



Milla Ottelin
Mari Pulkka

Yksilöllinen hoito potilaan näkökulmasta

Osastohoidon aikana

Metropolia Ammattikorkeakoulu
Sairaanhoitaja
Hoitotyön koulutusohjelma
Opinnäytetyö
26.11.2010

Tekijä(t) Otsikko	Milla Ottelin, Mari Pulkka Yksilöllinen hoito potilaan näkökulmasta – Osastohoidon aikana
Sivumäärä Aika	25 sivua + 3 liitettä 26.11.2010
Tutkinto	Sairaanhoitaja (AMK)
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Hoitotyö
Ohjaaja(t)	Lehtori Hannele Hokkanen Yliopettaja Leena Rekola
<p>Opinnäytetyö on osa Metropolia ammattikorkeakoulun ja Espoon sairaalan yhteistä Liittyvä voima -hanketta, jonka tarkoituksena on luoda kumppanuusmalli työelämän ja korkeakoulun välille. Projektiin kuuluu kolme osa-projektia; turvallinen lääkehoito, kotiutuminen sekä toimintakyvyn edistäminen. Aiheemme kuuluu toimintakyvyn edistäminen -osaprojektiin.</p> <p>Työmme tavoitteena on tuottaa tietoa yksilöllisen hoidon toteutumisesta Espoon sairaalan kahdella osastolla kliinisen hoitotyön kehittämistä varten. Kyseessä on lähtötilanteen kartoitus. Tutkimuskysymykset ovat: "Tuetaanko potilaan yksilöllisyyttä hoitotyön toiminnoilla?" ja "Toteutuuko yksilöllinen hoito potilaiden arvioimana?"</p> <p>Yksilöllinen hoito on potilaan lähtökohdista lähtevää hoitamista, joka sisältää potilaan kliinisen tilanteen sekä elämäntilanteen huomioon ottamisen ja päätöksenteon kontrollin.</p> <p>Tutkimuksen aineiston keruuseen käytimme ICS-mittaria, joka on kehitetty mittaamaan hoidon yksilöllisyyttä. Aineisto kerättiin Espoon sairaalan ortopedisen jatkokuntoutusosaston sekä terveyskeskuksen vuodeosaston potilailta kesä-syyskuussa 2010. Tutkimukseen valikoituivat osastoilla tuona aikana hoidossa olevat potilaat, jotka (N= 63) täyttivät ennalta määrittelemämme kriteerit. Vastausprosentti oli 46 % (n=29).</p> <p>Aineisto tallennettiin ja analysoitiin PASW Statistics 18-ohjelmalla. Analyysissä hyödynnettiin tilastollisia menetelmiä ja sitä kuvataan frekvensseinä, % -osuuksina, sekä keskiarvojen ja keskihajonnan avulla.</p> <p>Tulosten perusteella yksilöllinen hoito potilaiden kokemana toteutuu melko hyvin. Parhaiten toteutuu potilaan kliinisen tilanteen huomioiminen sekä itsemääräämisen mahdollistaminen. Potilaan elämäntilanteen huomioiminen arvioitiin toteutuvan huonoiten. Hoidon yksilöllisyys arvioidaan toteutuvan paremmin toteutuneessa hoidossa kuin hoitotyön toiminnoissa.</p> <p>Kehittämistarpeiksi nousevat erityisesti potilaan perheen, taustojen ja aikaisempien sairaalakokemusten huomioiminen. Lisäksi sairauden merkitys ja sen vaikutus potilaaseen tulisi ottaa huomioon aiempaa enemmän. Tulevaisuuden haasteena on kehittää hoitotyön malleja potilaan yksilöllisyyttä tukeviksi.</p>	
Avainsanat	yksilö, yksilöllisyys, yksilöllinen hoito

Author(s) Title	Milla Ottelin, Mari Pulkka Individualised Care from the Patient´s Point of View
Number of Pages Date	25 pages + 3 appendices 26 November 2010
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation	Nursing
Instructor(s)	Hannele Hokkanen, Lecturer Leena Rekola, Principal Lecturer
<p>Our study was part of the Collaborative Intensity –project between Helsinki Metropolia University of Applied Sciences, Finland and Espoo Hospital, Finland. The purpose of the project was to create a partnership model between working life and universities of applied sciences.</p> <p>The objective of our study was to gather information on how individualised the nursing and health care on two hospital wards of the Espoo Hospital was from the patient’s point of view. The information may be used for the further development of clinical nursing. In our study, we charted the starting point of the clinical nursing at Espoo Hospital.</p> <p>In the theoretical part of our study, we dealt with individual care and its impact on the patient. The patient's clinical situation, his/her personal life situation as well as decision-making control were all included into the concept of individualized care.</p> <p>Our research questions were as follows: “Was the individuality of the patient supported through specific nursing activities?” and “how was the individualised care implemented?”</p> <p>We collected the data by using the Individualised Care Scale (ICS) on the orthopedic rehabilitation and health centre wards between 11 June and 9 September, 2010. A total of 29 responses were gathered out of 63, which amounts to 46% as the response rate. The patients were selected according to our defined criteria.</p> <p>We recorded and analysed the data with the PASW Statistics 18 software programme. Statistical methods such as frequencies, percentage, as well as averages and standard deviation were used in the analysis.</p> <p>Firstly, we found the patients were quite satisfied with individualised care. Taking the patient´s clinical situation into account and letting him/her make decision and be part of the process were implemented the best. However, the patients felt least individuality in their personal life situation. Secondly, the individuality of care was experienced more in patient own care than through specific nursing activities.</p> <p>Our results lead to a conclusion that there are still development needs in taking into account the patient´s family, background and previous hospital experiences. In addition, the importance of the disease and its impact onto the patient should be studied in future. Finally, there is a need to develop nursing models to support patient individuality in nursing and health care.</p>	
Keywords	individual, individuality, individual care

Sisällys

1 Johdanto	1
2 Tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat	2
2.1 Yksilöllinen hoito	2
2.2 Yksilölliseen hoitoon kohdistunut tutkimus	4
2.3 Yksilöllisen hoidon hyödyt	6
3 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelmat	7
4 Tutkimusaineisto ja menetelmä	7
4.1 Kyselylomake	7
4.2 Tutkimusaineisto	8
4.3 Aineiston analyysi	10
5 Tulokset	10
5.1 Taustatiedot	10
5.2 Yksilöllisen hoidon toteutuminen	12
5.2.1 Kliinisen tilanteen huomioiminen	12
5.2.2 Henkilökohtaisen elämäntilanteen huomioon ottaminen	12
5.2.3 Itsemääräämisen mahdollistaminen	13
5.3 Taustamuuttujien yhteys yksilöllisen hoidon kokemiseen	13
6 Pohdinta	15
6.1 Tutkimustulosten pohdinta	15
6.2 Tutkimuksen toteutus	17
6.3 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	18
6.4 Oppimisprosessi	19
6.5 Tulevaisuuden näkymät ja mahdollisia kehitystarpeita	20
Lähteet	22
Liitteet	
Liite 1. Saatekirje	
Liite 2. Taustatietolomake	
Liite 3. Tutkimuslupa	

1 Johdanto

Yksilöllinen, potilaslähtöinen hoito on ollut hyvin paljon viime vuosina esillä terveyspoliittisissa kannanotoissa, terveydenhuoltoa säätelevässä lainsäädännössä ja suosituksissa, sekä terveydenhuollon toimintojen uudelleen järjestelyissä. Terveydenhuollon etiikka korostaa myös ihmisen näkemistä yksilöllisenä persoonana. (Suhonen – Leino-Kilpi 2010a: 12.) Hoitotyön peruseriaatteisiin ja arvoihin kuuluu ihmisarvon kunnioitus. ”Ihmisen kunnioittamiseen kuuluvat inhimillinen kohtelu, luottamuksellisuus ja yksityisyyden suoja, hyvä vuorovaikutus ja rehellisyys sekä tiedonsaannin, yksilön vaikuttamismahdollisuuksien ja itsemääräämisoikeuden edistäminen.” (ETENE 2001.) Ikäihmisten palvelujen laatusuosituksen mukaan yksilöllisyys on yksi keskeisistä ihmisarvoisen vanhuuden turvaavista eettisistä periaatteista (Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008: 12). Lain perusteella potilaalla on oikeus yksilölliseen hoitoon mahdollisuuksien mukaan (Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992 § 3).

Yksi hoitotyön laatua mittaavista tekijöistä on potilaan positiivinen kokemus hoidosta. Hoitajien on oltava tietoisia siitä, mitä potilaat pitävät hyvänä ja millaista palvelua he hoitotyöntekijöiltä odottavat. (Voutilainen – Laaksonen 1994: 35.) Aiemmat tutkimukset osoittavat, että potilaat ovat tyytyväisempiä tultuaan kohdeltuna yksilönä hoitotyössä. (Suhonen – Välimäki – Katajisto – Leino- Kilpi 2007b: 199; Leo ym. 2009: 361.)

Yksilölliseen hoitoon on kohdistunut lisääntyvä määrä tutkimuksia ja aihetta on tutkittu sekä potilaiden että hoitajien näkökulmasta (Suhonen – Leino-Kilpi 2010a: 13). Hoidon tutkimusta potilaan näkökulmasta on kuitenkin tehty suhteellisen vähän. Yksilöllisellä hoidolla voidaan vaikuttaa potilaan hoitoon tyytyväisyyteen ja sen on todettu edistävän potilaan toimintakykyä. Potilaan tyytyväisyys hoitoon on yhteydessä hyviin hoitotuloksiin. (Suhonen – Hupli – Välimäki – Leino-Kilpi 2009: 144.) Yksilöllinen hoito on edelleen keskeinen haaste erityisesti ikääntyvien hoitotyössä, sillä väestön ikääntymisen myötä kroonisia sairauksia sairastavien määrä lisääntyy jatkuvasti (Makkonen ym. 2010: 132).

