



Teija Backman-Sappinen  
Sari Sihvo

# Hoitajien näkemykset yksilöllisen hoidon toteutumisesta terveyskeskuksen vuodeosastoilla

Metropolia Ammattikorkeakoulu  
Sairaanhoitaja AMK  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Opinnäytetyö  
3.5.2011

Tekijät Otsikko Sivumäärä Aika	Teija Backman-Sappinen, Sari Sihvo Hoitajien näkemyksiä yksilöllisen hoidon toteutumisesta terveyskeskuksen vuodeosastoilla 29 sivua + 1 liite 3.5.2011
Tutkinto	Sairaanhoitaja
Koulutusohjelma	Hoitotyön koulutusohjelma
Suuntautumisvaihtoehto	Hoitotyö
Ohjaajat	Lehtori Hannele Hokkanen Yliopettaja Leena Rekola
<p>Opinnäytetyömme on osa Metropolia ammattikorkeakoulun ja Espoon sairaalan yhteistä Liittyvä voima -hanketta. Hankkeen tavoitteena on luoda kumppanuusmalli korkeakoulun ja työelämän välille. Hanke muodostuu kolmesta osaprojektista: turvallinen lääkehoito, kotiutuminen ja toimintakyvyn edistäminen. Opinnäytetyömme liittyy toimintakyvyn edistäminen – osaprojektiin. Kyseessä on lähtötilanteen kartoitus.</p> <p>Työmme tarkoituksena oli selvittää, tukevatko hoitajat potilaiden yksilöllistä hoitoa. Tutkimuksessa haettiin vastauksia seuraaviin kysymyksiin: "Miten itselleen ominaisina hoitajat pitivät yksilöllistä hoitoa kuvaavia toimintatapoja?" ja "Miten yksilöllisen hoidon toimintatavat toteutuivat heidän työssään?" Tavoitteena on tuottaa tietoa osastoille yksilöllisen hoidon toteutumisesta Liittyvä voima -hanketta varten. Tietoa voidaan hyödyntää kehitettävissä terveyspalveluita hankkeen kohdeorganisaatioissa. Yksilöllinen hoito pitää sisällään potilaan kliinisen tilanteen sekä elämäntilanteen huomioon ottamisen ja potilaan päätöksenteon kontrollin.</p> <p>Opinnäytetyömme lähestymistapa on kvantitatiivinen kyselytutkimus, jonka aineisto kerättiin yksilöllisen hoidon mittaamiseen kehitetyllä ICS- mittarilla. Aineisto kerättiin Espoon sairaalan kahden vuodeosaston hoitohenkilökunnalta kesä-elokuussa 2010. Lomakkeita toimitettiin 44 kappaletta ja niitä palautui 30. Vastausprosentti oli 68 %. Tutkimusaineisto analysoitiin tilastollisin menetelmin PASW Statics 18 -ohjelmalla.</p> <p>Tulosten mukaan osastoilla yksilöllinen hoito toteutuu kaiken kaikkiaan hyvin. Parhaiten hoitajat toteuttavat yksilöllistä hoitoa huomioimalla potilaiden kliinisen tilanteen. Lähes yhtä hyvin yksilöllisyys huomioidaan potilaan päätöksenteon kontrollissa. Heikoiten yksilöllinen hoito toteutuu potilaan elämäntilanteen huomioimisessa. Kehittämistarpeeksi nouseekin potilaan yksilöllisen elämäntilanteen huomioiminen. Tulevaisuudessa huomiota tulisi kiinnittää enemmän perheen osallistumisen mahdollistamiseen ja potilaan jokapäiväisten toimintojen huomioimiseen sairaalahoidon aikana. Lisäksi potilaan aikaisemmat sairaalakoemukset tulisi huomioida paremmin.</p>	
Avainsanat	yksilö, yksilöllisyys, yksilöllinen hoito, hoitaja

Authors Title Number of Pages Date	Teija Backman-Sappinen, Sari Sihvo Nurses' Perceptions of the Provision of Individual Care in Health Centre Wards 29 pages + 1 appendice 3.5.2011
Degree	Bachelor of Health Care
Degree Programme	Nursing and Health Care
Specialisation option	Nursing
Instructors	Hannele Hokkanen, Senior Lecturer Leena Rekola, Principal Lecturer
<p>This study was a part of the Collaborative Intensity project of the Metropolia University of Applied Sciences, Helsinki, Finland and Espoo Hospital, Espoo, Finland. The purpose of this project was to create a partnership model between working life and the University of Applied Sciences. The project consisted of three subprojects: safe medical treatment, discharge from the hospital and improvement of the patients' functional ability. Our study was related to the improvement of patients' functional ability, and it was an initial situation analysis.</p> <p>The objective of this study was to find out whether individual care of patients was supported by nurses. We looked for answers to the following questions: "To what extent did the nurses perceive themselves as performers of individual care?" and "How were the individual care methods implemented in their work?" Our aim was to provide hospital wards with information on the achievement of individual care. This data was needed for the Collaborative Intensity project and can be used for the development of health services in the project's target organizations. Individual care encompasses the patient's clinical situation, life situation and decisional control.</p> <p>Our approach was a quantitative survey, for which we collected material by using the ICS instrument, a purpose-built indicator for assessing individual care. Material for this study was gathered by sending a questionnaire to the nursing staff of two wards at Espoo Hospital between June and August 2010. Altogether 44 forms were delivered and 30 returned, which resulted in a response rate of 68%. The data was analysed using statistical methods and PASW Statistics 18 software. The results showed that, on the whole, individual care was achieved well. Individual care was best carried out with regard to the patients' clinical situation. Patients' decisional control was equally well catered for. The weakest results were found in connection to patient's life situation. We conclude that nurses should be more attentive to the patient's individual life situation. In addition, facilitating the participation of the patient's family and taking into consideration the patient's everyday functions during the hospital care, as well as his/her previous hospital experiences require further attention.</p>	
Keywords	individual, individuality, individual care, nurse

## Sisällys

1	Johdanto	1
2	Yksilöllinen hoito	2
2.1	Yksilö ja yksilöllisyys	2
2.2	Yksilöllisyys hoitotyössä	3
2.3	Yksilöllisen hoidon käsite	3
3	Yksilöllinen hoito ja siihen yhteydessä olevat tekijät	4
3.1	Yksilölliseen hoitoon kohdistunut tutkimus	5
3.2	Yksilölliseen hoitoon liittyvät tekijät	6
3.2.1	Potilaslähtöiset tekijät	6
3.2.2	Hoitajalähtöiset tekijät	7
3.2.3	Organisaatiolähtöiset tekijät	9
3.2.4	Yksilöllisen hoidon hyödyt	11
4	Opinnäytetyön tavoite, tarkoitus ja ongelmat	11
5	Opinnäytetyön menetelmälliset lähtökohdat	11
5.1	Tutkimusmenetelmä	11
5.2	Tutkimuskohde ja aineiston keruu	12
5.3	Mittari	13
5.4	Aineiston analyysi	15
6	Tulokset	15
6.1	Taustatiedot	15
6.2	Yksilöllisen hoidon toteutuminen	16
6.2.1	Kliinisen tilanteen huomioiminen	17
6.2.2	Henkilökohtaisen elämäntilanteen huomioiminen	18
6.2.3	Päätöksenteon kontrolli	19
7	Pohdinta	20
7.1	Tulosten pohdinta ja kehittämishaasteet	20
7.2	Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus	22
7.3	Ammatillinen kasvu opinnäytetyöprosessissa	25
	Lähteet	27
	Liite 1. Tutkimuslupa	

## 1 Johdanto

Opinnäytetyö on osa Metropolia Ammattikorkeakoulun ja Espoon sairaalan yhteistä pilotti hanketta. Liittyvä voima -hankkeen tavoitteena on tuottaa työelämän ja korkeakoulun välinen kumppanuusmalli, joka olisi siirrettävissä ja muutettavissa mihin tahansa toimijoiden väliseen yhteistyöhön. Liittyvä voima -hanke on jaettu kolmeen osaprojektiin.

Opinnäytetyömme kuuluu Liittyvä voima -hankkeen osaprojektiin kolme ”Potilaan toimintakyvyn edistäminen Espoon sairaalassa”. Osaprojektin päämääränä on hyvä kuntoutus ja innovatiivisten toimintatapojen käyttöönotto potilaan toimintakyvyn edistämiseksi. Projektissa tarkastellaan ja kehitetään mahdollisimman kokonaisvaltaisesti osastojen toimintatapoja sekä toimintaympäristöön liittyviä tekijöitä. Osaprojektin kehittämistyön lopputuloksena tavoitellaan toimintamallia, jossa potilas kokee saaneensa yksilöllistä hoitoa, henkilökunta on kehittymismyönteinen ja osaston ympäristötekijät tukevat potilaan yksilöllistä hoitoa. (Liittyvä voima 2008–2011.)

Opinnäytetyömme tarkoituksena on selvittää kvantitatiivisen tutkimuksen avulla, miten yksilöllinen hoito toteutuu hoitajien toteuttamana kahdella Espoon sairaalan osastolla. Toinen tutkimukseen osallistuvista osastoista on akuutti terveyskeskuksen vuodeosasto, toinen osastoista on ortopedis-traumatologinen kuntoutusosasto. Osastoilla hoidettavat potilaat ovat pääasiassa iäkkäitä. Aineiston keruuseen käytämme Riitta Suhosen yksilöllisen hoidon mittaamiseen kehittämää ICS-mittaria. Teoreettisessa viitekehyksessä kartoitamme aikaisempien tutkimusten avulla, miten yksilöllinen hoito toteutuu hoitotyössä tänä päivänä. Selvitämme myös Suhosen kehittämän hoitotyön mallin mukaisesti yksilölliseen hoitoon yhteydessä olevia tekijöitä. Työmme aiheen valintaan vaikutti kiinnostuksemme selvittää, miten potilaan oikeudet toteutuvat käytännön hoitotyössä sekä mitä estäviä ja edistäviä tekijöitä siihen liittyy. Tutkimusmenetelmän ja tutkimuksessa käytettävän mittarin työssämme määrittä Liittyvä voima- hanke.

Tämän opinnäytetyön tarpeellisuus nousee ennen kaikkea aikaisemmista tutkimuksista, jotka ovat osoittaneet yksilöllisen hoidon edistävän potilastyytyväisyyttä, hoitoon sitoutumista ja potilaan hoitotuloksia. Tutkimukset osoittavat myös, että hoitohenkilökunnan

työtyytyväisyys on parempaa niissä yksiköissä, joissa potilaiden hoito toteutetaan yksilöllisesti (Gustafsson – Leino-Kilpi – Suhonen 2009: 5). Vaikka aihetta on tutkittu, yksilöllisten hoitomenetelmien vaikuttavuudesta on olemassa toistaiseksi melko vähän näyttöä. Tietoa tarvitaan myös enemmän siitä, mitkä tekijät edistävät yksilöllisen hoidon toteutumista. (Suhonen – Puro – Leino-Kilpi 2006: 4251.)

