

Elina Ottela & Jasmiina Valkeinen

Potilaan fyysisen yksityisyyden turvaaminen tehohoidossa

Kirjallisuuskatsaus

Opinnäytetyö

Kevät 2016

SeAMK Sosiaali- ja terveysala

Sairaanhoitaja (AMK)

SeAMK 

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU
SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

SEINÄJOEN AMMATTIKORKEAKOULU

Opinnäytetyön tiivistelmä

Koulutusyksikkö: Sosiaali- ja terveysala

Tutkinto-ohjelma: Sairaanhoidtaja (AMK)

Tekijät: Elina Ottela ja Jasmiina Valkeinen

Työn nimi: Potilaan fyysisen yksityisyyden turvaaminen tehohoidossa

Ohjaajat: Helinä Mesiäislehto-Soukka, TtT, lehtori ja Katri Mäki-Kala, THM, lehtori

Vuosi: 2016

Sivumäärä: 42

Liitteiden lukumäärä: 1

Tämän opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää tehohoidossa olevan potilaan tehohoitotyötä. Tarkoituksena oli selvittää tehohoidossa olevan potilaan fyysisen yksityisyyden toteutumista. Työtä pyydettiin Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin Seinäjoen keskussairaalan uudistuvan tehostetun hoidon toimintayksiköstä ja se suunnattiin toimintayksikön hoitohenkilökunnalle.

Suomen perustuslaissa yksi ihmisen perusoikeuksista on yksityisyys. Potilailla on oikeus hoitoon ilman, että potilas tulee ihmisarvoltaan loukatuksi ja ettei hänen vakaumustaan tai yksityisyyttään loukata, vaan kunnioitetaan.

Tutkimusta ohjasi kaksi tutkimuskysymystä: Mitä on potilaan fyysinen yksityisyys teho-osastolla? Miten voidaan turvata potilaan fyysinen yksityisyys teho-osastolla? Tutkimusmenetelmänä käytettiin kirjallisuuskatsausta ja aineiston analyysia. Kirjallisuuskatsaukseen valikoitui kaksi väitöskirjaa, viisi ulkomaalaista artikkelia ja kaksi suomenkielistä artikkelia. Mukaan otettu aineisto oli ajantasaista.

Teho-osastolla turvallisuuden kokeminen, hoitohenkilökunnan asiallinen käytös ja rauhallinen ilmapiiri vaikuttavat positiivisesti potilaan paranemiseen. Melu ja turvattomuus lisäävät stressiä ja pidentävät toipumisaikaa. Pidentynyt toipumisaika lisää sairaslomapäiviä ja kustannuksia. Yhteiskunta voisi säästää kustannuksissa huomiolla tarkemmin potilaan fyysisen yksityisyyden.

Pääpaino kirjallisuuskatsauksen tuloksissa olivat hoitajien pienet teot fyysisen yksityisyyden kannalta. Potilaat painottivat useasti henkilökunnan asenteita, tahdikkuutta ja pienten asioiden huomiointia. Tutkimustulosten pohjalta hoitohenkilökunnan tulee kiinnittää enemmän huomiota suojaverhojen käyttöön, kysyä potilaalta lupaa astua huoneeseen, kertoa mitä aikoo tehdä potilaalle ja paljastaa vain tarvittava kohta potilaasta.

Avainsanat: yksityisyys, teho-osasto, tehohoitotyö, hoitoympäristö, hoitoetiikka

SEINÄJOKI UNIVERSITY OF APPLIED SCIENCES

Thesis abstract

Faculty: School of Health Care and Social Work

Degree programme: Bachelor Degree Programme in Nursing

Authors: Elina Ottela and Jasmiina Valkeinen

Title of thesis: Securing the Patient's Physical Privacy in Intensive Care

Supervisors: Helinä Mesiäislehto-Soukka, PhD, Senior Lecturer and Katri Mäki-Kala MSc Admin, Senior Lecturer

Year: 2016

Number of pages: 42

Number of appendices: 1

The aim of this thesis was to develop intensive care nursing for patients who are in intensive care. The purpose was to examine how patients' physical privacy comes true in intensive care. This thesis was requested for the South Ostrobothnia Health Care District's Seinäjoki Central Hospital renewable intensive care unit and it was directed to the nursing staff on the unit.

In the Finnish Constitution, it is stated that one of the people's fundamental rights is privacy. Patients have the right to treatment without fearing that their human dignity, convictions and privacy might be offended, but respected.

This research was guided by two research questions: What is patient's physical privacy in Intensive Care Unit? How can we protect patients' physical privacy in Intensive Care Unit? The research method of our thesis was literature review and material analysis. There were selected two doctoral theses, five foreign academic articles and two Finnish articles. The selected research articles were current.

In the Intensive Care Unit experiencing safety, nursing staff's appropriate behavior and peaceful atmosphere have a positive influence on patients' medical outcome. Noise and insecurity increase stress and extend recovery time. An extended recovery time increases the amount of sick leaves and costs. Society could make important savings in costs by paying most accurately attention in patient's physical privacy.

The main focus in the results from our literature review was the nurses' little action for physical privacy. Patients' commonly underlined the nursing staff's attitudes, tactfulness and attention paid to little things. Based on the research results, the nursing staff should pay more attention when using screens, ask for patients' permission before entering the room, tell about their intentions and only reveal necessary body parts.

Keywords: privacy, intensive care unit, intensive care, nursing environment, nursing ethics

SISÄLTÖ

| | |
|---|----|
| Opinnäytetyön tiivistelmä..... | 2 |
| Thesis abstract..... | 3 |
| SISÄLTÖ..... | 4 |
| Kuva-, kuvio- ja taulukkoluetelo..... | 5 |
| 1 JOHDANTO..... | 6 |
| 2 POTILAAN FYYSISEN YKSITYISYYDEN TURVAAMINEN TEHOHOIDOSSA..... | 7 |
| 2.1 Tehohoito..... | 7 |
| 2.2 Tehohoitoympäristö..... | 7 |
| 2.3 Potilaana tehohoidossa..... | 9 |
| 2.4 Tehohoidon eettiset periaatteet..... | 11 |
| 2.5 Yksityisyys tehohoidossa..... | 14 |
| 3 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS..... | 17 |
| 4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS..... | 18 |
| 4.1 Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä..... | 18 |
| 4.2 Kirjallisuuskatsauksen tiedonhaku..... | 18 |
| 4.3 Aineiston analysointi..... | 20 |
| 5 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET..... | 22 |
| 5.1 Ruumiillisen yksityisyyden suojaaminen..... | 22 |
| 5.2 Hoitoympäristö..... | 26 |
| 6 POHDINTA..... | 29 |
| 6.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset..... | 29 |
| 6.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus..... | 32 |
| 6.3 Pohdintaa opinnäytetyöprosessista ja jatkotutkimushaasteet..... | 33 |
| LÄHTEET..... | 35 |
| KIRJALLISUUSKATSAUKSEN LÄHTEET..... | 37 |
| LIITTEET..... | 38 |
| LIITE 1. Kirjallisuuskatsaus..... | 1 |

Kuva-, kuvio- ja taulukkoluetelo

Kuva 1. Seinäjoen keskussairaalan Tehostetun hoidon toimintayksikkö9

Kuva 2 Fyysisen yksityisyyden turvaamiseen vaikuttavat tekijät.....28

1 JOHDANTO

Opinnäytetyön aiheena on potilaan fyysisen yksityisyyden turvaaminen tehohoidossa kirjallisuuskatsauksella. Potilailla on oikeus hoitoon ilman, että potilas tulee ihmisarvoltaan loukatuksi ja ettei hänen vakaumustaan tai yksityisyyttä loukata, vaan niitä tulee kunnioittaa (L 11.6.1999/731). Aiheen valinta oli tärkeä, jota voidaan hyödyntää hoitotyössä. Hoitohenkilökunta voi teoillaan vaikuttaa potilaan henkilökohtaisen yksityisyyden tunteeseen (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 239–242). Opinnäytetyön aihepiiri antaa valmiudet toimia sairaanhoitajana eettisesti oikein huomioiden potilaan fyysisen yksityisyyden.

Tehohoidossa potilas on riippuvainen hoitoympäristöstään (Blomster, Mäkelä, Ritmala-Castrén, Säämänen & Varjus 2001, 9). Henkilökohtainen tila- termillä tarkoitetaan näkymätöntä aluetta, joka on yksilön ja ympäristön välissä. Tämän näkymätömän rajan ylittäminen ilman suostumusta herättää epämiellyttäviä, stressaavia ja ahdistavia tuntemuksia. (Herrala, Kahrola & Sandsröm 2008, 121.) Hoitotyö sisältää paljon moraalista toimintaa, jota henkilökunnan tulee työssään toteuttaa. Hoitotyötä ohjaavat eettiset arvot, jotka sisältävät ihmisten yhtenäisen arvon, potilaan itsemääräämisoikeuden ja oikeudenmukaisuuden. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 13–14, 119, 137–149, 162.)

Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää tehohoidossa olevan potilaan fyysisen yksityisyyden toteutumista kirjallisuuskatsauksen avulla. Opinnäytetyön tavoitteena on kehittää tehohoidossa olevan potilaan tehohoitotyötä. Kirjallisuuskatsauksesta saatua ajantasaista tietoa voidaan käyttää apuna Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin Seinäjoen keskussairaalan tehostetun hoidon toimintayksikön toiminnan kehittämisessä. Opinnäytetyö auttaa hoitohenkilökuntaa työskentelemään ammatillisesti huomioiden potilaan fyysistä yksityisyyttä. Hoitotyön näkökulmasta opinnäytetyö antaa tutkittua tietoa potilaan yksityisyydestä ja siitä, kuinka hoitohenkilökunta voi työskennellä ammatillisesti ja vaikuttamaan omalla käytöksellään potilaan yksityisyyden säilymiseen. Yksityisyys on arkipäivää jokaisella osastolla, joten työstä saatua tietoa voidaan hyödyntää hoitotyön eri osa-alueilla. Opiskelijoina opinnäytetyö auttaa ammatillisessa kasvussa ja saatua tietoa voidaan hyödyntää potilastyössä.

2 POTILAAN FYYSISEN YKSITYISYYDEN TURVAAMINEN TEHOHOIDOSSA

2.1 Tehohoito

Tehohoito on erikoissairaanhoidon työmuoto, jota tehdään teho-osastolla hoidettaessa vaikeasti sairaita potilaita. Hoitoa toteutetaan korkeatasoisen teknologian avulla, jolla tarkkaillaan ja valvotaan kriittisessä tilassa olevia vaikeahoitoisia potilaita ja pidetään yllä heidän elintoimintojaan. (Rosenberg, Alahuhta, Lindgren, Olkkola & Ruokonen 2014, 14–15.) Tehohoito toteutuu erityisosaamista tarjoavien asiantuntijoiden toimesta erikoissairaanhoidossa. Hoitohenkilökunnalla on osaamista ja valmiudet elintärkeiden toimintojen valvontaan ja ylläpitoon vaativasta tehohoitoa edellyttävästä teknologiasta. (Suomen Tehohoitoyhdistys 1997, 2.) Perushoito tehohoidossa vaatii suuria järjestelyitä, laitteita ja monen hoitajan työpanosta. Hoitoimenpiteet sisältävät aina riskinsä, koska potilaat ovat heikossa kunnossa tehohoidossa ollessaan. Potilaiden hengenvaara on arvioitu tilapäiseksi tehohoitoon tullessa. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 236–238.)

Eniten hoitohenkilökunta pystyy vaikuttamaan tehohoidossa olevan potilaan henkilökohtaisen yksityisyyden tunteeseen. Potilaan yksityisyyteen voidaan vaikuttaa suojaamalla potilasta toimenpiteiden aikana käyttäen väliverhoja ja välttämällä tarpeetonta intiimialueiden paljastamista. Hoitajien tulee välttää äkillistä kosketusta ja turhaa ovien availua toimenpiteiden aikana. Hoitohenkilökunnalta edellytetään eettistä herkkyyttä tilanteissa, joissa potilaan kommunikointikyky on alentunut. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 239–242.)

2.2 Tehohoitoympäristö

Teho-osastolla tulee olla käytössä vuorokauden ympäri radiologian ja laboratorion palvelut. Teho-osasto sijoitetaan siten, että hätätapauksissa ensiapupoliklinikalle ja leikkausosastolle ei ole liian pitkä matka. Teho-osaston toiminnassa on minimoitava

tarpeeton läpikulku, jotta osasto olisi potilaille ja hoitohenkilökunnalle mahdollisimman rauhallinen paikka. (Blomster ym. 2001, 9.)

Teho-osastolla potilas on riippuvainen hoitoympäristöstään. Ympäristöön vaikuttavat tilaratkaisut, osaston koko, oma ja muiden potilaiden hoitoisuusaste ja henkilökunnan ammattitaito. Itsemääräämisoikeutta voidaan kunnioittaa ottamalla huomioon potilaan toiveet peseytymisajoista tai omaisten vierailuajoista. Teho-osastolla tehohoitohuoneen läheisyydessä tulee olla valvomo, hoitajien työhuone ja lääkevarasto. Teho-osastoilla jokaisessa potilashuoneessa on oltava mahdollisuus pestä ja desinfioida kädet. Potilashuoneissa on oltava riittävästi tilaa hoitolaitteille sekä mahdollisuus päästä sängynpäättyyn toimenpiteitä varten. Työntekijöiden kanslian tulee sijaita potilashuoneiden välittömässä läheisyydessä. Kansliasta pystytään monitorien avulla seuraamaan potilaan vointia ja vaikuttamaan voinnissa tapahtuviin muutoksiin. Tiloja suunniteltaessa tulee huomioida myös hygieenisuus ja hoitoon liittyvien laitteiden huoltoratkaisut. (Blomster ym. 2001, 9–10.)

Monien valvonta- ja hoitolaitteiden käyttö vaatii tehohoidossa paljon tilaa potilaan läheisyydessä. Sähkö-, imu-, ja kaasupisteet, sekä alipaineistus- ja hälytysjärjestelmät tulee olla potilaan läheisyydessä, josta ne on helppo ottaa käyttöön. Tehohoidon kannalta on tärkeää, että tiloja voidaan muunnella tarpeen vaatiessa. (Rosenberg ym. 2014, 16.) Hoitohenkilökunta voi toiminnallaan vaikuttaa hoitoympäristöön. He pystyvät auttamaan potilasta säilyttämään vuorokausirytmensä valaistusta säätämällä. Hoitajien keskinäinen keskustelu ei saa ylittää rauhallisen ympäristön kriteerirajaa 30 dB: ä. (Blomster ym. 2001, 11.)

Tehohoitoon kuuluu paljon hoitoteknologiaa, jota käytetään ympäri vuorokauden. Teho-osastoilla potilaspaikalla on seurantalaitteita, joilla hoitajat voivat seurata potilaan tilaa ja sen etenemistä. Jatkuva näkö- ja kuuloyhteys näyttöruudulle on välttämätöntä, josta seurataan potilaan EKG:tä, happisaturaatiota, suoraa paineenmittausta valtimosta, keskuslaskimosta, keuhkovaltimosta, kallon sisältä ja hengitysteistä. (Blomster ym. 2001, 10.) Tehohoidon yksi haasteista on välineistön ja koneiden nopea kehitys ja niiden tuomat uudet eettiset haasteet. Tehostetun hoidon toimintayksikön hoitotilat (Kuva 1.) ovat rajalliset ja valaistus, äänet, värit ja lämpötilat ovat potilaan kontrollin ulottumattomissa, jolloin potilaan omatoimisuus vähenee.

Oudot hajut hoitotiloissa laukaisevat stressiä potilaassa, minkä seurauksena potilaan parantuminen ja toipuminen hidastuvat. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 240–242.) Kehittynyt tehohoito mahdollistaa potilaan tilan kohenemisen myös kriittisestä tilasta (Teho-osasto).



Kuva 1. Seinäjoen keskussairaalan Tehostetun hoidon toimintayksikkö (EPSHP:n Tehostetun hoidon toimintayksikkö, Verkkosivu)

2.3 Potilaana tehohoidossa

Potilaaksi kutsutaan ihmistä, joka saapuu sairaalaan asiakkaaksi. Yleensä, kun potilas saapuu terveydenhuollon piiriin ja potilaaksi osastolle hän menettää yksityisyytään. Potilaan kyky määrätä tilaansa heikkenee ja ajankäytön kontrolli voi häiriintyä, koska hoitohenkilökunta määrittää hänen päivärytmiään. Potilaan hoidossa on otettava huomioon hänen läheiset ihmiset. Potilaana olemiseen liittyy ominaisuuksia, jotka kuuluvat potilaille. Näitä ominaisuuksia ovat mm. se, että potilaan uskotaan luottavan hoitohenkilökuntaan ja heidän ammattitaitoonsa. Potilaiden tahtoon parantua uskotaan. Potilaalla on oikeus hyvään hoitoon asianmukaisesti ja turvallisesti. (Janhonen, Kuokkanen, Kääriäinen & Matikka 1992, 170.) Tehohoitoon saa-

punut potilas on akuutisti hoidon tarpeessa. Potilaalla voi olla akuutti sydän-, verenkierto-, aineenvaihdunta- tai tulehdussairaus. (Kaarlola, Larmila, Lundgrén-Laine, Pyykkö, Rantalainen, Ritmala-Castrén 2010, 462.) Tehohoidossa henkilökunnan tulee olla jatkuvasti läsnä, avustaa ja tukea potilaan elintoimintoja sekä monitoroida potilaan tilaa erilaisten apuvälineiden avulla. Tehohoito vaatii uusinta teknologiaa ja inhimillisyyttä. Työntekijältä vaaditaan ammattitaitoa niin lääke- ja hoitotieteestä kuin läheistenkin kohtaamisesta. Tehohoitajan rooli on hallitseva, koska potilas on usein kykenemätön osallistumaan ja tekemään päätöksiä. Yksityisyyttä joudutaan rikkomaan, jolloin oman reviirin raja ohenee tai pahimmillaan häviää kokonaan. (Blomster ym. 2001, 57.)

