



TAMPEREEN
AMMATTIKORKEAKOULU

TEHOHOITOPOTILAIDEN KOKEMUKSIA HOIDOSTAAN

Anne Nurmi

Opinnäytetyö
Maaliskuu 2016
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja AMK



TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu (TAMK)
Hoitotyön koulutusohjelma
Sairaanhoitaja AMK

NURMI ANNE:
Tehohoitopotilaiden kokemuksia hoidostaan

Opinnäytetyö 44 sivua, joista liitteitä 3 sivua
Maaliskuu 2016

Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin (PSHP) työ on kiteytetty sanoihin ”Elämän tähden”. Laadunhallinta ja potilasturvallisuuden edistäminen ovat merkittävä osa sairaanhoitopiiriin strategiaa, jossa luvataan potilaille hyvä palvelukokemus. Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata yli 16-vuotiaiden Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin teho-osastolla hoidossa olleiden potilaiden kokemuksia tehohoidosta. Tehtävinä oli analysoida, millaisia palvelukokemuksia potilailla oli ja millaisia tehohoitojaksoon liittyviä asioita ja tilanteita sekä tuen tarpeita potilailla oli vuoden päästä hoitojaksosta. Tavoitteena on kehittää hoitotyötä asiakasnäkökulma huomioiden.

Tutkimusmenetelmä oli laadullinen sisällönanalyysi ja analyysin kohteena olivat työelämätahton valmiiksi litteroimat potilaiden avoimet vastaukset kolmen vuoden ajalta 2011–2013. Sisällönanalyysi aloitettiin palvelukokemusten merkityksellisten ilmausten etsimisellä aineistosta ja luokittelemalla ne niiden ulottuvuuksien mukaan. Analyysia jatkettiin palvelukokemusten luokittelulla tajunnallisuuden, kehollisuuden ja situationaalisuuden mukaan.

Opinnäytetyön tuloksissa nousi esiin potilaan kohtaaminen ainutlaatuisena yksilönä, jonka erilaiset hoitoympäristöön, hoitotilanteisiin, häneen itseensä ja läheisiinsä liittyvät tarpeet tulee erityisesti huomioida. Potilaan tilanne eli situationaalisuus korostui hänen ollessaan tehohoidossa. Tulokset osoittivat, että teho-osaston henkilöstö on onnistunut nykyisissä potilaiden ahtaaksi ja meluisiksi kokemissa hoitotiloissa hoitotyössä olosuhteisiin nähden hyvin. Tehostettavia hoidon osa-alueita tuli esiin liittyen potilaslähtöisyyteen ja potilaan hoitotilanteeseen teho-osastolla. Potilaat toivoivat saavansa lisätietoa hoidon kulusta toipumisen edetessä.

Johtopäätöksenä voidaan todeta, että tulevaisuudessa on tärkeää jatkuva toiminnan ja hoitotyön laadun arviointi ja korjaavien toimenpiteiden toteuttaminen. Kriittinen palaute antaa ajattelemisen aihetta teho-osastolle edelleen kehittää hoitotyön laatuun vaikuttavia osa-alueita. Positiiviset potilaskohtaukset ja potilaskokemukset kertovat potilaskeskeisen toimintatavan toteutumisesta. Jatkotutkimusaiheena esitetään havainnointitutkimuksen toteuttamista teho-osastolla. Tehohoitopotilaiden palvelukokemuksia tulee edelleen tulevaisuudessa tutkia eri näkökulmista.

Asiasanat: palvelukokemus, hoitokokemus, tehohoitopotilas, hoitopalaute

ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu
Tampere University of Applied Sciences
Degree Programme in Nursing and Healthcare
Option of Nursing

NURMI ANNE:
Patients' Experiences of ICU Care

Bachelor's thesis 44 pages, appendices 3 pages
March 2016

Pirkanmaa Hospital District provides special health care and disabled care services and create the conditions for health care research and training. Its operations are based on the following ethical principles: good care, respect for people, appreciating competence and social responsibility. The work is summarized in the slogan, For Life.

The purpose of this thesis was to describe patients' experiences of the intensive care in the intensive care unit (ICU) in the Pirkanmaa Hospital District. The data were collected by the hospital through questionnaires sent to over 16-year-old patients one year later. The data of years 2011 – 2013 were analyzed through qualitative content analysis.

The results revealed that the positive features were the good care and the collaboration between patients and nurses. The reported developmental needs were related to lack of information, personnel in a hurry and sometimes impolite behavior of nurses. In this study many patients expressed wishes to have more quiet surroundings and more privacy. Nurses gained valuable knowledge to their work.

The findings suggest discussion about how to improve circumstances in the unit as well as the skills and competence of nurses for the benefit of patients according to the strategy of the Pirkanmaa Hospital District which emphasizes a pleasant care of the patient in every way. In the future it would be interesting to observe interaction of personnel with patients.

Key words: patient experience, intensive care unit, critical care, patient feedback

SISÄLLYS

| | | |
|---|---|----|
| 1 | JOHDANTO..... | 5 |
| 2 | TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE | 7 |
| 3 | TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT | 8 |
| | 3.1 Keskeiset käsitteet..... | 8 |
| | 3.2 Tehohoitopotilas | 8 |
| | 3.3 Teho-osaston hoitotyön filosofia ja hyvän hoitotyön periaatteet..... | 9 |
| | 3.4 Potilaan palvelukokemus | 10 |
| | 3.5 Aiempia aiheita käsitteleviä tutkimuksia ja artikkeleita | 11 |
| 4 | MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT | 14 |
| | 4.1 Laadullinen menetelmä..... | 14 |
| | 4.2 Aineiston keruu ja käsittely | 17 |
| | 4.3 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi | 18 |
| 5 | TULOKSET | 23 |
| | 5.1 Potilaiden kokemukset kehollisuudesta tehohoitojakson aikana | 23 |
| | 5.1.1 Hoitoympäristöä kuvaavat negatiiviset ulottuvuudet..... | 23 |
| | 5.1.2 Hoitoympäristöä kuvaavat positiiviset ulottuvuudet..... | 24 |
| | 5.2 Potilaiden kokemukset tajunnallisuudesta tehohoitojakson aikana | 24 |
| | 5.2.1 Potilasta kuvaavat negatiiviset ulottuvuudet..... | 24 |
| | 5.2.2 Potilasta kuvaavat positiiviset ulottuvuudet..... | 26 |
| | 5.3 Potilaiden kokemukset situationaalisuudesta tehohoitojakson aikana..... | 26 |
| | 5.3.1 Situationaalisuutta kuvaavat negatiiviset ulottuvuudet..... | 26 |
| | 5.3.2 Situationaalisuutta kuvaavat positiiviset ulottuvuudet..... | 27 |
| | 5.4 Potilaan kokemuksia saamastaan hoidosta vuoden kuluttua | 28 |
| 6 | POHDINTA..... | 30 |
| | 6.1 Eettisyyden tarkastelua ja luotettavuuden arviointia | 30 |
| | 6.2 Opinnäytetyöprosessin pohdinta..... | 33 |
| | 6.3 Tulosten tarkastelua | 35 |
| | 6.4 Johtopäätökset ja kehittämissuhteet..... | 36 |
| | LÄHTEET..... | 39 |
| | LIITTEET | 42 |
| | Liite 1. Saatekirje | 42 |
| | Liite 2. Aineiston palvelukokemusten koodausta merkitysten mukaan | 43 |
| | Liite 3. Aineiston palvelukokemusten koodausta ulottuvuuksien mukaan | 44 |

1 JOHDANTO

Tehohoito kuuluu Suomessa erikoissairaanhoidon pyrkimyksenä ensisijaisesti elämän säilyttäminen ja hengenvaaran estäminen. Tehohoitotyö on vaikeasti sairaiden potilaiden hoitotyötä erityisolloissa teho-osastolla ja tarkoitettu potilaille, joilla hengenvaara on arvioitu tilapäiseksi. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 236 – 238.)

Pirkanmaan sairaanhoitopiirin (PSHP) teho-osasto tarjoaa tehohoitoa sekä asiakkailleen että erityisvastuualueen sairaanhoitopiirien asiakkaille. Tehohoidon yksikkö muodostuu teho-osastosta ja tehovalvonnasta. Potilaspaikkoja on yhteensä 22. Osastolla hoidetaan aikuis- ja lapsipotilaita lukuun ottamatta vastasyntyneitä. Tehohoidossa hoidettavilla potilailla on äkillinen, tilapäinen, henkeä uhkaava yhden tai useamman elintoiminnan häiriö. Tehohoidon tarve voi johtua esimerkiksi vakavasta sairaudesta tai onnettomuudesta. Tehohoitoa tarvitaan myös joidenkin suurten leikkausten jälkeen. (PSHP Teho-osasto 2015.)

Vuosittain teho-osastolla hoidetaan yhteensä noin 2000 potilasta. Elektiivisiä, postoperatiivisia potilaita näistä on noin 700. Hoitoaika teho-osastolla on keskimäärin 2,5 päivää ja mediaani on kolme päivää. Hoitoaika voi joskus kestää jopa viikkoja. Noin puolet potilaista saa tehovalvontatasoista hoitoa tai seurantaa. Teholla hoidetaan kaikkien erikoisalojen tehohoitoa vaativia potilaita. Ainoastaan sydänkirurgiset potilaat hoidetaan Sydän-sairaalan postoperatiivisella teho-osastolla. (PSHP Teho-osasto 2015; Kalliomäki, Karlsson & Karhe 2012, 168.)

PSHP:n työ on kiteytetty sanoihin ”Elämän tähden”. Laadunhallinta ja potilasturvallisuuden edistäminen ovat merkittävä osa sairaanhoitopiirin strategiaa, jossa luvataan potilaille hyvä palvelukokemus. (PSHP strategia 2012–2016.) Teho-osaston hoitotyö perustuu PSHP:n strategiaan, jonka asiakaslähtöisen näkökulman mukaan palveluja järjestetään ja tuotetaan sekä potilaiden että muiden asiakkaiden tarpeiden mukaan ja tuetaan potilaan mahdollisimman täysipainoista elämää sairauden kanssa. Teho-osaston henkilökunta on sitoutunut yksilövastuuseen ja perhekeskeiseen hoitotyöhön strategian mukaisesti sekä pyrkii jatkuvasti kehittämään ja syventämään hoitotyötä. (PSHP Toimintayksiköt 2015.) Syksyllä 2015 on linjattu PSHP:n uusi strategia vuosille 2016–2025 (PSHP Strategia 2016–2025).

Teho-osaston toimintaa ohjaavat PSHP:n eettiset periaatteet, joita ovat potilaan hyvä hoito, ihmisen kunnioittaminen, osaamisen arvostaminen ja yhteiskuntavastuullisuus. Päivittäisessä toiminnassa korostuvat yksilöllisyys, inhimillisyys, perhekeskeisyys, turvallisuus ja tasa-arvo. Hoitotyön jatkuvuus turvataan sillä, että potilaan hoidosta vastaa sama hoitohenkilöstö läpi tehohoitojakson. Tehohoitotyö on moniammatillista yhteistyötä potilaan ja hänen läheistensä parhaaksi. (PSHP) 2015a.) Sairaanhoitopiiri kerää jatkuvaa palautetta hoidosta oma-aloitteisesti. Potilaiden kokemuksia palveluista hyödynnetään toiminnan kehittämiseksi. Kaikkien yli 16-vuotiaiden tehohoidossa olleiden potilaiden elämänlaatua ja toimintakykyä kartoitetaan vuoden kuluttua tehohoidon päättymisestä (PSHP) 2015b.)

Oma kiinnostukseni tehohoitopotilaan hoitotyöhön on motivoinut opinnäytetyöntekijää tutkimaan tätä työelämälähtöistä aihetta, jossa analysoidaan tehohoitopotilaiden palvelukokemuksia. Mielenkiintoa on herättänyt PSHP:n strategiassa korostetut palvelukokemukset ja, miten ne ilmenevät tämän opinnäytetyön tuloksissa. Aihe on ajankohtainen ja tarpeellinen sekä työelämätaholle että myös minulle tulevana sairaanhoitajana. Saan arvokkaita oppimiskokemuksia opinnäytetyötä tehdessäni ja tulen tietoisiksi potilaiden kokemuksista. On mielenkiintoista ja tärkeää tutustua tehohoitopotilaiden kokemuksiin ja sitä kautta kuvata ja selvittää heidän kokemiaan hoitotilanteita teho-osastohoidossa. Samalla saadaan selvyys osataanko potilaita kuunnella, olla läsnä ja kohdata vuorovaikutuksellisesti.

2 TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata yli 16-vuotiaiden Pirkanmaan sairaanhoitopiirin teho-osastolla hoidossa olleiden potilaiden yksilöllisiä kokemuksia tehohoidosta.

Tutkimuksen tehtävät:

1. Mitä ovat tehohoitopotilaiden palvelukokemukset tehohoidosta?
2. Millaisia kokemuksia potilailla on tehohoitajaksostaan vuoden päästä hoitojakson päättymisestä?

