

Tiia Kupiainen & Tiina Ylönen

OMAHOITAJASUHTEEN
TOTEUTUMINEN PSYKIATRISTEN
POTILAIEN NÄKÖKULMASTA
Kyselylomakkeen laatiminen Moision sairaala-
lan osasto 7 potilaille

Opinnäytetyö
Hoitotyö


Huhtikuu 2013




MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU

Mikkeli University of Applied Sciences

KUVAILULEHTI

 MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU <small>Mikkeli University of Applied Sciences</small>	Opinnäytetyön päivämäärä				
Tekijät Tiia Kupiainen & Tiina Ylönen	Koulutusohjelma ja suuntautuminen Hoitotyön koulutusohjelma, sairaanhoitaja				
Nimeke Omahoitajasuhteen toteutuminen psykiatristen potilaiden näkökulmasta					
Tiivistelmä Opinnäytetyö tehtiin Etelä-Savon sairaanhoitopiiriin kuuluvaan Moision sairaalaan osastolle 7. Opinnäytetyössä oli tarkoituksena luoda kyselylomake liittyen omahoitajasuhteeseen psykiatrisella osastolla. Kyselylomakkeen toimivuus esitettiin osaston kuudella potilaalla. Työn tavoitteena oli tehdä toimiva kyselylomake koskien yksilövastuista hoitotyötä ja omahoitajasuhteen toteutumista. Yksilövastuisessa hoitotyön mallissa hoitotyön painopiste on potilaan tarpeiden mukaisessa ja potilaslähtöisessä hoidossa. Omahoitajasuhde liittyy vahvasti yksilövastuiseen hoitotyöhön. Omahoitajuus tarkoittaa sitä, että potilaalla on omahoitaja, jonka vastuulla on potilaan kokonaisvaltainen hoito. Hoitajien näkökulmasta on tehty paljon tutkimuksia liittyen omahoitajasuhteeseen sekä somaattiselta että psykiatriselta alueelta. Potilaiden näkökulmasta tutkimuksia on vähemmän. Opinnäytetyössä lähdettiin liikkeelle toimeksiantajan toiveista. Toimeksiantoon liittyvän rajauksen pohjalta tehtiin kirjallisuuskatsaus. Kirjallisuuskatsauksen pohjalta työhön muodostui teoriapohja ja keskeiset käsitteet, jotka operationalisoitiin mitattavaan muotoon. Operationalisoinnin pohjalta rakentui kyselylomake, jota muokattiin yhdessä toimeksiantajan kanssa, minkä jälkeen kysely oli valmis esitettäväksi. Kyselylomake sisälsi neljä vaihtoehtokysymystä, kaksi avointa kysymystä sekä 22 Likertin asteikollista kysymystä. Kyselyn tuloksia ei analysoitu, vaan opinnäytetyössä keskityttiin kyselylomakkeen toimivuuden arviointiin. Esitestauksessa kyselylomake osoittautui toimivaksi. Avoimien kysymysten vastauksien perusteella vastaajat olivat ymmärtäneet kysymykset ja kokeneet kysymykset selkeiksi. Kyselylomakkeiden vastauksissa oli pientä hajontaa, ja jokaiseen kysymykseen oli vastattu. Työstämme hyötyy kyseenomaisen osaston hoitohenkilökunta, koska kyselylomaketta voidaan jatkossa käyttää myös hoitotyön tukena. Jatkossa kyselylomakkeella voidaan ottaa isompi otos vastaajia ja analysoida niistä saadut tulokset.					
Asiasanat (avainsanat) Psykiatrinen hoitotyö, yksilövastuinen hoitotyö, omahoitajasuhde, operationalisointi					
Sivumäärä	<table border="1" style="width: 100%; border-collapse: collapse;"> <tr> <td style="width: 33%;">Kieli</td> <td style="width: 33%;">URN</td> </tr> <tr> <td style="text-align: center;">Suomi</td> <td></td> </tr> </table>	Kieli	URN	Suomi	
Kieli	URN				
Suomi					
Huomautus (huomautukset liitteistä)					
Ohjaavan opettajan nimi Hanna-Elina Vuorimaa	Opinnäytetyön toimeksiantaja Satu Vitikainen, osastonhoitaja; Moision sairaala osasto 7.				

DESCRIPTION

 <p>MIKKELIN AMMATTIKORKEAKOULU Mikkeli University of Applied Sciences</p>	Date of the master's thesis
Author(s) Tiia Kupiainen & Tiina Ylönen	Degree programme and option Nursing program, registered general nurse
Name of the master's thesis The relationship with the primary nurse from the perspective of psychiatric patients	
Abstract <p>This thesis was made for Moisio hospital ward 7. The purpose was to create questionnaire. Questionnaire deals with primary nursing in psychiatric ward. The functionality of the questionnaire was tested with six patients of the ward. The purpose of the thesis was to create functional questionnaire concerning primary nursing.</p> <p>The focus of the nursing in the model of the primary nursing is patient centered. Primary nursing means that the patient has a primary nurse who is responsible for the comprehensive care of the patient. Many researches have been made concerning the relation of the primary nurse both from somatic and psychiatric area.</p> <p>The starting point of this thesis was the wishes of the commissioner. Based on this, theoretical background and key concepts were formulated for this thesis. These were operationalized into measurable form. Thus an operationalized, formed questionnaire was made which was modified with the commissioner. After that questionnaire was finished for testing. Questionnaire included four alternative questions, two open questions and 22 point Likert scale questions. Testing was carried out by six psychiatric patients. This thesis focused how questionnaires works in practice. Results were not analysed.</p> <p>On the basis of open questionnaire respondents had realized the questions and understood them clearly. There was a bit dispersion on the answers and every questions was answered. From this thesis advantage goes to specific staff of the ward because questionnaire can be used also in help of the treatment. In the future, questionnaire can be given to bigger number of answerers and the results can be analyzed</p>	
Subject headings, (keywords) psychiatric nursing, primary nursing, operationalize,	
Pages	Language Finnish
	URN
Remarks, notes on appendices	
Tutor Hanna-Elina Vuorimaa	Master's thesis assigned by Satu Vitikainen

SISÄLTÖ

1	JOHDANTO	1
2	MOISION SAIRAALA OSASTO 7	2
3	MIELENTERVEYSTYÖ PSYKOOSIEN HOITO-OSASTOLLA	4
3.1	Mielenterveystyö	6
3.2	Mikä on psykoosi?	8
3.3	Skitsofrenia	10
3.4	Psykiatrinen hoitosuhde	13
4	YKSILÖVASTUINEN HOITOTYÖ	15
4.1	Yksilövastuisen hoitotyön määritelmä	16
4.2	Yksilövastuisen hoitotyön periaatteet	19
4.3	Vuorovaikutus omahoitajasuhteessa	20
5	OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS	23
5.1	Opinnäytetyön tavoite	23
5.2	Luotettavuus ja eettiset kysymykset	24
6	KYSELYLOMAKEEN LAATIMINEN YHTEISTYÖPROSESSINA TOIMEKSIANTAJAN KANSSA	26
6.1	Kyselylomakkeen laatiminen	26
6.2	Kohderyhmä	29
6.3	Operationalisointi	29
6.4	Kyselylomakkeen rakentuminen operationalisoinnin kautta	33
7	OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	37
8	ESITESTAUS JA SIITÄ SAADUT TULOKSET	40
9	POHDINTA	43
	LÄHTEET	47

LIITTEET

- 1 Lupa opinnäytetyön toteuttamiseksi
- 2 Lupa-anomus
- 3 Saatekirje
- 4 Kyselylomake

1 JOHDANTO

Opinnäytetyössä tutkimustavoitteenamme on rakentaa toimiva kyselylomake toimeksiantajalle käyttämällä tukena aikaisempaa tutkimustietoa yksilövastuisesta hoitotyöstä ja selvittämällä vastaavanlaiseen aihepiiriin liittyvien kyselylomakkeiden käyttöä Suomessa. Toimeksiantajamme on Etelä-Savon sairaanhoitopiirin Moision sairaalan osaston seitsemän osastonhoitaja Satu Vitikainen. Käytämme apuna toimeksiantajalta saatua pohjatietoa omahoitajuuden merkityksestä potilaalle Etelä-Savon sairaanhoitopiirin Moision sairaalan osastolla seitsemän. Kyselylomakkeen laatu, kysymysten osuvuus ja ymmärrettävyys varmistettiin koekyselyllä, jossa potilaat pääsivät antamaan palautetta kyselylomakkeen ymmärrettävyydestä. Tavoitteena esitestauksen jälkeen oli, että kyselylomake jää osastolle jatkuvaan käyttöön hoitotyön tueksi. Opinnäytetyömme rajautui kyselylomakkeen tekoon, koska aikataulumme työn teossa oli rajallinen. Kyselylomake on pääasiassa suunnattu kotituville potilaille ja osastolla potilaiden kotiutuminen on hidasta, joten sen vuoksi laadimme vain mittarin ilman tulosten analysointia. Keskeistä opinnäytetyössä on operationalisoinnin toteuttaminen. Opinnäytetyöntekijöiden tavoitteena on oppia rakentamaan toimiva kyselylomake käyttämällä erilaisia tiedonhakumenetelmiä ja löytää niistä luotettavaa tietoa teoriapohjaan.

Opinnäytetyö ja siinä rakennettu kyselylomake on suunnattu suljetulle vuodeosastolle. Osastolla hoidetaan vakavia mielenterveyden häiriöitä, joista olemme työssä käsitelleet psykoosin ja skitsofrenian, koska ne ovat yleisimmät sairaudet osastolle. Osastolla on käytössä omahoitajamalli, jota osasto on pyrkinyt kehittämään. Omahoitajamalliin kuuluu omahoitajatyöryhmiä, jotka koostuvat osaston hoitajista. Omahoitajatyöryhmiä osastolla on viisi. Omat hoitajat huolehtivat potilaan hoitosuunnitelman kokonaisvaltaisesta suunnittelusta, toteutuksesta ja arvioinnista. Jokaisella potilaalla on lisäksi nimetty aamu- ja iltavuoroihin vastuuhoitaja, joka huolehtii yhteistyössä potilaan kanssa hoitosuunnitelman toteutuksesta ja tarvittaessa sen päivittämisestä. (Vitikainen 2012.)

Omahoitajuuden tarkoituksena on, että potilaalle saadaan korkeatasoinen hoito, joka lisää potilaan omia mahdollisuuksia osallistua hoitoon ja hoitoon liittyvään päätöksen tekoon. Omahoitajuus mielenterveystyössä tarkoittaa hoitosuhdetta. (Nyman 2006,8.)

2 MOISION SAIRAALA OSASTO 7

Moision sairaala kuuluu Etelä-Savon sairaanhoitopiiriin. Sairaanhoitopiiriin kuuluu Mikkelin keskussairaala, jossa on 209 somaattista sairaansijaa sekä Moision sairaala, jossa on 75 psykiatrista ja 21 somaattista sairaansijaa. Etelä-Savon sairaanhoitopiiri on yhteistyö- ja palveluorganisaatio, jonka toiminta-ajatuksena on toteuttaa osaansa terveydenhuollon palvelujärjestelmässä. Sairaanhoitopiirin toiminta pyrkii erityisosaamisen saatavuuteen Etelä-Savossa, potilaiden tyytyväisyyteen, yksilölliseen ja tasarvoiseen asiakaspalveluun, terveeseen ammattiyllpeyteen sekä tuloksellisuuteen. (Etelä-Savon sairaanhoitopiiri 2012.) Moision sairaala sijaitsee n. neljä kilometriä Mikkelin keskustasta itään. Psykiatrisia osastoja sairaalassa on neljä sekä psykogeriatrian poliklinikka ja 10-paikkainen nuoriso psykiatrian osasto.

Opinnäytetyömme aihe on suunnattu Moision sairaalan osastolle 7, joka on toimeksiantajamme. Tarkoituksena opinnäytetyössä on rakentaa kyselylomake osaston käyttöön. Kyselylomakkeen avulla selvitetään omahoitajasuhteen toteutumista ja toimivuutta osastolla. Teimme osaston potilaille kyselylomakkeen, jolla hankimme tutkimustietoa kyseisestä aiheesta. Kysely on suunnattu pääasiassa kotiutuville potilaille, mutta tarkoituksena on myös, että kyselylomaketta voidaan käyttää hoitotyön tukena pitkäaikaispotilaille. Hoitohenkilökunta saa konkreettista tietoa siitä, mistä hoitajan ja potilaan välisessä hoitosuhteessa on ollut potilaalle hyötyä. Aiheemme on työelämälähtöinen. Moision sairaalan osasto 7 osastonhoitaja on toimeksiantajamme ja hän tilasi meiltä tämän aiheen, joka on potilastyytyväisyyskysely, jonka pohjana on hoitosuhde ja omahoitajuus. Osasto on parin viimeisen vuoden aikana kehittänyt omahoitajasuhdetta käymällä koulutuksissa. Osaston lähtötilanteesta omahoitajasuhteeseen ei ole tietoa, koska asiaa ei tutkittu.

Moision sairaalan osasto 7 on pääasiassa psykoosien hoito-osasto. Osastolla on 16 vuodepaikkaa ja se on suljettu osasto. Vuodeosasto sijaitsee sairaalan B-talossa. Toimintamallina on, että potilaille varataan omahoitajaryhmä, jonka tehtävän on huolehtia potilaan hoidon suunnittelusta ja toteutuksesta huomioiden potilaan perhe ja muu verkosto. Omahoitaja työryhmä muodostuu osaston 4–6 hoitajasta. Heidän tukena

toimii moniammatillinen työryhmä, johon kuuluu psykologi, sosiaalityöntekijä, toimintaterapeutti, fysioterapeutti, sairaalateologit ja erilaisten terapioiden ohjaajat. (Etelä-Savon sairaanhoitopiiri 2007.)

Omahoitajaryhmä huolehtii potilaan kokonaisvaltaisesta hoidosta, hoidon suunnittelusta, toteutuksesta sekä arvioinnista. Osastolla on viisi omahoitajaryhmää, jotka ovat määritelty värien mukaan. Jokainen väri edustaa yhtä omahoitajaryhmää, ja näihin ryhmiin on määritelty omahoitajat. Jokaisella potilaalla on oma omahoitajaryhmä. Osastolla on käytössä vastuuhoitajamalli. Potilaalla on sekä ilta- että aamuvuorossa vastuuhoitaja, joka vastaa potilaan hoidon toteutuksesta hoitosuunnitelman mukaisesti sen vuoron ajan. Vastuuhoitaja ei välttämättä ole omahoitajaryhmän jäsen. Vastuuhoitajan tehtäviin kuuluu potilaan hoidon toteuttaminen, kun taas omahoitajaryhmä katsoo potilaan hoitoa kokonaisvaltaisemmin ja he suunnittelevat potilaan hoidon. Aihe on osastolle ajankohtainen, koska osastolla pyritään siihen, että kaikilla potilailla on joka vuorossa vastuuhoitaja. Aihe on ajankohtainen myös siksi, että osaston hoitotyöntekijät ovat parin vuoden ajan tehneet työtä kehittääkseen oma-hoitajasuhdetta osastolla. (Vitikainen 2012.)

Ammatillisen työryhmän osastolla muodostavat ylilääkäri, osastonlääkäri, osastonhoitaja, apulaisosastonhoitaja, sairaanhoitajia, mielenterveyshoitajia, lähihoitajia, osastonsihteri sekä sairaalahuoltajia. Potilaille järjestetään hoitajakson aikana yhteisöllistä toimintaa, kuten yhteisökokouksia ja vastuutehtäviä. Vastuutehtäviä voivat muun muassa olla potilaiden kahvihuoneen siistiminen, keittiökärryn vieminen, liitutaulun päivittäminen. Potilaat osallistuvat myös toiminnallisiin ja opetuksellisiin ryhmiin. (Etelä-Savon sairaanhoitopiiri 2007.)

Sairaanhoitajan ammatin kannalta työmme on tärkeä, jotta kyseisen osaston hoitajat saavat palautetta siitä, mikä omahoitajasuhteessa on onnistunut ja samalla hoitajat saavat tiedon mahdollisista kehitysalueista omahoitajasuhteessa. Opinnäytetyömme myötä hoitajat saavat palautetta potilailta ja tätä kautta voivat kehittää itsensä ammatillisesti.

Kirjallisuuskatsaus opinnäytetyön toteuttamisessa

Opinnäytetyössä tiedonhakusanoina ovat psykiatria, hoitosuhde (työskentely), omahoitaja/-juus, yksilövastuinen hoitotyö sekä vuorovaikutus.

Tiedonhakusanat perustuvat opinnäytetyön keskeisiin käsitteisiin. Tässä työssä on hyvä keskittyä samojen käsitteiden käyttämiseen tiedonhakusanoinkin. Opinnäytetyössä on käytetty erilaisia tietokantoja, jotta työhön saadaan mahdollisimman kattava teoriapohja. Apuna tiedon hakuun on käytetty tiedonhaun välineinä eri ohjelmia, kuten Aleks, ARTO, MEDIC sekä LINDA. Nämä ohjelmat kertovat laajasti hakusanojen pohjalta hyviä kirja- sekä artikkelilähteitä. Tiedon haussa on käytetty hyväksi Mikkelin ammattikorkeakoulun kirjastoa sekä muita Mikkelin kirjastoja. Kirjastoista työhön on haettu tietoa hoitoalan kirjoista, artikkeleista sekä tutkimuksista. Työssä on käytetty internetlähteitä, joiden sisältö on arvioitu luotettavaksi ja käyttökelpoiseksi. Työssä on myös otettu huomioon sairaanhoitajan eettiset ohjeet sekä mielenterveyslaki.

Opinnäytetyön tiedon haussa käytettävät käsitteet ovat hieman muuttuneet opinnäytetyötä kirjoittaessa. Käsitteitä on yhdistetty toisiinsa, jotta työhön on saatu mahdollisimman kattava teoriapohja. Käsitteinä olivat psykiatrinen hoitotyö sekä omahoitajuus, mutta omahoitajuus ja hoitosuhde ovat teorioiltaan yhdenvertaisia käsitteitä, joten työhön on yhdistetty niiden teoritiedot ja käsitteiksi muodostui vuorovaikutus omahoitajasuhteessa ja psykiatrinen hoitosuhde sekä yksilövastuinen hoitotyö. Myös mielenterveys-käsite on muokattu muotoon mielenterveystyö, koska mielenterveys käsitteenä on erittäin laaja. Opinnäytetyön teoriaperustassa on käytetty sekä tutkimus että kirjallaisiin perustuvaa tietoa. Tavoitteena oli saada erilaisia lähteitä käyttämällä omahoitajasuhteesta kokonaisvaltainen kuva.

3 MIELENTERVEYSTYÖ PSYKOOSIEN HOITO-OSASTOLLA

Mielenterveyslain 1. luvun 1. §:n mukaan mielenterveystyö tarkoittaa henkilön psyykkisen hyvinvoinnin, toimintakyvyn ja persoonallisuuden kehittymisen sekä kasvun edistämistä. Lain mukaan mielenterveystyöllä tarkoitetaan myös mielenterveyden häiriöiden ja mielisairauksien parantamista, lievittämistä ja ennaltaehkäisyä. Mielenterveystyöhön kuuluvat mielenterveyshäiriöitä sairastavat ihmiset ja heidän lääketieteellisesti arvioitujen sairauksien sekä niiden vuoksi annettavat sosiaali- ja terveyden-

huollon palvelut, joilla tarkoitetaan mielenterveyspalveluita. Mielenterveystyöhön kuuluu lisäksi koko väestön elinolojen kehittäminen niin, että olosuhteet ennaltaehkäisevät mielenterveyshäiriöitä, edesauttavat mielenterveystyötä sekä auttavat palveluiden järjestämistä. (Mielenterveyslaki 1116/1990.)

