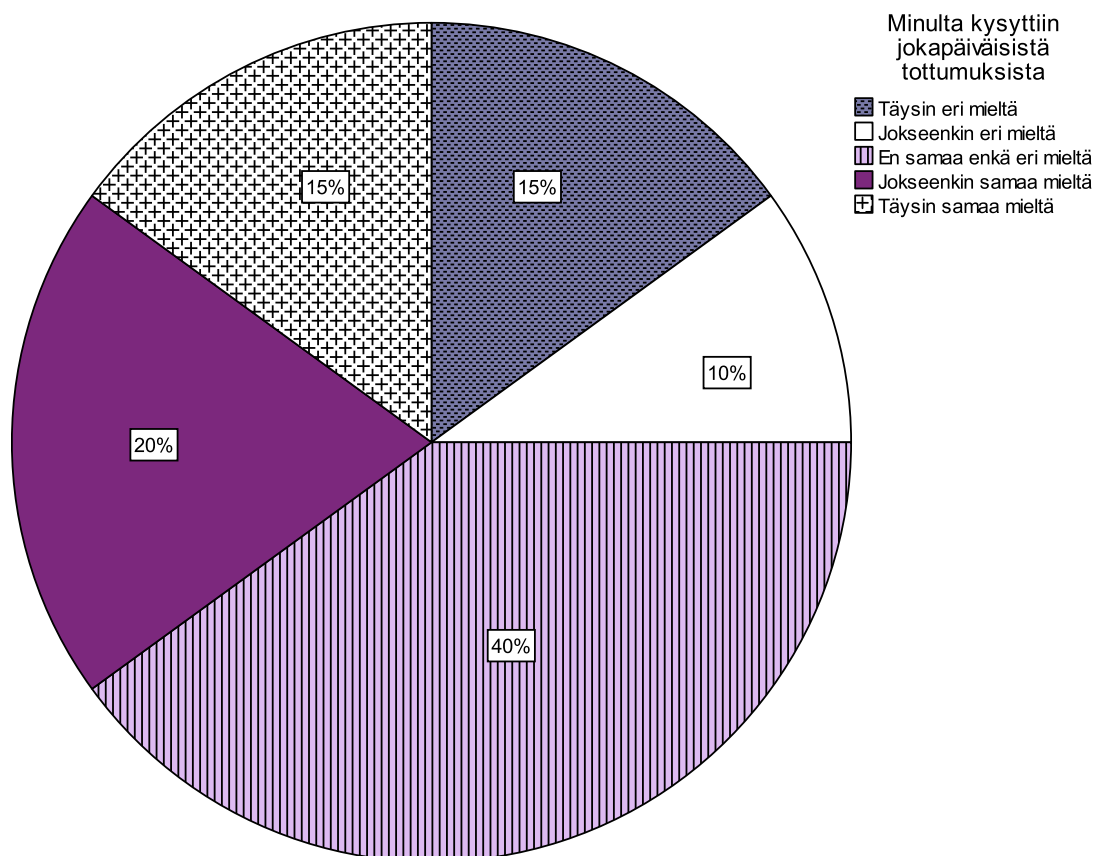
7.4 Väittämät asioiden toteutumisesta päivittäisessä hoidossa

Kyselylomakkeen kysymykset V10-V15 koskivat asioiden toteutumista päivittäisessä hoidossa. Osallistuminen hoidon suunnitteluun jakoi mielipiteet tasaisesti (n=20). Kolmannes (35 %) koki saaneen osallistua suunnitteluun, kolmannes (30 %) oli täysin erimieltä asiasta ja kolmannes (35 %) ei ollut asiasta samaa eikä eri mieltä. Vastauksia jäi puuttumaan viidestä lomakkeesta.



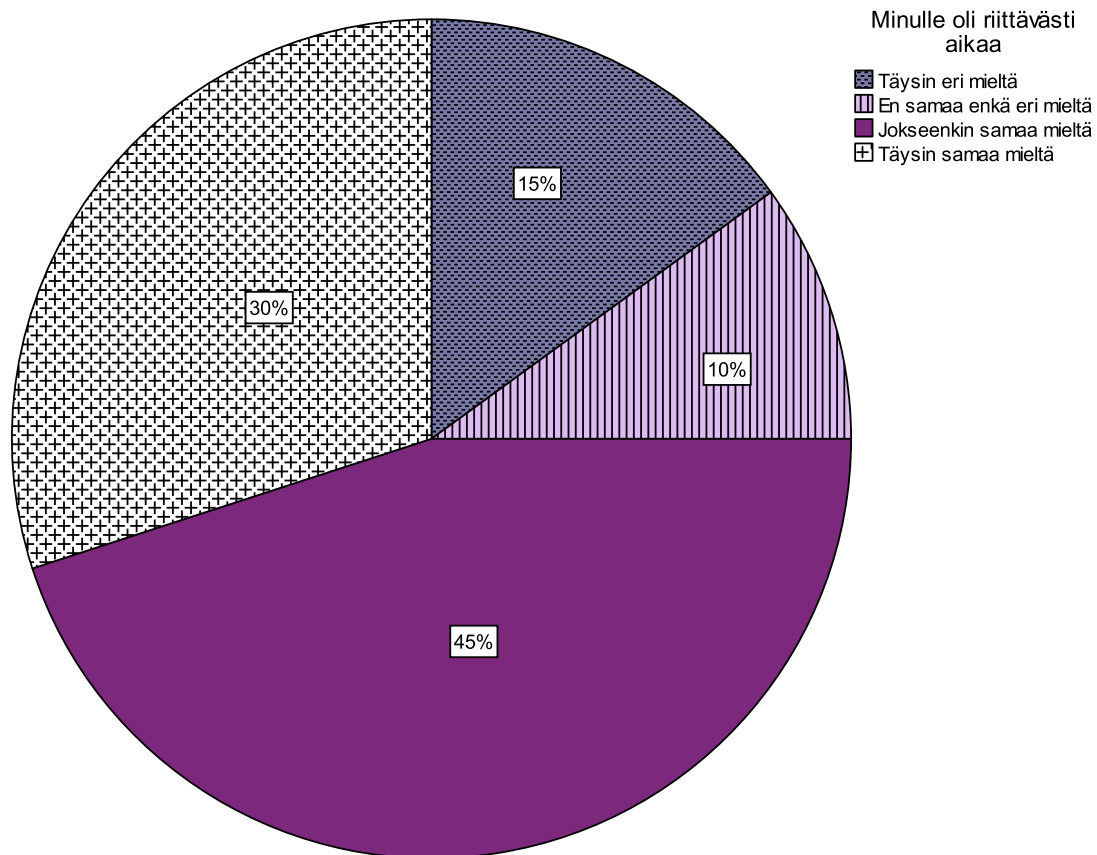
Kuvio 16: Sain osallistua hoitoni suunnitteluun (n=20)

Lähes puolet (40 %) vastanneista (n=20) ei ottaneet asiaan kantaa. Kolmannekselta oli kysytty jokapäiväisistä tottumuksista ja jopa neljännes koki, ettei heidän päivittäisiä tottumuksia oltu kysytty. Viidessä lomakkeessa ei ollut vastausta kysymykseen.