Tämän työn tarkoituksena on tutkia yksilöllisen hoidon toteutumista potilaan kokemana. Toteutamme tutkimuksen valmiilla kyselylomakkeella, jonka avulla keräämme tietoa Espoon sairaalan kahden osaston potilaiden kokemasta yksilöllisestä

hoidosta. Opinnäytetyömme on osa Metropolia ammattikorkeakoulun ja Espoon sairaalan yhteistä Liittyvä voima -hanketta, jonka tarkoituksena on luoda kumppanuusmalli työelämän ja korkeakoulun välille. Projektiin kuuluu kolme osaprojektia: turvallinen lääkehoito, kotiutuminen sekä toimintakyvyn edistäminen. Aiheemme kuuluu toimintakyvyn edistäminen osaprojektiin. Työmme tavoitteena on tuottaa tietoa yksilöllisen hoidon toteutumisesta Espoon sairaalan kahdella osastolla kliinisen hoitotyön kehittämistä varten. Kyseessä on lähtötilanteen kartoitus.

2 Tutkimuksen teoreettiset lähtökohdat

Yksilöllisyys on yksi hoitotyön periaatteista, joka ohjaa hoitavaa henkilökuntaa toimimaan potilaan hyväksi. Yksilöllisessä hoidossa jokaisen potilaan kohdalla toteutetaan juuri hänen tarpeitaan vastaavaa hoitoa, jossa huomioidaan potilaan omat tavoitteet ja toiveet edellyttäen, että potilas on kykenevä osallistumaan hoitoonsa. (Anttila – Kaila-Mattila – Puska – Vihunen – Virolainen 1998: 18.) Jokaisen ihmisen yksilöllisyys ja ainutkertaisuus rakentuu kunkin yksilön eletystä elämästä. Jokaisella on takanaan oma elämänsähistoriansa, joka on muovannut ihmistä sellaiseksi joka hän on tänä päivänä kokemuksineen ja tapoineen. (Jahren Kristoffersen – Nordvedt – Skaug 2006: 26.)

Yksilöllinen hoito on käsitteenä vanha, tietoa siitä on runsaasti olemassa. Potilaan näkökulma on kuitenkin vähemmän tutkittu. Suomessa sekä kansainvälisesti Riitta Suhonen on ollut uranuurtajana potilaan näkökulman tutkijana. Hän on luonut yksilöllisen hoidon mittarin, jota käytämme tiedon keruun välineenä opinnäytetyössämme. (Suhonen 1997; Suhonen 2002; Suhonen ym. 2007b: 201.)

2.1 Yksilöllinen hoito

Yksilö määritellään Suomen kielen perussanakirjan mukaan yksittäiseksi ihmiseksi, eläimeksi tai kasviksi itsenäisenä kokonaisuutena (Haarala ym. 1994: 624). Yksilöllisyys (individuality) ja yksilö sanojen alkuperä tulee latinankielisistä sanasta individuus, joka tarkoittaa ainutlaatuisia, erityistä tai persoonaan liittyvää, persoonalle ominaista. Se on ominaispiirre, joka erottaa yhden henkilön kaikista muista ihmisistä. (Suhonen ym. 2009: 146.) Yksilöllisyys sisältää kaikki yksilölle kuuluvat piirteet ja ominaisuudet sekä luonteenpiirteet. Sanalle yksilöllisyys esitetään hoitotyön kirjallisuudesta muun muassa

seuraavia synonyymeja: ainutkertaisuus, identiteetti, persoonallisuus, erityislaatusuus. (Suhonen 1997: 3–5.)

Yksilöllinen hoito kuuluu terveydenhuollon ja hoitotyön peruskäsitteistöön. Käsite on esiintynyt jo 1960-luvulta lähtien hoitotyön kirjallisuudessa. Käsitteen tutkimus alkoi 1970-luvulla, 80-luvulla empiiriset tutkimukset lisääntyivät selvästi. Yksilöllisen hoidon opetuksen tärkeys tiedostettiin vasta 90-luvun alussa. (Suhonen 2002: 17–18.)

Käsitteenä yksilöllinen hoito on hyvin monimutkainen (Suhonen 2002: 61). Suhosen kehittämän hoitotyön mallin mukaan yksilöllinen hoito sisältää potilaan henkilökohtaisen elämäntilanteen ja kliinisen tilanteen huomioon ottamisen sekä päätöksen teon kontrollin. Potilaan kliininen tilanne sisältää potilaan fyysiset ja psyykkiset tarpeet sekä potilaan kyvyt, voimavarat, voinnin, tuntemukset ja tunteet sekä pelot ja huolet. Lisäksi sairauden merkitys potilaalle ja sairauden vaikutuksen huomioiminen, kuuluu potilaan kliinisen tilanteen osa-alueeseen. (Suhonen 2002: 60; Makkonen – Hupli – Suhonen 2010: 131.) Potilaan henkilökohtainen elämäntilanne sisältää yleisen elämäntilanteen (työ, harrastukset), perheen osallistumisen, tavat ja tottumukset sekä aikaisemmat sairaalakokemukset. Tieto sairaudesta ja sen hoidosta, valinta ja valinnan mahdollisuus sekä hoitoa koskeva päätöksenteko, potilaan toiveet, mielipiteet ja ehdotukset muodostavat päätöksenteon kontrollin osa-alueen. (Suhonen 2002: 60.) Potilaan yksilöllisen hoidon kokemusta voidaan mitata em. kolmen ulottuvuuden kautta. Ensinnäkin miten potilaat näkevät yksilöllisyyttä tuettavan hoitotyön toimintojen kautta ja toiseksi miten he kokevat yksilöllisyyden toteutuneen omassa hoidossaan. (Suhonen 2002: 52, 60.)

Yksilöllisen hoidon synonyyminä käytetty hoidon räätälöinti tarkoittaa hoidon sovittamista potilaan terveystarpeisiin (Suhonen – Leino-Kilpi 2010a: 12). Yksilöllisen hoidon synonyyminä englannin kielessä on käytetty sanaa personalising. Yhteydessä olevia sanoja ovat myös patient centered care (potilaslähtöinen hoito), total patient care ja holistic nursing care (kokonaisvaltainen hoitotyö). Vastakohtina puolestaan voidaan puhua standardisoidusta hoidosta, persoonattomasta hoidosta. (Suhonen 2002: 15–16.)

Yksilöllisen hoidon toteutuminen edellyttää hoitajan tiedonkeruuta potilaan taustoista, vain potilaan tunteminen mahdollistaa yksilöllisen hoidon. Potilaan tuntemisen lisäksi yksilöllisen hoidon toteutuminen edellyttää kattavaa ja jatkuvaa arviointia, tilanteen

ymmärtämistä yksilön näkökulmasta sekä potilaan kunnioittamista yksilönä (Suhonen 2002: 59–60.) Yksilöllinen hoito on potilaan lähtökohdista lähtevää hoitamista. Hoitaja soveltaa hoitotyön toiminnot kullekin potilaalle henkilökohtaisesti tämän tilanteen ja tarpeet huomioon ottaen, käyttäen erilaisia menetelmiä ja samalla mahdollistaen potilaan itsemääräämisoikeuden toteutumisen. (Suhonen 1997: 8.)

Alustavien tutkimusten mukaan yksilöllisen hoidon toteuttamiseen vaikuttavat organisaation toimintatavat, toimintaympäristö, hoitokulttuuri, eettinen ilmapiiri ja johtaminen. Lisäksi työnjakomallin sekä hoitohenkilöstön määrän ja hoitohenkilökunnan asenteiden on havaittu olevan yhteydessä yksilöllisen hoidon toteutumiseen. Yksilöllisen hoidon toteuttamisen ja organisaation tuottavuusvaatimusten yhteensovittaminen on havaittu olevan ongelmallista hoitajien näkökulmasta. (Suhonen 2002: 22; Suhonen – Leino-Kilpi 2010a: 13.) Tutkimukset ovat antaneet myös viitteitä, että yksilöllinen hoito toteutuu paremmin pienemmissä sairaaloissa ja yksiköissä sekä toteutettaessa yksilövastuista hoitotyön mallia (Suhonen ym. 2007b: 202–203). Organisaation lisäksi yksilöllisen hoidon kokemukseen on löydetty yhteydessä olevia potilaslähtöisiä tekijöitä kuten ikä, koulutus, sukupuoli sekä koettu terveydentila (Suhonen 2002: 22).

2.2 Yksilölliseen hoitoon kohdistunut tutkimus

Yksilöllistä hoitoa on mahdollista tutkia useista eri näkökulmista kuten hoitotyöntekijöiden, hoitotyön opiskelijoiden, organisaation sekä potilaan näkökulmasta (Suhonen 2002: 14). ICProject on Turun yliopiston hoitotieteen laitoksen tutkimusohjelma, joka kohdistuu yksilöllisen hoidon tutkimukseen eri näkökulmista ja erilaisissa terveydenhuollon toimintaympäristöissä (Suhonen – Leino-Kilpi 2010a: 14).

Työssämme olemme keskittyneet tutkimuksiin potilaan näkökulmasta, joissa on käytetty Yksilöllinen hoito-mittaria (ICS-scale). Kyseistä mittaria on käytetty ainakin seitsemässä löytämässämme tutkimuksessa. Tutkimukset toteutettiin vuosina 1996, 2001 vuonna kahdesti, 2004, 2005–2006, 2007 sekä vuonna 2009. Potilaat olivat kirurgisia-, sisätauti-, naistentauti- ja onkologisia potilaita sekä sisätautiajanvarauspoliklinikan asiakkaita. (Suhonen 1997; Suhonen 2002: 29; Suhonen – Schmidt – Radwin 2007a: 79; Makkonen 2008; Suhonen – Leino-Kilpi 2010b.)