Useimmiten psykiatrinen potilas on somaattisesti terve. Potilaan ongelmat liittyvät yleensä toimeentuloon itsensä kanssa ja vuorovaikutussuhteisiin. Esimerkiksi psykiatriselle potilaalle vuorovaikutustilanteet voivat olla haastavia. Näissä onnistuakseen potilaan tulee pystyä ympäristön kanssa tyydyttävään vuorovaikutussuhteeseen säilyen omana itsenään. Suljetulla vuodeosastolla tällä tarkoitetaan potilaan vuorovaikutussuhdetta sairaanhoitajan kanssa. (Hottinen & Hupli 1994, 1.)

Potilaan inhimillisiin tarpeisiin huomion kiinnittäminen psykiatrisessa hoitosuhteessa on tärkeää. Hoitosuhteen tavoitteena on tukea ja auttaa potilasta sekä tämän läheisiä käyttämään ja tiedostamaan omia voimavarojaan. Hoitosuhteessa autetaan omien tunteiden arvioimista ja tunnistamista. Potilaan tulee ymmärtää ristiriidat itsessään ja muiden välillä sekä tunnistaa toimintatapoja ristiriitojen selvittämiseksi. Näiden keinojen avulla pyritään edistämään kokonaisvaltaisesti yksilön psyykkistä hyvinvointia ja toimintakykyä. (Hottinen & Hupli 1994, 1.)

Linnainmaan (2006) mukaan mielenterveystyössä hoitotyön keskeisin alue on inhimillisten vastauksien löytämisessä ihmisen jokapäiväisessä elämässä hoitajan ja potilaan välisessä vuorovaikutussuhteessa ja potilaan psykososiaalisessa käyttäytymisessä. Mielenterveystyötä voidaan kuvata myös sosiaalisesti parantamiseksi. Mielenterveystyön tehtävä on auttaa ihmisiä heidän kokemien ongelmien kanssa. Kokemus psyykkisestä häiriöstä voidaan kokea jokapäiväiseen elämään vaikuttavana erilaisena ongelmana, ja siksi on tärkeää että mielenterveystyö toteutuu niin, että se on yhteydessä jokapäiväiseen elämään.

Psykiatrinen hoito ja hoitotyö ovat osa mielenterveystyötä. Potilas-hoitajasuhde on olennainen tekijä mielenterveystyössä. Mielenterveystyössä eräänä tehtävänä on potilaan merkityksien ja arvojen selvittäminen. Mielenterveystyötä toteutettaessa tulisi ilmapiirin olla hyväksyttävä, jotta potilas voi luotettavassa ja turvallisessa hoitosuh-

teessa hyväksyä omat negatiiviset ja positiiviset ominaisuutensa. (Linnainmaa 2006, 23.)

3.1 Mielenterveystyö

Mielenterveystyö jaetaan mielenterveyttä edistävään, mielenterveyden häiriöitä ehkäisevään ja korjaavaan toimintaan. Edistävällä toiminnalla tarkoitetaan mielenterveyttä edistävien yhteiskunnallisten ja yksilöllisten tekijöiden tunnistamista ja voimistamista. Kun pyritään ehkäisemään mielenterveyshäiriöitä, toiminnan tulee tunnistaa uhkaavia tekijöitä ja torjua niitä. (Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos 2007.)

Teoreettisia lähestymistapoja pidetään mielenterveystyön lähtökohtina. Näiden avulla voidaan hahmottaa henkilöä ja hänen elämäänsä. Lähestymistavoista keskeisempiä ovat biologinen, psykodynaaminen, behavioristinen, kognitiivinen, humanistinen, systeeminen ja konstruktionistinen. Yksinään mikään näistä lähestymistavoista ei riitä, vaan mielenterveystyössä lähestymistapojen tarpeenmukainen käyttö ja niiden yhdistäminen on olennaista hoidon onnistumisen kannalta. Yhteistyösuhteessa tärkeää on lähteä liikkeelle asiakkaan sen hetkisestä tilanteesta. (Pihlaja 2008, 11.)

Biologinen lähestymistapa selventää ihmistä sekä anatomisena että fysiologisena kokonaisuutena. Tämä myös korostaa mielenterveyshäiriöiden perinnöllisyyttä ja geenitutkimusta sekä hermoston ja aivojen välittäjäaineiden toimintaa psyykkisten häiriöiden tarkastelussa. Lähestymistapa tutkii myös psykelääkkeiden vaikutusmekanismeja. (Pihlaja 2008, 11–12.) Tässä lähestymistavassa ihmistä voidaan tarkastella näiltä osa-alueilta mittausten ja kokeellisten tutkimuksien avulla. Biologinen lähestymistapa tarkastelee poikkeavuuksia, kuten sairauksia, syy-seuraussuhteiden kautta ja perustuu samalla luonnontieteisiin. Esimerkiksi aivojen välittäjäaineenvaihdunnan häiriötiloja hahmotellaan mielialahäiriöiksi. Lähestymistavan mukainen hoito on kemiallista ja fysikaalista. (Kiviniemi ym. 2007, 36.)

Psykodynaamisen lähestymistavan painopisteitä ovat varhaislapsuuden kehityksen ja ihmisen tiedostamattoman minän yhteys mielenterveyteen ja sen ongelmiin (Kiviniemi ym. 2007, 36.) Lähestymistavan mukaan mielenterveyden häiriöt ovat tuloksia vahingollisten ympäristötekijöiden ja sisäisten ristiriitojen kietoutumisesta toisiinsa.

Psykodynaaminen lähestymistapa kiinnostuu ihmismielen sisäisistä lainalaisuuksista, mielikuvista ja ihmisen henkisestä kasvusta, jotka tapahtuvat vuorovaikutuksessa toisten ihmisten kanssa. Mielenterveys liittyy täten siis ihmisen omanlaiseen kokemukseen psyykkisestä hyvinvoinnistaan. (Pihlaja 2008,11.)

Behavioristinen lähestymismalli kuvaa, että ihminen on passiivinen ja vastaanottaa ympäristön ärsykeitä. Erilaisilla ulkoisilla palkkioilla ja rangaistuksilla voidaan ohjata ihmisen käyttäytymistä. Ulkoisella ja havaittavalla käyttäytymisellä on pääpaino tässä lähestymistavassa. Lähestymistapa tukeutuu mittaus- ja havainnointimenetelmiin, joita on luonnontieteissä käytössä. Lähestymistapa tukeutuu keskeisiin toimintamenetelmiin, joita ovat palkitseminen ja palkitsematta jättäminen sekä etuisuuteen liittyvät toimintatavat. (Kiviniemi ym. 2007, 37.)

Kognitiivisen lähestymistavan mukaan mielenterveysongelmista kärsivällä henkilöllä on opittuja ja vääristyneitä ajattelumalleja suhteessa itseensä ja muihin sekä ympäristöön. Näiden ajattelumallien purkamiseksi tulisi siis yksilön saada myönteisiä kokemuksia hyödyntämällä vahvuuksiansa. Sosiaalinen selitysmalli painottaa ihmissuhteita, perheen ja yhteiskunnan vuorovaikutusta sekä mielenterveysongelmia yhteiskunnallisena ilmiönä. (Pihlaja 2008, 11.) Kognitiivinen lähestymistapa kertoo, että ihminen on oppiva ja ihminen omaa luontaisen kyvyn muuttua ja löytää uusia toimintamalleja elämäänsä. Lähestymistavassa on kolme perusolettamusta; kaikenlainen käyttäytyminen on tahdonalaista, myös oireet. Toinen perusolettamus on, että käyttäytymisen motiiveja mietittäessä tulee pyrkiä näkemään asioiden ja tilanteen myönteinen puoli. Viimeinen perusolettamus on, että ihminen elää omalla tavallaan ja se tulee hyväksyä. Häntä tulee kuitenkin auttaa elämään ilman elämää vaikeuttavia oireita taikka ongelmia. Lähestymismalli on hyvä käytettäväksi masentuneen tai ahdistuneen hoidossa. (Kiviniemi ym. 2007, 37.)

Ihmisen omaa tahtoa, luovuutta sekä mahdollisuutta kehitykseen ja kasvuun painotetaan humanistisessa lähestymistavassa. Lähestymistavassa ihminen nähdään valintoja tekevänä subjektina, jolla on paljon voimavaroja. Tämä malli ja näkemys sisältää ajatuksen siitä, että ihminen on vastuullinen ja ainutkertainen. Lähestymismallin tehtävänä on auttaa potilasta vahvistamaan ja tunnistamaan voimavarojaan. Yhteistyösuhde on keskeisellä sijalla hoitavan henkilön ja potilaan välillä. Ihmisen psyykkiset ongel-

mat ovat humanistisen lähestymismallin mukaan yhteydessä ihmisen itsetuntoon, itsearvostukseen ja minätietoisuuteen. (Kiviniemi ym. 2007, 38.)

Systemisessä lähestymismallissa ihminen nähdään osana ympäristöä. Erilaiset roolit vaikuttavat myös voimakkaasti hänen elämäänsä. Lähestymistapa on sosiaalinen ja työskentelytavat perustuvat perhe-, ryhmä ja yhteisökeskeisyyteen. Perhe on tiivein yhteisö, jossa ihminen elää, erilaisia yhteisöjä ihmisen elämässä on monia ja niissä eletään jatkuvasti. Perhe on kokonaisuus, joka on systemaattinen ja siinä kaikki vaikuttaa toisiinsa. Systemaattisen lähestymistavan mukaan ei ole siis järkevää hoitaa vain yksittäistä henkilöä vaan koko perhettä. Perheen ja yhteisön ongelmat nähdään prosessina ja niiden ratkaisemiseen tarvitaan kaikkien jäsenten panosta. (Kiviniemi ym. 2007, 38.)

Konstruktionistisen lähestymismallin mukaan ihmisen uudet kokemuksen liitetään jo aiemmin elettyihin kokemuksiin. Näin muodostetaan ainutkertainen tarina, jossa eri vaiheet tukeutuvat toisiinsa. Ihminen elää vuorovaikutuksessa jatkuvasti ympäröivän maailman kanssa. Kulttuuri, ympäristö ja ihmissuhteet muovaavat ihmistä ja hänen suhtautumistapojaan. Ihminen muovaa lähestymistavan mukaan myös itse ympäristöään. Antamalla persoonallisen panoksen ja luovuutensa ihminen vaikuttaa näin ympäristöönsä. Ihmisen välisessä vuorovaikutuksessa tieto ja käsitykset eri ilmiöistä muovautuvat. Yksilöllisen kokemuksen ja ympäristön kanssa käytävän vuorovaikutuksen tuloksena mielenterveys muovautuu, siihen vaikuttaa myös fysiologiset tekijät. Lähestymistapa tarjoaa väljän lähestymistavan mielenterveystyöhön, koska se ei sulje pois mitään, vaan asiakkaan tarpeet määrittävät mielenterveystyötä. (Kiviniemi ym. 2007, 39.)

3.2 Mikä on psykoosi?

Kun potilas saapuu Moision sairaalan osastolle 7, hänellä on yleensä jonkin asteinen psykoosi. Psykoosin hoito on usein osastolla hoidon ensimmäinen vaihe. (Vitikainen 2012.) Tässä luvussa käsittelemme psykoosia ja sen hoitoa yleisesti. Mielenterveydenhäiriöt ovat yleisiä, suomalaisista joka viides aikuinen kärsii niistä. Vain viidesosa häiriöistä kärsivistä on riittävässä psykiatrisessa hoidossa. Yli puolet sairastuneista on vailla minkäänlaista hoitoa. (Lönqvist, ym. 2011, 630, 637.) Mielenterveysongelmis-

ta koituu paljon erilaisia kustannuksia, elämän tahdon menetystä, toimintakyvyn heikentymistä ja paljon inhimillistä kärsimystä. Suurin osa väestön mielenterveyden ongelmista kohdataan perusterveydenhuollossa, jossa tulee osata auttaa masentuneisuudesta, ahdistuneisuudesta ja päihdeongelmista kärsiviä. Suomalaisten tutkimusten mukaan perusterveydenhuollon potilaiden mielenterveyden häiriöistä jopa puolet jää tunnistamatta, mutta viimeisten vuosien aikana oireiden tunnistaminen on parantunut. (Lönnqvist, ym. 2011, 630, 637.)

Psykoosi on monitahoinen mielenterveyshäiriö, ja sitä pidetään yhtenä vaikeimmista mielen häiriöistä. Varhainen sairastumisen tunnistaminen on tärkeää. (Hentinen ym. 2009, 41.) Psykoosi etenee hitaasti ja piilevästi. Psykoosin muista mielenterveyshäiriöistä erottaa se, että sairastuneella henkilöllä on todellisuudentajun häiriöitä. (Lundin & Ohlsson 2003, 26.) Psykoosiin sairastumisen yhtä ainoaa syytä ei ole löydetty, perimän vaikutus ja sen altistaminen sairastumiseen on pystytty näyttämään toteen tieteellisesti. Myös psykoosipotilaille tehdyillä tutkimuksilla voidaan osoittaa keskushermostossa tapahtuneita rakenteellisia muutoksia, joilla on mahdollisia vaikutuksia sairauden puhkeamiseen. Joillakin somaattisilla sairauksilla ja puutteellisilla psykososiaalisilla suhteilla voi olla myös osaa psykoosin puhkeamisessa. (Hentinen ym. 2009, 41.)

Psykoosiin liittyvä minuuden hallitsemattomuus sisältää emotionaalisen, fyysisen minän muuttumisen ja itsehallinnan menetyksen tunteen. Emotionaalisesti tämä tarkoittaa sitä, että minäkuva muuttuu sairauden myötä. Fyysisesti minäkuvan muuttuminen merkitsee kokonaisvaltaista fyysistä uupumusta, unettomuutta, tunteita fyysisten elintoimintojen muuttumisesta ja erilaisia kipuja. (Korkala ym. 2009, 9.)

Psykoosiin sairastunut tulee kokemaan sairautensa aikana selittämättömiä tunteita ja vaikutelmia. Sairastuneen ihmisen omat ajatukset sekä maailmankatsomus tulee vähitellen tärkeämmäksi. Näin ajatuksista ja puheista tulee entistä painostavampia ja hankalampia muiden ymmärrettäväksi. Psykoosiin sairastuneen ihmisen sisäinen maailma saa kehossa yliotteen ja ulkoinen maailma ja sen tuomat kokemukset koetaan ja tulkitaan eri tavalla kuin terveenä ollessa. Psykoosiin sairastuneen yleisiä oireita voivat olla lisääntynyt eristäytyminen perheestä ja ystävistä, tunneperäisten reaktioiden muuttuminen, omaan mielikuvitus- ja ajatusmaailmaan syventyminen lisääntyä, jat-

kuvasti seurattuna olemisen ajatukset vahvistuu, sairastuneella voi olla selittämättömiä äärimmäisiä hilpeys tai alakuloisuus jaksoja sekä mielenkiinto päivittäisiä asioita ja toimintoja kohtaan on vähentynyt. (Lundin & Ohlsson. 2003, 26.) Psykoosin ensioireet voivat henkilöstä riippuen kestää päivästä moniin vuosiin (Korkala ym. 2009, 10).

Salokankaan ym. (2007) tekemässä tutkimuksessa tuodaan esille, että useat tutkimukset ovat osoittaneet, että skitsofreniapotilaat ovat sairastaneet psykoottista häiriötä 1–2 vuotta ennen hoitoon tuloaan. Suuri enemmistö potilaista on kärsinyt ei-psykoottisista oireista jo vuosien ajan ennen psykoottisten oireiden puhkeamista. (Salokangas ym. 2007.) Uusimmissa tutkimuksissa todetaan, että varhainen sairauteen puuttuminen ja hoidon ajoissa aloittaminen ovat hoidon onnistumisen keskeisiä lähtökohtia. Psykoosin hoidossa kaikki alkaa hyvästä vuorovaikutussuhteen luomisesta sekä sen toimivuudesta. (Martikainen 2010, 8–9.)

Psykoosin hoidossa tärkeää on ottaa huomioon perhetyön merkitys, potilaslähtöisyys hoitotyössä ja kokemuksellisuus vuorovaikutuksessa. Psykoottinen potilas saattaa elää omassa maailmassaan, esimerkiksi jos potilas kärsii harhoista, hänen todellisuutensa rakentuu harhojen kautta. Näin ollen psykoosin syitä etsimällä voidaan kartoittaa niitä tekijöitä, joille henkilö on altis ja jotka pitävät yllä hänen sairauttaan. Lääkehoidolla voidaan lievittää oireita ja tätä kautta potilas voidaan saada vastaanottavaisemmaksi hoidolle. Kokonaisvaltainen hoitotyö mahdollistuu potilaan kokemuksien kautta ja niiden avulla. (Hentinen ym. 2009, 45–49.)

3.3 Skitsofrenia

Monien mielenterveysongelmien, kuten myös skitsofrenian syitä on vaikea tietää. Kun ystävät ja perhe saavat tietoa skitsofreniasta sairautena, he ovat yleensä shokissa, peiloissaan tai vihaisia. Usein skitsofreniaa sairastavasta ajatellaan, että hän on väkivaltaisempi kuin henkilö, jolla on jokin muu vakava mielenterveyden sairaus. (Bengston 2012.)

Skitsofrenia eli jakomielitauti alkaa tyypillisesti varhaisessa aikuisiässä. Se on vakava psykiatrinen sairaus, joka on yleisin mielisairaudeksi luokiteltu sairaustila. Tyypillistä skitsofrenialle on, että henkilöllä on erilaisia vääristymiä ajattelussa ja havaitsemisessa. Näitä kutsutaan harhaluuloiksi ja aistiharhoiksi sekä henkilöllä on usein tunneilmaisujen poikkeavaisuutta. (Huttunen 2011.)

Määritelmät skitsofrenian diagnoosista ovat muuttuneet vuosien aikana. Tämän hetki- sen määritelmän mukaan diagnoosi edellyttää, että henkilöllä on ollut ainakin kuukau- den ajan kaksi tyypillistä skitsofrenian oiretta. Tyypillisiä oireita ovat aistiharhat, har- haluulot, pahasti hajanainen puhe tai käytös sekä tunteiden ilmaisun selkeä latistumi- nen. Tämän lisäksi diagnoosi edellyttää, että henkilön sosiaalinen toimintakyky on heikentynyt ja se on kestänyt muutaman kuukauden ajan yhtäjaksoisesti. Sairastuneel- la oireet voivat vaihdella suuresti sairauden eri vaiheissa sekä eri potilailla. (Huttunen 2011.)

Yksi tapa selittää skitsofrenian syntyä on stressi-alttiusmalli eli stressi- haavoittuvuusmallin pohjalta voidaan ymmärtää skitsofrenian synty. Mallin mukaan sairaus puhkeaa alttiille henkilölle joko sisäisen tai ulkoisen stressin seurauksena. Stressi voi olla joko normaaliin aikuistumiseen tai parisuhteen syntyyn liittyvä tekijä tai liiallinen alkoholin tai huumeiden käyttö. Alttius voi olla joko varhaiskehityksen aikana syntyntä tai perinnöllistä, mutta myös näiden kahden yhdistelmä. Yleisesti on todettu, että sairauteen liittyy varhaisessa vaiheessa syntynyt keskushermoston häiriö, joka altistaa sairauden puhkeamiselle. Skitsofrenian hoidossa vaikutetaan lääkehoidol- la alttiuteen sekä psykososiaalisilla eli psyykkisiin ja sosiaalisiin tekijöihin vaikutta- villa hoitomuodoilla stressitekijöihin. (Käypähoito 2008.)