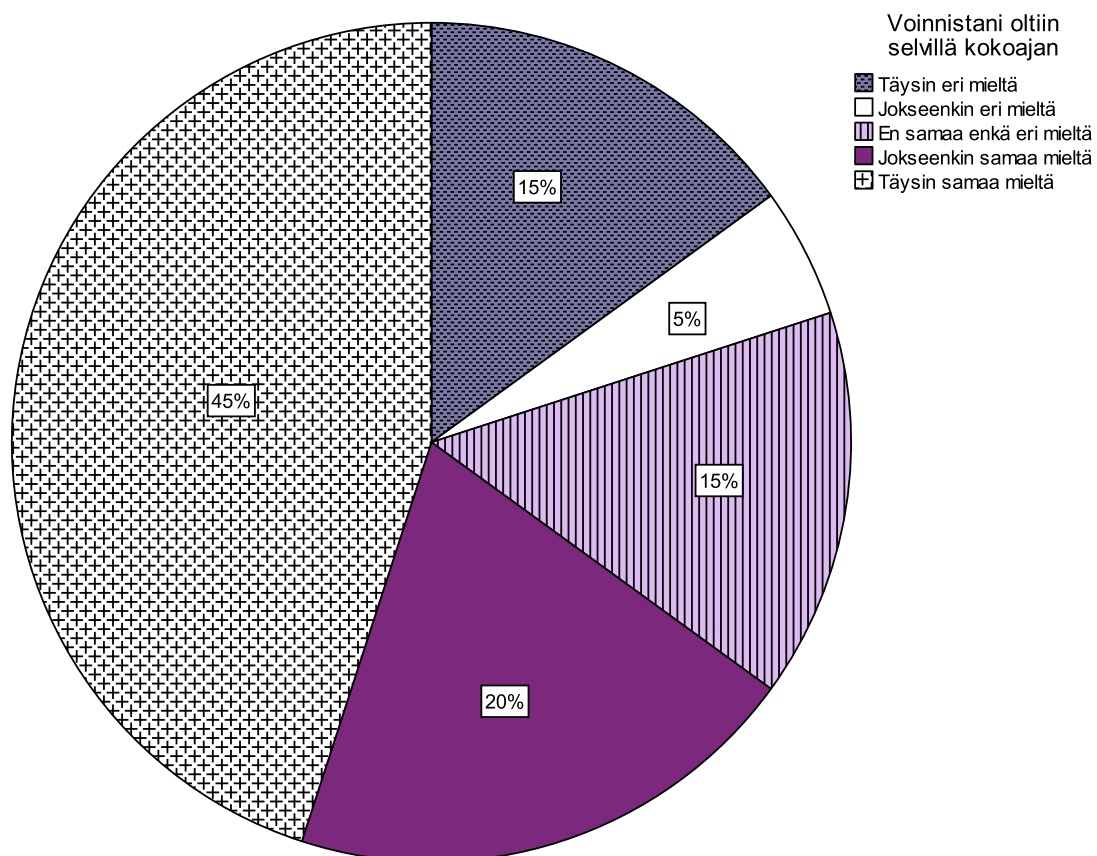
Kuvio 17: Minulta kysyttiin jokapäiväisistä tottumuksista (n=20)

Suurin osa vastanneista (75 %) koki saaneensa riittävästi aikaa omahoitajalta. Pieni osa (15 %) koki ajan saannin riittämättömäksi. Viidessä lomakkeessa ei ollut vastausta kysymykseen.



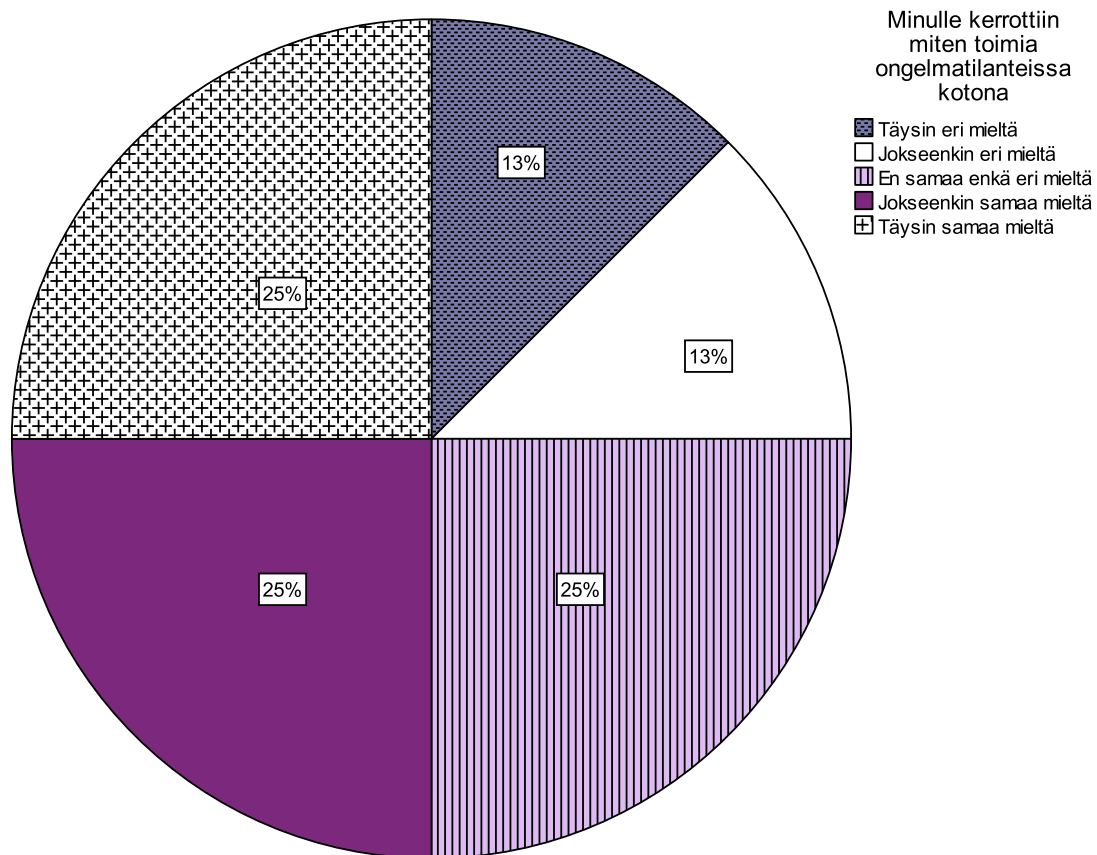
Kuvio 18: Minulle oli riittävästi aikaa (n=20)

Yli puolet (65 %) vastanneista koki omahoitajan olleen selvillä voinnistaan kokoajan. Kolmannes (35 %) ei joko osannut antaa mielipidettä tai oli täysin erimieltä asiasta. Viidessä lomakkeessa ei ollut vastausta asiaan.



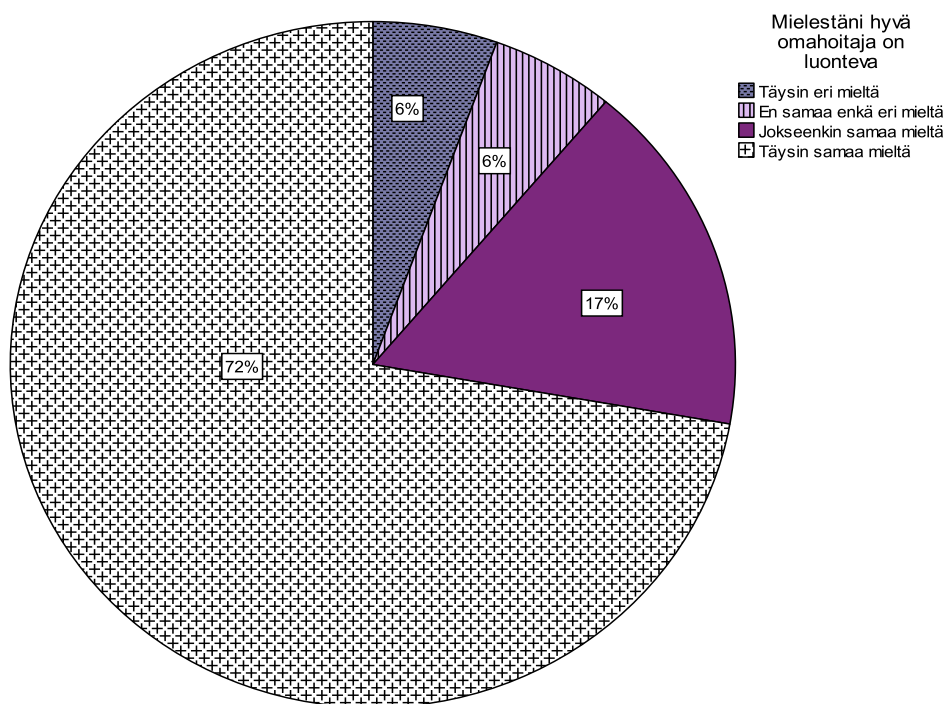
Kuvio 19: Voinnistani oltiin selvillä kokoajan (n=20)

