

Isokangas Maria, Peltola Elina & Rakkolainen Pauliina
” En tiennyt mikä oli totta ja mikä harhaa ”
SAIRAAHOITAJAN OSAAMINEN TEHOHOIDOSSA
OLLEIDEN POTILAIDEN KOKEMANA

Opinnäytetyö
KESKI-POHJANMAAN AMMATTIKORKEAKOULU
Hoitotyön koulutusohjelma
Marraskuu 2010

TIIVISTELMÄ OPINNÄYTETYÖSTÄ

Yksikkö Sosiaali- ja terveysalan yksikkö	Aika Marraskuu 2010	Tekijät Maria Isokangas Elina Peltola Pauliina Rakkolainen
Koulutusohjelma Hoitotyön koulutusohjelma		
Työn nimi ”En tiennyt mikä oli totta ja mikä harhaa” Sairaanhoidajan osaamisalueet tehohoidossa olleiden potilaiden kokemana		
Työn ohjaaja Anita Hollanti	Sivumäärä 45+9	
Työn tarkastaja Annukka Klemola		
<p>Opinnäytetyömme lähtökohtana oli tehdä tutkimus potilaiden näkökulmasta. Opinnäytetyön tarkoituksena on kuvata tehohoitopotilaiden kokemuksia saamastaan hoidosta. Tavoitteena opinnäytetyössämme on saada kehittämis ehdotuksia potilaiden kokemusten kautta, mitä pystyisi hyödyntämään eri teho- ja valvontayksiköissä. Tutkimusongelmiksi asetimme sairaanhoidajan osaamisalueiden toteutumisen sekä tehohoidon kehittämisen. Osaamisalueista valitsimme eettisen osaamisen, vuorovaikutus taidot, lääkehoidon- ja kivunhoidon toteuttamisen, potilaan yksityisyyden ja turvallisuuden huomioimisen sekä yhteistyön omaisten kanssa, koska nämä osa-alueet korostuvat tehohoidossa.</p> <p>Opinnäytetyössämme oli määrällinen tutkimusmetodi. Kyselylomake koostuu sekä väittämistä että avoimista kysymyksistä, joiden avulla pyrimme tarkentamaan suljettuja kysymyksiä. Aineisto kerättiin kolmen kuukauden aikana maaliskuu-toukokuussa 2010. Kohderyhmänä toimivat 18- 69- vuotiaat, viimeisen kolmen vuoden sisällä tehohoidossa olleet potilaat. Kyselylomakkeeseen vastanneita oli 34. Vastaajat (N=34) tavoitimme internetin keskustelupalstojen ja eri puolilla Suomea toimivien yhdistysten avulla. Tutkimusaineiston analysointimenetelmänä käytimme Microsoft Word 2007 Excel-ohjelmaa, jolla laadimme taulukoita ja kaaviokuvia. Webropolista saimme peruseräraportin, josta ilmeni vastauksien prosenttiosuudet. Avoimia kysymyksiä emme ole analysoineet, vaan niiden avulla oli tarkoitus saada tukea väittämiin.</p> <p>Tutkimustuloksista kävi ilmi, että tehohoitoon oltiin pääosin tyytyväisiä. Tulosten perusteella eniten kehitettävää löytyi sairaanhoidajan vuorovaikutustaidoista sekä potilaan asioiden tiedottamisesta. Vastaajilta saimme kehittämis ehdotuksia, joita olivat esimerkiksi hoidon läpikäyminen sekä harhoista ja hallusinaatioista keskusteleminen.</p>		
Asiasanat: tehohoito, hoidon kehittäminen, sairaanhoidajan osaamisalueet		

ABSTRACT

Unit CENTRAL OSTROBOTHNIA UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES, Departmen of Health and social services, Kokkola	Date Marraskuu 2010	Authors Maria Isokangas Elina Peltola Pauliina Rakkolainen
Degree programme Degree programme of nursing, Registered nurse		
Name of thesis ”I didn’t know what was true or what was illusion” Patients Experiences of Nurse’s Competence in Intensive Care.		
Instructor Anita Hollanti	Pages 45+9	
Supervisor Annukka Klemola		
<p>The basis for our thesis was to do a research from the patients` point of view. The object of our thesis was to describe the experiences of intensive care patients about the treatment that they had received. The aims of the thesis are to obtain development proposals from patients` experience. Development proposals could be used in intensive care units. As the research problems we set the realization of nurses` area of expertise and the improvement of intensive care. From the areas of expertice we chose ethic expertice, interaction skills, realization of drug treatment and pain care, the consideration of safety and privacy of the patient and the cooperation with patients` relatives, because these areas are emphasized in intensive care.</p> <p>This thesis was using a quantitative research method. The questionnaire consists of statements and open questions, which we use to refine its closed questions. Data were collected during three months between March- May 2010. The target group was 18-69 years old patients, who had been in intensive care over the last three years. Respondents were 34. We found the respondents (C=34) from internet dicussion forums with the help of different organizations that were operating in different areas of Finland. We analyzed the results of our research material with charts and diagrams that we made using Microsoft Word 2007 Excel. We got a base report from Webropol which indicated the percentage of the answers. Open questions we did not analyze, because they were to support the statements.</p> <p>The research results indicated that for the most part patients were satisfied with the intensive care. Based on the results the area that could use the most improving is the nurses` interaction skills and the informing about the matters concerning the patient. The suggestions for improvement were for example discussions about the treatment and the delusions and hallucinations.</p>		
Key words: intensive care, development of care, nurse´s competense		

TIIVISTELMÄ
ABSTRACT

SISÄLLYS

1 JOHDANTO	1
2 SAIRAAHOITAJAN OSAAMINEN TEHOHOIDOSSA	3
2.1 Tehohoidon kuvaus	3
2.2 Sairaanhoidajan valtakunnalliset osaamisalueet	3
2.3 Sairaanhoidajan eettinen osaaminen tehohoidossa	4
2.4 Potilaan yksityisyyden huomioiminen tehohoidossa.....	7
2.5 Vuorovaikutus tehohoidossa	9
2.6 Turvallisen lääkehoidon toteuttaminen tehohoidossa	10
2.7 Kivun huomiointi ja hoitaminen tehohoidossa.....	12
2.8 Turvallisuuden ja omaisten huomiointi tehohoidossa	15
3 AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET.....	17
4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT.....	19
5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS	20
5.1 Opinnäytetyön toteuttaminen	20
5.2 Aineiston analysointi.....	21
5.3 Opinnäytetyön eettisyys.....	22
6 TUTKIMUSTULOKSET	23
6.1 Taustatiedot	23
6.1.1 Hoitoon tulokset ja kesto	24
6.2 Eettisyyden toteutuminen tehohoidossa	24
6.3 Turvallisuuden kokeminen tehohoidossa.....	26
6.4 Hengityskonehoito.....	27
6.5 Potilaan yksityisyyden kokeminen tehohoidossa	27
6.6 Sairaanhoidajan vuorovaikutustaidot potilaan kokemana.....	28
6.7 Kivun huomioiminen ja hoitaminen tehohoidossa.....	30
6.8 Potilaiden kokemuksia lääkehoidon toteuttamisesta	31
6.9 Omaisten huomioiminen teho-osastolla	33
7 TEHOHOIDON KEHITTÄMISEHDOTUKSET	34
8 POHDINTA	36
8.1 Tulosten tarkastelua.....	36
8.2 Tutkimuksen suoritus	38
8.3 Opinnäytetyön luotettavuus	39
8.4 Omat oppimiskokemukset.....	39
LÄHTEET	41

LIITTEET

1 JOHDANTO

Tehohoidossa potilaat ovat vakavasti ja yleensä myös akuutisti sairastuneita. Äkillinen sairastuminen ja sen vuoksi tehohoitoon joutuminen tulee yleensä yllätyksenä sekä potilaalle että omaisille. Potilaiden hoitaminen vaatii henkilökunnalta vahvaa ammattitaitoa sekä mukautumista nopeasti muuttuviin tilanteisiin. Teho-osastolla hoidetaan uhkaavia ja jo olemassa olevia elintoimintahäiriöitä ja potilasta tarkkaillaan ympäri vuorokauden. Tehohoidon tavoitteena on voittaa aikaa perussairauden hoitamiseksi sekä auttaa potilasta toipumaan vähintään entiseen elämänlaatuunsa. Nykyään hoitotyössä korostetaan potilaslähtöisyyttä ja hoitotyön kehittämisessä potilaat ovat parhaita asiantuntijoita.

Sairaanhoitajan tulee olla hoitotyön asiantuntija, ja hänen tulee täyttää ammattia koskevat osaamisvaatimukset. Hänen tulee toteuttaa terveyttä edistävää ja ylläpitävää hoitotyötä sekä kuntouttaa ja ehkäistä oireita ja sairauksia. Opetusministeriö on laatinut sairaanhoitajien osaamisvaatimukset, ja niiden pohjalta valitsimme eettisen osaamisen, vuorovaikutustaidot, lääke- ja kivunhoidon toteuttamisen, potilaan yksityisyyden ja turvallisuuden huomioon ottamisen sekä yhteistyön omaisten kanssa. Valitut osa-alueet ja niiden toteutuminen korostuvat tehohoidossa.

Opinnäytetyömme tarkoituksena oli kuvata potilaiden kokemuksia valituista sairaanhoitajan osaamisalueista. Tarkoituksena oli myös selvittää, mitä mieltä tehohoidossa olleet potilaat olivat saamastaan hoidosta ja miten sitä heidän mielestään tulisi kehittää. Potilaat ovat parhaita asiantuntijoita hoidon laatua tarkasteltaessa. Heiltä saadut mielipiteet ovat tärkeitä hoitotyön kehittämisessä. Tämän vuoksi opinnäytetyömme on tehty potilaslähtöisesti, ja tuloksilla pyrimme löytämään kehittämis ehdotuksia tehohoitoon.

Opinnäytetyössämme oli määrällinen tutkimusmetodi. Kyselylomake koostuu sekä väittämistä että avoimista kysymyksistä, joiden avulla pyrimme tarkentamaan suljettuja kysymyksiä. Aineisto kerättiin kolmen kuukauden aikana maaliskuu-toukokuussa 2010. Kohderyhmänä toimivat 18 - 69-vuotiaat, viimeisen kolmen vuoden sisällä tehohoidossa olleet potilaat. Kyselylomakkeeseen vastanneita oli 34.

Mielestämme opinnäytetyöstämme saatuja tuloksia voitaisiin hyödyntää käytännön hoitotyössä ja tuloksia voisi esittää esimerkiksi eri teho- ja valvontaosastoille. Yhdistyksille, joiden kanssa teimme yhteistyötä, lähetämme kopion opinnäytetyöstämme.

2 SAIRAANHOITAJAN OSAAMINEN TEHOHOIDOSSA

2.1 Tehohoidon kuvaus

Tehohoidossa oleva potilas on kriittisesti mutta ei toivottomasti sairas. Tehohoidossa potilas on jatkuvan tarkkailun alaisena, elintoimintoja valvotaan ja tarvittaessa ylläpidetään erilaisten erikoislaitteiden avulla. Hoitohenkilökunnalta vaaditaan laaja-alaista osaamista niin teknologian, potilaan kuin omaistenkin huomioon ottamiseen teho-osastolla. Heidän tulee hallita myös nopeat ja yllättävät käännteet potilasta hoidettaessa. Tehohoidon tulokset ovat hyviä vaikka potilas olisi ollut hengenvaarassa teho-osastolle tullessa tai hoidon aikana. Kuolleisuus tehohoidossa on keskimäärin noin 10 %:n luokkaa. (Kokko 2000, 9; Korhonen 2007, 3; Carlsson, Hietalahti & Paavola 2002, 2; Kuusela 2005, 1.)

Suomessa on noin 40 tehovalvontaosastoa, joissa hoidetaan noin 28 000 potilasta joka vuosi. Keskimääräinen hoitoaika on noin 3,4 vuorokautta ja kolmasosa potilaista tulee suunnitellusti leikkauksen jälkeen. Teho-osastolle tulevalla potilaalla on ohimenevä henkeä uhkaava tila, jota ei voida hoitaa muualla kuin teho-osastolla. Potilas valitaan tehohoitoon ainoastaan lääketieteellisin perustein, eli potilaalla on mahdollisuudet selviytyä sen hetkisestä tilastaan samankuntoiseksi kuin ennen sairastumista. Potilasta valittaessa huomioidaan myös potilaan perussairaudet sekä potilaan vointi ennen sairastumista. Yleisimpiä tehohoitoon johtavia syitä ovat mm. tapaturmat, äkilliset sairaudet sekä myrkytykset. (Takkunen 2006, 31; Takkunen & Pettilä 2003, 1161 - 1163; Heikkinen 2010, 8.)

2.2 Sairaanhoidajan valtakunnalliset osaamisalueet

Sairaanhoidajan tulee hallita ja tiedostaa sairaanhoidajan osaamisvaatimukset, jotka opetusministeriö on laatinut. Sairaanhoidajan tulee olla työssään hoitotyön asiantuntija, jonka tehtävänä on hoitaa potilaita yksilöllisesti erilaisissa hoitoympäristöissä. Hoitotyön arvot, ohjeet, eettiset periaatteet ja säädökset ohjaavat hänen toimintaansa. Hoitotyössä sairaanhoidajalla tulee olla eettinen ja ammatillinen päätöksentekotaito, ja hän on itse vastuussa ammattitaitonsa ja ammattinsa kehittamisestä. Sairaanhoidaja toimii itsenäisesti moniammatillisessa yhteisössä eri hoitotyön asiantuntijoiden kanssa. Hän myös toteuttaa määräyksiä sekä itsenäisesti että lääkärin kanssa. Sairaanhoidaja toteuttaa, johtaa ja arvioi hoitotyötä sekä vastaa hoitotyön laadusta ja sen kehittamisestä. (Opetusministeriö 2006, 63.)

Taulukko 1. Sairaanhoidajan osaamisvaatimukset. (Opetusministeriö 2006, 63 - 64.)

eettinen toiminta
yhteistyö
terveyden edistäminen
hoitotyön päätöksenteko
ohjaus ja opetus
kliininen hoitotyö
lääkehoito
tutkimus- ja kehittämistyö sekä johtaminen
monikulttuurinen hoitotyö
yhteiskunnallinen toiminta

2.3 Sairaanhoidajan eettinen osaaminen tehohoidossa

Eettisiä periaatteita ovat hyvän tekeminen, potilaan itsemääräämisoikeus, rehellisyys, luotettavuus ja oikeudenmukaisuus. Hoitotyössä eettinen peruslähtökohta on ihmisarvon ja oikeuksien kunnioittaminen ja puolustaminen. Ihmisarvon kunnioittamisen periaatteella tarkoitetaan hoidettavan oikeuksien, itsemääräämisoikeuden ja koskemattomuuden kunnioittamista. Sairaanhoidaja on velvollinen pyrkimään hyvään ja välttämään pahaa. Hyvän tekemisellä tarkoitetaan hoidettavan suojelemista ja huolenpitoa, oikeuksien puolustamista ja asioiden ajamista hänen parhaakseen. (Väisänen 2004,3, 22 - 23: Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 30.)

Eettisten ohjeiden tarkoituksena on tukea sairaanhoidajan päätöksentekoa hänen päivittäisessä työssään. Väestön terveyden edistäminen ja ylläpitäminen, sairauksien ehkäiseminen sekä kärsimysten lievittäminen kuuluvat sairaanhoidajan tehtäviin. Hän kohtaa ja hoitaa työssään erikäisiä ja eri elämäntilanteissa olevia ihmisiä. Työssänsä sairaanhoidaja pyrkii tukemaan ja lisäämään potilaiden voimavaroja ja parantamaan heidän elämänlaatua. (Väisänen 2004, 76 - 77.)

Sairaanhoidaja suojelee ihmiselämää, ja hänen tulee kohdata potilas arvokkaana sekä ottaa huomioon yksilön arvot, vakaumus ja tavat. Sairaanhoidaja mahdollistaa potilaan osallistumisen omaan hoitoonsa koskevaan päätöksentekoon iän ja terveydentilan mukaan. Potilaan tiedot ovat

luottamuksellisia, ja sairaanhoitajan tulee harkita, milloin keskustelea niistä muiden hoitoon osallistuvien kanssa. Potilaan ja sairaanhoitajan välinen hoitosuhde perustuu avoimeen vuorovaikutukseen ja luottamukseen. (Väisänen 2004, 77.)

Potilaan hoitoa koskevassa päätöksenteossa sairaanhoitajat tukevat toisiaan mutta vastaavat kuitenkin henkilökohtaisesti tekemästään hoitotyöstä. Lisäksi he tukevat toinen toistaan työssä jaksamisessa ja ammatillisessa kehittämisessä. Yhteistyö muiden ammattiryhmien kanssa on tärkeä osa sairaanhoitajan työtä. Sairaanhoitajan tehtävä on myös toimia yhdessä potilaiden omaisten ja läheisten kanssa sekä auttaa heidän osallistumistaan potilaan hoitoon. Omaiset haluavat keskustella läheisensä voinnista sekä ennusteesta yhdessä sairaanhoitajan kanssa. Kuunteleminen, läsnäolo ja ymmärtäminen ovat keskeisiä tuen antamisen muotoja potilaalle sekä omaisille. Sairaanhoitajan tulee valvoa potilaan etuja, ettei häntä kohtaan toimita epäeettisesti. Totuudellisuuteen liittyy rehellinen tiedon välittäminen potilaille ja omaisille, mutta tietoja voidaan antaa muille ainoastaan potilaan luvalla. (Väisänen 2004, 78; Lehto, Turunen & Laitinen-Junkkari 2000, 68; Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 238.)