Kansainvälisesti mittaria on käytetty vuosina 2004–2006 viidessä eri maassa; Kreikka, Ruotsi, Tanska, Norja, UK ja USA. (Suhonen ym. 2007a: 79) Yksi uusimmista tutkimuksista on tehty Turkissa vuonna 2006, jonka tulokset kertovat mittarin hyödyllisyydestä myös muissa kulttuureissa (Acaroglu – Suhonen – Sendir – Kaya 2010). Kansainvälisissä tutkimuksissa on tullut esille, että eri maiden välillä on eroja hoitajien hoitotyön toiminnoissa sekä potilaiden kokemuksissa koetusta yksilöllisestä hoidosta. (Suhonen – Leino-Kilpi 2010a: 13.)

Pääsääntöisesti Suomessa hoito on arvioitu toteutuneen melko yksilöllisesti myös kansainvälisesti tarkasteltuna. Yhteneväisyys aiempien tutkimustulosten välillä oli potilaiden kokemus, että heidän henkilökohtaista elämäntilannettaan ei huomioitu tarpeeksi hoitotyön toiminnoissa (Suhonen – Leino-Kilpi 2010a: 13). Useissa tutkimuksissa kliinisen tilanteen huomiointi sekä itsemääräämisen mahdollistaminen on arvioitu parhaiten toteutuneeksi. Yksilöllisen hoidon toteutuminen hoitotyön toimintojen kautta on toteutunut huonommin kuin potilaiden kokemassa hoidossa. (Suhonen 2002: 63; Suhonen ym. 2004: 31; Makkonen ym. 2010: 134.)

Yksilöllisen hoidon mittaamiseen on olemassa myös muita mittareita. The Schmidt Perception of Nursing Care Survey (SPNCS) mittaa potilaiden kokemuksia saamastaan hoidosta. Mittari sisältää neljä osa-aluetta, joista yksi käsittelee yksilöllistä hoitoa. "Seeing the Individual patient" – osa käsittää 5 väittämää. (Schmidt 2004: 298; Suhonen ym. 2007: 79.) The Oncology Patients' Perceptions of the Quality of Nursing Care Scale (OPPQNCS) on luotu mittaamaan hoidon laatua syöpäpotilaiden näkökulmasta. OPPQNCS sisältää neljä osa-aluetta. "Individualization" – osa-alue sisältää 5 yksilöllistä hoitoa koskevaa väittämää. (Radwin – Alster – Rubin 2003: 283; Radwin 2003: 366–367; Suhonen ym. 2007a: 79–80.)

Valitsimme ICS-mittarin, koska se on suomenkielinen ja keskittynyt tutkimaan pelkästään yksilöllistä hoitoa, toisin kuin muut löytämämme mittarit. Mittarin luotettavuutta tukee sen kehittämisvaiheessa tehdyt asiantuntija-arvioinnit joiden pohjalta mittari on todettu luotettavaksi. Asiantuntijat koostuivat potilaista, hoitajista, hoitotieteen opiskelijoista ja tutkijoista. Useiden vuosien sisällä tehdyt monet tutkimukset, joiden aikana mittaria on testattu ja analysoitu tukevat lisäksi sen luotettavuutta. (Suhonen ym. 2009: 149; Suhonen ym. 2007a: 81-83; Suhonen ym. 2007b: 201.)

2.3 Yksilöllisen hoidon hyödyt

Yksilöllisen hoidon positiivisia vaikutuksia potilaaseen tukevat niin teoreettiset kuin empiirisetkin näytöt sekä kirjallisuus. Yleisimmin yksilöllisen hoidon hoitotuloksia on kuvattu potilas tyytyväisyyden (Leo ym. 2009: 361; Suhonen ym. 2007b: 199), hoitoon sitoutumisen (Gustafsson – Leino-Kilpi – Suhonen 2009: 4) henkilön autonomian sekä koetun terveyteen liittyvän elämänlaadun paranemisella. (Suhonen ym. 2007b: 199.) Aiempien tutkimusten perusteella on havaittu yksilöllisen hoidon tuottavan potilaalle iloa ja tyytyväisyyttä antaen hänelle voimaa ja motivaatiota kuntoutumiseen. Näin ollen yksilöllisellä hoidolla voidaan vaikuttaa edistävästi potilaan toimintakykyyn. Yksilöllisen hoidon on todettu parantavan myös hoitotyön laatua. (Kesseli – Manner 2007: 16.) Hoidettaessa potilasta yksilöllisesti potilaat näyttivät toipuvan epämukavuuden tunteestaan ja huolistaan, lisäksi sillä oli vaikutusta myös parempaan henkiseen hyvinvointiin. (Suhonen ym. 2007b: 200.) Yksilöllisellä hoidolla nähtiin olevan yhteyttä myös vähentämään sosiaalista eristäytyneisyyttä (Suhonen 2002: 63).

Potilaan yksilöllisyyden kokemisen tärkeys hoidossaan on noussut selkeästi esille monissa tutkimuksissa. Tutkimusten mukaan asiakkaat kokivat saaneensa yksilöllistä hoitoa silloin, kun hoitajat keskustelivat heidän kanssaan antaen näin riittävästi aikaansa heille. Yksilöllinen hoito toteutui myös potilaiden saadessa ottaa vastuuta hoidostaan sekä hoitajien huomioidessa heidän henkisen tilansa. Lisäksi elämänhistorian ja senhetkisen elämäntilanteen huomioiminen koettiin tärkeäksi. Ymmärretyksi tuleminen vahvisti myös yksilöllisyyden tunteen kokemista. Yksilöllisyyttä vähentäviksi tekijöiksi hoidossaan potilaat kokivat jatkuvan henkilökunnan vaihtuvuuden, väärinymmärretyksi tulemisen ja hoitajien välinpitämättömyyden heidän pelkojaan kohtaan. Tutkimusten perusteella eniten kaivattiin huomioitavan potilaan elämäntilannetta hoitotilanteissa, ajan antoa hoitajilta, jolloin potilaan tarpeista ja tuntemuksista olisi mahdollista keskustella. Omaisten osuus hoidossa koettiin myös liian vähäiseksi. (Ekroos 2009: 15–16, 23.)

Ikääntyneiden hoitotyö ei edelleenkään ole riittävän yksilöllistä (Suhonen – Leino-Kilpi 2010b: 13). Tutkimuksemme on nykytilanteen kartoitus osastoilla. Millä osa-alueilla on onnistuttu ja mitkä osa-alueet kaipaavat kehittämistä.

3 Tutkimuksen tarkoitus ja tutkimusongelmat

Espoon sairaalan kaksi osastoa ovat mukana Liittyvä Voima – projektissa, jonka yhtenä tavoitteena on toimintakykyä edistävien toimintamallien kehittäminen. Yksilöllinen hoito on yhteydessä potilaan toimintakykyyn (Kesseli – Manner 2007: 16). Tutkimuksen tarkoituksena on selvittää miten yksilöllinen hoito toteutuu osastoilla potilaan näkökulmasta, jotta jatkossa tuloksia voidaan hyödyntää hoitotyön kehittämistä varten.

Tutkimuskysymykset ovat:

- 1) Tuetaanko potilaan yksilöllisyyttä hoitotyön toiminnoilla?
- 2) Toteutuuko yksilöllinen hoito potilaiden arvioimana?

4 Tutkimusaineisto ja menetelmä

4.1 Kyselylomake

Kyselylomake sisälsi ICS -mittarin sekä taustatietokysymyksiä (ikä, sukupuoli, siviilisäätty, koulutus, sairaalassaoloaika, aikaisemmat hoitajaksot sairaalassa, asuminen sekä kyselyn täyttäminen). (ks. liite 2.) ICS -mittari on Riitta Suhosen kehittämä 5-portainen, Likert -asteikollinen asennetta mittaava kyselylomake. Mittari pyrkii selvittämään missä määrin potilaat arvioivat hoitajien toteuttavan yksilöllistä hoitoa. (Suhonen 1997: 19–20; Suhonen 2002: 49.) Tällä hetkellä mittarissa on yhteensä 34 väittämää (Suhonen ym. 2009: 148). Lomake oli kaksiosainen, niin että ensimmäiset 17 väittämää (A-väittämät) kuvaavat yksilöllisyyttä tukevia hoitotyön toimintoja ja loput 17 väittämää (B-väittämät) potilaan havaitsemaa yksilöllisen hoidon toteutumista (Suhonen 1997: 19; Suhonen 2002: 49). Väittämät ovat kaikki suuntaukseltaan positiivisia. Vastaajan tuli ympyröidä mielipidettään tai kokemustaan eniten kuvaava kohta väliltä 1–5 (1 = täysin eri mieltä, 2= jonkin verran eri mieltä, 3= ei samaa eikä eri mieltä, 4 = jonkin verran samaa mieltä ja 5 = täysin samaa mieltä). (Suhonen 1997: 19–20, Suhonen 2002: 35, Suhonen ym. 2009: 147.)

ICS -mittari sisältää yksilöllisen hoidon muodostamat kolme osa-aluetta: potilaan kliinisen tilanteen, henkilökohtaisen elämäntilanteen sekä päätöksenteon kontrollin, joihin mittarin väittämät perustuvat. Mittarin 14 väittämää sisältävät tietoa potilaan

kliinisen tilanteen huomioimisesta. Väittämät sisältävät tietoa potilaan fyysisten sekä henkisten tarpeiden, kuten pelkojen ja huolien huomioinnista. Lisäksi väittämät käsittelevät potilaan terveydentilan ja sairauden merkityksen sekä niiden vaikutuksen huomioon ottamista. Vastuun ottaminen hoidosta omien voimavarojen mukaan sisältyy myös tähän osa-alueeseen. Väittämiä ovat esimerkiksi: "Hoitajat ovat keskustelleet kanssani sairauteeni liittyvistä tuntemuksista", "Hoitajat ovat antaneet minulle mahdollisuuden ottaa vastuuta hoidostani voimavarojeni mukaan", "Hoidossani on huomioitu mitä sairaus minulle merkitsee", "Mahdolliset pelkoni ja huoleni on huomioitu hoidossani". (Suhonen 1997, Suhonen 2002, Suhonen ym. 2009: 147.)