Jokaisen potilaan kokemukset tehohoidosta ovat erilaisia, koska jokainen potilas on ainutlaatuinen sairautensa tai vammansa kanssa. Kokemukseen tehohoidosta vaikuttavat monet asiat. Tärkeimmät asiat, jotka vaikuttavat kokemukseen tehohoidossa ovat missä tilassa potilas on hoidon aikana ja kuinka paljon hänellä on muistikuvia tehohoidosta ja teho-osastolla olemisesta. Potilaan kokemukseen teho-osastovaiheesta vaikuttaa hoitajilta saatu ennakkotieto siitä, mitä tulee tapahtumaan ja potilaan muistikuvat teho-osastojaksosta. Kaikille ei kuitenkaan ole mahdollista antaa etukäteen informaatiota teho-osastolle joutumisesta, koska tehohoitoon saapuessa suurin osa potilaista on tiedottomassa tilassa. Pitkään tehohoidossa olleet potilaat ovat kokeneet ahdistusta lisääviksi häiriötekijöiksi ympärivuorokautisen valaistuksen, kyvyttömyyden liikkua, erilaiset laitteet ja melun. Potilaiden huono kunto ja voimakkaat kipulääkkeet vaikuttavat heidän kykyynsä havainnoida ympäristöään. Tämä johtaa siihen, että potilaan muistikuvat osastolta saattavat olla hatarat. Suurimmaksi osaksi potilaat ovat kokeneet teho-osastojaksonsa positiivisena. He ovat mieltäneet toimenpiteet, laitteet ja hoitajien läsnäolon välttämättömiksi heidän pelastumisensa kannalta. Turvallisuuden tunnetta on tuonut ammattitaitoisen henkilökunnan jatkuva läsnäolo ja potilaiden yksilöllisyyden huomioiminen. (Blomster ym. 2001, 57–59, 101.)

2.4 Tehohoidon eettiset periaatteet

Hoitotyö itsessään sisältää paljon eettistä toimintaa, jota hoitohenkilökunta toteuttaa jokapäiväisessä työssään. Hoitotyön perusideana on tehdä sitä, mikä on oikein ja hyvää ihmisille. Eettiset arvot ovat hoitotyön lähtökohtana, ne antavat hoitotyölle toimintamallin. Hoitotyön eettinen merkitys käsittää ihmisen haavoittuvuuden ja huolenpidon. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 13–14.) Itsemääräämisoikeuden ja ihmisarvon kunnioittaminen, ihmiselämän suojeleminen, potilaan terveyden edistäminen, salassapitovelvollisuuden noudattaminen ja kollegojen ja muiden ammattiryhmien kunnioittaminen ovat hoitotyön keskeisiä eettisiä arvoja (Anttila, Kaila-Mattila, Kan, Puska & Vihunen 2015, 22). Tehohoidossa hyvän määrittelee usein joku muu kuin potilas itse. Tehohoitopotilaan huonon kunnon takia määrittelyn tekevät omaiset, lääkäri tai hoitohenkilökunta. Hoitajan eettisen päätöksenteon tulee perustua ammattikunnan eettisten sitoumusten soveltamiseen. Ammattitaitoinen hoitaja tiedostaa oman henkilökohtaisen vakaumuksensa ja kykenee työskentelemään yhteistyössä erilaisen eettisen vakaumuksen omaavan ihmisen kanssa. (Blomster ym. 2001, 75–78.)

Hoitotyö perustuu ihmisarvoon, jonka pohjalta on luotu ihmisoikeudet. Ihmisarvoon liittyy ajatus siitä, että jokaiselle ihmiselle kuuluu yhtäläinen perusoikeus eli ihmisoikeus. Ihmisoikeus sisältää ihmisen oikeuden elämään, henkiseen, henkilökohtaiseen ja poliittiseen vapauteen, turvallisuuteen henkilökohtaisesti ja sosiaalisesti ja tasa-arvon. (Anttila ym. 2015, 20.) Kyseisiä arvoja ja aatteita puoltaa Suomen perustuslaki (L 11.6.1999/731). Ihmisarvo käsitteen määritelmä on yksinkertainen, mutta sen toteutuminen ihmisten kohtaamisessa ja sosiaalisissa rakenteissa on haastavaa. Useat kokevat ihmisarvonsa tulleen loukatuksi erilaisissa tilanteissa. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 119.) Yleisen mielikuvan mukaan arvostettavia ihmisiä ovat vain tuottavat, omillaan selviytyvät, eteenpäin pyrkivät ja itsenäiset ihmiset. Ulkopuolelle jäävät tulevat helposti syrjityiksi ja heille ei tarjota apua tarpeeksi. Terveystuollossakin etusijalla ovat kiinnostavat, yhteistyökykyiset ja hoitoon sopivat potilaat. Syrjityiksi tulevat huonohoitoiset, moniongelmaiset, hankalat ja kielteisiin mielikuviin liitettävissä olevat potilaat. Hoidossa käytetään parasta diagnostiikkaa, sekä edistyneitä, että monimutkaisia hoitotekniikoita, se ei riitä, ellei ihminen tule nähdyksi, suojelluksi ja kunnioitetuksi. (ETENE 2001, 5–6.)

Itsemääräämisoikeus tarkoittaa autonomiaa, jolloin ihmisellä on oikeus elää omalla tavalla elämänsä ja hänellä on oikeus olla mukana aktiivisesti häntä koskevissa päätöksenteoissa. Hoitotyössä itsemääräämisoikeus on päivittäin läsnä. Hoitohenkilökunnan tulee soveltaa itsemääräämisoikeutta siten, että potilas otetaan mukaan jokaiseen häntä koskevaan hoitopäätökseen ja häneltä kysytään aina mielipidettä asioista ja päätöksistä. (Janhonen ym. 1992, 107.) Potilasvahinkolaki (L 25.7.1986/585), sairausvakuutuslaki (L 21.12.2004/1224) ja laki potilaan asemasta ja oikeuksista (L 17.8.1992/785) takaavat oikeuden hoitoon ja hoidon laatuun samanarvoisesti koko väestölle. Hoitohenkilökunnan tulee hoidettaessa kunnioittaa potilaan itsemääräämisoikeutta ja arvostaa potilaan koskemattomuutta. Hoitosuhteen on perustuttava hoitajan ja potilaan keskinäiseen luottamukseen ja ymmärrykseen. Piittaamattomuus ja yliholhoavuus ovat isoja eettisiä ongelmia potilaan hoidossa. Potilaan itsemääräämisen periaate ei saa vähentää hoidon ammattilaisen vastuuta hoitotapahtumassa. (ETENE 2001, 5–6.)

Tehohoidossa olevaa potilasta hoidettaessa on otettava huomioon, että potilas voi olla tiedottomassa tilassa lääkkeiden tai vamman takia, eli potilas on kyvytön päättämään hoitoa koskevista asioista ja toiminnoista. Tällöin potilaan tahdonilmaisuja joudutaan puntaroimaan kriittisesti hoitoa aloittaessa. Silloin, kun potilas itse ei pysty esittämään omaa tahtoaan tehohoidosta, on hoitohenkilökunnan käännyttävä potilaan läheisten puoleen keskusteltaessa hoitotahdosta. Jos käy niin, että potilaan omaisten hoitotahdot ovat ristiriitaisia potilaan hyvinvoinnin kannalta, on hoitohenkilökunnan toimittava oman asiantuntijuutensa puitteissa. (Suomen Tehohoitoyhdistys 1997, 5.) Hoitohenkilökunnalla tulee olla yhteinen vastuu ja heidän on puolustettava muiden oikeuksia. Potilaan itsemääräämisoikeutta ja autonomiaa tulee kunnioittaa, jolloin potilas on itse vastuussa valinnoistaan. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 137–149.) Potilas voi rajoittaa hoitoa tai haluta hoidon jatkamista epätoivoisessakin tilanteessa (Blomster ym. 2001, 75–78). Hoitajan työhön kuuluu antaa tarvittava tieto potilaalle päätöksentekoa varten (Rosenberg ym. 2014, 59). Hoitotyössä itsemäärääminen voidaan käsittää paremmin oikeutena osallisuuteen ja myötä määräämiseen kysymyksissä, jotka koskevat potilaan omaa elämäntilannetta ja omaa hoitoa (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 137–149).