Suomen tehohoitoyhdistyksen eettinen toimikunta asetti 1990-luvulla tehohoitoon soveltuvat eettiset ohjeet. Eettisiä periaatteita ovat elämän säilyttäminen, kärsimysten lievittäminen, lisähaittojen välttäminen, potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, totuudellisuuden, oikeudenmukaisuuden ja potilaan vajaan päätöksentekokyvyn huomioon ottaminen, kuolevan potilaan hoidosta luopuminen sekä turhan hoidon välttäminen. Elämän säilyttämisen periaatteella tarkoitetaan sitä, että potilaan elämän pelastamiseksi on käytettävä kaikki voimavarat, jotka tehohoito tarjoaa edellyttäen, että hoito on potilaan tahdon mukaista. Ensimmäiseksi on keskusteltava potilaan tai hänen omaistensa kanssa siitä, millä tavalla ja millä perusteilla elämä on säilyttämisen arvoista. Tilanteessa, jossa tämä ei ole mahdollista potilaan kriittisen voinnin vuoksi, eettinen komitea ohjeistaa asettumaan potilaan asemaan ja välttämään omaa subjektiivista arviota. (Blomster, Mäkelä, Ritmala-Kastrén, Säämänen & Varjus 2001, 76.)

Kärsimyksen lievittäminen sisältää fyysisen ja psyykkisen kärsimyksen lievittämisen. Fyysisiä kärsimyksiä ovat mm. kipu ja stressi, psyykkisiä kuoleman pelko, turvattomuuden tunne tai lähimmäisen menettämisen pelko. Kärsimysten lievittäminen on olennainen osa tehohoitoa. Omaisten hädän ja pelon lievittäminen ovat hoitohenkilökunnan eettisiä velvollisuuksia. (Blomster ym. 2001, 76; Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 238.)

Tehohoidossa olevan potilaan hoidon päämäärää on arvioitava jatkuvasti ja potilaan kannalta turhista hoidoista on luovuttava. Potilaan yksilöllisen tilanteen mukaan on arvioitava hoitojen hyötyä ja hyödyttömyyttä. Lääketieteellisesti perustelematonta tehohoitoa voidaan antaa lyhytkestoisesti omaisten toivomuksesta vain silloin, kun se on resurssien suhteen mahdollista. Tehohoitolääkärin vastuulle kuuluu kuitenkin sen lopettaminen, jos se estää hoidosta hyötyvän potilaan hoitoon pääsyn. (Nuutinen 2006, 74; Blomster ym. 2001, 78.)

Tärkein tehtävä on tukea sekä potilasta että hänen omaisiaan valmistautumisessa mahdolliseen kuolemaan. Hoito keskittyy oireiden lievittämiseen, ja hoidon teknisyyttä rajoitetaan. Hoidosta luopumisen päätös tulisi tehdä usean asiantuntijan yhteispäätöksellä luotettavuuden lisäämiseksi. Tällä kevennetään päätöksentekijöiden ja omaisten henkistä kuolemaa. Potilaan tilasta, tahdosta ja toiveista tulee keskustella potilaan kanssa mahdollisuuksien mukaan. Potilaan tilan muutoksista, etenkin huonontumisesta, on kerrottava mahdollisimman nopeasti potilaalle ja omaisille. Hoitolinjauksen muutokset tulee merkitä potilaan sairaskertomukseen. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 245; Blomster ym. 2001, 77.)

Potilaan itsemääräämisoikeutta tulee kunnioittaa tehohoitoa koskevissa päätöksissä. Hoidon aikana tai sairauden edetessä potilaalla on myös oikeus vaihtaa mielipidettä. Potilaalla on oikeus vaikuttaa hoidon rajoittamiseen edellytyksenä, että hän on tehnyt päätöksensä henkisesti itsenäisenä sekä ymmärtää päätöksensä vaikutukset. Vastaavasti epätoivoisessakin tilanteessa potilaan hoidon jatkamistoiveita on kunnioitettava. Potilaan omat päätökset eivät saa synnyttää ristiriitaa toisen tehohoitopaikkaa enemmän tarvitsevan potilaan oikeuksien suhteen. Itsemääräämisoikeus ei kuitenkaan teho-osastoilla välttämättä toteudu niin kuin potilaan tilan ja hoitojen puolesta olisi mahdollista. (Blomster ym. 2001, 76; Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 238.)

Oikeudenmukaisuuden periaatteella tarkoitetaan ihmisten kohtelemista samanarvoisesti: jokaisella on oikeus hoitoon pääsyyn ja perusteltuun hoitoon. Jokaisella ihmisellä on yhtäläinen oikeus tehohoitoon. Oikeudenmukaisuuden toteuttaminen voi kuitenkin vaikeutua voimavarojen vuoksi eli silloin, kun potilastarjonta ylittää käytössä olevat resurssit. Potilaalla on kaikesta huolimatta oikeus tulla siirretyksi erityishoitoon tilanteessa, jossa järjestely parantaa hänen mahdollisuuksiaan selviytyä. (Blomster ym. 2001, 77; Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 239.)

Potilaan arviointikykyyn vaikuttaa vaikea sairaus, tajunnan tason aleneminen ja erilaiset lääkehoidot, ja myös omaisilla voi olla eri näkemys tehohoidon tarpeellisuudesta. Tällöin on hoitohenkilökunnan meneteltävä oman parhaan ymmärryksensä mukaan. Jos ristiriitatilanteita sattuu, on henkilökunnan tehtävä päätökset potilaan parhaaksi eettisten periaatteiden mukaan ja vakuuttaa perustellen omaiset hoidon oikeudellisuudesta. Potilas ei välttämättä halua tai kykene osallistumaan hoitotyön päätöksentekoon, ja näin ollen hän luottaa hoitohenkilökunnan tekemiin päätöksiin. (Blomster ym. 2001, 77; Ritmala-Castrén, Simani & Eriksson 2005, 48.)

2.4 Potilaan yksityisyyden huomioiminen tehohoidossa

Yksityisyys on jokaisen ihmisen perusoikeus. Potilaan fyysisen, psyykkisen, emotionaalisen ja hengellisen hyvinvoinnin kunnioittaminen on tärkeää hoitotyössä. Potilaalle saattaa syntyä yksityisyyden menettämisen tunne sairaalassa tai eri hoitotoimenpiteiden yhteydessä. Yksityisyyden kokeminen on henkilökohtainen ja kulttuurisidonnainen asia. Jokaisella ihmisellä on erilaisia yksityisyyden tarpeita; esimerkiksi jotkut potilaat viihtyvät omassa rauhassa, kun taas jotkut kaipaavat jatkuvaa hoitajan läheisyyttä. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 146.)

Yksityisyyteen liittyy olennaisena osana potilaan oma intymiteettisuoja. Toiset potilaat voivat pitää oman ruumiinsa paljastamista kiusallisena ja yksityisyyden ”loukkaamisena”, toiset saattavat kokea sen luonnollisena osana hoitotyötä. Ennen hoitotoimenpiteen aloittamista tulee potilaalle kertoa, mitä tehdään. Hoitohenkilökunnan toiminta tulee olla potilaan yksityisyyttä kunnioittavaa. Suomen perustuslaissa (731/1999) 7§ käsitellään koskemattomuutta mm. seuraavasti: henkilökohtaiseen koskemattomuuteen ei saa puuttua eikä vapautta riistää mielivaltaisesti eikä ilman laissa säädettyä perustetta (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 146 - 147.)

Fyysisellä yksityisyydellä tarkoitetaan ihmisen fyysistä ja ruumiillista koskemattomuutta. Toisin sanoen toista ihmistä ei saa lähestyä tai koskettaa ilman hänen lupaansa. Jokaisella ihmisellä on henkilökohtainen tilansa, jota he säätelevät oman tahtonsa mukaan. Henkilökohtaisen tilan tarkoituksena on suojella ihmistä, pitää yllä turvallisuuden ja hallinnan tunnetta, suojella yksityiselämää ja auttaa ihmistä säilyttämään henkilökohtaisen koskemattomuutensa ja identiteettinsä. Sairaanhoidajat työskentelevät useimmiten henkilökohtaisen tilan sisäpuolella. Tämä voi loukata potilaan yksityisyyttä, ja tällä alueella työskenneltäessä tulee toimia

hienovaraisesti. (Kristoffersen, Nortvedt & Skaug 2006, 179 - 180; Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 147, 149.)

Ruumin osien paljastaminen voi henkilökunnalle olla itsestään selvä asia, mutta potilas voi tuntea sen äärimmäisen nöyryyttävänä. Fyysistä yksityisyyttä voivat loukata liian läheinen tai nopea lähestyminen sekä kehon intiimialueiden paljastaminen, esimerkiksi hygienian hoitoon liittyvissä tilanteissa. Potilas voi yleensä osoittaa kehon kielellä sallitut ja kielletyt asiat. Potilaat, jotka ovat sairaita tai apua tarvitsevia, eivät välttämättä voi viestittää kiellettyjä ja sallittuja asioita. Tehohoidossa tulee punnita hoitotoimenpiteiden hyötyjä ja haittoja. Esimerkiksi turhat vierasesineet ja tarpeettomat lääkkeet voivat loukata potilaan koskemattomuutta, mutta liian passiivinen tehohoito voi myös olla vahingollista. (Blomster ym. 2001, 76; Kristoffersen ym. 2006, 179 - 180; Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 147, 149.)

Psyykkisellä yksityisyydellä tarkoitetaan ihmisen henkistä koskemattomuutta. Jokaisella on oikeus päättää, kuinka paljon ja mitä asioita hän jakaa toisten ihmisten kanssa. Hoitohenkilökunnan kysymykset intimitettiin liittyvistä asioista saattavat loukata potilaan psyykkistä koskemattomuutta: esimerkkinä esihaastattelu, joka voi sisältää intiimejä kysymyksiä. Vaikka potilaasta intiimit kysymykset voivat tuntua epämiellyttäviltä, voivat ne hoidon kannalta olla erittäin tärkeitä. Tärkeän tiedon salaaminen voi pahimmassa tapauksessa johtaa potilaan ja henkilökunnan vaaraan, esimerkiksi jos tarttuvaa tautia sairastava potilas ei kerro sairaudestaan hoitohenkilökunnalle. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 150.)

Sosiaalisella yksityisyydellä tarkoitetaan, että jokaisella ihmisellä on oikeus päättää omasta sosiaalisesta verkostostaan. Hoitotyössä potilaan sosiaalinen yksityisyys voi näkyä siten että potilas haluaa tavata esimerkiksi omaisiaan sairaalan tiloissa muiden häiritsemättä. Toisinaan potilaat saattavat haluta olla omissa oloissaan ja vetäytyä ajoittain ihmiskontaktien ulkopuolelle. Sairaalaympäristössä sosiaalisen yksityisyyden puute näkyy siten, ettei potilaalla välttämättä ole mahdollisuutta omaan yksityiselämään, omaan rauhaan tai läheisten tapaamiseen. Hoitohenkilökunnan saapuminen potilashuoneeseen koputtamatta voi loukata potilaan sosiaalista yksityisyyttä. Sosiaalinen yksityisyys on myös kulttuurisidonnainen ja opittu asia. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 150 - 151)

2.5 Vuorovaikutus tehohoidossa

Vuorovaikutus määritellään ihmisten väliseksi tulkintaprosessiksi, jossa viestitetään tärkeitä asioita muille ihmisille, luodaan yhteyksiä toisiin ja vaikutetaan heihin sekä saadaan palautetta omasta toiminnasta. Vuorovaikutukseen vaikuttavat yksilölliset tekijät, tilanne ja ympäristö. Kommunikaatio on vähintään kahden henkilön välistä sanallista tai sanatonta viestintää, jonka tehtävänä on välittää tietoa. Kommunikaatio on myös yksi hoitajien keino auttaa potilaita sekä edistää heidän terveyttään. (Pöllänen 2006, 8 - 9; Baltzar 2007, 154.)

Vuorovaikutus voidaan jakaa verbaaliseen ja nonverbaaliseen kommunikaatioon. Verbaalisessa viestinnässä tarvitaan puheen tuottamiseen ja vastaanottamiseen tarpeelliset fysiologiset ja kognitiiviset mekanismit. Verbaalinen kommunikaatio on sanallista viestintää, jolla voidaan ilmaista ajatuksia ja tunteita. Verbaaliseen viestintään vaikuttavat ilmeet, eleet, äänensävy ja sen laatu sekä painotukset. Nonverbaalinen viestintä on sanatonta kommunikaatiota, joka ilmenee eleinä, kehon asentoina, kasvojen ilmeinä, katseina ja liikkeinä. Esimerkiksi katse on tehokas muoto nonverbaalisessa viestinnässä, koska sillä voidaan paljastaa kiinnostuneisuutta tai turhautumista. (Pöllänen 2006, 10 - 11.)

Hoitosuhde potilaan kanssa muodostuu erilaisista vuorovaikutustilanteista. Vuorovaikutus on oleellinen osa hoitotyötä. Onnistuneen hoitotyön yksi edellytys on, että vuorovaikutus toimii potilaan ja sairaanhoitajan välillä. Vuorovaikutustaidot ovat tärkeä osa sairaanhoitajan ammatillista osaamista. Hoitotyössä vuorovaikutus sitoo hoitosuhdetta. Myös kuuntelu on osa vuorovaikutusta. Kuuntelu ei tarkoita vaikenemista vaan avoimuutta eli toisin sanoen se on aktiivista kuuntelemista. Kuunteleminen ei tarkoita hiljaa istumista vaan aktiivista merkitysten ja ymmärryksen etsimistä. Sosiaalinen tuki jaetaan tiedolliseen, emotionaaliseen ja konkreettiseen tukeen. Nämä sisältävät huolenpitoa, empatiaa, välittämistä ja tiedon antamista potilaan voinnista. (Iivanainen, Jauhiainen & Pikkarainen 2001, 59; Pöllänen 2006, 23; Kristoffersen ym. 2006, 346 - 347; Coco 2005, 13 - 14.)

Tehohoidossa hoitaja ja potilas ovat jatkuvassa vuorovaikutuksessa toistensa kanssa. Heidän väliseen vuorovaikutukseensa kuuluu erilaisia viestintätapoja, ja vuorovaikutus voi olla joko sanallista tai sanatonta. Hoitaja ja hengityskonepotilas käyttävät erilaisia keinoja kommunikoidessaan. Keinoina ovat sanallinen viestintä, asian tai sanan arvaaminen potilaan

eleistä tai suun liikkeistä, paperin tai kynän tarjoaminen kirjoittamista varten, koskettaminen ja kuva- ja kirjaintaulujen käyttö. Kun potilas haluaa kiinnittää sairaanhoitajan huomion itseensä, voi hän koputella, naputella tai kolistella sängynlaitaan. Parhaimpia kommunikointikeinoja ovat yksinkertaiset ja helpot menetelmät, kuten pään nyökkäys tai pudistus vastauksena sairaanhoitajan kysymykseen. Kommunikoinnin sujumattomuus voi hermostuttaa ja tuskastuttaa sekä potilasta että hoitajaa. (Blomster ym. 2001, 58.)

Potilaan koskettaminen on tärkeä osa hoitotyötä. Hoitajan tulee ottaa huomioon, että jokainen potilas suhtautuu kosketukseen eri tavalla. Hoitajilla on myös oma tapansa koskettaa potilasta. Tärkein tekijä on, ettei kosketus tunnu kivuliaalta tai epämiellyttävältä. Instrumentaalinen kosketus on välttämätöntä kosketusta, jota tapahtuu fyysisiä elämisentoimintoja hoitaessa. Inhimillisellä kosketuksella puolestaan tarkoitetaan potilaan psyykkiseksi tukemiseksi suoritettavaa kosketusta. Kolmas kosketustapa on tekninen kosketus, missä kosketukseen ei liity ihmisten välistä kosketusta tai koskettaminen tapahtuu välineellä. (Blomster ym. 2001, 59.)

Teho-osastolla tapahtuva kosketus on enimmäkseen instrumentaalista kosketusta. Inhimillisen kosketuksen tilanteet ovat puolestaan yleensä lyhyitä ja myös riippuvaisia sairaanhoitajan persoonasta. Hoitotoimenpiteiden yhteydessä koskettaminen on luonnollista ja tulisi olla luontevaa. (Blomster ym. 2001, 59.)

2.6 Turvallisen lääkehoidon toteuttaminen tehohoidossa

Lääkehoito on merkittävä ja haasteellinen osa sairaanhoitajan työtä. Koska sairaanhoitaja suunnittelee ja toteuttaa lääkehoitoon liittyviä tehtäviä, tulee hänellä olla hyvä lääkehoidon tieto- ja taitoperusta. Lääkehoito on vaativaa, ja sen toteuttamiseen liittyy aina riski. Pienetkin virheet voivat aiheuttaa peruuttamattomia seurauksia niin potilaille kuin sairaanhoitajalle. Nykyään markkinoilla on uusia, tehokkaita ja toteutuksen kannalta vaativia lääkkeitä, minkä vuoksi lääkehoidon osaamiseen liittyvät vaatimukset ovat lisääntyneet. Lääkemääräyksen tekee lääkäri, mutta toteutuksesta vastaa yleensä sairaanhoitaja. Hän seuraa lääkehoidon vaikuttavuutta, huolehtii potilaan ohjaamisesta sekä lääkehoitoon sitoutumisen edistämisestä. (Sulosaari & Kinnunen 2010, 42.)

Lääkeaineen imeytymiseen vaikuttaa antotapa. Valittaessa antotapaa täytyy huomioida lääkehoidon tehokkuus ja turvallisuus, potilaan hoitomyöntyvyys sekä se kuinka nopeasti, kuinka kauan ja kuinka tasaisesti lääkkeen on vaikutettava. Samalla on myös huomioitava lääkeannoksen suuruus ja antoväli. Antotavat jaetaan kahteen osaan, enteraaliseen ja parenteraaliseen. Enteraalisella lääkkeenantotavalla tarkoitetaan lääkeaineen antamista ruoansulatuskanavaan suun (per. os.) tai peräaukon (per. rec.) kautta, kun taas parenteraalisella lääkkeenantotavalla tarkoitetaan ruoansulatuskanavan ulkopuolista lääkkeenantoa eli kaikkia muita antotapoja. (Nurminen 2004, 16; Iivanainen ym. 2001, 510 - 511.)