Potilaslähtöinen, yksilöllinen hoito on saanut viimeaikoina huomiota myös terveystoimittaisissa kannanotoissa, terveydenhuoltoa säätelevässä lainsäädännössä ja suosituksissa sekä terveydenhuollon toimintojen uudelleen järjestelyssä. Yksilöllinen hoito nähdään terveydenhuollon laadun osoittimena ja potilaskontaktien lähtökohtana. (Suhonen ym. 2006: 4251; Gustafsson ym. 2009: 4.) Yksilöllisen hoidon tarve tulisi huomioida myös iäkkäiden potilaiden hoidossa. Vanhusten hoidossa yksilöllinen hoito on yhtä kuin eettisyys. Vanhuksen hoito on eettistä, kun se lähtee hänen omista tarpeistaan ja toiveistaan, kunnioittaa hänen arvojaan ja arvostaa hänen omia näkemyksiään. Hoidon suunnittelussa tulisi ottaa huomioon vanhuksen toimintakyky ja terveydentila, läheisten apu ja vanhuksen sosiaalinen verkosto. (Etene 2008.)

## 2 Yksilöllinen hoito

Käsite ”yksilöllinen hoito” kuuluu terveydenhuollon ja hoitotyön peruskäsitteistöön se on ihmisarvoon sidottu keskeinen hoitotyön periaate. Terveydenhuollossa yksilöllisyys nähdään potilaskontaktien ja terveydenhuoltopalvelujen kehittämistä ohjaavana peruslähtökohtana. (Suhonen ym. 2009: 148–149.)

### 2.1 Yksilö ja yksilöllisyys

Sanojen yksilö ja yksilöllisyys alkuperä on latinan sanassa *individuus*, mikä tarkoittaa ainutlaatuista, erityistä, persoonaan liittyvää, persoonalle omintakeista. Yksilöllisyys on ihmisyyteen liittyvä laadullinen ominaispiirre, joka erottaa yhden henkilön kaikista muista ihmisistä. Verbiille ”*yksilöllistää*” (*to individualize*) on annettu erityinen merkitys hoitotyössä 1970-luvulla: huomioida jokaisen potilaan erityispiirteet hoitamisen lähtökohtana, hoitaa yksilöllisesti (Suhonen – Hupli – Välimäki – Leino-Kilpi 2009: 146). Yksilöllisyys on käsitteenä moniulotteinen. Se on kuvattu välineenä saavuttaa jokin tulos hoidon toimintatapana, periaatteena tai lähestymistapana (Suhonen ym. 2006: 4251).

## 2.2 Yksilöllisyys hoitotyössä

Ihmistä pyritään tukemaan oman terveytensä ylläpitämisessä ja saavuttamisessa. Keskeistä on arvioida, mitä sairaus ja terveys merkitsevät ihmiselle sekä minkälainen voimavara terveys on hänen elämälleen. Tutkimusten mukaan tyytyväisimpiä ovat ne potilaat, jotka kokevat hoitonsa yksilölliseksi. Tutkimuksissa on myös osoitettu, että yksilöllinen hoito parantaa potilaan terveydentilaa ja koettua elämänlaatua. Potilaan hoidon tulee olla suositusten mukaista, mutta potilaan yksilölliset ominaisuudet ja olosuhteet sekä hänen oma näkemyksensä hoidosta tulee ottaa huomioon. (Suhonen ym. 2006: 4251–4253.)

Yksilöllinen hoito kohdistuu yksilöön ja hänen senhetkiseen terveydentilaansa. Hoidon yksilöllisyys saadaan aikaan valitsemalla hoito, joka ottaa huomioon potilaan kliiniset ja psykologiset tarpeet, sosiaaliset verkostot, elämäntilanteen, asennoitumisen tai terveydentilan merkityksen potilaalle, näiden täyttyessä on potilaan hoito optimaalista. (Jenkins – Lancaster – O’Donoghue – Carillo 2002; Suhonen ym. 2006: 4251.)

Itsemääräämisoikeus on olennainen osa yksilöllistä hoitotyötä. Itsemääräämisoikeudella tarkoitetaan ihmisen oikeutta elää omaa elämää ja olla aktiivinen osapuoli häntä koskevissa päätöksissä. Itsemääräämisoikeuden toteutuminen edellyttää potilaan subjektiivisten tunteiden, tarpeiden ja kokemusten huomioimista. Jotta potilas voisi osallistua itseään koskevaan päätöksentekoon, tulisi hänen saada tietoa hoidon etenemisestä, siitä mitä tulee tapahtumaan, sekä tietoa omasta voinnistaan. Yksilöllisessä hoidossa hoitajat pyrkivät soveltamaan toimintansa jokaiselle potilaalle sopivaksi. Hoitaja on se, joka valvoo potilaan etua, kun hänen omat voimavaransa ja kykynsä eivät riitä pitämään huolta omista oikeuksistaan. Potilaalla säilyy oikeus päättää omasta hoidostaan, eli hänellä on oikeus itsemääräämiseen. (Alaspää – Kuisma – Rekola – Sillanpää 2003: 16,19; Lepola – Louet – Aho 2001: 6–7; Suhonen – Katajisto – Välimäki 1999: 290.)

## 2.3 Yksilöllisen hoidon käsite

Professori Riitta Suhonen Turun yliopiston hoitotieteen laitokselta on määritellyt yksilöllisen hoidon – käsitteen aikaisemman tutkimuskirjallisuuden avulla deduktiivisesta lähtökohdasta. Määrittelyyn käytetyt empiiriset tutkimukset ovat aikaväliltä 1953–2001.

Määrittelyn tuloksena syntyi yksilöllistä hoitoa kuvaavat osa-alueet (*domains*), joita ovat potilaan kliininen tilanne, henkilökohtainen elämäntilanne, päätöksenteon kontrolli. Kliinisen tilanteen huomioiminen tarkoittaa potilaan sairauteen liittyvien tuntemusten, tarpeiden, pelkojen ja huolien, voinnissa tapahtuneiden muutosten sekä voimavarojen huomioimista. Henkilökohtainen tilanne pitää sisällään potilaan jokapäiväisen toiminnan, jokapäiväisten tottumusten, aikaisempien sairaalakokemusten, elintapojen ja potilaan oman tahdon perheen osallistumisesta hoitoon. Päätöksenteon kontrolli kuvaa potilaan tiedonsaantia, osallistumista päätöksentekoon, toiveiden ja mielipiteiden huomioimista, ohjeiden mukaista toimintaa sekä esimerkiksi peseytymisaikojen valintaa. (Suhonen 2002.) Hypoteettis-deduktiivisen päättelyn ja aikaisemman kirjallisuuden avulla Suhonen tuotti yksilöllisen hoidon mallin. Malli käsittelee hoitoa kahdesta näkökulmasta (*dimensions*), yksilöllisyyttä tukevat hoitotyön toiminnot ja yksilöllisyyden toteutuminen hoitotyössä. (Suhonen ym. 2009: 147–149.) Suhonen on myös operationalisoinut käsitteen ja kehittänyt sen pohjalta potilaan yksilöllistä hoitoa mittaavan mittarin (*Individualised Care Scale ICS*). Mittaria on käytetty useissa kansainvälisissä tutkimuksissa. Tutkimukset on toteutettu erilaisissa sairaalaympäristöissä vuosina 1996–2009. (Suhonen ym. 2009: 148–149; Suhonen – Schimdt – Radwin 2007: 81–83.)

Yksilöllisen hoidon mallin pohjalta Suhonen on kehittänyt yksilöllisen hoidon teoriaa aikavälillä 1995–2007. Teoriamuodostus perustuu kirjallisuuteen, hypoteettis-deduktiiviseen päättelyyn, sekä empiiriseen tutkimukseen. Lopputuloksena on syntynyt tilannesidonnainen teoria. Teorianmuodostus jatkuu edelleen, ja mallia testataan erilaisissa potilasympäristöissä sekä potilaiden että hoitohenkilökunnan näkökulmasta. (Suhonen ym. 2009: 143, 152.)

### **3 Yksilöllinen hoito ja siihen yhteydessä olevat tekijät**

Vaikka hoidon yksilöllisyyteen on kohdistunut lisääntyvässä määrin tutkimuksia, käsitys yksilöllisen hoidon toteutumisesta kliinisessä hoitotyössä on puutteellinen. Yksilöllistä hoitoa koskevaa tutkimusta ei ole myöskään hyödynnetty riittävästi käytännön hoitotyössä. (Suhonen 2003: 10.) ICprojekt on Turun yliopiston hoitotieteen laitoksen tutkimushanke, joka tutkii yksilöllistä hoitoa erilaisissa terveydenhuollon toimintaympäristöissä. Tutkimusten avulla selvitetään sekä potilaiden että hoitohenkilökunnan näke-



myksiä yksilöllisestä hoidosta ja siihen liittyvistä tekijöistä. Hanke sisältää useita kotimaisia ja kansainvälisiä tutkimuksia. (Suhonen – Leino-Kilpi 2010c: 14.)

### 3.1 Yksilölliseen hoitoon kohdistunut tutkimus

Kansainväliset tutkimukset osoittavat, että eri maiden välillä on eroja siinä, miten hoitajat mahdollistavat potilaan yksilöllisyyden hoidon aikana. Hoitajien arvioinnit yksilöllisen hoidon toteutumisesta vaihtelevat organisaatiotyypeittäin, erikoisaloittain sekä ammattiryhmittäin tarkasteltuna. Suomalaiset hoitajat arvioivat hoitavansa potilaita melko yksilöllisesti, paremmin kuin Euroopassa keskimäärin. Suomalaiset hoitajat arvioivat myös hoidon yksilöllisyyden korkeammaksi kuin potilaat. (Suhonen – Leino-Kilpi 2010c: 13; Suhonen – Gustafsson – Lamberg – Välimäki – Katajisto – Leino-Kilpi 2010a: 186.)

Vuonna 2010 ilmestyneissä kahdessa Gustafssonin ym. tekemässä ja Riitta Suhosen kehittämällä ICS- mittarilla tehdyissä tutkimuksissa, oli tarkoituksena kartoittaa hoitajien käsityksiä yksilöllisestä hoidosta. Tutkimukset tehtiin suomalaisissa terveydenhuollon organisaatioissa vuosina 2008 ja 2009. ICS-mittarin ensimmäisellä osa-alueella, joka tarkastelee hoitajien näkemyksiä potilaan yksilöllisyyden tukemisesta hoitotyön toiminnoin yleensä, saatiin kummassakin tutkimuksessa samansuuntaisia tuloksia yksilöllisen hoidon toteutumisesta. Hoitajat arvioivat tukeneensa potilaiden yksilöllisyyttä hoitotyön toiminnoin yleensä hyvin, parhaiten potilaan kliinisen tilanteen ja potilaiden päätöksenteon kontrollia. Hoitajat eivät kuitenkaan ottaneet riittävästi huomioon potilaiden henkilökohtaista elämäntilannetta. Tulokset olivat samansuuntaisia myös ICS-mittarin toisella osa-alueella, joka arvioi edellisten työvuorojen aikana toteutunutta yksilöllistä hoitoa. Hoitajat arvioivat sen toteutuneen parhaiten potilaan kliinisen tilanteen osalta ja heikoiten henkilökohtaisen elämäntilanteen osalta. Edellisten työvuorojen aikana hoitajat arvioivat tukeneensa myös potilaiden päätöksenteon kontrollia hyvin. (Suhonen ym. 2010a: 184–194; Suhonen – Gustafsson – Katajisto – Välimäki – Leino-Kilpi 2010b: 1037.)