Erilaiset kuuloharhat ovat aistiharhoista yleisimpiä. Henkilö voi kuulla joko yksittäisiä sanoja tai puhetta. Tyypillinen kuuloharha skitsofreniassa on, että puheääni toistaa henkilön ajatuksia tai kommentoi henkilön käytöstä. Äänet voivat olla syyttäviä tai uhkaavia. Henkilö saattaa myös keskustella äänien kanssa tai nauraa äänille. Yleensä kuuloharhoista kärsivä pystyy erottamaan aistiharhansa todellisuudesta. Sairauden

aikana henkilöllä voi ilmaantua myös näköharhoja, tai jopa tunto-, haju-, tai makuharjoja. Harhaluulot ovat perusteettomia uskomuksia, joista sairastunut pitää tiukasti kiinni. Nämä harhaluulot voivat vaikeuttaa henkilön sosiaalista toimintakykyä sekä hallita tämän ajatuksiaan. Yleensä harhaluulot ovat paranoidia eli vainoharhaisia. Tämä tarkoittaa, että henkilö kuvittelee tulevansa vainotuksi tai henkilö luulee, että häntä vakoillaan. Henkilöllä voi ilmetä myös suhteuttamisharhaluuloja. Suhteuttamisharhaluuloilla tarkoitetaan, että psykoottisten oireiden yhteydessä sairastunut ymmärtää väärin ihmisten eleet tai hänestä tuntuu, että esimerkiksi perusteettomasti lehtikirjoitukset viittaavat juuri häneen. (Huttunen 2011.)

Aistiharhojen ja harhaluulojen sijaan osalla sairastavista voi olla oireena erilaiset ajatusten rakenteen ja puheen häiriöt. Henkilön puhe voi olla epäloogista sekä joskus todella sekavaa. Puhe saattaa esimerkiksi sisältää henkilön itsensä tuottamia sanoja. Toisinaan henkilön puhe saattaa olla erittäin seikkaperäistä, yksityiskohtaista tai saman asian toistamista. Skitsofreniaa sairastavalla voi ilmetä erilaisia käyttäytymisen ongelmia, joita kutsutaan ajatustoiminnan häiriöiksi. Esimerkiksi henkilön motoriset toiminnot voivat olla estyneet tai jäykistyneet, mutta myös kiihtyneet. Henkilö saattaa käyttäytyä oudolla tavalla tai hän saattaa matkia muiden ihmisten tekemistä. (Huttunen 2011.)

Monella skitsofreniaan sairastuneella ilmenee keskushermoston toiminnan häiriöitä. Tavallisimpia näistä ovat vaikeus keskittyä ja olla tarkkaavainen, muisti on heikentynyt sekä tiedon vastaanottaminen ja päätöksen teko on haastavaa. Kuitenkaan kaikki skitsofreniaa sairastavat eivät kärsi keskushermoston toiminnan häiriöistä, ja jotkut sairastuneista voivat olla hyvin luovia ja lahjakkaita. (Huttunen 2011.)

Keskeisintä skitsofrenian hoidossa on, että erilaiset hoidot soveltuvat potilaan elämäntilanteeseen sekä edistävät henkilön toipumista yksilöllisiä tarpeita vastaavalla tavalla. Hoidosta tulee aina neuvotella yhdessä potilaan kanssa, mikäli hän ei ole sairautensa vuoksi kyvytön ottamaan hoitoonsa kantaa. Tavoitteena hoidossa on, että pystytään poistamaan tai lievittämään oireita, estetään uudet psykoosijaksot tai pystytään vähentämään niiden määrää ja vaikeutta sekä parannetaan potilaan toimintakykyä ja elämänlaatua. Potilaan hoidossa oleellista on pitkään jatkuva luottamuksellinen hoitosuhde. Myös psykoosilääkehoidolla on merkittävä osa, koska se vähentää akuutin psykoosin oireita, uusia sairausjaksoja sekä kokonaiskuolleisuutta. (Käypähoito 2008.)

3.4 Psykiatrinen hoitosuhde

Sairaanhoitajan eettisten ohjeiden mukaan (1996) sairaanhoitaja palvelee yksilöitä, perheitä ja yhteisöjä. Sairaanhoitaja auttaa kaikenikäisiä ihmisiä elämäntilanteesta riippumatta. Sairaanhoitajan tehtävä on tukea ja lisätä potilaiden omia voimavarojaan. Hän eläytyy potilaan tilanteeseen ja on velvollinen kuuntelemaan potilasta. Psykiatrisella hoitotyöllä edistetään potilaan arjesta selviytymistä. Käyttämällä erilaisia auttamismenetelmiä pyritään vastaamaan potilaan psykiatrisen hoidon tarpeisiin. Psykiatrinen hoitotyö muotoutuu hoidon tarpeesta, käytetyistä auttamismenetelmistä sekä tavoitteena on potilaan selviytyminen. (Latvala ym. 1995, 20.)

Hoitosuhteella tarkoitetaan asiakkaan ja hoitajan välistä vuorovaikutussuhdetta. Hoitosuhteesta voidaan käyttää myös käsitteitä yhteistyösuhde tai yhteistyö. Hoitosuhde on ammatillinen suhde, jonka erottaa ystävyysuhteesta siten, että hoitosuhde on yhdensuuntainen. Asiakas ei tiedä hoitajan asioita, mutta hoitaja tietää asiakkaan asiat. Hoitosuhteessa on tärkeää, että hoitaja tuntee asiakkaan taustan, ottaa huomioon asiakkaan omaiset sekä huomioi myös omaisten jaksamisen. Asiat, joita asiakas ei pysty itse ratkaisemaan ovat sellaisia, joissa hoitaja auttaa ja hyväksyy asiakkaan ehdoita. (Martikainen 2010, 8–9.) Hoitosuhdetyöskentely toteutuu hoitotyössä yksilövästuuksisesti, kun omahoitaja tapaa potilaan yksilönä. Yhdessä hoitajan ja potilaan kanssa luottamuksellisessa ja hyvässä hoitosuhteessa voidaan saavuttaa sellaisia asioita, jotka tulevat auttamaan potilasta oman tilanteen muutokseen. (Hentinen ym. 2009, 41.)

Lähtökohtana psykiatrisessa hoitosuhteessa on, että potilas voi kohdata ja tunnistaa sairautensa riittävän ammatillisen tuen avulla. Potilaan näkökulmasta on kysymys oman elämäntodellisuuden ja sairauden kohtaamisesta. Sairauden ja sen mukana tuomien asioiden kohtaaminen on vaikea prosessi, mutta se mahdollistaa sairauden kanssa selviytymiseen ja todellisten voimavarojen löytymiseen. Jotta hoitaja voi tukea potilasta psykiatrisessa hoitosuhteessa edellytetään häneltä hyvää ammatillista osaamista, herkkyyttä sekä itsensä ja omien voimavarojen tuntemista. (Porras 2008, 7.)

Hoitosuhteessa tarkoituksena on, että asiakkaan senhetkinen elämäntilanne huomioidaan, asiakas voi kokea läheisyyden ja turvallisuuden tunnetta sekä asiakas tulee oikeaan aikaan autetuksi. Hoitosuhteen toimivuuden ja luottamuksen saavuttamisen kannalta yhteistyöllä on suuri merkitys hoidon onnistumisen vuoksi. Yleiset tavoitteet ohjaavat hoitotyöntekijää edistämään psykiatrisen potilaan kuntoutumista. Tarkoituksena on tarjota tunneperäistä tukea potilaalle. Empaattinen vuorovaikutus ja hyväksyntä, minän tukeminen, voiman ja tietoisuuden lisääminen on hoitosuhteessa tärkeää. (Lauronen & Tikkanen 2002.)

Hoitosuhde on potilaan ja hoitajan välillä lähtökohta mielenterveyden edistämiseksi. Hoitosuhdetyöskentelyssä vastataan potilaan tarpeisiin ja tavoitteisiin hoitotyön keinoin. Mielenterveyttä edistettäessä auttamistapana uskallusta ongelmien tarttumiseen korostetaan, tämä vaatii luottamuksellista hoitosuhdetta, jotta potilas uskaltaa tuoda omat asiansa ja ongelmansa esille ja kuuluvaksi psykiatrisessa hoitosuhteessa. Hoitosuhteessa hoitotyöntekijän tulee huomioida potilaan voimavarat, selviytymistaidot ja resurssit. Psykiatrista hoitosuhdetta kuvataan luottamukselliseksi ja hoidolliseksi yhteistyösuhteeksi joka toteutuu yhdessä potilaan kanssa laaditun hoitosuunnitelman mukaisesti. (Horppu 2008, 13.)

Välittäminen ja luottamus kuuluvat hoitosuhteeseen ja edistävät potilaan mielenterveyttä. Psykiatrisen hoitosuhteen hoitotyö tulee olla kokonaisvaltaista, huomioiden potilaan fyysinen, psyykinen ja sosiaalinen hyvinvointi. Hoitosuhteessa potilaan ja hoitajan yhteistyön tulee olla ihmisarvoa kunnioittavaa. Keskeistä psykiatrisessa hoitosuhteessa on potilaan ja hoitajan välillä käydyt keskustelut. Keskustelujen on katsottu kohottavan potilaan itsetuntoa ja edistävän potilaan toipumista. (Horppu 2008, 14.)

Psykiatrisessa hoitosuhteessa asiakkaan tulee pystyä puhumaan kokemuksistaan, elämästään, itsestään, ajatuksistaan sekä tunteistaan. Hoitajan tehtävänä on auttaa psykiatrisesti sairasta asiakasta käsittelemään omia tunteitaan sekä ymmärtämään niitä. Kun asiakas vahvistuu ja ongelmanratkaisutaito paranee, on asiakkaan mielestä hoitosuhde tuloksellinen. Asiakkaan tulee kokea saaneensa itselleen apua, hoidosta tulee päättää yhdessä asiakkaan kanssa, jotta hän voi kokea hoitosuhteen tuloksekkaaksi. Jotta psykiatrisen hoitosuhde on mahdollisimman hyvä, tulee hoitajan olla riittävän ammattitaitoinen ja sama hoitaja koko hoitosuhteen ajan. (Martikainen 2010, 9–10.)

Asiakaslähtöisyys psykiatrisessa hoitotyössä edellyttää sitä, että hoitaja on avoin ja aito. On tärkeää, että hoitosuhteessa edetään asiakkaan toivomalla tavalla mahdollisuuksien mukaan. Asiakkaan on annettava päättää, että ketkä omaiset saavat osallistua hoitoon. (Noppari ym. 2007 32–33.) Psykiatrinen hoitosuhde voi kestää muutamasta tapaamisesta moniin vuosiin. Hoitosuhteet, joita tässä työssä käsittelemme, ovat pitempiaikaisia. Hoitosuhteen voi jakaa kolmeen vaiheeseen, joita ovat tutustumis-, työskentely- ja päättämisvaihe. (Martikainen 2010, 10.)

Yksilövastuuisen hoitotyön mallissa jokaisella potilaalla tulisi olla omahoitaja. Potilaan ja perheen opetus sekä ohjaus kuuluvat omahoitajan vastuu- ja tehtäväalueisiin. Vastuu- ja tehtäväalueet sisältävät koko-naisvaltaisesti hoidosta huolehtimisen, työtehtävien delegoimisen ja hoidon jatkuvuudesta huolehtimisen. Hoidon jatkuvuudesta huolehditaan kirjaamalla se hoitosuunnitelmaan, sekä arvioimalla tarvittaessa muuttamalla sitä. (Hjerppe 2008, 6.)

4 YKSILÖVASTUINEN HOITOTYÖ

Yksilövastuuisen hoitotyö on potilaslähtöistä ja hoitotyön painopiste on potilaan tarpeiden mukaisessa hoidossa. Yksilövastuuisen hoitotyön tarkoituksena on parantaa potilaan saaman hoidon laatua varmistamalla, että potilas saa ajallaan tarvitsemansa hoidon. (Ryhänen 2005, 14.) Yksilövastuuisen hoitotyöhön liittyy vahvasti myös omahoitajuus. Omahoitajuus tarkoittaa sitä, että potilaalla on oma sairaanhoitaja, joka kantaa vastuun potilaan hoidosta työvuorojen puitteissa koko hänen hoitojaksonsa ajan. (Ryhänen 2005, 7.) Tässä opinnäytetyössä yksilövastuista hoitotyötä tutkitaan potilaiden näkökulmasta; miten potilaat kokevat omahoitajan läsnäolon osastolla ja ovatko yksilövastuuisen hoitotyön toteuttamisen periaatteet heille selvillä. (Lönqvist ym. 2011, 630.)

Omahoitajasuhteesta on tehty paljon tutkimuksia hoitajien näkökulmasta sekä somaattiselta että psykiatriselta alueelta. Potilaiden näkökulmasta tutkimuksia on tehty vähemmän Suomessa. Häkkinen ym. (2000) ovat omassa opinnäytetyössään tutkineet hoitotyöntekijöiden mielipiteitä yksilövastuisesta hoitotyöstä Mikkelin keskussaira-

lan kolmella somaattisella osastolla. He ovat työssään kartoittaneet kyselylomakkeen avulla hoitotyöntekijöiden mielipiteitä ja asenteita yksilövastuista hoitotyötä kohtaan. Tutkimuksessa käy ilmi, että lähes jokainen hoitaja on saanut koulutusta omahoitajasuhteen toteuttamisesta, mutta hoitajat kuitenkin kokevat tarvitsevansa lisäkoulutusta liittyen omahoitaja suhteeseen.

Lahtinen ja Pantsar (1999) tutkivat, kuinka hoitohenkilökunta toteuttaa omahoitajuutta psykiatrisella puolella. Tutkimuksessaan he kartoittivat millaista hoitotyön toimintamallia toteutetaan eri osastoilla ja miten vastuullisuus, autonomia, koordinointi ja kattavuus tulevat ilmi psykiatrisessa hoitotyössä. Myös tämä tutkimus on toteutettu hoitajien näkökulmasta. Tutkimuksessa etsittiin vastauksia kyselylomakkeen avulla, jossa kysyttiin mm. ”Mitkä ovat mielestäsi yksikössäsi 3 tärkeintä hoitotyötä ohjaavaa arvoa ja periaatetta”, ”Onko osastolla nimetty jokaiselle potilaalle korvaava hoitaja”, ”Pitäisikö mielestäsi yksilövastuista hoitotyötä kehittää osastollasi ja miten”. Tuloksista ilmenee, että yksilövastuista hoitotyötä toteuttavilla osastoilla omahoitaja ja potilas laativat yhdessä hoitotyösuunnitelman. Tuloksista myös ilmeni, että osastot yrittävät parhaillaan kehittää yksilövastuista hoitotyötä.

4.1 Yksilövastuisten hoitotyön määritelmä

Yksilövastuisten hoitotyön käytännön on todettu lisäävän hoitotyöntekijöiden työtyytyväisyyttä. Yksilövastuista hoitotyötä toteuttavien hoitajien on katsottu työskentelevän vastuullisemmin, työntekijöiden vaihtuvuus on ollut pienempää, hoitajat ovat kokeneet voivansa työskennellä itsenäisemmin sekä hoitotyöntekijöiden työssä toteutui paremmin jatkuvuuden, potilaskeskeisyyden ja koordinoinnin periaatteet verrattuna muihin toimintamalleihin. (Ryhänen 2005, 12.)

Yksilövastuinen hoitotyö- käsite tulee englanninkielisestä käsitteestä primary nursing. (Lohikoski 2000, 8–9.) Käsite tulee siitä, että on haluttu korostaa sekä yksilöä että vastuuta. Suomessa 1980- luvun ja 1990- luvun alussa esiintyi käsitteiden epäselvyyttä yksilövastuisten hoitotyön tutkimuksissa. 1990- luvun lopussa kuitenkin primary nursing on vakiintunut käsitteeksi yksilövastuinen hoitotyö. Suomessa tästä käytetään myös käsitteitä vastuuhoitaja, omahoitaja ja omasairaanhoitaja. Omahoitaja käsite on kuitenkin yleisin Suomessa käytetty termi. Yksilövastuinen hoitotyö on sekä organisa-

torinen että filosofinen malli. Tämä tarkoittaa filosofiana potilas- ja asiakaskeskeisyyttä. (Lohikoski 2000, 8-9.) Tässä organisointitavalla tarkoitetaan, että potilaalle nimitetään yksikössä omahoitaja, jonka tehtävänä on huolehtia potilaan hoidosta kokonaisvaltaisesti. Työskentelytapa pohjautuu käsitykseen, jonka mukaan hoitotyö on jatkuvaa, yksilöllistä, koordinoitua ja kokonaisvaltaista. Näihin elementteihin päästään, kun omahoitaja työskentelee itsenäisesti ja vastuullisesti. Ammatillisen koulutuksen perusteella sairaanhoitajilla on valmiuksia omana hoitajana toimimiseen. Tällöin potilas saa inhimillistä ja yksilöllistä hoitoa. (Eloranta 2006, 11–12.)

Lähtökohtana yksilövastuuisen hoitotyön kehittämässä on ollut se, että hoitajat ovat olleet tyytymättömiä olemassa oleviin toimintatapoihin. Hoitajat olivat lähinnä huolissaan potilaan kanssakäymisen vähäisyydestä sekä viestimisen monimuotoisuudesta. Hoitajat halusivat olla lähempänä potilasta. Yksilövastuuisen hoitotyö alkoi leviämään Suomeen 1980-luvulla. Yksilövastuuisen hoitotyön pohjana on potilaskeskeinen toiminta, joten sen omaksuminen voi tarkoittaa hoitotyön muutoksia. Tarkoituksena on, että pystytään mahdollistamaan potilaan osallistuminen häntä koskevaan hoitoon oman voimavarojensa mukaan. Suomessa yksilövastuuisen hoitotyö on ollut kehittämisen kohteena vuosikymmenen ajan, koska yksilövastuista hoitotyötä pidetään yleisesti parhaana tapana järjestää potilaan hoito. Esimerkiksi Tampereen yliopistollisessa keskussairaalaissa yksilövastuista hoitotyötä on pyritty kehittämään järjestelmällisesti jokaisella osastolla. (Nyman 2000, 1–2.) Myös Hyvinkään terveystieteiden keskuslaitos aloitti oman yksilövastuuisen hoitotyön kehittämisen vuonna 2002. Tähän osallistui terveystieteiden keskuslaitoksen neljä eri osastoa. Tarkoituksena heillä oli, että henkilökunnan työ laaja-alaistetaan ja monipuolistetaan sekä samalla potilaalle saadaan hyvä hoidon ja kuntoutuksen laatu. (Tiikkaja ym. 2004.)

Yksilövastuuisen hoitotyön tarkoituksena on, että potilaalle saadaan korkeatasoinen hoito, joka lisää potilaan omia mahdollisuuksia osallistua hoitoon ja hoitoon liittyvään päätöksen tekoon. Yksilövastuuisessa hoitotyössä on tavoitteena täyttää paremmin potilaan tarpeet. Omahoitajuus on hyvä keino toteuttaa potilaskeskeistä hoitoa. Potilaalle on nimetty omahoitaja, joka on kokonaisvaltaisesti vastuussa potilaan hoidosta hoitajakson ajan. Yhdessä potilaan kanssa omahoitaja määrittelee hoitajakson tavoitteet sekä hoidon tarpeen. Omahoitajan tehtävänä on arvioida tavoitteiden saavuttamista

päivittäin ja tarvittaessa muokata hoitosuunnitelmaa. Kun potilas kotiutuu hoitajaksolta, omahoitajan tulee arvioida potilaan hoitoa ja hoitotyön tuloksia kokonaisvaltaisesti. Yksilövastuisen hoitotyön toteutumista saattaa vaikeuttaa henkilöresurssien riittämättömyys. Tämä puolestaan saattaa tuoda mukanaan riittämättömyyden tunnetta hoitajalle, jos aikaa potilaalle ei ole riittävästi. Hoitoalalla tehdään paljon vuorotyötä, joka myös haittaa omahoitajasuhdetta. Tutkimusten mukaan, hoitajat ovat kokeet, että potilaan kotiutuminen hoitajan ollessa vapaalla on ongelmallista. (Nyman 2006, 8,14.)