Lääkeaineiden imeytymiseen vaikuttaa antotapa eli se, onko lääke annettu enteraalisesti vai parenteraalisesti. Lääkeaineen imeytymisellä tarkoitetaan lääkeaineen siirtymistä antopaikasta verenkiertoon. Lääkeaine voi imeytyä mahalaukusta, ohutsuolesta, peräsuolesta, ihon läpi, ihon alta, limakalvoilta tai lihaksista. Suun kautta otettu lääkeaine kulkeutuu imeytymisen jälkeen porttilaskimon kautta maksaan, ennen kuin se pääsee verenkiertoon ja jakautumaan koko elimistöön. Koska maksa voi muuttaa osan lääkeaineesta tehottomaan muotoon, pääsee siitä vain pieni osa vaikutuspaikalle. Osa lääkeaineista metaboloituu (muuntuu) täydellisesti suun kautta otettaessa, jolloin käytetään parenteraalista antotapaa. (Kassara, Paloposki, Holmia, Murtonen, Lipponen, Ketola & Hietanen 2006, 313; Nurminen 2004a, 39, 49; Nurminen 2004b, 43.)

Sairaalahoidossa käytetään yleisesti laskimon sisäistä eli intravenoosista (i.v.) lääkkeen antotapaa. Tätä antotapaa käytetään, kun halutaan lääkeaineelle nopea vaste eli vaikutus, mutta toisaalta riskit ovat suurempia ja myös haittavaikutukset ovat nopeampia. Se voidaan antaa nopeana kerta-annoksena eli boluksena, jatkuvana infuusiona tai yhdestä muutamaan minuuttiin kestävästä injektiona eli stoossina. Annettaessa ja käsiteltäessä laskimonsisäisiä lääkkeitä tulee erityisesti ottaa huomioon huolellinen aseptiikka. Lääkeaineen antaminen lihaksen sisäisesti eli intramuskulaarisesti (i.m.) on usein helpompi antaa kuin laskimoon. Lihakseen annettavat injektiot voivat olla joko lyhyt- tai pitkävaikutteisia. Ihon alainen injektio eli subcutaaninen (s.c.) soveltuu pienten lääkemäärien antamiseen. Imeytyminen on riippuvainen pistoskohdan verenkierrosta. (Nurminen 2004b, 28 - 32; Ojala & Kaukkila 2008, 15 - 16.)

Potilaan tulisi olla sitoutunut omaan lääkehoitoonsa. Kun potilas saa ohjausta ja neuvontaa lääkehoitoonsa liittyvissä kysymyksissä, auttaa tämä häntä sitoutumaan lääkehoidon noudattamiseen. Ohjeistus ja neuvonta tulisi antaa sekä suullisesti että kirjallisesti. Samalla tulee

varmistaa, että potilas on ymmärtänyt annetut ohjeet. Lääkehoidon ohjaamisessa tulee käyttää selkokieltä ja antaa konkreettisia esimerkkejä. Esimerkiksi kun lääke tulee ottaa kahdesti päivässä, potilaalle kerrotaan, että lääke otetaan aamulla ja illalla. Potilaan tietoisuus lääkehoidostaan mahdollistaa hänen osallistumisensa lääkehoidon suunnitteluun, toteutukseen ja arviointiin. Potilaalla on oikeus tietää esimerkiksi lääkehoitoon liittyvistä muutoksista ja mahdollisista haittavaikutuksista. Haittavaikutuksista ja lääkehoidon vasteesta tulisi tiedottaa potilaalle lääkehoidon aloittamisen yhteydessä, jotta ne eivät tulisi yllätyksenä eikä potilas lopettaisi lääkkeen käyttöä. (Sosiaali- ja terveysministeriö 2006, 59; Hall 2007, 345.)

Teho-osastolla lääke- ja nestehoitoa annetaan yleisimmin laskimonsisäisesti, joko perifeerisen tai keskuslaskimokatetrin (cvk:n) kautta. Valintaan vaikuttaa se, mitä lääkettä annetaan, sekä lääkkeiden ja nesteiden antomäärät. Teho-osastoympäristössä lääkehoidon osaamisvaatimukset korostuvat kiireen ja kriittisessä tilassa olevan potilaan hoidon myötä. Lääkehoidon turvallista toteutusta lisää se, että hoitaja hoitaa pääsääntöisesti yhtä tai kahta potilasta vuoronsa aikana ja jakaa lääkevalmisteet potilaalle juuri ennen lääkkeen antoa. (Pelkonen 2009, 112 - 114.)

2.7 Kivun huomiointi ja hoitaminen tehohoidossa

Kipu on mikä tahansa sellainen kokemus, minkä henkilö määrittää kivuksi. Kansainvälinen kivuntutkimusyhdistys IASP (International Association for the Study of Pain) määrittelee kivun sensoriseksi tai emotionaaliseksi kokemukseksi, johon liittyy mahdollinen tai selvä kudosvaurio. Aikaisemmat kipukokemukset, kulttuuri, fyysiset, psyykkiset, sosiaaliset ja hengelliset tekijät vaikuttavat kivun tuntemiseen. Kokonaiskipu muodostuu psyykkisestä, fyysisestä, sosiaalisesta, kulttuurillisesta, hengellisestä ja yhteisöllisestä kivusta. Kun kudosvaurion aiheuttaja on ulkoinen tai elimistön sisäinen tekijä, puhutaan fyysisestä kivusta. Kudosvaurion syntyessä kipua välittävät aineet aktivoituvat ja aiheuttavat turvotusta sekä kipua kudosvaurioalueella. Tästä syntyvä hermoimpulssi siirtyy selkäyttimeen ja sieltä aivojen kipukeskukseen. (Sailo 2000, 30 - 31; Pudas-Tähkä & Salanterä 2007, 18.)

Psyykinen kipu on sielun kipua. Kaikkea sitä mikä pelottaa, ahdistaa, huolestuttaa ja aiheuttaa henkistä tuskaa. Esimerkiksi suru on psyykkistä kipua. Kulttuurisen kivun kokemukseen vaikuttavat kulttuurisidonnaiset tekijät. Sosiaalinen kipu on yhteisön luomaa kipua. Perhe-, kaveri- ja työyhteisön ulkopuolelle jääminen sairastumisen vuoksi voi aiheuttaa sosiaalista

kipua. Hengellinen kipu on jumalasuhteeseen liittyvää huolta ja ahdistusta. (Sailo 2000, 37; Pudas-Tähkä & Salanterä 2007, 18.)

Kipu jaotellaan yleisimmin akuuttiin ja krooniseen kipuun. Kipu voi perustua myös anatomiaan, kuten esimerkiksi pääkipu tai selkäkipu, ja se voidaan luokitella myös elinjärjestelmien mukaan, ruoansulatuselinten kipuun. Kipu voidaan lisäksi jaotella myös aiheuttajan mukaan, kuten esimerkiksi synnytyskipu, syöpäkipu ja leikkauskipu. Puhutaan myös somaattisesta ja viskeraalisesta kivusta. Somaattinen kipu käsittää esimerkiksi ihon, lihakset, luuston ja sidekudokset. Viskeraalinen kipu on sisäelimestä tulevaa kipua. (Sailo 2000, 36; Blomster ym. 2001, 102.)

Krooninen kipu on pitkäkestoista eli se on kestänyt yli kolmen kuukauden ajan tai yli normaalin kudosten paranemisen ajan. Se voi olla myös ajoittaista, mutta toistuvaa, kuten esimerkiksi migreeni. Kivulle kuitenkin ei välttämättä aina löydetä selittävää lääketieteellistä syytä. Akuutti kipu on lyhytkestoista kipua eikä jätä jälkeä keskushermostoon. Sen tarkoitus on myös varoittaa elimistöä uhkaavasta vaarasta, esimerkiksi kudosaivuriosta. Luonteeltaan se on yllätyksellistä ja useimmiten potilaalle mielekästä, koska kipu lievittyy ajallaan. Akuutti kipu liittyy usein kirurgiaan, traumaan tai akuuttiin sairauteen. Kiputuntemusta voi lisätä pelko, hätä ja tilanteen herättämä huoli omasta tai omaisten selviytymisestä. Akuutin kivun syy on yleensä tiedossa ja sen oletetaan lievittyvän ajallaan hoidon ollessa asianmukaista. (Huotari 2003; Sailo 2000, 34- 35; Pudas-Tähkä & Salanterä 2007, 18; Blomster ym. 2001, 102)

Tehohoitopotilailla kipua aiheuttavia tekijöitä voi olla runsaasti potilaan sairauden tai vamman mukaan, mutta myös tehohoito itsessään voi aiheuttaa kipua potilaalle. Potilaan tilaa seurataan jatkuvasti erilaisten noninvasiivisten- ja invasiivisten mittareiden avulla. Noninvasiivisia mittareita ovat esimerkiksi EKG:n, happisaturaation ja lämmön seuranta. Invasiivisesti voidaan mitata keuhkovaltimo- ja keskuslaskimopainetta sekä arteriakanyylin avulla saadaan jatkuva, reaaliaikainen verenpaine. Etenkin invasiivisten eli potilaan kehon sisällä olevien mittaustaitteiden asettaminen sekä pitäminen voivat aiheuttaa kipua. Potilaan tila voi vaatia intubointia sekä hengityskonehoitoa, etenkin hoidon alkuvaiheessa. Intubointiputki ja hengitysteiden liman imeminen voi aiheuttaa epämiellyttävää tunnetta tai kipua potilaalle. (Blomster ym. 2001, 102 - 103; Sailo 2000, 128 - 129; Pudas-Tähkä & Salanterä 2007, 18.)

Teho-osastolla sairaanhoitajan työnkuvaan kuuluu olennaisesti kivunhoito ja sen jatkuva arviointi. Koska teho-osasto on intensiivinen yksikkö, jossa potilaat ovat jatkuvassa seurannassa, on sairaanhoitaja potilaan vierellä paljon ja näin ollen voi seurata kipua ja sen vaihtelua tehokkaasti. Kivun arvioinnissa voidaan käyttää apuna myös omaisia, jotka voivat tulkita läheisensä käytöstä. Heiltä saadaan tietoa myös aikaisemmista potilaan kipukokemuksista ja lääkkeiden käytöstä. Sairaanhoitajalla tulee olla ajankohtaista tietoa ja taitoa kivunhoidon toteutukseen. Kivunhoito tulee toteuttaa yksilöllisesti potilaan tarpeen ja voinnin mukaan. Riittämättömällä kivunhoidolla aiheutetaan potilaalle tarpeetonta kärsimystä ja paraneminen hidastuu. Kivunhoidon kirjaaminen mahdollistaa arvioinnin ja riittävän kivunhoidon toteuttamisen. (Blomster ym. 2001, 103; Pudas-Tähkä & Salanterä 2007, 18 - 19.)

Kivunhoito koostuu arvioinnista, toteutuksesta ja uudelleen arvioinnista. Kipua voidaan arvioida erilaisten kipuasteikkojen avulla. Tunnetuin näistä on kipumittari eli Visual Analogue Scale = VAS. Tässä kipumittarissa janan vasen pää kuvaa tilannetta, jossa potilas on kivuton ja janan oikeassa päässä potilaan kipu on pahin mahdollinen. Janasta on erilaisia versioita, kuten punainen kipukiila, kasvoasteikko ja numeraalinen asteikko. Kipua voidaan kuvata myös sanallisesti, esim. lievä, voimakas tai sietämätön kipu. Potilaan tulee ymmärtää kivun arvioinnissa asteikko ja sen käyttö. Kipu on subjektiivinen kokemus ja tärkein kivun arvioija on potilas itse. Sairaanhoitajalla on vastuu asianmukaisen ja riittävän kivunhoidon toteuttamisesta. Tutkimusten mukaan potilaiden kipua lääkitään liian varovasti etenkin voimakkaan kivun kohdalla. Tehohoidossa olevan potilaan kivun arviointi on haasteellista, eikä siihen tule suhtautua vähätellen. (Blomster ym. 2001, 103 - 104, 107.)

Tehohoidossa oleva potilas ei kuitenkaan aina voi arvioida tai sanallisesti kuvata kipuaan, jolloin turvaudutaan sairaanhoitajan havainnointiin ja valvontalaitteiden antamaan informaatioon. Kipu voi näkyä tahdosta riippumattomina oireina, kuten pulssin, verenpaineen ja hengitystiheyden nousuna sekä pupillien koon muuttumisena. Tulee kuitenkin ottaa huomioon ja sulkea pois äkillinen vuoto, lääkkeiden aiheuttamat vaikutukset verenkiertoon sekä potilaan perussairaudet. Sedatoidun potilaan kivun merkkejä voivat olla esimerkiksi otsan rypistely, kyönelehtiminen, hikoilu ja lihasten jännitys. (Blomster ym. 2001, 104, 106; Blomqvist 2000, 131; Pudas-Tähkä & Salanterä 2007, 19.)

Kivunhoito jaetaan farmakologisiin ja ei-farmakologisiin menetelmiin. Farmakologinen kivunhoito perustuu opioidien, tulehduskipulääkkeiden ja puudutteiden käyttöön, kun taas ei-

farmakologiseen kivunhoitoon kuuluu kognitiivis-behavioraaliset (esimerkiksi rentoutumisharjoitukset) ja fysikaaliset kivunhoitomuodot (esimerkiksi kylmähoito). (Blomster ym. 2001, 104, 106.)

2.8 Turvallisuuden ja omaisten huomiointi tehohoidossa

Turvallisuuden tunne on subjektiivinen eli yksilöllinen kokemus. Siihen vaikuttavat hoitohenkilökunnan ystävällinen ja potilasta arvostava kohtelu sekä turvallisen ympäristön luominen. Turvallisuuden tunnetta lisää ohjaus, intymiteettisuojaus, ympäristön turvallisuus sekä kivun ja pelon lievittäminen. Näistä huolehtiminen on tärkeimpiä periaatteita hoitotyössä. Turvallisuuden tarve voidaan jakaa kolmeen osaan: ulkoisilta vaaroilta puolustautuminen ja suojautuminen, järjestyksen ja jatkuvuuden tarve sekä kolmantena henkiseen tasapainoon pyrkiminen. (Paananen 2000, 5; Niemelä 2000, 22; Leino-Kilpi 2009, 175.)

Aina ihminen ei itse kykene huolehtimaan turvallisuudestaan, esimerkiksi sairastuessaan, joten hoitohenkilökunnan tehtävänä on luoda potilaalle turvallinen ympäristö. Jotta ympäristö koettaisiin turvallisenä, vaikuttaa siihen potilaan ikä, tiedot, tunteet, kokemukset sekä odotukset. Teknologialaitteet, kuten esimerkiksi verenpaineen ja ekg:n seuranta, voivat joillakin potilailla lisätä pelon tunnetta, kun taas joidenkin mielestä se lisää turvallisuutta. Tämä kertoo siitä, kuinka yksilöllistä turvallisuuden kokeminen on. (Paananen 2000, 5 - 7.)

Omaiset ja läheiset kuuluvat olennaisena osana hoidon kokonaisuuteen. Yhteistyö heidän kanssaan on osa sairaanhoitajan työn kuvaa. Sairaanhoitajan ja omaisen ensikohtaaminen on merkittävä alku tulevalle yhteistyölle. Ensikohtaamisen onnistumisesta riippuu, syntyykö omaisen ja sairaanhoitajan välille luottamuksellinen suhde. Omaiset haluavat olla osana potilaan hoitoa, ja heistä on tärkeää, että he voivat luottaa hoitohenkilökuntaan. Yksilöllinen ja inhimillinen kohtelu suhteessa potilaisiin sekä omaisiin parantaa hoitotyön laatua. Omaiset tarkkailevat sairaanhoitajan suhtautumista potilaaseen hoidon aikana, mikä osaltaan lisää tai vähentää omaisten luottamusta sairaanhoitajaan. (Carlsson, ym. 2002, 13; Kuusela 2005, 13.)

Omaiset haluavat sairaanhoitajalta totuudenmukaista tietoa potilaan voinnista, mutta tiedon antamisessa tulee muistaa potilaan suostumus. Sairaanhoitaja helpottaa ja kannustaa omaisia

osallistumaan potilaan hoitoon sekä tukee ja kuuntelee heitä. Keskustelu sairaanhoitajan ja omaisten välillä on tärkein tukemisen muoto. Siinä omaisia rohkaistaan tuomaan ilmi myös omia tunteitaan ja mahdollisia pelkoja. Omaisten halutessa on heille annettava mahdollisuus keskustella lääkärin kanssa. Lääkäriltä omaiset voivat saada tietoa diagnooseista ja potilaan hoidon ennusteesta. Lääkäriltä ja sairaanhoitajalta saadun totuudenmukaisen tiedon pohjalta omaisilla on mahdollisuus osallistua potilaan hoitoa koskeviin päätöksiin ja niiden rajaamiseen, jos potilas ei siihen tilansa vuoksi voi itse vaikuttaa. Aina kuitenkin lääkäri ei ole tavoitettavissa, jolloin sairaanhoitaja on yhä suuremmissa roolissa välittämässä tietoja potilaan tilasta omaisille. (Carlsson, ym. 2002, 13 - 14; Potinkara 2004, 19.)