ICS-mittarilla tehdyissä potilaisiin kohdistuneissa tutkimuksissa ilmeni, että parhaiten potilaiden yksilöllinen hoito toteutui kliinisellä osa-alueella ja osallistumismahdollisuutena päätöksentekoon. Hoito painottui paljolti fyysisten tarpeiden kartoittamiseen. Tämä tulee esille esimerkiksi hoitosuunnitelmissa, joissa painotetaan yleensä hoitotoimintojen suorittamista. Potilaat kokivat saaneensa tietoa sairaudestaan, ja potilaan osallistumista

omaan hoitoon oli tuettu hyvin hoitotyön toimin. Potilaan henkilökohtaisen elämäntilanteen selvittämisessä ja huomioimisessa oli puutteita. Potilaita ei kannustettu riittävästi kysymään hoitoonsa liittyvistä asioista. Potilailta ei myöskään yleensä tiedusteltu, halusivatko he perheen osallistuvan heidän hoitoonsa, vaikka esimerkiksi potilaan krooninen sairaus vaikuttaa myös aina muiden perheenjäsenten elämään. (Makkonen – Hupli – Suhonen 2009: 138; Suhonen 2003: 1–4; Suhonen ym. 2007: 79; Suhonen – Välimäki – Katajisto – Leino-Kilpi 2007: 301.)

Vuonna 2010 tehtiin tutkimus yksilöllisestä hoidosta potilaille. Tutkimus kuuluu Liittyvä voima – hankkeen osaprojekti kolmeen ja siinä selvitetään yksilöllisen hoidon toteutumista potilaiden näkökulmasta. Tutkimusaineisto kerättiin samoilta osastoilta kuin tähän tutkimukseen hoitajilta kerätty aineisto. Aineiston keruuseen käytettiin potilaille suunniteltua ICS-mittaria. Potilaille suunniteltu mittari on jaettu myös A- ja B- väittämiin. A-väittämät kuvaavat yksilöllisyyttä tukevia hoitotyön toimintoja ja B-väittämät yksilöllisen hoidon toteutumista. Kysymykset vastasivat hoitajille tehtyjä kysymyksiä, mutta ne esitettiin potilaan näkökulmasta. Potilaiden arvioimana yksilöllinen hoito toteutui kohtalaisen hyvin osastohoidon aikana. Yksilöllisen hoidon osa-alueista kliinisen tilanteen huomioiminen toteutui parhaiten. Potilaan itsemääräämisen huomioiminen toteutui lähes yhtä hyvin. Heikoiten huomioitiin potilaan henkilökohtainen elämäntilanne. Tuloksissa oli eroja toteutuneen hoidon ja hoitotyön toimintojen välillä. Yleisesti toteutunut hoito arvioitiin positiivisemmin kuin hoitotyön toiminnot. (Pulka – Ottelin 2010.)

### 3.2 Yksilölliseen hoitoon liittyvät tekijät

Kehittäessään yksilöllisen hoidon teoriaa on Suhonen määritellyt yksilölliseen hoitoon yhteydessä olevia tekijöitä ja testannut niitä empiirisesti. Suhosen (2009) mukaan yksilölliseen hoitoon yhteydessä olevia tekijöitä ovat potilaslähtöiset sekä hoitaja- ja organisaatiolähtöiset tekijät. Näiden tuloksena seuraa potilastyytyväisyyttä, potilaan autonomiaa sekä terveyslähtöistä elämänlaatua. (Suhonen ym. 2009: 149.)

#### 3.2.1 Potilaslähtöiset tekijät

Tutkimusten avulla on saatu selville potilaslähtöisiä tekijöitä, joilla on vaikutusta siihen, miten yksilölliseksi potilaat kokevat hoitonsa. Enemmän koulutetut ja iältään nuoremmat potilaat arvioivat kriittisemmin yksilöllisyyden toteutumista hoidossaan. Naiset ovat

miehiä kriittisempiä arvioidessaan henkilökohtaisen elämäntilanteen huomioon ottamista omassa hoidossaan. Mitä parempi potilaan terveydentila on, sitä yksilöllisemmäksi hän arvioi hoitonsa. Akuutisti sairaalaan tulevat potilaat kokevat yksilöllisyyden toteutuneen heikommin hoidossaan kuin suunnitellusti sairaalaan tulevat. (Suhonen ym. 2009: 149; Suhonen – Välimäki – Katajisto – Leino-Kilpi: 2007: 197.)

Gustafssonin ym. (2009) hoitohenkilöstölle tekemässä laajassa tutkimuksessa hoitajat nimesivät useita potilaslähtöisiä yksilöllistä hoitoa edistäviä tekijöitä. Hoitajien mukaan potilaan yhteistyökyky lisää hoidon yksilöllisyyttä. Erityisesti hänen kykynsä kommunikoida nähtiin yhteistyökykyyn vaikuttavana tekijänä. Muina tekijöinä nimettiin potilaan hoitomyönteisyys, motivoituneisuus ja aktiivisuus hoitoon liittyvissä toiminnoissa ja päätöksenteossa. Potilaan kokema tasapaino oman sairautensa ja terveydentilansa kanssa vaikuttaa yksilölliseen hoitoon. Kun potilas on kyennyt hyväksymään sairauden tuoman elämänmuutoksen, on hän myös halukas omaksumaan tietoa sairaudestaan. Hoitajien mukaan hoidon yksilöllisyys lisääntyy, jos potilas aktiivisesti kysyy ja keskustelee sairaudestaan hoitohenkilökunnan kanssa. Potilaan sairaus ja hänen tietonsa sairauteen vaikuttavista tekijöistä on yhteydessä hänen kykyyn osallistua omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon. Esimerkiksi dementiaa sairastavan kohdalla sairauden vaihe on yhteydessä siihen, miten tietoinen hän on tilanteestaan. Hoitajat pitivät tärkeänä omaisten osallistumista potilaan hoitoon. Omaisilta saatu tieto on arvokasta ja auttaa yksilöllisen hoitotyön toteuttamista silloin, kun potilas ei itse kykene ilmaisemaan itseään riittävästi. (Gustafsson – Leino-Kilpi – Suhonen 2009: 9.)

### 3.2.2 Hoitajalähtöiset tekijät

Tutkimusten mukaan hoitajat tunnistavat herkästi yksilölliseen hoitoon liittyviä tekijöitä. Nämä tekijät joko edistävät tai estävät yksilöllisen hoidon toteutumisen. Hoitajat ovat nimenneet yksilöllistä hoitoa edistäviksi tekijöiksi hoitajan henkilökohtaiset ominaisuudet, arvoperustan, osaamisen, suhtautumisen työhön ja työtovereihin sekä oman työn organisoinnin. Näiden lisäksi hoitajan autonomialla ja professionaalaisella toiminnalla on todettu olevan yhteys yksilöllisen hoidon toteuttamiseen. (Gustafsson ym. 2009; Suhonen ym. 2010b; Paakki-Tiainen:2007.)

Hoitajan henkilökohtaiset ominaisuudet nähdään tärkeänä osana toteutettaessa yksilöllistä hoitoa. Henkilökohtaisista ominaisuuksista erityisen tärkeänä pidetään vuorovaiku-

tustaitoja. (Gustafsson ym. 2009: 4–10; Paakki-Tiainen 2007: 77, 80). Muina yksilöllistä hoitoa edistävinä henkilökohtaisina ominaisuuksina mainitaan hoitajan rauhallisuus, avoimuus, empaattisuus, ystävällisyys ja luotettavuus. Hoitajan kykyä kuunnella potilasta ja huomioida hänen mielipiteensä pidetään yksittäisenä yksilöllistä hoitoa edistävänä toimintona. (Gustafsson ym. 2009: 4–10.)

Hoitajat pitävät myös keskeisenä tiedon antamista potilaalle hänen hoidosta ja hoitomenetelmistä sekä potilaan kokonaistilanteen huomioimista hoidossa. Potilaslähtöisyys ja potilaan yksilöllisyyden arvostaminen nimetään tekijöiksi, joilla voidaan edistää yksilöllistä hoitoa. Potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, suhtautuminen potilaaseen tasa-arvoisesti ja suvaitsevaisesti sekä eettisten toimintatapojen noudattaminen koetaan tärkeiksi toteutettaessa yksilöllistä hoitoa. Hoitajat tuovat esille näkemyksen, että potilasta tulisi hoitaa niin kuin itseään toivoisi hoidettavan vastaavassa tilanteessa. (Gustafsson ym. 2009: 4–10.)

Hoitajien yksilöllistä hoitotyötä edistävään osaamiseen kuuluu vankka ammattitaito ja riittävä työkokemus. Korkea motivaatio työskentelyyn sekä sitoutuminen yhteistyöhön omaisten ja muun henkilökunnan kanssa vaikuttaa edistävästi yksilölliseen hoitoon. (Gustafsson ym. 2009: 4–10; Paakki-Tiainen 2007: 81.) Erityisesti halu hoitaa potilasta yksilöllisesti ja halu uudistua työssään nähdään hoidon yksilöllisyyttä edistäviksi tekijöiksi. Myös riittävä kielitaito edistää hoidon yksilöllisyyttä. Hoitajat pitivät myös tärkeänä oman työn arvostusta. Oman työn organisoinnilla ja suunnittelulla voidaan edistää hoidon yksilöllisyyttä. (Gustafsson ym. 2009: 4–10.)

Autonomia voidaan määritellä hoitajan kyvyksi toteuttaa ammatillisia tehtäviään ja velvollisuuksiaan ammattikunnan sääntelyn ja normien mukaisesti. Autonomia sisältää valtaa, mutta myös vastuullisuuden potilaiden hoitoon. Autonomia ilmenee hoitajan ammatillistumisen ja voimaantumisen seurauksena ja mahdollistaa yksilöllisen hoidon toteutumisen. (Suhonen ym. 2010b: 186). Hoitotyössä ollaan luopumassa tehtäväkeskeisestä hoitotyöstä ja kehitetään hoitotyötä professionaalisemmaksi. Professionaalisuuden myötä hoitajat ovat omaksuneet tiimijattelun, jossa hoitajat toimivat hoitotyön asiantuntijoina. Asiantuntija analysoi ja yhdistelee tietoja, ymmärtää asioiden merkityksiä sekä tekee päätöksiä niin, että potilaan yksilöllisyys tulee huomioiduksi hoidon kaikissa vaiheissa. (Paakki-Tiainen 2007: 84.) Suhosen ym. (2010b) mukaan tärkeitä yksi-

löllisen hoidon toteutumiselle ovat hoitajan sisäinen työmotivaatio ja hoitohenkilöstön ja lääkäreiden väliset suhteet (Suhonen ym 2010b: 191).

### 3.2.3 Organisaatiolähtöiset tekijät

Yksilöllisen hoidon nähdään olevan yhteydessä organisaation toimintaan, terveydenhuollon toimintaprosesseihin, eettiseen ilmapiiriin, sekä tapaan tarkastella potilaita ja heidän hoitoaan (Suhonen ym. 2010c: 13). Yksilölliseen hoitoon yhteydessä olevia organisaatiolähtöisiä tekijöitä on sairaalan/osaston koko, henkilökunnan määrä ja omahoitajuuteen perustuva työnjakomalli (Suhonen ym. 2009: 150–151).