Ryhänen (2005) mukaan yleisimmin yksilövastuista hoitotyötä on tutkittu potilaiden, hoitohenkilökunnan ja organisaation näkökulmista. Tutkimusten tulokset ovat kuitenkin olleet hieman ristiriitaisia. Joissakin tutkimuksissa on käynyt ilmi, että yksilövastuisesti hoidetut potilaat ovat olleet tyytyväisempiä hoitoonsa sekä samalla kokeneet, että heidän tarpeensa on huomioitu paremmin ja potilaat ovat voineet osallistua paremmin omaan hoitoonsa, kuin muiden mallien mukaan hoidetut potilaat. Ryhänen (2005) on omassa tutkimuksessaan tuonut esille, että on kuitenkin myös tutkimuksia, joiden mukaan potilaan tyytyväisyydestä hoitoonsa ei ole ollut eroja riippuen hoitotyön toimintamallista. On todettu, että omahoitajakäytäntö on lisännyt työntekijöiden työtyytyväisyyttä. Hoitajat, jotka työskentelevät yksilövastuisen hoitotyön mallin mukaan ovat työskennelleet vastuullisemmin, hoitajien vaihtuvuus osastoilla on ollut pienempää sekä hoitajat ovat kokeneet voivansa työskennellä itsenäisemmin. Hoitajien työnteossa on myös paremmin toteutunut potilaskeskeisyyden, jatkuvuuden ja koordinoinnin periaatteet suhteessa muiden mallien mukaan toimineilla. Myös hoitajien autonomia, työmotivaatio ja työtyytyväisyys ovat lisääntyneet, kun työskentelymallina on ollut yksilövastuinen hoitotyö. (Ryhänen 2005, 12.) Toisaalta hoitajat ovat kokeneet, että yksin työskentely ja suurempi vastuu voivat aiheuttaa stressiä, ahdistuneisuutta ja eristyneisyyttä. Ongelmaksi on myös koettu vähäinen tieto muista osaston potilaista.

Eri maiden välisiä tuloksia yksilövastuisen hoitotyön toteutumisesta ei voida suoraan verrata toisiinsa. Tämä johtuu siitä, että yksilövastuinen hoitotyö käsitteenä ymmärretään eri maissa eri tavoin. Esimerkiksi Hollannissa, yksilövastuisen hoitotyön malli tarkoittaa tiimihoitamista. Myös yksilövastuisen hoitotyön tutkimuksista on löydetty heikkouksia. Näitä ovat olleet tutkimuksen käsitteiden laadinnassa ja niiden operatiivisoinnissa sekä tutkimusprosessit on kuvattu puutteellisesti. Suomessa vain muu-

tamissa yksiköissä yksilövastuinen hoitotyö toteutuu ideaalimallin mukaisesti. Yksiköt, joissa yksilövastuinen hoitotyö toteutuu, ovat useimmin pieniä ja hoidettavat potilaat ovat pitkäisessä hoitosuhteessa. (Ryhänen 2005, 15.)

Nyman (2006) on omassa pro gradu-tutkielmassaan tutkinut, miten yksilövastuisen hoitotyön periaatteet toteutuvat potilaiden mielestä. Työssään hän myös halusi selvittää, kuinka tarpeellisena potilaat kokivat yksilövastuisen hoitotyön. Aineisto on hankittu kyselylomakkeiden avulla. Tuloksista ilmenee, että potilaiden mielestä yksilövastuinen hoitotyö toteutuu kiitettävästi tai hyvin psykiatrisessa hoidossa. Kuitenkin kyselyyn vastanneista kolme neljäsosaa ei ollut tietoinen omasta hoitajastaan tai heille ei ollut omahoitajaa nimetty. Tutkimuksessa käy ilmi, että omaiset on otettu huomioon hoidon toteutuksessa ja suunnittelussa.

4.2 Yksilövastuisen hoitotyön periaatteet

Yksilövastuinen hoitotyö koostuu neljästä eri elementistä, jotka ovat päivittäisen potilaskohtaisen hoidon toteutuminen, päätöksen teko ja yksilöllinen vastuu, suora kommunikaatio ihmisten välillä sekä vastuullisuus hoitoyksikön potilaasta yhdellä ihmisellä sekä vastuullisuus hoidon laadusta ympäri vuorokauden. Yksilövastuullisessa hoitotyössä on neljä peruspiirrettä, joita ovat vastuullisuus, autonomia, koordinointi ja kattavuus. (Hjerppe 2008, 3.)

Kaikkia elementtejä ei saavuteta täydellisesti, mutta ne toimivat työn ohjaavina tekijöinä ja käytännön toiminnan tavoitteina. Vastuullisuus tarkoittaa, että yksi hoitaja on vastuussa potilaan hoidosta koko hoidon ajan. Hoitajan on vastuussa hoitoon liittyvistä asioista sekä potilaalle että hänen omaisilleen. Hoitaja on vastuussa toimimaan ammattinsa vaatimustensa mukaisesti työyksikössä. Työssä tulee käyttää myös vastuullisesti lainsäädäntöä. Yksilövastuisessa hoitotyössä autonomialla tarkoitetaan, että omahoitajalla on valtuuksia tehdä hoitamista koskevat päätökset ja toimia niiden mukaan. Yksittäisissä toiminnoissa autonomia tekee vuorovaikutuksen ja yhteistyön muiden hoidon antajien (esim. lääkäri) kesken mahdolliseksi. (Hjerppe 2008, 3–4.)

Koordinoinnilla tarkoitetaan hoitotyössä tapahtuvien toimintojen koordinointia johdonmukaisesti. Tällä on tarkoitus saada varmistettua, että omahoitajalla, potilaalla ja

omaisilla on yhteiset tiedot, suunnitelmat ja käsitys potilaan hoidosta. Koordinaatio on jokaisen hoitotyön tekijän velvollisuus, mutta raskain vastuu tästä jää omahoitajalle. Vuorovaihdossa hoitajan on neuvoteltava seuraavan hoitajan kanssa. Kattavuudella tarkoitetaan, että jokaisen hoitajan tulee huolehtia hoitojakson ajan kaikista potilaan tarvitsemista hoitotoimista, esimerkiksi oman työvuoronsa ajan. Tätä kriteeriä voidaan myös kutsua potilaan kokonaishoidoksi. (Hjerppe 2008, 3.)

Linnavirta ja Virtanen (2010) ovat tutkineet omassa opinnäytetyössään, kuinka yksilövastuinen hoitotyö on toteutunut potilaan ja omaisten näkökulmasta Katriinan sairaalassa Vantaalla. Työn tarkoituksena oli selvittää yksilövastuisen hoitotyön kehittämistarpeita. Työssä on käytetty valmiita strukturoituja viisiluokkaiseen Likert-asteikkoon perustuvia kyselylomakkeita. Tuloksista tulee ilmi, että hoitajien osaamiseen luotetaan sekä tiedonkulku on selkeää eri tahojen välillä. Kuitenkin potilaat kokivat, etteivät saa tarpeeksi vaikuttaa oman hoitonsa suunnitteluun yhdessä omahoitajan kanssa. Omaiset kokivat saavansa hoitajilta tarpeeksi tietoa läheisenhoidosta, mutta suurin osa ei tiennyt kuka on omaisensa omahoitaja. Kyselylomakkeessa potilaita on pyydetty arvioimaan asteikolla 1-5 omahoitajuuteen liittyviä asioita. Potilailta on selvitetty mm. kuka on potilaan omahoitaja, ja häntä korvaava hoitaja omahoitajan ollessa poissa, voiko omahoitajaan luottaa ja onko hoitosuunnitelmassa toteutuneet sovitut asiat.

4.3 Vuorovaikutus omahoitajasuhteessa

Omahoitajuussuhteessa vuorovaikutus ja kommunikaatio ovat keskeisiä käsitteitä. Vuorovaikutuksella tarkoitetaan sosiaalisten ajatusten, tunteiden ja käyttäytymisen vaihtoa eli sen voi kuvata yläkäsitteenä, kun taas kommunikaatio on vuorovaikutuksen ydin. Kommunikaatiota tapahtuu kahdella eri tasolla, sanallisesti ja sanattomasti. (Mäkelä ym. 2001, 13.) Omahoitajuuteen liittyvään osaamiseen kuuluu vuorovaikutus potilaan kohtaamisessa, hoidollisten vuorovaikutuskeinojen osaaminen, omahoitajana toimimiseen liittyvät taidot, hoitosuhteen merkityksen ymmärtäminen ja perhekeskeisen työtavan toteuttaminen (Porras 2008, 25.)

Omahoitajasuhteessa vuorovaikutus on auttavaa vuorovaikutusta. Auttavan vuorovaikutussuhteen erityispiirteet ovat aitous ja avoimuus, hyväksyntä ja ymmärtäminen sekä vastavuoroisuus. Aitoudella ja avoimuudella tarkoitetaan, että potilas hyväksyy-

tään omine arvoineen ja että hoitaja on tunteissaan aito. Sanoin ja käyttäytymisellä ihminen näyttää aitouden tunteissaan ja asenteissaan. Kun potilas kokee turvallisuutta ja lämpöä hoitosuhteessa, hän kokee itsensä hyväksytyksi. Ymmärryksellä tarkoitetaan, että hoitaja yrittää ymmärtää potilaan tuntemat ajatukset ja tunteet sellaisina kuin ne todellisuudessa ovat. Vastavuoroisuus vuorovaikutussuhteessa perustuu molempuolisen kokemisen jakamiseen. (Mäkelä ym. 2001, 15–16.)

Dialogisuudella tarkoitetaan kahden subjektin, hoitosuhteessa siis potilaan ja hoitajan kommunikointia eli vuorovaikutusta. Vuorovaikutussuhteessa potilaan ja hoitajan välillä potilaalle tulee mahdollisuus ymmärtää todellisuus ja määritellä sitä. Edellä mainitun lisäksi dialogilla tarkoitetaan aktiivista kuuntelemista ja huomioon ottamista. Subjektiivisuudella tarkoitetaan, että hoitaja sekä potilas ovat tasavertaisia. He toimivat yhteisössä yksilöinä. Tavoitteena on rakentaa luottamuksellinen hoitosuhde, jonka lähtökohtana on rehellisyys, kunnioitus ja avoimuus. Pyrkimyksenä on ymmärtää toisen näkökulma sekä tulkita toinen oikein. Vuorovaikutussuhteessa tulee toteutua kasvaminen yhdessä. Potilaan kohtaamisen lähtökohtana on vuorovaikutus sanojen ja tekojen sekä tiedon ja toiminnan välillä. Vain kanssakäymisessä, dialogissa toisten ihmisten, luonnon ja ympäristön kanssa voi potilaan tietoisuus syntyä. Omahoitajan rooli on tässä merkittävä. (Punkanen 2004, 52–53.)

Sairaanhoitajalta edellytetään vuorovaikutukseen liittyvien toimintamallien hallitsemista sekä taitoa käyttää omaa persoonaa työvälineenä. Psykiatrisessa omahoitajasuhteessa työskentelevä hoitaja tarvitsee tietoja sekä taitoja dialogista. Lisäksi hän tarvitsee teoriaan pohjautuvaa tietoa mielenterveydestä, psyykkisistä häiriöistä, ym. (Ellillä ym. 2009, 24–25.)

Vuorovaikutus omahoitajasuhteessa on keskeinen asia ja siihen liittyy elementtejä joita on hyvä ottaa huomioon yksilövastuisessa hoitotyössä. Transferenssi on tiedostamatonta reagoitua, jossa lapsuuden aikaisiin tärkeisiin henkilöihin liittyviä odotuksia, tunteita, asenteita ja kokemuksia siirretään tämän hetken tilanteisiin ja henkilöihin. Havainnot, joita ihmiset tekevät eivät pelkästään selity todellisten havaintojen ja todellisuuden perusteella. Varhaislapsuudesta asti ihmiset tuovat aikaisempia kokemuksia mukaan vuorovaikutukseen. Niiden vaikutukset tämänhetkisiin ihmissuhteisiin vaihtelevat runsaasti. Jos persoonallisuus sisältää paljon lapsenomaisia tapoja, on suu-

rempi todennäköisyys lähestyä ihmissuhteita vuorovaikutuksina lapsuudesta. Transferenssia voidaan siis pitää tunteensiirtona, joka on yleisinhimillinen ilmiö. Kaikissa hoitosuhteissa on mahdollisuus käynnistää potilaassa lapsenomaisia piirteitä ja palauttaa lapsuuden muistoja. Psykkisiin häiriöihin liittyy melko usein varhaisvaiheessa olleita ristiriitoja, joita ei tiedosteta, täten psykiatrisen potilaan valmius transferenssi-reaktioon on suuri. (Terveyskirjasto Duodecim 2009.)

Ammatilliseen vuorovaikutussuhteeseen kuuluu myös distanssi, jolla tarkoitetaan hoitajan säätelemää välimatkaa. Tällöin säädellään potilaan ja hoitajan läheisyys-etäisyys – ulottuvuutta. Distanssin määrittelee asiakkaan psyykinen tilanne. (Tölli 2009, 19.) Kahden henkilön välimatkaa distanssilla voidaan tarkoittaa sekä psyykkisesti, sosiaalisesti että fyysisesti. Kehitysprosesseja ihmisen elämässä on kaksi, joita ovat yksilöityminen ja eriytyminen sekä liittyminen muihin eli sosialisatio ympäröivään yhteisöön. Välimatkan säätely aikuisella on yleensä hänen omassa hallinnassaan vapaata liikettä etäisyydestä ja läheisyydestä ihmisiin. (Hyväri ym. 2004.)

Hoitosuhteessa vastustus näkyy eri tavoin. Potilasta ei tule moittia vastustuksesta, koska se tapahtuu minän tasolla. Tyypillistä on, että potilas myöhästyy tapaamisajoista, peruu sopimuksia, jne. Se on terve puolustusmekanismi, kun taas torjunta tulee ihmisestä syvemmältä. Tähän kuuluu mm. epärealistiset tulevaisuuden suunnitelmat, joiden suhteen potilas ei pysty ottamaan huomioon omaa psyykkistä sairauttaan. (Punkanen 2004, 55.)

Psykiatrisessa hoitosuhteessa kuuntelemisella tarkoitetaan, että kuunnellaan mitä potilaalla on sanottavaa, mutta myös kuullaan potilasta. Ihmisen jouduttua psykiatriseen hoitoon, voi hänellä olla paljon asioita, joista hän haluaa kertoa. On myös paljon sellaisia asioita, joista potilaan täytyy puhua. Hoitajalta vaaditaan kuulemissa ja kuuntelemisessa kärsivällisyyttä, sillä on tärkeää, että hoito on lähtöisin potilaan tarpeista. (Punkanen 2004, 55–56.)

Holding psykiatrisessa hoitosuhteessa on huolenpitoa, jossa vähitellen potilaalle annetaan vastuuta omasta hoidosta. Erityisesti psykoottisten potilaiden hoidossa tämä on tärkeää, koska potilaan kanssa täydennetään hänen palautuvia tarpeita, esimerkiksi potilaan toiveita. (Punkanen 2004, 56.)

5 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS

Opinnäytetyön tarkoituksena on luoda toimiva kyselylomake toimeksiantajalle. Kyselylomake rakentuu aiemmasta tutkimustiedosta, kirjallisuudesta sekä toimeksiantajan toiveista. Kyselylomakkeen avulla voidaan myös jatkossa selvittää omahoitajasuhteen toteutumista ja sen näkymistä psykiatrisella osastolla. Kyselylomake tehdään yhdessä osaston henkilökunnan kanssa. Kyselylomakkeen esitestauksen myötä esiin saattaa nousta omahoitajasuhteeseen liittyviä kehittämisen kohteita ja toisaalta potilaiden esiin nostamia hyvin omahoitajasuhteen kannalta toimivia asioita. Opinnäytetyössä tehtävän kyselylomakkeen tarkoituksena on auttaa osastoa kehittämään toimintaansa.

Opinnäytetyön aihe on tärkeä, koska yksikössä panostetaan omahoitajuuteen ja tätä osa-aluetta heidän toteuttamassaan hoitotyössä pyritään kehittämään. Opinnäytetyömme antaa vastauksen siihen, onko omahoitajuus näkynyt potilaan mielestä osaston toiminnassa tai häneen kohdistuneessa hoitotyössä. Työhön on määritelty tietyt käsitteet joiden pohjalta kyselylomake rakentui. Käsitteet ovat avattu tekstissä ymmärrettäviksi. Tätä kautta käsitteet muodostuvat muuttujiksi. Kysymykset perustuvat tutkittuun tietoon. Opinnäytetyö on rajattu keskittymään psykiatriseen hoitosuhdetyökentelyyn.

5.1 Opinnäytetyön tavoite

Opinnäytetyössä tavoitteena on rakentaa toimiva kyselylomake toimeksiantajalle käyttämällä tukena aikaisempaa tutkimustietoa omahoitajuudesta ja selvittämällä vastaavanlaiseen aihepiiriin liittyvien kyselylomakkeiden käyttöä Suomessa. Opinnäytetyössä tehdään katsaus omahoitajuuteen ja yksilövastuiseen hoitotyöhön liittyvistä aikaisemmista tutkimuksista ja opinnäytetöistä. Lisäksi apuna käytettiin toimeksiantajalta saatua pohjatietoa omahoitajuuden merkityksestä potilaalle kyseisessä hoitoyksikössä. Kyselylomakkeen laatu, kysymysten osuvuus ja ymmärrettävyys varmistettiin koekyselyllä, jossa potilaat antoivat palautetta kyselylomakkeesta. Opinnäytetyössä selvitetään testattavan kyselylomakkeen toimivuutta, kysymysten yksiselitteisyyttä ja selkeyttä. Tavoitteena esitestauksen jälkeen on, että kyselylomake jää osastolle jatkuvaan

käyttöön hoitotyön tueksi. Tämän jälkeen kyselylomake on valmis aineiston keruuta varten. Opinnäytetyöntekijöiden tavoitteena on oppia käyttämään erilaisia tiedonhaku menetelmiä ja löytää niistä luotettavaa tietoa. Tavoitteena myös on, että työhön löydetään täsmällinen ja kattava tieto.

Opinnäytetyössä lähdettiin liikkeelle toimeksiantajan toiveista ja odotuksista työlle yhteisen palaverin pohjalta. Palaverin pohjalta työtä rajattiin tarpeisiin sopivaksi. Tämän jälkeen työhön etsittiin sopivia tutkimuksia, kirjallisuutta ja muuta aiempaa tietoa teorian pohjaksi. Näiden pohjalta alkoi työhön syntyä teoreettista pohjaa, ja tutkimukselle alkoi kehittyä sen tarkoitus ja tutkimustapojen miettiminen. Opinnäytetyön toteuttamiseen saatiin lupa Etelä- Savon sairaanhoitopiirin johtavalta ylilääkäriltä.

5.2 Luotettavuus ja eettiset kysymykset

Suoritettaessa tutkimuksia hoitotyössä tulee ottaa huomioon, että tiedonhankintaan, tiedon käyttöön ja sen julkistamiseen liittyy eettisiä säädöksiä ja tietosuojaa. Tutkimuksessa ei saa vahingoittaa ketään, itsemääräämisoikeutta ei tule loukata sekä vapaaehtoisia sopimuksia ei saa rikkoa. Potilaan ollessa mukana tutkimuksessa, hänellä on oikeus terveydenhuollossa hoidon yksityisyyteen, tietojen ja merkintöjen luottamuksellisuuteen sekä oikeus kieltäytyä tutkimuksesta ja saada tietoa omaa hoitoaan koskevista asioista. (Hottinen & Hupli 1994, 21.)