Puolet (50 %) oli tyytyväisiä ongelmatilanteiden ohjaukseen ja neljänneksellä (26 %) oli kielteisiä mielipiteitä ohjauksesta. Yhdeksässä lomakkeessa ei ollut vastausta kysymykseen.

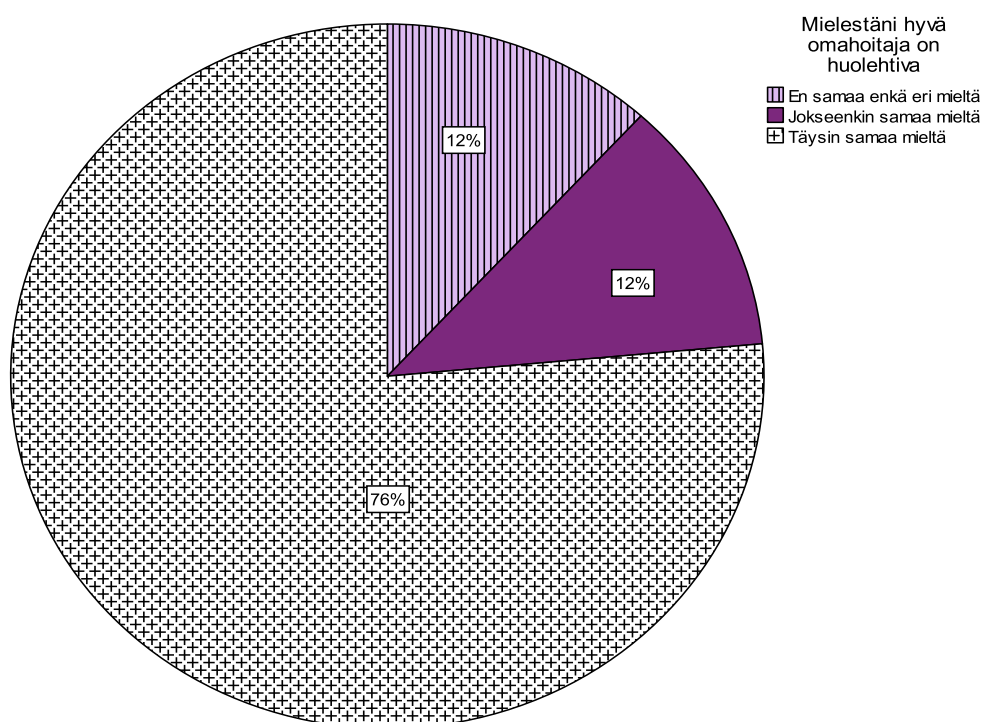


Kuvio 20: Minulle kerrottiin miten toimia ongelmatilanteissa kotona (n=16)

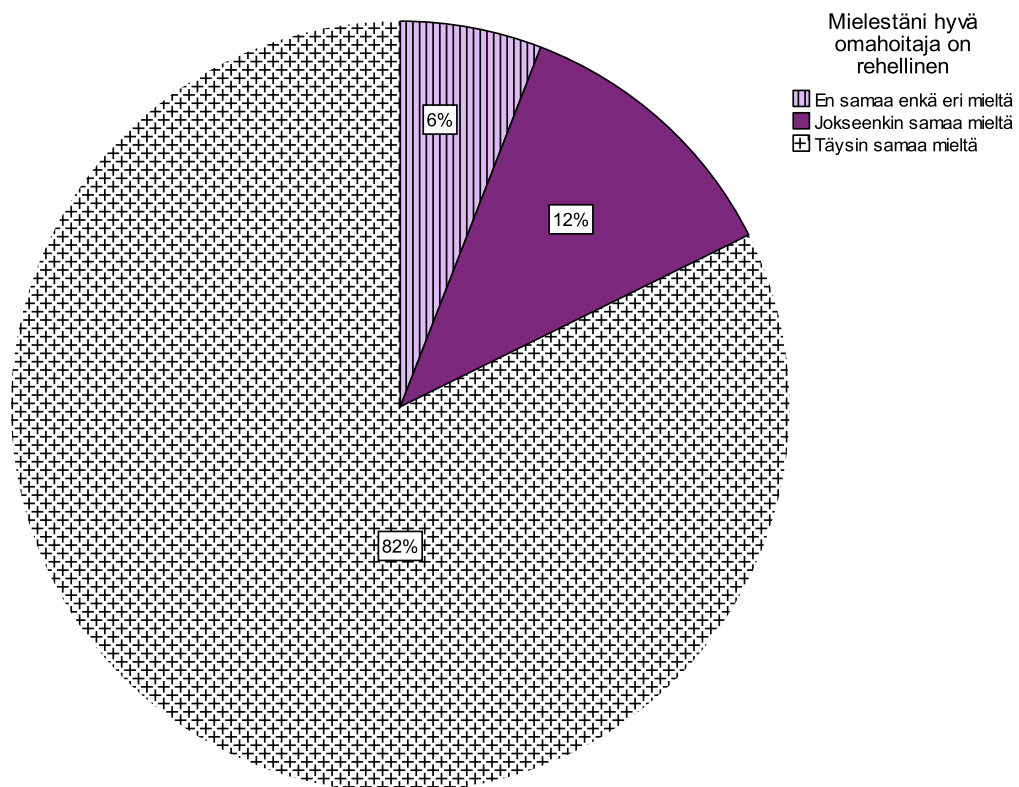
Lähes kaikki (~90 %) vastanneista olivat sitä mieltä, että hyvä omahoitaja on luonteva, huolehtiva, rehellinen ja ammattitaitoinen. Omahoitajan luontevuudesta oli yksi vastaajista eri-mieltä. Jokaisessa kysymyksessä lähes kolmannes oli jättänyt vastaamatta.