Oikeudenmukaisuus tarkoittaa tasavertaisuutta, joka on perusarvo hoitotyössä. Keskeisintä oikeudenmukaisuudessa on se, kuinka ihminen voi rajoittaa ja haluaa osoittaa tarpeentyydytystä ottaen huomioon toisten tarpeet. (Janhonen ym. 1992, 137.) Oikeudenmukaisuuden perusajatuksena on, että ihmisillä on samat oikeudet ja resurssit jaettavaan tasa-arvoisesti (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 162). Suomen perustuslaki (L 11.6.1997/731) määrää, että jokaisella, joka ei kykene hankkimaan ihmisarvoisen elämän edellyttämää turvaa, on oikeus välttämättömään toimeentuloon ja huolenpitoon. Julkisella vallalla on vastuu turvata jokaiselle riittävät sosiaali- ja terveyspalvelut. Velvoitteita säätelevät kuntalaki (L 17.3.1995/365), kansanterveyslaki (L 28.1.1972/66), erikoissairaanhoidonlaki (L 1.12.1989/1063), mielen-terveyslaki (L 14.12.1990/1116) ja laki potilaan asemasta ja oikeuksista (L 17.8.1992/785). (ETENE 2001, 5–6.)

Ihmisten tulee päästä yhdenvertaisesti terveydentilansa vaatimaan hoitoon asuinpaikasta, taustatekijöistä ja olosuhteista riippumatta. Erilaisista sairauksista kärsivien ihmisten pitäisi olla kaikesta huolimatta tasa-arvoisia toisiinsa nähden. (ETENE 2001, 5–6.) Tasa-arvo tarkoittaa sitä, että jokaisella ihmisellä on arvo, mutta sen lisäksi jokaisella on sama arvo. Jokaisen potilaan on saatava tasa-arvoista hoitoa ja jokaisen on oltava hoitohenkilökunnan silmissä tasa-arvoisia. (Janhonen ym. 1992, 137.) Terveystieteissä on pyrittävä toteuttamaan oikeudenmukaisuutta suojele- malla sairaita ja toimintarajoitteisia niin, että heidän mahdollisuutensa osallistua yhteiskuntaan ovat samat kuin muillakin. Useat tutkimukset kuitenkin todistavat huomattavia eroja eri väestöryhmien välillä. Korkea koulutus, hyvät tulot ja terveelliset elämäntavat mahdollistavat terveyden ja pidemmän elämän. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 162–167.)

Tehohoitoon johtaviin sairauksiin ja vammoihin liittyy usein kärsimystä ja kipua. Hoitohenkilökunnan tärkeänä tehtävänä on lievittää fyysistä kipua, mutta myös huomioida potilaan henkinen kärsimys ja pelko. Samalla kun hoitohenkilökunta tekee hyvää, eli vähentää kärsimystä, heidän on kiinnitettävä huomiota myös lisähaittojen välttämiseen. (Suomen Tehohoitoyhdistys 1997, 4.) Hoitotyössä on tarkoitus tuottaa hyvää toisille ihmisille. Hoitajan ei pidä tehdä mitään, mikä vahingoittaa hänen hoidostaan riippuvaista ihmistä, vaan hoitajan on otettava huomioon potilaan turvallisuus. Hoitotyön aktiivisempi ja vanhempi periaate, eli hyvän tekeminen ja toisten

ihmisten etujen ajaminen ovat lähtökohta kaikelle toiminnalle. Hyvän tekeminen on toteutettava niin, ettei se samalla vahingoita muita. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 121–126.) Hyvän tekeminen voi olla pahan vähentämistä ja vastustamista, kuten pelon, kivun, kärsimyksen lievittämistä ja sairauden ja huonon terveyden ehkäisemistä. Tuotettu vahinko voi olla fyysistä, psyykkistä ja sosiaalista. Fyysisiin vahinkoihin luetaan ruumiilliset vahingot, jotka voivat olla seurausta väkivallasta tai huonosta fyysisestä hoidosta. Psyykkisiin vahinkoihin kuuluvat pelko, huoli ja turvattomuus, jotka johtuvat uhkailuista ja loukkauksista, eli psyykkisestä väkivallasta. Sosiaalinen vahinko merkitsee häiriötä ihmissuhteissa ja sosiaalisissa kontakteissa. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 121–126.)

Hyvän hoitajan tulee osata punnita hyvän ja pahan välillä. Hyvän tekeminen voi aiheuttaa vahinkoa, jos teon tarkoitus on arvioitu väärin. Tekemällä hyvää voi olla pitkällä aikavälillä huonot seuraukset, vaikka se sillä hetkellä olisikin tuntunut oikealta valinnalta. Tekemisiä tulee arvioida pidempiaikaisten seurausten perusteella. (Sarvimäki & Stenbock-Hult 2009, 121–126.) Toimenpiteissä tulee välttää turhia infektioriskejä, jotka saattavat olla kohtalokkaita tehohoitopotilaalle. Liian passiivinen tehohoito voi vahingoittaa potilasta ja hidastaa potilaan parantumista. Pahimmillaan passiivinen tehohoito voi johtaa potilaan menehtymiseen. (Blomster ym. 2001, 75–78.)

2.5 Yksityisyys tehohoidossa

Ihmisen yksi perusoikeuksista on yksityisyys, joka on suojattu Suomen perustuslaissa. Potilailla on oikeus hoitoon, niin ettei hänen ihmisarvoaan, vakaumustaan tai yksityisyyttään loukata, vaan kunnioitetaan. (L 11.6.1999/731.) Hoitotyössä ovat käytössä hoitotyön periaatteet, joista yksi on yksityisyyden periaate. Yksityisyyden periaatteeseen liittyy vahvasti vaitiolovelvollisuus ja salassapitovelvollisuus. Yksityisyydellä tässä periaatteessa tarkoitetaan potilaan henkilökohtaista tilaa, johon vaikuttavat fyysinen ympäristö ja vuorovaikutus. Näin ollen potilaalle kuuluu henkilökohtainen koskemattomuus, loukkaamattomuus ja vahingoittamattomuus. (Rautava-Nurmi & Westergård 2013, 23.) Potilaan koskettaminen on arkipäiväistä toimintaa hoitotyössä. Tämä korostuu etenkin tehohoidossa, jolloin hoitajat joutuvat

työn puolesta olemaan kosketuksessa potilaaseen useasti vuorokauden aikana. Hoitajan on muistettava potilasta koskettaessa, että potilaalle koskeminen ei välttämättä ole luontaista. Tällöin on tärkeää, että hoitaja kommunikoi tarkoin koskettaessa ja tekee koskettamisen luontevasti. (Blomster ym. 2001, 59.)

Henkilökohtainen tila- termiä käytetään sosiaalipsykologiassa ja sillä tarkoitetaan näkymätöntä aluetta, joka on yksilön ja ympäristön välissä. Tämän näkymättömän rajan ylittäminen ilman suostumusta herättää epämiellyttäviä, stressaavia ja ahdistavia tuntemuksia. Potilaan henkilökohtaisen tilan rikkominen voi laukaista potilaassa aggressiivista käyttäytymistä. Henkilökohtainen tila voidaan jakaa eripituisiin vyöhykkeisiin: intiimi, persoonallinen, sosiaalinen ja julkinen. Kulttuurilla on suuri vaikutus vyöhykkeiden etäisyyksiin, joka vaikuttaa siihen, että jokaisella potilaalla on erikokoinen henkilökohtainen tila. (Herrala ym. 2008, 121.)

Yksityisyyden kunnioitus on tärkeää fyysiselle, psyykkiselle, emotionaalille ja hengelliselle hyvinvoinnille. Yksityisyys koetaan eri tavoilla ja se on usein sidoksissa kulttuuriin ja uskoon. Näin ollen hoitajan tulee osata havainnoida potilaan viestejä siitä, milloin potilas haluaa olla yksin ja milloin potilas tulisi saada enemmän mukaan yhteiseen toimintaan. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 146.) Yksityisyys voidaan jakaa neljään eri osa-alueeseen: fyysiseen, psyykkiseen, sosiaaliseen ja tiedolliseen koskemattomuuteen. Nämä kaikki ovat toistensa kaltaisia osa-alueita ja muodostavat kokonaisuudessaan yksityisyyden. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 147.)

Fyysinen yksityisyys on ihmisen ruumiillista koskemattomuutta. Jokaisella on oma mieltymyksensä fyysisistä alueista, jotka ovat hänen henkilökohtaista tilaansa. Potilas voi henkilökohtaista tilaa säätelemällä pitää yllä omaa yksityisyyttään. Joidenkin potilaiden henkilökohtainen tila voi olla pienempi kuin toisten potilaiden. Tähän liittyy tottumukset ja kokemukset, joiden takia on oltava varovainen tultaessa toisen yksityiselle alueelle. Hoitotyössä hoitajien tulee kunnioittaa potilaiden fyysistä koskemattomuutta siten, että he eivät lähesty tai kosketa potilasta luvatta. Hoitajan on hyvä kertoa potilaalle, mitä hän tekee ja kuinka. Hoitaja voi kunnioittaa potilaan fyysistä yksityisyyttä suojaamalla potilas mahdollisilla näköesteillä. Fyysistä koskemattomuutta loukkaa liian nopea lähestyminen ja kehon intiimikohdan paljastaminen. Näitä tilanteita tulee hygienian hoidossa ja yksinkertaisissa päivittäisissä hoitotoimenpiteissä. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 147–152.)