Opinnäytetyön tavoitteena oli potilaskokemusten analysoinnin tuloksissa tuoda esiin millaisia hoitoon liittyviä asioita ja tilanteita sekä tuen tarpeita potilailla on. Teho-osaston toiminnan kehittämisen ja tulevaisuuden tehohoitokeskuksen kannalta pidetään tärkeänä potilaspalautteista saadun tiedon hyödyntämistä teho-osaston tilojen suunnittelussa, hoitohenkilökunnan perehdytyksessä, sisäisessä koulutuksessa sekä teho-osaston hoitotyön laadun arvioinnissa ja kehittämisessä. Lisäksi opinnäytetyön tekijä sai arvokasta tietoa potilaiden kokemuksista, josta on apua oman ammattitaidon lisäämisessä tulevana sairaanhoitajana. Tuloksia voidaan hyödyntää sairaanhoitajien koulutuksessa sekä tulevissa tutkimuksissa.

3 TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

3.1 Keskeiset käsitteet

Tämän opinnäytetyön mielenkiinnon kohteena (kuvio 1) ovat yli 16-vuotiaiden tehohoitopotilaiden yksilölliset palvelukokemukset heidän hoitajaksoiltaan Pirkanmaan sairaanhoitopiiriin (PSHP) eräällä teho-osastolla vuosina 2011 - 2013. Keskeinen käsite on tehohoitopotilaiden palvelukokemukset, jotka perustuvat heidän yksilöllisiin kokemuksiinsa ja tulevat esiin potilaspalautteissa. Jotta voidaan kuvata ja luokitella kokemusten sisältöjä, niitä tarkastellaan tehohoitopotilaan hoitotyön filosofian näkökulmasta kyseisellä teho-osastolla.



KUVIO 1. Tehohoitopotilaiden palvelukokemukset - keskeiset käsitteet

3.2 Tehohoitopotilas

Tehohoitopotilaat ovat kriittisesti sairaita ja heillä arvioidaan olevan hyvät mahdollisuudet selviytyä lyhytkestoisesta henkeä uhkaavasta sairaudesta. Tehohoidolla estetään lisävaurioiden synty ja turvataan tärkeimmät elintoiminnot. Samanaikaisesti toteutetaan po-

tilaan tarvitsema muu hoito. Hyvän ja tehokkaan hoidon mahdollistaa elintärkeiden toimintojen valvonnan ja ylläpidon edellyttämä ammattitaitoinen henkilöstö ja uusin käytössä oleva teknologia. (PSHP Lisätietoa teho-osastosta 2014.)

Ihmisen kehollisuus on korostunutta tehohoidossa, koska potilas tulee tehohoitoon yhden tai useamman elintoiminnon häiriön tai sen uhan takia. Potilas tarvitsee myös apua ja tukea tajunnallisella ja elämäntilanteellisella puolella. Tajunnallisuus on psyykkistä ja henkistä olemassaoloa, jossa ihminen kokee esimerkiksi elämyksiä, tunteita, mielipahaa ja haluja. Elämäntilanteellisuus eli situationaalisuus on ihmisen olemassaolon muoto, jossa ihmisen todellisuus määrittyy oman elämäntilanteen kautta. Teho-osastolla potilaan elämäntilanne seuraa hänen mukanaan. Potilaan läheisten tukeminen vaikeassa tilanteessa auttaa heitä itseään sekä välillisesti potilasta, koska potilas tarvitsee läheisten tukea toipumisessa. (PSHP Teho-osasto 2015.)

3.3 Teho-osaston hoitotyön filosofia ja hyvän hoitotyön periaatteet

Ihminen on kehollinen, tajunnallinen ja situationaalinen eli elämäntilanteeseensa kietoutunut ainutlaatuinen olento. Näistä kolmesta olemuspuolesta ei voi mikään puuttua persoonana olemisesta. (Rauhala 2009, 190.) PSHP:n teho-osaston hoitotyön filosofia pohjautuu edellä mainittuun kokonaisvaltaiseen ihmiskäsitykseen, jonka kolme eri osa-aluetta ovat olemassa samanaikaisesti ja edellyttävät toinen toistensa olemassaoloa. Lisäksi ihmisellä on ajallinen ulottuvuus, jossa jokaisella on oma menneisyys, nykyhetki ja tulevaisuus. Ihminen ymmärtää nykyhetkeä oman historiansa sekä omien kokemustensa kautta ja suuntaa niiden avulla kohti tulevaisuutta. (PSHP Teho-osasto 2015.) Hoitotyön filosofian ohella osaston hoitotyön periaatteita ovat riippumattomuus, turvallisuus, yksilöllisyys, terveyden ja hyvän olon edistäminen ja jatkuvuus. Tehohoidon päätavoite on terveyden ja hyvän olon edistäminen lääke- ja hoitotieteen keinoin. (PSHP Teho-osasto 2015.)

Teho-osaston auttamiskeinoja ovat aikanaan auttaminen, vitaalielintoimintojen ja turvallisuuden tunteen turvaaminen, ymmärtäminen, mahdollisuuksien näkeminen, tietojen vaihto, läsnäolo. Läsnäolo on potilaan kohtaamista tai olemista potilaan käytettävissä. Se on potilaan ja sairaanhoitajan välinen yhteistyösuhde, joka ilmenee kiireettömänä ihmi-

sen lähellä olona, välittämisenä, keskusteluna tai hiljaisuutena. Läsnaolo on kykyä pysähtyä kiireenkin keskellä potilaan tilanteeseen. Se on herkkyyttä tunnistaa potilaan tarpeita ja kykyä kuunnella häntä. Läsnaolo ei ole ainoastaan fyysistä läsnaoloa. Sen asteesta kertoo puhetapa, äänen paino, tapa liikkua, eleet ja potilaan koskettaminen. Hiljaisuus on tärkeä läsnaolon tapa. Läsnaolo on myös potilaan elämäntilanteen ymmärtämistä ja hänen hyväksymistään sellaisena kuin hän on. (PSHP Teho-osasto 2015.)

3.4 Potilaan palvelukokemus

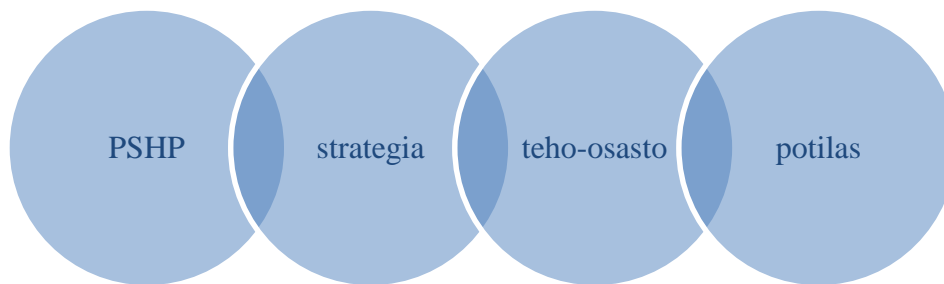
Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992) edellyttää, että potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Lain perusteella potilaan äidinkieli, hänen yksilölliset tarpeensa, kulttuurinsa, vakaumuksensa ja yksityisyytensä on mahdollisuuksien mukaan huomioitava potilaan hoidossa ja kohtelussa. Oikeuksia ovat hyvän hoidon lisäksi hyvä kohtelu, itsemääräämisoikeus, tietojen saanti omasta terveydentilastaan, hoitosuunnitelman laatiminen ja toimivalta.

Terveydenhuollon toiminta perustuu näyttöön ja hyviin hoito- ja toimintakäytäntöihin. Näyttöön perustuvassa päätöksenteossa hyödynnetään myös työntekijän kokemustietoa, tietoa toimintaympäristöstä ja resursseista sekä potilaalta ja asiakkaalta itseltään tai hänen läheiseltään saatua tietoa hänen elämäntilanteestaan ja resursseistaan. (Hoitotyön tutkimussäätiö 2016.)

Terveydenhuollon toiminnan tarkoituksena on vahvistaa hoidon asiakaslähtöisyyttä olla laadukasta, turvallista ja asianmukaisesti toteutettua. Laki velvoittaa terveydenhuollon toimintayksiköitä laatimaan suunnitelman laadunhallinnasta ja potilasturvallisuuden täytäntöönpanosta. Palvelulaadun ulottuvuuksia potilaan näkökulmasta ovat potilaskeskeisyys ja oikea-aikaisuus. (Suomen kuntaliitto 2011; Terveydenhuoltolaki (1326/2010.) Valtakunnallisen sosiaali- ja terveystieteiden neuvottelukunnan (ETENE) laatimat terveydenhuollon yhteiset eettiset periaatteet korostavat potilaan oikeutta hyvään hoitoon ja kaikkien terveydenhuollon tasojen vastuuta sen toteuttamisessa. Tämän lisäksi eettisissä ohjeissa korostetaan oikeudenmukaisuutta ja potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittamista. (ETENE 2011.) Samassa hoitoyhteisössä työskentelevät sairaanhoitajat vastaavat yhdessä siitä, että hoitotyön laatu on mahdollisimman hyvä ja että sitä parannetaan jatkuvasti (Suomen sairaanhoitajaliitto 2016). Suomessa tehohoidon eettisten ohjeiden

laatimisesta on vastannut Suomen Tehohoitoyhdistys ja ne koskevat kaikkia tehohoidon ammattilaisia. Ohjeet on jaoteltu kuuteen kohtaan: elämän säilyttäminen, kärsimysten lieventäminen, lisähaittojen välttäminen, potilaan itsemääräämisoikeuden kunnioittaminen, totuudellisuus ja oikeudenmukaisuus. (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 236 – 237.)

”Lupaus hyvästä palvelukokemuksesta” -Pirkanmaan sairaanhoitopiirin strategian tavoitteena on, että potilas saa korkeatasoista ja turvallista hoitoa oikeaan aikaan. Potilas ja hänen läheisensä saavat hoidosta hyvän kokemuksen, joka syntyy hoidon lisäksi hyvästä kohtelusta ja riittävästä tiedosta ymmärrettävällä kielellä. Näyttöön perustuvat käytännöt juurrutetaan toimintatavoiksi. Hoito perustuu jatkuvaan arviointiin ja kehittämiseen. Potilasturvallisuutta arvioidaan aktiivisesti ja havaittuihin poikkeamiin puututaan korjaavin toimenpitein välittömästi. Sairaanhoitopiiri kerää jatkuvaa palautetta hoidosta oma-aloitteisesti. Potilas voi käyttää useita yhteydenottotapoja. Potilaiden kokemuksia palveluista hyödynnetään toiminnan kehittämisessä. (PSHP Strategia vuosille 2012–2016; 2016–2025.) Potilaslähtöisyyden keskeistä merkitystä PSHP:n strategiassa on havainnollistettu kuviossa 2.



KUVIO 2. Potilaslähtöisyys PSHP:n strategiassa

3.5 Aiempia aihetta käsitteleviä tutkimuksia ja artikkeleita

Vuosina 1998–2004 Suomessa tehohoitopotilaiden mediaani-ikä oli 62 vuotta. Tehohoidon tarpeen arvioidaan lisääntyvänä 19 % vuoteen 2020 ja 25 % vuoteen 2030 mennessä olettaen, että vaikeiden sairauksien ilmaantuvuus, tehohoidon kriteerit ja itse tehohoito pysyvät muuttumattomina. (Parviainen 2012, 66; Reinikainen 2012, 3.)

Potilaiden kokemuksiin tehohoidosta vaikuttavat erityisesti aistimukset, muistikuvat ja hoitoympäristö. Aineisto kerättiin havainnoimalla tehohoidossa olevia potilaita sekä mitaamalla melun ja valon voimakkuutta. Lisäksi potilaita haastateltiin kaksi kertaa tehohoidon jälkeen. Tehohoidossa olevan potilaan hoitoympäristö koostuu osatekijöistä, joihin potilas ei voi itse vaikuttaa ja joita hänen on vaikea hahmottaa. Sen sijaan henkilökunta voi vaikuttaa moniin hoitoympäristön tekijöihin, jotka edistävät tai hidastavat potilaan psyykkistä toipumista. Näitä ovat hoitoympäristön rauhoittaminen, vuorokausirytmien kunnioittaminen, potilaskeskeinen hoitotyön suunnittelu sekä oikea-aikainen ja oikeamuotoinen tiedonanto. (Meriläinen 2012, 172–173.)

”Unta ja kipua potilaan arvioimana” tutkimuksen kohderyhmän muodostivat teho-osastolla hoidettavat aikuiset 18 vuotta täyttäneet, vähintään yhden kokonaisen yön teho-osastolla olleet, orientoituneet, suomen- tai ruotsinkieliset, näkevät ja kuulevat potilaat. Tutkimuksen tulosten mukaan suomalaisten tehohoitopotilaiden mielestä kipu heikentää unen laatua, nukahtamista, unen syvyyttä ja unen jatkuvuutta. Potilaat kärsivät piinaavista painajaisista sekä kaipasivat normaalia unta. (Kiljunen, 2012; Ritmala-Castrén 2014, 165.) Uusimman tehohoitopotilaiden nukkumista ja unen laatua koskevan tutkimuksen tuloksena potilaat kärsivät teho-osastohoidon aikana unettomuudesta ja nukkuvat kevyttä unta heräillen tiheään. Potilaan unen huono laatu ja vähäinen määrä voivat hidastaa toipumista ja pidentää hoitoaikoja. Enemmistö potilaista arvioi lisäksi oman nukkumisensa olleen kevyttä ja heräämisiä paljon. Unen laadun ja määrän arvioinnissa hoitajien ja potilaiden arvioissa oli suuria eroja. Jatkokehittämissuunnitelmana on esitetty unen laadun arvioinnin kehittämistä luotettavasti sekä lisäämällä tietoisuutta unesta ja sen merkityksestä. (Ritmala-Castrén 2015.)

