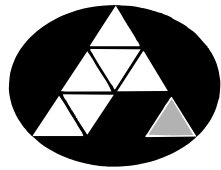


POHJOIS-KARJALAN AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma

Ulpu Rautava

POTILAAN YKSITYISYYDEN JA OSALLISUUDEN
HUOMIOIMINEN ERIKOISSAIRAANHOIDON VUODEOSASTOLLA

Opinnäytetyö
Helmikuu 2012



POHJOIS-KARJALAN
AMMATIKORKEAKOULU

OPINNÄYTETYÖ
Helmikuu 2012
Hoitotyön koulutusohjelma

Tikkarinne 9
80200 JOENSUU
p. (013) 260 600
p. (013) 260 6906

Tekijä
Ulpu Rautava

Nimeke
Potilaan yksityisyyden ja osallisuuden huomioiminen erikoissairaanhoidon vuodeosastolla

Toimeksiantaja
Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä, korva-, nenä- ja kurkkutautien vuodeosasto

Tiivistelmä

Lyhentyneet hoitoajat ja potilaiden nopea kotiuttaminen luovat haasteita hoitotyölle ja hoitosuhteelle. Potilaan osallisuuden huomioimisella voidaan parantaa potilaan itsehoitovalmiuksia ja hoitoon sitoutumista. Hoitajan ja potilaan välinen hoitosuhde perustuu keskinäiseen luottamukseen ja avoimeen vuorovaikutukseen. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää potilaiden kokemusten kautta, kuinka hoitohenkilökunta huomioi heidän yksityisyyttä ja osallisuutta. Hoitohenkilökunnalla tarkoitetaan tässä opinnäytetyössä sairaanhoitajia, perushoitajia ja lähihoitajia. Lisäksi pyrittiin selvittämään, mitä yksityisyyden ja osallisuuden osa-alueita täytyisi tulevaisuudessa kehittää.

Tutkimusmenetelmänä käytettiin kvantitatiivista menetelmää. Tutkimuksen aineisto kerättiin Pohjois-Karjalan keskussairaalan korva-, nenä- ja kurkkutautien vuodeosastolta. Sadan potilaan aineisto kerättiin strukturoidulla kyselylomakkeella. Kyselyn vastausprosentti oli 46 (prosenttia).

Kyselyyn vastanneet olivat pääasiassa tyytyväisiä vuorovaikutukseen. Yleensä potilaiden yksityisyys tuli huomioiduksi hoitajaksolla hyvin, ja potilaista suurin osa koki voineensa osallistua hyvin itseään koskevaan päätöksentekoon. Potilaat haluaisivat enemmän vaikuttaa siihen, kerrotaanko heidän asioistaan muiden kuullen. Näkösuojien käyttöä toivottiin enemmän yksityisyyden suojaamiseksi.

Jatkotutkimuksena olisi kiinnostavaa selvittää, kuinka osastojen sulkeminen viikonlopuiksi ja potilaiden siirtäminen väliaikaisesti osastolta toiselle vaikuttaa yksityisyyteen ja osallisuuteen. Voisi myös selvittää, kuinka potilashuoneiden koko vaikuttaa yksityisyyden toteutumiseen.

Kieli
suomi

Sivuja 38
Liitteet 2
Liitesivumäärä 5

Asiasanat
yksityisyys, osallisuus, potilaskokemus



NORTH KARELIA
UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

THESIS
February 2012
Degree Programme in Nursing
Tikkarinne 9
FIN 80200 JOENSUU
FINLAND
Tel. 358-13-260 600

Author
Ulpu Rautava

Title
Consideration of a patient's privacy and participation in a special health care ward

Commissioned by
Joint Municipal Authority for Medical and Social Services in North Karelia: Ear, Nose and Throat -ward.

Abstract

Shortened length of treatment and fast discharge of patients create challenges for nursing and the patient-nurse relationship during treatment. Successful participation of patients can improve their ability to take care of themselves and commitment to the treatment. The relationship between a patient and a nurse in treatment is based on mutual trust and open interaction. The aim of this thesis was to examine the patients' experiences on how the nursing personnel took the privacy and participation of the patient into account. The term nursing personnel used in this thesis refers to nurses, primary caretakers and practical nurses. In addition, an aim was to find out which sub-fields of privacy and participation in nursing need to be improved in the future.

The study was performed by using a quantitative research method. The data was collected with structured questionnaires from 100 patients at the ear, nose and throat ward of North Karelia Central Hospital. The response rate was 46%.

According to the results, the respondents were mainly satisfied with the interaction they had received. Generally it was experienced that the nursing personnel took the privacy of patients well into consideration, and most patients felt that their ability to take part in the decision-making concerning themselves was very good. The patients wished that they could be more involved in decision-making whether to disclose their health, or other, information to any unauthorized third parties. Respondents suggested that sight shields should be more readily used to provide for the privacy of the patients.

Further study topics could be to analyze how ward closings for the weekends effects on privacy and participation. It would be interesting to find out how the size of the patient rooms effect on privacy.

Language
Finnish

Pages 38
Appendices 2
Pages of Appendices 5

Keywords
privacy, participation, patient experience

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO.....	3
2	HOITOTYÖN EETTISET PERIAATTEET POTILASTYÖSSÄ.....	4
2.1	Hyvän tekeminen ja pahan välttäminen	4
2.2	Ihmisarvon kunnioittaminen	5
2.3	Itsemääräämisoikeus	5
2.4	Oikeudenmukaisuus	6
2.5	Ammattilaisten keskinäinen arvonanto	6
3	OSALLISUUS HOITOTYÖSSÄ.....	6
3.1	Osallisuus ja dialogisuus	7
3.2	Potilaan tarpeet hoitotyössä.....	7
3.3	Potilasohjaus	8
3.4	Potilaan huomioiminen hoidon suunnittelussa.....	10
4	HOITOYMPÄRISTÖ JA POTILAAN YKSITYISYYS.....	11
4.1	Fyysinen yksityisyys	11
4.2	Sosiaalinen yksityisyys	12
4.3	Psyykinen yksityisyys	12
4.4	Tietoon liittyvä yksityisyys	13
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ	13
6	MENETELMÄLLISET VALINNAT	14
6.1	Kohdejoukko	15
6.2	Aineiston käsittely ja analyysi	15
7	OPINNÄYTETYÖN TULOKSET	16
7.1	Vastaajien taustatiedot	16
7.2	Osallisuus vastaajien kokemana.....	18
7.3	Vastaajien kehitysehdotukset hoitotyölle.....	24
8	JOHTOPÄÄTÖKSET	25
8.1	Yksityisyys	26
8.2	Osallisuus	27
9	POHDINTA.....	29
9.1	Opinnäytetyön luotettavuus	31
9.2	Eettisyys	33
9.3	Opinnäytetyöprosessi ja jatkotutkimusaiheet.....	34

LIITTEET

Liite 1	Toimeksiantosopimus
Liite 2	Saatekirje ja kyselylomake

1 JOHDANTO

Potilastyytyväisyysmittaukset ovat osa terveydenhuollon kehittämistä, tyytymättömyys ilmaisee potilaan näkökulmasta heikkoa laatua (Larsson & Larsson 2003, 294). Sairaanhoidajan eettisten ohjeiden ja hoitotyötä koskevan lainsäädännön noudattamisen lisäksi ammattitaitoon kuuluu uudelleen kouluttautuminen ja hoitotyön kehittäminen (Suomen sairaanhoitajaliitto ry 2011).

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista säädetään, että potilaan on saatava tietoa niistä asioista jotka vaikuttavat hänen hoidostaan päätettäessä (L785/1992). Sairaanhoidajien eettisessä ohjeessa katsotaan hoitajan velvollisuudeksi järjestää potilaalle mahdollisuus hoitoaan koskevaan päätöksentekoon ja antaa tietoa päätösten taustalle (Suomen sairaanhoitajaliitto ry 2011).

Tämän opinnäytetyön toimeksiantaja (liite 1) ja kohdeosasto on Pohjois-Karjalan keskussairaalan korva-, nenä- ja kurkkutautien osasto 9A. Kohdeosastolla hoitomenetelmien valinnat perustuvat keskeisesti lääketieteellisiin syihin neuvotteluvaran ollessa hoitotyön näkökulmasta vähäinen. Hoitotyön tavoitteena on, että potilas kokee tullessa informoiduksi ja ymmärretyksi ja sen edistämiseksi selvitetään potilaiden näkemyksiä. Kohdeosastolla on tehty aiemmin sairaanhoidajan tutkintoon kuuluvana opinnäytetyönä kysely lasten kivunhoidosta ja lääkäreiden toteuttamana kysely kilpirauhasleikkausten vaikutuksesta elämän laatuun sekä vuosittain keskussairaalan yhteinen potilastyytyväisyyskysely. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli saada tietoa potilaiden yksityisyyden ja osallisuuden huomioimisesta hoitajakson aikana potilaiden kokemana. Tutkimustehtävä oli: miten potilaan yksityisyys ja osallisuus huomioitiin hoitotyössä korva-, nenä- ja kurkkutautien vuodeosastolla?

Tässä opinnäytetyössä toteutettu potilaskysely täydentää keskussairaalan osastojen yhteistä, säännöllisesti toteutettavaa potilastyytyväisyyskyselyä huomioiden erityisesti kohdeosaston ominaisuudet. Osaston 9A erikoisaloja ovat korva-, nenä-, ja kurkkutaudit sekä silmäsairauksien (osasto 11A) osalta yöpymistä vaativa hoito. Kyselyn kohderyhmään kuuluvat kaikilta erikoisaloilta ne potilaat, joiden hoitajaksoon sisältyy vähintään

yksi yöpyminen osastolla 9A. Kyselylomakkeita jaettiin sadalle potilaalle tai potilaan huoltajalle kotiutumisvaiheessa. Kyselyyn osallistumista ei rajattu iän perusteella ja siihen sai vastata potilas, hänen huoltajansa tai huoltaja yhdessä potilaan kanssa.

2 HOITOTYÖN EETTISET PERIAATTEET POTILASTYÖSSÄ

Suomen sairaanhoitajaliitto ry:n eettisen ohjeen mukaan sairaanhoitajan tulee hoitaa kaikkia potilaita oikeudenmukaisesti yhtä hyvin heidän yksilöllisten tarpeidensa mukaan. Hoitosuhde potilaan ja sairaanhoitajan välillä perustuu keskinäiseen luottamukseen ja avoimeen vuorovaikutukseen. (Suomen sairaanhoitajaliitto ry 2011.) Osallisuutta tukevassa hoitosuhteessa molemminpuolinen luottamus edellyttää hoitajalta toimimista potilaan yksityisyyden suojelemiseksi. Potilaat kokevat sairaalassa mahdollisuutensa suojata omaa yksityisyyttään vähäisiksi. (Leino-Kilpi, Hupli & Salanterä 2002, 11. Tuhkanen 2006.) Terveystieteiden tutkimuskeskus on rakennettu tukemaan ja edistämään yksilön, perheiden ja yhteisöjen terveyttä ja hyvinvointia. Järjestelmällä on runsaasti valtaa mistä seuraa eettisiä kysymyksiä. Eettinen toiminta edellyttää ihmis- ja tehtävävasteisten periaatteiden mukaista työskentelyä, jonka on oltava perusteltavaa ja luotettavaa. Hoitotyön päämääränä on sairauksien ehkäisy ja hoito sekä kärsimyksen lievittäminen. Hoitotyöntekijällä on vastuu ihmisestä ja tehtävästä. Vastuu ihmisestä edellyttää tietoa etiikasta sekä yksilön arvoista ja terveydestä. Vastuu tehtävästä määräytyy koulutuksen ja kokemuksen perusteella ja merkitsee oikeutta ja mahdollisuutta toisen ihmisen auttamiseen. Vastuu tehtävästä edellyttää tietoa terveydestä ja terveysongelmista yleensä sekä tietoa auttamismenetelmistä ja auttamismenetelmien tuloksellisuudesta. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 14, 23-24.)

2.1 Hyvän tekeminen ja pahan välttäminen

Etiikka tarkastelee sitä, mikä on hyvää, paha, oikein tai väärin. Hoitotyössä on velvollisuus toimia eettisesti oikeutetulla tavalla, joka tarkoittaa hyvän tekemistä ja pahan välttämistä. Hoitotyöntekijöillä on myös velvollisuus hoitaa ja suojella potilaita ja heidän oikeuksiaan. (Rosqvist 2003, 19.) Tavoiteltava hyvä on määritelty esimerkiksi hyvänä terveytenä, toimintakykenä ja elämänlaatuna, oppimisena elämään sairauden kans-

sa, lopulta hyvänä kuolemana. Käsite osallistuminen (participation) kuvaa potilaan (sekä omaisten) halua ja kykyä osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon ja hoitoon sitoutumista. Osallisuus lisää potilaan aktiivisuutta ja vastuullisuutta. Pahan vähentäminen on kivun, pelon ja kärsimyksen lievittämistä ja sairauden ennaltaehkäisyä. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 122-123.)

2.2 Ihmisarvon kunnioittaminen

Hyvän tekemisen periaatteeseen hoitotyössä kuuluu ihmisarvon ja -oikeuksien yhtäläisyyden hyväksyminen kaikille kuuluviksi; niiden kunnioittaminen edistää inhimillisen kohtelun ja ihmisoikeuksien toteutumista sekä henkilökohtaisen tilan säilymistä (Rosqvist 2003, 19). Hoitotyössä toimittaessa ihmisarvon kunnioittamisen tulee ulottua potilaisiin ja heidän omaisiin ja läheisiin sekä terveydenhuollossa toimiviin kollegoihin (Väisänen 2004, 21).

2.3 Itsemääräämisoikeus

Itsemääräämisoikeuden toteutuminen edellyttää mahdollisuuksia ja kykyä käyttää itsemääräämisoikeutta mutta se ei saa rajoittaa toisten ihmisten itsemääräämisoikeutta. Ihmisarvon toteutuminen edellyttää oikeutta elää ainutkertaisena yksilönä ja oikeutta omien päätösten tekemiseen henkilökohtaisten arvostusten ja vakaumuksen pohjalta. (Sarvimäki ym. 2009, 137-138.) Itsemääräämisoikeudesta on säädetty laissa potilaan asemasta ja oikeuksista (L785/1992) ja laissa sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista (L812/2000). Rosqvistin (2003, 20) mukaan yksilön ehdoton kunnioittaminen on hoitamisen lähtökohta, johon kuitenkin liittyy laillisia ja eettisiä poikkeustilanteita (Rosqvist 2003, 20). Itsemääräämisoikeutta koskevia kysymykset pidetään vaikeimpina eettisinä haasteina potilaanhoidossa: kuinka voidaan taata itsemääräämisoikeuden kunnioitus kun potilas kykenee tekemään itse päätöksiä, ja kuinka menetellään tilanteissa joissa päätöksentekokyky on heikentynyt jonkin psyykkisen häiriön tai sairauden vuoksi (Sarvimäki ym. 2009, 141).