Psyykkinen yksityisyys koskee ihmisen henkistä koskemattomuutta. Henkiseen yksityisyyteen kuuluu oma mieltymys siitä, mitä haluaa jakaa ja kenelle. Potilaiden kohdalla tämä on esimerkiksi sitä, että kenelle haluaa jakaa odotukset, toiveet ja pettymykset. Henkilökohtaisten asioiden kysely voi olla henkisesti loukkaavaa ja henkistä yksityisyyttä rikkovaa. Potilaalla on oikeus säädellä yksityisyyttään siten, että hän päättää mitä kertoo ja kenelle. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 150.)

Sosiaalinen yksityisyys on ihmisen oikeutta säädellä omien sosiaalisten suhteidensa määrää. Hoitotyössä tämä voi ilmetä siten, että potilas haluaa hoitojaksonsa aikana tavata läheisiään omassa rauhassaan. Sosiaalista yksityisyyttä voi loukata se, että hoitaja saapuu huoneeseen koputtamatta. Huone on potilaan omaa tilaa hoitojakson aikana, joten sitä tulee kunnioittaa. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 150.)

Tiedollisen yksityisyyden alle kuuluvat potilastiedot ja niiden luottamuksellisuus. Hoitotyössä tiedollisen yksityisyyden suojana on vaitiolovelvollisuus ja salassapitovelvollisuus, joka on jokaisella hoitotyötä tekevällä henkilöllä. Näiden velvollisuuksien rikkominen johtaa hoitajan rangaistukseen, sillä kyseessä on rikos. Tämä tarkoittaa sitä, ettei potilaan tiedoista tai potilaasta puhuta ulkopuolisille. Tiedolliseen yksityisyyteen kuuluu se, että potilas tietää ajantasaiset, omaan terveyteensä liittyvät tiedot ja mahdolliset hoidot. (Leino-Kilpi & Välimäki 2009, 152.)

3 OPINNÄYTETYÖN TAVOITE JA TARKOITUS

Tämän opinnäytetyön tavoitteena on näyttöön perustuvan tiedon avulla kehittää tehohoidossa olevan potilaan tehohoitotyötä. Opinnäytetyön tarkoituksena on selvittää tehohoidossa olevan potilaan fyysisen yksityisyyden toteutumista.

Kirjallisuuskatsauksen avulla etsitään vastauksia seuraaviin tutkimuskysymyksiin:

Mitä on potilaan fyysinen yksityisyys tehohoidossa?

Miten voidaan turvata potilaan fyysinen yksityisyys tehohoidossa?

Kirjallisuuskatsauksen avulla saatu tieto esitellään Etelä-Pohjanmaan sairaanhoitopiirin Seinäjoen keskussairaalan Tehostetun hoidon toimintayksikön hoitohenkilökunnalle.

4 OPINNÄYTETYÖN TOTEUTUS

4.1 Kirjallisuuskatsaus tutkimusmenetelmänä

Opinnäytetyöhön hankittiin tulokset tutkimuskysymyksiin kirjallisuuskatsauksen avulla. Kirjallisuuskatsaus keskittyy tutkimuskysymysten kannalta keskeiseen kirjallisuuteen, eli keskeisiin julkaisuihin, tutkimustuloksiin ja erilaisiin artikkeleihin. Sen tarkoituksena oli tuoda ilmi, mistä näkökulmista ja miten aihetta oli tutkittu aikaisemmin. Löydetty tieto eriteltiin ja arvioitiin tarkasti, jonka avulla tuoreet tulokset voitiin liittää aikaisempaan tietoon. Aineistoa oli luettava kriittisesti ottaen huomioon erilaisia näkökulmia, tutkimusasetelmia ja -tuloksia. Kirjallisuuskatsauksessa tuodaan julki eroja, ristiriitaisuuksia ja puutteita (Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2013, 121, 258–260).

Kirjallisuuskatsaus noudattaa tieteellisen tutkimuksen periaatteita. Se perustuu tutkimussuunnitelmaan, pyrkii vähentämään systemaattista harhaa ja on toistettavissa. Kirjallisuuskatsauksessa on eroteltavissa sen eri vaiheet, joista jokainen vaihe rakentuu järjestelmällisesti edelliseen vaiheeseen. Ensimmäinen vaihe on tutkimussuunnitelman laatiminen. Tutkimussuunnitelman laatiminen vaatii riittävästi aikaisempaa tutkimustietoa, sekä selvitystä aiheen aiemmista kirjallisuuskatsauksista. Seuraavat vaiheet ovat tutkimuskysymysten määrittäminen, alkuperäistutkimusten haku, valinta ja laadun arviointi. Lopuksi vielä analysoidaan alkuperäistutkimukset ja esitellään tulokset. (Kääriäinen & Lahtinen 2006, 39–40.)

4.2 Kirjallisuuskatsauksen tiedonhaku

Opinnäytetyössä tutkimussuunnitelmaa alettiin laatia etsimällä aiheeseen liittyviä tutkimuksia ja tutkimusartikkeleja. Aihe määräsi tutkimuskysymyksille suuntaa, koska työelämästä oli tullut toive, mihin työssä tulisi kiinnittää huomiota. Suomenkielisiä tutkimuksia oli haastava löytää, koska aihetta oli tutkittu Suomessa vähän. Hakusanojen perusteella löydettiin tutkimuksia, mutta tutkimuksista oli karsittava tutkimukset, jotka eivät liittyneet työhön. Laatua arvioitiin kirjoittajan ja julkaisuvuoden mukaan.

Tutkimuskysymyksiin perustuva haku tehtiin systemaattisesti ja kattavasti. Haut kohdistettiin tutkimussuunnitelman mukaisesti tietolähteisiin, joista oletettavasti saadaan tutkimuskysymysten kannalta oleellista tietoa. Alkuperäistutkimuksille määriteltiin sisäänottokriteerit, joilla tarkoitetaan edellytyksiä sekä rajoituksia mukaan otetuille tutkimuksille. Valikoitumisharhaa vähennettiin tarkkaan rajatuilla sisäänottokriteereillä ja sillä, että alkuperäistutkimusten valinnan tekivät vähintään kaksi arvioijaa toisistaan riippumattomasti ja itsenäisesti.

Kirjallisuuskatsauksen tiedonhaku tehtiin käyttäen suomenkielistä Medic, Finna ja Theseus- tietokantaa sekä ulkomaisista hakupalveluista Cinahlia. Tietokannat käytiin järjestelmällisesti läpi. Ennen aineistohakua määriteltiin sisäänottokriteerit. Kriteereitä oli, että tutkimuksessa on tutkittu tehohoitotyön fyysistä ympäristöä, tutkimus vastaa tutkimuskysymykseen ja tutkimuksessa on tutkittu aikuista potilasta. Pääsääntöisesti haettiin tutkimuksia, jotka olivat julkaistu vuonna 2005 ja sen jälkeen. Opinnäytetyöhön otettiin mukaan muutama vanhempikin tutkimus, koska niihin oli viitattu useassa uudemmassa tutkimuksessa. Opinnäytetyöhön haettiin vain suomen- ja englanninkielisiä tutkimuksia. Kulttuuristen erojen vuoksi pääpaino oli suomalaisissa tutkimuksissa, koska henkilökohtainen tila ja koskettaminen koetaan vaihtelevasti eri kulttuureissa.

Haut kohdistettiin niihin tiedonlähteisiin, joista oletettiin löytyvän tutkimuskysymysten kannalta oleellista tietoa. Tutkimusartikkeleita haettiin sekä sähköisistä tietokannoista että manuaalisesti käsihakuina. Pyrittiin löytämään sellaisia artikkeleja, joista saataisiin mahdollisimman osuvaa ja monipuolista tietoa suhteessa tutkimuskysymyksiin. Tiedonhaussa hakusanoina käytettiin: yksityisyys, tehohoito, hoitotyö, tehohoitotyö, akuuttihoito, teho-osasto, tehohoitopotilas, tehostetun valvonnan yksikkö, yksilönsuoja, omatila, fyysinen yksityisyys, henkilökohtainen tila, hoitoympäristö, potilashuone, ICU, privacy, intensive care ja critical and intensive care. Sanalla yksityisyys löytyi paljon tutkimuksia, mutta suurin osa tutkimuksista osoittautui käsittelemään muuta kuin fyysistä yksityisyyttä. Sanalla teho-osasto löytyi hyvin tutkimuksia, useat tutkimukset olivat kuitenkin yli kymmenen vuotta vanhoja. Opinnäytetyötä tehdessä tutustuttiin aiheeseen liittyviin opinnäytetöihin Theseuksesta, joista saatiin hyviä lähteitä työhön. Opinnäytetyöhön saatiin hyviä artikkeleita luettavaksi myös työelämän edustajilta.