3 AIKAISEMMAT TUTKIMUKSET

Valitsemastamme aiheesta ei ollut tehty aiempaa tutkimusta Suomessa, sillä meidän työssämme ei potilaiden tulosityyttä hoitoon ole millään tavalla rajattu. Suurin osa aiemmin tehdyistä tutkimuksista liittyivät keskosten tehohoitoon. Tutkimuksesta selvisi, että keskosten kivunarviointi ja sen kirjaaminen olivat hoitajien mielestä riittämättömiä. (Pölkki, Pietilä & Vehviläinen-Julkunen 2009, 86.) Niskalan ja Tuomelan (2007) tutkimuksessa oli tutkittu avosydänleikattujen potilaiden saamaa psyykkistä tukea ja sen tarvetta. Tuloksista kävi ilmi, että potilaat saivat riittävästi tietoa ja tukea hoitajilta. Heidän mielestään turvallisuutta lisäsi mm. hoitajan jatkuva läsnäolo.

Korhosen (2007) tutkimuksessa oli tutkittu kirurgisten ja sisätautipotilaiden hoitamista potilaan näkökulmasta OYS:n teholla. Potilaiden kokemukset tehohoidosta olivat myönteisiä, epätodellisia ja epämiellyttäviä. Myönteisinä puolina kuvattiin turvallinen hoito ja hoitoympäristö sekä läheisten tuki ja läsnäolo. Epämiellyttäviä kokemuksia olivat mm. pelot, harha-aistimukset ja sekavuus. Toisessa samantyyppisessä tutkimuksessa paikkaa ei mainittu, mutta tuloksista selvisi, että potilaat olivat kokonaisuudessaan tyytyväisiä hoitoonsa ja pitivät hoitamisessa tärkeänä toipumisen tukemista. Keskeisiksi kehitettäviksi asioiksi nousivat kannustaminen, läsnäolo ja potilaan olon helpottaminen. (Kokko 2000.)

Yksi tutkimus oli tehty Keski-Pohjanmaan keskussairaalaan teho-osastolle, ja siinä tutkittiin omaisten kokemuksia saamastaan tuesta. Tutkimustulosten mukaan hoitajien omaisille antama tieto oli yhdenmukaista ja riittävää. Omaiset kokivat olonsa tervetulleiksi teho-osastolle ja heidän jaksamisestaan välitettiin. (Carlsson, Hietalahti & Paavola 2002.)

Maaliskuussa 2010 oli tehty opinnäytetyö potilaiden henkilökohtaisen tilan säilymisestä teho-osastolla. Tutkimuksesta kävi ilmi, etteivät potilaat ja omaiset olleet täysin tyytyväisiä yksityisyydensuojaan. (Koivisto & Lahtela 2010.) Yksilöllisen hoidon toteutumista on tutkittu myös potilaiden näkökulmasta ajanvarauspoliklinikalla. Hoito oli ollut heidän mielestään pääosin yksilöllistä. Potilaiden mielestä yksilöllisyyttä oli kuitenkin tuettu heikoimmin hoitotyön toimintojen avulla. (Makkonen, Hupli & Suhonen 2010.) Toisessa samantyyppisessä tutkimuksessa tutkittiin yksilöllistä hoitoa edistäviä tekijöitä hoitohenkilökunnan näkökulmasta. Tuloksista kävi ilmi, että tärkein yksittäinen tekijä oli hoitajan taito kuunnella potilasta. Potilaan

itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, tasa-arvoinen kohtelu sekä eettisten toimintatapojen noudattaminen olivat tekijöitä, jotka tutkimuksen perusteella edistivät potilaan yksilöllistä hoitoa. (Gustafsson, Leino-Kilpi & Suhonen 2009.)

Kuokkasen, Katajiston & Leino-Kilven (2010) tutkimuksessa tarkasteltiin eettisten ongelmien esiintyvyyttä sairaanhoitajien kokemana. Sairaanhoitajista lähes puolet koki eettisiä ongelmia vähiten muiden sairaanhoitajien kanssa. Tutkimuksesta ei kuitenkaan selvinnyt, mitä eettisiä ongelmia he kokivat.

4 OPINNÄYTETYÖN TARKOITUS JA TUTKIMUSONGELMAT

Opinnäytetyömme tarkoituksena on kuvata potilaiden kokemuksia seuraavista aihealueista: eettisyys, vuorovaikutus, lääkehoito, kivun hoito, turvallisuus, omaiset, yksityisyys ja hengityskonehoito. Kyselylomake on puolistrukturoitu kysely, ja siinä on lisäksi avoimia kysymyksiä, joilla on tarkoitus tukea suljettuja kysymyksiä. Avointen kysymysten avulla haimme tarkennuksia suljettuihin kysymyksiin. Opinnäytetyömme avulla halutaan löytää tehohoidon kehitettäviä alueita potilaiden näkökulmasta. Potilaiden kokemusten kautta tulevia kehittämisehdotuksia on tarkoitus voida hyödyntää tehohoidossa.

Tutkimusongelmat ovat:

1. Miten sairaanhoitajan osaamisalueet toteutuvat tehohoidossa potilaan kokemana?
2. Miten tehohoidossa olleet potilaat kehittäisivät tehohoitoa?

5 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

5.1 Opinnäytetyön toteuttaminen

Opinnäytetyömme oli alun perin kvantitatiivinen eli määrällinen. Kyselylomakkeessamme (LIITE 1) oli vain suljettuja kysymyksiä, mutta myöhemmin halusimme tarkentaa väittämiä avointen kysymysten avulla. Tämä lisää tutkimuksen luotettavuutta ja antaa vahvistusta tutkimustulokselle. Määrällisessä tutkimusotoksessa tulokset ovat numeerisia, ja ne analysoidaan tilastollisin menetelmin. Määrällisen tutkimuksen hyvänä puolena on, että sitä pystytään helposti ja nopeasti analysoimaan. Laadullisella tutkimuksella pyritään ymmärtämään ilmiötä. Menetelminä voidaan käyttää haastattelua, havainnointia sekä tekstianalyysia. Yhdessä käytettynä nämä tutkimusmenetelmät täydentävät toisiaan. (Kananen 2008, 10 - 11, 84.)

Aineisto kerättiin kolmen kuukauden aikana maaliskuu-toukokuussa 2010. Kohderyhmänä toimivat 18 - 69-vuotiaat, viimeisen kolmen vuoden sisällä tehohoidossa olleet potilaat. Kyselylomakkeeseen vastanneita oli 34. Vastausprosenttia emme pysty määrittämään, koska emme tiedä, kuinka moni oli internetissä nähnyt ilmoituksen tai kuinka monelle jäsenelle yhdistykset olivat tiedon kyselystämme lähettäneet.

Kyselylomakkeen laadimme viitekehyksen pohjalta. Kyselylomakkeessamme taustatiedoista kartoitimme sukupuolen, iän, hoitoon tulossyyntä sekä tehohoidon keston. Väittämät koostuivat eri aihealueista, jotka liittyivät sairaanhoitajan osaamisalueisiin. Jokaisen aihealueen jälkeen oli avoin kysymys, jonka avulla tarkennettiin aiheeseen liittyviä väittämiä. Kohdassa viisi (5) väittämät liittyivät sairaanhoitajan eettiseen osaamiseen. Kohta seitsemän (7) käsittelee turvallisuutta. Kohdat yhdeksän (9) ja kymmenen (10) koskivat hengityskonehoitoa. Kohdassa 11 väittämät liittyivät yksityisyyteen (intimiteettisuojaan). Kohta 12 käsitteli sairaanhoitajan ja potilaan välistä vuorovaikutusta. Kohdassa 14 väittämät liittyivät kivunhoitoon. Kohdassa 16 selvitimme potilaiden kokemuksia lääkehoidosta. Kohdassa 18 väittämät liittyivät omaisiin ja niiden huomioimiseen. Edellä mainittuihin aihealueisiin vastausvaihtoehdot olivat täysin samaa mieltä, osittain samaa mieltä, osittain eri mieltä sekä täysin eri mieltä. Vastausvaihtoehtoa ”en osaa sanoa” emme halunneet kyselylomakkeeseen,

koska se ei mielestämme ole informatiivinen. Kohdassa 20 kysyimme potilaiden mielipidettä tehohoidon kehittämiseen.

Kyselylomake laadittiin sähköisesti webropol-ohjelman avulla. Webropol on kysely- ja tiedonkeruusovellus, joka toimii internetin välityksellä. Laitoimme ilmoituksen (LIITE 2) opinnäytetyöstämme internetin keskustelupalstoille (hippokampus, munuais- ja maksasiirrokkait sekä suomi24:n terveystalsta) ja hankimme erillisen sähköpostin vastaajia varten. Ilmoituksen avulla halusimme tavoittaa mahdollisimman monia vastaajia. Ilmoituksessa pyysimme lukijaa tai lukijan tehohoidossa ollutta tuttavaa ottamaan meihin yhteyttä sähköpostin kautta, jotta tieto kyselystämme tavoittaisi mahdollisimman laajan kohderyhmän. Asiasta kiinnostuneet ottivat yhteyttä meihin sähköpostitse, jolloin lähetimme heille linkin kyselylomakkeeseen. Koska keskustelupalstojen kautta saatu otos oli vain yhdeksän, päädyimme siinä vaiheessa ottamaan lisäksi yhteyttä eri yhdistyksiin. Valikoimme yhdistykset yhdistysrekisterin kautta. Valitsemamme yhdistykset toimivat eri puolilta Suomea, joista osa oli paikallisia ja osa valtakunnallisia järjestöjä (sydänyhdistykset, hengitysliitto, syöpäyhdistykset sekä erilaisten elinsiirtopotilaiden yhdistykset).

Aluksi pohdimme tehohoitoon tulon syitä ja tämän pohjalta valikoimme yhdistykset, joissa mahdollisesti olisi tehohoidossa olleita jäseniä. Olimme yhteydessä puhelimitse yhdistyksiin. Vastaanotto oli vaihtelevaa, ja osa yhdistyksistä oli valmiita auttamaan, joten heille lähetimme sähköpostitse tutkimussuunnitelmamme sekä linkin kyselylomakkeeseen. Yhdistykset välittivät tietoa opinnäytetyöstämme jäsenilleen, joista halukkaat vastasivat vapaaehtoisesti kyselyymme. Yhdistysten toimihenkilöt välittivät tietoa kyselystämme niin postilla kuin sähköpostillakin saatekirjeen kera (LIITE 3).

5.2 Aineiston analysointi

Tutkimusaineiston analysointimenetelmänä käytimme Microsoft Word 2007 Excel -ohjelmaa, jonka avulla laadimme taulukoita ja kaaviokuvia. Webropolista saimme perusraportin, josta ilmeni vastauksien prosentiosuuksia. Tuloksia esitimme sekä prosentti- että

frekvenssijakaumina. Avoimia kysymyksiä ei ole erikseen analysoitu, koska ne olivat tarkoitettu tukemaan suljettuja kysymyksiä.

5.3 Opinnäytetyön eettisyys

Opinnäytetyötä tehdessä on otettava huomioon seuraavat eettiset periaatteet: toisten tekstiä ei plagioida, myöskään itseään ja omia tutkimuksiaan ei saa plagioida, tuloksia ei yleistetä eikä sepitetä tai kaunistella, raportointi ei saa olla harhaanjohtavaa tai puutteellista eikä muiden tutkijoiden osuutta ei vähätellä. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 26 - 27.)

Potilaiden anonymiteetin vuoksi halusimme tehdä tutkimuksen yleisesti tehohoidossa olleille potilaille emmekä tietyn osaston potilaille. Valtakunnallisesti toteutettu kysely turvaa vastaajan anonymiteetin. Kun kysely toteutetaan internetissä, potilaiden anonymiteetti säilyy ja vastaaja pystyy avoimemmin kertomaan oman mielipiteensä. Tässä tapauksessa luotettavuutta voi heikentää se, että emme tiedä varmuudella, onko vastaaja ollut koskaan tehohoidossa, koska emme tee kyselyä minkään tietyn teho-osaston kanssa. Laadittujen kysymysten avulla pyrimme selvittämään, että vastaaja on ollut tehohoidossa.

Lisätäksemme tutkimuksen luotettavuutta esitetasimme kyselylomakkeen 15:lla sairaanhoitajaopiskelijalla. Tällä varmistetaan, että lomake on toimiva ja kysymykset ovat ymmärrettäviä. Esitestauksen perusteella emme kokeneet tarpeelliseksi muuttaa alkuperäistä kyselylomaketta.

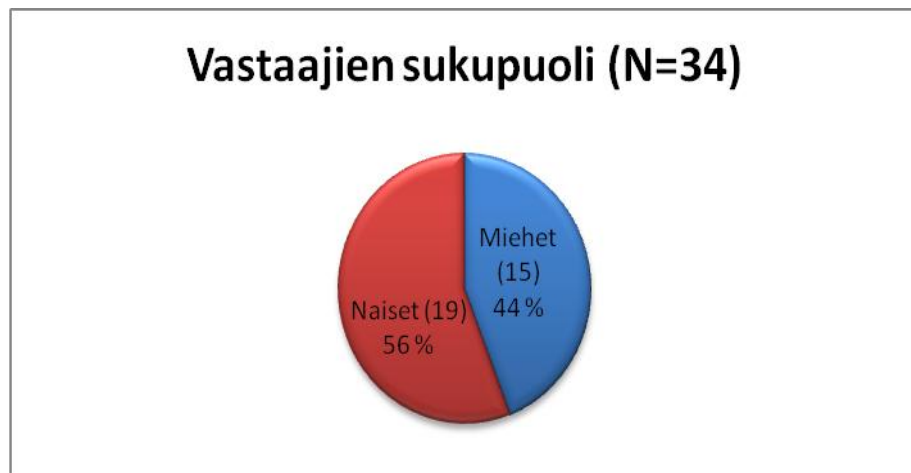
Emme ole olleet missään vaiheessa tekemisissä yhdistysten kautta tulleiden vastaajien kanssa, sillä yhdyshenkilö välitti tiedon kyselystämme ja vastaaminen siihen oli vapaaehtoista. Väistämättä sähköpostitse yhteyttä ottaneiden nimet tulivat tietoomme lähettäjän sähköpostiosoitteen myötä, mutta näitä nimiä emme pysty yhdistämään vastauslomakkeisiin. Vastaajien anonymiteetin säilyttämisen ja luotettavuuden lisäämisen vuoksi emme halunneet mainita opinnäytetyössämme yhdistysten nimiä, sillä niistä osa oli pieniä paikallisyhdistyksiä. Vastauslomakkeet ja sähköpostit tuhosimme asianmukaisesti analysoinnin jälkeen.

6 TUTKIMUSTULOKSET

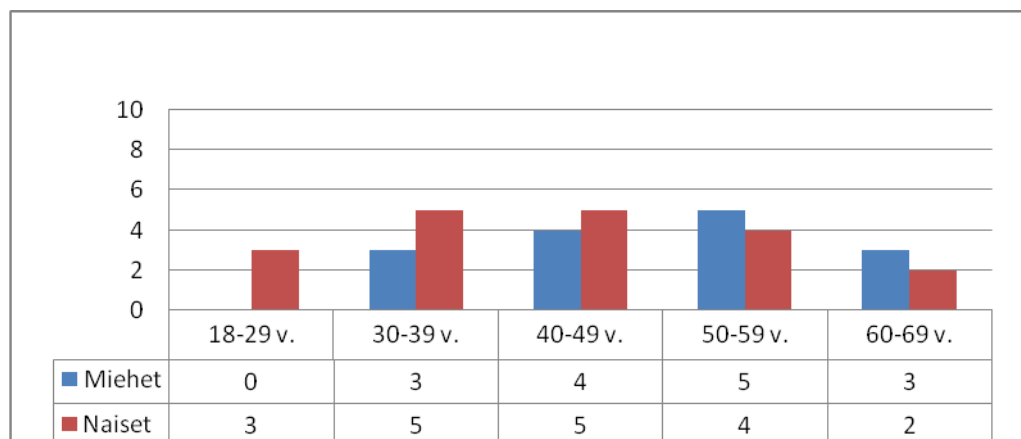
6.1 Taustatiedot

Kyselyymme vastasi 34 tehohoidossa ollutta henkilöä (N=34). Vastaajista naisia oli 19 (56 %) ja miehiä 15 (44 %) (kaavio 1.) Iältään vastaajat olivat 18- 69 -vuotiaita (kaavio 2).

KAAVIO 1. Vastaajien sukupuoli



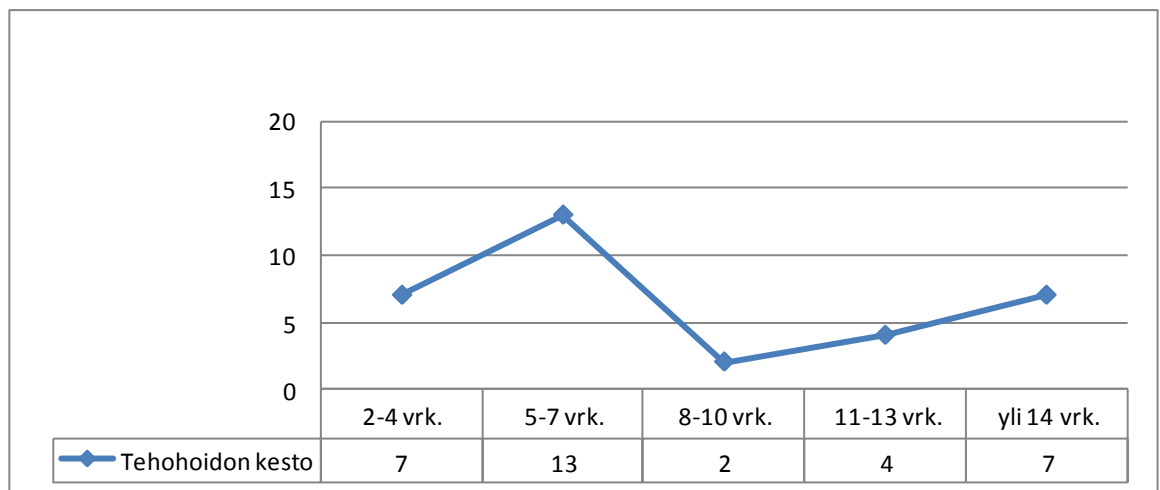
KAAVIO 2. Ikä- ja sukupuolijakauma



6.1.1 Hoitoon tulosityt ja kesto

Vastaajistamme suurin osa oli ollut tehohoidossa erilaisten elinsiirtojen vuoksi eli he olivat ns. siirrokkaita. Muita syitä olivat esimerkiksi sydänperäiset syyt ja toimenpiteet, kuten rytmihäiriöt, pallolaajennukset ja ohitusleikkaukset, infektiot, kuten sepsis ja pneumonia, onnettomuudesta johtuvat traumaperäiset syyt, aivoverenkiertohäiriö sekä synnytyksen jälkeinen komplikaatio. Yksi vastaajista ei ollut kertonut hoitoon tulosityttä. Keskimääräinen hoitoaika oli 5 -7 vuorokautta. Yksi (1) vastaajista ei ollut ilmoittanut hoitonsa kestoa (kaavio 3).