Suhosen ym. (2008) tekemässä tutkimuksessa erityyppisten organisaatioiden välillä oli eroja sillä, kuinka hoitajat toteuttivat yksilöllistä hoitoa. Psykiatristen osastojen hoitajat arvioivat toteuttaneensa yksilöllistä hoitoa parhaiten, heikoiten sen arvioitiin toteutuvan pitkäaikaisosastoilla. (Suhonen ym. 2010a: 1041.) Pienempien sairaaloiden ja osastojen hoidon on todettu olevan yksilöllisempää kuin suurten yksiköiden. (Suhonen 2003:14.) Operatiivisilla erikoisaloilla hoidetut potilaat ovat arvioineet kliinisen tilanteensa toteutuneen paremmin kuin konservatiivisilla aloilla hoidetut (Suhonen ym. 2009: 151). Toimintaympäristöllä ja toimivilla tiloilla voidaan lisätä tai estää hoidon yksilöllisyyttä, pienet muutaman hengen potilashuoneet lisäävät yksilöllisyyden toteutumista. Potilaiden hoitaminen suurissa potilashuoneissa ja käytävillä vastaavasti estää yksilöllisen hoidon toteutumista. Hoidossa ja kuntoutuksessa tarvittavien apu- ja työvälineiden saatavuus ja toimivuus auttaa myös toteuttamaan yksilöllistä hoitoa. (Suhonen 2009:30.) Työyksiköissä voitaisiin kartoittaa strukturoidusti yksilöllistä hoitoa rajoittavia ja tukevia tekijöitä (Paakki-Tiainen 2007: 83).

Hoitotyön työnjakomalleista yksilövastuisen hoitotyön on todettu olevan yksi keskeisimmistä yksilöllistä hoitoa tukevista tekijöistä (Paakki-Tiainen 2007: 84; Suhonen ym. 2009:151). Ominaista sille on kokonaisvaltainen, yksilöllinen ja tavoitteellinen toiminta hoidettavan potilaan hyväksi. Yksilövastuisen hoitotyön keskeiset periaatteet ovat itsenäisyys, vastuullisuus, koordinointi, kattavuus ja jatkuvuus. Yksilövastuisen hoitotyön avulla voidaan taata potilaalle ja hänen omaisilleen laadukkaita, yksilöllisiä ja kokonaisvaltaisia palveluja. Toiminnan laatu varmistetaan asiakkaan ja hoitajan välisellä vuorovaikutuksella. Omahahoitaja työskentelee tiiviisti asiakkaan, tämän perheen ja muun henkilökunnan kanssa. Yhteistyössä asiakkaan ja muiden hänen hoitoonsa osallistuvien

kanssa omahoitaja asettaa tavoitteet hoidolle. (Laaksonen - Niskanen - Ollila - Risku 2005: 22.)

Gustafssonin ym. (2009) hoitajille tekemä tutkimus selvitti hoitajien näkemyksiä organisaation merkityksestä yksilöllisen hoidon toteuttamiselle. Yksilöllistä hoitoa edistävästä organisaatiolähtöisistä tekijöistä hoitajat nimesivät useimmiten tekijöitä, jotka kohdistuivat henkilökunnan resursseihin. Tällaisia tekijöitä olivat esimerkiksi hoitohenkilökunnan määrään, rakenteeseen, laatuun ja osaamisen sisältöön liittyvät asiat. Hoitajat kokivat myös riittävän ja oikein kohdennetun ajankäytön lisäävän hoidon yksilöllisyyttä. Toiseksi eniten mainittiin työyhteisön toimintaan ja toimintaperiaatteisiin liittyviä tekijöitä, kuten koulutuksesta ja täydennyskoulutuksesta huolehtiminen ja niihin osallistumisen mahdollistaminen. Myös hyvällä työilmapiirillä oli hoitajien mielestä suotuisa vaikutus hoidon yksilöllisyyteen: kun henkilöstö voi hyvin, on silloin myös potilaiden hoito hyvää. Erityisen tärkeänä yksilöllisen hoidon edistäjänä nähtiin moniammatillinen hoitotyö ja eri organisaatioiden välisen yhteistyön toimivuus. Kirjaamisella, raportoinnilla ja tiedottamisella on myös tärkeä rooli yksilöllisen hoidon toteuttamisessa. (Gustafsson ym. 2009: 28–31.)

Johtamisella oli hoitajien mielestä välillinen vaikutus yksilöllisen hoidon toteuttamiseen. Hoitajat pitivät tärkeänä sitä, että hoitotyön johtajat tukivat ja kannustivat heitä. He toivoivat myös, että johtajat antaisivat rakentavaa palautetta asiakastyöskentelystä ja pitäisivät yllä keskustelua hoitotyön arvoista. Toivottiin myös, että yksilöllisen hoidon tulisi olla kirjattu osaksi organisaation strategiaa. Hoitajien mielestä se auttaisi ja kannustaisi henkilökuntaa sitoutumaan potilaan kokonaisvaltaiseen hoitamiseen. (Gustafsson ym. 2009: 28–31.)

Potilaan yksilöllistä hoitoa estäviksi tekijöiksi on kirjallisuudessa nimetty muun muassa pirstaloitunut organisaatiokokonaisuus sekä eri organisaatioiden välisen työnjaon, tehtävien ja vastuiden epäselvyys. Hoidon yksilöllisyyden esteenä voivat olla myös tiukasti määritellyt hoitoketjut, pieniin kokonaisuuksiin pilkottu johtamisjärjestelmä sekä potilaan fyysiseen olotilaan ja sairauteen keskittyvä hoitotyö. (Gustafsson – Leino-Kilpi – Suhonen 2009: 28–31.)

### 3.2.4 Yksilöllisen hoidon hyödyt

Mitä paremmin potilaat arvioivat yksilöllisyyttään mahdollistetun hoitotyön toiminnoilla, sitä tyytyväisempiä he ovat saamaansa hoitoon. Tyytyväisten potilaiden on todettu olevan hoitomyönteisiä, sitoutuvan hoitoonsa ja hoitavan itseään paremmin. Hoidon yksilöllisyydellä voidaan vaikuttaa myös potilaan autonomiaan ja terveyslähtöiseen elämänlaatuun: mitä positiivisemmaksi potilaat kokevat hoitonsa yksilöllisyyden, sitä paremmaksi he kokevat terveyslähtöisen elämänlaatunsa. (Suhonen ym. 2007: 300, 301.) Yksilöllinen hoito lisää ja tukee potilaiden kuntoutumista ja selviytymistä tehdyistä toimenpiteistä. Vaikka hoidon yksilöllisyydellä on todettu olevan positiivisia vaikutuksia etenkin ikääntyneiden kuntoutumiseen, ei ikääntyneiden hoito aina ole riittävän yksilöllistä. (Suhonen – Leino-Kilpi 2010c: 13.)

## 4 Opinnäytetyön tavoite, tarkoitus ja ongelmat

Opinnäytetyömme tavoitteena on tuottaa tutkittua tietoa Liittyvä voima- hankkeen projektia varten. Tietoa voidaan hyödyntää kehitettäessä toimintaa, jossa potilaat kokevat saaneensa yksilöllistä hoitoa, henkilökunta on kehittymismyönteinen ja osaston ympäristökijät tukevat potilaan yksilöllistä hoitoa. Tämän tutkimuksen tarkoituksena on selvittää, miten yksilöllinen hoito toteutuu hoitajien toteuttamana.

Tutkimusongelmat ovat:

- 1) Miten itselleen ominaisina hoitajat pitävät yksilöllistä hoitoa kuvaavia toimintatapoja?
- 2) Miten yksilöllisen hoidon toimintatavat toteutuvat heidän työssään?

## 5 Opinnäytetyön menetelmälliset lähtökohdat

### 5.1 Tutkimusmenetelmä

Tämän opinnäytetyön tutkimusmenetelmä on kvantitatiivinen survey-tutkimus. Aineiston keruu on tehty kyselylomakkeiden avulla. Kvantitatiivisessa eli määrällisessä tutkimuksessa keskeistä ovat johtopäätökset aiemmista tutkimuksista, aiemmat teoriat sekä käsitteiden määrittely. Tässä paradigmassa korostetaan yleispäteviä syyn ja seurauk-

sen lakeja. Taustalla on realistinen ontologia, jonka mukaan todellisuus rakentuu objektiivisesti todettavista tosiasioista. (Hirsjärvi – Remes – Sajavaara 2006: 131.) Määrällisessä tutkimuksessa tutkittavia asioita käsitellään aina numeroiden avulla. Tutkittava tieto saadaan numeroina tai määritellään numeeriseen muotoon. Numerotiedot tulkitaan ja selitetään sanallisesti. (Vilka 2007: 14.)

Kvantitatiivisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa käytetään usein tyypillistä survey-tutkimusta, joka on valmiiksi laadituilla lomakkeilla tehtävä haastattelu tai kyselytutkimus. Aineisto kerätään standardoidussa muodossa, täsmälleen samalla tavalla jokaiselta tutkittavalta. Tutkittavat muodostavat otoksen jostain tietystä ihmisjoukosta. (Alkula – Pöntinen – Ylöstalo 1994: 121; Hirsjärvi ym. 2006: 125, 182, 184.)

## 5.2 Tutkimuskohde ja aineiston keruu

Tutkimusaineisto kerättiin kahden espoolaisen sairaalan osaston hoitohenkilökunnalta kesä-elokuussa 2010. Kehittäjäopettaja toimitti kyselylomakkeet saatekirjeineen ja palautuskuorineen Jorvin TK1:n osastonhoitajalle sekä Puolarmetsän 2D:n apulaisosastonhoitajalle toukokuun lopulla 2010. Kyselylomakkeet tarkoitettiin jaettavaksi kaikille vakituisesti ja pitkäaikaissijaisuuksia tekeville sairaanhoitajille sekä lähi- ja perushoitajille, lomakkeita ei jaettu satunnaisesti keikkaileville työntekijöille. Tutkimukseen osallistuminen oli osaston hoitohenkilökunnalle vapaaehtoista. Täytetyt kyselylomakkeet palautettiin postitse kehittäjäopettajalle. Aineisto luovutettiin meille suljetuissa kirjekuorissa lokakuussa 2010. Lomakkeita jaettiin Jorvin sairaalan TK1- vuodeosastolle 19 kappaletta ja niitä palautettiin 16 kappaletta. Puolarmetsän 2D- vuodeosastolle jaettiin 25 kappaletta ja niitä palautettiin 14 kappaletta. Palautusprosentti oli 68.

Jorvin TK1 on terveyskeskuksen akuutti vuodeosasto, johon potilaat tulevat pääosin päivystyksen kautta. Osastolla on 27 potilaspaikkaa, ja keskimääräinen hoitoaika osastolla on 14 vuorokautta. Potilaat ovat iältään 18 vuodesta ylöspäin, mutta pääosin potilaat ovat kuitenkin iäkkäitä. Yleisimmät syyt osastolle tulon ovat yleistilan lasku, sydänoireet, pneumonia ja aivoverenkiertohäiriöt. Toiminnan lähtökohtana ovat asiakaslähtöisyys ja kuntoutumista edistävä toimintatapa. Osastolla toteutetaan myös saattohoitoa lähinnä syöpäpotilaille. Osastolla työskentelevä moniammatillinen työryhmä koostuu 12 sairaanhoitajasta, 7 lähi- tai perushoitajasta, 2 lääkäristä, 2 fysioterapeutista, toimintaterapeutista, terveyskeskusavustajasta, osastonhoitajasta, fysio- ja toimin-



taterapeuteista, sosiaalityöntekijästä, osastonhoitajasta ja laitosapulaisista. (Espoo 2010.)