Etsityissä aineistoissa pyrittiin sisäänottokriteerien lisäksi painottamaan sairaanhoitajan ja potilaan näkökulmia fyysisen yksityisyyden turvaamiseen. Tiedonhaussa tarkasteltiin löydettyä aineistoa kriittisesti ja valittiin vain luotettavista lähteistä löytenyt tieto. Kriteerien avulla rajattiin kirjallisuuskatsaukseen mukaan otettavaksi kaksi väitöskirjaa, viisi ulkomaalaista artikkelia ja kaksi suomenkielistä artikkelia. Vanhin tutkimus oli vuodelta 2001.

Opinnäytetyön tarkoituksena oli selvittää tehohoidossa olevan potilaan fyysisen yksityisyyden toteutumista. Tietoa kerättiin kirjallisuuskatsauksella keskittyen fyysiseen yksityisyyteen ja aikuisten potilaiden kokemuksiin. Aikuisella tarkoitetaan yli 18-vuotiaita potilaita. Aiheesta kerättyä aiempaa tietoa tarkasteltiin potilaan näkökulmasta. Suunnittelun perustana oli näyttöön perustuvaa suunnittelua, jossa päätökset pohjautuivat tutkittuun tietoon, hyväksi havaittuihin toimintakäytäntöihin, potilaan kokemuksiin ja hoitotyön resursseihin. Aiempien tutkimusten avulla tavoitteena oli kehittää tehohoidossa olevan potilaan tehohoitotyötä.

4.3 Aineiston analysointi

Sisällönanalyysissä analysoidaan aineistoa systemaattisesti. Keskeisiä sisällöllisiä väittämiä tulee tunnistaa tutkittavaan ilmiöön liittyen, eikä kaikkea tietoa tarvitse analysoida. Sisällönanalyysin vaiheita ovat aineiston purkaminen osiin, samankaltaisten osien yhdistäminen ja aineistosta selkeän kokonaisuuden tekeminen. (Kylmä & Juvakka 2007, 112–113.) Sisällönanalyysi on perusanalyysimenetelmä, jota on käytetty monissa kvalitatiivisissa tutkimuksissa hyödyksi (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 134). Sisällönanalyysillä pyritään saamaan kuvaus tutkittavasta ilmiöstä tiivistetyssä ja yleisessä muodossa (Kyngäs & Vanhanen 1999, 4).

Kerättyä aineistoa analysoitiin sisällönanalyysillä, jonka avulla yhdistettiin oleellinen tieto teho-osaston potilaiden fyysisen yksityisyyden turvaamista varten. Tarkoituksena oli jäsentää kerätty tieto ymmärrettävään ja hallittavaan muotoon. Tavoitteena oli kerätyn aineiston avulla tuottaa tietoa tutkimusongelmasta. Tavoitteeseen pääsemiseksi aineistoa analysoitiin systemaattisesti ja keskeisiä sisällöllisiä väittämiä tunnistettiin tutkittavaan ilmiöön liittyen.

Sisällönanalyysiä toteutettiin lukemalla tutkimuksia ja yhdisteltiin tutkimuksista saatu tieto ja teoretieto. Tutkimustuloksista muodostettiin kategorioita, joiden mukaan alettiin työstää tutkimusongelmaan ratkaisua. Englanninkieliset tutkimukset suomennettiin, että tutkimukset olivat ymmärrettäviä ja niitä oli mahdollista yhdistellä toisiin tutkimuksiin ja lähteisiin. Kaikkia löydettyjä tutkimuksia ei analysoitu, koska tutkimukset osoittautuivat tutkimusongelmien kannalta tarpeettomiksi. Luetuista tutkimuksista tehtiin yhteenveto, jonka pohjalta saatiin jatkotutkimuskysymykset ja vastaukset opinnäytetyön tutkimuskysymyksiin.

Valitut artikkelit jäseneltiin taulukkoon (LIITE 1) selkeyttämään analysointia. Taulukkoon eriteltiin tutkija ja tutkijat, artikkelin nimi, julkaisuaika ja -paikka sekä keskeisimmät tutkimustulokset. Englanninkieliset artikkelit suomennettiin taulukkoon. Aineistoa pelkistettiin keräämällä vastauksia tutkimuskysymyksiin. Pelkistettyjä ilmauksia yhdisteltiin sopiviin kategorioihin ja annettiin kategorioille sisältöä kuvaava nimi. Aihekatgorioiksi muodostuivat ruumiillisen yksityisyyden suojaaminen ja hoitoympäristö (Kuva 2.).

5 KIRJALLISUUSKATSAUKSEN TULOKSET

5.1 Ruumiillisen yksityisyyden suojaaminen

Ihmisen yksi perusoikeuksista on yksityisyys, joka on suojattu myös Suomen perustuslaissa. Potilaalla on oikeus hoitoon, niin ettei hänen ihmisarvoaan loukata ja niin, ettei hänen vakaumustaan tai yksityisyyttään loukata, vaan niitä tulee kunnioittaa. (L 11.6.1999/731.) Yksityisyydellä tarkoitetaan potilaan henkilökohtaista tilaa, johon vaikuttavat fyysinen ympäristö ja vuorovaikutus, jonka mukaan potilaalle kuuluu henkilökohtainen koskemattomuus, loukkaamattomuus ja vahingoittamattomuus (Rautava-Nurmi & Westergård 2013, 23).

Tuhkanen (2006) määrittelee yksityisyyden siten, että potilas saa itse määrittää, keiden kanssa hän on tekemisissä sekä ketkä voivat nähdä ja kuulla hänen asioitaan. Jokaisella potilaalla on oma henkilökohtainen alue, jota tulee kunnioittaa ja potilaan pitää voida ylläpitää omaa arvoaan. Akyüzin & Erdemiren (2013) tutkimuksessa 52,9 prosenttia 102 potilaasta ja 70,2 prosenttia 47 sairaanhoitajasta määrittivät yksityisyyden siten, että se on luottamuksellisuutta ja elämäntapaa edesauttavaa toimintaa. Henkilökohtaisen tilan kokemiseen oli yhteydessä sukupuoli, ikä, potilas-huoneen koko, selviytymiskyky sairaalassa, hoitokertojen määrä ja mieliala (Rosqvist 2003). Tämä kaikki tulee huomioida hoidettaessa potilasta (Tuhkanen 2006).

Tuhkasen (2006) tutkimuksessa selvisi, että potilaat pyrkivät itse säätelemään omaa yksityisyyttään henkilökohtaisella tilalla, jonka ylläpitäminen vaikuttaa potilaan fyysiseen ja psyykkiseen energiaan. Näin ollen potilaan adrenaliinieritys nousee. Adrenaliinin lisääntymisestä kehoon seuraa verenpaineen nousua, joka aiheuttaa stressitason nousua ja näin ollen hidastaa parantumisprosessia. Rosqvistin (2003) tutkimuksessa potilaiden henkilökohtainen tila tuli loukatuksi tuntoaistillisesti, kuuloaistillisesti ja hajuaistillisesti. Henkilökohtaisen tilan säilymisen epäonnistuminen aiheutti pahaa mieltä, itsensä kokemista esineeksi, voimattomuutta, ahdistusta, aggressiivisuutta ja stressin tunnetta. Alistunut potilas, jonka henkilökohtaista tilaa ei kunnioitettu oli ärtyisä, jännittynyt ja hän vältteli epämiellyttäviä tilanteita.

Turnockin & Kelleherin (2001) tutkimuksessa suurin osa potilaista oli ilman vaatteita. Tehohoito vaatii nopean pääsyn potilaan iholle henkeä uhkaavissa tilanteissa. He havainnoivat tutkimuksessaan, että potilaan kehon osien paljastumista tapahtui noin neljä kertaa tunnin aikana. Eniten paljastumista tapahtui vaatteettomille ja tajuttomille potilaille. Pääosin kehon paljastamiset tapahtuivat haavan hoidossa, kanyylin tai katetrin laitossa. Pieni osa paljastumisista tapahtui hygienian hoidon aikana. Kehonosista eniten paljastui rinnanalue, jalat, takamus ja genitaalialue. Intiimialueet paljastuivat yli 40 prosenttia tilanteista.

Rosqvistin (2003) tutkimuksessa väliverhojen käyttäminen toimenpiteiden aikana oli tärkeää potilaalle, jolle hoitotoimenpidettä tehtiin, sekä potilaille, joilla oli näköyhteys toimenpiteeseen. Osa potilaista tahtoi suojaverhon siksi, etteivät he häiritsisi toisia potilaita. Tämä tuli usein esille monen hengen potilashuoneissa. Eriksonin, Ritmala-Castrénin & Simanin (2005) tutkimuksessa yksi kymmenestä koki yksityisyyden suojaamisen puutteelliseksi. Potilaat luulivat kehon paljastamisen kuuluvan tehohoittoon, eikä näin ollen kokeneet tulleensa loukatuksi. Tutkimuksessa potilaat osasivat nimetä yleisimmän tavan loukata heidän yksityisyyttään, joka oli intiimialueiden paljastaminen.

Potilaat kokivat henkilökohtaisen tilan rikkoutumista silloin, kun samassa huoneessa on useita potilaita. Tällöin heidän mahdollisuutensa säädellä omaa henkilökohtaista tilaansa heikentyi. (Tuhkanen 2006.) Yhden hengen potilashuoneisiin sijoitetut potilaat kokivat itsemääräämisoikeuden paremmaksi, kuin monen hengen huoneisiin sijoitetut potilaat (Rosqvist 2003).