KAAVIO 3. Tehohoidon kesto



6.2 Eettisyyden toteutuminen tehohoidossa

Vastaajat olivat pääasiassa tyytyväisiä sairaanhoitajan eettiseen osaamiseen ja toimintaan. Kuitenkin väittämässä ”Sain riittävästi tietoa omasta tilastani” suurin osa vastaajista oli osittain eri mieltä, eli he eivät olleet täysin tyytyväisiä saamaansa tiedonmäärään. Läheskään kaikki (23,5 %) vastaajat eivät olleet saaneet riittävästi tietoa eri hoitovaihtoehdoista. Vastaajista vain 23,5 % oli saanut esittää toivomuksia hoidostaan ja vain 8,8 % oli sitä mieltä että he olivat saaneet osallistua hoitoonsa koskeviin päätöksiin. Suuri osa (79,4 %) oli sitä mieltä, että sairaanhoitajat olivat ammattitaitoisia, ja 76,5 % vastaajista tunsu, että heitä oli kohdeltu yksilöllisesti.

TAULUKKO 1. Potilaiden kokemuksia sairaanhoitajan eettisestä osaamisesta

	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä	Yhteensä
Minua hoitava hoitaja esitteli itsensä	58,8 % (N=20)	26,5 % (N=9)	5,9 % (N=2)	5,9 % (N=2)	97 % (N=33)
Sain esittää toivomuksia hoitooni liittyvissä asioissa	23,5 % (N=8)	44,1 % (N=15)	14,7 % (N=5)	11,8 % (N=4)	94,1 % (N=32)
Hoitajat huomioivat toiveeni	47,1 % (N=16)	44,1 % (N=15)	5,9 % (N=2)	2,9 % (N=1)	100 % (N=34)
Minua kohdeltiin yksilöllisesti	76,5 % (N=26)	11,8 % (N=4)	8,8 % (N=3)	2,9 % (N=1)	100 % (N=34)
Minulle tarjottiin apua	73,5 % (N=25)	14,7 % (N=5)	8,8 % (N=3)	8,8 % (N=3)	97 % (N=33)
Sain riittävästi tietoa omasta tilastani	32,4 % (N=11)	20,6 % (N=7)	38,2 % (N=13)	2,9 % (N=1)	94,1 % (N=32)
Sain tietoa eri hoitovaihtoehtoista	29,4 % (N=10)	20,6 % (N=7)	17,6 % (N= 6)	23,5 % (N=8)	91,1 % (N=31)
Sain apua aina kun sitä tarvitsin	64,7 % (N=22)	23,5 % (N=8)	11,8 % (N=4)	0 % (N=0)	100 % (N=34)
Koin sairaanhoitajien olevan ammattitaitoisia	79,4 % (N=27)	20,6 % (N=7)	0 % (N=0)	0 % (N=0)	100 % (N=34)
Sain apua aina kun sitä pyysin	52,9 % (N=18)	38,2 % (N=13)	5,9 % (N=2)	0% (N=0)	97% (N= 33)
Minulle annettiin mahdollisuus osallistua hoitooni koskeviin päätöksiin	8,8 % (N=3)	35,3 % (N= 12)	32,3 % (N= 11)	14,7 % (N= 5)	91,1 % (N=31)
Minusta oltiin aidosti kiinnostuneita	64,7 % (N=22)	26,5 % (N=9)	8,8 % (N=3)	0 % (N=0)	100 % (N=34)

Kysymyksessä kuusi halusimme tarkentaa avoimen kysymyksen avulla suljettuja kysymyksiä, jotka liittyivät henkilökunnan suhtautumiseen ja potilaiden tarpeiden huomioon ottamiseen. Tutkittavista (N=34) 32 vastasi ja 2 oli jättänyt vastaamatta kysymykseen.

24 vastaajaa koki henkilökunnan toiminnan hyvänä, ja vastaukset olivat myönteisiä.

” Todella hienosti. Mukavia ja rautaisen ammatitaidon omaavia ihmisiä.”

”Erittäin positiivisesti. Aina sain apua kun tarvitsin ja kysymyksiin etsittin vastaus jos ei heti tiedetty.”

Kolme (3) vastaajaa koki henkilökunnan toiminnan kielteisenä:

”koin, että minun yli puhuttiin ja jätettiin minut huomiotta”

”Alussa sairautta vähäteltiin ja minua esim. komennettiin hengittämään rauhallisemmin.. Myöhemmin jotku hoitajat kohtelivat kuin spitaalista, koska sepsiksen syytä ei tiedetty (tarttuvaako?)...”

Viideltä (5) vastaajalta löytyi sekä myönteistä että kielteistä palautetta:

”Verenvuotojen yhteydessä ”ylimielisesti” ja etäisesti, maksansiirrossa hyvinkin tuttavallisesti ja myötäelävästi.”

”Itse en kovin paljoa muista, koska olin vanhvassa lääketokkurassa. Mutta sen vähän mitä muistan ,minuun suhtauduttiin hyvin. Moni hoitaja näytti teoillaan että aidosti välitti, mutta oli myös hoitajia joista huomasi että he ajattelevat sen vain työnä ja se myös näkyi ulos päin teoissa.”

6.3 Turvallisuuden kokeminen tehohoidossa

Suurin osa vastaajista (73,5 %) oli täysin samaa mieltä siitä, että sairaanhoitajan läsnäolo lisäsi turvallisuuden tunnetta. Osalle vastaajista (14,7 %) tiedonpuute sekä epävarmuus toipumisesta (29,4 %) aiheuttivat turvattomuutta ja pelkoa vastaajissa. Lähes kaikki (82,5 %) vastaajat luottivat heitä hoitaneisiin sairaanhoitajiin tehohoidon aikana. (LIITE 4.)

Kysymyksessä 8 halusimme tarkentaa edeltäviä suljettuja kysymyksiä avoimella kysymyksellä turvallisuutta lisäävistä ja vähentävistä tekijöistä. 34:stä vastaajasta kysymykseen vastasi 29, neljä jätti vastaamatta ja yksi ei osannut sanoa.

Vastaajien mielestä turvallisuuden tunnetta lisäsi mm.:

” turvallisuuden tunnetta lisää jos hoitaja on aidosti kiinnostunut potilaasta.”

” Hoitajat kohtelivat kuin täysjärkistä ihmistä, juttelivat, kertoivat mitä tapahtuu. Pitivät kädestä ku n pyysin. Hoitajat ja lääkärit kuuntelivat minua ja vastasivat niin hyvin kuin tiesivät.”

Vastaajien mielestä turvallisuuden tunnetta vähensi mm.:

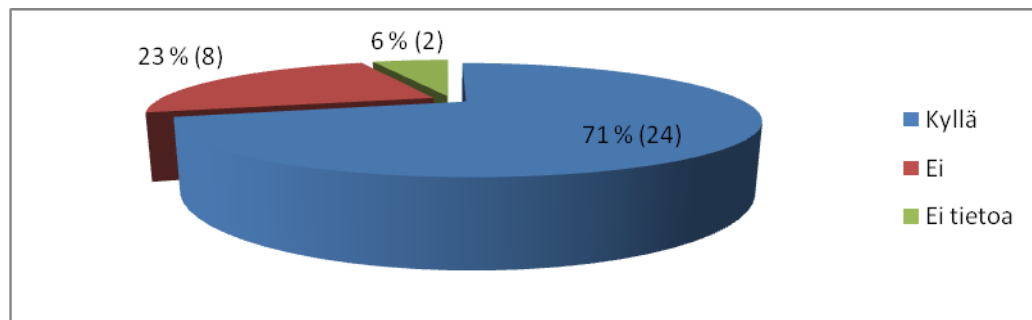
”Seurantalaitteiden ääni joskus pelotti kun tiesi että jotain on silloin vialla kun ne hälyttää.”

” Turvattomuuden tunnetta lisäsi jatkuva kiire teho-osastolla sekä välillä huomiotta jättäminen kun olisin tarvinnut apua.”

6.4 Hengityskonehoito

Vastaajista (N=34) 71 % (24) oli ollut hengityskonehoidossa teho-osastolla, 23 % (8) ei ollut hengityskoneessa ja 6 % (2) ei vastannut kysymykseen.

KAAVIO 4. Hengityskonehoidossa olleiden potilaiden osuus vastaajista



Hengityskonehoidossa olleille potilaille laadimme erikseen kysymyksiä kivusta ja kommunikoinnista. Vastausvaihtoehtoina oli aina, lähes aina, joskus, harvoin ja ei koskaan. Puolet vastaajista ei kokenut hengityspotken aiheuttavan heille koskaan kipua (50 %). Pieni osa vastaajista koki tulleen aina ymmärretyksi hengityskonehoidon aikana (12,5 %). Kolmasosa koki kommunikoinnin aina vaikeana hengityskonehoidon aikana (29,1 %). (LIITE 5.)

6.5 Potilaan yksityisyyden kokeminen tehohoidossa

Jatkuvan tarkkailun alla oleminen häiritsi vain kahta (5,9 %) vastaajaa. Yli puolet (61,8 %) kokivat, että heidän yksityisyyttään oli suojattu sermien ja verhojen avulla. Puolet (50 %) vastaajista eivät kokeneet oloaan epämukavaksi pesutilanteissa tai intiimialueiden paljastuessa.

TAULUKKO 2. Potilaiden kokemuksia yksityisyyden toteutumisesta

	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä	Yhteensä
Minua häiritsi jatkuvan tarkkailun alla oleminen	5,9% (N=2)	5,9% (N=2)	23,5% (N=8)	64,7% (N=22)	100% (N=34)
Yksityisyyttäni suojeltiin sermien tai verhojen avulla	61,8% (N=21)	14,7% (N=5)	14,7% (N=5)	5,9% (N=2)	97% (N=33)
Minua häiritsi, että muut potilaat saattoivat kuulla, kun asioistani keskusteltiin	11,8% (N=4)	14,7% (N=5)	17,6% (N=6)	52,9% (N=18)	97% (N=33)
Minua suojeltiin muiden potilaiden hoitotoimenpiteiden näkemiseltä	50,0% (N=17)	26,5% (N=9)	14,7% (N=5)	2,9% (N=1)	94,1% (N=32)
Kehoni intiimien alueiden paljastuminen suojattiin riittävän hyvin	67,6% (N=23)	20,6% (N=7)	5,9% (N=2)	2,9% (N=1)	97% (N=33)
Koin oloni epämukavaksi hygieniastani huolehdittaessa (pesut ja muut intiimialueiden paljastamiset)	14,7% (N=5)	17,6% (N=6)	17,6% (N=6)	50,0% (N=17)	100% (N=34)

6.6 Sairaanhoitajan vuorovaikutustaidot potilaan kokemana

Yhteenvedona voimme todeta, että suurin osa potilaista koki sairaanhoitajan kuunnelleen heitä (67,6 %), kohdelleen ystävällisesti (76,5 %) ja käyttäneen riittävästi aikaa keskusteluun potilaiden kanssa (38,2 %). Noin puolet vastaajista (47,1 %) oli sitä mieltä, että melut ja äänet eivät häirinneet vuorovaikutustilanteita.

TAULUKKO 3. Potilaiden kokemuksia vuorovaikutuksesta

	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä	Yhteensä
Sairaanhoitajat käyttivät riittävästi aikaa keskusteluun kanssani	38,2 % (N=13)	41,2 % (N=14)	8,8 % (N=3)	11,8 % (N=4)	100 % (N=34)
Pystyin kommunikoimaan elein tai ilmein	41,2 % (N=14)	29,4 % (N=10)	14,7 % (N=5)	5,9 % (N=2)	91,2 % (N=31)
Hoitoympäristön äänet häiritsivät kommunikointia sairaanhoitajan kanssa	2,9 % (N=1)	20,6 % (N=7)	26,5 % (N=9)	47,1 % (N=16)	97,1 % (N=33)
Pystyin kommunikoimaan kirjoittamalla tai kuvakorteilla	26,5 % (N=9)	5,9 % (N=2)	5,9 % (N=2)	35,3 % (N=12)	73,5 % (N=25)
Sairaanhoitajat kuuntelivat minua	67,6 % (N=23)	17,6 % (N=6)	5,9 % (N=2)	2,9 % (N=1)	94,1 % (N=32)
Sairaanhoitajat kohtelivat minua ystävällisesti	76,5 % (N=26)	17,6 % (N=6)	5,9 % (N=2)	0 % (N=0)	100 % (N=34)
Hoitoympäristön melut häiritsivät kommunikointia	2,9 % (N=1)	17,6 % (N=6)	32,4 % (N=11)	47,1 % (N=16)	100 % (N=34)
Minua turhautti, kun en saanut itseäni ymmärretyksi	14,7 % (N=5)	17,6 % (N=6)	20,6 % (N=7)	38,2 % (N=13)	91,2 % (N=31)
Pystyin keskustelemaan luottamuksellisesti sairaanhoitajan kanssa	23,5 % (N=8)	20,6 % (N=7)	17,6 % (N=6)	0 % (N=0)	91,2 % (N=31)

Kysymykseen 13 vastanneita oli (N=34) 31. Kysymyksessä halusimme tarkentaa, mitä mieltä potilaat olivat sairaanhoitajien kuuntelu- ja keskustelutaidoista. Vastajista 17:llä oli pelkästään myönteistä palautetta, 10 vastaajalla oli sekä myönteistä että kielteistä palautetta, kaksi (2) ei muista mitään kommunikointitilanteista ja yksi (1) vastaus oli pelkästään kielteistä. Yhtä (1) vastausta emme osanneet jaotella mihinkään ryhmään.

Positiivisia vastauksia oli mm.:

” Minun kohdalleni osuivat aivan ihanat hoitajat, jotka kyllä osasivat kuunnella ja keskustella kanssani juuri minulle sopivalla tavalla. ”

Kielteinen vastaus oli:

” Oli vaikeaa saada keskusteluyhteyttä kiireen ja oman äänen vuoksi. ”

Myönteisiä ja kielteisiä vastauksia oli mm.:

” Suurin osa hoitajista kuunteli mitä minulla oli sanottavaa ja yrittivät helpottaa vointiani parhaansa mukaan. Joissain hoitajissa oli aistittavissa väsymys ja välillä ärtymys, kun pyysin esim. juomista useasti tai valitin kipua.”

6.7 Kivun huomioiminen ja hoitaminen tehohoidossa

Potilaat ovat saaneet kipulääkettä silloin, kun ovat sitä tarvinneet (73,5 %) tai pyytäneet (64,7 %). Osa vastaajista (26,5 %) oli sitä mieltä, että kipumittaria ei ollut käytetty lainkaan kipua arvioitaessa. Kuitenkin suurimmalta osalta (44,1 %) vastaajista kivunhoidon vastetta kysyttiin. Vain 2,9 % tunsu seurantalaitteiden ja mittareiden aiheuttaneen kipua.

TAULUKKO 4. Potilaiden kokemuksia kivusta ja kivunhoidosta

	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä	Yhteensä
Sain kipulääkettä, kun sitä tarvitsin	73,5 % (N=25)	14,7 % (N=5)	2,9 % (N=1)	5,9 % (N=2)	97 % (N=33)
Asennon vaihtaminen tuotti minulle kipua	17,6 % (N=6)	23,5 % (N=8)	26,5 % (N=9)	29,4 % (N=10)	97 % (N=33)
Kivun arvioinnissa käytettiin apuna kipumittaria	20,6 % (N=7)	17,6 % (N=6)	23,5 % (N=8)	26,5 % (N=9)	88,2 % (N=30)
Minulta kysyttiin arvioita saamani kipulääkkeen tehokkuudesta	44,1 % (N=15)	17,6 % (N=6)	8,8 % (N=3)	23,5 % (N=8)	94 % (N=32)
Sain kipulääkettä, kun sitä pyysin	64,7 % (N=22)	17,6 % (N=6)	2,9 % (N=1)	8,8 % (N=3)	94 % (N=32)
Pesutilanteet aiheuttivat minulle kipua	14,7 % (N=5)	14,7 % (N=5)	29,4 % (N=10)	41,2 % (N=14)	100 % (N=34)
Kivunhoidosta huolehdittiin ennen hoitotoimenpiteitä tai tutkimuksia (siirrot, pesut, kääntämiset tms.)	52,9 % (N=18)	14,7 % (N=5)	11,8 % (N=4)	11,8 % (N=4)	91,2 % (N=31)
Sairaanhoitajan kosketus vähensi kivuntunnetta	20,6 % (N=7)	29,4 % (N=10)	14,7 % (N=5)	23,5 % (N=8)	88,2 % (N=30)
Hoitotoimenpiteiden yhteydessä sairaanhoitajan kosketus aiheutti kipua	0 % (N=0)	2,9 % (N=1)	23,5 % (N=8)	70,6 % (N=24)	97 % (N=33)
Mittarit ja seurantalaitteet aiheuttivat minulle kipua	2,9 % (N=1)	23,5 % (N=8)	20,6 % (N=7)	47 % (N=16)	94 % (N=32)
Hoitotoimenpiteiden yhteydessä sairaanhoitajan kosketus lisäsi kipua	0 % (N=0)	5,9 % (N=2)	20,6 % (N=7)	67,6 % (N=23)	94,1 % (N=32)

6.8 Potilaiden kokemuksia lääkehoidon toteuttamisesta

Vain pienelle osalle vastaajista (26,5 %) kerrottiin, mitä lääkettä heille annettiin ja mitkä ovat niiden haittavaikutukset (26,5 %). Kuitenkin lähes kaikki (85,3 %) kokivat lääkehoidon turvalliseksi.