Puolarmetsän osasto 2D on ortopedis-traumatologinen kuntoutusosasto. Osastolle on keskitetty ensisijaisesti lonkkapotilaiden tutkimus, hoito ja kuntoutus. Potilaiden keski-ikä on 78,9 vuotta. Osastolla on 38 sairaansijaa. Hoito ja kuntoutus suunnitellaan ja toteutetaan yhdessä lääkärin, hoitajan, fysioterapeutin ja sosiaalityöntekijän kanssa. Jatkohoidon ja kotona selviämisen turvaamiseksi osastolla tehdään yhteistyötä omaisten, kotihoidon sekä muiden hoitolaitosten kanssa. Osaston henkilökuntaan kuuluu 16 sairaanhoitajaa, 13 lähi- tai perushoitajaa, yksi terveyskeskusavustaja, kaksi lääkäriä, neljä fysioterapeuttia, yksi kuntohoitaja, kolmen osaston yhteinen toimintaterapeutti, sosiaalityöntekijä, osastonhoitaja ja 5 laitospulaisista. Hoitotyötä tehdään tiimityönä. Eettiset periaatteet ovat hoidon filosofiana. Lähtökohtana kaikessa toiminnassa on potilaan aktiivinen mukaan ottaminen omassa hoidossa ja kuntoutumisessa. Osaston arvopohja pitää sisällään ammatillisuuden, turvallisuuden luottamuksen ja luotettavuuden. (Espoo 2010.)

### 5.3 Mittari

Käytämme tutkimuksessamme professori Riitta Suhosen kehittämää Yksilöllinen hoito-mittaria (ICS-scale). Mittarin alkuperäisenä tarkoituksena oli mitata potilaan yksilöllistä hoitoa eli missä määrin potilaat olivat sitä mieltä, että heidän yksilöllisyytensä oli otettu huomioon hoitotyössä. Alkuperäisen ICS-mittarin kehittäminen jakautui kolmeen vaiheeseen, jokaisessa versiossa mittaria kehitettiin edelleen. (Suhonen 2002: 35–37.) Myöhemmin Suhosen kehittämä mittari on muutettu myös hoitajien näkökulmaa mittaavaksi (ICS-nurse) ja sitä on käytetty muu muassa kahdessa käsittelemässämme tutkimuksessa. (Suhonen ym. 2010a; Suhonen ym. 2010b). Kolmesta empiirisestä aineistosta saatua tietoa on käytetty mittarin sisällön tutkimiseen ja siten rakennettu sitä päteväksi sekä saatu sisäisesti johdonmukainen mittari. Mittarin validiteettia on edistetty kolmella asiantuntija-analyysillä. Mittarin validiteettia on testattu uusintatestimenetelmällä (test–reset), sekä sisällön johdonmukaisuutta Cronbachin alfa-kertoimella ja osioanalyysillä. (Suhonen 2002: 37–38.) Mittarin sisällön luotettavuutta on tuettu sen kehittämisvaiheessa asiantuntija-arvioinnein. Asiantuntijoina ovat toimineet hoitajat, potilaat, hoitotieteen opiskelijat sekä tutkijat. (Suhonen ym. 2009: 149; Suhonen ym. 2010a: 1035.)

Yksilöllinen hoito (ICS-nurse) mittari on kaksiosainen, 34 Likert asteikollista (1 = täysin eri mieltä, 5 = täysin samaa mieltä) väittämää sisältävä kyselylomake. Osa A (ICS-A -nurse, 17 väittämää) mittaa hoitajien näkemystä potilaan yksilöllisyyden tukemisesta hoitotyön toiminnoin yleensä. Osassa B (ICS-B -nurse 17 väittämää) hoitajat arvioivat, miten yksilöllistä potilaan hoito on eli miten kysytyt asiat toteutuvat hoitajan toiminnan ansiosta.

Molemmat lomakkeet jakautuvat kolmeen summamuuttujaan: Potilaan kliininen tilanne (Clin A ja B, 14 väittämää). Kliinistä tilannetta kuvaavat väittämät sisältävät tietoa potilaan fyysisten sekä henkisten tarpeiden, kuten pelkojen ja huolien huomioinnista. Lisäksi väittämät sisältävät potilaan terveydentilan ja sairauden merkityksen ja niiden vaikutuksen huomioon ottamisen. Kliininen osio sisältää myös vastuun ottamisen mahdollistamisen omasta hoidosta. Väittämiä ovat muun muassa. "Keskustelen potilaiden kanssa heidän sairauteensa ja terveydentilaansa liittyvistä tuntemuksista", "Tunnistan potilaiden voinnissa tapahtuneet muutokset", "Annan potilaille mahdollisuuden ottaa vastuuta hoidostaan heidän voimavarojensa mukaan", "Otin huomioon heidän hoitoa vaativat tarpeet", "Otin huomioon heidän mahdolliset pelot ja huolet". "Otin huomioon sen mitä potilaan sairaus/terveydentila hänelle merkitsee". (Suhonen ym. 2010a: 187, 188; Suhonen 2002: 37–38.)

Henkilökohtainen elämäntilanne (Pers A ja B, 8 väittämää). Käsittää potilaiden päivittäisten toimintojen, tapojen ja tottumusten huomioinnin. Väittämät sisältävät myös perheen mahdollisuuden osallistua potilaan hoitoon sekä aikaisemmat sairaalakokemukset. Väittämiä ovat esimerkiksi. "Selvitän, millaista toimintaa kuuluu potilaiden jokapäiväiseen elämään sairaalan ulkopuolella", "Kysyn potilailta heidän aikaisemmista sairaalakokemuksista", "Otin huomioon heidän jokapäiväiset tottumuksensa sairaalahoidon aikana (esim. peseytymisen)", "Potilaiden perheet osallistuivat hoitoon potilaiden niin halutessa". (Suhonen ym. 2010a: 187,188; Suhonen 2002: 37–38.)

Päätöksenteon kontrolli (Dec A ja B, 12 väittämää) selvittävät, mahdollistavatko hoitajat potilaan itsemääräämisen esimerkiksi peseytymisaikojen suhteen. Antoivatko hoitajat riittävästi tietoa potilaille heidän sairaudestaan ja kuuntelivatko he potilaiden toiveita heidän hoidostaan. Väittämiä oli muun muassa "Ohjaan potilaita ja annan hoito-ohjeita kielellä, jota on helppo ymmärtää", "Kysyn potilailta mitä he haluavat tietää

sairaudestaan/terveydestään”, ”Kuuntelen potilaiden omia toiveita heidän hoitoonsa liittyvissä asioissa”, ”Potilaat ovat osallistuneet hoitoaan koskevaan päätöksentekoon”, ”Otin huomioon potilaiden esittämät mielipiteet hoidostaan”, ”Potilailla on ollut mahdollisuus valita peseytymisaikansa”. (Suhonen ym. 2010a: 187, 188; Suhonen 2002: 37–38.) Varsinaisen kyselylomakkeen lisäksi selvitimme erillisellä lomakkeella vastaajien taustatietoja ikää, koulutusta, työkokemusta hoitoalalla sekä työkokemusta nykyisellä osastolla.

#### 5.4 Aineiston analyysi

Tutkimusaineisto analysoitiin PASW Statistics 18-ohjelmaa apuna käyttäen keväällä 2011. Kyselylomakkeet numeroitiin ja aineisto siirrettiin tilastointiohjelman havaintomatriisiin. Aineiston koodauksen tarkistamiseksi ajoimme minimi- ja maksimiarvot muuttujille. Luokallisille muuttujille ajoimme suorat jakaumat (fr, %) ja jatkuville muuttujille ja summamuuttujille tunnusluvut (ka, sd). Vertailimme keskenään mittarin A- ja B osioiden summamuuttujia parittaisten otosten t-testillä (p-arvo). Hoitajien taustamuuttujien yhteyksiä suhteessa yksilöllisen hoidon summamuuttujiin emme tarkastelleet. Heikkilän (2001) mukaan luotettavien tulosten saamiseksi otoksen tulisi olla suurempi ja jokaisessa ryhmässä pitäisi olla ainakin 30 tilastoyksikköä (Heikkilä 2001: 45–46).

## 6 Tulokset

### 6.1 Taustatiedot

Tutkimukseen osallistui 30 hoitajaa. Vastausprosentti oli 68. Hoitajien keski-ikä oli 44,86 v. Nuorin vastaaja oli 25- ja vanhin 62- vuotias. Hoitajat jakautuivat eri ammattinimikkeiden mukaan seuraavasti: Perushoitajia 36,7 % (n=11), sairaanhoitajia, opistoaste 30 % (n=9), sairaanhoitajia, AMK 13,3 % (n=4), erikoissairaanhoitajia 10 % (n=3), lähihoitajia 10 % (n=3). Hoitajien työkokemus hoitotyössä oli keskimäärin 15,32 v. Työkokemus nykyisellä osastolla oli keskimäärin 6,30 v. (ks. taulukko 1.)

Taulukko 1. Vastajien taustatiedot (frekvenssit ja prosentit)

Taustatieto	f	%
<b>Ikä (n=29)</b>		
25-37 v	5	17,2
38-50 v	18	62,1
51-63 v	6	20,7
<b>Koulutus (n=30)</b>		
Perushoitaja	11	36,7
Sairaanhoitaja, opistoaste	9	30,0
Erikoissairaanhoitaja	3	10,0
Sairaanhoitaja (AMK)	4	13,3
Lähihoitaja	3	10,0
<b>Työkokemus hoitotyössä (n=29)</b>		
1-10 v	7	24,1
11-20 v	15	51,7
21-30 v	6	20,7
31-38 v	1	3,4
<b>Työkokemus nykyisellä osastolla (n=30)</b>		
alle 1 v	4	13,3
1-5 v	13	43,3
6-10 v	6	20,0
11-20 v	6	20,0
yli 20 v	1	3,3

## 6.2 Yksilöllisen hoidon toteutuminen

Hoitajat pitivät itselleen melko ominaisena toimintatapana hoitaa potilaita yksilöllisesti (ka 4,12). Arvioidessaan edellisessä työvuorossa toteutunutta yksilöllistä hoitoa (ka 3,38) he kuitenkin toteuttivat sitä hieman heikommin ( $p=0,062$ ). Hoitajat arvioivat tukeneensa yksilöllisen hoidon osa-alueista potilaan kliinistä tilannetta parhaiten (ka 4,42). Toiseksi parhaiten he arvioivat tukeneensa potilaiden päätöksenteon kontrollia (ka 4,07). Heikoiten he tukivat potilaita henkilökohtaisen elämäntilanteen osalta (ka 3,50).

### 6.2.1 Kliinisen tilanteen huomioiminen

Hoitajien arvioidessa miten he tukivat potilaan yksilöllisyyttä kliinisellä osa-alueella yleensä (Clin-A ka 4.43) ja miten he sitä toteuttivat edellisen työvuoron aikana (Clin-B ka 4.43), ero ei ollut tilastollisesti merkittävä ( $p = 0,806$ ). Hoitajat arvioivat tunnistavansa potilaiden voinnissa tapahtuneet muutokset kliiniseltä osa-alueelta parhaiten (ka 4.80). Toiseksi eniten hoitajat keskustelivat potilaiden kanssa heidän sairauteensa ja terveydentilaansa liittyvistä tuntemuksista (ka 4.62). Vähiten hoitajat arvioivat keskusteluvansa potilaiden kanssa siitä mitä sairaus/terveys heille merkitsee. (ka 3.97). Toteutuneessa hoidossa hoitajat ottivat parhaiten huomioon potilaiden hoitoa vaativat tarpeet (ka 4.80), hoitajat myös huomioivat työvuoronsa aikana hyvin potilaiden voinnissa tapahtuneet muutokset (ka 4.67). Heikoiten toteutui hoitajien toiminnan ansiosta potilaiden vastuunotto omasta hoidostaan voimavarojensa mukaisesti (ka 4.03).