2.4 Oikeudenmukaisuus

Oikeudenmukaisuus edellyttää, että yhtäläisen hoidon tarpeessa olevat potilaat hoidetaan samojen periaatteiden mukaisesti riippumatta iästä, asuinpaikasta, sosiaalisesta asemasta, äidinkielestä, sukupuolesta, etnisestä taustasta, kulttuurista, sukupuolesta, suuntautuneisuudesta tai vakaumuksesta. Siihen, että vajaavaltaiset potilaat saavat hyvää hoitoa, on kiinnitettävä erityistä huomiota päätettäessä voimavarojen jaosta ja käytöstä. Myös terveydenhuollon sisällä voimavarojen käytössä on huolehdittava järkevistä tasa-arvoa noudattavasta jaosta. (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 2001, 10-12.)

2.5 Ammattilaisten keskinäinen arvonta

Terveydenhuollon tulee vastata eettisesti kestäväällä tavalla hoidon tarpeeseen. Yhteistyötä tarvitaan eettisten näkökohtien, kustannusten hallinnan ja vaikuttavuuden tasapainottamiseen terveydenhuollossa ja pyrkimistä pois etupiirijattelusta. Muiden työntekijöiden tehtävät ja erikoisalut ja heidän ammattitaitonsa ja osaamisensa on siis huomioitava. Inhimillinen ja hyvä hoitotyö seuraavat kentällä vallitsevaa keskinäistä arvostusta ja toimivaa yhteistyötä. (Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta 2001, 5-6.)

3 OSALLISUUS HOITOTYÖSSÄ

Osallisuus ja osallistuminen ovat asiakaslähtöisyyttä kuvaavia termejä. Osallisuudella (involvement) tarkoitetaan hoitotyössä potilaan itsehoitoa ja vaikuttamista omaan hoitoonsa, sekä laajemmin perheen ja omaisten osallistumista hoitoon. Käsite osallistuminen (participation) kuvaa potilaan (sekä omaisten) halua ja kykyä osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon ja hoitoon sitoutumista. (Mattila, Sarajarvi & Rekola 2011, 71-72.)

3.1 Osallisuus ja dialogisuus

Osallisuus lisää potilaan aktiivisuutta ja vastuullisuutta edellyttäen myös hoitotyön asi-
antuntijalta kykyä arvioida persoonallisuuttaan, toimintaansa ja ammattitaitoaan. (Matti-
la ym. 2011, 71-72.) Dialogi on tasavertaiseen osallistumiseen perustuvaa, arvostavaa
vuorovaikutusta painottavaa yhdessä ajattelemista, jossa perehdytään toimintaan tai
asiaan (Mönkkönen 2002, 33-34). Hoitotyössä dialogi on yhteistoiminnan sekä toisten
mielipiteiden ja käsitysten arvostamista (Mattila ym. 2011, 72). Terveystieteisiin
liittyvä asetus (A3/2011) edellyttää potilaan osallisuuden korostamista potilasturvalli-
suuden ja terveydenhuollon laadun kehittämisessä.

Laissa potilaan asemasta ja oikeuksista säädetään, että ”potilaalla on oikeus laadultaan
hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on koh-
deltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja hänen
yksityisyyttään kunnioitetaan”. Potilaalla tarkoitetaan lain mukaan ”terveyden- ja sai-
raanhoitopalveluja käyttävää tai muuten niiden kohteena olevaa henkilöä”. (L785/1992.)

3.2 Potilaan tarpeet hoitotyössä

Roper-Logan-Tierneyn elämisen toiminnon mallissa elämisen toimintoihin vaikuttavat
tekijät on jaoteltu viiteen ryhmään: fyysiset, psykologiset, sosiokulttuuriset, ympäristöl-
liset ja poliittistaloudelliset (Roper, Logan & Tierney 1992, 81). Roper-Logan-Tierneyn
elämisen toiminnon malli vaikuttaa hoitotieteen tutkimukseen ja käytännön hoitotyön
kehittämiseen. Suomen sairaanhoitajaliitto ry:n eettisen ohjeen mukaan sairaanhoitajan
tulee hoitaa kaikkia potilaita oikeudenmukaisesti yhtä hyvin heidän yksilöllisten tarpei-
den mukaan. Hoitosuhde potilaan ja sairaanhoitajan välillä perustuu keskinäiseen luot-
tamukseen ja avoimeen vuorovaikutukseen. (Suomen sairaanhoitajaliitto ry 2011.)

Ernestine Wiederbachin (Marinerr-Tomey 1994, 86, 88-89) mukaan ihmisille syntyy
tarpeita heidän pyrkiessään säilyttämään toimintakykynsä, hyvinvointinsa ja itsenäisyy-
tensä. Ihmisillä on luontainen pyrkimys tehdä parhaansa ja täyttää velvollisuutensa kul-
loinkin vallitsevan parhaan harkintansa mukaan. Avun antamista on mikä tahansa, mikä
auttaa kohdetta toimimaan tilanteensa edellyttämällä tavalla. Hoidollisen tarpeen tunnis-
taminen perustuu potilaan käyttäytymisen vertaamiseen siihen mitä hoitaja käsittää hy-

vällä ololla ja toimintakyvyllä. Potilaalla voi olla ongelma ilman avun tarvetta, mikäli hän pystyy itse ratkaisemaan ongelman.

Dorothea E. Oremin itsehoitoteorian mukaan potilas toteuttaa itsehoitoa itsehoitotarpeiden pohjalta, itsehoitovajauksen rajaamissa rajoissa. Hoitotyöllä vaikutetaan vajauksiin voimavaroja ja siten itsehoitokykyä lisäävästi jolloin itsehoitotarpeet vähenevät. Yksilön riippuvuutta perustarpeiden tyydyttämisessä lisää hyvin nuori tai hyvin vanha ikä sekä sairastuminen. Terveellä nuorella tai aikuisella riippuvuus muista on vähäistä. Hoitoympäristö ja sairastaminen voivat aiheuttaa itsehoitokyvyn lisäämiseen liittyviä erityistarpeita. (Marinerr-Tomey 1994, 179.) Suomen sairaanhoitajaliitto ry:n eettisen ohjeen mukaan hoitotyötä ohjaavat yksilöllisesti kunkin potilaan tarpeet (Suomen sairaanhoitajaliitto ry 2011).

3.3 Potilasohjaus

Potilaan tarpeita ja toiveita koskevan näyttöön perustuvan hoitotyön edellytyksenä ja oletuksena on, että potilas on oman elämänsä asiantuntija ja häntä tuetaan olemaan aktiivinen, vastuullinen ja tasa-arvoinen osallistuessaan hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Näin hoitotyö suuntautuu tulevaisuuteen ja etenee potilaan kysymysten ja tarpeiden mukaisesti. (Mattila ym. 2011, 70, 72.) Hoitosuunnitelmaan kirjataan ohjaussuunnitelma ja toteutunut ohjaus arviointikriteereineen sekä jatko-ohjaustarve. Ohjaus on nimettyjen ohjaustarpeiden mukaista tutkimuksiin ja toimenpiteisiin liittyvää tiedonsaantiin painottuvaa potilaan (ja omaisen) valmistamista. Lääkäri kertoo potilaalle toimenpiteisiin ja tutkimuksiin liittyvistä riskeistä sekä tutkimustulokset ja jatkohoitosuunnitelman. Sairaanhoitaja ohjaa potilasta toimenpiteisiin ja jatkohoitoon. (Lipponen, Kyngäs & Kääriäinen 2006, 24.) Potilaan arvot, tavat ja vakaumus voidaan ottaa huomioon hoidossa, kun potilaalle järjestetään mahdollisuudet osallistua päätöksen tekoon (Suomen Sairaanhoitajaliitto ry 2011).

Onnistuneen vuorovaikutuksen edellytyksiä ovat vilpitön kiinnostus toista ihmistä ja hänen asiaansa kohtaan, asiallisuus, ilmaisun selkeys ja kyky kysyä. Vuorovaikutusta edistää kuuntelutaito ja havainnointikyky sekä toisen osapuolen odotusten ja toiveiden huomioiminen. (Lipponen ym. 2006, 37.) Ohjauksen yksilöllistä toteuttamista voi edistää perehtymällä potilaan taustatietoihin ja välttämällä perustelemattomien oletusten

varassa toimimista. Aikuisellakaan potilaalla ei välttämättä ole lainkaan kokemusta sairaalassa olosta ja hoitaja voi käyttää termejä tai jättää kertomatta asioista jotka potilaalle vieraita. Jokin usean hoitokerran vaatinut toistuva terveysongelma ja siihen liittyvän tiedon tarpeettoman perusteellinen kertaaminen tai usean hoitajan yhtäaikainen osallistuminen hoitoon ja samojen kysymysten kysyminen voi aiheuttaa potilaalle tunteen, ettei hän ole tullut huomioiduksi hänen yksilölliset tarpeensa huomioiden. Kiire, joka hoitoympäristössä pyritään kätkemään, voi aiheuttaa tilanteen jossa potilaan kysymää asiaa ei ehditä selvittää eikä potilas toisaalta viitsi toistaa kysymystään mutta se jää silti vaivaamaan. Niillä potilailla joilla ei ole tai jotka eivät hoitajakson aikana tunnista omahoitajaansa, on suurin todennäköisyys olla tyytymättömiä hoitoaan koskevaan tiedon saantiin tai hoidon etenemiseen (Ervasti, K., Haapanen, A-M., Vesa, N-M. & Vesala-Aho, P. 2007, 13). Luojuksen (1999, 35) pro gradu -tutkielmassa osa potilaista koki, ettei heitä kehoitettu selkeästi ottamaan yhteyttä hoitavaan osastoon kotiutumisen jälkeen.

Hoitoa koskevien tietojen selvittäminen auttaa potilasta sopeutumaan tilanteeseen ja toimimaan terveyttä edistävällä tavalla. Epäselviksi jäävät asiat hankaloittavat sopeutumista ja vievät voimavaroja (Vuorimaa, 2007). Lapsipotilaiden kohdalla osaston esittely ja vanhempien perehdyttäminen lapsensa hoitoon parantaa heidän mahdollisuuksiaan osallistua huoltajina hoitoon (Parviainen S. 2009, 34-35). Potilaiden omien kysymysten esittäminen ja näkemysten kertominen onnistuu hyvin esimerkiksi ohjaustilanteessa (Nylund U., Rantahakala, H. & Ryyppö, J. 2007, 25). Akuutisti sairastuneelle kotiin pääsyä odottavalle potilaalle voi olla tärkeää kuulla paranemisprosessin kulusta, vaikka ajallinen arvio olisi hankala antaa. Ihmisillä on erilaisia näkemyksiä siitä, kuinka paljon he haluavat potilaina ollessaan tietää tehtävistä hoitotoimenpiteistä tai tutkimuksista. Svenströmin (1996, 29-31) tutkimuksessaan käyttämällä sisätautien osastolla oli käytäntönä merkitä ravinnotta oleminen lapulla potilaan sängyn päytyyn. Useat kokemukset kertoivat, ettei ravinnotta olosta oltu kerrottu potilaalle juuri mitään. Osa vastaajista koki kertomatta jättämisen kielteisenä, osa taas ei halunnut tietää tulevista tutkimuksesta ja toimenpiteistä, ettei jännittäisi niitä etukäteen. Osa potilaista koki esimerkiksi ravinnotta olemiseen liittyvän tiedon saannin merkityksettömänä luottaen siihen, että kaikki mitä hänelle tehdään, on tarpeellista.

Heikko luottamus hoidon tehoon ja vaikuttavuuteen mm. voimistaa kivun kokemista (Vuorimaa, 2007). Mahdollisuus vaikuttaa hoitoon lisää luottamusta hoidon tehoon mutta edellyttää tietoa hoidosta ja hoitomenetelmistä. Tyytyväisyys tiedon saantiin on siksi tärkeä osuus potilastyytyväisyyttä selvitetessä. Sairaanhoidajien eettisessä ohjeessa sairaanhoidajan velvollisuudeksi katsotaan järjestää potilaalle mahdollisuus osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon ja antaa tietoa päätöksenteon tueksi (Suomen sairaanhoidajaliitto ry 2011).

Svenströmin (1996, 27) eräällä sisätautien vuodeosastolla tekemän kyselytutkimuksen mukaan potilaat näkivät unettomuuden todellisena ongelmana, mutta hoitajat mielsivät sen eräällä lailla kuuluvan sairaalassaoloon. Hoitajat eivät suhtautuneet hoitajakson aikaiseen unettomuuteen hoidettavissa olevana voimavaroja vievänä häiritteijänä. Nukkumista vaikeuttavia asioita olivat haastateltujen potilaiden mukaan äänet (esim. soitto-kellot) ja huoneessa käymiset (itselle tai huonetovereille tehdyt hoitotoimenpiteet), ki-vut ja patjan hiostava suojamuovi. Jokainen unilääkettä pyytänyt oli saanut sitä tarpeen mukaan.

3.4 Potilaan huomioiminen hoidon suunnittelussa

Potilaan arvot, tavat ja vakaumus voidaan ottaa huomioon hoidossa, kun potilaalle järjestetään mahdollisuudet osallistua päätöksen tekoon (Suomen Sairanhoidajaliitto ry 2011). Osallistumista tukevassa toimintamallissa hoitava henkilö on ohjaaja, tukija ja varmistaja, jonka kanssa potilas elää vuorovaikutuksessa aktiivisena osallistujana, tuntevana, ajattelevana ja tietoisesti toimivana yksilönä. Potilas ja hoitaja määrittelevät yhdessä ongelmat ja niiden hoidon ja ovat niistä vastuussa. Potilas voi vaikuttaa hoitoaan koskeviin päätöksiin tai luovuttaa päätöksenteon omaisille, lääkäreille tai hoitajille. (Eriksson & Kuuppelomäki 2000, 218-219.) Parviaisen (2009, 34-35) mukaan hyvä hoitoon perehdyttäminen parantaa myös huoltajan mahdollisuuksia osallistua huollet-tavan hoitoon. Parviaisen tekstiä tulkiten hoitoon perehdyttäminen lisää myös potilaan itsensä mahdollisuuksia ja motivaatiota osallistua omaan hoitoonsa.

4 HOITOYMPÄRISTÖ JA POTILAAN YKSITYISYYS

Fyysisellä hoitoympäristöllä tarkoitetaan hoitoyksikön aineellisia olosuhteita, jotka muodostuvat sijainnista, koosta, tilallisista järjestelyistä, sisustuksesta ja ulkonäöstä (Ahoranta P. & Virolainen A. 2001, 13-14). Hoitoympäristön vaatimukset vaihtelevat käyttötarkoituksen ja hoitokulttuurin mukaan. Suomalaisissa sairaaloissa potilashuoneessa on usein paikka kahdesta neljään potilaalle. Tilan puute, kiire ja toimenpidekeskeisyys ovat haitaksi potilaan yksityisyyden suojelemiselle (Leino-Kilpi ym. 2002, 9).