TAULUKKO 5. Potilaiden kokemuksia lääkehoidosta

	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä	Yhteensä
Minulle kerrottiin, mitä lääkettä minulle annetaan	26,5 % (N= 9)	44,1 % (N=15)	8,8 % (N=3)	20,6 % (N=7)	100 % (N=34)
Sairaanhoitaja kertoi lääkkeen mahdollisista haittavaikutuksista (kirvely, kutina, huimaus, pahoinvointi tms.)	26,5 % (N= 9)	26,5 % (N= 9)	17,6 % (N= 6)	29,4 % (N=10)	100 % (N=34)
Minulle kerrottiin miksi lääkettä annetaan	44,1 % (N=15)	29,4 % (N=10)	2,9 % (N=1)	23,5 % (N=8)	100 % (N=34)
Koin lääkehoidon toteuttamisen turvallisenä	85,3 % (N=29)	0 % (N=0)	8,8 % (N=3)	2,9 % (N=1)	97 % (N=33)
Pistämisen (injektion antamisen) yhteydessä minulle kerrottiin vaiheittain, mitä tehdään (puhdistaminen, pistäminen, lääkeaineen ruiskuttaminen)	32,4 % (N=11)	26,5 % (N=9)	20,6 % (N=7)	11,8 % (N=4)	91,2 % (N=31)

Halusimme vastaajien kuvailevan kipukokemuksiaan ja kivunhoitoaan tehohoidon aikana sekä pyysimme heitä kuvailemaan myös lääkehoidoin ohjausta. Kipukokemuksia koskevaan avoimeen kysymykseen vastaajia (N=34) oli 28. Vastauksista kävi ilmi, että yhdeksän (9) henkilöä oli ollut täysin kivuttomia, neljä (4) vastanneista ei muistanut kipukokemuksia tai kivunhoitoa. Vastanneista 15 oli kuvaillut kiputuntemuksia mm. seuraavasti:

”...Suurin kipu teho-osastolla minulla kuitenkin oli lapaluiden väliin tullut ”kramppi” kun en ollut tottunut makaamaan monta vuorokautta...”

”Taas hoitajasta riippuvaista. Iltavuorossa esim. annettiin puudutusuhketta nieluun, kun kurkku oli tuskaisen kipeä, joten hoitaja selvästi yritti kaikkensa helpottaakseen oloani...”

”kivut olivat yllättävän lieviä hyvästä kipulääkityksestä johtuen tilanteeseen nähden, mutta lääkkeistä johtuvat hallusinaatiot olivat järkyttäviä edelleen mielessä tai muistissa...”

Lääkehoitoon liittyvään avoimeen kysymykseen vastaajia (N=34) oli 29. Naisista (N=19) 10 kertoi saaneensa ohjausta, seitsemän (7) koki ohjauksen olleen riittämätöntä ja kaksi (2) oli jättänyt vastaamatta.

”Minulle selitettiin, mitä lääkettä ja miksi milloinkin annettiin. Esim. insuliinia ei pistetty ennenkuin minulle kerrottiin, miksi näin tehdään, vaikka en sairasta diabetesta.”

”Mitään ei kerrottu, eikä mieluusti vastattu kysymyksiini tai selvitetty minulle mitä sain milloinkin jne”

Miehistä (N=15) kahdeksan (8) kertoi saaneensa riittävästi ohjausta, kaksi (2) ei saanut ohjausta ollenkaan, yhden (1) mielestä ohjaus oli melko vähäistä, yksi (1) ei muista ja kolme (3) oli jättänyt vastaamatta kysymykseen.

”Toimenpiteestä johtuen heti kun rupesin saamaan hylkimisen estolääkitystä suun kautta,niin ohjeita tuli joka kerta 4 kertaa päivässä”

”Vasta vuodeosastolla kerrottu mitä suoneen on menossa,teholla vain jonkun "napapiikin" tarkoitus kerrottu”

Tulkinnanvaraisissa vastauksissa käytimme apuna aiheeseen liittyviä suljettuja kysymyksiä.

6.9 Omaisten huomioiminen teho-osastolla

Omaisista on tiedotettu potilaan voinnista (91,1 %) sekä omaisten läsnäolo koettiin hyvänä asiana (70,6 %).

TAULUKKO 6. Potilaiden kokemukset omaisten huomioimisesta

	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä	Yhteensä
Sairaanhoitajat välittivät omaisteni terveiset minulle	88,2 % (N=30)	2,9 % (N=1)	2,9 % (N=1)	5,9 % (N=2)	100 % (N=34)
Omaisat saivat tietoa tilastani	91,1 % (N=31)	2,9 % (N=1)	2,9 % (N=1)	2,9 % (N=1)	100 % (N=34)
Koin omaisten läsnäolon vointiani kohentavana asiana	70,6 % (N=24)	23,5 % (N=8)	2,9 % (N=1)	0 % (N=0)	97 % (N=33)
Omaisilla oli mahdollisuus keskustella lääkärin kanssa	76,5 % (N=26)	8,8 % (N=3)	14,7 % (N=5)	0 % (N=0)	100 % (N=34)
Omaisteni mielipidettä hoitoihin kysyttiin, kun en itse siihen sen hetkisen tilani vuoksi voinut vaikuttaa	29,4 % (N=10)	17,6 % (N=6)	11,8 % (N=4)	20,6 % (N=7)	79,4 % (N=27)

Kysymyksessä 19 pyysimme vastaajia kertomaan omaisten osallistumisesta hoitoon. Avoimeen kysymykseen vastasi 28 ja kuusi (6) jätti vastaamatta.

Omaisten hoitoon osallistumista oli kuvattu seuraavanlaisesti:

”Omaisat saivat olla paikalla todella vähän. Äitiäni oltiin jatkuvasti ajamassa ulos ja hänen käskettiin levätä ja ajatella omaa itseään yms... Hänelle vain sanottiin ettei kannata tulla ja pitää kerätä voimia...”

”puoliso otettiin todella hyvin huomioon ja hänelle kerrottiin tilastani todella avoimesti ja hyvin. samalla turvattiin, että minulle ei kerrota enempää kuin jaksan vastaanottaa. esim kun sydänsiirrännäiseni alkoi hylkimään...”

”Vaimo osallistui mahdollisuuksien mukaan, oli paikalla viikonloppuisin. Puhelimella muina aikoina. Sai tietoa kiitettävästi...”

7 TEHOHOIDON KEHITTÄMISEHDOTUKSET

Viimeisenä oli avoin kysymys, jossa pyysimme vastaajia kertomaan mitkä heidän mielestään olisivat kehitettäviä tehohoidon alueita. Emme analysoineet sisällön analyysillä vastaajilta saatuja kehittämisehdotuksia vaan teimme niistä yhteenvedon. Vastaajista (N=34) 23 oli vastannut avoimeen kysymykseen, kolme (3) ei osannut sanoa kehitettävää, kun taas kahdeksan (8) oli jättänyt vastaamatta. Kysymykseen vastanneista kuusi (6) oli antanut positiivista palautetta tehohoitajaksosta ja kaksi (2) ei ollut vastannut suoraan kysymykseen vaan he olivat antaneet palautetta kysymyslomakkeesta. Kehitettäviä asioita löytyi 15 vastaajalta, ja ne olivat mm. seuraavia:

”Erityisesti Teho-osastolla jonne tuodaan ihmisiä , joista moni on todella huonossa jamassa tai on menettänyt jonku, olisi todella hyvä saada henkilökuntaa jotka ovat valmiita keskusteluilla auttamaan ihmisiä...”

”Ennen kotiuttamista ,tai siirtoa vuodeosastolle, käytävä koko hoitohistoria ja tapahtumat läpi ja purettava esim. narkoosin aikaiset harhakuvat pois...”

”Hoitohenkilöstöä lisää niin kaikki ongelmat poistuu, kuten kauhea kiire paikasta toiseen loppuu ja henkilökunta kerkiää yhtä potilasta kohti käyttää enemmän aikaa hoitotoimenpiteisiin.”

Toinen tutkimustehtävistämme oli saada kehittämisehdotuksia tehohoidosta, ja siihen saimme erilaisia vastauksia. Kehittämisehdotuksissa eniten korostui hoidon läpikäyminen tehohoidon jälkeen sekä erilaisista harhoista ja hallusinaatioista keskusteleminen ja vakuuttaminen niiden olevan harhoja. Osa vastaajista kertoi, että ei vielä tänäkään päivänä (kuukausien/vuosien jälkeen) tiedä, mikä oli totta ja mikä harhaa. Vastaajat toivoivat myös, että sairaanhoitajilla olisi enemmän aikaa keskustella heidän kanssaan hoidon aikana.

Tehohoidon aikana saadut lääkkeet, muistamattomuus ja unihäiriöt voivat aiheuttaa potilaalle deliriumin eli erilaisia aistiharhoja. Delirium voi näkyä joko hypo- tai hyperaktiivisena toimintana tai niiden sekoituksena. Tutkimusten mukaan tehohoitopotilailla on kohonnut riski joutua deliriumiin. Asioiden läpikäymättömyys voi pahimmassa tapauksessa vaikuttaa myöhemmin potilaan psyykkiseen tasapainoon sekä sosiaalisiin suhteisiin. (Meriläinen 2006, 50; Van Rompaey, Schuurmans, Shortridge- Bagget, Truijen & Bossaert 2008, 98- 99.)

Eräs vastaaja oli antanut mielenkiintoisen kehitysidean. Hän ehdotti vuoteen yläpuolelle tai jollekin näkyvälle paikalle taulua, jossa olisi potilaalle tärkeitä asioita luettavaksi ja katsottavaksi. Taulussa voisi olla esimerkiksi valokuvia, omaisten terveisiä sekä tietoa, missä potilas on ja minkä vuoksi. Tämä olisi helppo toteuttaa ja voisi helpottaa etenkin muistiongelmista ja sekavuudesta kärsiviä potilaita.

Vastaajat toivoivat väljempiä tiloja ja parempaa yksityisyyden suojaamista. Yksityisyyden lisäämiseksi ehdotettiin enemmän sermien ja verhojen käyttöä. Liian suuret tilat voivat mielestämme vaikeuttaa potilaiden intensiivistä tarkkailua, koska potilaat ovat laajemmalla alueella ja tästä syystä näkö- ja kuuloetäisyys voi heikentyä. Tähän vaikuttavat myös sermien ja verhojen liiallinen käyttö. Nämä kehitysideat toimisivat sellaisessa tilanteessa, jossa hoitajalla olisi vain yksi potilas hoidettavana vuoronsa aikana.

Kehitysideoita oli myös hoitohenkilökunnasta. Vastaajien mielestä hoitohenkilökuntaa voisi olla enemmän, jolloin aikaa olisi enemmän yksilötasolla ja näin mahdollistettaisiin sairaanhoitajien jatkuva läsnäolo. Eräät vastaajat halusivat sairaanhoitajilta enemmän hienovaraisuutta. Esimerkiksi eräs potilas kuuli ja muisti tarkasti mm. sairaanhoitajien matkasuunnitelmat. Tämä aiheutti ahdistusta, koska potilas ei ollut varma omasta tulevaisuudestaan. Sairanhoitajien tulisi myös kiinnittää huomiota, missä ja kenen kuullen puhuvat potilaan voinnista, jotta potilaille ei tule väärinkäsityksiä omasta tilastaan.

Lääkärin tapaamisia toivottiin enemmän ja heiltä toivottiin selkokielisiä vastauksia. Potilaat kaipaivat myös lisää tietoa hoitoon johtavista diagnooseista. Mielestämme sairaanhoitajan tehtäviin kuuluu varmistaa, että potilas on ymmärtänyt keskustelut lääkärin kanssa ja tarvittaessa selventää niitä.

Yhteenvedona voimme todeta, että tehohoitoon oltiin pääosin tyytyväisiä. Sairanhoitajan vuorovaikutustaitoihin sekä potilaan asioista tiedottamiseen ei kuitenkaan oltu täysin tyytyväisiä. Opinnäytetyömme perusteella näissä osa-alueissa olisi parantamisen varaa. Edellä esitettyihin kehittämisehdotuksiin olimme tyytyväisiä, ja niistä nousikin mielestämme tärkeitä asioita, joita voisi kehittää teho-osastoympäristössä.

8 POHDINTA

8.1 Tulosten tarkastelua

Suurin osa potilaista oli tyytyväisiä sairaanhoitajien toimintaan ja kohteluun, mutta oli myös potilaita, jotka olivat saaneet epäkunnioittavaa ja työkeää kohtelua hoidon aikana. Avoimista kysymyksistä nousi kuitenkin esille, ettei kaikilla potilailla ollut kovin selvää muistikuvaa etenkin hoidon alkuvaiheessa. Kokon (2000) tutkimuksen tulokset olivat samankaltaisia. Myös Korhosen (2007) tutkimuksen mukaan potilaat olivat tyytyväisiä saamaansa hoitoon teho-osastolla.

Turvallisuuden tunteminen on yksilöllinen kokemus, jonka huomasi myös vastausten perusteella. Vastaajien mielestä turvallisuuden tunnetta lisäsi hoitajien läsnäolo ja ammattitaito, aito kiinnostus potilaasta sekä keskustelu potilaan kanssa. Turvattomuutta aiheutti mm. tiedon puute omasta tilasta sekä epävarmuus, tiesikö omainen potilaan tilasta. Hoitotyössä kiire on väistämättä läsnä, kuten myös teho-osastolla. Kiire ja erilaiset äänet aiheuttavat pelkoa ja turvattomuutta. Vastauksista kävi ilmi, että sairaanhoitajan tulisi antaa potilaalle aikaa ja pyrkiä luomaan rauhallinen ilmapiiri. Kiire vaikeutti vastaajien mielestä myös kommunikointia. Vastauksien perusteella hoitohenkilökuntaa tulisi lisätä siten, että yhdellä hoitajalla olisi vain yksi potilas hoidettavana. Tällä tavoin voitaisiin vähentää kiirettä ja lisätä hoidon laatua.

Tilanteissa, joissa sairaanhoitaja joutuu poistumaan potilaan luota, olisi toivottavaa saada toinen henkilö täksi ajaksi potilaan vierelle. Vastaajien mielestä hoitajan tulisi ilmoittaa, kuinka kauan on poissa, jotta potilas ei tuntisi oloaan turvattomaksi. Kokon (2000) tekemästä pro gradu - tutkielmasta ilmeni, että potilaiden turvallisuutta lisäsi sairaanhoitajan läsnäolo. Sama tulos ilmeni myös Niskalan ja Tuomelan (2007) tekemästä opinnäytetyöstä. Aikaisemmat tutkimukset tukevat opinnäytetyöstämme saatuja tuloksia.

Potilaan ollessa teho-osastolla on hän usein vahvasti lääkitty ja pelon tunnetta voi aiheuttaa monet tekijät. Osa potilaista koki jo pelkän keskustelun sairaanhoitajan kanssa niin rauhoittavaksi, että sillä saatiin vähennettyä jopa lääkkeiden tarvetta. Muutamasta vastauksesta kävi ilmi, että keskustelu sairaanhoitajan kanssa on tärkeä osa tehohoitoa, mutta jo pelkkää läsnäoloakin pidettiin voimaannuttavana. Yksi vastaaja oli sitä mieltä, että yöllä olisi ollut hyvin

aikaa keskustella, mutta niin teho-osastolla kuin muillakin osastoilla on syytä pyrkiä pitämään kiinni vuorokausirytmistä ja näin ollen rauhoittamaan yöt lepäämistä varten. Myös aikaisemmin tehdyssä tutkimuksessa toivottiin, että hoitajilla olisi enemmän aikaa keskustella potilaiden kanssa. (Kokko 2000.) Hoitajien näkökulmasta tehdystä tutkimuksesta ilmeni, että hoitajien kuuntelutaitoa pidettiin tärkeimpänä tekijänä yksilöllisessä hoidossa. (Gustafsson, Leino-Kilpi & Suhonen 2009.)

Pieni osa väittämistä oli tarkoitettu hengityskonehoidossa olleille potilaille. Oli yllättävää, että suurelle osalle vastaajista hengityspotki ei aiheuttanut kipua. Suurin osa potilaista tuli ymmärretyksi hengityskonehoidon aikana, mutta silti kommunikointi koettiin vaikeana.

Kivunhoitoon oltiin erittäin tyytyväisiä ja lähes kaikki olivat olleet kivuttomia. Ainut epäkohta oli joidenkin mielestä se, että kivun paikkaa ja syytä ei kysytty vaan lisättiin vain kipulääkitystä. Lääkkeiden lisääminen helpotti kipuja mutta aiheutti monella myös vahvoja harhoja ja sekavuutta, joita ei välttämättä käsitelty ja kerrottu niiden olevan lääkkeiden haittavaikutuksia. Vastaajien mielestä pelkkä asennonvaihto olisi voinut helpottaa kiputuntemuksia. Joillakin potilailla oli myös ”omia” keinoja kivun lievitykseen, kuten kylmäpussit ja hieronta. Yksi vastaajista kertoi olevansa perussairautensa vuoksi aina kivulias, mutta tehohoidon aikana hän oli ollut pitkästä ajasta täysin kivuton. Viimeaikoina on paljon korostettu kipumittarin käyttöä, mutta kuitenkin meidän kyselymme mukaan se ei ollut juurikaan käytössä.