Turnockin & Kelleherin (2001) tulokset tukivat myös aiempaa kirjallisuutta, jossa potilaan arvokkuus häviää tehottoman verhojen käytön ja hoitajien liian suuren työmäärän vuoksi. Eriksonin ym. (2005) tutkimuksessa potilaat kertoivat, että jokainen hoitaja voisi turvata heidän yksityisyyttään ja kokemustaan yksityisyyden toteutumisesta hienotunteisuudella, tahdikkaudella ja suojaverhojen käytöllä. Turnockin & Kelleherin (2001) tutkimuksessa havainnoitiin, että 34,9 prosenttia hoitotilanteista oli täysin suojattuja tilanteita. Potilaan kehon suojaaminen toteutui yhdellä kolmesta tilanteesta. Useissa tilanteissa potilas oli hyvin suojattu toimenpiteen alussa, mutta hetkellisesti sivuun vedettyjä verhoja ei enää laitettu takaisin paikoilleen. Potilaat olivat liian huonokuntoisia murehtiakseen omaa yksityisyyttään osastolla. Kuitenkin

heitä huolestutti muiden potilaiden toimenpiteiden näkeminen. (Turnock & Kelleher 2001.) Erikson ym. (2005) kirjoittivat siitä, että hoitajan on tärkeää muistaa se, että suurin osa tehohoidossa olevista potilaista on tiedottomassa tilassa. Tällöin osoitautuu tärkeäksi, että hoitaja toimii eettisesti oikein ja ajaa potilaan etuja.

Jafarin ym. (2015) tutkimuksessa potilaat olivat kokeneet olonsa turvallisemmaksi, kun tiesivät hoitajien olevan lähellä ja näköetäisyydellä. Shattellin (2005) tutkimuksessa osa potilaista arvosti omaa huonetta ja suljettuja ovia. Liikunta- ja puhekyvyiltään huonompi kuntoiset potilaat valitsisivat yksityisyyden sijasta näkyvillä olemisen. Ratkaisuksi Turnock & Kelleher (2001) listasivat hoitajan asenteen sekä verhojen, että vaatteiden käytön potilailla. Tutkijat havainnoivat osastolla hoitajien liiallisen työmäärän, resurssien aiheuttaman paineen ja vähäisen henkilökuntamäärän. Turnock & Kelleher (2001) päättelivät, että jos hoitajilla olisi tieto potilaan kulttuurista, koulutuksesta ja taustoista, voisi tämä tieto kasvattaa positiivisesti halukkuutta potilaan suojaamiseen.

Hoitajan olisi hyvä tiedostaa tilanteet, joissa kehon paljastumisia tapahtuu. Näin hän voisi lisätä tarkkaavaisuuttaan kyseisiin tilanteisiin. (Turnock & Kelleher 2001.) Jotkut hoitoa koskevat välineet loukkasivat potilaan yksityisyyttä ja intymiteettiä. Näitä välineitä olivat esimerkiksi virtsakatetri ja dreenit. Nämä aiheuttivat potilaalle vaikeutta selviytyä täysin itsenäisesti päivittäisistä toiminnoista ja liikkumisesta. Tällöin potilas joutui pyytämään hoitajalta apua, jolloin yksityisyys ja intymiteetti olivat koe-tuksella näkyvyydeltään. (Tuhkanen 2006.) Näissä tilanteissa verhojen käytössä tulee olla huolellisempi, että potilaan yksityisyys toteutuisi (Turnock & Kelleher 2001).

Latourin & Albarran (2012) tutkimuksessa huomattiin, että useissa hätätilanteissa potilaiden yksityisyys jäi vähäiseksi, eikä sitä muistettu huomioida. Elvytys koettiin hoitotoimenpiteeksi, jossa yksityisyyttä ei huomioitu. Tutkijat esittivät parannusehdotukseksi elvytystilanteessa, että kaikkien näkö- ja kuuloetäisyydellä olevien potilaiden omaiset pyydetäisiin poistumaan. Näin voidaan turvata elvytettävän potilaan yksityisyys, kun joudutaan paljastamaan rintakehää.

Koskettamisen potilaat kokivat joko negatiivisena tai positiivisena kokemuksena. Yleensä, kun kosketukseen liittyi kipua, jäi se negatiiviseksi kokemukseksi. Katet-

rointi tuotti kipua ja näin ollen vaikutti yksityisyyden tunteeseen negatiivisesti. Yksityisyyden näkökulmasta kosketus oli negatiivista, jos sen teki vastakkaista sukupuolta oleva hoitaja. Hoitoympäristöön ja hoitotoimenpiteisiin kuuluu kosketus potilaaseen. Hoitajan kosketus on potilaan yksityisyyteen kajoamista, joka tulee tehdä hienovaraisesti ja harkiten. Hoitajille koskettaminen on itsestään selvää ja osa hoitotoimenpidettä, mutta potilaalle tämä voi olla aivan vierasta ja osa potilaista koki tämän epämiellyttävänä. (Rosqvist 2003.)

Paljastumisen ehkäisemiseksi hoitajan on hyvä pyytää potilaalta lupaa ennen kuin astuu potilashuoneeseen (Turnock & Kelleher 2001). Yli puolet 250 potilaasta halusivat, että hoitajat koputtavat oveen ennen huoneeseen astumista (Rosqvist 2003). Sairaanhoitajista 47, eli 59,5 prosenttia ilmoitti, että koputtaa potilashuoneen oveen ennen kuin astuu huoneeseen sisään. Näin he pyrkivät kunnioittamaan potilasta. (Akyüz & Erdemir 2013.) Koputtamista toivottiin etenkin yhden hengen huoneissa, koska silloin potilaalla oli mahdollisuus suojautua hoitohenkilökunnan katseilta. Yksityisyyden näkökulmasta koputtaminen on tärkeää. Näin potilas on tietoinen, että joku on tulossa ja hänellä on mahdollisuus varautua tai herätä ennen kuin hoitohenkilökunta saapuu huoneeseen. Koputtaminen on tärkeää, koska tilanne saattaa olla yksityisyyttä vaativaa. (Rosqvist 2003.) Hoitajien tulisi arvioida potilaan yksityisyyden tarve ja kirjata tarpeet potilaan tietoihin ylös. Parhaaksi ratkaisuksi potilaan suojaamiseen nousi vaatetus. Sen toteuttamisen vaikeus tiedostettiin ja kompromisseja tarvittiin, kun oli kyse vakavasti sairaista potilaista. (Turnock & Kelleher 2001.)

Hoitotyössä tärkeänä osana on ihmisarvon kunnioittaminen ja sen ylläpitäminen hoitajana. Hoitajan tulee hyväksyä ihmisoikeudet ja huolehtia potilaasta oikeuksia mielessä pitäen. Ihmisoikeuksiin ja sitä kautta yksityisyyteen kuuluvat potilaan oikeus henkilökohtaiseen koskemattomuuteen sekä oikeus tasa-arvoiseen ja inhimilliseen kohteluun. (Rosqvist 2003.) Eriksonin ym. (2005) tutkimuksessa saaduista tuloksista voitiin päätellä, että potilaiden kokemukset ihmisarvon kunnioittamisesta, vastuullisuudesta ja oikeudenmukaisuuden toteutumisesta olivat onnistuneet tehohoidossa. Vain kymmenes osa 89 potilaasta kokivat, että yksityisyyden kunnioittaminen oli puutteellista, mutta pääasiassa toteutus onnistui hyvin.

Rosqvistin (2003) tutkimuksen tuloksista selvisi, että edellytykset yksityisyyden säilymiseen sairaalahoidossa on oma alue, oma rauha, intymiteettisuoja ja yksityisten

asioiden salassapito. Latour & Albarran (2012) löysivät tutkimuksessaan kolme pääkohtaa: potilaan kehon paljastaminen, intimitteetti tai intimiteetin ja suojaamisen puute. Tutkimuksessa kävi ilmi, että hoitajan asenne ja tiedon soveltaminen päivittäisissä rutiineissa oli yhteydessä potilaan suojaamiseen. Heidän tutkimuksensa tuloksena oli, että potilaan yksityisyys ja arvokkuus rikkoutuivat tehohoidossa. Akyüzin & Erdemiren (2013) tutkimuksessa sairaanhoitajat ehdottivat potilaan fyysisen yksityisyyden säilymiseksi, että jokainen hoitaja sulki oven, kun menee huoneeseen tekemään hoitotoimenpidettä. Yksityisyyttä kunnioittavaa on, että oven sulkemisen lisäksi käytettäisiin väliverhoja toimenpiteiden aikana. Hoitajien tulee kiinnittää huomiota potilaan henkilökohtaisten tavaroiden koskemiseen, huonekalujen siirtelyyn, ikkunan avaukseen ja kiinnilaittoon kysymättä potilaalta tai ilman potilaan osallisuutta. Potilaat kokivat nämä tekemiset tölkeinä ja se vaivasi potilaita sekä rikkoi heidän yksityisyyttään.