Kyselyyn on haettu tutkimuslupa ennen sen toimittamista potilaille (Liite 2). Opinnäytetyön suunnitelman ja kyselylomakkeen on tarkastanut Mikkelin johtaja ylilääkäri (Liite 1). Opinnäytetyössä ei tule esille potilaan nimeä eikä potilas ole tunnistettavissa hänen antamastaan palautteesta. Kokeiluversion vastaukset näkyvät opinnäytetyön tekijöille, ja niistä saadut tulokset käydään yhdessä läpi toimeksiantajan kanssa. Varsinainen osastolle jäävä palautelomakekysely on vain osaston henkilökunnan käytössä, joten näin suojataan vaitiolovelvollisuus sekä tämä tuo suojaa potilaan yksityisyydelle.

Opinnäytetyössä toteutetaan kvantitatiivista tutkimusta ja sen luotettavuutta voi arvioida validiteetin ja reliabiliteetin näkökulmista. Kvantitatiivinen tutkimus tarkoittaa määrällistä tutkimusta eli tutkimusmenetelmä on luonteeltaan yleistävää tutkimustie-

toa. Validiteetti merkitsee sitä, onko tutkimuksessa saatu mitattua juuri sitä tietoa mitä oli tarkoituksenakin mitata. Käytännössä se tarkoittaa, että kuinka luotettavasti teoreettiset käsitteet ovat avattu eli operationalisoitu muuttujiksi. Reliabiliteetti merkitsee sitä, että onko tutkimuksen tulokset pysyviä. (Kankkunen & Vehviläinen 2009, 152)

Tutkimuksen luotettavuuden perusta on mittarin sisältövaliditeetti. Arvioitaessa sisältö validiteettia tarkastellaan sitä että; mittaako mittari sitä ilmiötä, jota sen on tarkoituskin mitata. Onko tutkimukseen valittu mittari oikea, ovatko käsitteet operationalisoitu luotettavasti ja rakennevaliditeetti eli millainen mittarin teoreettinen rakenne on? Mietittäessä mittarin oikean ilmiön mittaamista, tulee arvioida mittarin kattavuus ja se että jääkö jokin osa-alue mittaamatta. Usein tarkastellaan myös sitä, kuinka selvärajainen tutkimus on, että sitä voi luotettavasti mitata. (Kankkunen & Vehviläinen 2009, 153.)

Tutkimukseen laaditun mittarin teoreettinen rakenne tulee arvioida ja se on erityisen tärkeä silloin kun kyseessä on uusi laadittu mittari. Mittarin esitestaamisella tarkoitetaan mittarin luotettavuuden ja toimivuuden testaamista pienemmällä vastaajajoukolla kuin varsinaisessa tutkimusotoksessa. Mittarin esitestaaminen on tärkeää kun tutkimusta varten on tehty uusi mittari tai mittarin ollessa kansainvälinen. Uuden mittarin loppuun on hyvä jättää yksi avoin kysymys, jotta vastaaja voi kertoa, jos mittarissa hänen mielestään on jotakin korjattavaa. (Kankkunen & Vehviläinen 2009, 154.)

Saamme kyselylomakkeen avulla vastaukset potilailta itseltään, mikä lisää tutkimuksen luotettavuutta. Heidän antamien vastausten perusteella osasto voi kehittää hoitotyötä enemmän potilaslähtöiseksi. Kriittisesti täytyy myös ajatella, että vastaavatko potilaat rehellisesti kysymyksiin, kysymykset on asetettu helposti ymmärrettäviksi, jotta lomakkeessa ei olisi epäselviä kohtia ja kysymyksiin on helppo vastata. Jos kysely toteutettaisiin osaston henkilökunnalle, tulokset eivät olisi niin luotettavia, koska hoitajat kokevat omahoitajasuhteen toteutumisen eri tavalla kuin potilaat. Potilailta kysyttäessä vastaukset ovat heidän kokemuksiaan hoidosta. Luotettavuutta työhön tuo se, että potilailla on aikaa vastata kysymyksiin ja he saavat rauhassa miettiä, kuinka hoitosuhde on toteutunut.

6 KYSELYLOMAKEEN LAATIMINEN YHTEISTYÖPROSESSINA TOIMEKSIANTAJAN KANSSA

Tässä opinnäytetyössä rakennettiin kyselylomake, jonka avulla voidaan arvioida omahoitajasuhteeseen liittyviä ulottuvuuksia. Lomake on rakennettu opinnäytetyön viitekehyyksen pohjalta. Viitekehys on muodostunut aikaisemmasta tutkimustiedosta ja kirjallisuudesta. Kyselytutkimuksessa kyselylomake on olennainen osatekijä. Ennen kuin kyselylomaketta aletaan laatia, tulee kyselyn tavoite olla täysin selvillä. Kyselylomaketta tehdessä on varmistettava, että kysymyksillä saadaan selvitettyä tutkittava asia. (Heikkilä 2008, 47.)

Kyselylomaketta suunniteltaessa arvioitiin kysymysten sisältöä ja laatua ohjaavan opettajan ja toimeksiantajan kanssa. Arviointia tehtiin ennen kyselylomakkeen laatimista, lomakkeen eri tekovaiheissa sekä viimeistelyissä ennen luvan anomista. Osastotuntien avulla saimme hoitajilta tarkempaa palautetta kysymysten osuvuudesta ja vastausvaihtoehtojen sopivuudesta. Ennen kuin kyselylomake sai esitettävän muodon sen sisältöä ja ulkoasua muokattiin useaan kertaan.

Tämän opinnäytetyön kyselylomake koostuu kahdesta avoimesta ja neljästä suljetusta eli vaihtoehto kysymyksestä. Loput kysymyksistä on laadittu Likertin asteikollisiksi kysymyksiksi. (Liite 4.) Likert –asteikolla tarkoitetaan yleensä 4-5 portaista vastausasteikkoa, johon vastaaja voi valita omaa mielipidettään kuvaavan numeron (Taanila 2012, 28). Tässä opinnäytetyössä käytettiin 4-tasoista vastausasteikkoa, joissa vaihtoehdot olivat ”täysin samaa mieltä”, ”samaa mieltä”, ”En osaa sanoa”, ”Eri mieltä”. Opinnäytetyön avoimet kysymykset koskivat kyselylomaketta ja sen ymmärrettävyyttä. Avoimet kysymykset poistuvat kyselylomakkeesta, kun se osastolla todetaan toimivaksi. Toimeksiantajan kanssa keskusteltiin, siitä mitä he haluavat tietää omahoitajasuhteen toteutumisesta ja sen pohjalta rakensimme teorian, käsitteet ja kyselylomakkeen.

6.1 Kyselylomakkeen laatiminen

Nyman (2006) käytti tutkimuksessaan laajaa kyselylomaketta, joka sisälsi 65 kysymystä. Alussa hän kysyy potilaiden perustietoja (ikää, koulutustaustaa, ym.). Omahoi-

tajuudesta hän tuo esille kysymyksiä, oliko omahoitaja nimetty, onko omahoitaja potilaan sekä omaisten tiedossa, tiesivätkö potilaat mitä omahoitaja tarkoittaa. Tutkimuksessa on käytetty monivalinta-asteikkoa mm. hoidon toteutumisesta, miten tärkeänä potilaat pitivät mm. tasavertaisuutta hoitajan kanssa, tiedon saannista hoitoon liittyen, hoidon tavoitteista, jne. Kysymykset olivat joko suljettuja kysymyksiä tai monivalintakysymyksiä. Lopuksi kyselylomakkeessa kysyttiin avoimella kysymyksellä omahoitajan merkitystä sairaalassa olo aikana.

Kvantimotin (2010) tutkimusmenetelmän mukaan suositellaan että kyselylomake aloitetaan helposti vastattavilla kysymyksillä. Kysymysten looginen järjestys auttaa vastaamaan kysymyksiin. Kyselylomake voi sisällöllisesti sisältää paljonkin erilaisia asioita, mutta kysymykset jotka liittyvät samaan asiaan on sijoitettava peräkkäin loogiseen järjestykseen. Vastausohjeet kannattaa merkitä lomakkeeseen yksityiskohtaisesti. Vastausohjeita on hyvä käyttää lomakkeen alussa ja yksittäisten kysymyksien lopussa. Kyselylomakkeessa tulee käydä ilmi yleisohjeet, kysymyskohtaiset tekniset vastausohjeet ja oikeat vastauspaikat tulee osoittaa. Lomakkeen laatimisen ongelma on, kysytäänkö kysymykset yksittäin vai sarjoissa. Kun selvitetään samaan asiaan liittyviä tekijöitä, ja vastausvaihtoehtojen ollessa samankaltaisia, on kysymyssarjojen käyttö hyödyllistä. Vastaajalle on usein helpompaa vastata kysymyssarjoihin, kuin lukea itseään toistavia kysymyksiä tai monimutkaisia vaihtoehtoja. (KvantiMOTV 2010.)

Kyselytutkimuksen julkisivu on saatekirje (Liite 3). Saatekirjeen tehtävänä on kertoa vastaajalle tutkimuksen perustiedot eli mistä on kysymys, kuka tutkimusta tekee, miten vastaajat on valikoitu ja mihin tuloksia käytetään. Saatekirjeellä on suuri merkitys, koska sen perusteella vastaaja voi joko motivoitua vastaamaan tai hylätä koko kyselylomakkeen. Saatekirje tulee laatia hyvin, jotta se herättää vastaajan mielenkiinnon aiheesta. (Vehkalahti 2008, 47–48.) Lomake tulee suunnitella huolellisesti. Lomakkeeseen ei voi tehdä muutoksia, kun vastaaja on sen täyttänyt. Tutkimuksen onnistuminen riippuu onnistuneesta kyselylomakkeesta. Kyselylomakkeen laatimisessa ratkaisevaa on, onko kysytty sisällöllisesti oikeita kysymyksiä. (Vehkalahti 2008, 20.) Hyvien kysymysten ominaispiirteitä ovat mm; vain yhden asian kysyminen kerrallaan, kysymys on tarpeellinen ja hyödyllinen, kysymys tulee esittää kohteliaasti, kysymyksen tulee olla riittävän selkeä ja lyhyt, kysymys ei saa olla johdatteleva ja kieliasun tulee olla moitteeton. Kysymyksiä tehdessä tulee myös ottaa huomioon, sinutellaanko

vai teititelläänkö kysymyksessä. Koko kyselylomakkeessa tulee käyttää samaa muotoa. Kun kysymys muotoillaan, on vältettävä liian tarkkaa taustatietojen kysymistä. (Heikkilä 2010, 57–58.)

Kun vastausvaihtoehtoja ei tunneta etukäteen, ovat avoimet kysymykset silloin tarkoituksenmukaisia. Kyselytutkimuksissa avoimen kyselyn ollessakin avoin, kysymyksillä rajataan usein vastaajan ajatusten suunta. Avoimet kysymykset ovat helppoja laadittavia, mutta haastavia käsitellä, koska sanallisten vastausten luokittelu on vaikeaa. Avoimet kysymykset voivat myös usein houkutella vastaamatta jättämiseen. Suljetuissa kysymyksissä vastausvaihtoehdot ovat valmiina ja niistä valitaan itselleen sopivin. Suljetut kysymykset ovat tarkoituksen mukaisia, kun vastausvaihtoehdot tiedetään etukäteen ja kun niitä on rajoitetusti. Suljetuissa kysymyksissä vastausvaihtoehtoja ei saa olla liikaa. Suljettujen kysymyksiä etuna on, että niihin vastaaminen on nopeaa, mutta haittana taas se että kysymyksiin voidaan antaa vastaukset harkitsematta. Monesti myös vastausvaihtoehto ”en osaa sanoa” voi houkutella vastaajaa. Vastausvaihtoehtoista voi myös puuttua vastaajaa miellyttävä vaihtoehto. Likertin asteikkoa on usein käytetty 4-5 tasoisena, jossa toisena ääripäänä on ”samaa mieltä” ja toisena ääripäänä ”eri mieltä”. Vastaaja valitsee asteikolta numeron joka vastaa parhaiten hänen omaa käsitystään. Myös likertin asteikolla mahdollinen vastausvaihtoehto ”en osaa sanoa” voi houkutella vastaajaa vastaamaan sen ajatellakseen sen olevan helpoin vastausvaihtoehto. (Heikkilä 2008, 49–53.)

Opinnäytetyön kyselylomakkeessa on käytetty pääasiassa Likertin asteikkoa vastausvaihtoehtoina. Kyselylomakkeessa on 25 Likertin asteikollista kysymystä. Vastauskaala on 4 tasoinen; toinen ääripää on ”samaa mieltä”, toinen ääripää on ”erimieltä”. Tämä vastausvaihtoehto tapa valittiin yhdessä toimeksiantajan kanssa. Koimme sen olevan ymmärrettävin vastausvaihtoehtotapa, jolla psykiatriset potilaat voivat vastata kyselyyn. Likert –asteikko valittiin sen vuoksi, että voidaan saada mahdollisimman kattavaa tietoa lyhyellä kyselylomakkeella. Likert –asteikollisia kysymyksiä on paljon, jotta potilaan ei tarvitse miettiä vastausvaihtoehto tapaa jokaisen kysymyksen kohdalla.

6.2 Kohderyhmä

Osallistujat koostuivat pitkään osastolla olleista potilaista, joten emme etukäteen tienneet osallistujien taustoja. Kuitenkin kaikilla on taustalla pidempi psykiatrinen hoitajakso, joka oli vaatinut vaativaa psykiatrista hoitoa.

Kyselylomaketta on tarkoitus esitellä kahdeksalla potilaalla. Jos kyselylomake osoittautuu toimivaksi, jää palautekyselylomake osaston henkilökunnan avuksi hoitotyössä. Potilaat ovat iältään 18–60-vuotiaita. Hoitoajat ovat osastolla pitkiä, joten voimme luottaa, että pitkäaikaisien potilaiden vointi on vakaa ja heidän vastauksensa ovat luotettavia.

Ennen kuin kyselylomakkeet menivät osastolle testaukseen, on osaston henkilökunnalle pidetty osastotunti opinnäytetyöstä ja sen toteutuksesta. Tällä on varmistettu, että jokainen hoitaja osastolla on tietoinen tulevasta esitestauksesta. Haluamme saada kyselylomakkeesta ja sen toimivuudesta palautetta. Kyselylomakkeessa olevat avoimet kysymykset koskevat kyselylomakkeen ymmärrettävyyttä, mutta tarvittaessa hoitajat selventävät suullisesti kysymysten ymmärrettävyyttä. Osastotunnin tarkoituksena on myös sopia tarkat päivämäärät; milloin kyselylomakkeet saapuvat osastolle ja milloin vastauksien tulee olla valmiina

6.3 Operationalisointi

Operationalisoinnilla tarkoitetaan asiaa koskevien teoreettisten käsitteiden muuttamista käytännön ja arkikielen tasolle. Tämä on kvantitatiivisen eli määrällisen tutkimuksen yksi tärkeimmistä vaiheista. Opinnäytetyössä muuttajat ovat käsitteellisiä asioita. Tämän vuoksi käsitteet täytyy rakenteellisesti avata ennen mittaamista osa-alueisiin esimerkiksi kysymyksiksi ja vastausvaihtoehdoiksi. Opinnäytetyössä tätä vaihetta kutsutaan operationalisoinniksi. (Vilka 2007, 36.)

Teoreettisia käsitteitä tarvitaan tieteellisessä tutkimuksessa. Teoreettinen käsite tulee ensin muuttaa mitattavaan muotoon, ennen kuin voidaan alkaa tutkia tarkemmin sen osuutta osastolla. Useita käsitteitä on mahdotonta tutkia sellaisenaan. Jos käsitettä ei avata, tulee lisäkysymyksiä: ”mitä tutkitaan”, ”miten tutkitaan”. Opinnäytetyön käsit-

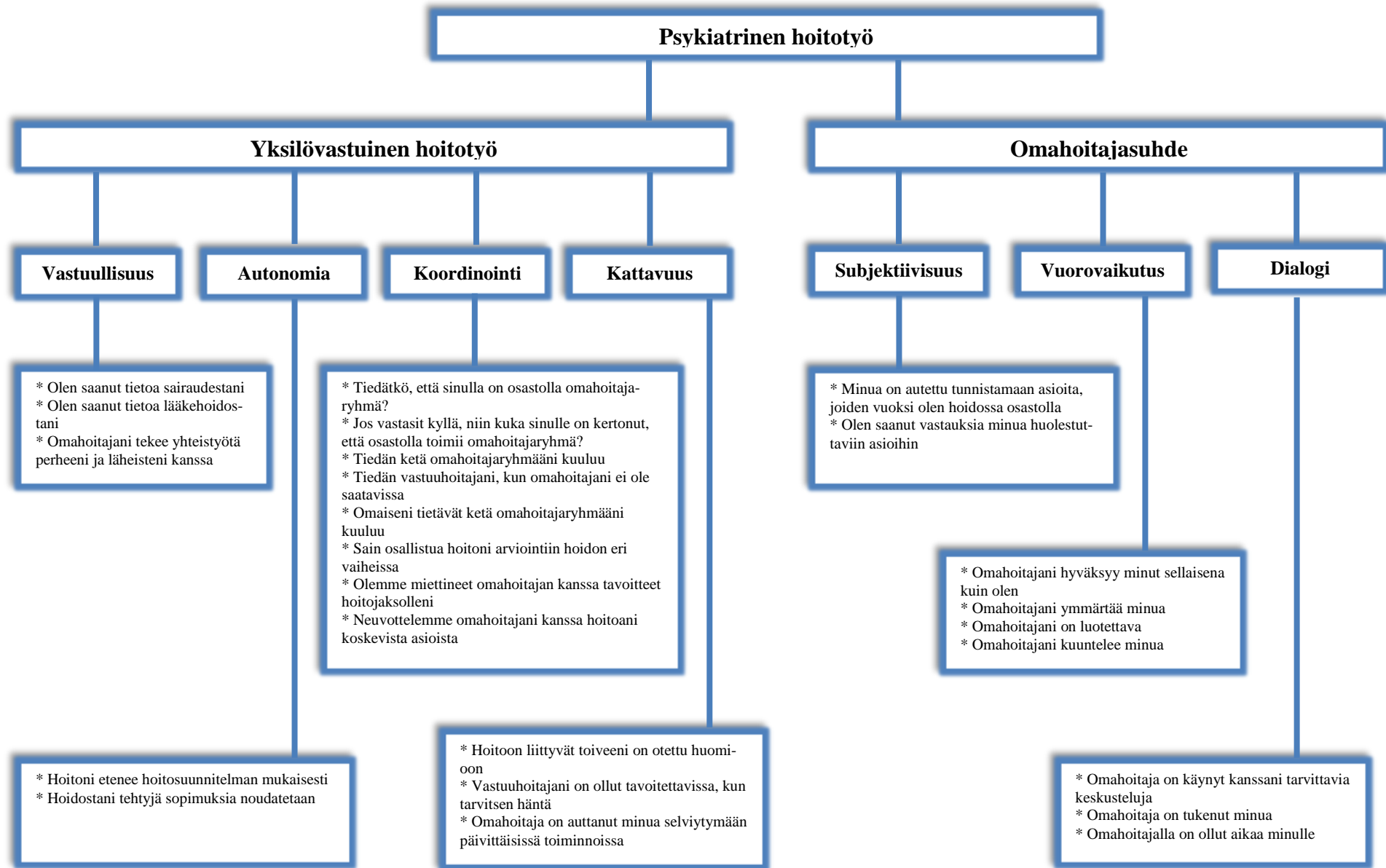
teet on määritelty aiemmin auki: mitä käsitteillä tarkoitetaan, mistä ollaan kiinnostuneita. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tulee tietää täsmällisesti mitä ollaan tutkimassa, ilman tätä ei voida tietää mitä pitää mitata. Tässä opinnäytetyössä mitataan omahoitajuutta ja hoitosuhdetta. Ennen kuin tutkimusaineisto voidaan kerätä, tulee käsitteet olla määritelty. Käsitteet ja kysymykset on jokaisen vastaajan ymmärrettävä samalla tavalla, jotta tutkimustulos on luotettava. (Vilka 2007, 36–37.)