Kyselymittarin väittämistä kahdeksan koskee elämäntilanteen huomiointia. Potilaan päivittäiset toiminnot, tavat ja tottumukset sekä perheen mahdollisuus osallistua hoitoon ja aikaisemmat sairaalakokemukset kuuluvat tähän osa-alueeseen. Väittämiä ovat: "Hoitajat ovat kysyneet, millaista toimintaa kuuluu jokapäiväiseen elämään sairaalan ulkopuolella", "Hoitajat ovat kysyneet jokapäiväisiä tottumuksiani", "Perheeni on osallistunut halutessani hoitooni", "Aikaisemmat sairaalakokemukseni on huomioitu hoidossani". (Suhonen 1997, Suhonen 2002, Suhonen ym. 2009: 147.)

Potilaan itsemääräämisen mahdollistumista mittaavat 12 väittämää. Väittämissä haettiin tietoa ovatko potilaat saaneet riittävästi tietoa sairaudestaan ja mahdollisuuden osallistua päätöksentekoon ja peseytymisaajan valitsemiseen. Väittämissä tiedusteltiin lisäksi huomioivatko hoitajat potilaiden toiveita ja mielipiteitä hoidostaan, sekä varmistettiin annettujen ohjeiden ymmärtäminen. Päätöksenteon kontrollia kuvaavia väittämiä ovat esimerkiksi: "Hoitajat ovat kysyneet minulta, mitä haluan tietää sairaudestani", "Hoitajat ovat auttaneet minua tuomaan esille mielipiteeni hoidostani", "Olen osallistunut hoitoani koskevaan päätöksentekoon", "Olen itse valinnut peseytymisaikani", "Olen toiminut sairaalassa saamieni hoito-ohjeiden mukaan". (Suhonen 1997, Suhonen 2002, Suhonen ym. 2009: 147.)

4.2 Tutkimusaineisto

Aineisto kerättiin Espoon sairaalan kahden osaston potilailta 11.6. – 3.9.2010 aikana. Tutkimukseen valikoituivat osastoilla tuona aikana hoidossa olevat potilaat. Kriteerinä tutkimukseen osallistumiselle oli, ettei potilaalla ollut vakava asteista muistisairautta, joka heikentäisi arviointia yksilöllisyyden toteutumisesta. MMSE rajana oli noin 20 pistettä sekä hoitajan arvio. Potilaalla tuli olla riittävä suomen kielen taito, koska

tutkimusmittari oli suomenkielinen. Tutkimuksen ulkopuolelle jäivät tutkimuspotilaat, jotka olivat osastolla vain yhden yön. Tutkimukseen pystyi osallistumaan aikaisintaan kolmantena sairaalassaolopäivänä.

Kävimme osastoilla keräämässä aineistoa yhteensä 8 kertaa. Osastojen hoitajat olivat joko etukäteen valinneet meille sopivat potilaat tai tekivät sen tullessamme osastolle. Saimme listan sopivista potilaista ja menimme sen perusteella kysymään potilaiden halukkuutta osallistua tutkimukseen. Esittelimme tutkimuksen sekä suullisesti kertomalla, että antamalla potilaille saatekirjeen tutustumista varten. Jos potilaat halusivat osallistua, he saivat täyttää kyselylomakkeen joko itse tai avustettuna. Avustavana henkilönä sai toimia ainoastaan jompikumpi meistä. Tutkimuslomakkeen mukana oli saatekirje (ks. liite 1), taustatietolomake (ks. liite 2) sekä suostumuslomake, joka potilaiden tuli allekirjoittaa. Jos potilaat täyttivät lomakkeen itse, he palauttivat sen täytettynä suljetussa kirjekuoressa osaston henkilökunnalle. Henkilökunta toimitti kuoret kansliaan ennalta sovittuun paikkaan, josta saimme ne takaisin seuraavan käynnin yhteydessä. Jos avustimme potilasta, saimme kuoret saman tien mukaamme. Suljettuja kuoria säilytimme osastolla ennen vastausten analysointia.

Toinen osastoista on ortopedis- traumatologinen jatkokuntoutusosasto, jossa on 38 sairaansijaa. Suurin osa potilaista on kuntoutumassa erilaisista murtumista, kuten lonkka-, sääri-, nilkka sekä ylävartalon murtumista. Henkilöstöresurssiin kuuluvat osastonhoitaja, 15 sairaanhoitajaa, 13 perushoitajaa, yksi terveyskeskusavustaja, viisi ja puoli laitosapulaista, kaksi lääkäriä, neljä fysioterapeuttia ja yksi kuntohoitaja, 1/3 toimintaterapeutti ja 1/2 sosiaalityöntekijä. Aamuvuorossa työskentelee 10 hoitajaa, iltavuorossa 6,5 hoitajaa ja yövuorossa kaksi hoitajaa. Hoitotyön mallina toimii tiimityöskentely. Osaston filosofiana ja hoidon pohjana ovat eettiset periaatteet potilaan hoidossa. Lähtökohtana toiminnassa on potilaan aktiivinen mukaan ottaminen omassa hoidossaan ja kuntoutumisessaan. Espoon arvojen lisäksi osaston arvoina ovat ammatillisuus, turvallisuus, luottamus ja luotettavuus.

Toinen osasto on Espoon sairaalan terveyskeskusosasto, joka tarjoaa hoitoa akuutisti sairastuneille aikuisille espoolaisille, joiden sairaus ei vaadi hoitoa erikoissairaanhoidossa. Osastolla on 27 potilaspaikkaa. Suurin osa potilaista tulee päivystyksestä ja osa jatkohoitoon erikoissairaanhoidosta. Osastolle tulee myös potilaita ennalta sovittuihin tutkimuksiin. Toiminnan lähtökohtana ovat

asiakaslähtöisyys ja kuntoutumista edistävä toimintatapa. Työskentely tapahtuu tiimityöskentelyinä. Moniammatilliseen tiimiin kuuluu hoitajien lisäksi kaksi fysioterapeuttia, sosiaalityöntekijä, sekä yhteinen toimintaterapeutti kolmen osaston kesken, terveyskeskusavustaja, osastonhoitaja, kaksi lääkäriä sekä neljä laitosapulaista. Osaston työntekijärakenne on sairaanhoitaja -painotteinen. Osastolla on 12 sairaanhoitajaa ja 7 lähi- tai perushoitajaa. Osaston käytössä on myös tarvittaessa hoidonjärjestelijä, joka auttaa potilaan kotiutusta tms. koskevilla asioilla. Lisäksi ravitsemus- ja puheterapeutti on käytettävissä tarpeen mukaan.

Molempien osastojen hoitotyötä ohjaavat Espoon kaupungin arvot, kuten asukas- ja asiakaslähtöisyys, suvaitsevaisuus ja tasa-arvo, luovuus ja innovatiivisuus, kumppanuus ja yhteisöllisyys, tuloksellisuus ja vaikuttavuus sekä kestävä kehitys. (Espoo 2010.)

4.3 Aineiston analyysi

Aineisto tallennettiin ja analysoitiin PASW Statistics 18 -ohjelmalla. Yksilöllisen hoidon eri osa-alueita tarkasteltiin sekä yksittäisinä väittäminä että summamuuttujina. Tarkastelimme tuloksia frekvenssien, keski-arvojen, % -osuuksien ja keskihajonnan (SD) avulla. Summamuuttujia olivat yksilöllisyyden mahdollistaminen hoitotyön toiminnoilla (ICS-A) ja yksilöllisen hoidon toteutuminen (ICA-B), sekä kliininen tilanne, henkilökohtainen elämäntilanne ja päätöksenteon kontrolli. Potilaiden taustamuuttujien yhteyksiä yksilöllisen hoidon summamuuttujiin tarkasteltiin Spearmanin rho korrelaation sekä keskiarvojen vertailun avulla. Summamuuttujien yhteyttä tarkasteltiin pareittaisen t-testin avulla (p-arvo). (Metsämuuronen 2000a.)

5 Tulokset

5.1 Taustatiedot

Tutkimukseen osallistui 29 potilasta. Potilaiden keski-ikä oli 74 vuotta, nuorin vastaaja oli 43-vuotias ja vanhin 90. Suurin osa vastanneista oli naisia 62 % (n=18), miehiä oli 38 % (n=11). Enemmistö vastaajista 38 % (n=11) oli avio- tai avoliitossa, lähes yhtä moni 28 % (n=8) oli leski tai eronnut 24 % (n=7). Lähes puolella 45 % (n=13) vastaajista korkein koulutustaso oli kansa- tai peruskoulu. Keskimääräinen sairaalassaoloaika vastanneilla oli 23 vrk. Yhtä lukuun ottamatta kaikilla potilailla oli

aikaisempia kokemuksia sairaalahoidosta. Yksinasuvia oli 66 % (n=19). Yli puolet vastaajista 62 % (n=18) tarvitsi avustajan kyselylomakkeen täyttämiseen. (Ks. taulukko 1.) Aineiston keruun ajankohtana osastoilla oli keskimäärin 236 potilasta, joista 63 (27 %) täyttivät osallistumiskriteerit. Vastausprosentti oli 46 %. Keskeyttäneitä oli kaksi. Yhdestä vastauksesta puuttui suostumuslomake, tätä vastausta emme voineet ottaa mukaan tutkimukseen. (ks. taulukko 1.)