Taulukko 2. Kliininen tilanne

	ICS-A	ICS-B	
	Ominainen toimintatapa	Toteutunut hoito	P-arvo
	Keski-arvo (SD)	Keski-arvo (SD)	
<b>Kliininen tilanne</b>	<b>4,43 (0,344)</b>	<b>4,43 (0,373)</b>	<b>0,806</b>
Sairauteen liittyvät tuntemukset	4,62 (0,677)	4,60 (0,498)	
Hoidon tarpeiden huomioiminen	4,55 (0,506)	4,80 (0,407)	
Vastuun oton mahdollistaminen	4,53 (0,507)	4,03 (0,928)	
Voinnin muutosten tunnistaminen	4,80 (0,407)	4,67 (0,547)	
Pelkojen/huolien huomioiminen	4,30 (0,794)	4,53 (0,629)	
Sairauden vaikutusten huomioiminen	4,23 (0,774)	4,31 (0,761)	
Sairauden merkityksen huomioiminen	3,97 (0,809)	4,10 (0,759)	

## 6.2.2 Henkilökohtaisen elämäntilanteen huomioiminen

Henkilökohtaisen elämäntilanteen osalta hoitajat arvioivat tukevansa potilaiden yksilöllisyyttä hieman paremmin (Pers-A ka 3.58) kuin toteuttivat sitä hoidossa (Pers-B ka 3.42), näiden välinen ero ei ollut tilastollisesti merkitsevä ( $p= 0,171$ ). Hoitajat arvioivat selvittävänsä parhaiten potilaiden jokapäiväisiä tottumuksia, esimerkiksi peseytymisaikoja (ka 4.03), lähes yhtä hyvin he selvittivät, millaista toimintaa kuului potilaiden jokapäiväiseen elämään (ka 3.90). Vähiten hoitajat pitivät itselleen ominaisena kysyä potilailta, halusivatko he, että heidän perheensä osallistuisi heidän hoitoonsa (ka 3.07).

Toteutuneessa hoidossa parhaiten henkilökohtaisen elämäntilanteen osalta hoitajat ottivat huomioon potilaiden jokapäiväiset tottumukset esimerkiksi peseytymisaikat (ka 3.83). Vaikka hoitajat olivat arvioineet tukevansa heikoiten potilaan perheen osallistumista hoitoonsa, kuitenkin hoitoa toteuttaessaan he mahdollistivat melko hyvin perheiden osallistumisen potilaiden hoitoon (ka 3.60). Toteutuneessa hoidossa vähiten hoitajat huomioivat potilaiden aikaisempia sairaalakokemuksia (ka 3.10).

Taulukko 3. Henkilökohtainen elämäntilanne

	ICS-A	ICS-B	
	Ominainen toimintatapa	Toteutunut hoito	P-arvo
	Keski-arvo (SD)	Keski-arvo (SD)	
<b>Henkilökohtainen elämäntilanne</b>	<b>3,58 (0,573)</b>	<b>3,42 (0,757)</b>	<b>0,171</b>
Jokapäiväisten toimintojen huomioiminen	3,90 (0,662)	3,17 (0,986)	
Aikaisempien sairaalakokemusten huomioiminen	3,33 (0,994)	3,10 (0,960)	
Jokapäiväisten tottumusten huomioiminen	4,03 (0,718)	3,83 (0,986)	
Perheen osallistumisen mahdollistaminen	3,07 (1,015)	3,60 (1,221)	

### 6.2.3 Päätöksenteon kontrolli

Hoitajat mahdollistivat potilaan itsemääräämisoikeuden hyvin tukiessaan potilaan yksilöllisyyttä (Dec-A ka 4.02) sekä toteuttivat sitä myös hyvin edellisen työvuoron aikana (Dec-B ka 4.08), näiden välillä ei ollut tilastollisesti merkittävää eroa ( $p= 0.708$ ). Erittäin hyvin hoitajat toteuttivat (ka 4.40) ja pitivät itselleen ominaisena (ka 4.53) toimintatapana ohjata potilaita ja antaa hoito-ohjeita, sekä varmistaa että potilaat ymmärsivät hoito-ohjeet oikein. Hoitajat huomioivat hoitoa toteuttaessaan (ka 4.40) sekä potilaan yksilöllisyyttä tukiessaan (ka 4.50) erittäin hyvin potilaiden esittämät toiveet heidän hoitoonsa liittyvissä asioissa. Hoitajat kokivat, etteivät he pitäneet kovinkaan ominaisena toimintatapana itselleen kysyä potilailta heidän sairaudestaan ja terveydentilastaan (ka 3.40). Hoitajat toteuttivat sitä kuitenkin paremmin työvuoronsa aikana (ka 3.73).

Taulukko 4. Päätöksenteon kontrolli

	ICS-A	ICS-B	
	Ominainen toimintatapa	Toteutunut hoito	
	Keski-arvo (SD)	Keski-arvo (SD)	P-arvo
<b>Päätöksenteon kontrolli</b>	<b>4,02 (0,452)</b>	<b>4,08 (0,590)</b>	<b>0,708</b>
Hoito-ohjeiden ohjaaminen/varmistaminen	4,53 (0,507)	4,40 (0,770)	
Sairaudesta kertominen	3,40 (0,814)	3,73 (0,944)	
Toiveiden huomioiminen	4,50 (0,630)	4,40 (0,814)	
Päätöksenteon mahdollistaminen	3,93 (0,785)	3,80 (0,887)	
Mielipiteiden huomioiminen hoidosta	4,23 (0,728)	4,27 (0,868)	
Peseytymisaikojen mahdollistaminen	3,57 (0,971)	3,79 (1,067)	

## 7 Pohdinta

### 7.1 Tulosten pohdinta ja kehittämishaasteet

Hoitajille tekemästämme tutkimuksesta voimme päätellä, että hoitajien mielestä potilaiden yksilöllinen hoito toteutui kaiken kaikkiaan hyvin Espoon sairaalan kahdella vuodeosastolla. Tutkimuksemme tulokset ovat samansuuntaisia kuin Suhosen (2008) ja (2009) hoitohenkilökunnalle tekemissä tutkimuksissa. Kaikissa kolmessa tutkimuksessa hoitajat arvioivat tukeneensa potilaiden yksilöllisyyttä yleensä hyvin, parhaiten potilaan kliinisen tilanteen osalta ja vähiten henkilökohtaisen elämäntilanteen osalta. (Suhonen ym. 2010b: 1037; Suhonen ym. 2010a: 184–194). Kun hoitajat arvioivat edellisen työvuoron aikana toteutunutta yksilöllistä hoitoa, parhaiten se oli toteutunut kliinisen tilanteen osalta ja heikoiten henkilökohtaisen elämäntilanteen osalta kaikissa tutkimuksissa. Sekä meidän että Suhosen tutkimuksissa hoitajat arvioivat tukeneensa hyvin potilaiden päätöksentekoa ja osallistumista hoitoonsa, nämä asiat olivat myös toteutuneet hyvin edellisen työvuoron aikana.

Tutkimuksessamme ei millään osa-alueella ollut merkittävää eroa siinä, miten itselleen ominaisena toimintatapana hoitajat pitivät yksilöllistä hoitoa kuvaavia toimintatapoja ja miten he arvioivat toteuttaneensa sitä edellisen työvuoron aikana. Myös Suhosen (2009) ja (2008) tekemissä tutkimuksissa hoitajat kokivat tukeneensa ja toteuttaneensa potilaiden hoitoa lähes samalla tavalla. (Suhonen ym. 2010a: 184–194.)

Meidän ja Ottelin ym. (2010) samalla osastolla, ICS-mittarilla potilaille tekemän tutkimuksen tulokset olivat jonkin verran eriävät. Hoitajat arvioivat yksilöllisen hoidon toteutuvan kaiken kaikkiaan paremmin kuin potilaat. Molemmissa tutkimuksessa parhaiten yksilöllinen hoito toteutui kliinisellä osa-alueella. Keskiarvot: hoitajat (ka 4,42), potilaat (ka 3,59), toiseksi parhaiten toteutui potilaan päätöksenteon kontrolli. Keskiarvot: hoitajat (ka 4,07), potilaat (ka 3,34). Kummassakin tutkimuksessa heikoiten toteutui potilaan henkilökohtaisen elämäntilanteen huomioiminen. Keskiarvot: hoitajat (ka 3,50), potilaat (ka 3,20). (Ottelin – Pulkka 2010: 12.)

Omassa tutkimuksessamme kliinisellä osa-alueella hoitajat arvioivat huomioivansa parhaiten potilaiden hoidontarpeet. Ottelin ym. (2010) potilaille tekemässä tutkimuksessa,



potilaat arvioivat sen toteutuneen myös hyvin. Hoitajat mielestään huomioivat hyvin potilaan sairauteen liittyvät tuntemukset, sekä pelot ja huolet. Potilaiden mielestä hoitajat eivät kuitenkaan hoitoa toteuttaessaan huomioineet riittävästi heidän pelkojaan ja huoliaan eivätkä sairauteen liittyviä tuntemuksia. Hoitajina meidän tulisi huomioida potilaiden pelot ja huolet sekä sairauteen liittyvät tuntemukset, näin toimimalla voimme parantaa heidän elämänlaatuaan ja edistää heidän toipumismahdollisuuksiaan. Henkilökohtaisen elämäntilanteen osalta sekä hoitajien että potilaiden arvioimana parhaiten oli huomioitu potilaan jokapäiväiset tottumukset, esimerkiksi peseytyminen. Perheen osallistumisen mahdollistaminen potilaan hoitoon oli toteutunut lähes samalla tavalla molemmissa tutkimuksissa. Kummassakin tutkimuksessa se toteutui paremmin kuin sen arvioitiin toteutuvan. Potilaiden mielestä hoitajat huomioivat heidän aikaisemmat sairaalakokemuksensa hieman paremmin kuin hoitajat itse arvioivat sitä tekevänsä. Sairaalan ulkopuolella tapahtuvia potilaan jokapäiväisiä toimintoja ei selvitetty riittävästi kummassakaan tutkimuksessa. Itsemääräämisen mahdollistamisen osiossa potilaiden mielestä hoitajat eivät antaneet riittävästi tietoa heidän sairaudestaan, myös hoitajat arvioivat sen toteutuneen heikoiten tällä osa-alueella. Voisiko tähän olla syynä se, että hoitajat perinteisesti ajattelevat tämän kuuluvan lääkäreille? Sekä hoitajien, että potilaiden mielestä molemmissa tutkimuksissa oli parhaiten toteutunut hoito-ohjeiden antaminen potilaille. (Ottelin – Pulkka 2010: 12–13.)

Hoitajille tekemästämme tutkimuksesta ilmeni, että potilaan hoito perustuu paljolti potilaan kliinisen tilanteen hoitamiseen ja tarkkailuun. Potilaan henkilökohtaisen elämäntilanteen huomioiminen toteutui tutkimuksessamme heikoiten. Hoitajat eivät pitäneet itselleen kovinkaan ominaisena tapana kysyä potilailta, haluaisivatko he perheidensä osallistuvan heidän hoitoonsa. Hoitajat eivät myöskään huomioineet riittävästi potilaiden aikaisempia sairaalakokemuksia eivätkä jokapäiväisiä toimintoja osastohoidon aikana. Tulevaisuudessa tulisi kiinnittää huomiota kokonaisvaltaisesti potilaan henkilökohtaisen elämäntilanteen huomioon ottamiseen sairaalahoidon aikana ja pyrkiä löytämään luontevia keinoja sen selvittämiseen. Suhosen (2003) mukaan potilaille tehdyissä tutkimuksissa on ilmennyt, ettei potilaan taustoja selvitetä riittävästi sairaalaan tulovaiheessa. Yksilöllisen hoidon toteuttaminen vaatii kuitenkin tietoa tekijöistä, jotka liittyvät potilaan henkilökohtaiseen elämäntilanteeseen. Taustojen selvittäminen korostuu etenkin vanhusväestön kohdalla, jolloin pohdittavana on myös turvallinen kotiutuminen. (Suhonen 2003: 3.) Taustojen selvittäminen olisi luontevaa tehdä tulovaiheessa esi-

merkiksi tulohaastattelun avulla. Potilaiden taustasta tulisi selvittää ainakin perhe, työ, elintavat, tottumukset ja jokapäiväinen toiminta.