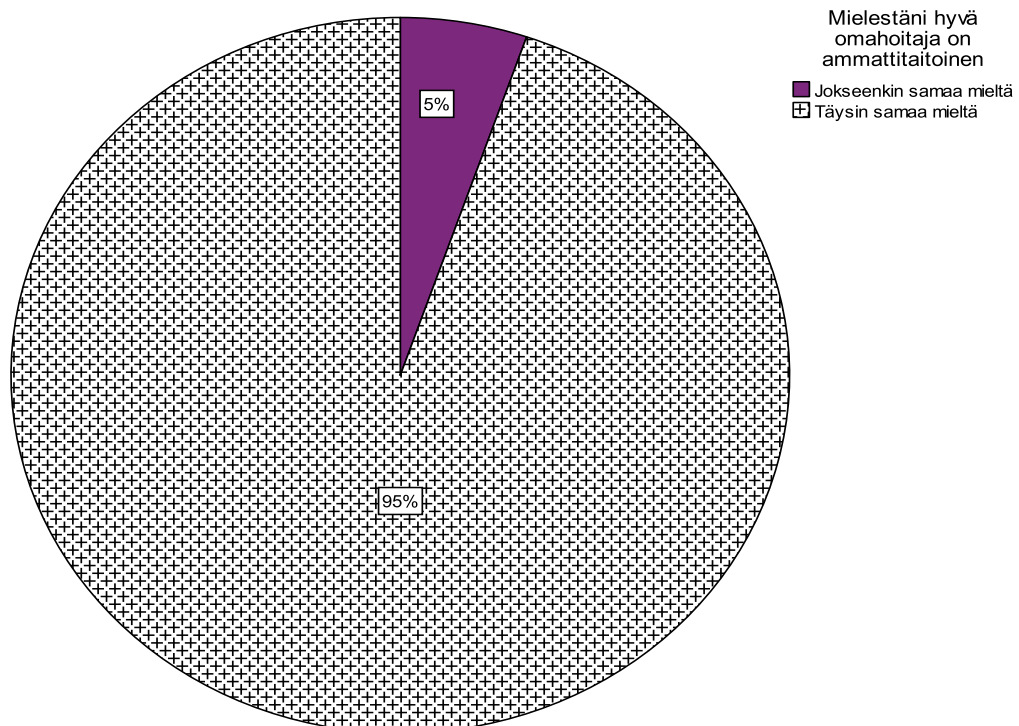
Kuvio 21: Mielestäni hyvä omahoitaja on luonteva (n=18)



Kuvio 22: Mielestäni hyvä omahoitaja on huolehtiva (n=17)



Kuvio 23: Mielestäni hyvä omahoitaja on rehellinen



Kuvio 24: Mielestäni hyvä omahoitaja on ammattitaitoinen (n=19)

8 Pohdinta

8.1 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimus toteutettiin eettisten periaatteiden mukaisesti, yksityisyyttä ja salassapitovelvollisuutta kunnioittaen. Tutkimus ei vahingoita tutkittavaa fyysisesti, psyykkisesti tai sosiaalisesti, koska intymiteettisuojusta on huolehdittu kyselyn nimettömyydellä ja suljetuilla vastauksilla. Tutkimuksen hyödyt ovat haittoja suuremmat, koska suoraan potilailta tullut palaute on parhaimpia motivoivia tekijöitä. Haittoja ei tutkimuksesta aiheutunut, koska kysely toteutettiin hoitajakson lopussa, eikä se päässyt vaikuttamaan potilaan hoitoon negatiivisesti. Kyselyyn osallistuminen oli vapaaehtoista, mutta toivottavaa ja kyselyn täyttämisen sai keskeyttää halutessaan. Tutkimuksen luotettavuuden perustana on tutkittavien ihmisten yhteistyöhalu. Tutkimusta tehdessä on kiinnitettävä huomiota tutkittavien ihmisten oikeuksiin ja kohteluun. Lähtökohtana on rehellisyys ja kunnioittaminen. (Leino-Kilpi & Välimäki 2010, 367; Heikkilä, Jokinen & Nurmela 2008, 47-49.)

Tutkimuksen luotettavuutta kuvaa mittarin tarkoitus mitata täsmälleen tutkimuskysymyksiä. Kyselylomakkeen kysymykset tarkastelevat juuri sitä mitä halutaan tutkia. Kyselylomake pyrittiin tekemään vastaamaan mahdollisimman tarkasti tutkimuskysymyksiä ja teoreettisen osuuden sisältöä. Tutkimusraportissa tulee kirjoittaa vain sellaisia asioita, jotka eivät riko tutkittaville luvattuja asioita tietojen luottamuksellisuudesta, salassapitovelvollisuudesta ja vaitiololupauksesta. Tutkimuksen reliabelius ja validius yhdessä kertovat tutkimuksen kokonaisluotettavuudesta. Reliabelius kertoo tutkimuksen kyvystä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia ja validius kykyä mitata sitä, mitä oli tarkoituskin mitata tutkimusta tehdessä. Kvantitatiivisen tutkimuksen kokonaisluotettavuuteen vaikuttaa asetettu vaatimustaso, joka tutkimukselle asetetaan. Kvantitatiivinen tutkimus tulee tehdä asetettujen vaatimustasojen mukaisesti, joita ovat esimerkiksi tutkimuskohteen täsmällinen määrittäminen ja se, että tutkimus tuottaa jotakin uutta. Teorioita ja teoreettisia käsitteitä tulee käyttää ja tutkimuksen tulee mitata sitä, mitä sen on tarkoituskin mitata. (Vilkkä 2007, 149-154,164.)

Tämän tutkimuksen luotettavuuteen vaikuttavat alhaiset vastausprosentit joissain kysymyksissä. Alhaiset vastausprosentit kyseenalaistavat etenkin kyselylomakkeen luotettavuuden. Kysymyksiin vastaaminen oli nähtävästi hankalaa monelle vastaajalle, koska suuressa osassa kysymyksiä oli alhainen vastausprosentti. Kotiutusvaiheessa annettu kyselylomake ei välttämättä saavuta potilaan täyttä motivaation tulosta. Lisäksi sairaus ja huonokuntoisuus, jopa ikä vaikuttavat asioiden ymmärtämiseen ja jaksamiseen vastaamisessa. Vastaajat ovat voineet kokea kysymyksistä myös, etteivät ne koske enää heitä tai vastanneet vain heitä kiinnostaviin kysymyksiin. Tämän tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus näkyy vastausvapautena, vastaus-

ten nimettömyydessä ja tulosten analysoinnin jälkeen vastauksien hävittämisessä. Tutkimukseen osallistuneita informoitiin näistä asioista kyselylomakkeen saatekirjeessä.

8.2 Tulosten tarkastelu

Tutkimusongelmien lähestymistapa on valittava perehtymällä aiheen kirjallisuuteen ja aikaisempiin tutkimuksiin (Eriksson ym. 2007, 89). Keuhkosairauksien vuodeosastolla ohjaavana hoitofilosofiana on yksilövästuihin hoitotyö ja työnjakomallina on omahoitajuus. Yksilövästuihin hoitotyö hoitofilosofiana merkitsee hoitohenkilökunnan yhteistä käsitystä inhimillisestä, potilaskeskeisestä ja kokonaisvaltaisesta hoitotyöstä. Potilas tulee huomioida aktiivisena ja ainutlaatuisena yksilönä, jonka tarpeet ovat hoitotyön lähtökohtana. Omahoitajuuden tarkoituksena on mahdollistaa potilaalle hyvä hoito ja lisätä potilaan mahdollisuutta osallistua hoitonsa suunnitteluun ja päätöksentekoon. (Nyman 2006, 3-4.)

Tutkimuksen tarkoitus on antaa johtopäätökset vain olemassa olevilla tuloksilla. Kyselylomake laadittiin hyödyntämällä aikaisemmin tehtyjen tutkimusten kyselylomakkeita. Kysymykset muokattiin lyhyiksi ja ymmärrettäviksi. Kyselylomaketta arvioitiin yhdessä hoitoalan ammattilaisten kanssa ja palautteen avulla saatiin aikaan toimiva kyselylomake. Tuloksia analysoidessa ilmeni, olisiko kyselylomake voinut olla vielä yksinkertaisempi. Tutkimuksessa kyselylomakkeisiin oli vastattu ainakin osittain. Taustatietokysymyksiin ja kysymyksiin omahoitajuudesta oli jokaisessa lomakkeessa vastattu. Tilanteessa, jossa potilaalla ei ollut omahoitajaa, oli pääsääntöisesti jätetty vastaamatta omahoitajasuhteeseen liittyviin kysymyksiin. Joissain kyselylomakkeissa oli kysymyksiin vastattu, vaikka omahoitajaa ei ollut. Perusteena tähän Ryhänen (2007) on esittänyt, että potilaat ovat saattaneet huomioida samojen hoitajien hoitavan heitä, mutta kukaan ei ole esittänyt omahoitajaksi. Näin ollen potilaalle on voinut jäädä epävarmuus omahoitajasta.