Taulukko 1. Vastaajien taustatiedot (n=29)

Taustatieto	f	%
Sukupuoli	29	
Mies	11	38
Nainen	18	62
Ikä		
43–52	1	
53–62	2	
63–72	9	
73–82	9	
83–92	7	
Siviilisääty	29	
Naimaton	3	10
Avio- / avoliitossa	11	38
Eronnut	7	24
Leski	8	28
Koulutus	29	
Kansa- / peruskoulu	13	45
Ylioppilas	3	10
Ammatillinen tutkinto	9	31
Korkeakoulututkinto	4	14
Sairaalassaoloaika	27	
3–10 vrk	8	
11–20 vrk	12	
21–30 vrk	4	
31–40 vrk	1	
Yli 40 vrk	2	
Aikaisemmat hoitajaksot sairaalassa	29	
Kyllä	28	97
Ei	1	3
Asuminen	29	
Yksin	19	66
Jonkun kanssa	10	34
Kyselyn täyttäminen	29	
Yksin	11	38
Avustajan kanssa	18	62

5.2 Yksilöllisen hoidon toteutuminen

Potilaiden arvion mukaan hoitajat toteuttivat yksilöllistä hoitoa (ICS-A) kohtalaisesti osastohoidon aikana (keski-arvo 3.41, keskihajonta 0.99). Hoito oli kokonaisuudessaan (ICS-B) toteutettu niin, että potilaat kokivat yksilöllisyyden huomioidun (ka 3.76, sd 0.82) hieman paremmin. Hoitotyön toimintojen (ICS-A) ja toteutuneen hoidon (ICS-B) välinen ero oli tilastollisesti erittäin merkitsevä ($p < 0.0001$) (Metsämuuronen 2000b: 18–19, 34). Yksilöllisen hoidon osa-alueista potilaan tilanteen huomioon ottaminen toteutui kaikista parhaiten (ka 3.59). Itsemääräämisen mahdollistaminen toteutui toiseksi parhaiten (ka 3.34). Potilaan henkilökohtaisen elämäntilanteen huomioon ottaminen (ka 3.2) toteutui yksilöllisen hoidon osa-alueista heikoiten. (ks. taulukko 2.)

5.2.1 Kliinisen tilanteen huomioiminen

Potilaat arvioivat kliinisen tilanteen huomioon ottamisen toteutuneen paremmin kokonaisuudessaan (ka 3.81) kuin hoitajien toteuttamana (ka 3.50) ($p < 0.01$). Potilaiden mukaan hoitajat olivat antaneet ottaa vastuuta hoidosta voimavarojen mukaan (ka 4.00) ja tunnistaneet potilaan voinnissa tapahtuneet muutokset (ka 3.89) sekä keskustelleet potilaan kanssa hoitoa vaativista tarpeista (ka 3.86). Vähiten hoitajat olivat keskustelleet sairauden vaikutuksesta (ka 2.76) ja merkityksestä (ka 2.77) potilaalle. (ks. taulukko 2.)

Potilaiden näkemyksen mukaan toteutuneessa hoidossa he olivat ottaneet vastuuta hoidostaan voimavarojensa mukaan (ka 4.19) ja voinnissa tapahtuneet muutokset oli huomioitu (ka 4.19). Heikoimmin oli toteutunut pelkojen ja huolien (ka 3.21), sairauden merkityksen (ka 3.52) ja vaikutuksen (ka 3.54) huomioiminen. (ks. taulukko 2.)

5.2.2 Henkilökohtaisen elämäntilanteen huomioon ottaminen

Potilaiden henkilökohtaisen elämäntilanteen huomioon ottaminen hoitotyön toiminnoissa (ka 2.86) sekä potilaiden kokemassa toteutuneessa hoidossa (ka 3.54) toteutui kaikista yksilöllisen hoidon osa-alueista heikoiten ($p < 0.001$). Hoitajat olivat useimmiten kysyneet potilaiden jokapäiväisiä tottumuksia (ka 3.14) ja aikaisempia sairaalakokemuksia (ka 3.00). Perheen osallistumisesta hoitoon oli kysytty kaikkein vähiten (ka 2.46). Potilaiden kokemusten mukaan toteutuneessa hoidossa heidän

jokapäiväiset tottumuksensa oli huomioitu (ka 4.00) ja perhe oli otettu huomioon paremmin (ka 3.65). Huonoiten oli toteutunut jokapäiväisen toiminnan, kuten työn ja harrastusten huomioon ottaminen hoidossa (2.92). (ks. taulukko 2.)

5.2.3 Itsemääräämisen mahdollistaminen

Potilaat kokivat itsemääräämisen mahdollistamisen toteutuneen hoidossa kokonaisuudessaan (ka 3.68) paremmin kuin hoitajien toteuttamana (ka 3.30) ($p < 0.002$). Hoitajat olivat varmistaneet, että potilaat olivat ymmärtäneet sairaalassa annetut ohjeet oikein (3.44) ja auttaneet potilasta osallistumaan hoitoaan koskevaan päätöksentekoon (3.43). Potilaiden mielestä hoitajat olivat heikoiten huomioineet mitä potilas haluaa tietää sairaudestaan (ka 2.52). Toiseksi heikoiten hoitajat olivat antaneet mahdollisuuden valita peseytymisajankohdan (ka 2.65). Toteutuneessa hoidossa potilaat olivat toimineet sairaalassa saamiensa hoito-ohjeiden mukaan (4.41) ja heidän esittämänsä toiveet oli otettu huomioon hoidossa (ka 3.81). Myös toteutuneen hoidon osalta he kokivat että tiedon saanti sairaudesta (3.33) ja peseytymisajankohdan valinta toteutuivat heikoiten (ka 3.41). (ks. taulukko 2.)

5.3 Taustamuuttujien yhteys yksilöllisen hoidon kokemiseen

Iällä tai sairaalassaoloajalla ei ollut yhteyttä yksilöllisen hoidon kokemiseen ($r < 0,3$) (Metsämuuronen 2000a: 45). Keskiarvojen vertailulla miesten ja naisten välillä ei ollut suurta eroa (Miehet 3.35, naiset 3.57). Yksin täyttäneet (ka 3.88) arvioivat yksilöllisyyden toteutuneen hieman paremmin, kuin avustajan kanssa täyttäneet (ka 3.25). Naimattomat arvioivat yksilöllisen hoidon parhaiten toteutuneeksi (ka 4.28) ja avio-/avoliitossa elävät heikoiten (ka 3.05). Ylioppilaat arvioivat yksilöllisyyden toteutumisen positiivisimmin (ka 3.84), kansa- tai peruskoulun käyneet heikoimmin (ka 3.42). Yksin asuvat arvioivat yksilöllisen hoidon toteutuneen paremmin (ka 3.70) kuin jonkun kanssa asuvat (ka 3.08).

Taulukko 2. Yksilöllisen hoidon toteutuminen osa-alueittain keski-arvojen ja keskihajontojen avulla kuvattuna sekä summamuuttujien keskiarvojen eron vertailu parittaisella t-testillä.

	Hoitotyön toiminnot Keski-arvo (SD)	Toteutunut hoito Keski-arvo (SD)	p-arvo
Tilanteen huomioiminen	3,50 (1,015)	3,81 (0,881)	0,01
Tunteet	3,59 (1,474)	3,69 (1,350)	
Hoidon tarpeet	3,86 (1,353)	4,04 (1,071)	
Vastuunottaminen	4,00 (1,414)	4,19 (1,241)	
Voinnin muutokset	3,89 (1,257)	4,19 (1,241)	
Pelot ja huolet	3,00 (1,414)	3,21 (1,414)	
Sairauden vaikutus	2,76 (1,300)	3,54 (1,392)	
Sairauden merkitys	2,77 (1,602)	3,52 (1,327)	
Henkilökohtainen elämäntilanne	2,86 (1,197)	3,54 (0,794)	0,001
Jokapäiväiset toiminnot	2,71 (1,630)	2,92 (1,495)	
Aikaisemmat sairaalakokemukset	3,00 (1,569)	3,36 (1,319)	
Tottumukset	3,14 (1,649)	4,00 (1,054)	
Perheen osallistuminen	2,46 (1,679)	3,65 (1,263)	
Itsemääräämisen mahdollistaminen	3,30 (1,103)	3,68 (1,006)	0,002
Ohjeet	3,44 (1,356)	4,41 (1,047)	
Tieto sairaudesta	2,52 (1,295)	3,33 (1,468)	
Toiveet	3,27 (1,485)	3,81 (1,201)	
Päätöksentekoon osallistuminen	3,43 (1,526)	3,42 (1,528)	
Mielipiteet	2,83 (1,551)	3,56 (1,417)	
Peseytymisajan valitseminen	2,65 (1,719)	3,41 (1,716)	

6 Pohdinta

6.1 Tutkimustulosten pohdinta

Tutkimuksemme tulokset olivat hyvin samansuuntaisia kuin Suhosen vuonna 2001 ICS-mittarilla tehdyissä tutkimuksissa. Potilaan kliininen tilanne ja itsemääräämisen mahdollistaminen olivat toteutuneet näissä myös parhaiten. (Suhonen 2002.) Kliininen tilanteen osa-alueessa vastuunottaminen arvioitiin toteutuneen parhaiten niin meidän kuin Suhosenkin tutkimuksessa. Myös sairauden vaikutuksen ja merkityksen huomioon ottaminen oli arvioitu toteutuneen heikoiten hoitotyön toiminnoissa molemmissa aineistoissa. Meidän aineistossa hajontaa oli enemmän. (Suhonen 2002: 53) Sairauden merkitys väittämässä puuttuvia vastauksia oli eniten (7). Tämä voisi johtua siitä, että väittämän ymmärtäminen koettiin hankalaksi.