Monet käsitteet, joita tutkimuksissa käsitellään, ovat varsin abstrakteja, eli käsitteellisiä. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa on tärkeää, että käsitteet määritellään sellaisiksi, joita voidaan mitata. Tätä käsitelmäärittelyä ja mittarien luomistapaa kutsutaan operationalisoinniksi. (KvantiMOTV 2008.) Operationalisointi on haastavaa, jos mitattavalle käsitteelle ei löydy suoranaisesti vastaavuutta arkikielessä (Vilka 2007, 37).

Operationalisoinnissa voidaan muodostaa neljä erivaihetta: käsitteiden hahmottaminen ja määrittäminen, käsitteiden osa-alueiden määrittelemineen, teoreettisesta kielestä siirtyminen arkipäiväiseen kieleen sekä operationalisoinnin tarkka kuvaaminen. Tutkimuksissa on siis määriteltävä selvästi, että mitä käsitteet tarkoittavat. Prosessin alkuvaiheessa perehdytään käsitteeseen liittyviin aiempiin tutkimuksiin sekä muuhun teoreettiseen tietoon. Tutkimukseen saa lisäluotettavuutta, kun operationalisoinnin vaiheet ovat selkeästi jäsennelty sekä vaiheet tulevat konkreettisesti esille, valitaan lopulliset käsitteet ja perustellaan huolellisesti niiden muotoilu. Tämä helpottaa sekä mittausten että havaintoaineistojen uudelleen käyttöä (KvantiMOTV 2008). Operationalisointi on välttämätön vaihe kyselylomakkeen kysymysten ja vastausvaihtoehtojen suunnittelussa. Operatinalisointi vaikuttaa tutkimustulosten luotettavuuteen ja pätevyteen. Kyselylomakkeeseen valittujen käsitteiden tulee mitata sitä, mitä halutaan selvittää. Kun operationalisoinnissa halutaan onnistua, tulee tutkijan tuntea asianongelmaa ja tutkimusongelmaa käsittelevä teoria, malli ja aiemmat tutkimukset. On myös tunnettava hyvin kohderyhmä, jolle tutkimus osoitetaan sekä arkikielen käsitteet, joita tutkittavat käyttävät. (Vilka 2007, 44.)

Opinnäytetyössä operationalisoitavat käsitteet ovat: Psykiatrinen hoitotyö, yksilövastuinen hoitotyö; vastuullisuus, autonomia, koordinointi ja kattavuus. Omahoitajasuhde;

subjektiivisuus, vuorovaikutus ja dialogi. Kyselylomakkeen kysymykset muodostuvat seuraavan kuvion mukaisesti (kuvio 1.)



KUVIO 1. Operationalisointi

6.4 Kyselylomakkeen rakentuminen operationalisoinnin kautta

Opinnäytetyön teorian pohjalta on muodostettu kyselylomakkeen kysymykset. Jokaiseen kysymykseen tulee löytyä opinnäytetyöstä teoriapohja. Opinnäytetyössä psykiatrinen hoitotyö on jaettu yksilövastuiseen hoitotyöhön ja omahoitajasuhteeseen. Yksilövastuiseen hoitotyön periaatteet on jaettu vastuullisuuteen, autonomiaan, koordinointiin ja kattavuuteen (Hjerppe 2008, 3). Omahoitajasuhde on jaettu subjektiivisuuteen, vuorovaikutukseen ja dialogiin (Punkanen 2004, 52). Näiden käsitteiden ja teorioiden pohjalta on opinnäytetyön kyselylomake rakennettu (taulukko 1).

Seuraavat kyselylomakkeen kysymykset liittyvät vastuullisuuteen ”Olen saanut tietoa sairaudestani”, ”Olen saanut tietoa lääkehoidostani”, ”Omahoitaja tekee yhteistyötä perheeni ja läheisteni kanssa”. Kysymyksillä halutaan selvittää potilaan ja omaisten tietoisuutta potilaan hoidosta. Yksilövastuuisessa hoitotyössä vastuullisuus tarkoittaa, että hoitaja on vastuussa potilaan hoidosta ja asioista sekä potilaalle että hänen omaisilleen (Hjerppe 2008, 3).

Seuraavat kyselylomakkeen kysymykset liittyvät autonomiaan ”Hoitoni etenee hoitosuunnitelman mukaisesti” sekä ”Hoidostani tehtyjä sopimuksia noudatetaan”. Tällä tarkoitetaan, että omahoitaja tekee hoitamista koskevat päätökset ja toimii niiden mukaisesti. (Hjerppe 2008, 4). Näiden kysymysten avulla haetaan vastausta siihen, onko hoito edennyt suunnitelman mukaisesti.

Koordinointiin liittyvät kysymykset ovat ”Tiedätkö, että sinulla on osastolla omahoitajaryhmä?”, ”Jos vastasit kyllä, niin kuka sinulle on kertonut, että osastolla toimii omahoitajaryhmä”, ”Tiedän ketä omahoitajaryhmääni kuuluu”, ”Tiedän vastuuhoidtajani, kun omahoitajani ei ole saatavissa”, ”Omaiseni tietävät ketä omahoitajaryhmääni kuuluu”, ”Sain osallistua hoitoni arviointiin hoidon eri vaiheissa”, ”Olemme miettineet omahoitajani kanssa tavoitteet hoitajaksolleni” sekä ”Neuvottelemme omahoitajani kanssa hoitoani koskevista asioista” Tällä tarkoitetaan hoitotyössä tapahtuvien toimintojen koordinoitua johdonmukaisesti (Hjerppe 2008, 3). Näillä kysymyksillä tässä kyselylomakkeessa halutaan tietää, onko potilaan hoito johdonmukaista, jatkuvaa ja onko potilas tietoinen omista hoitajistaan sekä omasta hoidostaan.

Käsitteen ”kattavuus” pohjalta rakentuivat kysymykset ”Hoitoon liittyvät toiveeni on otettu huomioon”, ”Vastuuhoitajani on ollut tavoitettavissa, kun tarvitsen häntä” ja ”Omahoitaja on auttanut minua selviytymään päivittäisissä toiminnoissa”. Kattavuus käsitteenä tarkoittaa, että hoitaja huolehtii potilaan tarvitsemista hoitotoimista esimerkiksi oman työvuoronsa ajan (Hjerppe 2008, 3). Kysymyksillä pyritään saamaan vastauksia siihen, ovatko potilaat kokeneet, että heidän toiveet hoidosta on huomioitu ja onko hoitaja ollut paikalla tarvittaessa.

Omahoitajasuhde voidaan jakaa subjektiivisuuteen, vuorovaikutukseen ja dialogiin (Punkanen 2004, 52). Subjektiivisuuteen kyselylomakkeessa liittyvät kysymykset ”Minua on autettu tunnistamaan asioita, joiden vuoksi olen hoidossa osastolla” ja ”Olen saanut vastauksia minua huolestuttaviin asioihin”. Tämä tarkoittaa teoriassa, että potilas ja hoitaja ovat tasavertaisia ja he pystyvät yhdessä rakentamaan tasavertaisen hoitosuhteen (Punkanen 2004, 52.) Kysymyksien avulla pyritään selvittämään, onko potilas kokenut olevansa hoitajansa kanssa tasavertaisessa ja luottamuksellisessa hoitosuhteessa. Vuorovaikutukseen omahoitajasuhteessa liittyvät kysymykset ”Omahoitajani hyväksyy minut sellaisena kuin olen”, ”Omahoitajani ymmärtää minua”, ”Omahoitajani on luotettava” ja ”Omahoitajani kuuntelee minua”. Vuorovaikutuksen erityispiirteet ovat aitous, avoimuus, hyväksyntä, ymmärtäminen ja vastavuoroisuus (Mäkelä ym. 2001, 15-16). Kyselylomakkeen avulla pyritään hakemaan potilaan näkökulmaa siihen, kuinka vuorovaikutus heidän omahoitajasuhteissaan tulee esille ja kuinka potilas kokee hoitajansa.

Dialogilla tarkoitetaan huomioon ottamista ja aktiivista kuuntelemista. (Punkanen 2004, 52). Seuraavat kysymykset liittyvät dialogiin ”Omahoitaja on käynyt kanssani keskustelua”, ”Omahoitajani on tukenut minua” ja ”Omahoitajalla on ollut aikaa minulle” Kyselylomakkeen avulla on tarkoitus saada potilaan mielipide esille, siitä kuinka dialogi on toteutunut heidän mielestään hoitosuhteessa.

TAULUKKO 1. Kyselylomakkeen rakentuminen

Muuttuja	Käsitteet	Mitattava muoto
Yksilövastuinen hoitotyö	Vastuullisuus	<i>Hoitajalta saamasi apu:</i> 23. Olen saanut tietoa sai-

		<p>raudestani</p> <p>24 Olen saanut tietoa lääkehoidostani</p> <p>25 Omahoitajani tekee yhteistyötä perheeni ja läheisteni kanssa</p>
	Autonomia	<p><i>Hoidon suunnittelu ja toteutus:</i></p> <p>5. Hoitoni etenee hoitosuunnitelman mukaisesti</p> <p>11. Hoidostani tehtyjä sopimuksia noudatetaan</p>
	Koordinointi	<p><i>Omahoitajaryhmän toiminta:</i></p> <p>1 a. Tiedätkö, että sinulla on osastolla omahoitajaryhmä?</p> <p>1b. Jos vastasit kyllä, kuka sinulle on kertonut, että osastolla toimii omahoitajaryhmä?</p> <p>2. Tiedän ketä omahoitajaryhmääni kuuluu</p> <p>3. Tiedän vastuuhoidtajani kun omahoitajani ei ole saatavissa</p> <p>4. Omaiseni tietävät ketä omahoitajaryhmääni kuuluu</p> <p><i>Hoidon suunnittelu ja toteutus:</i></p> <p>6. Sain osallistua hoitoni</p>

		<p>arviointiin hoidon eri vaiheissa</p> <p>7. Olemme miettineet omahoitajani kanssa tavoitteet hoitajaksolleni</p> <p><i>Hoitajalta saamasi apu:</i></p> <p>22 Neuvottelemme omahoitajani kanssa hoitoani koskevista asioista</p>
	Kattavuus	<p><i>Hoidon suunnittelu ja toteutus:</i></p> <p>8. Hoitoon liittyvät toiveeni on otettu huomioon</p> <p>10. Vastuuhoitajani on ollut tavoitettavissa, kun tarvitsen häntä</p> <p><i>Hoitajalta saamasi apu:</i></p> <p>20. Omahoitaja on auttanut minua selviytymään päivittäisissä toiminnoissa</p>
Omahoitajasuhde	Subjektiiivisuus	<p><i>Hoidon suunnittelu ja toteutus:</i></p> <p>9. Minua on autettu tunnistamaan asioita, joiden vuoksi olen hoidossa osastolla</p> <p><i>Hoitajalta saamasi apu:</i></p> <p>18. Olen saanut vastauksia minua huolestuttaviin asioihin</p>
	Vuorovaikutus	<p><i>Hoitajalta saamasi apu:</i></p> <p>13. Omahoitajani hyväksyy minut sellaisena kuin olen</p>

		14. Omahoitajani ymmärtää minua 15. Omahoitajani on luotettava 16. Omahoitajani kuuntelee minua
	Dialogi	<i>Hoitajalta saamasi apu:</i> 17. Omahoitaja on käynyt kanssani tarvittavia keskusteluja 19. Omahoitaja on tukenut minua 21. Omahoitajalla on ollut aikaa minulle

TAULUKKO 1. Kyselylomakkeen rakentuminen

7 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

Opinnäytetyössä tuotetaan kyselylomake. Opinnäytetyötä tehdessä kyselylomakkeen muotoa ja kysymyksien laatua on muokattu useaan otteeseen. Tätä kautta kyselylomake sai lopullisen muotonsa sekä kysymykset ja niiden sisältö tarkentuivat. Kysymyksien sisältö, kysymyksien laatu sekä kysymistapa selkeytyivät yhteisten palaverin pohjalta toimeksiantajan ja ohjaavan opettajan kanssa. Käytimme hyödyksi myös vastaavia aikaisempia kyselylomakkeita.

Opinnäytetyön toteutukseen sisältyi kaksi osastotuntia Moision sairaalan osastolla 7. Osastotuntien tarkoituksena oli saada hoitajien tietoisuuteen, että osastolle on tulossa palautelomake koskien omahoitajasuhdetta. Osastotunnilla pyrittiin siihen, että hoitajat osaavat kertoa potilaille; ketkä kyselyä toteuttaa, mistä kyselylomakkeessa on kyse, mihin vastauksia käytetään sekä kyselyn eettisyys.

Osastotunnit havainnollistettiin diaesityksen avulla. Osastotunnit aloitettiin kertomalla opinnäytetyön aihe sekä teoreettista pohjaa liittyen opinnäytetyöhön. Tutkimusongelmat tuotiin esille. Hoitajille kerrottiin opinnäytetyön toteutuksesta sekä aikatauluista. Lopuksi tuotiin esille, mikä hoitajien tehtävä on tässä opinnäytetyössä. Pää tavoitteena osastotunneilla oli, että hoitajat ymmärtävät mihin kyselylomake liittyy ja osaavat tarvittaessa selventää potilaille tutkimuksen tarkoitusta.

Tavoitteena oli saada hoitajat mukaan toteuttamaan opinnäytetyötä. Osastotunneilla oli tarkoitus painottaa, että opinnäytetyön toteutumisessa hoitajien osallistuminen on tärkeää, jotta saadaan tuloksia. Hoitajien tulee myös osata kertoa potilaille mikä on kyselylomakkeen tarkoitus. Hoitajat saavat kyselylomakkeiden avulla arvokasta tietoa hoitosuhteen toteutumisesta, osastotuntien tarkoitus on saada hoitajat ymmärtämään tiedon keruun tärkeyden.

Osastotunti 28.11.2012 klo 13.30–15.00

Ensimmäiselle osastotunnille osallistui opinnäytetyön tekijät, ohjaava opettaja sekä 7 hoitotyöntekijää osastolta. Osastotunnin aluksi oli johdatus aiheeseen, jossa käytiin läpi opinnäytetyön tarkoitus, tavoite ja tutkimusongelmat. Koimme, että hoitajat ymmärsivät mihin työllä pyritään ja mikä heidän roolinsa on työn toteuttamisessa. Työntekijöiltä nousi paljon hyviä ajatuksia, kommentteja ja ideoita. Osastotunnilla syntyi paljon keskustelua. Opinnäytetyön toteutuksesta nousi selventäviä kysymyksiä, joihin annoimme vastauksia.

Työntekijöiden mielestä tämän opinnäytetyön kannalta haastavaa on, että heillä on käytössään perinteistä poiketen omahoitajatyöryhmä. Potilaalla ei ole käytössä vain yhtä omahoitajaa, vaan 4–5 hengen omahoitajaryhmä. Tämä on haasteena kyselylomakkeen kysymysten asettelussa. Kyselylomakkeessa olisi hyvä käyttää omahoitaja sanaa monikkona. Työntekijöiden mielipiteistä kävi myös ilmi, että potilaat saattavat kokea omahoitajan ja vastuuhoitajan samaksi henkilöksi. Kyselylomakkeen ymmärrettävyyden kannalta tulimme tulokseen, että kyselylomakkeessa selvennetään, että kysymykset liittyvät omahoitajaryhmän hoitajiin. Keskustelua syntyi kyselylomakkeen alustavista kysymyksistä runsaasti, mutta hoitajien kommentit olivat ristiriitaisia. Monet kuitenkin olivat sitä mieltä, että Likertin-asteikollisten kysymyksien vastausnume-

roiden merkitys tulisi selkeyttää. Hoitajat kokivat, että vaihtoehtojen merkitys tulee saada helpommin ymmärrettäväksi. Esimerkiksi; 1=täysin erimielttä, selkeytettäisiin muotoon 1=erittäin huono. Keskustelua syntyi siitä, olisiko kyselylomakkeessa parempi ottaa käyttöön kyllä/ei-vastausvaihtoehto. Kuitenkin suuri osa paikalla olleista hoitajista olivat sitä mieltä, että vastausvaihtoehtoja tulisi olla asteikolla 1–5. Asteikolla saadaan tarkempia tietoja ja vaihtoehtoja vastaamiseen on laajemmin.

Työntekijät ehdottivat, että kyselylomakkeelle tehtäisiin esitestauksen esitestaus, jonka tarkoituksena on selvittää erilaisten vastausvaihtoehtojen ymmärrettävyyttä. Tämä voisi tuoda luotettavuutta kyselylomakkeelle. Keskustelussa nousi esille, kuinka paljon hoidon vaiheet ja sairaus vaikuttavat kysymyksiin vastauksiin ja luotettavuuteen. Osastotunnilla käytiin kysymysten asettelua ja vastausvaihtoehto malleja läpi. Osastotunnin pohjalta muokkasimme kyselylomakkeen muutamia kysymyksiä erimuotoon ja kyselylomakkeen selkeämpään muotoon.

Osastotunti 12.12.2012 klo 13.30–15

Toiselle osastotunnille osallistui 5 hoitajaa osastolta sekä osastonhoitaja. Kävimme läpi muokatun kyselylomakkeen hoitajien kanssa. Hoitajat olivat tyytyväisiä kyselylomakkeeseen. Neljä asteinen vastataus vaihtoehtoskaala oli hoitajien sekä toimeksiantajan mielestä huomattavasti parempi ja selkeämpi. Hoitajien mielestä potilaiden kognitiivinen osaaminen riittää kyselylomakkeen täyttämiseen. Kyselylomake oli alkuperäisen suunnitelman mukaan laitettu yhdelle sivulle, mutta osastotunnilla tuli ilmi, että kyselylomakkeen on parempi olla kahdella sivulla ja isommalla fontilla, jotta se on selkeämpi. Sovimme, että kyselylomakkeen kolmannesta kysymyksestä lähtee sana ”omahoitaja” pois ja että muutamme kysymyksen 16 muotoon ”auttanut selviytymään päivittäisissä toiminnoissa”. Jokaisesta omahoitajaryhmästä tulee yksi potilas vastaamaan kyselyyn sekä mahdollisesti kotiin lähteviä potilaita.

Hoitajien mielestä opinnäytetyö ja kyselylomake olivat hyviä. Erityisesti tuli esille, että pois lähteville kyselylomake on toimiva. Kysymyksiä oli heidän mielestään riittävästi ja kysymykset olivat selkeitä. Osastotunnilla tuli myös esille, että kyselylomakkeeseen ei enää lisätä kysymyksiä, jotta potilaat jaksavat täyttää kyselylomakkeen.

Kyselylomakkeen kysymyksien avulla, hoitajat joutuvat ajattelemaan tarkemmin niitä asioita, joita omahoitajasuhteeseen kuuluu.

8 ESITESTAUS JA SIITÄ SAADUT TULOKSET

Opinnäytetyön aineistonkeruumenetelmänä on primaariaineisto, jolla tarkoitetaan, että tutkimuskohde sisältää välitöntä tietoa ja tieto kerätään tiettyä tutkimusta varten. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa yleisimmin käytetty aineistonkeruumenetelmä on kyselylomake. Kyselylomakkeen vastaaja täyttää itse. Tässä opinnäytetyössä kyselylomakkeen laatiminen on kriittisin vaihe, koska sen sisältö tulee olla mitattu kattavasti ja sen tulee täsmällinen. Kattava ja luotettava kirjallisuuskatsaus on kyselylomakkeen perusta (Kankkunen & Vehviläinen 2004, 87)

Tässä opinnäytetyössä aineisto kerätään kyselylomakkeen avulla. Kyselylomake sisältää Likert-asteikollisia, vaihtoehtokysymyksiä sekä kaksi avointa kysymystä. Kysymyksiä potilaille syntyi 25. Lomakkeessa on kysymyksiä pohjautuen tämän opinnäytetyön avain sanoihin. Avoimilla kysymyksillä selvitetään kyselylomakkeen ymmärrettävyyttä. Lomakepohja viedään osastolle, jossa osaston henkilökunta testaa lomaketta noin kahdeksan potilaan kanssa. Tässä opinnäytetyössä kyselylomake muodostuu käsitteiden määrittelystä, teoreettisesta taustasta, edellisistä tutkimuksista aiheeseen liittyen sekä toimeksiantajan näkökulmasta. Toimeksiantaja haluaa, että tutkimus tuotetaan hoitosuhteesta ja omahoitajuudesta osastolla.