Omahoitajuus työnjakomallina ei tämän tutkimuksen mukaan toteutunut hyvin. Tutkimuksesta ilmeni omahoitajuuden toteutuvan periaatteiden mukaisesti melko hyvin. Vastuullisuuden periaatteen toteutuminen ilmeni potilaiden kokiessa saavansa osallistua hoidon suunnitteluun. Itsenäisyyden, koordinoinnin ja kattavuuden periaatteet ilmenivät riittävässä tiedon annossa ja moniammatillisessa yhteistyössä. Jatkuvuuden periaatteen mukaisesti tiedonsiirto toteutui potilaiden kokiessa omahoitajan olevan kokoajan selvillä potilaan voinnista. Potilaat olivat myös tyytyväisiä jatkohoidon suunnitteluun.

8.2.1 Omahoitajuus

Tässä tutkimuksessa omahoitajuutta koskivat kysymykset K1-K4. Vastanneista yli puolet kertoi, ettei heillä ollut omahoitajaa hoitajaksonsa aikana. Vastaavasti Kalasniemen (2002) tutkimuksen mukaan 51 % potilaista tiesi heillä olleen omahoitaja hoitajakson aikana. Ryhäsen (2007) tutkimuksessa vain 42 % tiesi heillä olleen omahoitaja hoitajakson aikana. Kalasniemen (2002) mukaan osastoilla, joissa oli pelkästään yksilövastuinen hoitotyömalli käytössä, potilaista kaikki eivät ilmoittaneet heillä olleen omahoitajaa. Tutkimuksen aikana keskimääräinen hoitajakson pituus oli 7,84 vrk, joka voidaan tulkita pitkäksi hoitajaksi. Pitkän hoitajakson aikana omahoitajuus kirjallisuuden mukaan palvelee niin potilasta kuin hoitajaa. Mikä voisi olla syynä, etteivät potilaat tienneet omahoitajasta? Ilmoitus omahoitajuudesta on jäänyt kertomatta suullisesti tai kirjallisesti. Omahoitajuus on voinut olla vain nimi potilaspapereissa. Kalasniemen (2002) tutkimuksen mukaan omahoitajuudesta oli tiedotettu pääasiassa suullisesti. Tutkimuksen mukaan potilaat olivat saaneet suullisen tiedoksiannon omahoitajuudesta, eikä kirjallista ilmoitusta ollut käytetty lainkaan. Kirjallisuuden mukaan omahoitajuudesta tulisi informoida potilasta suullisesti ja kirjallisesti. Kalasniemi (2002) arvioi, että suullinen informointi on hyvä keino luoda luottamuksellinen hoitosuhde. Omahoitajan työvuoroista oltiin hyvin selvillä, niiltä potilailta, joilla omahoitaja oli ollut tiedossa. Nymanin (2002) tutkimuksessa potilaat pitivät omahoitajan työvuoron tiedostamista tärkeänä. Vastaukset omahoitajuudesta tukevat toinen toisiaan eikä ristivastauksia juuri ollut.

Tutkimuksessa omahoitajan tarkoitukset ja tehtävät oli vastanneilla kohtuullisen hyvin tiedossa, mutta suuri joukko vastanneista ei ollut niistä selvillä. Samansuuntaiset vastaukset ilmenivät Kalasniemen (2002) tutkimuksessa, jossa potilailla oli puutteelliset tiedot omahoitajan tehtävistä. Toisin kuin Ryhäsen (2007) tutkimuksessa omahoitajan tehtävistä oltiin hyvin selvillä. Tämäkin tukee vastauksia omahoitajuudesta suurin osin. Näiden vastausten perusteella voi kehityskohteiksi nimetä omahoitajuuden tehokkaamman tiedottamisen ja omahoitajan tarkoituksen selventämistä hoitosuhteessa.

8.2.2 Omahoitajan toiminta

Tässä tutkimuksessa omahoitajan toimintaa kuvasivat kysymykset V1-V9. Omahoitajan toiminnan väittämässä esiintyi lähes jokaisessa kohdassa hajontaa. Pääsääntöisesti omahoitajan toiminta koettiin hyväksi. Omahoitaja oli antanut hyvin tietoa ja auttanut päivittäisissä toiminnoissa. Omahoitaja oli myös hyvin ollut yhteydessä muihin ammattiryhmiin ja vastauksissa koettiin omahoitajan ottaneen kotiutuksen suunnitteluun hyvin mukaan. Edellisissä kategorioissa oli kuitenkin kielteisiä vastauksia ja niiden luotettavuutta voimme hieman kyseenalaistaa. Sillä yhdessä lomakkeessa, jossa potilaalla oli ollut omahoitaja hoitajakson aikana, oli

vastannut kaikkiin vastauksiin kielteisesti. Toki kielteiset vastaukset voivat olla todellisia, mutta uskomme vastauksien laadun johtuneet numeroasteikon väärin ymmärryksestä. Vastavissa potilaiden kokemuksia tutkivissa tutkimuksissa (Nyman 2006) tiedon annon tarpeellisuutta pidettiin erittäin tärkeänä (yli 90 %). Samassa tutkimuksessa jatkohoidon suunnitteluun osallistumista 86 % vastaajista piti tärkeänä.

Tässä tutkimuksessa omahoitajan koettiin suhtautuneen potilaan asioihin pääsääntöisesti vakavasti ja omahoitajan koettiin antaneen riittävästi aikaa hoitojakson aikana (75 %). Myös Kalasniemen (2002) tutkimuksessa suurin osa (yli 90 %) koki, että hoitajilla oli ollut riittävästi aikaa. Ryhäsen (2007) tutkimuksessa hoitajan riittävään ajankäyttöön oli tyytyväisiä 83 % vastaajista. Mikä on erittäin positiivinen asia, kun paljon puhutaan kiireestä ja ajan saannin puutteesta. Tämänkin tutkimusten vastaukset ovat sitä vastaan. Tämän tutkimuksen väittämissä, jotka kuvasivat omahoitajaa henkilönä, vastaukset olivat hyvin positiivisia. Omahoitajaa pidettiin hyvin myötätuntoisena ja vastuuntuntoisena sekä omahoitaja koettiin ammattitaitoiseksi. Myös Kalasniemen (2002) tutkimuksessa omahoitaja koettiin ammattitaitoiseksi, vastuuntuntoiseksi ja omahoitajan koettiin suhtautuvan potilaan asioihin vakavasti. Tästä voimme siis päätellä omahoitajien osaavan työnsä hyvin ja olevan töissä potilaita varten. Miten myötätuntoisuus ymmärretään? Pohtiessamme tuloksia ajattelimme myötätuntoisuuden olevan luonnollista molemmien puoleisten tunteiden vastaanottamista ja ilmaisemista hoitosuhteessa ja ymmärrystä.