Potilaat arvioivat heidän elämäntilanteensa huomioimisen toteutuneen huonoiten hoitotyön toiminnoissa. Tämä tulos oli yhteneväinen useisiin aikaisempiin tutkimuksiin. Potilaiden jokapäiväisiä toimintoja sairaalan ulkopuolella ei huomioitu riittävästi, kuten potilaan taustaa, jokapäiväistä toimintaa ja elintapoja. Perheen osallistuminen hoitoon toteutui pääsääntöisesti kaikista heikoiten. (Suhonen 1997: 28; Suhonen 2002: 53, 55; Makkonen ym. 2010: 134.) Pohdintaa herätti, miksi potilaat kokivat näin? Makkonen ym. pohtivat tätä samaa, tuoden näkökulman, että maassamme perhekeskeinen hoitotapa on vielä ilmeisesti vierasta (Makkonen – Hupli – Suhonen 2010: 138). Kulttuurimme ei ole perhekeskeistä. Esimerkiksi Aasian kulttuureissa korostuu yhteisöllisyys, jossa yhdessä toimiminen ryhmässä ja perheen voimin on arvostettua. Suomessa vallitsee ns. ruiskulttuuri, jossa arvostetaan yksilönvapautta ja yksilökeskeisyyttä ja jossa on totuttu toimimaan yksin. (Lahtinen – Isoviita 2001: 3.) Suomessa vanhuksat elävät usein yksin ja näin ympäriltä puuttuu kiinteä perheyhteisö, jolloin perheen ei osata myöskään vaatia osallistuvan hoitoon. Kulttuurissamme on siis piirteitä, jotka mahdollisesti vaikuttavat yksilöllisen hoidon kokemiseen sekä sen toteuttamiseen. Tutkimusta tehdessämme tuli ilmi, että osa potilaista ei olisi edes halunnut perheensä osallistuvan hoitoonsa tai perhettä ei ole. Tämä saattaa vaikuttaa tuloksiin.

Meidän tutkimuksessamme itsemääräämisen mahdollistaminen toteutui lähes yhtä hyvin kuin potilaan tilanteen huomioiminen. Suhosen molemmissa vuonna 2001

tekemissä tutkimuksissa parhaiten toteutui itsemääräämisen mahdollistaminen. Tämän osa-alueen parhaiten arvioituksi nousi sekä meidän, että Suhosen aineistoissa ohjeiden ymmärtämisen varmistaminen (ICS-A) ja niiden noudattaminen (ICS-B). Meidän tutkimuksessamme tiedon saanti sairaudesta oli koettu heikoimmaksi, Suhosen tutkimuksessa arviointi oli positiivisempaa. (Suhonen: 2002: 53–55). Avustaessamme potilaita kysymyslomakkeen täyttämässä, huomasimme heidän vastatessaan sekoittavan hoitajat ja lääkärit. He kokivat saaneensa tiedon sairaudesta usein lääkäriltä eikä hoitajilta. Tämä saattaa vaikuttaa tuloksiin. Osa potilaista ei edes odottanut saavansa sairauteen liittyvää tietoa hoitajilta, vaan se kuului heidän näkemyksensä mukaan lääkärin tehtäviin. On mahdollista, että hoitajat ajattelevat osittain samansuuntaisesti.

Peseytymisajankohdan valinnan mahdollisuus oli yksi huonoimmin toteutuneista osa-alueista hoitotyön toimintojen osalta meidän aineistossamme. Sen sijaan toteutuneessa hoidossa se arvioitiin huomattavasti positiivisemmin. (ks. taulukko 2.) Luonnollisesti peseytymisajankohdan valinta toteutuu parhaiten omatoimisten potilaiden kohdalla. Potilaan selviytyessä pesuistaan omatoimisesti, voi hän peseytyä silloin kuin itse haluaa. Ongelmalliseksi tilanne tulee siinä vaiheessa, kun peseytymiseen tarvitsee apua. Silloin hoitajien aikataulu vaikuttaa potilaan mahdollisuuteen peseytyä. Yksilöllisen hoidon arvioimiseen peseytymisajankohdan valinnan kautta vaikuttaa näin potilaiden yleiskunto ja avuntarve päivittäisissä toiminnoissa.

Tuloksissa oli kohtalaisia eroja hoitotyön toimintojen ja toteutuneen hoidon välillä. Yleisesti toteutunut hoito arvioitiin hoitotyön toimintoja positiivisemmin. Tämä oli yhteneväistä myös Suhosen tekemiin tutkimuksiin, jolle hän esitti yhtenä mahdollisena selityksenä, että potilaan kokemukset hoidosta olivat paremmat mitä he olivat odottaneet. Toisaalta saattoi olla, että vastauksia ohjasivat uskomukset, mitä terveydenhuoltopalvelujen pitäisi tai ei pitäisi tehdä, jolloin potilaiden velvollisuutena oli antaa positiivinen arviointi. Kolmas selitys oli, että potilaat arvioivat kokemuksensa yksilöllisestä hoidosta laajemmin yleisellä tasolla, eivätkä yksinkertaisesti hoitotyön kannalta. (Suhonen 2002: 63.)

Tutkimuksessamme taustatekijöillä ei ollut juurikaan yhteyttä yksilöllisen hoidon arviointiin. Suhosen tutkimuksessa tuli esille iäkkäämpien potilaiden olevan kuitenkin positiivisempia arvioinneissaan (Suhonen – Leino-Kilpi 2010). Radwinin (2003)

tutkimuksessa vähemmistöt, kuten naiset, vanhukset ja matalapalkkaiset kokivat myös asiakaslähtöisyyden muiden ryhmien tavoin.

6.2 Tutkimuksen toteutus

Yksilöllisen hoidon mittari tiedon keräämiseen iäkkäiltä potilailta osoittautui haastavaksi. Otoksemme jäi toivottua pienemmäksi (tavoite n=50). Otoksen vähyyteen vaikutti eniten potilasmateriaali. Kriteerit eivät täyttyneet lähinnä potilaiden heikon toimintakyvyn vuoksi. Suuri osa potilaista poti eriasteisia muistihäiriötä, mikä esti tutkimukseen osallistumisen. Kriteerit täyttäneitä oli osastolla vain 27%, josta lähes puolet (46%) osallistuivat.

Yksi syy vähäiseen otokseemme oli potilaiden vähäinen osallistumisinnostus tutkimukseen. Oli muutamia, jotka kokivat, ettei tutkimus koskettanut enää iäkästä ihmistä. Kuitenkin juuri iäkkäiden mielipiteen kuuleminen yksilöllisen hoidon toteutumisesta on tärkeää. Heidän elämän historia ja elämäkokemukset ovat mittavimmat muihin ikäryhmiin nähden, jolloin myös yksilöllisen hoidon tarve korostuu. Pohdimme syytä miksi iäkkäät potilaat tuntevat itsensä "ulkopuolisiksi" tutkimusta ajatellen. Yksi mahdollinen selitys on, että taustalla saattaa olla ikääntyneiden ihmisten tuntema arvottomuuden tunne. Tänä päivänä iäkkäiden arvostus yhteiskunnassamme on saattanut laskea aiempaan nähden. Ikääntyneiden osuuden kasvaessa sekä markkinatalouden painottuessa on mahdollista, että arvostus laskee, kun yksilö ei ole enää tuottava yhteiskunnan jäsen.

Miten hoitajat arvostavat potilaitaan, sekä omaa ammattiaan heijastuu suoraan hoitotyöhön. Tämän päivän sairaanhoitajilla on kasvava haaste toimia iäkkäiden potilaiden "edunvalvojina" ja säilyttää hoitotyön arvot työtä tehdessään, sillä mahdollisia ristiriitoja voi syntyä organisaation tuottavuusvaatimusten ja hoitotyön arvojen välillä. (Suhonen – Leino-Kilpi 2010a: 13.)

6.3 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Tutkimuksen eettinen hyväksyttävyyden edellyttää, että tutkimuksen suunnittelussa, toteutuksessa ja raportoinnissa noudatetaan hyvää tieteellistä käytäntöä. Lähtökohtana on, että tutkimuksessa noudatetaan rehellisyyttä, yleistä huolellisuutta, avoimuutta ja tarkkuutta tutkimustyössä sen kaikissa vaiheissa. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002.)

Espoon kaupunki myönsi tutkimukselle tutkimusluvan 2.6.2010. Tutkimuksessa kunnioitettiin osallistuvien itsemääräämisoikeutta siten, että tutkimukseen osallistuvilla oli itsellä oikeus päättää osallistumisestaan tutkimukseen ja saivat omalta osaltaan antaa tietoisesti suostumuksen osallisuudestaan tutkimukseen. Heillä oli myös oikeus tutkimuksen missä vaiheessa tahansa keskeyttää osallistumisensa. Tutkimuksessa noudatettiin oikeudenmukaisuuden periaatetta ja taattiin osallistujille riittävästi tietoa tutkimuksesta saatekirjeen sekä sanallisen esittelyn kautta. Tietoja, joiden perusteella yksittäinen potilas voitaisiin tunnistaa, ei tullut esiin tutkimusta raportoitaessa. Myöskään yksittäisten osastojen tiedot eivät ilmene tutkimusraporteissa.

Tutkimukseen osallistuminen oli vapaaehtoista. Vastaukset tulivat vain tutkijoiden käyttöön. Vastaus tapahtui nimettömänä ja vastaukset toimitettiin tutkijoille suljetussa kirjekuoressa. Yksittäistä henkilöä ei pystytty vastausten perusteella tunnistamaan, näin turvattiin potilaiden yksityisyys. Tutkimukseen osallistuminen tai osallistumatta jättäminen ei vaikuttanut myöskään potilaan hoitoon.

Tutkimuksemme otos oli pieni, joten tuloksia ei voida yleistää vaan ne ovat suuntaa antavia. Tutkimusajankohta ajoittui kesään, jolloin osastojen oma henkilökunta oli suurimmalta osin lomalla ja osastolla työskenteli sijaisia, mikä voi osaltaan vaikuttaa tuloksiin. Suurin osa potilaista tarvitsi avustajan kyselylomakkeen täyttämiseen. Syitä avustajan tarvitsemiseen oli heikentynyt yleiskunto ja huono näkö. Osa potilaista koki myös vastaamisen ”turvallisemmaksi” avustajan kanssa. Pohdimme etukäteen vaikuttaako avustajan läsnäolo vastauksiin. Ajattelimme, että potilaat eivät ehkä halua arvioida hoitoa niin kriittisesti toisen ihmisen läsnä ollessa. Keskiarvojen vertailu kuitenkin osoitti, että yksin vastanneet arvioivat hoidon yksilöllisyyttä hieman positiivisemmin.