Tutkimusluvan saatuaamme veimme kyselylomakkeet toimeksiantajalle tammikuussa 2013. Kyselylomakkeita viedessä kävimme vielä läpi ohjeistuksen kyselyjen täyttämiseen liittyen ja sovimme päivämäärän jolloin lomakkeet haetaan osastolta. Tavoitteena esitestauksessa oli saada kahdeksan kyselylomaketta vastattuna. Vastattuja kyselylomakkeita saimme takaisin kuusi. Kaksi potilasta kieltäytyi vastaamasta kyselyyn. Kyselylomakkeet olivat osastolla esitestauksessa yksitoista vuorokautta. Osaston hoitajat antoivat potilaille saatekirjeen, kyselylomakkeen ja kirjekuoren johon potilaat palauttivat lomakkeen sen täytettyään. Kirjekuoret laitettiin vielä tämän jälkeen palautelaitikkoon. Hoitajat kertoivat, että he olivat käyneet potilaan kanssa yhdessä läpi saate-

kirjeen, jotta potilaille ei jää väärää käsitystä kyselylomakkeen tarkoituksesta. Tämä sovittiin osastotunneilla yhdessä hoitajien kanssa.

Esitestauksen vastauksien läpi käymisen jälkeen pidimme Moisio sairaalassa osastotunnin esitestauksen keskeisistä tuloksista. Osastotunnilla keskityttiin lähinnä siihen, oliko kyselylomake todettu toimivaksi sekä mitkä olivat keskeisiä vastauksia, jotka nousivat esille.

Esitestauksen tulokset

Tulosten purkamisessa on käytetty hyödyksi mallia, jonka avulla voidaan pohtia, onko tulokset luotettavia ja kuinka kysely on toteutunut (Kankkunen-Vehviläinen 2004, 152). Esitestauksen tuloksien tulkinnassa on tässä opinnäytetyössä käytetty tätä mallia.

Esitestaukseen osallistui psykiatrisen osaston potilaita. Esitestaukseen osallistuvat potilaat olivat pitkäaikaissairaita ja hoidossa suljetulla osastolla. Potilaat ovat olleet pitkäaikaishoidossa osastolla ja heillä on kokemusta omahoitajasuhteen toteutumisesta. Tämän vuoksi oletettiin, että he pystyivät vastaamaan kyselyyn. Omahoitajakäytäntöä on osastolla kehitetty parin vuoden ajan, joten osastolla pidempään olleille potilaille omahoitajakäytännön tulisi olla tuttua. Hoitajat valitsivat esitestaukseen osallistujat potilaiden voimin mukaan. Toimeksiantajan tiedon mukaan potilaat vastasivat mielellään kyselyyn ja aikaan heillä meni vastaamiseen muutamia minuutteja. Kriteerinä kyselyyn osallistumisessa oli, että osastojakso olisi ollut mahdollisimman pitkä tai että potilas on kotiutumassa.

Kyselylomakkeen lopussa oli kaksi avointa kysymystä liittyen kyselylomakkeen ymmärrettävyyteen. Jokainen vastaaja oli vastannut avoimiin kysymyksiin. Kyselylomakkeen avoimien kysymyksien vastauksista kävi ilmi, että kyselylomakkeen kysymykset olivat helposti ymmärrettäviä. Esitestauksessa emme saaneet vastaajilta kritiikkiä, eikä ilmi tullut kehitettäviä asioita. Yleisesti kyselylomakkeen vastauksissa oli lievää hajontaa, mutta hajonta ei keskittynyt tiettyihin kysymyksiin. Likertin -asteikon jokaiseen vastausvaihtoehtoon on saatu eri kysymyksien kohdalla vastauksia. Tämä kertoo siitä, että vastausvaihtoehdot on ymmärretty. Pääasiassa kommentit kyselylo-

makkeesta olivat, että kysymykset olivat helppoja, ymmärrettäviä ja asiallisia. Vastusten perusteella voidaan päätellä, että esitestaukseen osallistujat olivat ymmärtäneet kysymykset.

Kävimme vastauksia läpi kyselylomakkeen otsikoinnin mukaan. Ensimmäinen aihealue oli omahoitajaryhmän toiminta. Aihealueen vastauksista voidaan päätellä, että potilaat tietävät osaston omahoitajaryhmä toiminnasta. Pääasiassa vastauksista tuli esille, että hoitaja on kertonut potilaalle omahoitajaryhmän toiminnasta. Suurin osa vastaajista tiesi oman vastuuhoidajansa. Kyselylomakkeen toinen aihealue oli hoidon suunnittelu ja toteutus. Tässä aihealueessa oli enemmän hajontaa kysymysten kesken. Vastauksien hajonnan vuoksi voidaan olettaa, että kysymykset ovat ymmärretty. Vastauksista ei jäänyt epäselvyyttä siitä, ettei kysymyksiä olisi ymmärretty oikein. Viimeinen aihealueemme kyselylomakkeessa koski hoitajalta saamaa apua. Hajontaa tuli jonkin verran, mutta enimmäkseen vastaukset olivat yhdensuuntaisia. Vastauksista käy ilmi, että potilaat ovat saaneet omahoitajalta pääasiassa apua hoidon eri osa-alueilla ja ovat olleet tyytyväisiä hoitajalta saamaansa apuun.

Esitestauksen vastauksista nousee selkeästi esille, että omahoitajaryhmä ei ole omaisten tiedossa. Myös yhteistyö perheen ja omaisten kanssa näyttäisi olevan riittämätöntä tai vastaajat eivät tiedä, tekeekö omahoitaja yhteistyötä perheen kanssa. Esitestauksen tuloksista käy ilmi, että perhe ja läheiset tulisi ottaa paremmin huomioon hoidon eri-vaiheissa. Huomioimme vastauksista, että suurin osa vastaajista kaipaaisi lisää tietoa omasta sairaudestaan ja apua siihen, että tunnistaisi asioita, joiden vuoksi on osastolla hoidossa.

Kyselylomakkeen vastauksista nousi esille, että vastaajat olivat kokeneet kysytyt asiat tärkeiksi hoitonsa kannalta. Tämä vahvistaa käsitystä siitä, että kyselylomakkeessa on kysytyt oleellisia asioita.

Koska opinnäytetyössä toteutettiin kyselylomakkeen esitestausta, on vaikeaa arvioida, onko esitestauksen tuloksilla merkitystä hoitotyön käytäntöön. Luotettavuuden kannalta tulisi olla enemmän vastausmateriaalia, jotta saataisiin tuloksia, joilla voidaan saada tietoa onko tuloksilla merkitystä hoitotyön käytännössä. Kuitenkin esitestauksen

vastaukset ovat suuntaa antavia, esimerkiksi tämän kyselyn pohjalta hoitotyön käytännössä voisi kehittää yhteistyötä omaisten ja perheen kanssa.

9 POHDINTA

Opinnäytetyössämme rakensimme kyselylomakkeen psykiatrisille potilaille. Tavoitteenamme oli rakentaa toimiva kyselylomake toimeksiantajalle käyttämällä tukena aiemmin tutkittua tietoa omahoitajuudesta. Selvitimme myös vastaavanlaisien kyselylomakkeiden käyttöä Suomessa. Kyselylomakkeen laatu, kysymysten ymmärrettävyys ja osuvuus varmistettiin esitestauksella, jonka avulla potilaat pystyivät antamaan palautetta kyselylomakkeesta. Tavoitteena oli, että valmis kyselylomake jää osastolle käyttöön hoitotyön tueksi. Halusimme itse oppia käyttämään erilaisia tiedonhaku menetelmiä ja löytää niistä luotettavaa ja oleellista tietoa.

Työstimme kvantitatiiviseen tutkimukseen sopivan kyselylomakkeen. Tulosten perusteella tulee esille, että laatimamme kyselylomake on sopiva käyttötarkoitukseensa. Kyselylomakkeen rakentamiseen pääsivät vaikuttamaan toimeksiantajan lisäksi kyseisen osaston henkilökunta osastotuntien kautta. Kvantitatiiviseen tutkimukseen sopivan kyselylomakkeen rakentamisessa tulee arvioida, miten kyselylomake mittaa tutkimusongelmaan liittyviä asioita. Opinnäytetyössä kyselylomakkeen keskeisimpänä tehtävänä on, että saadaan tarkkaa tietoa aiemmin määritellystä tutkimusongelmasta. (Pauonen & Vehviläinen-Julkunen 1997, 206–211.)

Kyselylomakkeen luotettavuutta voidaan arvioida vasta kun tutkimusaineistoa on kertynyt muutamia kymmeniä lomakkeita. Mittarien luotettavuutta voidaan arvioida validiteetin ja reliabiliteetin avulla. Nämä ovat mittarin tärkeimmät ominaisuudet. Reliabiliteetti näyttää, miten mittari on mitannut tutkittavaa piirrettä sekä miten luotettava ja vakaa mittari on. Reliabiliteetin avulla tarkastellaan myös, kuinka johdonmukaisia ja pysyviä mittaustulokset ovat. Reliabiliteettia voidaan mitata vasta kun mittarilla on saatu riittävästi vastauksia mitattavasta kohteesta. Opinnäytetyössämme reliabiliteetin arvioiminen ei ole luotettavaa pienen vastaajamäärän vuoksi. Esimerkiksi samaa ilmiötä voidaan mitata eri muuttujien avulla. Validiteetilla tarkoitetaan, mittaako mittaria oikeata asiaa. Esitestauksen avulla selvitimme tässä opinnäytetyössä, että mittaako

mittari juuri omahoitajasuhdetta ja toimivuutta. Validiteetin lajeja ovat sisältö-, kriteeri-, ja rakennevaliditeetti. (Oulun yliopisto 2002.)

Tuloksien pohdinnassa tulee ottaa huomioon se, että tutkimuksen osallistujat eivät aina välttämättä puhu yhdenmukaisesti. Erityisesti, kun kysytään arkoja ja henkilökohtaisia asioita, on hyvä huomioida, että vastaajat eivät välttämättä kerro heidän todellista näkökulmaansa. Toisaalta, tutkittava voi myös kertoa hyvinkin rehellisesti ja todenmukaisesti kysyttävistä asioista vaikkei se tutkijan mielestä kuulostaisi todelliselta. Tutkija ei voi siis vähätellä vastauksien todenmukaisuutta, sillä ihminen voi kokea asiat eritavoin. Kun vastauksien luotettavuutta pohditaan, tulee myös miettiä, miten tutkimuksen luonne ja aihe ovat vaikuttaneet vastauksiin. Tutkijan on hyvä suhtautua tuloksiin kriittisesti, ja pohtia, mitä ja mistä tulokset kertovat. (Saaranen-Kauppinen & Puusniekka 2006.) Esitestauksesta ei tullut ilmi, että laatimassamme mittarissa olisi kysytty henkilökohtaisia asioita. Pohdimme, olisimmeko saaneet enemmän vastauksia mittarin luotettavuudesta, jos hoitajien kanssa ei olisi pidetty osastotunteja ennen esitestauksen suorittamista. Tämä johtunee siitä, että osastotunneilla kyselylomake hiottiin hyvin pitkälle tarpeisiin sopivaksi. Kyselylomakkeen laadusta tehdyt kysymykset olivat avoimia kysymyksiä. Jos kysymykset olisivat olleet likert-asteikollisia kysymyksiä, olisiko toimivuudesta saatu kattavampaa tietoa.

Esitestauksen myötä kyselylomake osoittautui selkeäksi ja ymmärrettäväksi. Avoimien kysymyksien vastaukset olivat melko suppeita, mutta palaute oli positiivista ja saimme siitä kuitenkin kattavan tiedon. Tulosten perusteella kysymykset olivat selkeitä ja helposti ymmärrettäviä. Koimme, että kyselylomakkeen täyttäminen psykiatrisille potilaille oli soveltuva. Pohdimme kuitenkin olisimmeko saaneet kattavampia vastauksia omahoitajasuhteen toteutumisesta haastattelun avulla. Ristiriitana tässä olisi ollut, että haluavatko potilaat osallistua kyselyyn anonymina. Jos olisimme toteuttaneet kyselyn haastattelemalla, kyselylomaketta ei olisi syntynyt hoitotyön tueksi.

Esitestaukseen vastasi vain yksi nainen. Pohdimme sitä, että onko sukupuolella ja iällä merkitystä esitestauksen vastausten luotettavuuteen. Olisimme toivoneet enemmän naisvastaajia jotta olisimme saaneet hieman hajontaa sukupuolen suhteen vastauksissa. Ikähajonta toteutui hyvin, koska vastaajista kaikki oli eri-ikäisiä. Vastauksissa oli yksittäisiä ”eri mieltä” vastauksia, pohdimme sitä vaikuttaako henkilökohtaiset syyt

vastausvaihtoehdon valitsemiseen. Tämä tuli ilmi esimerkiksi kysymyksessä ”Omahoitajani hyväksyy minut sellaisena kuin olen.”.

Osastotuntien pohjalta kyselylomakkeesta poistettiin vastausvaihtoehto ”hieman eri mieltä”. Pohdimme kuitenkin esitestauksen jälkeen olisiko vastausvaihtoehto kuitenkin pitänyt olla kyselylomakkeessa, koska kyselylomakkeeseen jäänyt vastausvaihtoehto ”en osaa sanoa” ei anna juurikaan vastausta kysymykseen. Pohdimme että likertasteikko olisi kuitenkin voinut olla 5-asteikkoinen, jotta vastauksista olisi tullut kattavampia.

Rakentamaamme mittaria voi käyttää jatkossa valmiina kyselylomakkeena isomman otoksen keräämiseen. Mittarilla voisi kerätä pidemmältä aikaväliltä vastauksia. Isomman otoksen keruun jälkeen vastauksia voisi analysoida ja saada näin luotettavampia tuloksia. Tässä opinnäytetyössä toteutettiin mittarin esitestaus. Jatkossa kyselylomakkeen toimivuutta olisi hyvä testata myös erilaisilla psykiatrisilla alueilla. Tätä varten mittaria joutuisi kuitenkin muokkaamaan, jos kyseisellä osastolla ei ole omahoitajaryhmä käytäntöä.

Opinnäytetyössä pääsimme asettamiimme tavoitteisiin. Kyselylomake osoittautui toimivaksi, ja tämä oli työn tarkoitus. Kun aloimme työstää opinnäytetyötä, aiheen rajaaminen oli haasteellista. Aiheen rajauksen jälkeen opinnäytetyöhön syntyi teoriapohja helposti. Koimme hankalaksi meille itselle uuden tiedon keruun. Käyttämämme lähteet olivat ristiriitaisia sisältönsä mukaan. Käyttämillemme käsitteille oli monenlaisia hakusanoja, ja ne sisälsivät paljon erilaista tietoa ko. aiheista. Hakusanojen monimuotoisuus tuotti haasteita täsmällisen ja luotettavan tiedon hakuun. Vaikeuksia tuotti myös se, että opinnäytetyömme aiheesta ei ole juurikaan tehty aiempia tutkimuksia. Löysimme kattavasti tutkimuksia, joissa aihetta oli tutkittu hoitajien ja somaattisen puolen näkökulmasta. Käytimme näitä kuitenkin hyödyksi teoriaa pohjaa rakentaessa.

ARENE ry:n suositusten mukaan opiskelijan tulee osata arvioida ja kehittää osaamistaan ja oppimistapojaan. Tämän opinnäytetyön myötä olemme kehittyneet itsenäisessä tiedon haussa ja päätöksen teossa. Työnteon alussa lähteiden etsiminen oli haastavaa emmekä osanneet arvioida lähteiden luotettavuutta. Työn edistyessä huomasimme

kehittyneemme oikeanlaisen tiedon etsimisessä ja sen luotettavuuden arvioinnissa. Arvioimme toimintaamme jatkuvasti työtä tehdessä ja olimme kriittisiä omaa itseämme kohtaan. Olemme kehittyneet niin sanotusti itsenäisessä opiskelussa ja opintojen aikataulutuksessa. Olemme olleet realistisia tehdessämme työtämme ja tämän vuoksi työ on edennyt aikataulussaan. Suosituksissa tulee esille, että opiskelijan tulee osata ottaa huomioon erilaiset toimijat työyhteisössä. Yhteistyössä toimeksiantajan ja työyksikön kanssa kehittäessämme mittaria halusimme kuulla ja kunnioittaa jokaisen hoitajan mielipiteitä aliarvioimatta ketään. Mielestämme yhteistyö toimeksiantajan kanssa oli luontevaa ja toimi moitteettomasti. Suositukseen kuuluu myös työyhteisöosaaminen, joka sisältää päätöksen teon, tieto- ja viestintäteknikan osaamisen sekä toiminnan vuorovaikutustilanteessa. Yhteistyötapaamisissa kuuntelimme työyksikön mielipiteitä ja ehdotuksia, joista oli paljon apua. Teimme kuitenkin lopuksi itse päätökset yhteisistä ajatuksista ja niiden toteuttamisesta.

LÄHTEET.

Arene ry:n suositukset 2011. Ammattikorkeakoulujen rehtorineuvosto. WWW-dokumentti. <http://www.arene.fi/index.asp?main=1>. Ei päivitystietoja. Luettu 7.9.2012.

Bengston, Michael 2012. Schizophrenia and Psychosis. Schizophrenia information and treatment introduction. WWW-dokumentti. <http://psychcentral.com/disorders/schizophrenia/>. Päivitetty 7.12.2012. Luettu 11.3.2013.

Ellillä, Heikki, Friis, Leila, Kilkku, Nina, Komppa-Valkama, Marita, Kuosmanen, Lauri, Vuokila-Oikonen, Päivi 2009. Puntarissa mielenterveystyön käytäntö, koulu- tus ja tutkimus Suomessa. Sairaanhoitaja 6-7/2009. 24-25.

Eloranta, Anna-Maija 2006. Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen somaattisilla ajanvarauspoliklinikoilla hoitohenkilökunnan arvioimana. Pro Gradu. Tampereen yliopisto. WWW-dokumentti. <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu01022.pdf>. Ei päivitystietoja. Luettu 8.1.2013.

Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Psykoosien hoito-osasto 7. WWW-dokumentti. http://www.esshp.fi/alltypes.asp?d_type=5&menu_id=517&#. Päivitetty 14.03.2011. Luettu 18.9.2012.

Heikkilä, Tarja 2010. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita

Hentinen, Kirsi, Iija, Aulikki, Mattila, Eija 2009. Kuuntele minua – mielenterveystyön käytännön menetelmiä. Hämeenlinna: TAMMI.

Horppu, Carita 2008. Psykiatrisen osastohoitojakso potilaiden ja perheenjäsenten kokemana. Pro-gradu tutkielma. Tampereen yliopisto. WWW-dokumentti. <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu03148.pdf>. Ei päivitystietoja. Luettu. 14.1.2013

Hottinen, Anja, Hupli, Maija 1994. Psykiatrisen sairaanhoitajan hoitotyön päätöksen teko vuodeosaston hoitosuunnitelman kokouksessa. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja, tutkimuksia ja raportteja.