Yksityisyydellä (privacy) tarkoitetaan omaa rauhaa ja yksityisasiaa (Rekiaro & Robinson, 1999, 1181). Yksityisellä (private) tarkoitetaan salassa pidettävää, henkilökohtaista, omaa, luottamuksellista, kahdenkeskistä (Rekiaro ym. 1999, 665, 1181). Yksityisyys merkitsee myös tasapainoilua yksilön ja yhteisön oikeuksien välillä (Leino-Kilpi ym. 2002, 12). Henkilökohtainen tila koostuu neljän aistielimen mukaan nimetyistä eri tiloista, jotka ovat taktiilinen (iho), auditiivinen (korvat), visuaalinen (silmät) ja olfaktorinen (nenä) (Rosqvist 2003, 43). Suomalaisissa sairaaloissa potilashuoneessa on usein paikka kahdesta neljään potilaalle, jolloin potilaiden on usein mahdollista kuulla saman huoneen potilaiden hoitoon liittyviä tietoja ja pahimmillaan myös nähdä huoneessa tehtäviä hoitotoimenpiteitä. Esimerkiksi verikokeen oton yhteydessä henkilöllisyyden varmentamista on kokeiltu potilaan yksityisyyden turvaamiseksi viivakoodirannekkeella, jolloin potilaan ei tarvitsisi sanoa henkilötunnustaan ääneen (Nieminen 2003, 14). Tilan puute, kiire ja toimenpidekeskeisyys ovat haitaksi potilaan yksityisyyden suojelemiselle (Leino-Kilpi ym. 2002, 9). Seuraavaksi käsitellään fyysistä, sosiaalista, psyykkistä ja tietoon liittyvää yksityisyyttä.

4.1 Fyysinen yksityisyys

Fyysinen yksityisyys on oman tilan hallintaa esimerkiksi katseilta suojautumalla ja vetäytymällä sosiaalisesta kanssakäymisestä. Henkilökohtaisella tilalla tarkoitetaan ihmisestä ympäröivää näkymätöntä vyöhykettä, jolle tunkeutumista pidetään epämiellyttävänä, nöyryyttävänä ja yksityisyyttä loukkaavan. Ikä, koulutus, sairaus ja sukupuoli vaikuttavat yksityisyyden tarpeeseen ja mahdollisuuteen säädellä suhdettaan muihin. (Leino-

Kilpi ym. 2002, 9-10.) Tuhkasen (2006) mukaan sairauteen liittyvä epävarmuuden tunne lisää henkilökohtaisen tilan tarvetta.

Kokemus yksityisyyden olemisesta uhattuna voi heikentää kykyä vastaanottaa ohjausta ja aiheuttaa epäonnistumisen tunteen joka voi vaikuttaa toipumiseen ja potilastyytyväisyyteen. Hoitaja voi paremmin auttaa potilasta säilyttämään yksityisyytensä silloin kun hän tiedostaa potilaan yksityisyyden tarpeen. (Leino-Kilpi ym. 2002, 9-10.) Tämän opinnäytetyön kohdeosastolla hoidettavat sairaudet ja vammat sijaitsevat päänaalueella ja täten usein näkyvällä paikalla, mikä voi lisätä potilaiden tarvetta suojautua katseilta. Leino-Kilven ym. (2002, 11) ja Tuhkasen (2006) mukaan potilaat eivät yleensä koe sairaalassa ollessaan puutteita henkilökohtaisessa tilassaan, mutta kokevat juuri omat mahdollisuutensa suojata yksityisyyttään vähäisiksi. Tuhkanen (2006) jatkaa vielä, että sairaalassa yksityisyyttä heikentää mahdollisuus tarkkailla ihmistä ilman hänen suostumustaan sekä inhimillinen tarve tietää keitä muut ihmiset ovat ja mitä heille on tapahtunut.

4.2 Sosiaalinen yksityisyys

Sosiaalinen yksityisyys on sosiaalisen vuorovaikutuksen hallintaa ottamalla muita mukaan ja sulkemalla pois. Avoimeen ja välittömään vuorovaikutukseen liittyy vähemmän sosiaalisen yksityisyyden tarvetta mutta se lisääntyy tilanteen muodollisuuden lisääntyessä, sekä käytetyn kielen ja käsiteltävän aiheen mukaan. (Leino-Kilpi ym. 2002, 12.) Hoitotyöntekijöiltä edellytetään kykyä muuttaa toimintatapojaan tilanteiden muuttuessa ja herkkyyttä tunnistaa potilaiden henkilökohtaisten tilanteiden erilaisuus (Mattila ym. 2011, 73).

4.3 Psykkinen yksityisyys

Psyykkiseen yksityisyyteen kuuluu yksilön kyky hallita ja rajata antamiaan ja vastaanottamiaan viestejä. Psykkinen yksityisyys on kykyä ajatella sekä muodostaa asenteita ja arvoja, sillä onkin tärkeä merkitys identiteetin ja itsemääräämisen kehittymiselle. Hoitohenkilöstön luottamusta herättävä toiminta ja yksityisyyden takaaminen tietojenkäsittelytilanteessa edistää totuudenmukaisten tietojen saamista potilaalta, sillä potilaalla saattaa olla pelko, että tietojen kertomisesta aiheutuu hänelle haittaa. (Leino-Kilpi ym.

2002, 11, 13.) Hoitohenkilöstö saattaa loukata potilaan psyykkistä yksityisyyttä kysymällä esimerkiksi hoidon alussa kysymyksiä, joiden käyttöarvo saattaa lopulta jäädä kyseenalaiseksi (Leino-Kilpi ym. 2009, 150).

4.4 Tietoon liittyvä yksityisyys

Tietoon liittyvä yksityisyys tarkoittaa yksilön oikeutta päättää itseään koskevan tiedon luovuttamisesta toisille ihmisille ja organisaatioille. Tietoon liittyvä yksityisyys menee osin yksilön kontrollin ulkopuolelle. (Leino-Kilpi ym. 2002, 13.)

Potilasasiakirjat ovat salassa pidettäviä ja salassapitovelvollisuus sitoo työntekijää myös palvelussuhteen tai tehtävän päättymisen jälkeen. ”Terveystieteiden ammattihenkilön tulee merkitä potilasasiakirjoihin potilaan hoidon järjestämisen, suunnittelun, toteuttamisen ja seurannan turvaamiseksi tarpeelliset tiedot”. Potilasasiakirjoja säilytetään mahdollisten korvausvaatimusten ja tieteellisten tutkimusten edellyttämä aika. Tietojen luovuttamisesta tilastointia ja tieteellistä tutkimusta varten säädetään erikseen viranomaisten toiminnan julkisuudesta annetussa asetuksessa (A1030/1999) sekä terveydenhuollon valtakunnallisista henkilörekistereistä annetussa laissa (L556/1989). Potilasasiakirjojen tietoja saa antaa sivullisille vain potilaan kirjallisella suostumuksella. Lisäksi kaikkien potilasasiakirjojen tietojen luovuttamisesta valtakunnallisten tietojärjestelmäpalvelujen avulla säädetään sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä annetussa laissa (L159/2007). Lääkemääräyksiä koskevien tietojen käsittelystä ja luovuttamisesta säädetään sähköisestä lääkemääräyksestä annetussa laissa (L61/2007).

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSTEHTÄVÄ

Opinnäytetyön tarkoituksena oli saada tietoa potilaiden yksityisyyden ja osallisuuden huomioimisesta hoitotyössä hoitajakson aikana potilaiden kokemana. Vahvuuksien ja kehitystarpeiden tunnistaminen mahdollistaa jatkossa hoitotyön ja osin hoitoympäristön kehittämisen ja hyvien toimintatapojen säilyttämisen. Opinnäytetyön tuloksia hyödyn-

netään hoitotyön kehittämisessä Pohjois-Karjalan keskussairaalan korva-, nenä- ja kurkkutautien vuodeosastolla.

Tutkimustehtävänä oli selvittää potilaiden kokemuksia yksityisyyden ja osallisuuden huomioimisesta hoitotyössä Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän keskussairaalan korva-, nenä- ja kurkkutautien vuodeosastolla.

6 MENETELMÄLLISET VALINNAT

Opinnäytetyö toteutettiin kvantitatiivisena kyselytutkimuksena (liite 2). Kvantitatiivisella eli määrällisellä tutkimuksella voidaan tutkia suuria otoksia ja se mahdollistaa tilastollisten menetelmien käytön ja tulosten esittämisen graafisten kuvioiden avulla (Heikkilä 2004, 121-122). Kvantitatiivisella tutkimuksella on alkujuuret luonnontieteissä ja se on laajasti käytössä sosiaali- ja yhteiskuntatieteissä. Lähestymistavasta käytetään myös nimityksiä positivistinen, hypoteettis-deduktiivinen sekä eksperimentaalinen tutkimus. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2005, 130.) Opinnäytetyön aineiston keruu menetelmäksi oli toimeksiannossa määritetty kyselylomake, vaihtoehtoinen menetelmä olisi ollut haastattelukysely.

Strukturoidussa kyselylomakkeessa kysytään kaikilta vastaajilta kysymykset standardoidusti samalla tavalla (Hirsjärvi ym. 2005, 188). Tutkimusta suunniteltaessa pohdittiin olisiko kohdehenkilöiden saatava vastata vapaamuotoisesti kyselyyn. Strukturoituun kyselymuotoon päädyttiin, koska se mahdollistaa laajan tutkimusaineiston käsittelemisen taloudellisesti. Kysymyslomakkeessa (liite 2) on lisäksi yksi avoin kysymys. Haastateltaviksi olisi myös voinut olla hankalaa saada henkilöitä joiden hoitajakso on ollut lyhyt. Kyselylomakkeen riskeinä on vastaajakato ja se, etteivät vastaajat suhtaudu vastaamiseen vakavasti (Hirsjärvi 2005, 184). Tämän opinnäytetyön kyselylomakkeita jaettiin 100 ja niitä palautui 46. Mahdollinen vastaajakato ennakoitiin ja lomakkeita suunniteltiin jaettavaksi niin paljon, että palautuvia kyselylomakkeita odotettiin saatavaksi riittävästi mahdollisesta vastaajakadosta huolimatta. Yhtään lomaketta ei tarvinnut hylätä, avoimeen kysymykseen saatiin yhteensä 14 vastausta.

Tutkimuslupaa haettiin Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymältä. Kyselylomakkeen laatiminen pohjautui aikaisempiin tämän opinnäytetyön aihepiiriä koskeviin tutkimuksiin. Ahtonen (2009) on tutkinut opinnäytetyössään miespotilaiden yksityisyyden huomioimista hoitotyössä. Ahoranta ym. (2001, 13-14) ovat tutkineet fyysistä hoitoympäristöä dementoituvan potilaan hyvän hoidon mahdollistajana. Kyselylomakkeen laatiminen pohjautui lisäksi opinnäytetyöntekijän osastolla suorittamaan harjoitteluun ja toimeksiantajan toiveisiin kyselylomakkeen käytöstä ja sen sisällystä. Opinnäytetyön tekijä kertoi hoitohenkilöstölle opinnäytetyöstä ja kyselylomakkeiden jakamisesta jakamisen alkaessa sekä opinnäytetyön tuloksista sen valmistuttua. Hoitajat jakoivat kyselylomakkeet sadalle potilaalle saatekirjeen ja palautuskuoren kanssa kotiuttamisen yhteydessä.

6.1 Kohdejoukko

Kyselyn kohdejoukkoon kuuluvat Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymän Pohjois-Karjalan keskussairaalan osaston 9A (korva-, nenä-, ja kurkkutaudit) sekä silmäsairauksien osaston 11A (yöpymistä vaativa hoito) ne potilaat, joiden hoitajaksoon sisältyy yksi tai useampi yöpyminen osastolla 9A. Otos ovat ne sata kohdejoukkoon kuulunutta potilasta tai huoltajaa, joille jaettiin kyselylomake kotiutumisvaiheessa. Kyselyyn osallistumista ei ollut rajattu iän perusteella ja siihen voi osallistua potilas, hänen huoltajansa tai huoltaja yhdessä potilaan kanssa.

6.2 Aineiston käsittely ja analyysi

Kysymyslomake testattiin ennen potilaille jakamista niin, että kolme sairaanhoitajaopiskelijaa täytti kyselyn ja sai antaa siitä palautetta. Potilaat saivat kyselylomakkeet hoitajilta kotiuttamisen yhteydessä. Kysymyslomakkeisiin kuului saatekirje, johon kaikille vastaajille oli merkitty palautuspäiväksi 11.2.2011. Kysymyslomakkeiden jako aloitettiin 3.1.2011 ja viimeinen kysely oli annettu potilaalle noin viikkoa ennen saatekirjeeseen merkityn vastausajan päättymistä. Vastausajan pituus oli siis 1-6 viikkoa kotiutumisajankohdasta riippuen. Vastausajan pidentämiseen tai kyselystä muistuttamiseen ei oltu etukäteen varauduttu. Kyselylomakkeita palautui kuitenkin vastausajan päättymisen jälkeen 18 kappaletta ja kaikki 4.2.2011 mennessä palautuneet lomakkeet otettiin mu-

kaan otokseen. Kysymyslomakkeet haettiin korva-, nenä- ja kurkkutautien osastolta ja numeroitiin juoksevilla numerolla aineiston käsittelyn ja tarkastamisen helpottamiseksi. Jokaista lomakkeen kysymystä varten määriteltiin muuttujat. Kerätystä aineistosta muodostettiin havaintomatriisi Excel-taulukkolaskentaohjelman avulla. Havaintomatriisista muodostettiin kysymyskohtaiset kaaviot tuloksien havainnollistamiseksi ja vertailun helpottamiseksi. Taulukkolaskentaohjelmaa käytettiin apuna myös tulosten analysointiin. Saatuja tuloksia analysoitiin menetelmäkirjallisuutta apuna käyttäen.

Opinnäytetyön kvantitatiivisessa toteutustavassa on keskeistä hyödyntää aikaisempaa tutkimustietoa ja teorioita ja lopputuloksissa tehdä päätelmiä tilastollisin menetelmin (Hirsjärvi ym. 2005, 131). Aineistoa kuvattiin ja analysoitiin käyttämällä frekvenssi- ja prosentuaalisia jakaumia ja keskiarvoja. Lopuksi avoimet vastaukset esitettiin suorina lainauksina ja niistä esitettiin tulkintoja.

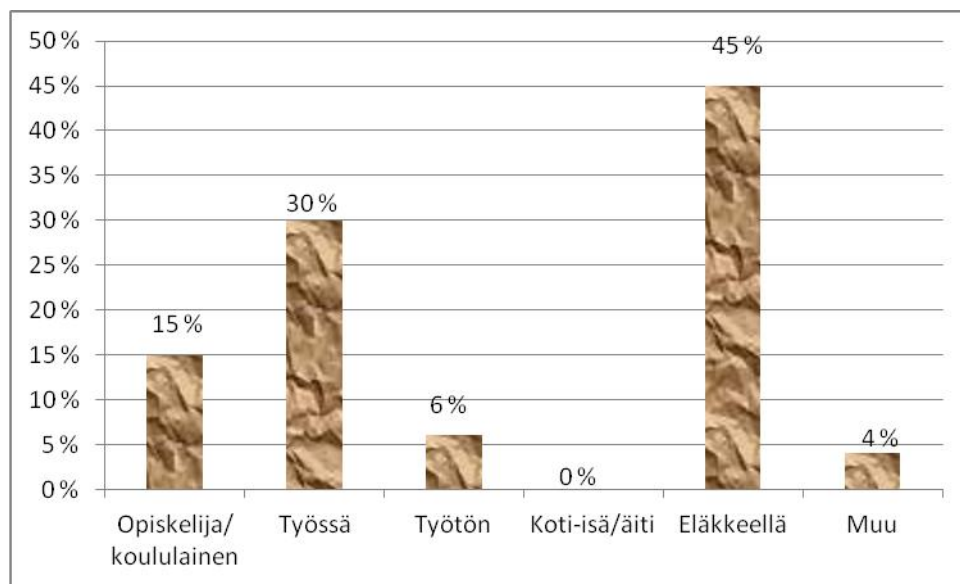
7 OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

Kyselyn kohdejoukon muodostivat Pohjois-Karjalan keskussairaalan osaston 9A (korva-, nenä-, ja kurkkutaudit) sekä silmäsaairauksien osaston 11A (yöpymistä vaativa hoito) ne potilaat, joiden hoitojaksoon sisältyy yksi tai useampi yöpyminen osastolla 9A. Otos olivat ne sata kohdejoukkoon kuulunutta potilasta tai huoltajaa joille jaettiin kyselylomake kotiutumisvaiheessa. Kyselylomakkeita jaettiin potilaille sata ja niitä palautui 46, näin vastausprosentiksi muodostui 46.