Tulevaisuudessa neljännen sektorin osallistuminen potilaan hoitoon tulee lisääntymään ja sitä kautta omaisten osuus potilaan hoidossa tulee kasvamaan väistämättä. Omaisten hoitoon osallistumishalukkuutta olisi kysyttävä sekä potilaalta että omaisilta. Tämä olisi luontevinta tehdä esimerkiksi tulohaastattelun yhteydessä. Omaisille pitäisi antaa tietoa potilaan sairaudesta ja terveydentilasta, jotta he voisivat osallistua potilaan hoitoon. Omaisten tarvitsee myös ohjausta ja tukea hoitoon osallistumisessa. Omaisten osallistuminen ja vastuun jakaminen tuo myös taloudellista hyötyä. (Nuutinen – Raatikainen 2005: 133; Paunonen – Vehviläinen-Julkunen 1999: 14.)

Hoitotyössä yksilövastuun hoitotyön avulla on mahdollista parantaa potilaiden yksilöllistä hoitoa. Yksilövastuinen hoitotyö lisää myös hoitajien autonomiaa ja antaa työlle mielekkyyttä. Työn tekeminen on vähemmän tehtäväkeskeistä ja hoitaja joutuu ottamaan laaja-alaisesti vastuuta potilaan hoidosta. Laaksosen ym.(2005) mukaan omahoitaja huolehtii ensisijaisesti sovitusta, potilaan hoitoon liittyvistä tehtävistä koko hoitajakson ajan. Omahoitaja tekee tulovaiheessa potilaan ja hänen omaistensa kanssa hoitosuunnitelman ja huolehtii, että suunnitelma toteutuu ja on ajan tasalla. Omahoitaja tiedottaa myös muille työntekijöille hoitosuunnitelman tavoitteista. Yksilövastuisessa hoitotyössä korostuu hoitajan ja potilaan yhteinen päätöksenteko. (Laaksonen ym. 2005: 22–23.) Tutkimuksessamme ilmenikin hoitajien mahdollistavan hyvin potilaiden päätöksenteon heille kuuluvissa asioissa. Hoitajan on myös kyettävä aina arvioimaan potilaan ja omaisten mahdollisuudet tehdä päätöksiä.

## 7.2 Tutkimuksen eettisyys ja luotettavuus

Hyvä tieteellinen käytäntö edellyttää, että tutkijan toimintatapana on rehellisyys, yleinen huolellisuus ja tarkkuus, eettisesti kestävä tiedonhankinta-, tutkimus- ja arviointimenetelmät. Tutkimustulosten julkaisussa noudatetaan avoimuuden periaatetta. Muiden tutkijoiden työt ja saavutukset tulee ottaa asianmukaisesti huomioon. Tutkimus on suunniteltava, toteutettava ja raportoitava tieteelliselle tiedolle asetettujen vaatimusten mukaan. (Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2011.)

Tutkimuslupa tutkimukselle on myönnetty 19.1.2011. Tutkimus oli osallistujille vapaaehtoista, eikä se aiheuttanut ongelmia tutkittaville riippumatta siitä, osallistuivatko he kyselyyn vai eivät. Aineisto kerättiin kirjekuoressa olevan kyselylomakkeen avulla, jokaisessa kirjekuoressa oli mukana saatekirje ja palautuskuori. Saatekirjeessä tutkittaville kerrottiin tutkimuksen tarkoitus ja vastauksen käyttötapa. Lomakkeisiin vastattiin nimettöminä, joten vastaajien anonymiteetti säilyi. Suljetut kuoret palautettiin postitse koulumme kehittäjäopettajalle. Tutkimustulokset luovutettiin meille suljetuissa kirjekuorissa lokakuussa 2010. Saadut vastaukset ovat olleet vain meidän käytössämme ja niitä ei ole joutunut ulkopuolisten käsiin. Tutkimustuloksista ei ole tunnistettavissa yksittäisiä vastaajia. Myöskään yksittäiset osastot eivät ole tunnistettavissa tutkimustuloksista. Olemme raportoineet tutkimustulokset luotettavasti mitään niihin lisäämättä tai mitään niistä pois jättämättä. Omat mielipiteemme eivät ole vaikuttaneet tutkimusprosessiin ja tutkimuksessamme pyrittiin säilyttämään objektiivisuus. Tutkimuksesta saadut tulokset eivät ole meistä riippuvaisia, eikä meillä ole ollut mitään syytä tahallisesti tai tahattomasti vääristellä niitä. Olemme olleet tutkimusosastoihin yhteydessä vain tutkimukseen liittyvien käytännön asioiden puitteissa. Olemme hankkineet tietoa tutkimuksemme teoriaosuuteen aikaisempien tutkimusten ja kirjallisuuden avulla. Hankkiessamme aineistoa ja käyttäessämme niitä työssämme olemme ottaneet huomioon tekijöiden oikeudet ja merkinneet käyttämämme lähteet asianmukaisesti ja huolellisesti. Kerätty aineisto hävitetään hankkeen päätyttyä asianmukaisesti.

Tutkimuksen tulokset esitetään seminaarissa ja Liittyvä voima -hankkeeseen liittyvien opinnäytetöiden julkistamistilaisuudessa Puolarmetsän sairaalassa toukokuussa 2011. Olemme myös alustavasti sopineet tutkimusosastojen osastonhoitajien kanssa, että esittelemme työmme myös osastoilla esimerkiksi osastotuntien yhteydessä.

Heikkilän (2001) mukaan perusjoukon tarkka määrittely, edustavan otoksen saaminen ja korkea vastausprosentti edesauttavat validin tutkimuksen toteutumista. (Heikkilä 2001: 29.) Tutkimusaiheemme merkityksellisyyttä kuvaa se, että vastausprosentti oli 68. Hyvä vastausprosentti viittaa myös hyvään reliabiliteettiin. Vaikka tutkimuksen otos oli melko pieni, se edusti kuitenkin hyvin hoitohenkilöiden perusjoukkoa Espoon sairaalassa. Hoitotyöntekijöiden erilaiset koulutustaustat ja ammattinimikkeet olivat hyvin edustettuina aineistossa. Tutkimukseen osallistuneiden hoitajien työkokemus vaihteli ja mukana oli niin vasta-alkajia kuin kokeneitakin hoitajia. Tutkimuksesta saadut tulokset

ovat mielestämme luotettavia, mutta pienen otoksen vuoksi niitä ei voida yleistää, vaan ne ovat suuntaa-antavia. Palautetut lomakkeet oli huolellisesti täytetty, eikä niistä tarvinnut hylätä yhtään.

Heikkilän mukaan (2001) tutkimus on onnistunut, jos sen avulla saadaan vastauksia tutkimuskysymyksiin. Tarkastellessa mittarin validiteettia on keskeistä tarkastella, mitaako mittari todella sitä, mitä sen tulisi mitata. Tutkimuslomakkeen kysymysten tulisi mitata oikeita asioita yksiselitteisesti ja kattaa koko tutkimusongelma. Reliabiliteetilla tarkoitetaan tulosten tarkkuutta. Luotettavalta tutkimukselta vaaditaan toistettavuus samanlaisin tuloksin. (Heikkilä 2001: 29–30.)

Käytimme tutkimuksessaamme Riitta Suhosen kehittämää ”*Yksilöllinen hoito - hoitajan näkökulma -mittaria*” (ICS-nurse). Lupa mittarin käyttöön tähän tutkimukseen on saatu Riitta Suhoselta 9.2.2010. Saimme mittarin avulla vastaukset tutkimuskysymyksiimme, saamamme tutkimustulokset ovat toistettavissa. Mittaria oli käytetty aikaisemmin useissa kotimaisissa ja kansainvälisissä tutkimuksissa erilaisissa hoitotyön organisaatioissa. Tutkimuksen mukaan mittari on herkkä terveydenhuollon työympäristössä ja sitä voidaan käyttää arvioitaessa hoitajien käsityksiä yksilöllisestä hoidosta. (Suhonen ym. 2010a: 1035.)

Mittarin reliabiliteettia voidaan parantaa useilla erilaisilla toimenpiteillä. Reliabiliteetin parantamisessa ovat avuksi hyvät ohjeet, jotka neuvovat kyselyyn vastaajaa. Lisäksi tärkeää olisi minimoida kyselyn kohteesta johtuvat virhetekijät. Niitä voivat olla muun muassa väsymys, kiire, mittausaika, sekä kysymysten ymmärrettävyys ja paljous. (Paunonen – Vehviläinen – Julkunen 1998: 210.) Kaikkiin tutkimusaineistoihin liittyy aina virheen riski. Ihmisillä ei aina ole yhtäläistä käsitystä asioista, joita kysytään, mutta siitä huolimatta he aina yleensä valitsevat jonkin vastausvaihtoehdon. Kerätyn tiedon luonne on yhteydessä sen luotettavuuteen ja kaikkein luotettavinta tietoa saadaan kysyttäessä selviä tosiasioita. Sen sijaan kysyttäessä esimerkiksi asenteisiin liittyviä asioita saattaa seitsemän vastausta kymmenestä sisältää epätarkkuuksia. (Alkula ym. 1994: 121.)

Tutkimusosastojen hoitajia oli ohjeistettu täyttämään lomakkeet samana päivänä. Mietimme jälkeenpäin, olisimmeko saaneet erilaisia tuloksia jos lomakkeet olisi pyydetty

täyttämään muutaman päivän välein. Pohdimme myös oliko aineiston keruun ajankohdalla vaikutusta tutkimustuloksiin. Kyseessä oli lomakausi ja osastolla oli luultavasti tavallista enemmän sijaisia, mikä on saattanut kuormittaa vaikutusta henkilökuntaa ja sitä kautta aiheuttanut kiirettä ja saattanut vaikuttaa tutkimustulos.