Hjerppe, Marjo, 2008. Yksilövastuisen hoitotyön toteutuminen omahoitajien arvioimana. Pro gradu- tutkielma. WWW-dokumentti. (<http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu03423.pdf>) Ei päivitystietoja, luettu 26.9.2012

Huttunen, Matti 2011. Skitsofrenia. Lääkärikirja Duodecim. WWW-dokumentti. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=dlk00148. Päivitetty 30.11.2011. Luettu 3.12.2012

Häkkinen, Satu, Paunonen, Sari, Piispa, Eija 2000. Hoitotyöntekijöiden mielipiteitä yksilövastuisesta hoitotyöstä ja sen toteutumisesta Mikkelin keskussairaalan kolmella osastolla. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma.

Hyväri Maarit, Käräjäoja Päivi, Vaitiniemi Assi 2004. Potilaslähtöinen hoitosuhde työskentely. WWW-dokumentti.

<http://gallia.kajak.fi/opmateriaalit/yleinen/ahorai/mielentervvehto/potilaslahtoinen.htm>
. Julkaistu 6.5.2004. Luettu 27.9.2012.

Kankkunen, Päivi, Vehviläinen-Julkunen, Katri. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki. WSOY.

Kiviniemi, Liisa, Läksy, Marja-Liisa, Matinlauri, Timo, Nevalainen, Kaija, Ruotsalainen, Kari, Seppänen, Ulla-Maija, Vuokila-Oikonen, Päivi 2007. Minä mielenterveys-työn tekijänä. Helsinki. EDITA.

Korkala, Elisa, Mömmö, Martti, Ollikainen, Susanna. 2009. Psykoosin ensioireiden tunnistaminen. Diak-pohjoinen. Oulu. Opinnäytetyö. WWW-dokumentti (http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/6369/PSYKOOSIN_ENSIOIRE_IDEN_TUNNISTAMINEN2009.pdf?sequence=1)

KvantiMOTV 2010. Kyselylomakkeen laatiminen. WWW-dokumentti.
<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kyselylomake/laatiminen.html> Päivitetty 26.8.2010. Luettu 3.12.2012

KvantiMOTV. Mittaaminen: Mittarien luotettavuus. WWW-dokumentti.
<http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/mittaaminen/luotettavuus.html>. Päivitetty 2.7.2008. Luettu 5.10.2012.

Käypä hoito. Suomalaisen Lääkäriseuran Duodecimin ja Suomen Psykiatriyhdistys ry:n asettama työryhmä 2008. Skitsofrenia. WWW-dokumentti.
<http://www.kaypahoito.fi/web/kh/suositukset/naytaartikkeli/.../hoi35050>. Päivitetty 1.1.2008. Luettu 3.12.2012

Lauronen, Niina, Tikkanen, Maria 2002. Omahoitaja suhde. WWW- dokumentti.
<http://gallia.kajak.fi/opmateriaalit/yleinen/ahorai/mielentervvehto/omahoitajasuhde.htm>. Julkaistu 17.5.2002. Luettu 14.9.2012

Lahtinen, Tuula, Pantsar, Sirpa 1999. Omahoitajuuden toteuttaminen psykiatrisessa hoitotyössä. Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymä. Hoitotyön tutkimuskurssi.

Latvala, Eila, Visuri, Tuomo, Janhonen, Sirpa 1995. Psykiatrinen hoitotyö. Porvoo: WSOY.

Linnainmaa, Pirjo 2006. Ammatillinen kasvu psykiatriseksi sairaanhoitajaksi mielen-terveyshoitotyön syventävissä opinnoissa. Pro-gradu-tutkielma. Tampereen yliopisto. WWW-dokumentti <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu01135.pdf>. Ei päivitystietoja. Luettu 14.1.2013

Linnavirta, Saana, Virtanen, Merja 2010. Yksilövastuinen hoitotyö potilaan ja omaisen arvioimana. Opinnäytetyö. Laurea-ammattikorkeakoulu. Tikkurila.

Lennart Lundin ja Ove S. Ohlsson. 2003. Psykkisen toimintakyvyn häiriöt : tukea ja apua kognitiivisiin toimintahäiriöihin. Helsinki: Profami.

Lohikoski, Hannele 2000. Yksilövastuisten hoitotyön tunnuspiirteiden toteutuminen hoitotyön opiskelijoiden harjoittelussa. Tampereen Yliopisto. Pro gradu –tutkielma.

Lönnqvist, Jouko, Henkrisson, Markus, Marttunen, Mauri, Partonen, Timo 2011. Psykiatria. Helsinki: DUODECIM.

Martikainen, Marja-Liisa 2010. Asiakastyytyväisyys hoitosuhteessa psykiatrisen sairaanhoitajan vastaanotolla. Opinnäytetyö. WWW-dokumentti. <http://webdynasty.pohjoiskarjala.net/Dynasty/Kontiolahti/kokous/201066-9-371.PDF>. Ei päivitystietoja. Luettu 25.9.2012

Mielenterveyslaki 1116/1990. Mielenterveystyö ammattina.

Mäkelä, Anja, Ruokonen, Taina, Tuomikoski, Marjatta, 2001. Hoitosuhdetyöskentely. Helsinki : Tammi

Noppiari, Eija, Kiiltomäki, Aliisa, Pesonen, Arja 2007. Mielenterveystyö perusterveyden huollossa. Vammala. TAMMI.

Nyman, Anu 2006. Yksilövastuisten hoitotyön toteutuminen potilaiden arvioimana. Pro Gradu. Tampereen yliopisto.

Oulun yliopisto 2002. Mittarien validiteetti ja reliabiliteetti. WWW-dokumentti. <http://herkules oulu.fi/isbn9514268334/html/x585.html>. Ei päivitystietoja. Luettu 11.3.2013.

Paunonen, Marita, Vehviläinen-Julkunen, Katri. 1997. Hoitotieteen tutkimusmetodiikka. Helsinki. WSOY

Pihlaja, Katja 2008. Etnografinen tutkimus mielenterveyskuntoutujan arjessa oppimisesta. Jyväskylän yliopisto. Kasvatustieteiden laitos. Pro-gradu. WWW-dokumentti https://jyx.jyu.fi/dspace/bitstream/handle/123456789/18982/URN_NBN_fi_jyu-200810075788.pdf?sequence=1. Ei päivitystietoja. Luettu 27.9.2012

Porras, Minna, 2008. Hoitohenkilöstön ammatillinen osaaminen psykiatrisilla vuodeosastoilla. Pro gradu-tutkielma. WWW-dokumentti. <http://tutkielmat.uta.fi/pdf/gradu02379.pdf>. Ei Päivitystietoja. Luettu 14.1.2013

Punkanen, Tiina 2004. Mielenterveystyö ammattina. Helsinki: TAMMI

Mäkelä, Anja, Ruokonen, Taina, Tuomikoski, Marjatta 2001. Hoitosuhdetyöskentely. Vantaa: TAMMI

Ryhänen, Arja 2005. Yksilövastuisten hoitotyön toteutuminen -Seurantatutkimus operatiivisen hoitotyön alueella. Pohjois-karjalan sairaanhoitopiirin julkaisuja. WWW-dokumentti. http://extra.pkssk.fi/html/tieteellinen_kirjasto/isbn9529793375.pdf. Päivitetty 31.5.2005. Luettu 13.2.2013.

Saaranen-Kauppinen, Anita, Puusniekka, Anna 2006. KvaliMOTV - Menetelmäopetuksen tietovaranto. WWW-dokumentti. <http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/>. Ei päivitystietoja. Luettu 5.10.2012.

Saaranen-Kauppinen, Anita, Puusniekka, Anna 2006. KvaliMOTV. Reliabiliteetti. WWW-dokumentti. http://www.fsd.uta.fi/menetelmaopetus/kvali/L3_3_2.html. Ei päivitystietoja. Luettu 11.3.2013.

Salokangas RKR, Heinimaa M, Svirskis T, Huttunen J, Laine T, Korkeila J, Ilonen T, Ristkari T, Vaskelainen L, Rekola J, Heinisuo A-M, Heikkilä J, Syvälahti E, Hirvonen J, Parkkola R, Hietala J, Klosterkötter J, Ruhmann S, Graf von Reventlow H, Linszen D, Dingemans P, Birchwood M, Patterson P. 2007 Psykoosille altis potilas. Helsinki: Kelantutkimusosasto, WWW-dokumentti [http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/191207084524HJ/\\$File/tutkimuksia91_net ti.pdf?openElement](http://www.kela.fi/in/internet/liite.nsf/NET/191207084524HJ/$File/tutkimuksia91_net ti.pdf?openElement). Ei päivitystietoja. Luettu 26.9.2012

Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Sairaanhoitajaliitto. WWW-dokumentti. http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/sairaanhoitajan_ty_o_ja_hoitotyon/sairaanhoitajan_ty o/sairaanhoitajan_eettiset_ohjeet/. Päivitetty 28.9.1996. Luettu 25.9.2012

Taanila, Aki 2012. Määrällisen aineiston kerääminen. WWW-dokumentti. <http://myy.haaga-helia.fi/~taaak/t/suunnittelu.pdf>. Ei päivitystietoja. Luettu 2.4.2013.

Tiikkaja, Miia, Paasovaara, Seija, Hildé, Raija, 2004. Yksilövastuinen hoitotyö – epäilyksissä onnistumiseen. Sairaanhoitaja liitto ry. WWW-dokumentti. http://www.sairaanhoitajaliitto.fi/ammattilliset_urapalvelut/julkaisut/sairaanhoitaja-lehti/11_2008/muut_artikkelit/yksilovastuinen_hoitoty_o_epailyk/. Ei päivitystietoja. Luettu 8.1.2013.

Terveyden- ja hyvinvoinninlaitos. Ehkäisevä mielenterveystyö. WWW-dokumentti <http://info.stakes.fi/mielenterveystyö/FI/kasitteet/index.htm>. Päivitetty 27.12.2007. Luettu 28.9.2012

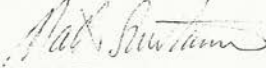


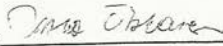
Terveyskirjasto Duodecim 2009. Psykodynaamiset yksilöterapiat. WWW-dokumentti. http://www.terveyskirjasto.fi/terveyskirjasto/tk.koti?p_artikkeli=onn00103&p_teos=onn&p_selaus=9540. Päivitetty 6.7.2009. Luettu 26.9.2012

Tölli, Sirpa 2009. Mielenterveyshoitotyön asiantuntijuuden oppiminen diakonia-ammattikorkeakoulun Oulun yksikössä. Pro Gradu. WWW- dokumentti. http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/6187/B_40_ISBN_9789524930697.pdf?sequence=1. Ei päivitystietoja. Luettu 26.9.2012.

Vehkalahti, Kimmo 2008. Kyselytutkimuksen mittarit ja menetelmät. Vammala : Tammi.

Vilka, Hanna 2007. Tutki ja mittaa. Määrällisen tutkimuksen perusteet. Jyväskylä: Gummerus

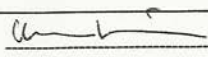
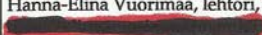




Lupa opinnäytetyön toteuttamisesta

Etelä-Savon sairaanhoitopiirin ky. Yhtymähallinto Johtajaylilääkäri	Viranhaltijapäätös 25.01.2013	Pykälä Mu 4	Sivu 1
1. Asia	Tutkimusluvan myöntäminen Kupiainen Tiia Ylönen Tiina		
2. Asiaselostus	<p>Potilastyytyväisyyskysely omahoitajahoitosuhteen toteuttamisesta Moision sairaalan osastolla 7</p> <p>Tutkijat: sairaanhoitajaopiskelijat Tiia Kupiainen ja Tiina Ylönen, Mikkelin ammattikorkeakoulu, Hoitotyö</p> <p>Tutkimuksessa tuotetaan palautelomake, jossa selvitetään oma-hoitajasuhteen toteutumista. Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, mihin vaikutus kohdistuu omahoitajuudessa ja miten/missä se osastolla näkyy. Tutkimus on rajattu keskittymään psykiatriseen hoitosuhdeyöskentelyyn.</p> <p>Tutkimus suoritetaan kyselytutkimuksena Moision sairaalan osaston 7 potilaille. Potilasta tai mitään potilasta liittyvää tietoa ei ole tunnistettavissa kyselylomakkeessa.</p> <p>Hallintoylihoitaja Senja Kuiri puoltaa tutkimuslupahakemusta.</p>		
3. Päätös	Myönnän luvan tutkimuksen suorittamiseen Moision sairaalan osastolla 7.		
4. Päätös asetettu yleisesti nähtäväksi, paikka ja aika	Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymän kirjaamo 28.1.2013 klo 9.00-15.00.		
5. Allekirjoitus, paikka ja pvm	<p>Mikkelissä 25.01.2013</p>   Johtajaylilääkäri		
6. Lisätiedot	Lisätietoja päätöksestä antaa johtajaylilääkäri 		
7. Jakelu	sairanhoitajaopiskelija Tiia Kupiainen sairanhoitajaopiskelija Tiina Ylönen ylihoitaja Sirpa Laamanen osastonhoitaja Satu Vitikainen		
8. Muutoksenhaku	Muutosta tähän päätökseen saa hakea Etelä-Savon sairaanhoitopiirin kuntayhtymän hallitukselta kirjallisella oikaisuvaatimuksella 14 päivän kuluessa päätöksen tiedoksisaannista. Tarkemmat kirjalliset oikaisuvaatimusohjeet saa päätöksentekijältä tai kirjaamosta, puh. (015) 351 2502.		
9. Tiedoksiantajan allekirjoitus	Pvm <u>28.1.2013</u> Tiedoksiantaja 		

PYYNTÖ

Opinnäytetyön aineiston kokoamiseksi
Opinnäytetyön toteuttamiseksi

Laitos, yritys, yhteisö,
jolle pyyntö osoitetaan: Etelä-Savon Sairaanhoitopiiri,

Opinnäytetyön tarkoitus ja tavoitteet	Selvittää omahoitajasuhteen toteutumista Moisio sairaalan osastolla 7. Kysely on suunnattu osaston potilaille ja kysely toteutetaan potilaiden näkökulmasta. Tarkoituksena on, että kyselyn tuloksien myötä hoitajat saavat tietoa omahoitaja suhteen toteutumisesta ja pystyvät näin kehittämään hoitosuhdetyöskentelyä osastolla. Tarkoituksenamme on rakentaa toimiva kyselylomake toimeksiantajalle, kyselyn tuloksia emme analysoi.
Opinnäytetyön kohde, kohderyhmä tai yhteistyötaho kehittämistyössä	Opinnäytetyö on suunnattu Moisio sairaalan osaston 7 potilaille. Toimeksiantaja opinnäytetyössä on osastonhoitaja Satu Vitikainen.
Opinnäytetyössä käytettävät menetelmät ja/tai aineiston kokoamistapa	Potilastyytyväisyyttä selvitetään testi kyselylomakkeen avulla. Kyselylomake on laadittu kvantitatiivisella menetelmällä ja operationalisoinnilla, perustuen aiempiin tutkimuksiin ja teorian tietoon. Kysymykset liittyvät yksilövastuiseen hoitotyöhön. Aineistoa ei analysoida. Kokeilemme lomakkeen toimivuutta osaston kahdeksalla potilaalla, jonka jälkeen lomake jää osaston käyttöön, jotta he voivat kehittää hoitotyötään. Potilasta tai mitään potilasta liittyvää tietoa ei ole tunnistettavissa kyselylomakkeessa. Testikyselylomakkeet tulevat ainoastaan meidän käyttöön ja jatkossa kyselylomakkeet jäävät hoitajien käyttöön.
Aineiston kokoamisen tai kehittämistoiminnan ajankohta	Helmikuussa 2013 käydään kyselyn alustavat vastaukset läpi ja pohditaan, miten kyselylomake käytännössä toimii. Alustavat tulokset käydään osastolla läpi.
Opinnäytetyön arvioitu valmistumisaika	Opinnäytetyön on valmis Huhtikuussa 2013.
Opinnäytetyön suunnitelma hyväksytty terveysalan laitoksella	30 päivänä lokakuuta 2012  opettaja
Opinnäytetyön ohjaajat ja heidän yhteystietonsa	Hanna-Elina Vuorimaa, lehtori, Mikkelin ammattikorkeakoulu 
Opinnäytetyön tekijöiden yhteystiedot	
Nimi : Tiia Kupiainen, 	
Osoite: 	
Nimi: Tiina Ylönen, 	
Osoite: 	

Anomus käsitelty 24 01 2013

Allekirjoitus




Pyyntö lähetään kahtena kappaleena, joista toisen luvanantaja palauttaa käsittelyn jälkeen opinnäytetyön tekijöille. LIITEET : hyväksytty opinnäytetyön suunnitelma, aineistonhankintalomake (kysely-, haastattelututkimuksessa)

HYVÄ VASTAAJA!

Olemme kaksi viimeisen vuoden sairaanhoitajaopiskelijaa Mikkelin ammatti-korkeakoulusta. Teemme päättötyötä, jossa olemme tehneet kyselylomakkeen, johon sinulla on mahdollisuus vastata. Kyselylomakkeen kysymykset liittyvät hoitojaksoosi ja kokemuksiisi hoidon toteutumisesta. Kyselylomakkeen avulla selvitämme, kuinka hoitaja on auttanut sinua ja ollut tukenasi.

Kyselyyn vastaamiseen menee aikaa muutama minuutti. Kyselyyn vastaaminen on vapaaehtoista. Kaikki tiedot käsitellään luottamuksellisesti, eikä yksittäisen henkilön vastauksia voida tunnistaa. Vastaamalla kyselyyn voit kertoa nimettömänä mielipiteesi hoitosi toteutumisesta ja samalla voit antaa arvokasta apua päättötyömme onnistumiseksi. Vastaat kyselyyn nimettömänä, eikä sinua voida tunnistaa antamiesi vastausten perusteella. Vastaukset eivät myöskään vaikuta hoitoosi millään tavalla. Vastauksia käytetään vain osaston toiminnan kehittämiseen.

Kysymykset, joihin vastaat liittyvät hoitajiin, jotka huolehtivat sinun hoidostasi. Sinulla on osastolla omahoitajaryhmä sekä vastuuhoitaja aamu- ja iltavuoroissa. Täytetyn vastauslomakkeen voit palauttaa suljetussa kirjekuoressa osaston hoitajille tai osastolla olevaan palautuslaatikkoon.

Kiitos osallistumisesta!

LIITE 4(2).
Kyselylomake

HOITAJALTA SAAMASI APU (Kysymyksissä tarkoitetaan omahoitajaryhmäsi kaikkia hoitajia):

	Samaa mieltä	Hieman samaa mieltä	En osaa sanoa	Eri mieltä
13. Omahoitajani hyväksyy minut sellaisena kuin olen	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
14. Omahoitajani ymmärtää minua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
15. Omahoitajani on luotettava	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
16. Omahoitajani kuuntelee minua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
17. Omahoitaja on käynyt kanssani tarvittavia keskusteluja	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
18. Olen saanut vastauksia minua huolestuttaviin asioihin	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
19. Omahoitaja on tukenut minua	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
20. Omahoitaja on auttanut minua selviytymään päivittäisissä toiminnoissa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
21. Omahoitajalla on ollut aikaa minulle	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Neuvottelemme omahoitajani kanssa hoitoani koskevista asioista	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
23. Olen saanut tietoa sairaudestani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
24. Olen saanut tietoa lääkehoidostani	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
25. Omahoitajani tekee yhteistyötä perheeni ja läheisteni kanssa	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>
22. Koin, että kysymykset 13-25 olivat tärkeitä hoitoni kannalta	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>	<input type="checkbox"/>

TAUSTATIEDOT:

Sukupuoli: a. Mies b. Nainen **Ikä** _____ vuotta

Seuraavat kaksi kysymystä liittyvät kyselylomakkeeseen

1. Oliko kyselylomakkeen kysymykset helposti ymmärrettäviä? Vastaa omin sanoin.

2. Haluatko sanoa jotain muuta liittyen kyselylomakkeeseen ja kysymyksiin?

Kiitos vastauksistasi! 😊