Melutaso nousee helposti yli WHO:n asettamien desibelisuositusten niin päivällä kuin yölläkin. Tampereen yliopistollisen sairaalan teho-osastolla on tehty melumittauksia hoituhuoneissa sekä tarkasteltu saatuja potilaspalautteita koskien melua. Tarkoituksena oli hankkia tutkittua tietoa melusta ja sen haittojen ehkäisemisestä tehohoidossa. Teho-osastoilla on mittava määrä melunlähteitä ja melutaso kansainvälisiin suosituksiin nähden korkea. Tehdyt melumittaukset tukivat tätä tulosta. Melulla sairaalassa on haitallisia vaikutuksia niin henkilökuntaan kuin potilaisiin. Näin ollen toimenpiteet melusaasteen vähentämiseksi ovat perusteltuja ja toimenpiteet tulisi kohdistaa sekä ulkoisiin puitteisiin että henkilökunnan asenteisiin ja käyttäytymisen muuttamiseen. (Hakio, Rautiola & Wootten 2014, 27–30.)

Kriittisesti sairastuneiden potilaskokemuksia tutkineessa brittiläisessä, laadullisessa tutkimuksessa nousi tuloksissa esiin kahdeksan osa-aluetta, joiden mukaan potilaskokemukset luokiteltiin. Nämä olivat: epätodelliset aistikokemukset ja unet, kuoleman läheisyys, sairautentuntemukset kehossa, aikakäsityksen hämärtyminen, ympäristötekijät, hoitotyö ja vuorovaikutus henkilökunnan kanssa, perheen ja ystävien tuki, teho-osastolta siirtyminen ja toipuminen kriittisestä sairaudesta. (Cutler, Hayter & Ryan, 2012.) Artikkelissa, joka käsittelee Kinestetiikan ulottuvuuksia tehohoidossa, korostaa kinestetiikan periaatteiden hyödyntämistä tehohoidossa, jolloin sekä hoitohenkilökunnan että potilaiden raskuuden ja kuormituksen väheneminen vaikuttaa positiivisesti hoitoon ja kuntoutumiseen. Kinestetiikan kuusi käsitettä ovat vuorovaikutus, toiminnallinen anatomia, ihmisen liikkuminen, voima, ihmisen toiminnot ja ympäristö. Tehohoitopotilas hyötyy kehonhahmottamisesta ja saa kokonaisvaltaista hoitoa. (Hagström, Alanko, Lähdesmäki & Hantikainen 2014, 50–54.)

Huolehtiva kanssakäyminen – sanapari on tullut esiin, joka käsittelee emotionaalisen tuen antamista äkillisesti aivohalvaukseen sairastuneen potilaan hoitotyössä ja perustuu hoitohenkilökunnan ja potilaan sekä hänen perheenjäsentensä kohtaamiseen. Väitöskirjassa tutkimuskohteena on perheenjäsenten saama tuki. Tulosten perusteella perheenjäsen tarvitsee heti potilaan sairastumisen akuutista vaiheesta lähtien hoitohenkilökunnan antamaa emotionaalista tukea eli hoitavaa huolenpitoa, joka perheenjäsenten mukaan näkyy ja tuntuu hoitohenkilökunnan käyttäytymisessä. Oleellista on, että vuorovaikutussuhde hoitohenkilökunnan kanssa on läheinen, lämmin ja oikea-aikainen. Emotionaalinen tuki auttaa perheenjäseniä tulevaisuuden rakentamisessa, antaa uskoa omaan selviytymiseen ja saa aikaan tarpeellisuuden tunteen. Huomioitavaa on myös se, että kaikki perheenjäsenet eivät kokeneet kaipaavansa hoitohenkilökunnan antamaa emotionaalista tukea. (Lehto 2015.)

Deliriumin eli sekavuusoireyhtymän ehkäisemisessä on tärkeää mahdollisten riskitekijöiden tunnistaminen ja nopea korjaaminen. Tällaisia toimenpiteitä ovat mm. metabolisten häiriöiden ja hypoksian korjaaminen, aktiivinen hengityskoneesta vieroittaminen ja ekstubaatioon pyrkiminen, varhainen mobilisaatio ja fysioterapia, toistuva potilaan muistuttaminen ajasta ja paikasta, normaalin unen ja unirytmien palauttaminen, silmälasien ja kuulokojeiden käyttö normaalisti, tiettyjen lääkkeiden kuten sedaatiolääkkeiden ja opioidien liikkakäytön välttäminen tai käytön tarkka harkinta sekä perusteltu antipsykoottien käyttö. (Hautamäki 2006.)

4 MENETELMÄLLISET LÄHTÖKOHDAT

Tutkimuksen kautta pyritään syventämään tietoa ja muodostamaan uusia näkökulmia todellisuuteen. Tutkija luo tutkimuksen kohteista käsityksiä käsitteiden ja teorioiden avulla. Lisäksi työhön vaikuttavat myös tutkijan elämän kokemukset ja niiden myötä omaksutut arvot. Ymmärtämisen taustalla on kokemusmaailma, johon liittyy esiymmärrys niin, että asia on tuttua omasta työstä ja opiskelusta, jolloin tutkimusta ei aloiteta aivan tyhjästä. Tutkimuksen taustalla vaikuttavat myös filosofiset käsitykset ihmisestä ja tiedosta eli ihmiskäsitys ja tiedonkäsitys. Tiedon lähteenä ja kriteerinä tieteessä on itse tutkimuskohdeesta saatava kokemustieto. (Aaltola 2010, 13, 18.)

4.1 Laadullinen menetelmä

Laadullisen tutkimusmenetelmän lähtökohtana on ihminen, hänen elämänpiirinsä sekä niihin liittyvät merkitykset. Koska ollaan tekemisissä kertomuksien, tarinoiden ja merkityksien kanssa, tilastollisesti yleistettävää tietoa ei ole mahdollista saada määrällisen tutkimuksen tapaan. Laadullinen tutkimus hyödyttää näyttöön perustuvaa toimintaa auttamalla ymmärtämään hoidettavana olleen potilaan hoitokokemuksia, paljastamalla erilaisia näkökulmia hoitotodellisuudesta, jäsentämällä potilaiden todellisuutta ja tuottamalla uusia oivalluksia hoitotyön kehittämiseen. (Kylmä 2003, 612, 614; Kylmä & Juvakka 2007, 16–17.) Kokemus ei ole koskaan loppuun saakka ymmärretty. Siihen jää aina määrittämättömiä puolia. Kokemusten tutkija joutuu vaikeuksiin tutkimuksensa analyysivaiheessa, jos hän on kerännyt aineiston, jossa puhutaan pääosin vain yleisiä ajatuksia ja mielipiteitä, sillä kokemus on aina omakohtainen. (Laine 2010, 38.) Hyötyjä tutkimukseen osallistujalle kirjallisuuden perusteella on oman tarinan kertomisen mahdollisuus, tunnepuhdistautuminen, lisääntynyt tietoisuus itsestä, voimaantuminen, hyvinvointi (Kylmä & Juvakka 2007, 148).

Aiemmat tutkimukset aiheesta esitellään mutta niihin pyritään saamaan etäisyyttä siksi aikaa, kun tutkija tekee omia tulkintojaan tutkimusaineistosta. Omien arkikokemustemme lisäksi aiemmat tutkimukset ja tutkimustulokset ovat selkeimpiä tutkimuskohteen ennalta määrittäjiä. Niitä ei kuitenkaan mitätöidä, vaan sivuun laitto on vain vaihe tutkimusprosessissa. Tutkimuksen lopussa, kun oman aineiston tulkinta on suoritettu, on aika tuoda

aiemmin tehdyt tutkimukset ja teorit kentälle keskustelemaan saaduista tuloksista. Myös teoreettiset esimääritykset pitäisi voida laittaa sivuun ennen tutkimusta. (Laine 2010, 35.)

Laadullisen terveystutkimuksen ominaispiirteisiin kuuluu induktiivisuus tavoitteena osallistujien näkökulman ymmärtäminen ja osallistujien todellisuus. Induktiivisessa analyysissä edetään aineiston ehdoilla, jolloin aineistona ovat merkityksiä ilmentävät sanat. (Kylmä & Juvakka 2007, 22–23, 31.) Sisällönanalyysin katsotaan soveltuvan hyvin strukturoimattomaan aineistoon (Kyngäs ym. 2011, 140).

Sisällönanalyysimenetelmällä pyritään saamaan tutkittavasta ilmiöstä kuvaus tiivistetyssä ja yleisessä muodossa (Tuomi & Sarajärvi 2011, 103). Aineiston sisällöllistä analyysia voi helpottaa tekemällä esimerkiksi käsitekartan, jonka etuja ovat visuaalisuus. Tekijä voi hahmottaa sen avulla suuren kokonaisuuden ja sen kaikki osat yhtä aikaa, se selkiyttää eri osien välisiä suhteita ja toisaalta se nostaa esiin oleelliset ja epäoleelliset seikat (Metsämuuronen 2008, 51). Sisällönanalyysin onnistumisen edellytyksenä on, että tutkija kykenee pelkistämään aineiston ja muodostamaan siitä käsitteet, jotka kuvaavat luotettavasti tutkittavaa ilmiötä (Kyngäs, Elo, Pölkki, Kääriäinen & Kanste, 2011, 139).

Induktiivisessa sisällönanalyysissä luokitellaan tekstin sanoja ja niistä koostuvia ilmaisuja niiden teoreettisen merkityksen perusteella. Merkitykset voidaan tulkita viesteiksi, jolloin tulkinta korostuu ja jokainen ihminen ymmärtää toisen ihmisen omista lähtökohdistaan käsin. Analyysi perustuu ensisijaisesti induktiiviseen päättelyyn, jota tutkimuksen tarkoitus ja tehtävät ohjaavat. Analyysi helpottuu, kun merkitykset jäsennetään merkityskokonaisuuksiksi. Ne löydetään sisäisen yhteenkuuluvuuden eli samanlaisuuden perusteella. Aineiston analysoinnin tavoitteena on löytää keskeiset ydinkategoriat ja perusulottuvuudet sekä kehittää käsitteellisesti mielekkäitä ydinteemoja kerätystä aineistosta ja nostaa tutkimustehtäviin vastaava sisältö erilleen muusta aineistosta. Käsitteellisyys nousee aineistosta. Analyysissä ei tarvitse analysoida kaikkea tietoa, vaan haetaan vastausta tutkimuksen tarkoitukseen ja tutkimustehtäviin. Tarkastelu voi kohdistua uusiin mielenkiinnon kohteisiin tutkimusprosessin aikana. Kuitenkin rajaamisen tärkeyttä on hyvä korostaa ja tutkija voi jo aineistoa kerätessä rajata kenttää keskeisimmillä käsitteillä. (Kiviniemi 2010, 73, 80–81; Kylmä & Juvakka 2007, 112–113.)

Sisällönanalyysissä on myös muita aineiston lähestymistapoja. Luokittelun sijasta voidaan puhua myös tyypittelystä, jolloin aineisto ryhmitellään ryhmän sisällä vallitsevan

samankaltaisuuden mukaan. Tiettyyn ryhmään kootaan aineistosta ne tekstit, jotka tiettyjen piirteiden tai ominaisuuksien perusteella näyttävät kuuluvan yhteen. Tyypittelyn sijasta aineistoa voi lähestyä teemoittain. (Rantala 2010, 114.)

Sisällönanalyysin vaiheet ovat: puhtaaksi kirjoittaminen eli litterointi, yleiskuvan hahmottaminen, aineiston pelkistäminen (redusointi), aineiston ryhmittely tai luokittelu (klusterointi) ja käsitteiden luominen (abstrahointi). Kylmä ja Juvakka (2007) korostavat, että kuvaavien luokkien annetaan ohjautua aineistosta käsin. Tutkimusprosessin vaiheita on nimetty myös niin, että ensimmäinen vaihe on analyysivaihe, jolloin aineisto puretaan osioihin ja sisällöllisesti samankaltaiset osat yhdistetään ja tiivistetään kokonaisuudeksi. Analyysivaiheen jälkeen toinen vaihe on tulkintavaihe, jolloin osioista tehdään uusi synteesi. Aineistolähtöisyydessä on keskeistä se, että aineiston annetaan kertoa oma tarinansa tutkittavasta ilmiöstä. (Kylmä & Juvakka 2007, 112–113.) Aineiston analyysi tarkoittaa käytännössä sen lukemista yhä uudelleen, tekstien pohtimista, luokittelua, vertailua, tulkittamista ja niihin liittyvää teoretisointia (Rantala 2010, 113).

Tuomi ja Sarajärvi (2011, 109) kuvaavat aineistolähtöistä sisällönanalyysin prosessia alla olevan kuvion teksteillä (kuvio 3).