8.2.3 Asioiden toteutuminen päivittäisessä hoidossa

Tässä tutkimuksessa asioiden toteutumista päivittäisessä hoidossa kuvasivat kysymykset V10-V15. Väittämät asioiden toteutumisesta päivittäisessä hoidossa toivat suurta hajontaa. Osallistuminen hoidon suunnitteluun jakoi mielipiteitä, mutta kuitenkin suureksi osaksi omahoitaja oli ottanut potilaan hyvin hoidon suunnitteluun mukaan. Nyman (2006) esittää, että potilaat (noin 50 %) pitävät osallistumista hoidon suunnitteluun erittäin tärkeänä. Myös Kalasniemen (2002) tutkimuksen mukaan potilaat kokivat saavansa osallistua oman hoitonsa suunnitteluun. Samassa tutkimuksessa potilaat pitivät toiveiden ja tapojen huomioonottamista hyvin tärkeänä (90 %). Kalasniemi (2002) puolestaan arvioi, että omahoitajuus mahdollistaa hieman paremmin potilaiden mahdollisuuden osallistua oman hoitonsa suunnitteluun ja tiedon saantiin. Hyvään omahoitajuuteen kuuluu potilaan tapojen selvittäminen ja huomiointi ja tätä teoriaa tukien tutkimuksessa kysyttiin jokapäiväisten tottumusten huomioinnista. Tässä ilmeni paljon hajontaa. Suurin osa vastanneista ei osannut antaa vastausta ja kielteisiä että myönteisiä vastauksia oli lähes yhtä paljon. Tähän voimme välissä todeta, että potilaan tottumusten huomiointia täytyisi tehostaa, jotta hyvä omahoitajuus toteutuisi kuin kirjallisuudessa se määritellään. Esimerkiksi Nymanin (2006) tutkimuksen mukaan kokonaisvaltainen hoito koetaan

hyvin tärkeänä osana hoitoa. Omahoitajien koettiin olevan hyvin tietoisia potilaiden voinnista, joka kertoo aktiivisuudesta ja riittävästä ajan annosta. Ongelmatilanteissa toimimisen ohjeistukseen kaivattaisiin parannusta, sillä vain puolet vastanneista koki omahoitajan kertoneen toimintamalleja ongelmatilanteisiin kotona. Keuhkosairauksien luonteen vuoksi kotona voi tulla usein pelottavia tilanteita, joista hyvän ohjauksen avulla pystytään ilman sairaalahoitoa selviytymään.

Tutkimuksessa potilaat kuvaavat omia käsityksiään samankaltaisiksi kuin kirjallisuudessa hyvä omahoitaja kuvataan. Vastauksista ilmeni, että suurimman osan mielestä omahoitaja on luonteva, huolehtiva, rehellinen ja ammattitaitoinen. Hyvän omahoitajan väittämissä oli hajontaa, mikä saattaa johtua asteikon väärin ymmärryksestä tai kuvaavien adjektiivien vaikeasti ymmärrettävyydestä. Esimerkiksi luontevuuden väittämissä oli eniten hajontaa ja tämä saattaa johtua luontevuuden ymmärtämisen laajuudesta

8.2.4 Yhteenveto

Tutkimuksen mukaan omahoitajuus työnjakomallina ei toteutunut kovin hyvin. Potilaat, joilla omahoitaja oli nimetty, kokivat omahoitajasuhteen toteutuneen hyvin. Tästä päätellen omahoitajuus toimii keuhkosairauksien vuodeosastolla hyvin, silloin kun sitä työnjakomallina toteutetaan. Potilaat ovat tämän tutkimuksen mukaan kohtuullisesti tietoisia omahoitajan tehtävistä ja tarkoituksesta. Omahoitajan tiedostaminen ja tehtävien tietäminen olivat saaneet samansuuntaiset vastaukset ja tukevat toisiaan. Tietoisuutta tehtävistä ja tarkoituksista oli myös potilailla, joilla ei ollut omahoitajaa. Tutkimuksen tuloksista voimme päätellä, että omahoitajuuden periaatteet toteutuvat melko hyvin omahoitajien työskentelyssä. Vastaajat kuvaavat käsityksiään hyvästä omahoitajasta kirjallisuutta vastaavalla tavalla.

8.3 Tulosten hyödynnettävyys ja jatkotutkimusaiheet

Tämän tutkimuksen mukaan omahoitajan nimeäminen ja potilaalle siitä tiedottaminen on hyvin puutteellista. Tämän mukaisesti keuhkosairauksien vuodeosaston hoitohenkilöstölle tulisi järjestää lisäkoulutusta omahoitajuudesta, sen toteuttamisesta ja hyödyistä. Tämän tutkimuksen tuloksia voidaan hyödyntää lisäkoulutuksen sisällössä motivoivana tekijänä. Tutkimuksen mukaan potilaat kokevat omahoitajuuden toteutuvan hyvin, kun omahoitaja on tiedossa. Opinnäytetyön teoreettista osuutta voidaan käyttää myös koulutusmateriaalina omahoitajuudesta. Jatkotutkimusaiheeksi ehdotamme seurantatutkimuksen toteuttamista samaa kyselylomaketta käyttäen.

9 Prosessin arviointi

Opinnäytetyöprosessin alusta lähtien meillä oli selkeänä tavoitteena tehdä teoreettisesta osiosta kattava, ettei sen työstäminen jää loppuvaiheeseen. Teoreettisen osuuden tekeminen oli monivaiheista, etenimme askel kerrallaan, jotta olisimme tyytyväisiä tulokseen. Alkuvaiheen ohjaus oli erittäin hyödyllistä kirjallisuuskatsauksen kannalta, koska saimme paljon hyviä neuvoja lähdemateriaalin hankinnasta ja kirjallisuuskatsauksen kirjoittamisesta. Tiedonhaku oli aluksi haastavaa, mutta oppiessamme käyttämään oikeita hakukanavia, löysimme paljon hyvää lähdemateriaalia, joista valitsimme aiheemme kannalta parhaimmat.

Tutkimuksen toteuttaminen on ollut mielenkiintoista ja yhteistyö osaston kanssa toiminut hyvin. Jännityksellä odotimme tutkimuksen valmistumista ja kyselylomakkeiden takaisin saamista. Tutkimustulosten analysoinnin koimme haastavana. PASW-ohjelman opettelu vei paljon aikaa, mutta saimme hyvän tuloksen haastavuudesta huolimatta. Tutkimustuloksia analysoitaessa totesimme, että kyselylomaketta olisi ollut hyvä testata myös potilailla. Alkuperäisen suunnitelmamme mukaan kyselylomake sisälsi avoimen kysymyksen, josta luovuimme. Totesimme, että se olisi selkeyttänyt lomakkeen emotionaalisia kysymyksiä.

9.1 Oma ammatillinen kasvu

Opinnäytetyön tekeminen on oppimisprosessi, johon olemme suhtautuneet vakavasti ja kunnianhimoisesti. Opinnäytetyön tekeminen on ollut tärkeä yhteistyöprosessi. Olemme oppineet enemmän tiedonhakuprosessista, käsittelemään löytämäämme tietoa syvällisemmin ja toteuttamaan tieteellistä kirjoittamista. Yksilövastuinen hoitotyö on laaja käsite ja pelkän omahoitajuuden käsittely on avannut meille uusia mahdollisuuksia ymmärtää käsitteitä ja arvioida omaa työskentelyämme. Tutkimuksen tekeminen oli meille täysin uusi asia. Aineistonkeruumenetelmät, kyselylomakkeen laatiminen ja tulosten analysointi on ollut meille oppimiskokemus. Koko opinnäytetyöprosessin työstäminen on opettanut meille, että pitkä ja rauhallinen aikataulu on työtä tehdessä hyväksi. Se antaa työlle mahdollisuuden kypsyä ja kehittyä rauhassa. Jos nyt alkaisimme uutta opinnäytetyötä tehdä, osaisimme käyttää aikaa hieman paremmin, pyytäisimme ennen työn aloittamista enemmän ohjausta, jotta välttyisimme turhalta työltä ja virheiltä. Opinnäytetyöprosessi on opettanut meitä entistä parempaan suunnitelmallisuuteen elämässä ja on opettanut meitä jakamaan isoja kokonaisuuksia osiin. Opimme yhteistyön ja pitkäjänteisyyden tarkoituksen. Tätä opinnäytetyötä tehdessä jaoimme tekemisen aiheen suunnitteluun, kyselylomakkeen laatimiseen, aineiston keräämiseen ja aineiston analyysiin. Työn loppuvaiheessa osaamme nyt arvostaa enemmän suunnitelmallisuutta ja työn lohkomista pienempiin osiin, joita osaamme tulevaisuudessa hyödyntää enemmän niin kirjallisissa töissä kuin työelämässä.