7.1 Vastaajien taustatiedot

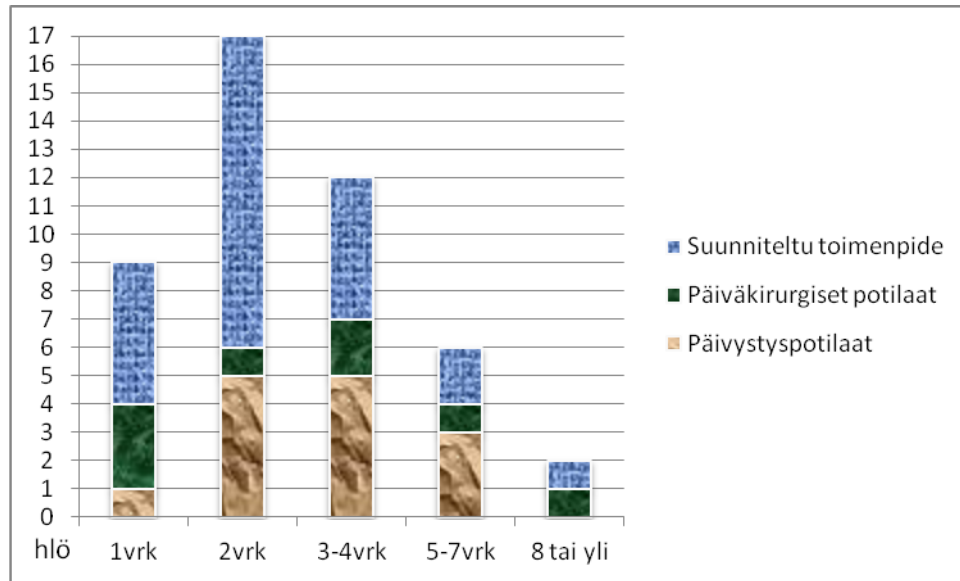
Kyselyyn vastasi 46 potilasta (n=46), joista yksi potilas vastasi yhdessä sairaalassa yöpyneen huoltajan kanssa. Yhdessäkään vastauksessa ei ollut vastaajana pelkästään huoltaja. Huoltajan ja potilaan yhteinen vastaus on käsitelty muiden vastausten joukossa. Kysymyksillä 2 ja 3 haluttiin selvittää vastaajien taustatiedot sukupuoli, ikä sekä kysymyksellä 4 elämäntilanne (kuvio 1). Kysymyksessä 1 selvitettiin onko vastaajana potilas, huoltaja vai potilas ja huoltaja yhdessä. Kysymyksellä 5 selvitettiin hoitojakson pituus. Kysymys 6 koski hoitojakson alkutilannetta: oliko vastaaja tullut terveystakeskuk-

sen tai ensiavun kautta päivystyspotilaana, päiväkirurgiseen toimenpiteeseen josta oli ollut tarkoitus kotiutua jo tulopäivänä vai oliko vastaaja tullut ennalta suunnitellusti leikkausta, tutkimusta tai muuta toimenpidettä varten. Kuviot 3, 4 ja 5 koskevat taustatietoja hoitajaksosta ja niiden avulla haluttiin vertailla potilasryhmien kokemuksia hoitajakson pituuden, luonteen ja vastaajan roolin mukaan. Kyselyyn vastasi 45 potilasta ja yksi huoltaja yhdessä potilaan kanssa. Yhteensä 46 vastaajasta 29 (63 %) oli naisia ja 17 (37 %) miehiä. Ikänsä ilmoittaneiden (n=17) keski-ikä oli 52,6 vuotta.



Kuvio 1. Vastaajien elämäntilanne (n=46).

Kysymys 4 koski vastaajien elämäntilannetta (kuvio 1). Vastaajista (n=46) oli koululaisia tai opiskelijoita seitsemän (15 %), työelämässä 14 (30 %), työttömänä kolme (6 %), koti-isänä/äitinä ei yhtään ja eläkkeellä 21 (45 %). Kahden (4 %) vastaajan elämäntilanne oli muu kuin mikään annettu vastausvaihtoehto.



Kuvio 2. Hoitojaksojen pituudet vuorokausina hoitojakson syyn mukaan (n=46).

Kysymys 5 koski hoitojakson pituutta ja kysymys 6 koski hoitojakson alkutilannetta (kuvio 2). Vastaajista (n=46) 24 (52 %) oli tullut hoitojaksolle suunnitellusti leikkausta, tutkimusta tai muuta toimenpidettä varten. Heistä yli puolet viipyi osastolla enintään 2vrk. Vastaajista kahdeksan (17 %) oli tullut päiväkirurgiseen toimenpiteeseen tarkoituksena kotiutua samana päivänä. Heillä hoitojaksot kestivät tyypillisesti 2-4vrk. Vastaajista 14 (30 %) oli tullut osastolle päivystyksellisesti ja heidän hoitojaksonsa olivat enimmäkseen 2-4 vuorokauden pituisia.

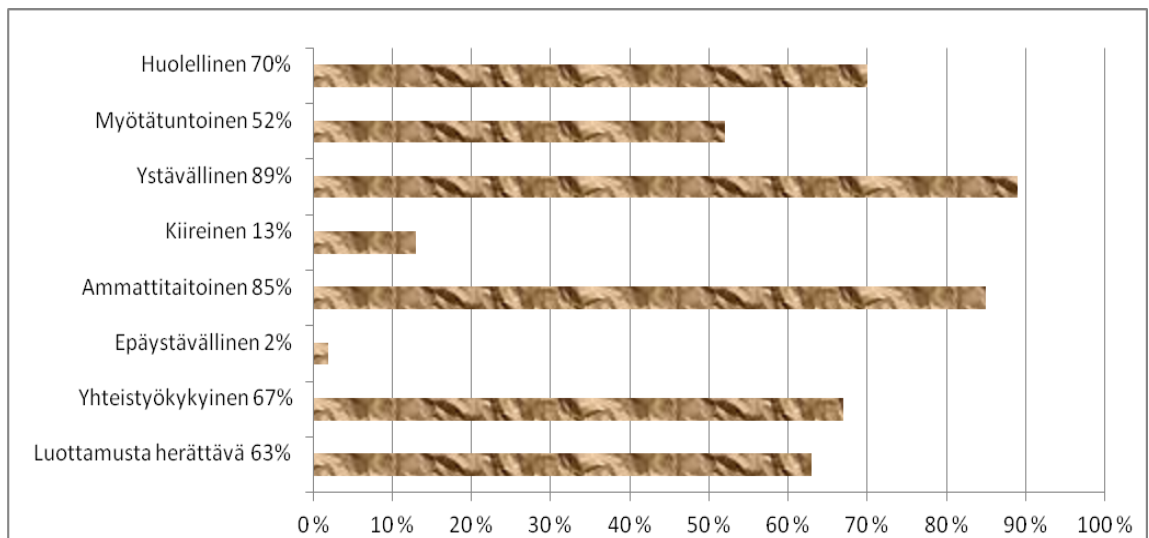
7.2 Osallisuus vastaajien kokemana

Kysymyksessä 7 kysyttiin ”Kertoiko hoitaja mielestänne riittävän selkeästi seuraavista hoitoon liittyvistä asioista?” (taulukko 1). Kysymyksessä oli kahdeksan kohtaa, joilla kartoitettiin ohjauksen informatiivisuutta. Vastaajista keskimäärin yli 80 % koki (taulukko 1) saaneensa ja ymmärtäneensä riittävän selkeästi keskeiset hoitojaksoa koskevat tiedot: osaston yhteystiedot (n=45), koti- tai jatkohoito-ohjeet (n=46), tietoa toimenpiteistä (n=46) ja hoitojakson syyn (n=46). Vastaajista 93 % koki saaneensa vastaukset omiin kysymyksiinsä ja 91 % koki saaneensa riittävän selkeää tietoa käytettävistä lääkkeistä. Osaston esittelyn koki riittäväksi 64 % vastaajista ja 76 % vastaajista koki arvion hoidon kestosta riittävän selkeäksi.

Taulukko 1. Potilasneuvonnan selkeys ja riittävyys.

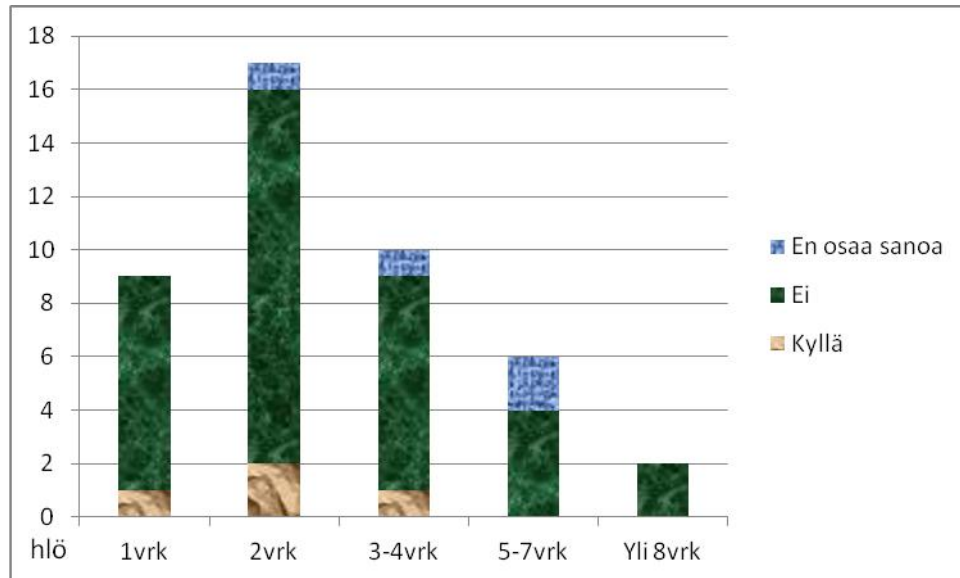
Kertoiko hoitaja mielestänne riittävän selkeästi seuraavista hoitoon liittyvistä asioista?	Kyllä %	Ei %	En osaa sanoa %
Vastaukset omiin kysymyksiinne (n=44)	93	0	7
Käytettävät lääkkeet (n=46)	91	4	4
Toimenpiteet (n=46)	89	7	4
Koti/jatkohoito-ohjeet (n=46)	87	6	4
Hoidon syyn (n=46)	85	2	13
Yhteystiedot jos kysyttävää ilmenee myöhemmin (n=45)	84	9	7
Arvion hoidon kestosta (n=45)	76	13	11
Osaston esittely (n=45)	64	27	9

Kysymyksessä 9 vastaajia ohjeistettiin ”Rastita sanat, jotka mielestänne kuvaavat korva-, nenä- ja kurkkutautien osaston hoitajia” (kuvio 3). Valittavina olivat seuraavat sanat: huolellinen, myötätuntoinen, ystävällinen, kiireinen, liian kovaääninen, liian hiljainen, ammattitaitoinen, epäystävällinen, yhteistyökykyinen sekä luottamusta herättävä.



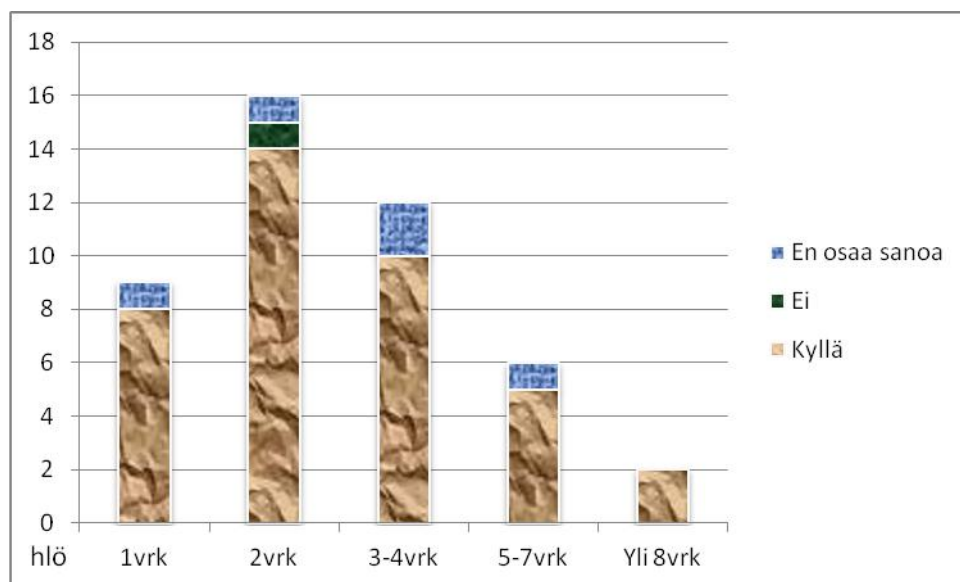
Kuvio 3. Hoitajia kuvaavia sanoja vastaajien mukaan (n=45).

Vastaajista yksi (2 %) koki sanan ”epäystävällinen” ja 41 (89 %) sanan ”ystävällinen” kuvaavan hoitajia. Vastaajista 39 (85 %) koki hoitajat ammattitaitoisiksi, 32 (70 %) huolellisiksi ja 29 (63 %) luottamusta herättäväksi. 31 vastaajaa (67 %) koki hoitajat yhteistyökykyisiksi ja 24 (52 %) myötätuntoiseksi. Vastaajista 6 (13 %) koki sanan ”kiireinen” kuvaavan hoitajia. Valittavana olevat sanat ”liian hiljainen” ja ”liian kovaääninen” eivät kuvanneet vastaajien mielestä hoitajia.