KUVIO 3. Aineistolähtöisen sisällönanalyysin prosessi (Tuomi & Sarajärvi 2011, 109)

Laadullinen tutkimus on luonteeltaan tulkinnallista eikä siinä aina nouse esiin totuutta, joka voitaisiin esittää tutkimuksen kuvauksena ja tuloksena. Aineiston analysointia ja laadittua tutkimusraporttia voi luonnehtia tekijän henkilökohtaiseksi konstruktioksi tutkittavana olleesta ilmiöstä. Kun aineisto on analysoitu ja muutettu tuloksiksi, tullaan tulokset vielä erikseen selittämään ja tulkitsemaan. Tulkinta tulee olemaan tutkimuksen tekijän pohdintaa ja tulosten merkitysten selkiyttämistä. Analyysin tuloksia raportoidessaan tekijä lopullisesti ratkaisee mikä tutkittavan ilmiön tarina on ja mitä raporttiin tullaan sisällyttämään. (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2006, 213; Kiviniemi 2010, 80–81.) Tutkimusraportissa tulee kuvata tarkasti, miten tieto on saatu, miten analyysi on tehty, millä perusteella päättelyt on tehty (Metsämuuronen 2008, 58). Kun tutkija nostaa jonkin kohdan lukijoille pohdittavaksi, on kyseessä jo jonkinlainen yleistys. Laadullisessa tutkimuksessa yleistyksiä ei tehdä varsinaisesta tekstistä vaan tulkinnoista. (Moilanen & Rähä 2010, 67; Kyngäs ym. 2011, 140, 146.)

Tuloksissa tutkimustehtävien ja tulosten rakenne tulee vastata toisiaan. Tuloksissa esitetään vastaukset tutkimustehtäviin ja pohditaan tutkimuksen rehellisyyttä, huolellisuutta ja tarkkuutta. Raportissa kirjoittajan on osattava ilmoittaa päätulokset, koska liian yksityiskohtainen tulosten raportointi haittaa luettavuutta. Tulosten raportoinnin yhteydessä merkityksellisiä ilmaisuja voidaan käyttää esimerkkeinä aineistosta. (Kylmä & Juvakka 2007, 117, 162–163, 167.) Raportissa esitetään lainauksia esimerkiksi aineistosta ja tekijä kuvaa mitä aiottiin tehdä, mitä tehtiin ja miten siinä onnistuttiin. Mielenkiintoinen ja persoonallinen näkökulma tulosten raportoinnissa ovat eduksi ja virkistävää, kun lukija arvioi onko muodostettu käsitys ilmiöstä lukijan kannalta uskottava. (Virikko 2015.)

4.2 Aineiston keruu ja käsittely

Jotta kysymykset ja aineisto vastaisivat toisiaan, tulee ennen aineiston keruuta pohtia, millaisia kokemukset ovat luonteeltaan ja millä eri tavoin niitä voidaan tavoitella. Merkitysten tulkinnassa on hyötyä rikkaasta ja monipuolisesta aineistosta. (Moilanen & Rähä 2010, 53.) Tutkijan aineiston analysointia helpottaa, jos tekijä on tehnyt puhtaaksikirjoittamisen, koska hän saa jo muodostettua kokonaiskuvaa aineistosta (Kylmä & Juvakka 2007, 111).

Kaikille tehohoidossa olleille potilaille (yli 16-vuotiaat) Pirkanmaan sairaanhoitopiirin teho-osasto oli lähettänyt EQ- 5D-elämänlaatumittari-kyselyn ja erillisen paperin, johon vastaajat nimettöminä kirjoittivat kokemuksistaan kahteen avoimeen kysymykseen liittyen tehohoitojakson hyviin ja huonoihin kokemuksiin. Kyselyn mukaan liitettiin saatekirje (liite 1). Nämä avoimet ja anonyymit potilaspalautteet olivat jo valmiiksi litteroidut ja tallennettu sähköisesti työelämätahon toimesta, kun opinnäytetyön tekijä tutkimusluvan saatuaan vastaanotti tutkimusaineiston.

Työelämätahon valmiiksi keräämä tutkimusaineisto kolme vuoden ajalta saatiin A4-kokoisina, yksipuolisina printteinä. Aineistoa oli yhteensä 86 sivua, joissa potilaiden palautteet oli erotettu toisistaan tyhjällä rivinvaihdolla. Sama materiaali saatiin myös sähköisesti pdf-muodossa. Vastauksista oli poistettu työelämätahon puolesta nimet, jos niitä esiintyi, joten potilaiden anonymiteetti säilyi.

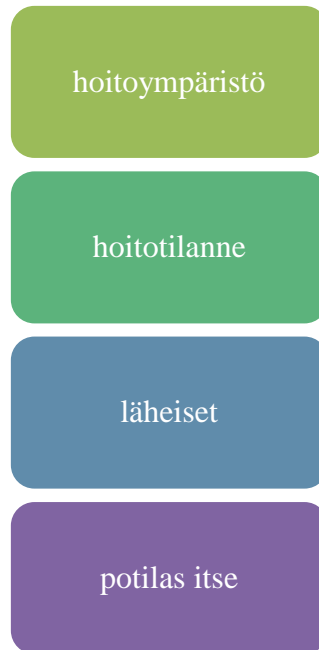
4.3 Aineistolähtöinen sisällönanalyysi

Aineisto analysoitiin induktiivisella sisällönanalyysillä aineistolähtöisesti tutkimustehtävien pohjalta potilaiden strukturoimattomia ja avoimia vastauksia liittyen tehohoitojakson palvelukokemuksiin, kun noin vuosi oli kulunut tehohoitojaksosta. Menetelmä sopi hyvin kokemusten analysointiin, koska opinnäytetyön tarkoituksena oli kuvata potilaiden yksilöllisiä kokemuksia ja tehtävänä analysoida palvelukokemuksia.

Yleiskuvan saamiseksi analysoitava aineisto luettiin läpi useamman kerran. Samalla mietittiin tapoja tehdä sisällönanalyysiä ja kerrattiin laadullisen menetelmän teoriaa ja opinnäytetyön suunnitelmaa. Ensimmäiseen läpilukuun kului useampi päivä, jonka aikana huomioitiin seuraavia asioita: vastausten pituus vaihtelee, pitkissä vastauksissa oli esimerkkejä ja usein risuja ja kehitysideoita tai tunteiden purkamista.

Analyysi aloitettiin aineistoon perehtymisellä niin, että ensin etsittiin vastauksista systemaattisesti alleviivaamalla ja ympyröimällä tehohoitopotilaan palvelukokemuksia merkityksellisten ilmausten perusteella (taulukko 3, liite 2; taulukko 4, liite 3). Seuraavalla lukukerralla jokaisen paperiarkin taakse kirjattiin ylös arkissa esiintyvät merkitykselliset

sanat pelkistämällä ja ryhmittelemällä ne samankaltaisuuksien mukaan. Samalla analysoitiin sitä, millaisia palvelukokemusten ulottuvuuksia potilailla oli ja miten kokemukset liittyivät potilaaseen itseensä, hoitoympäristöön, hoitotilanteeseen ja läheisiin (kuvio 4).



KUVIO 4. Esimerkki palvelukokemusten hakemisesta ja alaluokista

Ulottuvuuksiin kuuluivat kokemuksen positiivisuus, negatiivisuus, kehittämisajatus ja potilaan tai omaisen vastaushetkellä antama tilannepäivitys potilaan vointiin. Kun palvelukokemusten ulottuvuudet oli tunnistettu, niihin haettiin merkitykset aineistosta.

Aineiston analyysia jatkettiin ja ryhmittelyvaiheessa pelkistetyt ilmaukset yhdistettiin sisältöä kuvaaviksi alaluokiksi (taulukko 1). Opinnäytetyön tekijä kirjoitti kuvaavia esimerkkejä potilaiden vastauksista. Taulukossa 1 on kuvattu analyysin eteneminen, jonka tuloksena luokittelujen jälkeen muodostui yhdistäväksi luokaksi analyysin viimeisessä vaiheessa ”potilaan kokemus” (taulukko 1).

TAULUKKO 1. Esimerkki sisällönanalyysin alkuperäisten ilmaisujen pelkistämisestä, alaluokan, yläluokan ja yhdistävän luokan muodostumisesta (Tuomi & Sarajärvi 2009) sekä tekijän omat aineistoesimerkit

| Alkuperäinen ilmaus | pelkistetty ilmaus | ulottuvuus | Alaluokka | Yläluokka | Yhdistävä luokka |
|--|---|---|----------------|---------------|------------------|
| <p><i>”Hoitajan kanssa riitelyn jälkeen ahdistavaa oli myös se, että vuoron vaihtuessa joutui sitten kuuntelemaan, kun hoitaja selitti toiselle hoitajalla millainen rasittava tapaus tässä on kyseessä.”</i></p> <p><i>”Tunsi itsensä tirkistelijäksi, kun kuuli naapurin hoitoa liian yksityiskohtaisesti.”</i></p> <p><i>”Laitteiden piippaus häiritsi, äänet jäivät kummittelemaan.”</i></p> <p><i>”Osaston siisteys, kiitos laitoshuoltajille.”</i></p> | <p>hoitajan käytös</p> <p>yksityisyyden pettäminen</p> <p>meluisa ympäristö</p> <p>siisteys</p> | <p>negatiivista</p> <p>positiivista</p> | hoitoympäristö | Kehollinen | POTILAAN KOKEMUS |
| <p><i>”Muistan vain välähdyksiä, niissä kohtelu oli todella hyvää, asiallista ja turvallista.”</i></p> <p><i>”Jotkin hoitajat olivat ystävällisiä ja inhimillisiä, mutta osa hoitajista oli välillä jopa töykeitä ja välillä tuntui, että hoidetaan sairautta eikä ihmistä.”</i></p> <p><i>”Psykepuolen ammattiosaaminen teholla pyöreä nolla.”</i></p> <p><i>”Koin olevani ammattihenkilön käsissä, vaikka terveydentila oli vaikea.”</i></p> <p><i>”Päällimmäinen muisto on kova jano.”</i></p> <p><i>”Erityisesti mieleeni jäi hoitajien kannustaminen ”taistelemaan”, että kyllä tästä vielä selvitään.”</i></p> | kohtelu | <p>positiivista</p> <p>negatiivista</p> <p>negatiivista</p> <p>positiivista</p> <p>negatiivista</p> <p>positiivista</p> | potilas itse | Tajunnallinen | |

| | | | | | |
|--|---|---|---|------------------------|--|
| <p><i>"Pidettiin tilanteen tasalla, juteltiin mukavia."</i></p> <p><i>"Omaisten informointi hyvää, hoitajille sai soittaa aina, myös yöllä."</i></p> <p><i>"Personalen på avdelningen kunde ingen svenska. Ändast en skötare kunde prata svenska."</i></p> <p><i>"Yksi tehohoitaja selvitti tarkasti tilanteet."</i></p> | <p>tiedon- saanti</p> | <p>positiivista</p> <p>positiivista</p> <p>negatiivista</p> <p>positiivista</p> | <p>potilaan hoitoti- lanne</p> | <p>Situatioaalinen</p> | |
| <p><i>"Hoitaja lähestyy piikin kanssa eikä kerro mitä ainetta pistää potilaaseen."</i></p> <p><i>"Kivunlievitys hienosti hoidettu (kipupumppu)."</i></p> | <p>lääkitysti- lanne</p> | <p>negatiivista</p> <p>positiivista</p> | <p>potilas itse</p> | <p>Tajunnallinen</p> | |
| <p><i>"Olisi ollut kiva puhua hoidosta jossakin vaiheessa."</i></p> <p><i>"Yhä edelleen askarruttaa miten ja miksi jouduin teholle, mitä minulle tehtiin siellä/miten hoidettiin. Voiko tilanne uusiutua."</i></p> <p><i>"Enemmän huomiota siihen, miten potilas itse kertoo tai kokee olonsa."</i></p> | <p>keskustelun tarve</p> <p>tiedon tarve</p> <p>potilaan kuuntelu</p> | <p>kehittä- mistä</p> | <p>potilaan hoitoti- lanne</p> | <p>Situatioaalinen</p> | |
| <p><i>"Omaiset saivat olla potilaan vierellä pitkiä aikoja."</i></p> <p><i>"Omaiselle tuli tunne, että häiritsi hoitoa."</i></p> | <p>omaisten läsnäolo</p> <p>omaisten läsnäolo</p> | <p>positiivista</p> <p>negatiivista</p> | <p>läheiset</p> | <p>Situatioaalinen</p> | |
| <p><i>"Meillä on tänään kaikki hyvin."</i></p> <p><i>"Askarruttaa hajuaistin puuttuminen."</i></p> | | <p>tilanteen päivittä- mistä vas- taushet- kellä</p> | <p>potilaan tilanne vuoden päästä</p> | | |

Aineistoa analysoitiin lisää ja alaluokat päätettiin yhdistää edelleen yläluokiksi tajunnallisuuden, kehollisuuden ja situationaalisuuden mukaan (kuvio 5).



KUVIO 5. Esimerkki palvelukokemusten luokittelusta

Tajunnallisuuden ulottuvuuteen kuuluivat potilaan tunnetilan ulottuvuudet saamastaan hoidosta ja palvelusta teho-osastolla. Keholliseen ulottuvuuteen kuuluivat potilaan hoitoympäristössä olevat laitteet ja muut fyysiseen kokemukseen vaikuttavat asiat. Situationaalisuuteen kuuluivat itse tehohoitotilanteen tuomat kokemukset (kuvio 5.)

5 TULOKSET

5.1 Potilaiden kokemukset kehoillisuudesta tehohoitojakson aikana

Kehollisuus osana potilaiden kokemuksia koostui eri asioista kuten hoitoympäristö, äänet, valaistus, tilat, valvontalaitteet, vuode, ruoka ja yksityisyys.