Lähteet

- Anttila, K. & Kupari, K. 2004. Orimattilan terveystieteiden vuodeosastojen asiakastyytyväisyyskysely. Opinnäytetyö. Lahti: Diakonia-ammattikorkeakoulu Lahden yksikkö.
- Eriksson, K., Isola, A., Kyngäs, H., Leino-Kilpi, H., Lindström, U., Paavilainen, E., Pietilä, A-M, Salanterä, S., Vehviläinen-Julkunen, K. & Åstedt-Kurki, P. 2007. Hoitotiede. Helsinki: WSOY.
- Eskola, J. & Suoranta, J. 2001. Johdatus laadulliseen tutkimukseen. 5.painos. Jyväskylä: Gummerus Oy.
- Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin työryhmä. 2010. Potilaan hyvä hoito Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirissä; Ihmisen terveyden tähden. [www-dokumentti]: http://www.epshp.fi/tiedostot/potilaan_hyva_hoito1.pdf. (Viitattu 2.8.2010)
- Goode, D. & Rowe, K. 2001. Perceptions and experiences of primary nursing in an ICU: a combined methods approach. *Intensive and Critical Care Nursing* 2001;17, 294-303.
- Haapala, T. & Hyvänen, K. 2001. Omahoitajatoiminnan itsearviointikriteerien laatiminen ja niiden arviointi. Opinnäytetutkielma. Hoitotieteenlaitos. Kuopio: Kuopion yliopisto.
- Heberg, K. & Inkinen, I. 2009. sairaanhoitajan näkökulmia terveyden edistämiseksi perioperatiivisessa hoitotyössä. Opinnäytetyö. Toukokuu. 2008. Hyvinvointiala. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Heggyvary, S. 1987. Yksilövästainen hoitotyö. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Heikkilä, A., Jokinen, P. & Nurmela, T. 2008. Tutkiva kehittäminen. Helsinki: WSOY.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2009. Tutki ja kirjoita. 15. uudistettu painos. Helsinki: TAMMI.
- Hjerpe, M. 2008. Yksilövästaisen hoitotyön toteutuminen omahoitajien arvioimana. Tampereen yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta. Hoitotieteen laitos. Pro gradu-tutkielma. Tampere.
- Kainuun maakunta-yhtymä. sosiaali- ja terveystoimi. Hoitotyö Kainuussa. Kajaani. 2007.
- Kalasniemi, M., Kuivalainen, L. & Ryhänen, A. 2002. Yksilövästaisen hoitotyön toteutuminen Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin kuntayhtymässä. Joensuu: Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiiri ky.
- Kangas, R. 1999. Hoitotyön johtaminen muutoksessa. Teoksessa R. Simoila, R. Kangas & J. Ranta (toim.) Hoitotyötä johtamaan. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro.
- Karhe, L. 2004. Omahoitajuus - hyvän hoitotyön mahdollisuus. *Tehohoito* 2(22), 126-130.
- Karjalainen, P. 1995. Parsen Human Becoming-teoria sen sisällölliset merkitykset tutkimuksessa ja käytännön hoitotyössä. Teoksessa T. Munnukka & I. Kiikkala (toim.) Ihmisen auttamisen lähtökohdat. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola, M-L. & Hietanen, H. 2004. Hoitotyön osaaminen. 1.painos. WSOY.

- Keuhkosairauksien klinikka: Hoitotyön toiminta-ajatus. 2003. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, HYKS, Peijaksen sairaala, osasto S4K ja keuhkosairauksien poliklinikka. Vantaa: Peijaksen sairaala.
- Kivi, A. & Metsäranta, J. 2009. Omahoitajajärjestelmän toimivuus hoitajien ja potilaiden kokemana. Opinnäytetyö. Hyvinvointiyksikkö. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Koponen, T. & Partanen, R. 2007. Miksi omahoitajuus kangertelee. Opinnäytetyö. Sosiaali- ja terveystieteiden tiedekunta. Hyvinkää: Laurea ammattikorkeakoulu.
- Korhonen, A., Korhonen, T. & Holopainen, A. 2010. Asiantuntijuus ja näyttöön perustuva toiminta. Tutkiva hoitotyö 3/2010.
- Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. & Poskiparta, M. & Johansson, K. & Hirvonen, E. & Renfors, T. Ohjaaminen hoitotyössä. 2007. WSOY. Porvoo.
- Lajunen, J. 2009. Hoitotyön kirjaamisen kehittyminen Keski-Suomen keskussairaalassa osastolla 11. Opinnäytetyö. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Leino, J. & Kähärä, M. 2008. Yksilövastuun hoitotyön periaatteiden toteuttaminen potilaiden arvioimana. Opinnäytetyö. Lokakuu. 2008. Sosiaali- ja terveystieteiden tiedekunta. Jyväskylä: Jyväskylän ammattikorkeakoulu.
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2010. Etiikka hoitotyössä. 5.-6. painos. Helsinki: WSOYpro Oy.
- McCausland, M. 2005. Primary nursing. Teoksessa Encyclopedia of Nursing Research. 2005. Toim. Wallace, M. 2. painos. Springer Publishing Company Incorporated.
- Munnukka, T. 1993. Tehtävien hoidosta yksilövastuuseen hoitotyöhön. Akateeminen väitöskirja. Tampereen yliopisto. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.
- Munnukka, T. & Aalto, P. 2002. (toim.) Minun hoitajani: näkökulmia omahoitajuuteen. 2. painos. Vantaa: Tammi.
- Munnukka, T. & Kiikkala, I. 1995. Ihmisen hoitamisen lähtökohtia. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Mutka, A., Salomaa, L., Uitto, P. & Ahlberg, A. Omahoitajan nimeäminen. HYKS, Peijaksen sairaala, osasto K1. Laatutyöryhmä. Vantaa: Peijaksen sairaala.
- Mäenpää, S., Mäkelä, L. & Tiits, V. 2004. Yksilövastuun hoitotyön toteuttamisen tapa sisätautien vuodeosastolla. Teoksessa T. Munnukka & P. Aalto (toim.) Minun hoitajani: näkökulmia omahoitajuuteen. 2. painos. Vantaa: Tammi.
- Nyman, A. 2006. Yksilövastuun hoitotyön toteutuminen potilaiden arvioimana. Pro gradu. Tampereen yliopisto. Hoitotieteenlaitos.
- Paunonen, M. & Vehviläinen-Julkunen, K. 1998. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Juva: WSOY.
- Peijaksen sairaala, keuhkosairauksien vuodeosasto. Omahoitaja kartoitus vuosilta 2004 ja 2005. Vantaa: Peijaksen sairaala.
- Peltomäki, P. 1995. Hyvyys - hyvän kokemista?. Teoksessa T. Munnukka & I. Kiikkala (toim.) Ihmisen auttamisen lähtökohtia. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.
- Perälä, M.-L. 1999. Näyttöön perustuvaan hoitotyöhön. Teoksessa R. Simoila, R. Kangas & J. Ranta (toim.) Hoitotyötä johtamaan. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Pukuri, T. 1995. Perheen ja omahoitajaparin yhteistyösuhde lastenpsykiatrisella päiväosastolla. Teoksessa T. Munnukka & I. Kiikkala (toim.) Ihmisen auttamisen lähtökohtia. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Puolakka, K. 2002. Omahoitajatyöskentelystä yksilövastuiseen hoitotyöhön - hoitotyön kehityksestä Harjavallan sairaalassa vuosina 1971-2001. Pro gradu-tutkielma. Hoitotieteen laitos. Tampere: Tampereen yliopisto.