Kuvio 4. Vaihtuivatko hoitajat mielestänne liian usein? (n=44)

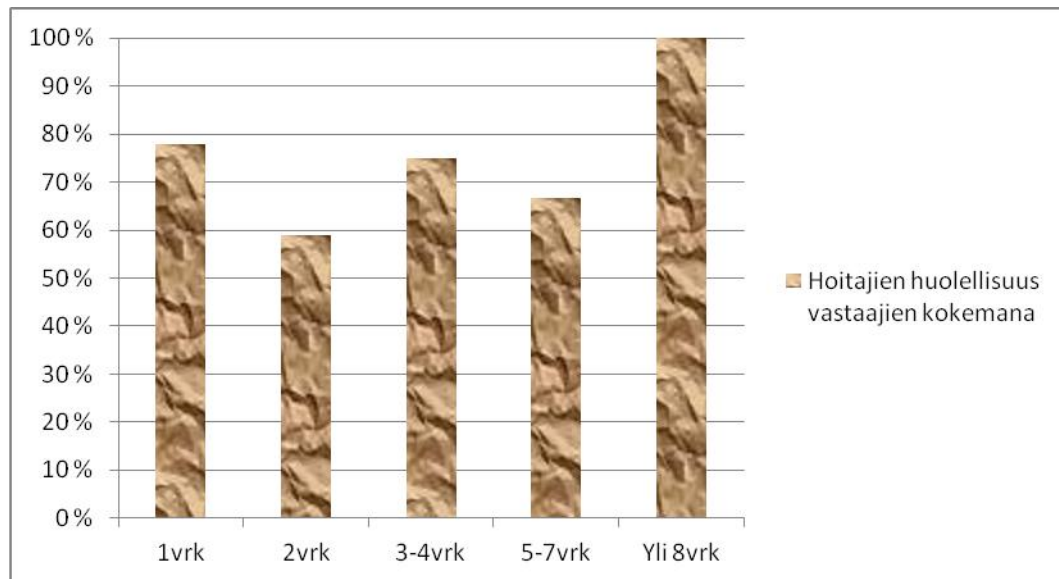
1-4 vuorokautta kestäneillä hoitajaksoilla 8-11 % vastaajista koki hoitajien vaihtuneen liian usein (kuvio 4), kaikista vastaajista niin koki yhteensä 9 %. Yli 5vrk kestäneillä hoitajaksoilla olleet vastaajat eivät olleet kokeneet hoitajien vaihtuneen liian usein.



Kuvio 5. Koettu kuulluksi tuleminen hoidosta päätettäessä hoitajakson pituuden mukaan. (n=45)

Vastaajat kokivat tullessa kuulluksi hoidosta päätettäessä (kuvio 5). Vain yksi 46 vastaajasta koki, ettei ollut tullut kuulluksi hoidosta päätettäessä. Vastaajista viisi ei osannut sanoa oliko tullut kuulluksi hoidosta päätettäessä, heistä kahden hoitajakso oli

kestänyt 3-4vrk. Kokemuksessa kuulluksi tulemisesta ei ollut suurta vaihtelua hoitojakson pituuden mukaan.



Kuvio 6. Hoitajien huolellisuus vastaajien kokemana hoitojakson pituuden mukaan.

Hoitajien koettu huolellisuus oli alimmillaan kahden vuorokauden mittaisilla hoitojaksoilla. Korkeintaan kaksi vuorokautta pitkällä hoitojaksolla olleista vastaajista 17 (59%) valitsi sanan ”huolellinen” hoitajia kuvaavaksi sanaksi. Yhden vuorokauden mittaisella hoitojaksolla olleista vastaajista 78% valitsi sanan ”huolellinen” hoitajia kuvaavaksi sanaksi (kuvio 6).

Kysyttäessä osastolla yöpyneiden potilaiden kokemuksia häiritsevistä äänistä valmiilla vaihtoehdoilla ja avoimella kysymyksellä, valtaosa potilaista ei ollut kokenut mitään ääniä häiritseviksi. Yöaikaan yksi vastaaja oli kokenut laitteiden ja seinäkellon äänet häiritseväksi, muut potilaat ja hoitajat olivat häirinneet kahta vastaajaa. Yksi vastaaja kertoi hänellä itsellään olleen ”happimittauslaitteen” herättäneen viereisen potilaan yöllä useaan kertaan. Päiväaikaan seinäkello, vierailijat, hoitajat ja laitteet olivat häirinneet yhtä vastaajaa ja remontin äänet kymmentä.

Taulukko 2. Potilasneuvonnan selkeys ja riittävyys verrattuna omahoitajan tunnistaneiden ja muiden vastaajien kesken.

Kertoiko hoitaja mielestänne riittävän selkeästi seuraavista hoitoon liittyvistä asioista?		
	”Kyllä %”	”Kyllä %”
Hoidon syy (n=46)	85	84
Arvio hoidon kestosta (n=45)	78	68
Osaston esittely (n=45)	70	53
Käyttävät lääkkeet (n=46)	100	79
Toimenpiteet (n=46)	89	89
Vastaukset omiin kysymyksiinne (n=44)	85	95
Koti/jatkohoito-ohjeet (n=46)	93	89
Yhteystiedot jos kysyttävää ilmenee myöhemmin (n=45)	89	74
	Vastaajat jotka ilmoittivat tunnistaneensa hoitajista omahoitajan	Vastaajat jotka ilmoittivat, että eivät tunnistaneet hoitajista omahoitajaa

Kysymyksessä 7 kysyttiin ”Kertoiko hoitaja mielestänne riittävän selkeästi seuraavista hoitoon liittyvistä asioista?” (taulukko 2). Vastaajista 27 (60%, n=45) ilmoitti tunnistaneensa heille nimetyn omahoitajan. Omahoitajan tunnistaneet vastaajat kokivat muita useammin saaneensa riittävän selkeää tietoa hoitajaksosta: osaston yhteystiedot, koti- tai jatkohoito-ohjeet, hoitajakson syyn, tietoa käytettävistä lääkkeistä, osaston esittelyn sekä arvion hoidon kestosta. Omahoitajan tunnistaneet vastaajat ja vastaajat, jotka eivät olleet tunnistaneet omahoitajaa, olivat yhtä usein kokeneet saaneensa riittävän selkeää tietoa toimenpiteistä. Vastaajat jotka eivät olleet tunnistaneet omahoitajaa, olivat saaneet riittävän selkeät vastaukset omiin kysymyksiinsä useammin kuin ne vastaajat, jotka olivat tunnistaneet omahoitajan.

Taulukko 3. Hoidon jatkuvuus.

Hoitoympäristö ja yksityisyys (rastita ”kyllä”, ”ei” tai ”en osaa sanoa”).	Kyllä %	Ei %	En osaa sanoa %
Vaihtuivatko hoitajat liian usein (n=44)	9	82	9
Tunnistitteko hoitajista teille nimetyn omahoitajan (n=45)	60	27	13
Koitteteko tulleenne kuulluksi hoidosta päätettäessä (n=45)	87	2	11
Oliko teillä kotiin lähtiessänne tunne että pärjätte kotona (n=45)	96	2	2

Kysymyksessä 8 pyydettiin vastaamaan rastittamalla eri väittämiin vaihtoehtoista ”kyllä”, ”ei” tai ”en osaa sanoa”. Vastaajista 27 (60 %) (taulukko 3) ilmoitti tunnistaneensa omahoitajansa ja 4 (9 %) koki hoitajan vaihtuvan liian usein. Vastaajista 36 (82 %) koki, että hoitajat eivät vaihtuneet liian usein. Yksi vastaaja koki, ettei ollut tullut kuulluksi hoidosta päätettäessä ja yksi oli kotiutuessaan kokenut, että ei pärjää kotona

Taulukko 4. Hoitoympäristön rauhallisuus ja henkilöstön tavoitettavuus.

Hoitoympäristö ja yksityisyys (rastita ”kyllä”, ”ei” tai ”en osaa sanoa”).	Kyllä %	Ei %	En osaa sanoa %
Pääsittekö mielestänne kohtuullisen nopeasti huoneeseenne osastolle tullessanne (n=46)	93	7	0
Saapuiko hoitaja mielestänne riittävän nopeasti kelloa soitettuanne (n=39)	83	10	8
Saitteko (saiko potilas) mielestänne levättyä riittävästi sairaalassa ollessanne (n=45)	96	2	2

Kyselyyn vastanneista potilaista 43 (93%, n=46) oli päässyt osastolle tullessaan huoneeseensa mielestään riittävän nopeasti ja vastaajista kolme oli kokenut joutuneensa odottamaan liian kauan huoneeseen pääsyä (taulukko 4). Soittokelloon vastaaminen oli neljän (10 %) vastaajan mielestä liian hidasta, kuusi vastaajaa tarkensi, ettei heidän tarvinnut soittaa kelloa. Yksi vastaaja tarkensi avoimeen kysymykseen, (liite 2, kysymys 10) ettei infuusion lopettamisesta oltu huolehdittu ajallaan. Yksi vastaaja ilmoitti, että ei ollut saanut levättyä riittävästi osastohoidon aikana.

Taulukko 5. Yksityisyyden säilyminen hoitajaksolla.

Hoitoympäristö ja yksityisyys (rastita ”kyllä”, ”ei” tai ”en osaa sanoa”).	Kyllä %	Ei %	En osaa sanoa %
Hoitaja koputti yleensä ennen huoneeseen tuloa (n=44)	57	20	23
...olisin toivonut koputtavan useammin (n=27)	7	78	15
Jouduitteko puhumaan henkilökohtaisista asioistanne muiden potilaiden kuullen (n=45)	11	89	0
Kuulitteko hoitajien puhuvan muiden potilaiden henkilökohtaisista asioista (n=46)	4	96	0
Oliko verhojen tai muiden näkösuojien käyttö riittävää (n=45)	91	4	4

Vastaajien mielestä hoitajat koputtivat oveen riittävän usein potilashuoneen ovesta kulkiessaan (taulukko 5). Verhojen ja muiden näkösuojien käytön koki olleen riittävästi 41 vastaajaa (91 %). Vastaajista viisi (11 %) koki joutuneensa puhumaan henkilökohtaisista asioista muiden kuullen. Vastaajista kaksi (4 %) oli kuullut

puhuttavan muiden henkilökohtaisista asioista, toinen heistä tarkensi avoimeen kysymykseen paikkana olleen käytävä.

7.3 Vastaajien kehitysehdotukset hoitotyölle

Avoimen kysymyksen avulla haluttiin laajentaa kyselyä tuomaan esille asioita, joita potilaat ovat valmiiden aiheiden lisäksi kokeneet hoitojaksolla ohjaukseen ja yksityisyyteen kuuluviksi. Vastauksissa käsiteltiin erilaisia aiheita eikä mikään aihe ollut selvästi muita yleisempi. Avoimiin kysymyksiin saatiin 14 vastausta. Avoimeen kysymykseen saaduista vastauksista käy ilmi, että vastaajien kokemukset hoitojaksolla ovat olleet toisistaan poikkeavia. Tähän voi osaltaan vaikuttaa osaston vaihteleva täyttöaste, jolla on vaikutusta potilaiden määrään yhtä hoitajaa kohti.

Vastaukset suoraan litteroituna kysyttäessä ”Mitä muuta haluaisitte huomioitavan hoitojakson kehittämisessä ja hoitotyössä?”.

Osa kommenteista koski hoitoympäristöä. Kristillisiä televisio-ohjelmia esittävä TV7 olisi ollut toivottu lisä sairaalassa näkyvien tv-kanavien valikoimaan. Niin ikään toivottiin että potilashuoneisiin majoitettaisiin kerrallaan korkeintaan kaksi potilasta ja huoneiden yhteydessä olisi oma wc.

- *Olisi hyvä, jos huoneet olisivat vain kahdelle potilaalle ja WC huoneen yhteydessä.*
- *Osastonhoitajan käyttäytyminen niin potilaita sekä työtovereita kohtaan oli erityisen miellyttävää. Hyvä!*
- *TV7 saisi näkyä sairaalassakin*
- *Kun laitetaan häiritseviä koneita yhdelle potilaalle, niin muut potilaat eivät nuku ymmärrän tilan puutteen mutta mahdollisuuksien salliessa eri huone joilla on kone.*
- *Aamuhäätys oli melko aikaisin*

Avoimista vastauksista osa liittyi puutteisiin hoidon jatkuvuudessa tai työnjaossa. Hoitojaksolla oli esimerkiksi saatu toisistaan poikkeavia kotihoito-ohjeita ja ilmeisesti epäselväksi oli jäänyt mikä toimintaohjeista on suositeltavin:

- *Kotiohjeet yhdenmukaiset.*

Hoitojaksolla käytettävistä lääkkeistä ei oltu aina informoitu potilasta odotetulla tavalla:

- *Lääkkeistä ei joka kerta kerrottu, minulla kotona on erilaisia/erinäköisiä tab. käytössä, joten jouduin aina kysymään, lääkkeistä pitää mielestäni kertoa mikä lääke ja mihin vaivaan.*

Hoitajien toivottiin käyvän potilashuoneissa nykyistä useammin ja huolehtivan esimerkiksi infuusioiden lopetuksista ajallaan:

- *että hoitaja kävisi muulloinkin, kuin kelloa soittaessa, esim. tipassa ollessa, pussi tyhjentyi kolme kertaa, ja verta tuli letkuun, itse soitin kelloa, (jos on potilas, joka ei itse osaa huolehtia, tai soittaa kelloa.)*
- *Kun saisi kiireen pois olisi osastolla helpompi olla.*

Myönteiset palautteet olivat sisällöltään yleisluontoisia:

- *Sain hyvän esitelmän silmästä kiitos!*
- *Todella hyvä ja viihtyisä kokemus jäi, ylitti kaikki odotukseni positiivisesti. Pidettiin tosi hyvää huolta.*
- *Oli tosi positiivinen kokemus ja henkilökunta (fantastinen) ihana! Tosi hyvä hoito.*
- *Lyhyen hoitojakson aikana ei tullut eteen huomioita hoitotyön kehittämiseksi.*
- *Kaikki -sujui mielestäni hyvin.*
- *Aivan ihana osasto, kaikki oli OK, ei mitään valittamista. Hoitajat ym. henkilökunta oli ihania. Olisi voinut olla vaikka pitempäänkin ☺ Kiitos kaunis!! =)*
- *Olin hoitojaksoon tyytyväinen.*

8 JOHTOPÄÄTÖKSET

Kyselyyn vastasi 46 potilasta, yhdessä vastauksessa ei ollut vastaajana pelkästään huoltaja. Yksi potilas vastasi yhdessä sairaalassa yöpyneen huoltajan kanssa, vastaus on käsitelty muiden vastausten joukossa. Huoltajille ja potilaan kanssa yhdessä vastaaville osoitetuista kysymyksistä (liite 2, kysymys 11) olivat potilas ja huoltaja vastanneet

”kyllä” kaikkiin kysymyksiin: yöpyikö myös huoltaja sairaalassa, osasiko hoitaja huomioida potilaan ymmärryskyvyn kertoessaan hänelle hoidosta, toimiko hoitaja luottamusta ja turvallisuuden tunnetta herättävästi, puhuiko hoitaja riittävästi sekä potilaalle että huoltajalle, kerrottiinko teille tarvittaessa leikkaussalissa tai heräämössä olo ajan pitenemisestä, huomioitiinko tiedät huoltajana riittävästi potilaan ollessa leikkaussalissa. Yksi vastaus ei riitä johtopäätösten tekemiseen huoltajien kokemuksista hoitajaksoilla, mutta saatu vastaus ei myöskään tue toimeksiantajalta saatua ennakkotietoa, jonka mukaan kohdeosastolla saatu kielteinen palaute on yleisimmin saatu potilaiden huoltajina olleilta henkilöiltä (Nyberg, 2010).