5.1.1 Hoitoympäristöä kuvaavat negatiiviset ulottuvuudet

Hoitoympäristön negatiiviset potilaskokemukset liittyivät esimerkiksi meluisaan ympäristöön, yksityisyyden pettämiseen ja hoitohenkilökunnan käytökseen. Hoitoympäristö koettiin rauhattomaksi ja ahtaaksi tilaksi ilman yksityisyyttä. Tilojen ahtaudesta ja kunnollisten väliseinien puutteesta johtuen erilaiset äänet koettiin voimakkaina ja häiritsevinä ja synnyttivät aistiharhoja. Valvontalaitteiden äänet ja hälytykset koettiin haitallisina ja meluisina. Osa potilaista kärsi toisten potilaiden kovaäänisestä käyttäytymisestä. Lisäksi hoitohenkilökunnan keskinäiset pohdinnat työvuorosunnittelusta sekä yksityisasioiden puiminen kantoivat myös potilaiden korviin ja sitä paheksuttiin. Potilaat kuuluivat tahtomattaan lisäksi naapurivuoteen potilaan hoitotietoja esimerkiksi lääkärin kierroilla. Paitsi laitteiden äänet ja puhe myös kirkkaat valot häiritsivät varsinkin yöaikaan nukkumista. Yön rauhoittamista toivottiin.

Potilaan yksityisyys on todella huonolla tolalla. Meteli erityisesti öisin oli kova.

Itseäni häiritsi se, että oli koko ajan melua ja valot. Hoitajan huomiota oli vaikea saada hälyn keskellä.

Kasvoilla pidettävän happinaamarin monet potilaat kokivat ahdistavana ja näkökenttää rajoittavana. Vuoteeseen sitominen rajoitti sekä fyysisesti että ahdisti henkisesti osaa potilaista. Jotkut kehuivat potilasvuoteita, toiset kritisoivat patjoja.

En juurikaan muista siellä olostä mitään, paitsi, että en pystynyt hengittämään sen happinaamarin kanssa.

Ei ollut järin hääviä herätä teholla kädet käsirauhoilla sidottuna sänkyyn.

5.1.2 Hoitoympäristöä kuvaavat positiiviset ulottuvuudet

Vaikka valvontalaitteet pitivät melua, osa potilaista mainitsi niiden tuovan rauhoittavan ja turvallisen olon, kun seurattiin vointia niiden avulla. Teho-osastolla tarjottua ruokaa keuhuttiin. Janon tunnetta esiintyi ja suu tuntui kuivalta. Joku potilas muisti kiitollisena, kun sairaanhoitaja tarjosi hänelle limsaa.

Tilaani tarkkailtiin usein vaikka olinkin varmaan hyväkuntoisempi kuin useimmat muut potilaat.

Erityisruokavalio huomioitu erinomaisesti.

Osaston siisteyttä keuhuttiin ”aivan mahtavan siisti osasto”. Fysioterapeutit ja toimintaterapeutit saivat positiivista palautetta, kun olivat avustamassa potilaita liikkumisessa ja toiminnoissa. Osa potilaista antoivat hoitohenkilökunnalle kiitosta asentohoidon huomiomisesta. Joku potilas muisti kiitollisena sen, kun TV tuotiin vuoteen viereen.

5.2 Potilaiden kokemukset tajunnallisuudesta tehohoitojakson aikana

Tajunnallisuuteen kuuluivat potilas itse, omat tuntemukset, potilaan saama kohtelu, huolenpito ja tuki, hoitohenkilökunnan läsnäolo, potilaan huomioiminen, vuorovaikutus, unensaanti, itsemääräämisoikeus ja kivun hoito.

5.2.1 Potilasta kuvaavat negatiiviset ulottuvuudet

Pelkoa ja epävarmuutta koettiin, jos omahoitaja ei ollut paikalla tai ei huomionnut potilaan tarpeita riittävästi. Sekavien ja levottomien potilaiden kokema vuoteeseen sitominen koettiin sekä fyysisenä rajoittamisena että henkisesti ahdistavana. Osa ns. psykiatrisista potilaista tunsu, että heidät leimattiin taustansa vuoksi. Hoitohenkilökunnan psyykepuolen osaamista pidettiin riittämättöminä joissakin palautteissa. Leimaamista kokivat jotkut niistä potilaista, joilla oli tatuointeja ja lävistyksiä. Potilas koki itsemääräämisoikeuden puuttumisen, kun hänen viiksensä ja partansa ajettiin ilman lupaa.

Olisi hyvin toivottavaa, ettei osastolla saatava hoidon laatu määräytyisi ulkonäön perusteella. Kyllä, potilaalla voi olla tatuointeja, lävistyksiä jne.

Osa potilaista kritisoi voimakkaasti joidenkin sairaanhoitajien käytöstä ja kielenkäyttöä sekä kovakouraisia otteita. He kuvasivat näissä tilanteissa sairaanhoitajia töykeiksi ja epäystävällisiksi. Jotkut potilaat kokivat hoitohenkilökunnan liian tehtäväkeskeiseksi. Lääkitystilanteissa kuten ihoa lävistettäessä, jotkut potilaat kuvasivat pelottavaa tilannetta, jos sairaanhoitaja ei kerro mitä on tekemässä. Potilaat toivovat enemmän huomiota siihen, miten potilas itse kertoo ja kokee olonsa. Vaikka potilaat näyttävät olevan unessa liikkumattomina ja silmät kiinni, he toivoivat sanallista informaatiota sairaanhoitajalta hoitotilanteissa.

Mikäli uudelleen päädyn teho-osastolle, toivoisin, että kohtelu olisi potilaslähtöisempää ja myönteisempää. Kovin kipeänä pienikin toive/ele voin tuntua suurelta! Sängyn pohjalla muistan pohtineeni ovatko koneet (erit. tietokone) todella potilasta tärkeämpi.

Viereisen potilaan hoitaja herätti levottomuutta keskittymällä epäolennaisiin asioihin kuin hoitotehtäviin. Kävelin edestakaisin ja ihmetteli työnjohdollisia ratkaisuja.

Hoitohenkilökunnan kiire ymmärrettiin melko hyvin teho-osaston luonteen mukaiseksi mutta osa potilaista toivoi sairaanhoitajien keskittymistä enemmän oman potilaan hoitoon. Jotkut potilaat kokivat omahoitajan poissaolon ahdistavana. Potilaat kiittelivät hyvää kivunhoitoa ja kipupumppujen olemassaoloa. Toisaalta jotkut potilaat kokivat sekavuuden lisääntyneen kipulääkkeiden myötä. Unilääkettä potilaat kokivat saavansa melko hyvin unta tuomaan mutta monet potilaat kärsivät osastolla painajaisista.

Koin rankkana painajaiset, todellisuudentaju meni, sekavuus, luulin olevani missä milloinkin.

Minun todellisia kokemuksiani häiritsivät ja häiritsevät edelleen vahvat unikuvat, joista haluaisin puhua.

5.2.2 Potilasta kuvaavat positiiviset ulottuvuudet

Potilaat olivat osittain erittäin tyytyväisiä saamaansa kohteluun, sairaanhoitajien läsnäoloon, huolenpitoon, tukeen ja toivon ylläpitoon. Potilaat arvostivat omahoitajan läsnäoloa, joka loi turvallisen ja luottavaisen olotilan ja ilmapiirin. Potilaan kokema kohtelu vaihteli sairaanhoitajan käyttäytymisen mukaan. Potilaiden mukaan hyvä kohtelu oli ystävällistä, aitoa välittämistä, yksilöllistä, kohteliasta, kannustavaa, varmaa ja rauhallista. Potilaan kädestä kiinni pitäminen ja hellät otteet lisäsivät tunnetta. Potilaat tunsivat olevansa hyvissä käsissä ja potilaan pelko otettiin todesta. Poikkeuksia myös löytyi.

Mieltä lämmittää edelleen, että kohtelu on niin henkilökohtaista, tuntui kuin olisi ollut ainoa potilas.

Koin oloni turvalliseksi ja tunsin suurta luottamusta.

Potilaiden kokemuksissa tajunnallisuudesta ei sairaanhoitajien ikä tai sukupuoli noussut tuloksissa merkittävään rooliin. Tyytyväisiä oltiin sekä nuoriin että vanhoihin nais- ja mieshoitajiin yleisesti. Sairanhoitajan persoona ja asenne sekä positiiviseen että negatiiviseen suuntaan nousi vastauksista esiin.

5.3 Potilaiden kokemukset situationaalisuudesta tehohoitojakson aikana

Potilaan tilanne eli situationaalisuus korostui hänen ollessaan tehohoidossa. Situationaalisuuden osa-alueita tässä opinnäytetyössä olivat muisti, hoitotilanne, hoito, ilmapiiri, tiedonsaanti, läheisten huomioiminen, tasapuolisuus ja lääkärin kierto.

5.3.1 Situationaalisuutta kuvaavat negatiiviset ulottuvuudet

Tehohoitopotilailla on tarvetta saada tilanneselvyys hoidostaan. Potilaat eivät useinkaan muistaneet mitä oli tapahtunut ja miksi he olivat joutuneet teholle. He toivoivat lääkäreiden selkokielistä informaatiota potilaan hoidosta sekä heille itselleen että omaisille. Kriittikin lisäksi lääkärit saivat myös positiivista palautetta silloin, kun heillä oli aikaa huo-

mioida potilas ja omaiset. Myös hoitohenkilökunnalta toivottiin aktiivista potilaan tilanteesta kertomista potilaalle. Usein teholle joutuminen on tapahtunut nopealla aikataululla potilaan ollessa huonokuntoinen ja kriittisessä tilassa.

Olisin vaikka jälkeinpäin halunnut tietää, miksi olin tehohoidossa ja kuinka kauan.

Ehdottomasti on erittäin tärkeää, että hoitajakso käydään läpi henkilökohtaisesti potilaan kanssa, oli se sitten hoitaja tai lääkäri!

Teholle joutuneet vastasyntyneet äidit olivat pääosin tyytyväisiä, että heidän tilanteensa osattiin huomioda koko perhettä koskevana eli äitiä, vauvaa ja isää. Vauva tuotiin näyttille tai sairaanhoitaja kävi ottamassa vastasyntyneiden teho-osastolla kuvan vauvasta äidille teholle. Muutamassa vastauksessa kaivattiin tehon henkilökunnalle lisäopetusta kohdata vastasynttänyt äiti.

5.3.2 Situationaalisuutta kuvaavat positiiviset ulottuvuudet

Hoidon jatkuvuutta edistivät ja tukivat teho-osaston hoitohenkilökunnan tekemät seurantaikäynnit, ns. ”outreach -käynnit” sairaalan vuodeosastoille teholta siirtymisen jälkeen. Potilaat kokivat ne erittäin hyvinä turvallisuutta luoden.

Vastauksissa kiiteltiin hampaiden pesumahdollisuudesta ja huulirasvasta. Potilasta ilahdutti, kun häntä kutsuttiin omalla nimellä. Sairaanhoitajan lämmin katse, pehmeä kosketus, kädestä kiinnipitäminen ja kannustaminen taistelemaan muistettiin joissakin vastauksissa.

Pienten asioiden huomiointi asennossa, kivun hoidossa tarkistettiin riittävän usein. Tärkeää on, että hoitaja on lähellä ja osaa reagoida muutoksiin voinnissa.

Hoitajat miellyttäviä ja huolehtivaisia ja kysyivät useasti onko kipua ja miltä tuntuu.

Omaisiin suhtauduttiin empaattisesti ja he kokivat olleensa tervetulleita osastolle. Omaiset ja läheiset olivat pääosin tyytyväisiä. Omaiset pidettiin hyvin ajan tasalla ja vierailut olivat aina sallittuja ja potilaan luona sai viipyä. Kuitenkin, jotkut omaiset kokivat edelleen jäävänsä tietoja vaille. Hoitohenkilökunnan kiire mainittiin syyksi, jos tässä asiassa oli huomauttamista.

Henkilökunta oli asiallista ja ystävällistä, mutta hektisessä ympäristössä erittäin kiireistä.

Vuorovaikutus- ja kommunikointitapoja valtaväestöstä poikkeavien kanssa kommentoitiin myös niin, että vastausten perusteella ruotsinkielisten potilaiden tyytyväisyyttä lisääisi se, kun useampi henkilökunnasta osaisi ruotsia. Viittomakielen tulkin käyttömahdollisuus todettiin hyväksi.

5.4 Potilaan kokemuksia saamastaan hoidosta vuoden kuluttua

Jokainen potilaskokemus oli yksilöllinen ja ainutlaatuinen ja koostui monesta eri hoitotilanteen osa-alueesta. Kokemukset kuvasivat potilaan omaa tai läheisen muistikuvaa toteutuneesta tehohoitojaksosta ja siihen liittyneistä kokemuksista. Kokemukset olivat hyviä tai huonoja tai molempia.

Risuista viis, kaikille ruusuja.

Muistikuvat hataria, mutta hyvä tunne/kokemus jäi.

Hoitohenkilökunta sai kiitosta toimivasta yhteydenpidosta omaisiin päin. Asiakastyytyväisyys korostui monessa vastauksessa:

Hoito oli varmasti hyvää, kun hengissä ollaan.

Olette ihmeidentekijöitä ja enkeleitä. Pelastitte henkeni.

Patienten fick bra vård på intensivens.

Painajaiset piinasivat vastaushetkellä vielä useaa vastaajaa. Tyytymättömyyttä erilaisiin asioihin esiintyi myös vastauksissa:

Uskon ei pitäisi vaikuttaa potilaiden hoitoon.

Valitkaa seuraavalla kerralla kokouspaikka niin, ettei potilaan tarvitse osallistua työmaakokoukseen.