Kysymykset osoittautuivat haasteellisiksi iäkkäille. Väittämät olivat abstrakteja, se mitä ne käytännössä tarkoittivat, ei hahmottunut useille potilaille. Jouduimme konkretisoimaan väittämiä, tällä saattaa olla vaikutusta tuloksiin. Lisäksi monella oli vaikeuksia valita mielestään sopivin vaihtoehto ja he kaipasivat tukea päätöksentekoon. Osa potilaista keskusteli vuolaasti, mutta vastausta kyselyn mukaisesti numerona oli vaikea saada. Lomakkeessa väittämät toistuivat hieman eri muodossa, tämä aiheutti osalle vastaajista kärsimättömyyttä. Huomasimme, että iäkkäiden keskittymiskyky, jaksaminen ja kärsivällisyys eivät aina riittäneet kyselyn loppuun asti. Ymmärrettävästi sairaus vaikutti sekä osallistumishalukkuuteen, että vastausten huolelliseen pohdintaan.

Osastojen toiveesta aineistot yhdistettiin ja tuloksia ei vertailtu. Osastot ovat kuitenkin erityyppisiä ja näin ollen potilaatkin erilaisia. Tämä saattaa vaikuttaa tuloksiin.

6.4 Oppimisprosessi

Tutkimusta suorittaessamme ja erityisesti avustaessamme potilaita kyselylomakkeen täyttämässä saimme arvokasta tietoa potilailta. Saimme tilaisuuden huomioida heitä ulkopuolisina ilman hoitajan roolia. Se oli silmiä avartava kokemus.

Opinnäytetyön työstäminen on monin tavoin opettava ja kehittävä prosessi. Työn tekeminen on jo ajallisesti pitkä periodi, jonka aikana on mahdollista pohtia käsiteltävää asiaa monesta näkökulmasta. Työn tekemisen myötä yksilöllisen hoidon tärkeys korostui. Automaattisesti aloimme kiinnittämään aiempaa enemmän huomiota, miten asiakkaita sekä potilaita kohdataan yksilöinä terveydenhuollon palveluissa. Luonnollisesti pohdimme, miten itse toteutamme yksilöllistä hoitotyötä ja miten näemme sitä toteutettavan yleisesti. Kriittisyys itseensä sekä myös muita kohtaan kasvoi.

Pitkäaikainen prosessi opettaa aina tekijälleen uusia asioita itsestä, sekä kehittää jo aiemmin opittuja taitoja. Stressinsieto kyky, ja tunteiden hallinta ovat toivottavasti hieman kehittyneet. Projekti työskentely tuli tutummaksi opinnäytetyön myötä. Yhteistyön tärkeys ja informaation kulku korostuu työskenneltäessä kaksin tai sitä suuremmassa ryhmässä. Opimme miten soveltaa tilastollisia menetelmiä käytännössä.

Näin jälkepäin huomaa aina asioita, joita olisi voinut tehdä toisin ja mitä jäi tekemättä. Hyvä aikataulutusta ja päiväkirjan pitäminen ovat tärkeitä, joihin kannattaa

panostaa. Päiväkirjan pitämisen tärkeydestä luimme ennen työn aloittamista, mutta jostain syystä sen toteutus jäi heikoksi.

6.5 Tulevaisuuden näkymät ja mahdollisia kehitystarpeita

Sairaalahoidon tarve kasvaa väestön ikääntyessä. Siitä syystä hoitotyön prosessien ja -mallien kehittäminen on yhä tärkeämpää. Yksilöllisesti suunnitelluilla interventioilla on todettu saavutettavan parempia kliinisiä lopputuloksia sekä taloudellista hyötyä (Suhonen 2007b: 198–199). Potilaan nopeampaan toipumiseen vaikuttavat hänen tyytyväisyytensä ja sitoutumisensa hoitoon. Yksilöllisestä hoidosta hyötyvät sekä potilas, että palveluntarjoaja.

Yksilöllinen hoito toteutui kokonaisuudessaan melko hyvin, kuitenkin kehittämistarpeita on edelleen. Vaikkakin potilaan kliinisen tilanteen osio toteutui parhaiten, on silti tarvetta kiinnittää huomiota muutamaa asiaan sillä alueella. Erityisesti sairauden merkityksestä ja vaikutuksesta potilaalle tulisi keskustella potilaiden kanssa enemmän. Potilaan mahdollisiin pelkoihin tulisi kiinnittää myös aiempaa enemmän huomiota. Hoidossa tulisi tunnistaa potilaan ja hänen perheensä reagointi terveydentilaansa sekä huomioida sairauden merkitys potilaalle ja hänen perheelleen (Suhonen – Leino-Kilpi 2010: 13). Potilaiden huolet tulisi huomioida ja niihin tulisi myös puuttua. Hoitotyössä ihmisyyks korostuu, jolloin on tärkeää tunnistaa ja kohdata potilaan tunteet. (Voutilainen – Laaksonen 1994: 41).

Yksilöllisen hoidon kehittämisessä, potilaan henkilökohtaisen elämäntilanteen huomioimisen tarve erottuu jonkin verran muista osa-alueista. Erityisesti huomioita olisi kiinnitettävä potilaan perheen osallistumisen mahdollistamiseen potilaan hoidossa. Vaikkakin tuloksissa toteutuneessa hoidossa arvioitiin perheen huomioiminen paremmin, nousi se selvästi puutteelliseksi hoitotyön toiminnoissa. Lisäksi potilaan taustojen ja aikaisempien sairaalakokemusten huomioon ottaminen vaatii aikaisempaa tarkempaa huomiota.

Potilaiden yksilöllisyyden huomiointia erityisesti hoitotyön toiminnoissa on tarve kehittää edelleen, sillä mitä useammin potilaiden yksilöllisyyttä tuettiin hoitotyön toimintojen kautta, sitä korkeammalle yksilöllinen hoito arvioitiin. (Suhonen – Välimäki – Leino-Kilpi 2005).

Kehitystarpeiksi nousseet asiat vaativat hoitotyön toiminnoissa enemmän aikaa. Potilaat tarvitsevat aikaa keskusteluun hoitajien kanssa, jolloin on mahdollista yhdessä käydä läpi tiedollisia, sekä tunnepohjaisia asioita. Usein yksilöllisen hoidon estäväksi tekijäksi koetaan juuri kiire, minkä myös potilaat aistivat. Joissakin tutkimuksissa tuli esille, etteivät potilaat halunneet pyytää apua hoitajien jatkuvan kiireen vuoksi ja kokivat vaikeuksia tavoittaa hoitajaa tarvittaessa. (Joanne Coyle - Brian Williams 2001; Ekroos 2009: 15–16, 23.) Usein on kuitenkin niin, että kiire aiheuttaa lisää kiirettä. Potilaat tulevat levottomiksi ja soittavat kelloa yhä useammin. Luulemme, että jos potilaiden yksilöllisyys huomioitaisiin aiempaa enemmän, säästettäisiin lopulta myös aikaa. On mahdollista, että ajankäytön jakaminen potilaan yksilöllisen tarpeen mukaan säästäisi lopulta aikaa, sanonta ”annettu aika, antaa aikaa”, pätee usein käytännössä.

Hoitotyön kehittäminen yhä edelleen yksilöllisyyttä tukevaksi ja todella potilaan tarpeista lähteväksi, tehtäviin sidotun rutiinin sijaan, edellyttää katsomista osaston hoitotyön kulttuuriin. Saattaa olla, että hoitotyön toimintaa ohjaavat arvot ja periaatteet kaipaavat edelleen selkeyttämistä ja konkretisointia. Lisäksi itse kukin voi pohtia, mitä yksilöllisyys hoitotyössä merkitsee, esimerkiksi mitä potilaan on mahdollista valita ja mitä ei. Keinot, joilla yksilöllisyyden toteutumista olisi mahdollista seurata, tulisin löytää ja ottaa osaston käyttöön. Tällä saattaisi olla hoitotyön muuttumista yksilökeskeisemmäksi edistävä vaikutus.

Lähteet

- Acaroglu – Suhonen – Sendir – Kaya 2010: Journal of Clinical Nursing. Reliability and validity of Turkish version of the Individualised Care Scale. Abstrakti. Wiley online library. Verkkodokumentti. <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1365-2702.2010.03468.x/abstract>> . Luettu 21.10.2010.
- Anttila – Kaila-Mattila – Puska – Vihunen – Virolainen 1998: Hoitamalla hyvää oloa. Porvoo: WSOY.
- Coyle, Joanne – Williams, Brian 2001: Valuing people as individuals: development of an instrument through a survey of person-centredness in secondary care. Journal of Advanced Nursing. Volume 36, Issue 3, pages 450–459. Abstrakti. Wiley Online library. Verkkodokumentti. <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1046/j.1365-2648.2001.01993.x/abstract?globalMessage=0>>. Luettu 7.11.2020.
- Ekroos, Essi 2009: Asiakkaan kokemukset sairaalahoidosta. Opinnäytetyö. Helsinki. Metropolia. Hoitotyön koulutusohjelma.
- Espoo 2010. Espoon palvelut. Verkkodokumentti. <<http://www.espoo.fi/default.asp?path=1,28,11866>>. Luettu 9.11.2010.
- ETENE 2001. Terveysthuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. ETENE-julkaisuja 1.
- Gustafsson, Marja-Liisa – Leino-Kilpi, Helena – Suhonen, Riitta 2009: Yksilöllistä hoitoa edistävät tekijät – hoitohenkilöstön näkökulma. Tutkiva hoitotyö 7(4). 4–11.
- Haarala – Lehtinen – Grönros – Kolehmainen – Nissinen – Eronen – Suorsa 1994: Suomen kielen perussanakirja. Helsinki: Painatuskeskus Oy.
- Ikäihmisten palvelujen laatusuositus 2008. Sosiaali- ja terveysministeriön julkaisuja 2008:3. Helsinki: Yliopistopaino.