8.1 Yksityisyys

Tuhkasen (2006) mukaan sairauteen liittyvä heikkous ja epävarmuuden tunne lisää henkilökohtaisen tilan tarvetta. Myös potilaan ikä, koulutus, sairaus ja sukupuoli vaikuttavat yksityisyyden tarpeeseen sekä mahdollisuuteen säädellä suhdettaan muihin (Leino-Kilpi ym. 2002, 9-10). Sosiaalisen yksityisyyden tarve lisääntyy tilanteen muodollisuuden lisääntyessä sekä käytetyn kielen ja käsiteltävän aiheen mukaan (Leino-Kilpi ym. 2002, 12). Hoitotyöntekijöiltä edellytetään kykyä muuttaa toimintatapojaan tilanteiden muuttuessa sekä herkkyyttä tunnistaa potilaiden henkilökohtaisten tilanteiden erilaisuus (Mattila ym. 2011, 73). Potilaalla saattaa olla pelko, että tietojen kertomisesta aiheutuu hänelle haittaa (Leino-Kilpi ym. 2002, 11, 13). Hoitohenkilöstö saattaa loukata potilaan psyykkistä yksityisyyttä kysymällä esimerkiksi hoidon alussa kysymyksiä, joiden käyttöarvo saattaa lopulta jäädä hoidon kannalta kyseenalaiseksi (Leino-Kilpi ym. 2009, 150).

Yli 80 % vastaajista oli tyytyväisiä vuorovaikutukseen sekä hoitoympäristöön ja yksityisyyteen liittyviin tekijöihin (taulukot 3-5). Vastaajista viisi koki joutuneensa puhumaan henkilökohtaisista asioistaan muiden kuullen. Vastaajista kaksi oli kuullut puhuttavan muiden henkilökohtaisista asioista, molemmat potilashuoneessa, sekä toinen lisäksi käytävällä. Ahtosen (2009, 27) opinnäytetyössä 45 % vastaajista koki, että hoitajien äänekäs puhuminen on ärsyttävää. Tämän opinnäytetyön kyselyssä kukaan vastaajista ei ilmaissut, että hoitajat olisivat liian kovaäänisiä tai liian hiljaisia. Vastaajista 57 % ilmoitti, että hoitajat yleensä koputtivat huoneeseen tullessaan ja 7 % toivoi, että hoitajat

olisivat useammin koputtaneet tullessaan huoneeseen. Vastaajista 20 % ilmoitti, että hoitajat eivät yleensä koputtaneet.

Verhojen ja muiden näkösuojien käytön koettiin olleen yleensä (91 % vastaajista) riittävää, mutta kahden vastaajan mielestä se oli ollut riittämätöntä. Tulos on samansuuntainen Ahtosen (2009, 29) opinnäytetyön kanssa, jossa 94 % potilaista koki, että heillä oli mahdollisuus käyttää väliverhoja suojanaan halutessaan. Leino-Kilven ym. (2002, 11) ja Tuhkasen (2006) mukaan potilaat eivät yleensä koe sairaalassa ollessaan puutteita henkilökohtaisessa tilassaan, mutta kokevat omat mahdollisuutensa suojata yksityisyyttään usein vähäisiksi. Tilan puute, kiire ja toimenpidekeskeisyys ovat haitaksi potilaan yksityisyyden suojelemiselle (Leino-Kilpi ym. 2002, 9). Kokemus yksityisyyden olemisesta uhattuna voi heikentää kykyä vastaanottaa ohjausta ja aiheuttaa epäonnistumisen tunteen joka voi vaikuttaa toipumiseen ja potilastyytyväisyyteen (Leino-Kilpi ym. 2002, 9-10).

Ahtosen (2009, 27) opinnäytetyön kyselyssä 15 % vastaajista ilmoitti, että heidän huoneessaan oli potilaita, joiden kanssa he eivät olisi halunneet olla samassa huoneessa. Tämän opinnäytetyön avoimissa vastauksissa oli joitakin viittauksia liian suuresta huonekoosta ja hoitotoimenpiteiden ja -laitteiden häiritsevyydestä sekä yö- että päiväaikaan. Useimmin häiritsevänä koettiin remonttimelu päiväaikaan (10 vastausta). Lisäksi yksi vastaaja kertoi kuulleensa porien ääntä, mutta ei ollut kokenut sitä haitaksi. Potilashuoneissa käyneet vierailijat, toiset potilaat, laitteet ja seinäkello olivat häirinneet kukin yhtä vastaajaa. Yksi vastaaja oli tarkentanut tarkoittaneensa ”laitteilla”, että hänellä ollut valvontalaite herätti samassa huoneessa olleen potilaan. Vastaajista 87% oli sitä mieltä, että mikään ei häirinnyt yöllä. Yöllä hoitajat, potilaat ja laitteet olivat häirinneet kukin kahta vastaajaa sekä seinäkello yhtä vastaajaa. Vastaajista 71% ilmoitti, ettei mikään ollut häirinnyt päivällä. Myös Svenströmin (1996, 27) sisätautiosastolla tekemässä tutkimuksessa potilaita olivat häirinneet soittokello sekä hoitajien vastaajille ja heidän huonetovereilleen tekemät toimenpiteet.

8.2 Osallisuus

Kysymyksellä 7 (liite 2) mitattiin saadun ohjauksen selkeyttä. Vastaajat kokivat saaneensa riittävän selkeää ohjausta lähes kaikista keskeisistä hoitajaksoon liittyvissä ai-

heissa. Kukaan vastaajista ei ollut kokenut jääneensä ilman vastauksia itse esittämiinsä kysymyksiin (taulukko 1). Heikoimmin ohjatuksi asiaksi oltiin koettu osaston esittely, jonka 64 % vastaajista koki riittävän selkeäksi. Parviaisen (2009, 24) opinnäytetyössä tekemässä kyselyssä 11 vastaajasta kahdeksalle ei oltu esitelty osastoa lainkaan ja kolme ei osannut sanoa oliko osasto esitelty. Parviaisen opinnäytetyön kyselyn tulos poikkeaa tältä osin selvästi tämän opinnäytetyön kyselyssä saadusta tuloksesta.

Tämän opinnäytetyön mukaan vastaajista 89 % oli kokenut tehtävistä toimenpiteistä kerrotun riittävän selkeästi ja Ahtonen (2009, 27) oli saanut opinnäytetyön potilaskyselyssään lähes saman tuloksen (91 %). Tämän opinnäytetyön kyselyyn vastanneista 6 % koki, ettei hoidon kestoa oltu arvioitu riittävän selkeästi ja 9 % koki, ettei hoidon syytä oltu kerrottu riittävän selkeästi.

Hoitajia kuvaaviksi sanoiksi oli useimmin valittu ”ystävällinen” (89 %) ja ”ammattitaitoinen” (85 %). ”Myötätuntoinen” oli valittu hoitajia kuvaaviksi sanaksi 52 %:ssa vastauksista. Kysymyksen muotoilu ei kuitenkaan ole herkkä ilmaisemaan sitä, onko myötätuntoa ollut sellaisissa tilanteissa, joissa sitä edellytetään. Osastolla hoidettavien potilaiden tilat liittyvät yleensä lyhytaikaiseen ja ennusteeltaan hyvään sairastamiseen, mutta toisinaan myös esimerkiksi syöpädiagnoosin saamiseen. ”Yhteistyökykyinen” oli valittu hoitajia kuvaavaksi sanaksi 67 %:ssa vastauksista.

Yksi vastaaja oli kotiutuessaan kokenut, ettei pärjää kotona. Yksi vastaaja oli kokenut, ettei tullut kuulluksi hoidosta päätettäessä ja 39 vastaajaa (87 %) koki tulleen kuulluksi hoidosta päätettäessä. Heiskasen ja Vartiaisen (2011, 28) opinnäytetyössään tekemässä kyselyssä 100 % vastaajista oli ollut täysin tai jokseenkin samaa mieltä väittämistä ”Sairaanhoitaja kuunteli minua ohjaustilanteessa” sekä ”ohjaustilanteessa oli mahdollisuus esittää kysymyksiä”.

Tämän opinnäytetyön kyselyssä 10 % vastaajista koki hoitajan vaihtuneen liian usein hoitojakson aikana (kuvio 4) ja 82 %:n mielestä hoitajat eivät vaihtuneet liian usein. Kokemus kävi harvinaisemmaksi hoitojakson pituuden kasvaessa. Tulos poikkeaa Ahtosen (2009, 30) opinnäytetyössä tekemästä kyselystä, jossa vain 17 % potilaista koki merkityksettömänä sen, hoitaako heitä tutuksi tullut hoitaja.

Vastaajista 13 % kuvasi sanan ”kiireinen” kuvaavan hoitajia. Ahtosen (2009, 27) opinnäytetyön kyselyssä 34 % koki hoitajien ajan riittävän huonosti hoitotyöhön. Toisaalta tämän opinnäytetyön kyselyssä 30 % vastaajista jätti valitsematta sanan ”huolellinen” hoitajaa kuvaavaksi sanaksi. Huolellisuutta pidetään sairaanhoitajan ammattitaitoon kuuluvana ominaisuutena koulutuksessa oppimistavoitteiden ja työelämässä ammattitaitovaatimusten (Opetusministeriö 2006, 70) myötä ja kiireen tiedetään vaikeuttavan huolellista työskentelyä. Koettu huolellisuus ei ollut riippuvainen hoitojakson pituuteen nähden.

9 POHDINTA

Lipposen (2006, 24) mukaan hoitosuunnitelmaan kirjataan ohjaussuunnitelma ja toteutunut ohjaus arviointikriteereineen sekä jatko-ohjaustarve. Lipponen (2006, 24) jatkaa, että ohjaus on nimettyjen ohjaustarpeiden mukaista tutkimuksiin ja toimenpiteisiin liittyvää, tiedonsaantiin painottuvaa potilaan (ja omaisen) valmistamista. Korva-, nenä- ja kurkkutautien vuodeosastolla (9A) hoitoon kuuluu ohjausta ja hoitotoimenpiteitä vaihteleva määrä sairaudesta riippuen. Lipposen (2006, 24) mukaan lääkäri kertoo potilaalle toimenpiteisiin ja tutkimuksiin liittyvistä riskeistä sekä tutkimustulokset ja jatkohoitosuunnitelman sairaanhoitajan ohjatessa potilasta toimenpiteisiin ja jatkohoitoon. Näin toimitaan myös korva-, nenä- ja kurkkutautien vuodeosastolla (9A).

Korva-, nenä- ja kurkkutautien vuodeosastolla (9A) hoitajien työ on tiiviisti yhteydessä lääkäreiden työhön. Lääkäri tapaa potilaat henkilökohtaisesti joka aamu lääkärin kierrolla ja potilaat saavat paljon hoitoa ja tietoa suoraan lääkäreiltä. Hoitojaksoihin kuuluu usein myös leikkaussalikäyntejä tai esimerkiksi tulo ensiavun kautta, jolloin muut kuin kyselyn kohdeosaston hoitotyöhön liittyvät kokemukset ovat voineet vaikuttaa vastajiin vaikka kyselyn teema oli rajattu saatekirjeessä (liite 2) koskemaan vain hoitotyötä osastolla 9A.

Niillä potilailla joilla ei ole tai jotka eivät hoitojakson aikana tunnista omahoitajaansa, on suurin todennäköisyys olla tyytymättömiä hoitoaan koskevaan tiedon saantiin tai hoidon etenemiseen (Ervasti, 2007. 13). Tämän opinnäytetyön kyselyyn vastanneista potilaista ne, jotka ilmoittivat tunnistaneensa omahoitajansa (kuvio 7), pitivät saamaan-

sa ohjausta riittävän selkeänä useammin kuin ne, jotka ilmoittivat, etteivät olleet tunnistaneeet omahoitajaa.

Osallistumista tukevassa toimintamallissa hoitava henkilö on ohjaaja, tukija ja varmistaja, jonka kanssa potilas elää vuorovaikutuksessa aktiivisena osallistujana, tuntevana, ajattelevana ja tietoisesti toimivana yksilönä. Potilas ja hoitaja määrittelevät yhdessä ongelmat ja niiden hoidon ja ovat niistä vastuussa. Potilas voi vaikuttaa hoitoaan koskeviin päätöksiin tai luovuttaa päätöksenteon omaisille, lääkäreille tai hoitajille. (Eriksson ym. 2000, 218-219). Tämän opinnäytetyön kyselyyn vastanneista 87 % koki tulleen huomioduksi hoidosta päätettäessä ja 2 % koki, että ei tullut kuulluksi hoidosta päätettäessä vastaajien hoitajaksojen yleisimmän pituuden ollessa kaksi vuorokautta (37 % hoitajaksoista). Näiden tietojen perusteella voidaan osoittaa, että hoitotyössä on onnistuttu hoidollisessa vuorovaikutuksessa ja ohjauksessa keskittymään hoidon kannalta merkityksellisiin tekijöihin lyhyessä ajassa.

Osaston esittelyä voidaan jatkossa helpoiten parantaa kertomalla jo tulotilanteessa ne hoitoympäristöön ja -käytäntöihin liittyvät asiat joita potilaat ovat useimmiten kysyneet, sekä kertomalla sellaisista käytännöistä jotka poikkeavat muiden osastojen käytännöistä, esimerkiksi päivittäinen lääkärin kierto tutkimushuoneessa potilashuoneiden sijaan. Vastauksista ei ilmennyt täsmällisesti mitä asioita osaston esittelyssä vastaajat olivat jääneet kaipaamaan, mutta opasteiden lisäämisestä tai selkiyttämisestä voi mahdollisesti olla hyötyä.

Kokonaisvaltaista hoitoa voidaan edistää sillä että saman potilaan hoitoon osallistuu mahdollisuuksien mukaan samat hoitajat ja yhtenäiset hoitokäytännöt. Potilas välttyy saamasta esimerkiksi poikkeavia tai monitulkintaisia kotihoito-ohjeita. Myös muistilistat ja kirjaamiskäytännöt edistävät tarvittavien tietojen antamista. Hoitajaksolla käytettävistä lääkkeistä potilaille pitäisi kertoa kun uusia lääkkeitä aloitetaan ja lääkkeitä antessa mainita mihin tarkoitukseen annettavat lääkkeet ovat ja jos osastolla on käytössä jo ennestään käytössä olevan lääkkeen rinnakkaisvalmiste.

Kokemus siitä, että potilaat olivat joutuneet puhumaan henkilökohtaisista asioistaan muiden kuullen, oli vastaajien keskuudessa yleisempi verrattuna vastauksiin joissa vastaajat ilmaisivat kuulleensa puhutun muiden henkilökohtaisista asioista. Samassa huo-

neessa olevien ulkopuolisten henkilöiden keskittymistä kahdenkeskiseksi tarkoitettuun keskusteluun voidaan monin tavoin vähentää osoittamalla selkeästi se, kenen kuultavaksi puhe on tarkoitettu ja kenen ei. Hoitaja voi esimerkiksi käyttää väliverhoa tilan jakajana ja mennä tarpeeksi lähelle potilasta sekä kääntää selän keskusteluun kuulumattomiin päin. Tarvittaessa on varattava keskustelulle varmasti häiriötön aika ja paikka. Myös näkösuojien käyttöä kannattaa lisätä. Hoitajien kansliassa keskusteltaessa on pidettävä äänentaso riittävän matalana ja mahdollisimman usein pyrittävä sulkemaan käytävän ovi myös varmuuden vuoksi. Käytävällä olevat tuolit, ilmoitustaulut, lehtitelineet ja muu ajanviete kannattaa sijoittaa riittävän kauas paikoista joissa käsitellään potilastietoja.