Potilaat toivat vastauksissaan esiin kuntoutumistaan ja vointiaan vastaushetkellä.

Saan yhä elää.

On mukava olla taas työyhteisössä sisällä.

Kehittämisehdotuksia esiintyi vastauksissa ja ne liittyivät tiedonsaantiin ja tarpeeseen jälkeinpäin keskustella tehohoitojaksosta hoitohenkilökunnan kanssa ja vertaistuen tarvetta tuli ilmi palautteissa.

Miksi ei jokaisella ole omaa seinillä eristettyä tilaa?

Olisin kaivannut rauhallisemman tuokion läpikäydä sairautta lääkärin kanssa.

Joskus olen ajatellut olisiko hyvä, jos juttelisi saman kokeneen kanssa, ja jakaisi tunteuksiaan, pelkojaan – ilojaan.

Palvelukokemusten ulottuvuuksien suhteen potilaat toivat vastauksissa esiin tyytyväisyyttä palautteen annon mahdollisuudesta, koska osa potilaista halusi purkaa tunteitaan, osa antaa kehittämisideoita ja osa lausua kiitokset.

6 POHDINTA

Tuomi ja Sarajärvi (2011, 158) kirjoittavat, että pohdinta on laadullisessa tutkimuksessa joustavaa. Myös raportin pohdintaosassa tarkastellaan tutkimuksen eettisyyttä ja luotettavuutta. Pohdintaosa toimii johdannon parina ja vastaa johdannossa asetettuihin kysymyksiin (Virikko 2015). Tässä luvussa tarkastellaan eettisyyttä ja luotettavuutta sekä opinnäytetyön prosessia. Lopuksi on esitetty tulokset, johtopäätökset ja yhteenveto kehittämisideoista.

6.1 Eettisyyden tarkastelua ja luotettavuuden arviointia

Tutkimusetiikassa yleisiä periaatteita ovat haitan välttäminen, ihmisoikeuksien kunnioittaminen, oikeudenmukaisuus, rehellisyys, luottamus ja kunnioitus. Jo tutkimuksen alkuvaiheessa on pohdittava tutkimuksen seurauksia. Eettisen pohdinnan kohteena on lisäksi tutkimusaiheen arkaluonteisuus, tutkimukseen osallistuvien haavoittuvuus ja tutkimuksen menetelmälliset valinnat. Tekijän ja tutkimukseen osallistuvien suhdetta aineiston keruussa, analyysissä ja raportoinnissa tulee arvioida. (Kylmä, Vehviläinen - Julkunen, Lähdevirta 2003, 612; Kylmä & Juvakka 2007, 143, 147.) Tutkijan tulee varmistua siitä, että ulkopuoliset eivät voi tunnistaa tutkittavia suorien lainausten tai tunnistetietojen perusteella (Kyngäs ym. 2011, 140). Eettisyyttä ja luotettavuutta kuvataan oman tutkimuksen kautta jo tutkimuksen suunnitelmavaiheessa. Tutkimustulosten eettinen raportointi tarkoittaa avoimuutta, rehellisyyttä ja tarkkuutta, kun raportoidaan tutkimuksen eri vaiheita. (Kylmä & Juvakka 2007, 67, 154.)

Eettinen toiminta vaatii onnistuakseen sekä yhteisötason vastuunkantoa että ammattilaisten eettistä vastuuta. Taustalla on työntekijän ja asiakkaan tietämisen, kokemuksen ja osaamisen molemminpuolinen kunnioitus. Lisäksi tarvitaan kuulluksi tulemistä ja tiedonsaantia omassa asiassa. Sosiaali- ja terveysalalla kyse ei ole suoritteista vaan potilaan ja asiakkaan hyvinvoinnin edistämisestä. (ETENE, 2011.)

Tässä opinnäytetyössä tutkimusaiheen eettiseen oikeutukseen mahdollisti se, että sekä aihe että menetelmä ovat työelämälähtöisiä. Opinnäytetyössä työelämätaho oli kerännyt

aineiston laatimalla kysymykset ja saatekirjeen (liite 1) sekä postittamalla ne teho-osastolla potilaina olleille. Saatekirjeessä potilaita on informoitu etukäteen vastausten hyödyistä kehitettäessä hoitotyötä. Opinnäytetyössä kyselyn saatekirje toimi vastaajille tietoisena suostumuksena. Potilaat vastasivat vapaaehtoisesti ja nimettöminä kyselyyn, joten potilaan itsemääräämisoikeus toteutui. Eettisyyttä lisäsi se, että kerätyt vastaukset olivat anonyymejä kolmen vuoden ajalta. Valmiiksi kerätty aineisto saatiin litteroituna, josta yhteystiedot oli työelämätaho poistanut. Oikeudenmukaisuus toteutui, koska tärkeät tutkimustulokset raportoitiin totuudenmukaisesti ja samalla huomioiden tutkimukseen osallistuvien tunnistettamattomuus suorissa lainauksissa.

Työelämätahon kanssa sovitaan aineiston hävittämisestä tai palauttamisesta työn esittämisen jälkeen, joka tapahtuu tekijän opiskeluyhteisössä TAMK:ssa sekä työelämätahon osastotunnilla erikseen sovittuna ajankohtana.

Opinnäytetyön tutkiminen edellytti tutkimussuunnitelman tekoa ja sen pohjalta erillistä tutkimuslupaa PSHP:ltä ennen aineiston vastaanottamista ja tutkimuksen aloittamista. Tutkimusraportin julkistamisluvasta tulee päättämään vastualueen ylihoitaja. (PSHP toimintaohje 222/2010–1011.) Tutkimustulosten mahdollisia virhelähteitä ovat ennakoasenteesta johtuva vääristymä, suora tietoinen tulosten väärennyt, tutkimustulosten virheellinen raportointi ja julkistaminen (Leino-Kilpi & Välimäki 2012, 370). Opinnäytetyön tekijä on tiedostanut tutkimustulosten mahdolliset virhelähteet ja välttänyt ne ryhtymällä työhön ilman ennakoasenteita, perehtymällä tutkimusetiikkaan ja luotettavuuden kriteereihin heti alkuvaiheessa sekä avoimesti ja rehellisesti kertomalla miten tutkimus on toteutettu ja tulokset saatu.

Laadullisen tutkimuksen yleisissä luotettavuuskriteereissä korostetaan tutkimuksen uskottavuutta, vahvistettavuutta, reflektiivisyyttä ja siirrettävyyttä. Uskottavuus tarkoittaa tutkimuksen ja tulosten uskottavuutta. (Kylmä & Juvakka 2007, 128.) Opinnäytetyöntekijällä ei ole ennestään yhteyksiä kyseiselle teho-osastolle. Tekijä ei ole ollut siellä töissä eikä työharjoittelussa. Ei myöskään potilaana tai omaisena. Esimerkit ja lainaukset aineistosta selventävät analyysia ja lisäävät uskottavuutta.

Vahvistettavuus tarkoittaa tutkimusprosessin raportointia siten, että tutkimusprosessia voi seurata pääpiirteissään eli kuvata analyysin perustana olevan aineiston avulla, miten

on päädytty tuloksiin. Toisaalta tämä on ongelmallista, koska välttämättä ei päädytä aivan samaan tulkintaan samankaan aineiston perusteella. Raportissa lukija arvioi, onko tekijälle muodostunut käsitys tutkittavasta ilmiöstä lukijan kannalta uskottava. (Kylmä ym. 2003, 613; Niikko 2010, 82–83.) Analyysiprosessia ohjasi tekijän oma päättely ja harkinta. Sisällönanalyysin eri vaiheet kuten pelkistämiset ja luokittelut perustuivat opinnäytetyön tekijän omaan tulkintaan. Tehohoitopotilaiden nimettömät ja yksilölliset tekstilainaukset raportissa kuvasivat, elävöittivät ja selvensivät potilaiden kokemuksia ja muistikuvia omalta hoitajaksoltaan teho-osastolla. Vahvistettavuutta lisäsivät myös käytetyt lainaukset.

Yksi luotettavuuskriteeri on reflektiivisyys, joka tarkoittaa sitä, että tekijän on oltava tietoinen omista lähtökohdistaan tutkijana, kriittisesti arvioitava, kuinka hän vaikuttaa aineistoonsa ja tutkimusprosessiinsa sekä ilmoitettava tutkimusraportissa lähtökohtansa ja vaikutuksensa aineistoon ja prosessiin. Kriittisyyteen kuuluu etäisyyden ottaminen spontaanisti nousevaan tulkintaan ja sen kyseenalaistaminen. Reflektiivisyyteen kuuluu se, että tulkinat pitää asettaa koetukselle. (Laine 2010, 34.) Tekijä myöntää kokemattomuutensa tutkijana. Teoriaan ja menetelmään perehtyminen ja ohjauksessa käyminen auttoivat pysymään aikataulussa ja syventämään omaa tietämystä.

Laadullisessa terveystutkimuksessa puhutaan myös tulosten siirrettävyydestä muihin vastaaviin tilanteisiin. Tämä merkitsee sitä, että tutkijan on annettava riittävästi kuvailevaa tietoa esimerkiksi osallistujista ja heidän elämäntilanteistaan, jotta lukija voi arvioida tulosten siirrettävyyttä toisiin tilanteisiin. (Kylmä ym. 2003, 613.) Tämän opinnäytetyön erillisissä kappaleissa on esitelty tutkimuksen lähtökohta, menetelmät sekä aineiston keruu ja käsittely.

Luotettavuuden lisäämiseksi on pyrittävä mahdollisimman tarkkaan analyysin raportointiin. Tutkijan tulee pystyä osoittamaan yhteys tulosten ja aineiston välillä. Esimerkit analyysiprosessista havainnollistavat lukijalle sen etenemistä. Suorien lainauksien käyttöä tulosten raportoinnissa pidetään luotettavuuden kannalta keskeisenä. Riskinä on suorien lainausten suuri määrä. (Kynge ym. 2011, 140, 147.) Raportin tuloksissa on tekijä pyrkinyt esittämään päätulokset tiivistetysti.

Yhteenvetona todetaan, että opinnäytetyön tekijä on noudattanut tutkimusetiikan yleisiä periaatteita ja yleisiä luotettavuuskriteereitä. Prosessin eri vaiheita tekijä on kuvannut

mahdollisimman tarkasti. Luotettavuuden takaamiseksi opinnäytetyössä pidettiin ohje-
nuorana sitä, että tutkimusprosessin aikana potilaiden kokemukset pysyivät sisällöltään
totuudenmukaisena. Eettisyyden ja luotettavuuden lisäämiseksi käytettiin riittävästi laa-
dukkaita, ajantasaisia lähteitä ja lähteet ovat olleet alle 10 vuotta vanhoja kuten Tuomi ja
Sarajärvi ovat todenneet nyrkkisääntönä (2011, 159). Oman ajattelun tukena tekijä käytti
lähdeviitteitä, kun kuvattu tutkimuksen luotettavuutta ja eettisyyttä (Kylmä & Juvakka
2007, 68).

6.2 Opinnäytetyöprosessin pohdinta

Tutkimuksen tulokset kuvataan tutkimustehtävittäin (Kylmä & Juvakka 2007, 167). Ai-
neistossa tunnistettiin ja kuvailtiin tarkoituksen ja tehtävien mukaisesti palvelukokemuk-
sia niiden merkitysten perusteella. Lisäksi potilaiden kokemuksia arvioitiin sen mukaan
millaisiksi potilaat tai läheiset kokivat ne vuoden päästä hoitojaksosta. Tavoitteena oli
tuoda työelämätaholle tulokset esiin ja esittää huomioita asioista, joilla ylläpitää laadu-
kasta hoitotyötä jatkossakin.

Vastaukset saatiin sattuman varaisessa järjestyksessä, kun aineisto vastaanotettiin. Jäin
miettimään, että jos aineiston vastaukset olisivat olleet esimerkiksi yhden vuoden erissä,
olisi se antanut mahdollisuuden nähdä potilaskokemusten merkitysten ja ulottuvuuksien
kehittymisen yleistä suuntaa silloin, kun osastolla oli tehty muutoksia esimerkiksi poti-
laan hoitoympäristössä. Mietin myös sitä, voisiko kysymyksiä yksilöidä edelleen ja koh-
dentaa ne tarkemmin, kun tiedetään, että teho-osasto koostuu kahdesta erillään sijaitse-
vasta yksiköstä (teho-osasto ja tehovalvonta).

Analyysiprosessi vei aikaa, koska minulla oli mahdollisuus tutustua aineistoon ensim-
mäisen kerran vasta analysointivaiheessa saadessani aineiston työelämätaholta tutkimus-
luvan saatuaani. Prosessin kestoon vaikutti lisäksi se, että aineistoa oli paljon ja työsken-
telin yksin. Toisaalta valmiiksi litteroitu aineisto oli paitsi eettisesti oikea toimintatapa,
myös työtä helpottava asia. Toisaalta mahdollisuus saada tuntumaa aineiston sisältöön
litterointivaiheessa jäi pois. Työelämätaho oli laatinut saatekirjeen ja avoimet kysymyk-
set. Jäin miettimään ajatusta, olisiko kysymysten asettelussa voinut jo enemmän rajata
kysymyksiä ja niihin annettuja vastauksia. Kysymyksen asettelu olisi voinut olla esimer-

kiksi sellainen, että ”jos et ollut tyytyväinen tehohoitojaksoon, mihin asioihin ja/tai tilanteisiin toivoisit parannusta?” Toisaalta avoimet, strukturoimattomat kysymykset antavat tilaa kaikenlaisille vastauksille kuten tämän analyysin lähtökohta on ollut.