Kokonaisuutena lääkehoitoa ja siihen liittyvää ohjausta pidettiin hyvänä ja turvallisena, vaikka kaikki eivät tienneet, mitä lääkettä he saivat ja mitkä olivat sen haittavaikutuksia. Omituista on se, että lääkehoito koettiin turvallisena, vaikka kaikki eivät saaneet siitä mielestään tarpeeksi tietoa. Mielestämme sairaanhoitajan tulisi kertoa potilaalle mahdollisista yleisistä haittavaikutuksista, ja tämä ajatus nousi esiin myös joistakin vastauksista. Osalle vastaajista oli kerrottu tehohoidossa alkavasta lääkityksestä jo ennen tehohoitojaksoa. Osa vastaajista luotti hoitohenkilökuntaan niin paljon, että heitä ei edes kiinnostanut tietää, mitä lääkettä he saivat.

Omaisten vierailut ja yhteydenotot koettiin voimaannuttavana. Vastaajat olivat pääasiassa tyytyväisiä omaisten informointiin potilaan tilasta. Mielestämme tehohoitopotilaan kokonaisvaltaiseen hoitoon kuuluu tärkeänä osana myös omaisten huomioon ottaminen. Vastaajat olivatkin sitä mieltä, että omaiset huomioitiin hyvin ja heitä kohdeltiin pääasiassa asiallisesti. Sama tulos kävi ilmi myös omaisille tehdyssä tutkimuksessa. (Carlsson ym. 2002.)

Muutama vastaaja oli sitä mieltä, että tiedon puutteesta oli aiheutunut suurta huolta niin potilaalle kuin omaisellekin. Esimerkki tällaisesta tapauksesta oli tapaus, jossa potilas siirrettiin teho-osastolle eikä lähiomainen saanut tietoa siirrosta vasta kuin seuraavana päivänä. Vastauksista nousi myös esille se, kuinka tärkeää on antaa tietoa sopivassa määrin potilaan tilan mukaan, ettei aiheutettaisi tarpeetonta paniikkia liialla informaatiolla potilaalle.

Jatkotutkimushaasteita ajatellen kehittämissuunnitelmista nousi esille asioiden läpikäymisen tärkeys tehohoitojakson päätyttyä. Mielestämme olisi hyvä tutkia, miten ja millä keinoilla harhoista kärsineet tehohoitopotilaat selviytyivät tehohoidon jälkeen. Näitä asioita käydään läpi mm. jälkiseurantapoliklinikalla. Toinen jatkotutkimusaihe voisi liittyä kokemuksiin jälkiseurantapoliklinikasta ja sen tarpeellisuudesta.

8.2 Tutkimuksen suoritus

Aloimme työstää opinnäytetyötämme keväällä 2009 aiheen pohtimisella. Pienten ongelmien jälkeen saimme tutkimussuunnitelman palautettua ja hyväksytyä syksyllä 2009. Varsinaisen työn tekemisen aloitimme loppusyksystä tekemällä viitekehystä, jonka pohjalta laadimme kyselylomakkeen. Alkuperäinen suunnitelma oli saada vastaajia internetin keskustelupalstojen kautta, joihin jätimme ilmoituksia kyselystämme. Koska tällä tavalla emme saaneet riittävästi vastaajia, otimme yhteyttä eri puolilla Suomea toimiviin yhdistyksiin, joissa oletimme olevan tehohoidossa olleita jäseniä.

Valitsimme 12 yhdistystä yhdistysrekisteristä, ja kukin otti yhteyttä neljään yhdistykseen. Yhdistysten vastaanotto oli kovin vaihtelevaa, mutta pääasiassa he olivat halukkaita auttamaan. Erityisesti yhdessä yhdistyksessä oltiin kiinnostuneita ja erittäin halukkaita auttamaan meitä. Lähetimme tutkimussuunnitelman ja kyselylomakkeen linkin yhteyshenkilöille, jotka välittivät tietoa tutkimuksestamme jäsenilleen, jonka jälkeen jäimme odottamaan vastauksia. Vastauksia odotellessa jatkoimme viitekehysten tekemistä. Vastausaikaa oli toukokuun 2010 loppuun saakka. Kesäkuun puolella välissä aloimme analysoida opinnäytetyömme tuloksia, mikä oli haasteellista jo pelkästään aikatauluongelmien vuoksi. Viitekehukseen valitsimme tietyt alueet, jotka mielestämme korostuvat potilastyössä teho-osastolla. Jaoin osa-alueet keskenämme, ja jokainen haki omista alueistaan teoriatietoa. Kuitenkin kävimme yhdessä läpi haetut materiaalit ja päätimme, mitä tulee lopulliseen viitekehukseen.

8.3 Opinnäytetyön luotettavuus

Verkkokyselyä tehdessä tulee ottaa huomioon samat eettisyyttä ja luotettavuutta koskevat asiat, kuin muita aineistonkeruumenetelmiä käytettäessä. Vaikka verkossa pystyy tavoittamaan ihmisiä helposti ja kyselyn täyttäminen siellä on nykyään joustavaa, helppoa, taloudellista ja ympäristöystävällistä, tulee erityistä huomiota kiinnittää tutkimuksen luotettavuuteen. (Heikkilä, Leino-Kilpi & Hupli 2008, 106 - 108.) Koska työmme ei ole sidoksissa mihinkään organisaatioon, halusimme lisätä luotettavuutta kartoittamalla tarkasti vastaajien taustatiedot tehohoitojaksosta. Taustatietojen kartoittamisella pystyimme päättämään, onko vastaaja todella ollut tehohoidossa. Esimerkiksi keuhko- tai sydänsiirännäisen saanut henkilö on aina tehohoidossa leikkauksen jälkeen.

Kyselylomaketta varten teimme pohjatyötä tutustumalla muiden tutkimusten kyselylomakkeisiin ja sitä kautta saimme ideoita omaamme. Huolellisesti laadittu kyselylomake on luotettavan opinnäytetyön edellytys. Kyselylomakkeen väittämät ja avoimet kysymykset nousivat viitekehysten pohjalta ja näin tukevat toisiaan. Luotettavuutta lisäsi myös yhteistyö eri yhdistysten kanssa. Vastaajien määrä (N=34) on pieni, joten tuloksia ei voida yleistää vaan ne ovat suuntaa antavia. Aikaisemmat tutkimukset tukevat kuitenkin opinnäytetyömme tuloksia.

8.4 Omat oppimiskokemukset

Opinnäytetyön tekeminen kokonaisuudessaan oli luultua haastavampaa. Teimme selvän aikataulun heti tutkimussuunnitelman tekemisen yhteydessä, ja siitä jouduimme luistamaan monta kertaa, usein myös meistä johtumattomista syistä. Mielestämme ohjaus on ollut puutteellista tutkimussuunnitelmaa tehdessä, koska saimme ristiriitaista tietoa mm. työelämäyhteyden tärkeydestä. Siinä kohtaa, kun tätä asiaa alettiin korostaa, oli myöhäistä vaihtaa tutkimusmenetelmää. Syitä tähän olivat ajanpuute tutkimusluvan hankkimiseen ja työn muokkaamiseen. Saatuaamme varsinaisen opinnäytetyön ohjaajan alkoi kysymyksiimme tulla selkeämpiä vastauksia.

Kolmestaan työskenteleminen on ollut haasteellista, mutta siinä on ollut myös hyvät puolensa. Ryhmässä työskenneltäessä ongelmaksi nousee jo pelkästään yhteisen ajan löytyminen. Lisähaastetta toivat erilaiset työskentelytavat ja välillä mielipiteiden eroavaisuus.

Opinnäytetyötä tehdessä on kuitenkin oppinut perustelevaan näkemyksiään ja mielipiteitään. Hyvä puoli kolmestaan tekemisessä on se, että jokainen meistä huomasi erilaisia asioita ja toi uusia näkökulmia opinnäytetyöhömmme. Ryhmän tuki oli tärkeää sellaisina päivinä, jolloin motivaatio oli hukassa.

Opinnäytetyömme perusteella voimme todeta, että jos yksi tapa ei tuota tulosta, pitää siirtyä seuraavaan toteutustapaan eikä jäädä odottelemaan ihmettä. Mielestämme opinnäytetyön aiheen valinnasta ja tutkimussuunnitelmasta tulisi puhua ja aloittaa ohjaus jo opiskelun varhaisessa vaiheessa. Jälkeenpäin ajateltuna olisi voinut kysyä hengityskonehoidossa olleilta potilailta, kuinka he kommunikoivat henkilökunnan kanssa. Kokonaisuudessaan olemme kuitenkin tyytyväisiä opinnäytetyöhömmme ja siitä saatuihin tuloksiin.

LÄHTEET

Baltzar, J. Toim. Potter, P & Perry, A. 2007. Basic nursing. Essentials for practise. Communication. 6th edition. Canada.

Blomster, M., Mäkelä, M., Ritmala-Castrén M., Säämänen, J. & Varjus S.-L. 2001. Tehohoitotyö. Tammer-Paino Oy. Tampere.

Blomqvist, C. 2000. Teoksessa E. Sailo & A.-M. Varti. 2000 (toim). Kivunhoito. Helsinki. Tammi.

Carlsson, T., Hietalahti, M. & Paavola, S. 2002. Omaisten kokemuksia saamastaan tuesta teho-osastolla. Opinnäytetyö. Hoitotyönkoulutusohjelma. Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulu. Kokkola.

Coco, K. 2005. Nuorten monivammapotilaiden omaisten tukeminen. Hoitotyön tekijöiden arvioita toiminnastaan. Pro gradu -tutkielma. Kupio: Hoitotieteen laitos.

Gustafsson, M.-L., Leino-Kilpi, H. & Suhonen, R. 2009. Yksilöllistä hoitoa edistävät tekijät – hoitohenkilöstön näkökulma. Artikkel. Tutkiva hoitotyö 4/2009. Kouvola: ScanWeb Oy.

Hall, A. 2007. Essentials for practise. Administratin medications. Teoksessa P. Potter & A. Perry (toim). Basic nursing. 6th edition. Canada.

Heikkilä, A., Leino-Kilpi, H. & Hupli, M. 2008. Verkkokysely tutkimusaineiston keruumenetelmänä. Artikkel. Hoitotiede 2/2008 vol.20. Sastamala: Vammalan Kirjapaino Oy.

Heikkinen, M. 2010. Traumatologisen tehohoitopotilaan hoitotyön prosessi vastuuhoidajan näkökulmasta Töölön sairaalan traumatologisella teho-osastolla. Opinnäytetyö. Hoitotyön koulutusohjelma. Laurea-Ammattikorkeakoulu. Tikkurila. Www-dokumentti. Saatavissa: http://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/15795/Heikkinen_Mari.pdf?sequence=1. Luettu: 25.8.2010

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Helsinki. Tammi.

Huotari, A-M. 2003. Akuutin eli äkillisen kivun hoito. Www-dokumentti. Saatavissa: <http://www.poliklinikka.fi/?page=3286757&id=0187332>. Luettu: 15.1.2010

Iivanainen, A., Jauhiainen, M. & Pikkarainen, P. 2001. Hoitamisen taito. Keuruu: Tammi.

Kananen, J. Kvantti:kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. Jyväskylä. Jyväskylän ammattikorkeakoulu.

Kassara, H., Paloposki, S., Holmia, S., Murtonen, I., Lipponen, V., Ketola M.-L. & Hietanen, H. 2006. Hoitotyön osaaminen. 1-2. painos. Porvoo: WSOY.

Koivisto, M. & Lahtela, H-M. 2010. Potilaiden henkilökohtaisen tilan säilyminen teho-osastolla. Opinnäytetyö. Tampereen ammattikorkeakoulu. Saatavissa:

https://publications.theseus.fi/bitstream/handle/10024/14033/KOIVISTO_LAHTELA24.3..pdf?sequence=1.
Luettu: 29. 7.2010.

Kokko, A. 2000. Hoitaminen teho-osastolla potilaan näkökulmasta. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen ja terveyshallinnon laitos. Oulu.

Korhonen, V. 2007. ”Ilman teitä en olisi selvinnyt”. Potilaiden kokemuksia tehohoidosta ja kuntoutumisesta tehohoidon jälkeen. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen- ja terveyshallinnonlaitos. Oulun yliopisto. Oulu.

Kristoffersen, N., Nortvedt, F. & Skaug, E.-A. 2006. Hoitotyön perusteet. Tanska: Narayana Pres.

Kuokkanen, L., Katajisto, J. & Leino-Kilpi, H. 2010. Sairaanhoidajien kokemat eettiset ongelmat hoitotyössä. Artikkel. Hoitotiede 1/2010 vol. 22. Sastamala: Vammalan kirjapaino Oy.

Kuusela, T. 2005. Opaslehtinen tehohoitopotilaan läheisille. Opinnäytetyö. Hoitotyönkoulutusohjelma. Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulu. Kokkola.

Lehto, B., Turunen, H. & Laitinen-Junkkari, P. 2000. Omaisten saama sosiaalinen tuki teho-osaston hoitohenkilökunnalta. Hoitotiede 2/2000 vol.12. Sastamala: Vammalan kirjapaino Oy.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2009. Etiikka hoitotyössä. 5. Painos. Helsinki:WSOY oppimateriaalit Oy.

Leino-Kilpi, H. 2009. Potilasturvallisuus ensin. Hoitotyön vuosikirja 2009. Suomen sairaanhoitajaliitto ry. Helsinki.

Makkonen, A., Hupli, M. & Suhonen, R. 2010. Potilaiden näkemys hoidon yksilöllisyydestä ajanvarauspoliklinikalla. Artikkel. Hoitotiede 2/2010 vol. 22. Sastamala: Vammalan kirjapaino Oy.

Meriläinen, M. 2006. Tehohoidosta toipuminen ja tehohoidon jälkiseurantapoliklinikka. Artikkel. Tehohoito 1/2006. Helsinki. PrimusPaino.

Niemelä, P. 2000. Toim. Niemelä, P. & Lahikainen, AR. Inhimillinen turvallisuus. Tampere. Osuuskunta vastapaino.

Niskala, M. & Tuomela, H. 2007. Potilaan tuen tarpeet ja niiden toteutuminen teho-osastolla. Opinnäytetyö. Oulu. Diakonia- ammattikorkeakoulu. Www-dokumentti. Saatavissa:
http://kirjastot.diak.fi/files/diak_lib/Oulu2007/276879_Oulu_NiskalaTuomela_2007.pdf
Luettu: 21.10.2009

Nurminen, M-L. 2004a. Lääkehoidon abc. 1-5. painos. Helsinki: WSOY.

Nurminen, M-L. 2004b. Lääkehoito. 4-6. painos. Helsinki: WSOY.

Nuutinen, L. 2006. Anestesiologia ja tehohoito. Eettiset kysymykset anestesiologiassa ja tehohoidossa. Toim. P. Rosenberg. Kustannus Oy Duodecim.

Ojala, S. & Kaukkila, H.-S. 2008. Injektion anto lihakseen, millä, miten ja mihin pistät? Artikkel. Sairaanhoitajalehti 10/2008. Kouvola: Scanweb Oy.

Opetusministeriö 2006. Www-dokumentti. Saatavissa:

<http://www.minedu.fi/export/sites/default/OPM/Julkaisut/2006/liitteet/tr24.pdf?lang=fi>

Luettu: 6.1.2009

Paananen, T. 2000. Kolonoskopiapotilaan kokemuksia kivusta ja turvallisuuden tunteesta. Opinnäytetyö. Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulu. Hoitotyön koulutusohjelma. Kokkola.

Pelkonen, T. 2009. Lääkehoidon turvallisuus teho-osastolla. Lääkehoitoprosessin kuvaus OYS:n teho-osastoilla. Artikkel. Tehohoito 2/2009. Turku: Newprint Oy.

Potinkara, H. 2004. Auttava kanssakäyminen. Substantiivinen teoria kriittisesti sairaan potilaan läheisen ja hoitavan henkilön välisestä yhteistyöstä. Väitöskirja. Hoitotieteen laitos. Tampere: Tampereen yliopisto.

Pudas-Tähkä, T. & Salanterä, S. 2007. Miten tehohoitopotilaan kipua voidaan arvioida? Artikkel. Tehohoito-lehti. 1/2007. Helsinki: PriimusPaino.

Pölkki, T., Pietilä, A.-M & Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Hoitajien käsityksiä tehohoitoa vaativien keskosten kivunarvioinnista. Artikkel. Hoitotiede 2/2009 vol. 21. Sastamala: Vammalan kirjapaino Oy.

Pöllänen, H. 2006. Vuorovaikutus hoitotyössä. Hoitajan kommunikaatiomenetelmät ja sisältö. Pro gradu -tutkielma. Hoitotieteen laitos. Kuopion yliopisto. Kuopio.

Ritmala-Castrén, M., Simani, L. & Eriksson, E. 2005. Organisaation arvot tehohoitotyössä. Artikkel. Tehohoito nro. 1/05 vol. 23. Turku: Lauttapaino Oy.

Sailo, E. & Vartti, A-M. 2000. Kivunhoito. Helsinki: Tammi.

Sosiaali- ja terveystieteiden ministeriö. 2006. Turvallinen lääkehoito. Valtakunnallinen opas lääkehoidon toteuttamisesta sosiaali- ja terveydenhuollossa. Www-dokumentti. Saatavissa:

http://www.stm.fi/c/document_library/get_file?folderId=28707&name=DLFE-4090.pdf&title=Turvallinen_laakehoito_fi.pdf

Luettu: 30.3.2010.