9.1 Opinnäytetyön luotettavuus

Tämä opinnäytetyö perustuu kyselylomakkeen käyttöön, jolloin on tärkeää kysymysten ymmärrettävyys ja se, tarkoittavatko kysyjä ja vastaaja kysymyksillä samaa asiaa. Validiteetti eli pätevyyteen vaikuttaa se, mittasiko tutkimusmenetelmä sitä mitä sen oli tarkoitus mitata. Validiteetti on keskeinen tekijä tutkimuksen luotettavuuden arvioinnissa. Tutkimuksen toistettavuus eli reliabiliteetti tarkoittaa tutkimuksen kykyä antaa ei-sattumanvaraisia tuloksia. (Hirsjärvi ym. 2005, 216.) Reliabiliteetti viittaa tulosten pysyvyyteen; reliabiliteetillä mittarilla saadaan samansuuntaisia tuloksia kun mitataan tutkimusilmiötä eri aineistoissa. Reliabiliteettiä arvioidaan eri näkökulmista. Pysyvyys tarkoittaa mittarin kykyä tuottaa sama tulos eri mittauskerroilla, vastaavuus merkitsee samojen vastaustulosten saamista riippumatta mittajaista. Sisäinen johdonmukaisuus on mittarin osamittareiden saman asian mittaavuutta ja voimakasta keskinäistä korrelointia. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2009, 152, 156-157.) Tämän opinnäytetyön kyselylomakkeessa (liite 2, sivu 3) on 16 -kohtainen osamittari (kysymys 8), johon valitut kysymykset käsittelevät eri aiheita, mikä heikentää mittarin sisäistä johdonmukaisuutta. Muiden mittarin osamittareiden sisäisestä johdonmukaisuudesta olisi ollut mahdollista saada ehdotonta tietoa laskemalla osamittareille reliabiliteettikertoimet. Mittarin pysyvyyttä ja vastaavuutta voidaan arvioida kun mittaria on käytetty uudelleen.

Vastaajat saivat täyttää kyselylomakkeen kotona kenenkään puuttumatta vastaamiseen, mikä lisäsi vastausten luotettavuutta. Kahteen kysymykseen oli muita useammin jätetty vastaamatta ja tämä heikentää luotettavuutta kyseisten kysymysten osalta. Kysymyksen

8 (Hoitoympäristö ja yksityisyys) kohtaan ”Saapuiko hoitaja riittävän nopeasti kelloa soitettuunne?” jätti vastaamatta 7 vastaajaa. Vastausvaihtoehdot olivat ”kyllä”, ”ei” ja ”en osaa sanoa”. Tähän kysymykseen neljä vastaajaa oli kirjoittanut, että ei ollut käyttänyt soitto-kelloa. Kysymyksen pätevyyttä olisi alun perin parantanut neljäs vaihtoehto ”en käyttänyt soitto-kelloa”. Kysymyksen 8 (Hoitoympäristö ja -yksityisyys) kaksiosaisen kysymyksen (vastausvaihtoehdot ”kyllä”, ”ei”, ”en osaa sanoa”) kohtaan ”Hoitaja koputti yleensä ennen huoneeseen tuloa” ja ”...olisin toivonut koputtavan useammin” tekstin muotoilu kysymyslomakkeessa vaikutti mahdollisesti siten, etteivät vastaajat havainneet kysymyksestä jälkimmäistä erilliseksi kysymykseksi ja jättivät siihen vastaamatta huomattavasti useammin kuin muihin kysymyksiin.

Kysymyslomaketta esiteltiin kolmella koevastaajalla, jotka olivat sairaanhoitajaopiskelijoita. Palautteen perusteella kysymykset olivat ymmärrettäviä, lomakkeen ulkoasu oli selkeä ja vastaaminen nopeaa. Kysymyslomake oli samanlaisena monistettu jokaiselle vastaajalle. Osa vastaajista oli jättänyt vastaamatta joihinkin kysymyksiin tai valinnut useamman kuin yhden vaihtoehdon, vaikka tarkoituksena oli valita vain yksi. Kaikki vastaukset oli käsiteltävissä eri kysymysten vastausprosenttien poikkeavuudesta huolimatta, eikä yhtään kyselylomaketta hylätty.

Vastausprosenttiin pyrittiin vaikuttamaan myönteisesti valmiilla palautuskuorella (postimaksu maksettu), saatekirjeellä, kyselyn ulkoasulla ja lyhyydellä sekä vastaamisen helppoudella. Kyselylomakkeiden jakaminen halutulle kohderyhmälle (ei esimerkiksi tulopäivänä kotiutuville) varmistettiin kirjallisella ohjeella jakamiseen osallistuville hoitajille. Vastaajan kohderyhmään kuulumisen varmistettiin myös kyselylomakkeen taustatietojen perusteella. Suurempi aineisto olisi antanut mahdollisuuden kattavammin verrata esimerkiksi hoitojakson pituuden vaikutusta hoitojaksokokemuksen osaluoksiin. Vertailua oli tällä aineistolla mahdollista tehdä ennalta suunnitellusti yli vuorokauden mittaiselle hoitojaksolle tulleiden (52 % vastaajista) potilaiden ja päivystyksellisesti (17 % vastaajista) sekä ennalta suunnitellusti päiväkirurgiselle hoitojaksolle tulleiden (30 % vastaajista) kesken. Hoitojakson pituuden kysyminen täsmällisemmin olisi antanut lisämahdollisuuksia tulosten tulkintaan. Sataan jaettuun kyselylomakkeeseen saatiin 46 vastausta, vastausprosentti on siis 46 ja kato 54 %. Vastaajiksi valikoituivat kenties vain motivoituneet ja yksityisyydestään ja osallisuudestaan kiinnostuneet. Ulkopuolelle saattoivat jäädä ne jotka eivät olleet kiinnostuneita kyselyyn vastaamisesta

tai jotka eivät jostakin syystä olleet motivoituneita vastaamaan. Tämä voisi vaikuttaa opinnäytetyön tulokseen yksipuolistaen tuloksia, sillä kokemukset hoitojaksoista ovat yksilölliset. Vastaajakadon suurentuessa kasvaa todennäköisyys siitä, että jokin joukko on kyselyssä yliedustettuna (Vilpas, 2009).

Tutkimusta voidaan pitää tarkkana ja luotettavana kun mittarilla saadaan sama tulos riippumatta tutkijasta. Tarkassa tutkimuksessa satunnaisvirheiden määrä on onnistuttu minimoimaan. Satunnaisvirheitä voi esiintyä otoksen edustavuudessa suhteessa perusjoukkoon sekä syötettäessä tietoja tietokantaan. (Vilka 2007, 149–150). Kyselylomakkeista saadut tiedot kerättiin huolellisesti havaintomatriisiksi. Tietojen siirrossa mahdollisesti esiintyvien virheiden määrää arvioitiin vertaamalla neljän satunnaisesti valitun lomakkeen tiedot havaintomatriisiin. Tarkastuksessa ei ilmennyt virheitä, mutta on mahdollista että virheitä esiintyy huolellisesta käsittelystä huolimatta. Tuloksia havainnollistettiin erilaisilla kuvioilla ja taulukoilla, jotka valittiin niin, että ne parhaiten havainnollistavat esitettävää aineistoa.

9.2 Eettisyys

Ehtoina eettisesti kestäväällä tavalla toteutetulle tutkimukselle on osallistujien vapaaehtoisuus ja anonymiteetti sekä tietojen luottamuksellinen käsittely. Ehdot ovat myös vastaajan oikeuksia, joten niistä on kerrottava vastaajille etukäteen jolloin tutkimuksessa saadut tiedot ovat vapaaehtoisesti annettuja. Anonymiteetti säilyy kun tutkimus suoritetaan niin, ettei myöskään tutkija voi yhdistää vastauksia henkilöihin (Burns & Grove 1999, 162-163, 181). Lähdeaineiston käytössä tulee huomioida tekijänoikeudet. Myös tutkimuksen puutteet on tuotava ilmi ja raportoinnin on oltava rehellistä. (Hirsjärvi ym. 2005, 27-28.)

Lähdekirjallisuuden hankkiminen oli haasteellista. Hirsjärvi (2005, 25) kuvailee seuraavasti: tutkittavaa ilmiötä voi tarkastella useista näkökulmista, mutta kun verrataan useita lähteitä, ei lähdekirjallisuus ole kuitenkaan aina kelvollista eikä kytkeydy tutkittavaan aiheeseen. Opinnäytetyön taustaksi on pyritty löytämään alle kymmenen vuotta vanhoja alkuperäislähteitä. Uusimmat tutkimukset pohjautuvat alkuperäisiin tutkimuksiin; sekundaarilähteiden käyttöä on vältetty koska lainaukset ovat tulkintoja alkuperäistutkimuksista. Sairaanhoitaja -lehteä on käytetty lähteenä, koska se on arvovaltainen kustan-

taja jonka sisältö on läpäissyt asiatarkastuksen. (Hirsjärvi ym. 2005, 101-102.) Opinnäytetyön teossa on noudatettu Hirsjärven ohjetta käyttää lähteenä aikakausjulkaisuja. Tämän opinnäytetyön teossa on pyritty huolellisesti merkitsemään lähdetiedot muiden julkaisijoiden tuotoksia lainattaessa.

Opinnäytetyön kysely edellytti tutkimusluvan anomista Pohjois-Karjalan sairaanhoito- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymältä. Tämän opinnäytetyön kyselyyn vastattiin nimettömästi kyselylomakkeella, joka palautettiin postitse korva-, nenä- ja kurkkutautien vuodeosastolle. Vastaajien henkilöllisyyttä ei kysytty eikä se paljastunut missään vaiheessa. Kyselylomakkeita säilytettiin asianmukaisesti salassa. Kyselylomakkeeseen kuului saatekirje, jossa kerrottiin vastaamisen nimettömyydestä ja vapaaehtoisuudesta sekä kyselyn käyttämisestä opinnäytetyössä.

Hirsjärven (2005, 27) mukaan vastaajilta edellytetään kykyä kypsään päätöksen tekoon. Tiukasti noudatettuna edellytys kypsästä päätöksenteosta jättäisi esimerkiksi lapset kyselyn ulkopuolelle. Tämän opinnäytetyön kyselyyn saivat vastata myös potilaana olleet lapset sillä käsitellyt aiheet olivat omiin kokemuksiin ja näkemyksiin pohjautuvia ja lasten näkemykset niistä arvokkaita. Vastaajien ohjeistettiin täyttävän kyselyn vasta päästyään kotiin osastolta. Hirsjärven mukaan ihmisillä on taipumus vastata niin kuin he ajattelevat olevan suotavaa. Ilmiön odotetaan lievenevän vastaajan siirryttyä hoitoympäristöstä kotiin. (Hirsjärvi ym. 2005, 192.) Kyselyn perusteella saatuja tuloksia pyrittiin vertaamaan muihin vastaavanlaisiin mahdollisimman ajankohtaisiin tutkimuksiin ja esittämään tulokset rehellisesti. Kaikki tulosten vertaamiseen käytetyt tutkimukset ja opinnäytetyöt käsitelivät vain osittain tämän opinnäytetyön aiheita eikä kokonaisuudessaan suoraan verrattavaksi sopivaa aineistoa löytynyt.

9.3 Opinnäytetyöprosessi ja jatkotutkimusaiheet

Opinnäytetyöprosessi alkoi tammikuussa 2010 PKSSK:n korva-, nenä- ja kurkkutautien vuodeosastolta saadun toimeksiannon ja siellä suoritetun harjoittelun jälkeen. Työskentelyn alkuvaiheessa toimeksiantajan kanssa neuvoteltiin opinnäytetyön potilaskyselyn sisällöstä, sekä tarkennettiin millaisia kysymyksiä kysymyslomakkeeseen laitetaan. Yhteistyö toimeksiantajan kanssa oli sujuvaa. Kysymyslomakkeen laatiminen tapahtui aluksi samanaikaisesti teorian tiedon keräämisen kanssa. Kysymyslomake valmistui tou-

kokouksessa 2010, jonka jälkeen teoretiedon hankkiminen ja käsitteiden määrittely jatkui vielä vuoden 2011 loppuun saakka. Opinnäytetyöhön kuuluva kysely oli jaettavana korva-, nenä- ja kurkkutautien vuode osastolla alkaen tammikuusta 2011 ja viimeiset lomakkeet otettiin vastaan 4.2.2011. Kyselylomakkeiden alkuperäinen suunniteltu viimeinen palautuspäivä, joka oli myös saatekirjeessä ilmoitettu vastaajille, oli 11.2.2011 jolloin lomakkeita oli palautettu 28kpl.

Kyselyiden jakamiseen ja palauttamiseen yhteensä suunniteltu aika oli liian lyhyt ja mahdollisesti osa potilaista jätti vastaamatta kyselyyn koska saatekirjeeseen merkitty palautusaika oli umpeutunut. Vastausprosentin nostamiseen voitiin kyselyn jakamisen jälkeen vaikuttaa vain odottamalla lisää palautuksia. Kyselylomakkeen saaneille ei ollut mahdollista jälkeinpäin lähettää ilmoitusta palautusajan jatkumisesta, koska siihen ei oltu etukäteen varauduttu.

Sairaalatilojen vaikutusta yksityisyyden säilymiseen voitaisiin jatkossa tutkia esimerkiksi tämän opinnäytetyön kysymyslomaketta hyödyntäen taustamuuttujana se, kuinka monta potilasta vastaajan kanssa on ollut samassa huoneessa. Tämän opinnäytetyön tuloksia olisi hyödyllistä verrata monilta osin toisiin sellaisiin osastoihin joilla hoitajakset ovat enimmäkseen vastaavan pituisia kuin tämän opinnäytetyön kohdeosastolla. Potilastyytyväisyyden kannalta olisi myös hyödyllistä selvittää potilaiden kokemuksia osastojen sulkemisesta viikonlopun ja loma-aikojen ajaksi siltä osin kuin toimintojen tehostamiseen kuuluu potilaiden siirtäminen väliaikaisesti osastolta toiselle.