Prosessi eteni välillä tehokkaasti ja ripeästi, välillä hitaammin ja taukoja tuli opiskeluun kuuluvien harjoittelujen ja lomien aikana. Koska työskentelin yksin, saatu ohjaus tuki ja avarsi prosessia ja antoi uutta näkökulmaa analyysiin. Myös työelämätahtoon olin prosessin aikana yhteydessä materiaaliin ja aikatauluihin liittyvissä asioissa. Yhteistyö sujui hyvin.

Kaiken kaikkiaan opinnäytetyöprosessi on ollut ensikertalaiselle tekijälle mielenkiintoinen, haastava ja opettavainen prosessi. Kriittinen ajattelutapa kehittyi prosessin aikana saadun ohjauksen ja oman ajattelun kehittymisen myötä. Olen tyytyväinen opinnäytetyöprosessiin, sillä se avarsi omia silmiäni entistä enemmän, sillä tehohoitopotilaan tilanteen ymmärtäminen ei ole aina itsestään selvää johtuen potilaan hoitotilanteesta, joka on usein kriittinen. Myös laadullinen tutkimusmenetelmä asetti omat haasteensa prosessin etenemiselle. Se sai minut ajattelemaan perusteellisesti menetelmän tapaa ja toteutusta, jotta loogisuus sekä eettisyys ja luotettavuus säilyisivät niin, ettei aineiston määrä alkaisi vaikuttaa tuloksiin vaan laatu.

Olen oppinut opinnäytetyöprosessia ja aikataulujen hallintaa sekä akateemista kirjoittamista raporttia tehdessäni. Työelämälähtöinen aihe toi lisähaastetta työlle, koska, kun motivaatio nousi, niin samalla myös itselle asettamat vaatimukset nousivat. Yritin pitää mielessäni ohjetta ”pieni on kaunista” eli rajata aihetta tarpeeksi. Aineiston läpikäyminen oli yllättävän hidastempoista ja ajoittain raskas työvaihe mutta mielenkiintoinen. Omat tunteeni vaihtelivat aineistoa lukiessa eli herkistymistä (lapsen kuolema, itsemurhayritys), potilaiden ahdistavat ja pelottavat tilanteet mietityttivät, potilaiden hätähuuto – tyyliiset vastaukset samoin. Useissa vastauksissa oli lähetetty terveisiä sairaanhoitajille tai lääkäreille. Potilaat olivat vastauksissaan päivittäneet vastaushetken vointia ja kuulumisia. Myös omaisten ilmaisut ja vastaukset korostuivat vastauksissa.

Tulevana sairaanhoitajana sain hyödyllisen näkökulman hoitotyötä kohtaan niin, että hoitotyötä tehdessäni olen tietoinen mitä teen, kuinka ja millä perusteella. Hoitotyön koulutuksessa korostetaan hoitotyön prosessin osaamista, jonka viimeisenä osana tarpeen, suunnitelman ja toteutuksen jälkeen on hoidon arviointi ja reflektointi.

6.3 Tulosten tarkastelua

Ihminen on ainutlaatuinen kehollinen, tajunnallinen ja elämäntilanteeseensa kietoutunut yksilö. Jokaisen potilaan elämänkulku ja elämän tilanne on erilainen. Nämä ihmisen olemassaolon eri osa-alueet ja niiden suhteet tulivat potilaiden kokemuksissa hyvin näkyville. Tulevaisuudessakin tähän on syytä kiinnittää huomiota hoitotyössä positiivisten palvelukokemusten varmistamiseksi.

Osa vastaajista kiitteli hoidosta eivätkä kommentoineet sen enempää kokemuksiaan. Osalla hoidossa olleista ei ollut hoitajaksosta muistikuvaa, koska olivat sedatoituina tai voimakkaiden lääkkeiden vaikutuksen alaisina. Tällöin omaiset tai läheiset ovat kertoneet potilaille hoitajaksosta ja myös vastanneet kyselyyn, kuten saatekirje antoi tähän mahdollisuuden. Mielenkiintoa herättivät vastaukset, jossa potilaat kuvasivat tyytymättömyyttä aiheuttaneita tilanteita ja kokemuksia. Ne kohdistuivat sekä hoitoympäristöön, hoitotilanteisiin ja potilaan omiin tunnekokemuksiin.

Kuvatuissa tuloksissa usealla vastaajista oli muistamattomuutta tehohoitojaksostaan ja miksi sinne oli joutunut ja mitä oli tapahtunut hoidon aikana. Palautteissa korostui potilaiden suuri tiedonsaannin tarve kuten kirjallisen tiedon ja keskustelun tarve. Kiitollisuus ja helpotus selviämisestä nousivat esiin kiittävässä vastauksissa ”saanut elämälle jatkoaikaa”. Kiitollisuus kohdistui henkilökunnan ystävällisyyteen ja ammattitaitoon. Potilaskokemuksissa oli paljon positiivista mutta myös yksittäisiä, negatiivisia palautteita liittyen potilaiden kohteluun, hoitotilanteisiin ja häiritseviin tekijöihin hoitoympäristössä. Tilanteet, joissa potilasta jouduttu sitomaan ranteista sekavuudesta johtuen, olisi hyvä selvittää potilaalle myöhemmin. Vastauksissa näkyi epätietoisuutta tästä asiasta. Tulosten pohjalta on syytä pohtia varsinkin potilaan hoitotilanteisiin liittyviä tekijöitä, jotta hoitoa voitaisiin edelleen kehittää.

Osalla potilaista muistikuvat hoitajaksosta olivat hatarat, jolloin läheisten tieto ja kokemukset korostuivat. Heidän kokemuksensa vaihtelivat laidasta laitaan. Osa koki, että heidät huomioitiin hyvin ja potilaan hoitotilanteesta oltiin koko ajan selvillä. Osalla omaisista oli päinvastaisia mielipiteitä. Erityisesti tehohoidossa on kiinnitettävä huomiota omaisiin, jotta he ovat tilanteen tasalla ja pystyvät omalta osaltaan edistämään potilaan kokonaisvaltaista hyvinvointia.

Teho-osaston tilojen ongelmat aiheuttivat potilaille epämiellyttäviä tilanteita liittyen koettuun meluun, huonoon äänieristykseen, valaistukseen, intimiteetin suojaamiseen ja yksityisyyden puuttumiseen. Tämä ei edistä potilaan toipumista. Osaa potilaista häiritsi potilasvuoteen ympäristön läheisyydessä olevat laitteet ja niiden hälytysäänät. Valvontalaitteiden asema potilaan läheisyydessä on potilaan hoidon kannalta tärkeä. Sairaanhoitaja voisi perustella potilaalle ja omaisille niiden merkityksen potilaan voinnin seurannan kannalta. Koska potilaita häiritsi joidenkin sairaanhoitajien kovaääninen puhe ja yksityisasioiden käsittely, tulisi sairaanhoitajien huomata tilanteet, joissa heidän käytöksensä ei ole ammatillista. Monelle potilaista osaston valaistus häiritsi vuorokausirytmissä pysymistä ja haittasivat unen saantia ja laatua. Aikaisemmat tutkimustulokset tehohoito-potilaan kokemuksista, melusta, unen laadusta ovat olleet samansuuntaisia kuin tämän opinnäytetyön tuloksissa. Fyysinen hoitoympäristö ja siihen liittyen esimerkiksi valaistusratkaisut on hyvä tiedostaa. Tekniikan ja terveysteknologian kehittyminen ja niiden tuomat mahdollisuudet potilaan hoidon edelleen parantamiseksi on tehtävä mahdolliseksi.

Teho-osaston henkilöstö sai positiivista palautetta, joka kannustaa ja innostaa. Tärkeää on, että jokainen sairaanhoitaja on tietoinen hoitotyön päämääristä ja tavoitteista ja arvioi jatkuvasti hoitotyön periaatteiden toteutumisesta päivittäisessä hoitotyössä. Hoitotyön laadun varmistamiseksi näyttöön perustuva toiminta pohjautuu tutkittuun tietoon. Potilaskokemuksista saatu tieto auttaa muuttamaan ajattelua ja tarvittaessa muuttaa totuttuja tapoja. Tämän johdosta onkin tärkeää varmistaa se, että potilaan yksilöllinen huomiointi jatkossa tiedostetaan, kun kysymyksessä on tehohoitokuntoinen potilas.

6.4 Johtopäätökset ja kehittämissuhteet

PSHP:n strategiassa korostuvat jokaista potilasta arvostava palvelu, turvallinen hoito sekä asiakkaan ja potilaan hyvä palvelukokemus. Strategian eettinen perusta rakentuu myös tulevaisuudessa hyvän hoidon, ihmisen kunnioittamisen, osaamisen arvostamisen ja vastuullisuuden perustalle. Toimenpiteinä strategisen tavoitteen saavuttamiseksi tähdätään palvelu- ja toimintakulttuurin edelleen kehittämiseen sekä turvallisuuskulttuurin parantamiseen potilaan arvostavassa ja turvallisessa hoidossa. (mm. PSHP Strategia vuosille 2012–2016.) Kilpailu asiakkaista on nykypäivää. Mahdollisuus valinnanvapauten hoitopaikan suhteen tuo mukanaan kilpailua potilaista. Asiakkaille kohdennetaan markkinoin-

tia esimerkiksi kampanjan merkeissä potilaan vapaudesta valita hoitopaikka. Osa tehohoidon potilaista on elektiivisiä ja he tulevat suunnitellusti leikkaukseen ja sen jälkeen jatkohoitoon teho-osastolle. Tärkeää on, että ymmärretään jokaisen potilaskontaktin merkitys.

PSHP:n Osaamisen kehittämissyksikkö on järjestänyt syksyllä 2015 koulutuksia, jotka liittyivät asiakaslähtöisyyteen ja asiakkaan palvelukokemukseen. Koulutuksen ”Asiakkaamme toiminnan keskiössä” sisältö esiteltiin koulutuskutsussa näin: ”Asiakas on organisaation menestyksen avain. Mutta – tunnemmeko asiakkaamme? Osaammeko kuunnella, olla läsnä ja kohdata asiakkaamme aidosti ja vuorovaikutuksellisesti? Positiiviset asiakaskohtaukset, asiakaskokemukset ja luottamukselliset asiakassuhteet luovat pohjan myös asiakaskeskeisen organisaatiokulttuurin rakentumiselle.” Koulutuspäivän kohdeyhmä oli sosiaali- ja terveysalan henkilöstö ympäri Suomen tavoitteena tarjota virikkeitä kuinka edistää positiivisia asiakaskohtauksia ja asiakaskokemuksia sekä luottamuksellisia asiakassuhteita.

Jatkossa havainnointitutkimus hoitohenkilökunnan ja tehohoitopotilaiden vuorovaikutustilanteista olisi mielenkiintoinen tulevaisuuden tutkimusaihe. Teho-osaston kyselylomaketta voisi kehittää lisää niin, että potilas vastaa onko hän ollut tehon valvontaosastolla vai teho-osastolla hoidossa. Säännölliset asiakastyytyväisyystutkimukset edistävät palvelujen laadun jatkuvaa kehittämistä.

Olen laatinut edellä esitetyistä tuloksista ja kehittämissuhteista yhteenvedon niin, että siinä on nostettu esille kehittämisen tarve ja toiminta/keinot, joilla tarpeisiin voidaan vastata (taulukko 2). Tarvetta määrittelee ajankohta niin, että ensin on luetteloitu nykyhetken tarpeet ja tarkoittaa, että hyvät toimintatavat jatkuvat.

TAULUKKO 2. Yhteenvetoa kehittämisehdotuksista

| Tarve | Toiminta/keinot |
|---|--|
| <p>Hyväksi koettua</p> <p>Kehittämistä vaativaa</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Pidetään kiinni niistä asioista, mitkä ovat hyviä. • Keskitytään edelleen holistiseen ja ihmisläheiseen hoitotyöhön ja huomioidaan sen eri osa-alueet. • Situationaalisuus korostuu – potilas on tässä ja nyt. • Sairaanhoidajan myötäeläminen yhdessä potilaan kanssa, potilaan kuuleminen, potilaan nähdyksi tuleminen, potilaan pelon, tuskan, hädän, kiukun ja avuttomuuden hyväksyminen. • Potilaan tiedonsaantioikeus. Lääkäreiden ja hoitajien työhön kuuluu vastata potilaan tekemiin kysymyksiin rehellisesti ja selvästi. Potilaan hoitojakson läpikäyminen hoitohenkilökunnan kanssa. • Teho-osaston tilojen kehittäminen potilaskokemuksiin pohjautuen potilaan yksityisyys huomioiden. |
| <p>Mitä tulevaisuudessa on tärkeää tiedostaa potilaspalautteiden perusteella?</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Hoidon laadun varmistaminen näyttöön perustuen. Potilaspalautteiden hyödyntäminen säännöllisesti. Terveysteknologian hyödyntäminen. Pysytään edelleen kehityksessä mukana. • Henkilöstö tietää PSHP:n strategiset tavoitteet ja osaa tuoda ne käytännön hoitotyöhön. Henkilöstön hyvinvointi. Jokainen reflektoi omaa hoitotyötään ja sitä kautta kehittää sitä. |
| <p>Tehohoitopotilaiden vertaisryhmät</p> | <ul style="list-style-type: none"> • Potilasryhmätapaamiset potilaille hoitojaksoa ennen/hoitojakson jälkeen. |

PSHP:n strategian sisällön tulee olla henkilökunnalle tuttu asia. Henkilökunnalle tieto saadaan tarjolle sisäisen koulutuksen kautta. PSHP:n strategia korostaa hyvän palvelukokemuksen takaamista. Haasteena on hyvän kokemuksen monistaminen, kun ensin tullaan tietoisiksi, mistä hyvä palvelukokemus koostuu. Tämän tutkimuksen tuloksena nousivat esiin potilaan kohtaaminen ainutlaatuisena yksilönä huomioiden hänen erilaiset tarpeensa liittyen hoitoympäristöön, hoitotilanteisiin, häneen itseensä sekä läheisiin.