Sulosaari, V. & Kinnunen, M. 2010. Lääkehoito sairaanhoitajan tehtävänä. Artikkel. Sairaanhoitajalehti 1/2010 Kouvola: Scanweb Oy.

Suomen perustuslaki.(731/1999) 7§. Www-dokumentti. Saatavissa:

<http://www.finlex.fi/fi/laki/ajantasa/1999/19990731> Luettu: 12.2.2010

Takkunen, O. 2006. Anestesiologia ja tehohoito. Teoksessa P. Rosenberg, S. Alahuhta, L. Lindgren, K. Olkkola, & O. Takkunen (toim). Duodecim. 2. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.

Takkunen, O. & Pettilä, V. 2003. Tehohoidon tarpeen tunnistaminen ja potilasvalinta. Artikkel. Suomen lääkäri-lehti 10/2003.

Van Rompaey, B., Schuurmans, M., Shortridge- Bagget, L., Truijen, S. & Bossaert, L. 2008. Risk factors for intensive care delirium: A systematic review. Article. Intensive and critical care nursing. International journal of Research and Practise. Volume 24/2.

Väisänen, S. 2004. Hoitotyön etiikkaa oppimaan. Kajaanin ammattikorkeakoulun julkaisusarja C1/2004. Kajaani.

TEHOHOITO**1) Sukupuoli**

1. Nainen 2. Mies

2) Ikä

1. 18-29v. 2. 30-39v. 3. 40-49v. 4. 50-59v. 5. 60-69v.

3) Minkä vuoksi olette olleet tehohoidossa?
4) Kuinka kauan olitte tehohoidossa?

1. 2-4 vrk 2. 5-7 vrk 3. 8-10 vrk 4. 11-13 vrk 5. yli 14 vrk

5) Valitse parhaiten sopiva vaihtoehto

	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
Minua hoitava hoitaja esitteli itsensä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sain esittää toivomuksia hoitooni liittyvissä asioissa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoitajat huomioivat toiveeni	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Minua kohdeltiin yksilöllisesti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Minulle tarjottiin apua	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sain riittävästi tietoa omasta tilastani	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sain tietoa eri hoitovaihtoehtoista	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sain apua aina kun sitä tarvitsin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koin sairaanhoitajien olevan ammattitaitoisia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sain apua aina kun sitä pyysin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Minulle annettiin mahdollisuus osallistua hoitooni koskeviin päätöksiin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Minusta oltiin aidosti kiinnostuneita	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

6) Miten hoitohenkilökunta suhtautui Teihin ja tarpeisiinne?
7) Valitse parhaiten sopiva vaihtoehto

	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
Sairaanhoitajan läsnäolo lisäsi turvallisuuden tunnetta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koin siirrot (esim. sängystä toiseen ym) turvallisenä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sain tarvitessani apua riittävän nopeasti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tiedonpuute lisäsi turvattomuuden tunnetta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Minulle kerrottiin kuinka toimia, kun haluan hoitajan huomion	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koin oloni turvalliseksi yöaikaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Epävarmuus toipumiseni suhteen aiheutti minulle pelkoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Luotin minua hoitaneisiin sairaanhoitajiin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sain keskustella hengellisistä asioista halutessani	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoitotoimenpiteiden yhteydessä sairaanhoitajan kosketus lisäsi turvallisuuden tunnetta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Seurantalaitteiden äänet ja piippaukset lisäsivät turvattomuuden tunnetta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Luottamus minua hoitaneisiin sairaanhoitajiin syntyi helposti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koin oloni turvalliseksi päiväsaikaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kuoleman näkeminen ja aistiminen osastolla lisäsi omaa kuolemanpelkoa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koin oloni turvalliseksi, kun asentoani vaihdettiin vuoteessa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

8) Kuvaile minkälaiset tekijät vähensivät tai lisäsivät turvallisuuden tunnetta?
9) Olitteko hengityskonehoidossa tehohoidon aikana?

1. Kyllä 2. Ei (Siirtykää kohtaan 11.)

10) Valitse parhaiten sopiva vaihtoehto

	Aina	Lähes aina	Joskus	Harvoin	Ei koskaan
Hengityspotki aiheutti minulle kipua	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Tulin ymmärretyksi hengityskonehoidon aikana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koin kommunikoinnin vaikeana hengityskonehoidon aikana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

11) Valitse parhaiten sopiva vaihtoehto

	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
Minua häiritsi jatkuvan tarkkailun alla oleminen	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Yksityisyyttäni suojeltiin sermien tai verhojen avulla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Minua häiritsi, että muut potilaat saattoivat kuulla, kun asioistani keskusteltiin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Minua suojeltiin muiden potilaiden hoitotoimenpiteiden näkemiseltä	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kehoni intiimien alueiden paljastuminen suojattiin riittävän hyvin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koin oloni epämukavaksi hygieniastani huolehdittaessa (pesut ja muut intiimialueiden paljastamiset)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

12) Valitse parhaiten sopiva vaihtoehto

	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
Sairaanhoitajat käyttivät riittävästi aikaa keskusteluun kanssani	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Pystyin kommunikoimaan elein tai ilmein	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoitoympäristön äänet häiritsivät kommunikointia sairaanhoitajan kanssa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pystyin kommunikoimaan kirjoittamalla tai kuvakorteilla	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sairaanhoitajat kuuntelivat minua	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sairaanhoitajat kohtelivat minua ystävällisesti	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoitoympäristön melut häiritsivät kommunikointia	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Minua turhautti, kun en saanut itseäni ymmärretyksi	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pystyin keskustelemaan luottamuksellisesti sairaanhoitajan kanssa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

13) Mitä mieltä Olitte sairaanhoitajien keskustelu- ja kuuntelutaidoista?

14) Valitse parhaiten sopiva vaihtoehto

	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
Sain kipulääkettä, kun sitä tarvitsin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Asennon vaihtaminen tuotti minulle kipua	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kivun arvioinnissa käytettiin apuna kipumittaria	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Minulta kysyttiin arvioita saamani kipulääkkeen tehokkuudesta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sain kipulääkettä, kun sitä pyysin	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pesutilanteet aiheuttivat minulle kipua	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Kivunhoidosta huolehdittiin ennen hoitotoimenpiteitä tai tutkimuksia (siirrot, pesut, kääntämiset tms.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sairaanhoitajan kosketus vähensi kivuntunnetta	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Hoitotoimenpiteiden yhteydessä sairaanhoitajan kosketus aiheutti kipua	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Mittarit ja seurantalaitteet aiheuttivat minulle kipua	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

Hoitotoimenpiteiden yhteydessä sairaanhoitajan kosketus lisäsi kipua

15) Kuvailkaa kipukokemuksianne ja kivunhoitoa tehohoidon aikana

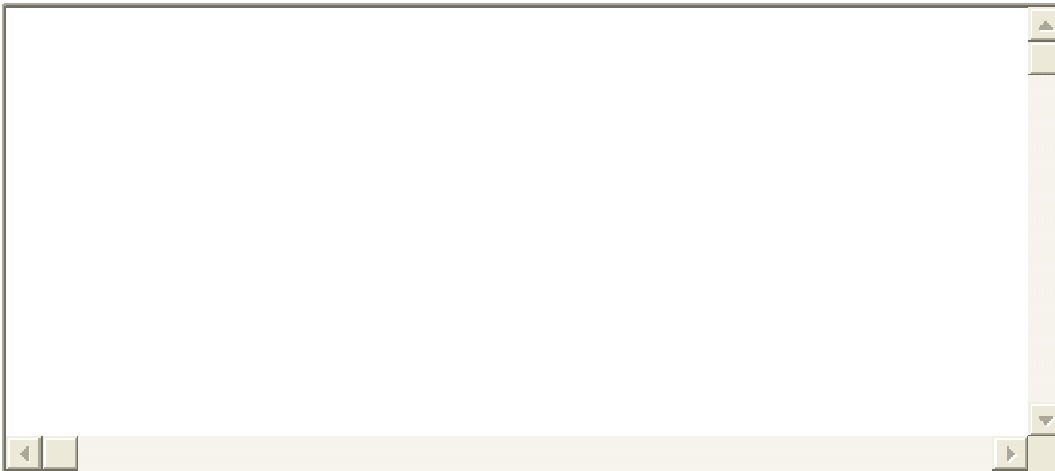
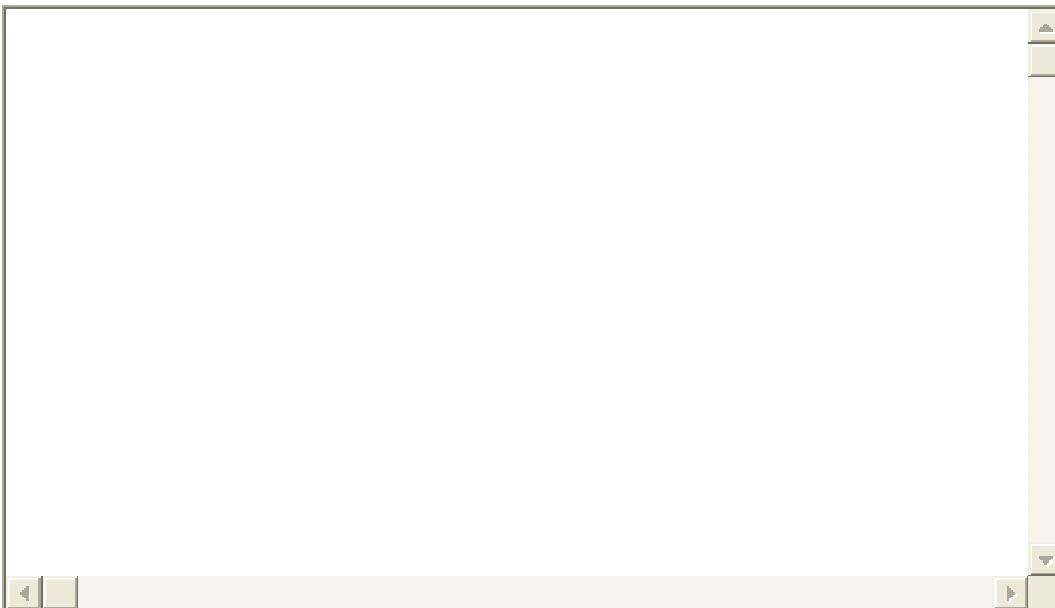
16) Valitse parhaiten sopiva vaihtoehto

	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
Minulle kerrottiin, mitä lääkettä minulle annetaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Sairanhoitaja kertoi lääkkeen mahdollisista haittavaikutuksista (kirvely, kutina, huimaus, pahoinvointi tms.)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Minulle kerrottiin miksi lääkettä annetaan	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koin lääkehoidon toteuttamisen turvallisena	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Pistämisen (injektion antamisen) yhteydessä minulle kerrottiin vaiheittain, mitä tehdään (puhdistaminen, pistäminen, lääkeaineen ruiskuttaminen)	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

17) Kuvailkaa saamaanne lääkehoidon ohjausta (esim. saitteko tietoa mitä ja miksi lääkettä annetaan)

18) Valitse parhaiten sopiva vaihtoehto

	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä
Sairaanhoitajat välittivät omaisteni terveiset minulle	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Omaiset saivat tietoa tilastani	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Koin omaisten läsnäolon vointiani kohentavana asiana	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Omaisilla oli mahdollisuus keskustella lääkärin kanssa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>
Omaisteni mielipidettä hoitoihin kysyttiin, kun en itse siihen sen hetkisen tilani vuoksi voinut vaikuttaa	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>	<input type="radio"/>

19) Kerro omaistesi hoitoon osallistumisestaA large, empty rectangular text area with a light beige background and a thin black border. It has a vertical scrollbar on the right side and a horizontal scrollbar at the bottom, indicating it is a scrollable text field.**20) Miten Mielestänne hoitoa teho-osastolla voitaisiin kehittää?**A large, empty rectangular text area with a light beige background and a thin black border. It has a vertical scrollbar on the right side and a horizontal scrollbar at the bottom, indicating it is a scrollable text field.

Hei!

Olemme kolme sairaanhoitajaopiskelijaa Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä tehohoitopotilaiden kokemuksista ja tutkimuksemme tavoitteena on mm. hoidon kehittäminen teho-osastolla. Kyselyymme voi vastata 18-70-vuotiaat, jotka ovat olleet kolmen vuoden sisällä tehohoidossa jossakin päin Suomea. Kyselyyn vastataan anonyymina. Toivomme sinun tai tehohoidossa olleen tuttavasi ottavan yhteyttä alla olevan sähköpostin kautta, jotta voimme lähettää kyselylomakkeen. Vastauksianne käsitellään luottamuksellisesti ja niitä käsitellään vain tutkimusta varten. Yhteydenottosi jälkeen lähetämme sinulle kyselylomakkeen vuorokauden sisällä. Kyselyymme voi vastata 18.3- 30.4.2010 välisenä aikana. Joitakin vastauksia olemmekin jo saaneet, mutta kaikki kriteerit täyttävät ottakaahan yhteyttä, vastauksenne ovat tärkeitä!!

kysely.tehohoito@gmail.com

Yst. terv. Elina, Pauliina & Maria

Hei!

Olemme kolme sairaanhoitajaopiskelijaa Keski-Pohjanmaan ammattikorkeakoulusta. Teemme opinnäytetyötä tehohoitopotilaiden kokemuksista ja tutkimuksemme tavoitteena on mm. hoidon kehittäminen teho-osastolla.

Kyselyymme voi vastata 18-70-vuotiaat, jotka ovat olleet kolmen vuoden sisällä tehohoidossa jossakin päin Suomea. Kyselyyn vastataan anonyymina eli kyselylomake palautetaan nimettömänä.

Vastauksianne käsitellään luottamuksellisesti ja vain tutkimusta varten.

Kiitos mielenkiinnostanne ja ajastanne!

Ystävällisin terveisin

Elina, Pauliina & Maria

Potilaiden kokemuksia turvallisuudesta

	Täysin samaa mieltä	Osittain samaa mieltä	Osittain eri mieltä	Täysin eri mieltä	Yht.
Sairaanhoitajan läsnäolo lisäsi turvallisuuden tunnetta	73,5 % (N= 25)	23,5 % (N= 8)	2,9 % (N= 1)	0 % (N=0)	100% (N=34)
Koin siirrot (esim. sängystä toiseen ym) turvallisenä	55,9 % (N= 19)	41,2 % (N= 14)	2,9 % (N= 1)	0% (N=0)	100 % (N=34)
Sain tarvitessani apua riittävän nopeasti	55,9 % (N= 19)	32,4 % (N= 11)	8,8 % (N= 3)	0 % (N= 0)	97 % (N= 33)
Tiedonpuute lisäsi turvattomuuden tunnetta	14,7 % (N= 5)	32,4 % (N=11)	20,6 % (N= 7)	23,5 % (N=8)	91,2 % (N=31)
Minulle kerrottiin kuinka toimia, kun haluan hoitajan huomion	64,7 % (N=22)	8,8 % (N=3)	14,7 % (N= 5)	2,9 % (N= 1)	91,1 % (N= 31)
Koin oloni turvalliseksi yöaikaan	55,9 % (N= 19)	14,7 % (N= 5)	17,6 % (N= 6)	8,8 % (N=3)	97 % (N=33)
Epävarmuus toipumiseni suhteen aiheutti minulle pelkoa	29,4 % (N=10)	23,5 % (N=8)	20,6 % (N=7)	20,6 % (N=7)	94,1 % (N=32)
Luotin minua hoitaneisiin sairaanhoitajiin	82,5 % (N= 28)	11,8 % (N= 4)	5,9 % (N= 2)	0 % (N=0)	100 % (N=34)
Sain keskustella hengellisistä asioista halutessani	29,4 % (N=10)	26,5 % (N= 9)	23,5 % (N=8)	5,9 % (N= 2)	85,3 % (N=29)
Hoitotoimenpiteiden yhteydessä sairaanhoitajan kosketus lisäsi turvallisuuden tunnetta	50 % (N=17)	29,4 % (N=10)	8,8 % (N=3)	5,9 % (N= 2)	94,1 % (N=32)
Seurantalaitteiden äänet ja piippaukset lisäsivät turvattomuuden tunnetta	11,8 % (N= 4)	35,3 % (N=12)	23,5 % (N=8)	26,5 % (N= 9)	97 % (N=33)
Luottamus minua hoitaneisiin sairaanhoitajiin syntyi helposti	58,8 % (N= 20)	32,4 % (N=11)	5,9 % (N= 2)	2,9 % (N=1)	100 % (N=34)
Koin oloni turvalliseksi päiväsaikaan	79,4 % (N=27)	14,7 % (N=5)	5,9 % (N= 2)	0 % (N=0)	100 % (N=34)
Kuoleman näkeminen ja aistiminen osastolla lisäsi omaa kuolemanpelkoa	8,8 % (N=3)	11,8 % (N=4)	29,4 % (N=10)	38,2 % (N=13)	88,2 % (N=30)
Koin oloni turvalliseksi, kun asentoani vaihdettiin vuoteessa	64,7 % (N= 22)	20,6 % (N=7)	14,7 % (N=5)	0 % (N=0)	100 % (N=34)

Hengityskonehoito

	Aina	Lähes aina	Joskus	Harvoin	Ei koskaan	Yhteensä
Hengityspotki aiheutti minulle kipua	0 % (N=0)	12,5 % (N=3)	20,8 % (N=5)	8,3 % (N=2)	50 % (N=12)	91,7 % (N=22)
Tulin ymmärretyksi hengityskonehoidon aikana	12,5 % (N=3)	33,3 % (N=8)	16,7 % (N=4)	12,5 % (N=3)	12,5 % (N=3)	87,5 % (N=21)
Koin kommunikoinnin vaikeana hengityskonehoidon aikana	29,7 % (N=7)	12,5 % (N=3)	16,7 % (N=4)	4,2 % (N=1)	29,7 % (N=7)	91,7 % (N=22)