LÄHTEET

- A3/2011. Sosiaali- ja terveysministeriön asetus laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta laadittavasta suunnitelmasta. <http://www.thl.fi/thl-client/pdfs/b6783c8b-f465-403b-85f7-90f92f4c971f>. 23.12.2011.
- A1030/1999. Asetus viranomaisten toiminnan julkisuudesta ja hyvästä tiedonhallintavasta. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19991030>. 23.12.2011.
- Ahoranta, P. & Virolainen, A. 2001. Fyysinen hoitoympäristö dementoituvan potilaan hyvän hoidon mahdollistajana. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Tutkielma.
- Ahtonen, M. 2009. Miespotilaiden yksityisyyden huomioiminen hoitotyössä. Pohjois-Karjalan Ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
- Burns, N. & Grove, S. 1999. Understanding Nursing Research. Philadelphia, Pennsylvania: W.B. Saunders Company.
- Eriksson, E. & Kuuppelomäki, M. 2000 Syöpää sairastavan potilaan hoitotyö. Sanoma Pro Oy
- Ervasti, K., Haapanen, A-M., Vesa, N-M. & Vesala-Aho, P. 2007. Omahoitajuuden toteutuminen Herttoniemen sairaalassa hoitajien arvioimana. Helsingin Ammattikorkeakoulu Stadia. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. <https://oa.doria.fi/dspace/bitstream/10024/5825/1/stadia-1179234920-5.pdf>. 19.9.2010.
- Heikkilä, T. 2004. Tilastollinen tutkimus. Helsinki. Edita Prima Oy.
- Heiskanen, K & Vartiainen, H. 2011. Kardiomyopatiaa sairastavan potilaan ohjaus sisätautien poliklinikalla. Pohjois-Karjalan Ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö.
- Hirsjärvi, S. Remes, P. & Sajavaara, P. 2005. Tutki ja kirjoita. Helsinki. Tammi.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki. WSOYpro Oy
- L61/2007. Laki sähköisestä lääkemääräyksestä. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070061>. 23.12.2011.
- L159/2007. Laki sosiaali- ja terveydenhuollon asiakastietojen sähköisestä käsittelystä. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2007/20070159>. 21.1.2012.
- L556/1989. Laki terveydenhuollon valtakunnallisista henkilörekistereistä. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1989/19890556>. 4.1.2012.
- L785/1992. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1992/19920785>. 13.4.2010.
- L812/2000. Laki sosiaalihuollon asiakkaan asemasta ja oikeuksista. <http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/2000/20000812>. 4.12.2011.
- Larsson G & Larsson B. 2003. Quality improvement measures based on patient data: some psychometric issues. Research in Sweden on patients' views on the quality of nursing care using the Quality from the Patient's Perspective questionnaire. International Journal of Nursing Practice. 9 (5), 294-299.
- Leino - Kilpi, H. Hupli, M. & Salanterä, S. 2002. Potilaan yksityisyys terveydenhuollossa. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja. A:37.
- Leino - Kilpi, H. & Välimäki, M. 2009. Etiikka Hoitotyössä. Porvoo: WSOY.
- Lipponen, K. Kyngäs, H. & Kääriäinen, M. 2006. Potilasohjauksen haasteet käytännön hoitotyöhön soveltuvat ohjausmallit. Pohjois-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin julkaisuja. http://www.ppshep.fi/instancedata/prime_product_julkaisu/npp/embeds/16315_4_2006.pdf. 18.9.2010.

- Luojus, K. 1999. Aivokasvainpotilaiden kokemuksia hoidon aikaisesta ohjauksesta ja leikkauksen jälkeisestä selviytymisestä. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.
- Marinerr-Tomey, A. 1994. Hoitotyön itsehoitoteoria. Hoitotyön teoreetikot ja heidän työnsä. Helsinki: Sairaanhoidajien koulutussäätiö.
- Mattila, L-R., Sarajärvi A. & Rekola, L. 2011. Näyttöön perustuva toiminta – avain hoitotyön kehittymiseen. Helsinki. WSOYpro Oy.
- Mönkkönen, K. 2002. Dialogisuus kommunikaationa ja suhteena – vastaamisen, vallan ja vastuun merkitys sosiaalialan asiakastyön vuorovaikutuksessa. Kuopion yliopisto. Sosiaalitieteiden laitos. Väitöskirja.
- Nieminen, S. 2003. Potilaille viivakoodit. Varsinais-Suomen sairaanhoitopiiri. Lasaretti 4 (5), 14. www.vsshp.fi/fi/dokumentit/2353/Lasaretti_2003_05.pdf 2.12.2011.
- Nyberg, P. 9.3.2010. Keskustelu, nauhoittamaton.
- Nylund U., Rantahakala, H. & Ryyppö, J. 2007. Potilaan kokemuksia hoitajan toteuttamasta ohjauksesta ennaltasuunniteltujen toimenpiteiden yhteydessä. Diakonia-Ammattikorkeakoulu/Lahden ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. http://kirjastot.diak.fi/files/diak_lib/Lahti2007/70f40f_Lahti_Nylund_07.pdf. 19.9.2010.
- Opetusministeriö. 2006. Ammattikorkeakoulusta terveydenhuoltoon. Koulutuksesta valmistuvien ammatillinen osaaminen, keskeiset opinnot ja vähimmäisopinnot. Opetusministeriön työryhmämuistioita ja selvityksiä 2006:24. <http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf?lang=fi>. 7.1.2012.
- Parviainen S. 2009. Leikki-ikäisen lapsen vanhempien kokemuksia vastaanottotilanteessa lastenosastolla. Satakunnan ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Opinnäytetyö. https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/17353/2010_samk_parviainen_satu.pdf?sequence=1. 19.9.2010.
- Rekiaro, I. & Robinson, D. 1999. Gummeruksen suomi englantia suomi sanakirja. Jyväskylä. Gummerus kustannus Oy.
- Roper, N., Logan, W.W. & Tierney, A.J. 1992. Hoitotyön perusteet. Helsinki. Kirjayhtymä.
- Rosqvist, E. 2003. Potilaiden kokemukset henkilökohtaisesta tilastaan ja sen säilymisestä sisätautien vuodeosastoilla. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Väitöskirja. Päivitetty 9.2.2010. <http://herkules oulu.fi/isbn9514269608/isbn9514269608.pdf>. 2.12.2011.
- Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. 2009. Hoitotyön Etiikka. Helsinki: Edita.
- Suomen sairaanhoidajaliitto ry. 2011. Sairaanhoidajien eettiset ohjeet. https://www.sairanhoidajaliitto.fi/sairanhoidajan_ty_o_ja_hoitotyon/sairanhoidajan_ty_o/sairanhoidajan_eettiset_ohjeet/. 14.12.2011.
- Svenström, R. 1996. Hoidon tarve ja toteuttaminen potilaan ja hoitajan arvioimana. Oulun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Tuhkanen, M - L. 2006. Asiakkaan yksityisyyden turvaaminen hoitotyössä. Sairaanhoidaja –lehti 79 (3) http://www.sairanhoidajaliitto.fi/amatilliset_urapalvelut/julkaisut/sairanhoidaja-lehti/3_2006/muut_artikkelit/asiakaan_yksityisyyden_turvamine/. 3.12.2011.
- Vilka, H. 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Helsinki. Tammi.

- Vilpas, P. 2009. Tutkimusprosessin vaiheet.
<http://users.metropolia.fi/~pervil/tutkimusprosessi.pdf>. 15.1.2012.
- Valtakunnallinen terveydenhuollon eettinen neuvottelukunta (ETENE). 2001. Oikeudenmukaisuus ja ihmisarvo suomalaisessa terveydenhuollossa. Sosiaali ja terveysministeriö. Sosiaali- ja terveysministeriön selvityksiä 2001:1
http://www.etene.fi/c/document_library/get_file?folderId=17185&name=DLFE-544.pdf 4.12.2011.
- Vuorimaa, H. 2007. Kivun ja sairauden kokeminen. Kustannus Oy Duodecim. Terveyskirjasto Duodecim.
http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=reu00171. 21.2.2010.
- Väisänen, S. 2004. Hoitotyön etiikkaa oppimaan. Kajaanin Ammattikorkeakoulu. Julkaisusarja C1/2004.



OPINNÄYTETYÖN TOIMEKSIANTO

SOPIJAOSAPUOLET:

TOIMEKSIANTAJA PKSSK:lla Päivi NybergYhteystiedot: 050-3877864Sähköpostiosoite: paivi.nyberg@pkssk.fiOPISKELIJA Ulpu RautavaYhteystiedot: 0407658034 ulpu.Rautava@edu.pkamk.fi

TOIMEKSIANTOSOPIMUS:

POTILTAIDEN PSYKKISTEN JA SOSIAALISTEN TARPEIDEN HUOMIOIMINEN HOITAMÖSSÄ HOITAJAKSOLLA
 SOPIMUS KATTAA :- VASTAUSKUORET JA KYSELY-
 LOMAKKEISTON MONISTAMINEN
 - KYSELYLOMAKKEIDEN JAKMINEN
 - VASTAUSKIRJEIDEN LAIHESSA OPISKELIJALLE

Osapuolet ovat tänään sopineet toimeksiannosta seuraavaa: (esim. rahoitus, aikarajat, tekijänoikeudet)

- 1) DTK-SUUNNITELMA JA DTK-LUPAHAKEMUS 5/2010
- 2) KYSELYLOM. LAIHEVAIKSI 6/2010 - 7/2010
- 3) VASTAUKSEN LAIHEYS 1.8.2010 MENNESSÄ

Toimeksiantaja
 Olt Päivi NYBERG OSASTO 9A / PKKS

Opiskelija(t)
 ULPU RAUTAVA

Opinnäytetyön ohjaajana PKAMK:ssa toimii Hilkka Sidoroff

Päiväys ja allekirjoitukset

9.3.10

Päivi Nyberg
 Toimeksiantajan edustaja

Ulpu Rautava
 Opiskelija

Pohjois-Karjalan keskussairaala
Korva-, nenä- ja kurkkutautien osasto

KYSELY HOITOJAKSOSTA

Tämän kyselyn tarkoituksena on kuulla näkemyksenne osastohoitojaksosta. Palautteen perusteella on mahdollista kehittää hoitotyötä ja kiinnittää jatkossa huomiota hoitotyössä tärkeiksi kokemiinne asioihin. Kysymykset on tehty helpoiksi ja nopeiksi vastata, vastaamiseen kuluu aikaa n. 5 minuuttia. Jokainen vastaus on tärkeä. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista ja tapahtuu nimettömästi.

- Kysymykset koskevat hoitotyötä ja hoitajia, ei lääkäreitä.
- Kysymykset koskevat hoitoa osastolla 9A, eivät hoitoon liittyviä käyntejä osaston ulkopuolella kuten laboratoriossa, röntgenissä tai leikkaussalissa.

Opiskelen kolmatta vuotta sairaanhoitajaksi Pohjois-Karjalan Ammattikorkeakoulussa ja tämä kysely on osa tutkintoon kuuluvaa opinnäytetyötä, jonka teen aiheesta ”Potilaan psyykkisten ja sosiaalisten tarpeiden huomioiminen hoitotyössä hoitojaksolla”.

Vastatkaa kyselyyn hoitojakson päätyttyä ja palauttakaa kysely valmiissa palautuskuoressa (postimaksu maksettu) 11.2.2011 mennessä.

Vastaa mielelläni kyselyyn liittyviin kysymyksiin sähköpostilla:

Ulpu Rautava

ulpu.rautava@edu.pkamk.fi

KIITOS VASTAUKSESTA!

Pohjois-Karjalan keskussairaala
Korva-, nenä- ja kurkkutautien vuodeosasto

Kysely hoitojaksosta

Rastita parhaiten itseänne koskeva vaihtoehto.

1. Vastaajana:

- Potilas
 Huoltaja
 Potilas ja huoltaja yhdessä

2. Potilaan sukupuoli

- Mies
 Nainen

3. Potilaan ikä: _____ vuotta

4. Vastaajan elämäntilanne:

- opiskelija/koululainen
 työelämässä
 työtön
 koti-isä/kotiäiti
 eläkkeellä
 muu

5. Hoitojakson pituus vuorokausina

- 1
 2
 3-4
 5-7
 8 tai enemmän

6. Mikä alla olevista kuvaa parhaiten osastolle tulo tilannettanne?

- Tulin terveystieteiden tai ensiavun kautta päivystyspotilaana ennalta suunnitelmattomasti
 Tulin päiväkirurgiseen toimenpiteeseen ja tarkoituksena oli kotiutua samana päivänä
 Ennalta suunnitellusti leikkausta, tutkimusta tai muuta toimenpidettä varten

7. Kertoiko hoitaja mielestänne riittävän selkeästi seuraavista hoitoon liittyvistä asioista?

	Kyllä	Ei	En osaa sanoa
hoidon syyn	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
arvion hoidon kestosta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
osaston esittely	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
käytettävät lääkkeet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
toimenpiteet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
vastaukset omiin kysymyksiinne	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
koti/jatkohoito-ohjeet	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
yhteystiedot jos kysyttävää ilmenee myöhemmin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

8. Hoitoympäristö ja yksityisyys (rastita).

Kyllä Ei En osaa sanoa

Pääsittekö mielestänne kohtuullisen nopeasti
huoneeseen osastolle tullessanne

Saapuiko hoitaja riittävän nopeasti kelloa soitettuanne

Hoitaja koputti yleensä ennen huoneeseen tuloa
...olisin toivonut koputtavan useammin

Vaihtuivatko hoitajat liian usein

Tunnistitteko hoitajista teille nimetyn omahoitajan

Koittako tullessanne kuulluksi hoidosta päätettäessä

Jouduitteko puhumaan henkilökohtaisista
asioistanne muiden potilaiden kuullen

Kuulitteko hoitajien puhuvan muiden
potilaiden henkilökohtaisista asioista

...jos vastasitte Kyllä, kertokaa missä: _____

Oliko verhojen tai muiden näkösuojien käyttö riittävää

Oliko teillä kotiin lähtiessänne tunne että pärjätte kotona

Saitteko (saiko potilas) mielestänne levätyä
riittävästi sairaalassa ollessanne

Häiritseviä ääniä aiheuttivat **yöllä** (rastita yksi tai useampi):

- seinäkello remontti vierailijat siivoojat
 laitteet potilaat hoitajat ei mikään

Muu, mikä?

Häiritseviä ääniä aiheuttivat **päivällä** (rastita yksi tai useampi):

- seinäkello remontti vierailijat siivoojat
 laitteet potilaat hoitajat ei mikään

Muu, mikä?

9. Rastita sanat jotka mielestänne kuvaavat korva-, nenä- ja kurkkutautien osaston hoitajia.

- huolellinen
- myötätuntoinen
- ystävällinen
- kiireinen
- liian kovaääninen
- liian hiljainen
- ammattitaitoinen
- epäystävällinen
- yhteistyökykyinen
- luottamusta herättävä

10. Mitä muuta haluaisitte huomioitavan hoitojakson kehittämisessä ja hoitotyössä?

11. Pyydän vielä vastaamaan lisäksi seuraaviin kysymyksiin vain jos vastaatte kyselyyn huoltajana potilaan puolesta tai potilaan kanssa. Vastatkaa kysymyksistä vain niihin jotka liittyivät hoitojaksoon.

	Kyllä	Ei	En osaa sanoa
Yöpyikö myös huoltaja sairaalassa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Osasiko hoitaja huomioda potilaan ymmärryskyvyn kertoessaan hänelle hoidosta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Toimiko hoitaja luottamusta ja turvallisuuden tunnetta herättävästi	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Puhuiko hoitaja riittävästi sekä potilaalle että huoltajalle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Kerrottiinko teille tarvittaessa leikkaussalissa tai heräämössä olo ajan pitenemisestä	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
Huomioitiinko tiedät huoltajana riittävästi potilaan ollessa leikkaussalissa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>