Kesseli, Heidi – Manner Katriina 2007: Potilaiden kokemuksia fyysisen hoitoympäristön esteettisyydestä, yksilöllisyydestä ja turvallisuudesta neurologisella kuntoutus osastolla. Opinnäytetyö. Seinäjoki. Sosiaali- ja terveysalan yksikkö. Hoitotyön koulutusohjelma.

Kristoffersen Jahren, Nina – Nordvedt, Finn – Skaug, Eli-Anne (toim.) 2006: Hoitoyön perusteet. Narayana Press: Edita.

Lahtinen, Jukka – Isoviita, Antti 2001: Kulttuurin ulottuvuudet. Avaintulos Oy.
<www.avaintulos.fi/kulttuuri> 9.11.2010.

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 785/1992. Annettu Helsingissä 17.8.1992.

Leino, Hanna – Leino Sonja 2007: Asiakslähtöisyyden mittaaminen hoitotyössä. LIITE 2 4(7). Opinnäytetyö. Helsingin ammattikorkeakoulu Stadia. Helsinki.

Leo, Francesco – Radice, Davide – Didier, Florence – Carvalho, Felipe Braga – Spacca, Ester – Madini, Marzia – Esposito, Chiara – Agnello, Marianna – Meneghin, Sara – Spaggiari, Lorenzo Spaggiari 2009: Does a Personalized Approach Improve Patient Satisfaction in Thoracic Oncology? The American Journal of Managed Care 15 (6). 361–367.

Makkonen, Anne 2008: Yksilöllisen hoidon toteutuminen ajanvarauspoliklinikalla potilaan kokemana. Pro gradu-tutkielma. Hoitotiede. Turun yliopisto.

Makkonen, Anne – Hupli, Maija – Suhonen, Riitta 2010: Potilaiden näkemys hoidon yksilöllisyydestä ajanvarauspoliklinikalla. Hoitotiede 22 (2). 129 – 140.

Metsämuuronen, Jari 2000a: Tilastollisen kuvauksen perusteet. Metodologia –sarja 2. Viro: Jaabes OÜ, Võru.

Metsämuuronen, Jari 2000b: Tilastollisen päättelyn perusteet. Metodologia –sarja 3. Viro: Jaabes OÜ, Võru.

- Radwin, Laurel L. 2003: Cancer Patients' Demographic Characteristics and Ratings of Patient-Centered Nursing Care. *Journal of Nursing Scholarship* 35 (4). 365–370.
- Radwin, Laurel – Alster, Kristine – Rubin, Krista M. 2003: Development and Testing of the Oncology Patients' Perceptions of the Quality of Nursing Care Scale. *Oncology Nursing Forum* 30 (2). 283–290.
- Schmidt, Lee A. 2004: Patients' Perceptions of Nurse Staffing, Nursing Care, Adverse Events, and Overall Satisfaction With the Hospital Experience. *Nursing Economic\$* 22 (6). 295-306.
- Suhonen, Riitta 1997: Individual care from the patient's perspective. Faculty of Medicine/ Department of Nursing. University of Turku.
- Suhonen, Riitta 2002: Individualised care from the surgical patient's point of view - Developing and testing a model. Department of Nursing Science. University of Turku.
- Suhonen, Riitta – Hupli, Maija – Välimäki, Maritta – Leino-Kilpi, Helena 2009: Yksilöllinen hoito ja siihen yhteydessä olevat tekijät – esimerkki hoitotieteen teorianmuodostuksesta empiirisen tutkimuksen avulla. *Hoitotiede* 21 (2). 143–156.
- Suhonen, Riitta – Leino-Kilpi, Helena 2010a: Yksilöllisyys hoitotyössä – edelleen ajankohtainen periaate. *Pro terveys* 38 (1). 12–14.
- Suhonen, Riitta – Leino-Kilpi, Helena 2010b: Older orthopaedic patients' perceptions of individualised care: a comparative survey. Abstrakti. Wiley online library. Verkkodokumentti. <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.1748-3743.2010.00243.x/abstract>>. Luettu 3.11.2010.
- Suhonen, Riitta – Schmidt, Lee A. – Radwin, Laurel 2007a: Measuring individualized nursing care: assessment of reliability and validity of three scales. *Journal of Advanced Nursing* 59(1). 77–85.

- Suhonen, Riitta - Välimäki, Maritta - Leino-Kilpi, Helena - Katajisto, Jouko 2004:
Testing the individualized care model. *Scandinavian Journal of Caring Sciences* 18(1). 27-36.
- Suhonen, Riitta - Välimäki, Maritta - Leino-Kilpi, Helena 2005: Individualized care, quality of life and satisfaction with nursing care. *Journal of Advanced Nursing* 50(3). 283-292.
- Suhonen, Riitta – Välimäki, Maritta – Katajisto, Jouko – Leino-Kilpi, Helena 2007b:
Provision of individualised care improves hospital patient outcomes: An explanatory model using LISREL. *International Journal of Nursing Studies* 44(2007). 197–207.
- Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2002: Hyvä tieteellinen käytäntö ja sen loukkausten käsitteleminen. 2. Painos. Helsinki. Edita Prima Oy.
<<http://www.tenk.fi/HTK/htkfi.pdf>>
- Voutilainen, Päivi – Laaksonen, Katriina (toim.) 1994: Potilaskeskeinen hoitotyö. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.

Arvoisa Espoon sairaalan potilas

Olemme sairaanhoidon opiskelijoita Metropolia Ammattikorkeakoulusta Helsingistä. Teemme opinnäytetyötä hoidon yksilöllisyydestä potilaan kokemana. Yksilöllisen hoidon on todettu edistävän potilaan toimintakykyä.

Pyydämme teitä osallistumaan vastaamalla oheiseen hoidon yksilöllisyyttä koskevaan kyselylomakkeeseen. Osallistuminen on vapaaehtoista. Kyselyyn vastataan nimettömänä ja vastaukset palautetaan suljetussa kirjekuoressa tutkijoille tai hoitohenkilökunnalle. Tutkimukselle on myönnetty asianmukainen tutkimuslupa.

Kysely on osa Liittyvä Voima hankeen -pilottia, jonka tarkoitus on kehittää Espoon sairaalan turvallista lääkehoitoa, kotiutumista ja potilaan toimintakykyä edistäviä toimintamalleja. Hanke toteutetaan yhdessä Metropolia Ammattikorkeakoulun ja Espoon sairaalan kanssa aikavälillä 1.1.2010-31.12.2011.

Tulokset esitetään niin, että ketään ei voida yksilönä tunnistaa. Tulokset tullaan esittämään julkaisuissa ja seminaareissa. Kerätty aineisto tullaan hävittämään hankkeen päätyttyä.

Kiitos arvokkaasta avustanne!

Sairaanhoitajaopiskelijat

Mari Pulkka
p. 040-5942232
mari.pulkka@metropolia.fi

Milla Ottelin
p. 044-0645520
milla.ottelin@metropolia.fi

Toini Harra
Liittyvä Voima -hanke
projektipäällikkö
p.040-3346102
toini.harra@metropolia.fi

Sirpa Immonen
Liittyvä Voima -hanke
projektipäällikkö
p. 050-5752257
sirpa.immonen@espoo.fi

Merja Reijonen
Liittyvä Voima -hanke
projektipäällikkö
p.040-7145154
merja.reijonen@metropolia.fi

YKSILÖLLINEN HOITO POTILAIEN KOKEMANA

Olkaa hyvä ja vastatkaa jokaiseen kysymykseen valitsemalla mielipidettänne parhaiten kuvaava vaihtoehto tai kirjoittamalla vastaus sille varattuun tilaan.

TAUSTATIEDOT:

1. Ikä (vuosina) _____ vuotta

2. Sukupuoli 1. Mies
 2. Nainen

3. Siviilisääty 1. Naimaton
 2. Avioliitossa / avoliitossa
 3. Eronnut
 4. Leski

4. Koulutus 1. Kansa- / peruskoulu
 2. Ylioppilas
 3. Ammatillinen tutkinto
 4. Korkeakoulututkinto

5. Sairaalassaoloaika _____ vrk

6. Oletteko olleet aiemmin sairaalassa potilaana?
 1. Kyllä
 2. Ei

7. Asutteko 1. Yksin
 2. Jonkun kanssa

8. Täytittekö kyselyn
 1. Yksin
 2. Avustajan kanssa



TUTKIMUSLUVAN MYÖNTÄMINEN

Espoon sosiaali- ja terveystoimen esikunta/Kehittämisyksikkö myöntää tutkimusluvan 28.4.2010 päivätyn tutkimuslupa-anomuksen mukaisesti.

Hakija: Mari Pulkka ja Milla Ottelin

Aihe: Yksilöllinen hoito potilaan kokemana

Edellytyksenä on, että tutkimuksen suorittaja/t ei/vät käytä saamiaan tietoja asiakkaan/potilaan tai hänen läheistensä vahingoksi eivätkä luovuta saamiaan henkilötietoja ulkopuolisille, vaan pitävät ne salassa.

Tutkimustulokset tulee esittää niin, ettei niistä voida tunnistaa yksittäistä henkilöä tai perhettä. Lisäksi on noudatettava henkilötietolaissa ja muualla lainsäädännössä olevia tutkimusrekistereitä koskevia säännöksiä.

Edellytämme, että tutkija/t luovuttaa/vat sosiaali- ja terveystoimen Kehittämisyksikön käyttöön maksutta lopullisen tutkimusraportin **kahtena kappaleena**.

Espoossa 2.6.2010



Lea Konttinen
kehittämispäällikkö