LÄHTEET

Aaltola, J. 2010. Filosofia, Tiede, Ymmärtäminen. Teoksessa Aaltola, J & Valli, R (toim.). Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittavalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Jyväskylä: PS-kustannus. 12-27.

Cutler, Hayter & Ryan. 2013. A critical review and synthesis of qualitative research on patient experiences of critical illness. *Intensive and Critical Care Nursing*. 29, 147 – 157. Tulostettu 9.4.2015.

<http://www.sciencedirect.com/science/article/pii/S0964339712001292>

ETENE. 2011. Sosiaali- ja terveystieteiden eettinen perusta. ETENE-julkaisuja 32. Luettu 25.1.2016. <http://etene.fi/documents/1429646/1559058/ETENE-julkaisuja+32+Sosiaali+ja+terveysalan+eettinen+perusta.pdf/13c517e8-6644-4fa5-8c5f-193cfdce9841>

Hagström, K., Alanko, C., Lähdesmäki, I. & Hantikainen, V. 2014. Kinestetikka tehohoitopotilaan kuntoutuksessa. *Tehohoito* 32 (1): 50–54.

Hakio, N., Rautiola, A.-M. & Wootten, A. 2014. Melua tehohoidosta. *Tehohoito* 32 (1): 27–30.

Hautamäki, R. 2006. Tehohoitopotilaan delirium. *Finnanest* 39 (4): 308–311.

http://www.finnanest.fi/files/a_hautamaki.pdf

Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2006. Tutki ja Kirjoita. 12. painos. Jyväskylä. Kirjayhtymä Oy.

Hoitotyön tutkimussäätiö. 2016. Näyttöön perustuva toiminta. Päivitetty 20.1.2016. Luettu 24.1.2016. <http://www.hotus.fi/hoitotyon-tutkimussaatio/naytoon-perustuva-toiminta#sthash.fAU9z9pS.tLdD6VUp.dpuf>

Kalliomäki, J., Karlsson, S. & Karhe, L. 2012. Taysin erityisvastuualueen teho-osastot esittäytyvät. Teoksessa Hoppa, S. (toim.). *Tehohoito* 30(2): 168.

Kankkunen, P. Vehviläinen-Julkunen, K. 2009. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOY.

Kiljunen, K. 2012. Tehohoitopotilaan uni ja kipu potilaan arvioimana. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitos. Luettu 20.1.2016. http://www.utu.fi/fi/yksikot/med/yksikot/hoitotiede/julkaisut/Documents/abstraktit_2012/kiljunen.pdf

Kiviniemi, K. 2010. Laadullinen tutkimus prosessina. Teoksessa Aaltola, J & Valli, R (toim.). Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittavalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Jyväskylä: PS-kustannus. 12-27.

Koivuranta-Vaara, P.(toim.) Suomen kuntaliitto. 2011. Terveystieteiden laatuopas – hoidon vaikuttavuus. Luettu 26.1.2016. <http://hoidonvaikuttavuus.fi/wordpress/wp-content/uploads/2014/02/Tlaatuopas.pdf>

Kylmä, J., Vehviläinen-Julkunen, K. & Lähdevirta, J. 2003. Laadullinen terveystutkimus – mitä, miten ja miksi? *Duodecim*;119:609–615.

- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Kyngäs, H., Elo, S., Pölkki, T., Kääriäinen, M. & Kanste, O. 2011. Sisällönanalyysi suomalaisessa hoitotieteellisessä tutkimuksessa. *Hoitotiede* 23(2), 138–148.
Laki potilaan asemasta ja oikeuksista 17.8.1992/785.
- Laine, T. 2010. Miten kokemusta voidaan tutkia? Teoksessa Aaltola, J & Valli, R (toim.). *Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittavalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin*. Jyväskylä: PS-kustannus. 28–45.
- Lehto, B. 2015. Huolehtiva kanssakäyminen. Substanttiivinen teoria työikäisen aivohalvauspotilaan perheenjäsenen emotionaalaisesta tukemisesta sairastumisen akuutissa vaiheessa. Tampereen yliopisto. Luettu 30.11.2015. <http://www.uta.fi/ajankohtaista/vaitokset/arkisto/tiedote.html?id=111442>
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2012. *Etiikka hoitotyössä*. Helsinki. Sanoma Pro Oy.
- Meriläinen, M. 2012. Tehohoito potilaan hoitoympäristö, psyykinen elämänlaatu ja toimiminen. *Tehohoito*. 2012; 30(2): 172–73.
- Metsämuuronen, J. 2008. *Laadullisen tutkimuksen perusteet*. 3. painos. Jyväskylä: International Methelp Ky. Gummerus Kirjapaino Oy.
- Moilanen, P & Rähä, P. 2010. Merkitysrakenteiden tulkinta. Teoksessa Aaltola, J & Valli, R (toim.). *Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittavalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin*. Jyväskylä: PS-kustannus. 45–69.
- Niikko, A. 2010. Dekonstruktio kvalitatiivisessa tutkimuksessa: piilomerkitysten ja ristiriitujen etsintää ja tulkintaa. Teoksessa Aaltola, J & Valli, R (toim.). *Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittavalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin*. Jyväskylä: PS-kustannus. 86–105.
- Parviainen, I. 2012. Teho-osasto 2020-luvun tarpeisiin. *Tehohoito* 30(1), 66.
- PSHP Toimintayksiköt. 2012. Teho-osaston yksilövastuinen ja perhekeskeinen hoitotyö. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri [Intranet] Päivitetty 2012. Tulostettu 14.4.2015. Nettiosoite
- PSHP 2013. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin strategia vuosille 2012 - 2016. Luettu 30.11.2015.
<http://www.pshp.fi/download/noname/%7BC38B840E-1E7A-4451-8791-7274B4F4A7A1%7D/24194>
- PSHP 2015a. Pirkanmaan sairaanhoitopiirin strategia vuosille 2016 - 2025. Luettu 30.11.2015.
http://www.pshp.fi/fi-FI/Sairaanhoitopiiri/Toiminta_ja_talous/Strategia
- PSHP 2015b. Tehohoito. Päivitetty 24.10.2015. <http://www.pshp.fi/fi-FI/Palvelut/Tehohoito>
- PSHP 2015c. Teho-osasto. Päivitetty 24.10.2015. http://www.pshp.fi/fi-FI/Toimipaikat/Tays_Keskussairaala/Hoitoyksikot/Tehoosasto

Rantala, I. 2010. Laadullisen aineiston analyysi tietokoneella. Teoksessa Aaltola, J & Valli, R (toim.). Ikkunoita tutkimusmetodeihin II. Näkökulmia aloittavalle tutkijalle tutkimuksen teoreettisiin lähtökohtiin ja analyysimenetelmiin. Jyväskylä: PS-kustannus. 106-126.

Rauhala, L. 2009. Henkinen ihminen. Henkinen ihmisessä & ihmisen ainutlaatuisuus. Helsinki: Gaudeamus.

Reinikainen, M. 2012. Tehohoitopotilaiden sairaalakuolleisuus Suomessa. Katsaus enustetekijöihin ja hoitotulosten mittaamiseen. Luettu 18.5.2015.
http://www.finnanest.fi/files/vaitos_reinikainen.pdf.

Ritmala-Castrén, M. 2014. Potilaan uni teho-osastolla. Tehohoito. 32(2), 164–66.

Ritmala-Castrén, M. 2015. Asleep or not asleep? Evaluation of the quality of patients' sleep in critical care nursing (Nukkuuko vai eikö nuku? Potilaan unen laadun arviointi tehohoitotyössä). Turun Yliopisto. Väitöskirja. Hoitotiede. Luettu 21.9.2015.
<https://www.doria.fi/handle/10024/111862>

Suomen sairaanhoitajaliitto. 2016. Sairaanhoitajan eettiset ohjeet. Luettu 26.1.2016.
<https://sairaanhoitajat.fi/jasenpalvelut/ammattillinen-kehittyminen/sairaanhoitajan-eettiset-ohjeet/>

Terveystieteiden laitos 30.12.2010/1326.

Tuomi, J. & Sarajärvi, A. 2005. Laadullinen tutkimus ja sisällön analyysi. Helsinki: Tammi.

Virikko, H. 2015. Kirjallisen raportoinnin ohje. Tampereen ammattikorkeakoulu. Luettu 21.1.2016. <https://intra.tamk.fi/documents/11121/0/KirjallisenRaportoinnin-Ohje2013.pdf/2db6c86f-2d22-47dd-8408-d86dd6f2a98c>

LIITTEET

Liite 1. Saatekirje

Arvoisa vastaanottaja

Olet ollut hoidettavana [REDACTED] teho-osastolla tai tehovalvonnassa noin vuosi sitten. Seuraamme potilaidemme toipumista elämänlaatukyselyn avulla.

Toivomme, että täyttäisit sekä elämänlaatukyselylomakkeen että tehohoitoa koskevia kysymyksiä - lomakkeen. Voit täyttää kyselyn yksin tai tarvittaessa yhdessä toisen henkilön kanssa.

Tarvittaessa sinua edustava henkilö voi kertoa meille tämän hetkisestä voinnistasi ja täyttää puolestasi lomakkeen, jos et itse pysty.

Vastaaminen on vapaaehtoista, josta voi kieltäytyä syytä ilmoittamatta. Liitteenä oleva kysely on luottamuksellinen eikä yksittäisen vastaajan henkilöllisyys paljastu (lomakkeessa vain numerotunniste).

Jos jokin kysymys tai muu asia tuntuu epäselvältä, niin voit soittaa puhelinnumeroon [REDACTED] klo 9 -16 arkisin. Vastaamme mielellämme kysymyksiinne.

Olemme kiitollisia osittainkin täytetyistä lomakkeista, koska kaikki saamamme tieto ja palaute auttaa teho-osastomme toiminnan kehittämistä.

Toivomme, että palauttaisitte vastauksenne kahden viikon kuluessa. Palautuskuoren postimaksu on valmiiksi maksettu.

Kiitämme antamastanne arvokkaasta tiedosta.

[REDACTED]
Ylilääkäri

[REDACTED]
Osastonhoitaja

[REDACTED]
Sairaanhoitaja

[REDACTED]
Sairaanhoitaja

Liite 2. Aineiston palvelukokemusten koodausta merkitysten mukaan

TAULUKKO 3. Aineiston palvelukokemusten koodausta merkitysten mukaan

| | |
|------------|---|
| + | kehut |
| - | moitteet |
| ! | kehitysidea |
| == | potilas ollut Tehoalvonnassa |
| om. | omaiset |
| muisti? | potilas ei itse muista, omaisen vastaus |
| ? | epäselvä vastaus → tulkintaongelma |
| esim. | hyvä sanonta tekijän mielestä → esimerkkejä: ”Minulle tuli tunne, että välitetään ja kuunnellaan.” ”Pieniä toiveita toteutettiin. ”Olin hyvissä käsissä.” ”Verhot eivät paljon ääntä eristä.” ”Heräämisvaihe jäi askarruttamaan.” ”Yhteydenpito omaisiin oli todella vaikeaa.” ”Olin toivonut enemmän yksityisyyttä.” ”Kaikki kuuluu ja näkyy.” ”Hampaiden pesu loi toivoa”. |
| päivitys | potilas kertoo voinnistaan vastaushetkellä |
| yksityisk. | joku tilanne jäänyt potilaan mieleen, kun ei muistanut muuta |
| avunhuuto | potilas masentunut, sekava!? |
| jatkohoito | potilaan vastaus liittyy jatkohoitoon jollakin tavalla |
| vuodeos. | potilaan vastaus liittyy tavalliseen vuodeosastoon |
| Acuta | potilaan vastaus liittyy Acutaan |

Liite 3. Aineiston palvelukokemusten koodausta ulottuvuuksien mukaan

TAULUKKO 4. Aineiston palvelukokemusten koodausta ulottuvuuksien mukaan

| | |
|---|--|
| ○ | ympyröity kehusana/kehun kohde → adjektiivit/substantiivit, positiivinen (+) ”kysyi, selitti, oli läsnä, kipulääkettä sai, piti kädestä kiinni, kerrottiin missä mennään” ”miellyttävää, ystävällistä, ammattitaitoista, varmaa, rauhallista, huumorintajuista, asiantuntevaa, nopeata, yksilöllistä, tehokasta, valvottua, turvallisuuden tunne” |
| ○ | ympyröity moitesana/moitteen kohde → adjektiivit/substantiivit, negatiivinen (-) ”olin köytetty, kipu totaalinen, tukehtumisen tunne, kuoleman pelko, pelotti, suuta kuivasi, ahdistava kokemus, hoitajat tylyjä” |