Rautava, H. 1995. Potilaan ja hoitajan yhteistyösuhde. Teoksessa T. Munnukka & I. Kiikkala (toim.) Ihmisen auttamisen lähtökohtia. Helsinki: Kirjayhtymä Oy.

Ryhänen, A. 2005. Yksilövastuisen hoitotyön toteuttaminen. Seurantatutkimus operatiivisen hoitotyön alueelta. Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiirin julkaisuja 35. Joensuu: Pohjois-Karjalan sairaanhoitopiiri ky.

Sosiaali- ja terveysministeriö. Valtioneuvoston periaatepäätös. Terveys 2015- Kansanterveysohjelmista. Sosiaali- ja Terveysministeriön julkaisuja. 2001:4. Helsinki. 2001.

Suomen oikeusministeriö. Lainsäädäntö. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. L 17.8.1992/785. [www-dokumentti]: <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa>. (Viitattu 3.6.2010 ja 2.8.2010)

Tapaturma-aseman opas: Hoitotyön filosofia, tervetuloa opiskelijaksi Töölön sairaalan tapaturma-asemalle. Helsingin ja Uudenmaan sairaanhoitopiiri, Töölön tapaturma-asema.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2009. Laadullinen tutkimus ja sisällönanalyysi. Latvia: Livonia Print / Tammi.

Vieno, M. 2009. Yksilövastuinen hoitotyö. Kirjallisuuskatsaus osaston S4K henkilökunnalle. Vantaa: Peijaksen sairaala.

Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Virtanen, M. 2002. Yksilövastuisen hoitotyön ihmiskäsitys. Teoksessa T. Munnukka & P. Aalto (toim.) Minun hoitajani: näkökulmia omahoitajuuteen. 2.painos. Vantaa: Tammi, 9-30.

Voutilainen, P. & Laaksonen, K. 1994. Potilaskeskeinen hoitotyö: Askel eteenpäin. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Liitteet

Liite 1. Saatekirje ja kyselylomake

SAATEKIRJE KYSELYLOMAKKEELLE

ARVOISA POTILAS

Olemme kolme sairaanhoitaja-opiskelijaa Laurea ammattikorkeakoulusta ja teemme kyselytutkimusta omahoitajuuden toteutumisesta keuhkosairauksien vuodeosastolla potilaiden kokemana. Kysely on osa opinnäytetyötämme, jonka tarkoituksena on valmistua keuhkosairauksien vuodeosastolla. Kyselyyn on saatu tutkimuslupa Peijaksen sairaalan eettiseltä lautakunnalta.

Kyselyyn vastaaminen vie aikaa 5-10 minuuttia ja vastaaminen on täysin vapaaehtoista. Kyselylomakkeet täytetään nimettömästi ja vastauksianne käsitellään luottamuksellisesti, eivätkä ne vaikuta hoitoonne. Täytetyn lomakkeen voitte palauttaa suljetussa kirjekuoressa osaston henkilökunnalle kotiutumisenne yhteydessä. Käsittelyn ja yhteenvedon jälkeen tulokset hävitetään silppuamalla ne ja niitä ei käytetä jatkotutkimustarkoitukseen.

Kiitos osallistumisesta tutkimukseemme!

Ystävällisin terveisin,

Heli Tiitinen(SHV09SA)
heli.tiitinen@laurea.fi
P. 044 098 0981

Maarit Laamanen (SHV09SA)
maarit.laamanen@laurea.fi
P. 050 306 6629

Riina Joukkola (SHV09SA)
riina.joukkola@laurea.fi
P. 040 753 5887

Marja Tanskanen (ohjaava opettaja)
marja.tanskanen@laurea.fi
P. 046 856 7009

Laurea ammattikorkeakoulu Tikkurila

Hannele Ponkkonen (osastonhoitaja)
hannele.ponkkonen@hus.fi
P. 09 471 67931

Keuhkosairauksien vuodeosasto

KYSELYLOMAKE

Vastaa seuraaviin kysymyksiin/väittämiin ohjeiden mukaisesti. Henkilötietoja ei kysytä, tutkimustulokset ovat luottamuksellisia. Kiitämme vastauksistanne!

TAUSTAKYSYMYKSET (rastita tai täytä)

- T1. Vastaaajan sukupuoli 1) Mies 2) Nainen
- T2. Ikä (vuotta) 1) 16-25 2) 26-40 3) 41-65 4) 66-75 5) 75 ja yli
- T3. Hoitoaika sairaalassa yhteensä _____ vrk

KYSYMYKSET OMAHOITAJUUDESTA

Vastaa kysymyksiin ympyröimällä yksi vaihtoehto

K1. Oliko teillä tämän hoitjakson aikana omahoitajaa?

- 1) kyllä 2) ei 3) en tiedä

K2. Saitteko tiedon omahoitajasta

- 1) omahoitajani kertoi itse
2) kirjallisesti
3) en saanut tietää

K3. Tiesittekö milloin omahoitajasi oli työvuorossa?

- 1) aina
2) melkein aina
3) joskus
4) en koskaan

K4. Tiesitkö omahoitajan tehtävät ja tarkoituksen?

- 1) kyllä
2) ei

VÄITTÄMÄT OMAHOITAJAN TOIMINNASTA

Rengasta jokaisesta väittämästä yksi sopivin vaihtoehto: 1 = Täysin eri mieltä, 2 = jokseenkin eri mieltä, 3 = en samaa enkä eri mieltä, 4 = jokseenkin samaa mieltä, 5 = täysin samaa mieltä

OMAOITAJANI

V1. antoi tietoa hoitooni liittyvissä asioissa	1	2	3	4	5
V2. auttoi tarvittaessa päivittäisissä toimissa	1	2	3	4	5
V3. otti tarvittaessa yhteyttä muihin ammattiryhmiin	1	2	3	4	5
V4. suunnitteli kanssanne kotiutukseen ja jatkohoitoon liittyvät asiat	1	2	3	4	5
V5. oli myötätuntoinen	1	2	3	4	5
V6. oli vastuuntuntoinen	1	2	3	4	5
V7. toimi ammattitaitoisesti	1	2	3	4	5
V8. suhtautui asioihini vakavasti	1	2	3	4	5
V9. antoi minulle riittävästi aikaa	1	2	3	4	5

VÄITTÄMÄT ASIOIDEN TOTEUTUMISESTA PÄIVITTÄISESSÄ HOIDOSSA

V10. Sain osallistua hoitoni suunnitteluun	1	2	3	4	5
V11. Minulta kysyttiin jokapäiväisistä tottumuksista	1	2	3	4	5

V12. Minulle oli riittävästi aikaa	1	2	3	4	5
V13. Voinnistani oltiin selvillä kokoajan	1	2	3	4	5
V14. Minulle kerrottiin, miten toimia ongelmatilanteissa kotona	1	2	3	4	5
V15. Mielestäni hyvä omahoitaja on					
- luonteva	1	2	3	4	5
- huolehtiva	1	2	3	4	5
- rehellinen	1	2	3	4	5
- ammattitaitoinen	1	2	3	4	5

KIITOS VASTAUKSESTA!