### 7.3 Ammatillinen kasvu opinnäytetyöprosessissa

Aloitimme opinnäytetyön tekemisen elokuussa 2010. Saadessamme aiheen työhöemme emme tiedäneet siitä juuri mitään. Epäilimme aluksi omia valmiuksiamme toteuttaa näin vaativaa työtä. Määrällinen tutkimus ja sen analysoiminen sekä aiheen vieraus tuottivat aluksi lievää ahdistusta. Työn kokonaisuuden hahmottaminen oli vaikeaa ja epäselviä asioita oli alussa paljon, sekä itse aiheeseen että opinnäytetyöprosessiin liittyviä. Lähdimme liikkeelle selvittämällä aluksi, mihin hankkeeseen opinnäytetyömme liittyy. Opinnäytetyön tarkoitus ja aiheen jäsentäminen alkoi selkiytyä meille vähitellen. Varsinaisia tiedonhakuja tehdessämme huomasimme, että aihetta oli tutkittu aikaisemmin hoitajien näkökulmasta vähän. Melkein kaikissa tiedonhauissa törmäsimme Riitta Suhoseen. Suhonen ja kumppanit olivat kylläkin tehneet aiheesta useita tutkimuksia, sekä suomalaisia että kansainvälisiä. Suurin osa tutkimuksista oli kuitenkin tehty potilaille. Työn edetessä tutustuimme Riitta Suhosen kehittämään yksilöllisen hoidon teoriaan, joka myöhemmin ohjasi pitkälti opinnäytetyötämme. Teoriaan tutustuessamme opimme samalla ymmärtämään hoitotieteen teorianmuodostuksen eri vaiheet. Prosessinomainen kirjoittaminen oli haasteellista ja huomasimme, että omalle kirjoittamiselle voi tulla myös sokeaksi. Tähän saimme apua opinnäytetyöseminaareissa, luetuimme tekstiä myös ulkopuolisilla. Tutkimustulosten tulkinta ja mittarin monimuotoisuus asetti meille haasteita analysointivaiheessa. Analysointiin saimme kiitettävästi asiantuntevaa apua koulumme tietotekniikan opettajalta.

Nyt kun työmme on valmis, huomaamme, että olemme oppineet opinnäytetyöprosessin aikana paljon. Prosessiluonteinen tapa tehdä työtä, on opettanut kärsivällisyyttä ja sinnikkyyttä, sekä antanut luottamusta omaan kykyihinkin selvitä haastavista tehtävistä. Näiden ansiosta olemme kokeneet saavamme valmiuksia ottaa vastaan tulevaisuudessa myös haasteellisia tehtäviä. Uskallamme nyt astua oman mukavuusalueemme ulkopuolelle luottavaisin mielin. Olemme oppineet hahmottamaan kokonaisuuksia ja jäsentämään asioita, jotka tuntuivat aluksi vaikeilta. Tutkimusprosessi konkretisoitui työtä tehdessämme ja löysimme sen aikana omat vahvuutemme ja heikkoukset.

Ajankäyttö oli ajoittain haasteellista. Saimme kuitenkin sovitettua melko hyvin aikataulumme yhteen, ja työskentelymme oli tasapuolista.

Koimme työn oman oppimisemme sairaanhoitajan ammatillisuuden kannalta tärkeäksi ja opettavaiseksi. Työtä tehdessämme kohtasimme asioita, joita voimme myöhemmin tulevaisuudessa hyödyntää omassa työssämme. Yksilöllisen hoidon vaikutukset potilaan terveydentilaan olivat tutkimusten mukaan merkityksellisiä ja haluamme tulevaisuudessa kiinnittää hoidon yksilöllisyyteen enemmän huomiota. Koimme työmme tärkeäksi myös Liittyvä voima -hankkeen kannalta, joka voi myöhemmin hyödyntää työtämme ja parantaa potilaan hoidon yksilöllisyyttä kohdeorganisaatiossaan. Meille selkeni työelämän ja oppilaitoksen yhteistyön merkitys. Opimme työskennellessämme soveltamaan hoitotyön teoriaa käytäntöön. Mielenkiintoista oli verrata tutkimustamme potilaille tehtyyn vastaavanlaiseen tutkimukseen. Jäämme seuraamaan mielenkiinnolla, miten tutkimusosastot kehittyvät hankkeen edetessä ja miten uudet toimintamallit tukevat tulevaisuudessa yksilöllisen hoidon toteutumista. Tulemme perehtymään loppumittaukseen, joka tullaan tekemään hoitajille hankkeen loppuvaiheessa tutkimusosastoilla.

## Lähteet

- Alaspää, Ari – Kuisma, Markku – Rekola, Leena – Sillanpää, Kirsi 2003. Uusi ensihoidon käsikirja. Helsinki. Tammi.
- Alkula, Tapani – Pöntinen, Seppo – Ylöstalo, Pekka 1994. Sosiaalitutkimuksen kvantitatiiviset menetelmät. Porvoo WSOY.
- Espoo 2010. Espoon palvelut. Verkkodokumentti. <<http://www.espoo.fi/default.asp?path=1,28,11866>>. Luettu 20.12.2010.
- Espoon sosiaali- ja terveystoimi. Puolarmetsän sairaalan osasto 2D. Verkkodokumentti. <<http://www.google.fi/search?q=puolarmetsä+osasto+2d>>. Luettu 10.11.2011.
- Etene. Valtakunnallisen terveydenhuollon eettisen neuvottelukunnan (ETENE) raportti. Vanhuus ja hoidon etiikka. Verkkodokumentti. <<http://www.elisanet.fi/ametriini1/kuvat/Etene-vanhusraportti.pdf>>. Luettu 10.11.2010.
- Gustafsson, Marja-Liisa – Leino-Kilpi, Helena – Suhonen, Riitta 2009. Yksilöllistä hoitoa edistävät tekijät hoitohenkilöstön näkökulma. Tutkiva hoitotyö. 7 (4). 4–10.
- Heikkilä, Tarja 2001. Tilastollinen tutkimus. Helsinki. Edita.
- Hirsijärvi, Sirkka – Remes, Pirkko – Sajavaara, Paula 2006. Tutki ja kirjoita. Helsinki. Tammi.
- Jenkins, K – Lancaster, L – O’Donoghue, D – Carillo, F 2002. Improving the nurse-patient relationship: a multi-faceted approach. EDINA ARCA J. 2002 Jul-Sep; 28 (3): Verkkodokumentti. <<http://www.ncbi.nlm.nih.gov/pubmed/12371740>>. Luettu 9.11.2010
- Laaksonen, Hannele – Niskanen, Jouni – Ollila, Seija – Risku, Aija 2005. Lähijohtamisen perusteet terveydenhuollossa. Edita Prima. Helsinki.
- Lepola, Irja – Louet, Tuulikki – Aho, Ritva 2001. Aivokasvain potilaiden kuvaukset potilaana olemisesta ja hoidosta yliopistollisen keskussairaalan neurokirurgian klinikassa. Hoitotiede 13 (1). 3-10.
- Liittyvä Voima. Collaborative Intesity 2008–2011. Kumppanuusmalli työelämän ja korkeakoulun osaamistiivistäjä. Opinnäytetyötartonta. Opaslehtinen.
- Makkonen, Anne – Hupli, Maija – Suhonen, Riitta 2009. Potilaiden näkemys hoidon yksilöllisyydestä ajanvarauspoliklinikalla. Hoitotiede. 22 (2). 129-140.
- Metropolia. Tutkimus- ja kehitystoimintahankkeet. Liittyvä voima. Verkkodokumentti. <<http://www.metropolia.fi/tutkimus-ja-kehitystoiminta/hankkeet/liittyva-voima/>>. Luettu 28.9.2010.

Nuutinen, Hanna-Leena – Raatikainen, Ritva 2005. Omaisten osallistuminen hoitoon ja osallistumiseen saatu tuki vanhusten pitkäaikaisessa laitoshoidossa. *Hoitotiede* 17 (3) 131-143.

Paakki-Tiainen, Kaija 2007. Potilaan yksilöllinen hoito tehohoitotyössä. Pro Gradu. Turun yliopisto. Hoitotieteenlaitos.

Paunonen, Marita – Vehviläinen-Julkunen, Katri 1998. *Hoitotieteen tutkimusmetodiikka*. Juva. WSOY.

Paunonen, Marita – Vehviläinen-Julkunen, Katri 1999. Perhe hoitotyössä. Teoria tutkimus ja käytäntö. Helsinki. WSOY.

Ottelin, Milla – Pulkka, Mari 2010. Yksilöllinen hoito potilaan näkökulmasta osastohoidon aikana. Opinnäytetyö. Metropolia. Hoitotyön koulutusohjelma.

Suhonen, Riitta 2002. Individualised care from surgical patient's point of view. Developing and testing a model. *Annales universitatis Turkuensis D523*. Turun yliopisto. Painosalama Oy. Turku.

Suhonen, Riitta 2003. Potilaan yksilöllinen hoito. *Tutkiva hoitotyö* 1 (1). 10–15.

Suhonen, Riitta – Gustafsson, Marja-Liisa – Katajisto, Jouko – Välimäki, Maritta – Leino-Kilpi, Helena 2010a: Perceptions of individualized care. *Journal of advanced Nursing*. 66 (5). 1035–1038.

Suhonen, Riitta – Gustafsson, Marja-Liisa – Lamberg, Eija – Välimäki, Maritta – Katajisto, Jouko – Leino-Kilpi, Helena – 2010b. Yksilöllisen hoidon teoria – Ammatillinen hoitoympäristö ja sairaanhoitajan autonomia osana teoriaa. *Hoitotiede*. 22 (3). 184–193.

Suhonen, Riitta – Gustafsson, Marja-Liisa – Leino-Kilpi, Helena 2009. Organisaatiolähtöiset tekijät edistävät potilaan yksilöllistä hoitoa. *Premissi. Terveys- ja sosiaalialan johtamisen erikoisjulkaisu*. 4 (1). 28–31.

Suhonen, Riitta – Hupli, Maija – Välimäki, Marita – Leino-Kilpi, Helena 2009. Yksilöllinen hoito ja siihen yhteydessä olevat tekijät – esimerkki hoitotieteen teorianmuodostuksesta empiirisen tutkimuksen avulla. *Hoitotiede*. 21 (2). 143–156.

Suhonen, Riitta – Katajisto, Jouko – Välimäki, Maritta 1999. Yksilöllinen hoito potilaiden kokemana *Hoitotiede* 1999. 11 (5). 290.

Suhonen, Riitta – Leino-Kilpi, Helena 2010c. Yksilöllisyys hoitotyössä – edelleen ajankohtainen periaate. *Pro terveys* 38 (1) 12.

Suhonen, Riitta – Leino-Kilpi, Helena 2010a. Older orthopaedic patient's perceptions of individualised care: a comparative survey. Abstrakti. Wiley online library. Verkkodokumentti. <<http://onlinelibrary.wiley.com/doi/10.1111/j.17483743.2010.00243.x/abstract>>. Luettu 6.1.2011.



Suhonen, Riitta – Puro, Markku – Leino-Kilpi, Helena 2006. Yksilöllisyys terveydenhuollossa. Suomen lääkärilehti 61 (41). 4251–4253.

Suhonen, Riitta – Schimdt, Lee A. – Radwin, Laurel 2007. Measuring individualized nursing care; assessment of reability and validity of three scales. Journal of Advanced Nursing 59 (1). 77–85.

Suhonen, Riitta – Välimäki, Marita – Katajisto, Jouko – Leino-Kilpi, Helena. 2007. Provision of individualised care improves hospital patient outcomes: an exsplanatory model using LISREL. International Journal of NursingStudies.44. 197-207.

Tutkimuseettinen neuvottelukunta 2011. Tutkimuseetiikka. Verkkodokumentti. <<http://www.tenk.fi/JulkaisutjaOhjeet/index.htm>>. Luettu 28.3.2011.

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

## Tutkimuslupa



### TUTKIMUSLUPA

#### TUTKIMUSLUVAN MYÖNTÄMINEN

Espoon sosiaali- ja terveystoimen esikunta/Kehittämisyksikkö myöntää tutkimusluvan 19.1.2011 päivätyn tutkimuslupa-anomuksen mukaisesti.

Hakija: Sari Sihvo, Teija Backman-Sappinen

Aihe: Yksilöllinen hoito - hoitajan näkökulma

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 18.2.2011

A handwritten signature in blue ink, appearing to read "Eeva Honkanummi".

Eeva Honkanummi  
va. kehittämispäällikkö