5.2 Hoitoympäristö

Melu vähentää ympäristön viihtyvyyttä ja on yksi suurimmista elinympäristön laatua heikentävistä tekijöistä. Äänen mieltäminen meluksi riippuu siitä, onko ääni toivottu vai ei. Äänen häiritsevyyteen vaikuttavia tekijöitä ovat kuulijan herkkyys, asenteet äänilähdettä kohtaan ja aikaisemmat kokemukset. Äänen häiritsevyyteen ei yksin vaikuta melun voimakkuus, vaan hiljaisempikin melu voi aiheuttaa puolustusreaktion. Etenkin sairaaloissa usein jatkuva koneiden hurinan tai ilmanvaihtokanavien huminan takia ihminen joutuu ponnistelemaan pystyäkseen sulkemaan äänet mielestään. Jatkuva ponnistelu väsyttää, sietokyky saattaa heiketä ja tapaturmariskit kasvavat. (Starck & Teräsvirta 2009.)

Jafarin ym. (2015) tutkimuksessa yksi kolmesta piti teho-osastoa liian meluisana. Häiritseviä ääniä syntyi puhelimista, kelloista ja keskusteluista. Meriläisen tutkimuksessa (2012) melutaso osastolla oli koko ajan yli suositusten. Eniten potilaita häirittivät henkilökunnan keskustelut ja monitorit. Hänen mukaansa suurin osa melusta on vältettävissä, jos henkilökunta rauhoittaa potilaan ympäristön turhista ärsykeistä. Ahtaissa tiloissa oleva suuri laitemäärä lisäsi melua teho-osastolla.

Salassapitovelvollisuutta kunnioittaen hoitajien tulee ottaa huomioon, ettei potilaan yksityisistä asioista puhuta kovaäänisesti. Teho-osastoilla on riski, että ulkopuoliset kuulevat potilaan asioita. (Rosqvist 2003.) Hoitajat puhuivat kovaäänisesti potilaan asioista ja ympärillä olevat potilaat ja omaiset kuulivat potilasta koskevia arkoja asioita (Latour & Albarran 2012). Potilaskierrot hoitajien ja lääkärien toimesta tulisi karvoittaa siten, että paikalla ei olisi muiden potilaiden omaisia ja puhe olisi sellaisella äänentasolla, että muut potilaat eivät kuule potilaskierrolla käytyjä asioita toisesta potilaasta. (Latour & Albarran 2012.) Eriksonin ym. (2005) tutkimuksessa potilaita ei häirinnyt, että muut kuulivat heidän asioitaan.

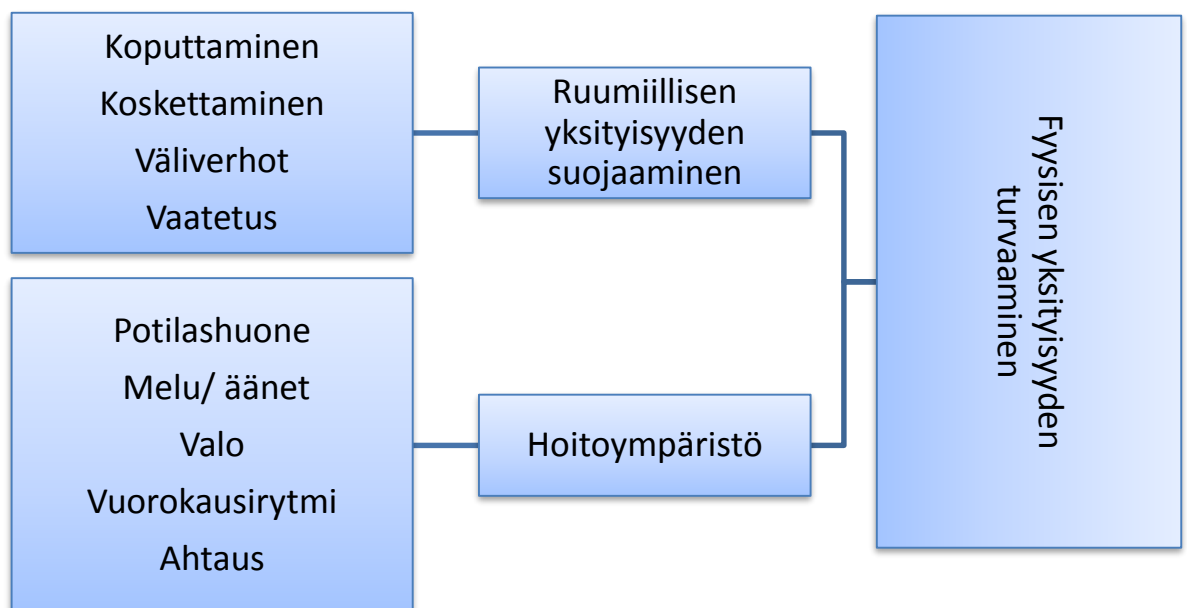
Meriläisen (2012) tekemässä tutkimuksessa potilas reagoi epäsuoraan kommunikointiin 9–57 kertaa vuorokaudessa. Epäsuoralla kommunikoinnilla tarkoitetaan ulkopuolisia keskusteluja, puheluita ja muita ääniä. Potilaat reagoivat 3–47 kertaa vuorokaudessa ilman, että heihin otettiin kontaktia. Reagointia aiheuttivat esimerkiksi koneiden huoltotoimenpiteet, valot, hälytykset, nauru ja yskimisen ääni. Levolle jää vuorokaudessa kokonaisuudessaan 7–10 tuntia, joka ei ollut yhtäjaksoista. Jafrin ym. (2015) tutkimuksessa suositeltiin, että tilat suunniteltaisiin niin, että äänien kontrollointi olisi mahdollista.

Deliriumia, eli sekavuusoireyhtymää estäen on tärkeää, että potilaan vuorokausirytmä on riittävää. Liian suuri univaje ja stressi aiheuttavat deliriumia. Tehohoidossa tulee suunnitella potilaan tarkkailu- ja toimenpiteet siten, että voidaan tukea mahdollisimman normaalia vuorokausirytmää. (Kaarola ym. 2010, 464–466.) Valo ikkunan toiselta puolelta antaa potilaalle toivoa elämän jatkuvuudesta. Elämästä selviämisen tärkeä perusta on toivo, jota jokainen potilas kaipaa elämäänsä ja terveyttä koskevissa negatiivisissa tilanteissa. Sairaanhoidajan suuri tehtävä on ylläpitää potilaan toivoa teho-osastolla ja estää toivottomuutta. (Kristoffersen ym. 2006, 380–382.)

Teho-osastolla päivällä ja yöllä ei ole suurta eroa. Päivä- ja yörytmin sekoittuminen lisää sekavuutta ja johti univajeeseen. (Meriläinen 2012.) Jafarin ym. (2015) tutkimuksessa puolet potilaista ei erottanut oliko yö vai päivä. Hoitajien tulisi sopeuttaa potilaan aisteja ympäristöön estääkseen houretilan syntymisen ja sen seuraukset. Olisi tärkeää, että hoitajat orientoisivat potilasta ihmisiin, aikaan ja paikkaan. Ros-

qvistin (2003) tutkimuksessa potilaat kokivat hoitajan koskemisen pimeässä huoneessa epämiellyttäväksi. Tähän voitaisiin kiinnittää enemmän huomiota, että huoneessa olisi riittävä valaistus myös öisin, mutta valaistus olisi sellainen, ettei se häiritse unta. Suositeltavaa olisi, että tuleviin tiloihin suunniteltaisiin mahdollisuus kontrolloida valoa. (Jafar ym. 2015.)

Meriläisen (2012) tutkimuksessa potilaat reagoivat valaistusolosuhteiden muutoksiin avaamalla silmät tai kääntämällä katseen valon lähteeseen. Potilastiloissa tulisi huomioida valaistuksen tarve ja materiaalin heijastusominaisuudet. Teho-osastolla ajasta riippumatta joudutaan suorittamaan tarkkuutta vaativia tehtäviä. Univajeen kannalta tärkeitä tekijöitä ovat hoidon systemaattinen suunnittelu ja henkilökunnan yhteistyö. Hoitohenkilökunnan suorittamat toimenpiteet olivat yhtä häiritsevää kuin melu unen kannalta. Olisi toivottavaa, että jos potilaat ovat useamman hengen huoneessa, niin tarvittavat toimenpiteet tapahtuisivat samaan aikaan.



Kuva 2 Fyysisen yksityisyyden turvaamiseen vaikuttavat tekijät

6 POHDINTA

6.1 Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Opinnäytetyön tavoitteena oli kehittää tehohoidossa olevan potilaan tehohoitotyötä kirjallisuuskatsauksen avulla. Tarkoituksena oli selvittää tehohoidossa olevan potilaan fyysisen yksityisyyden toteutumista. Tutkimuskysymykseen ”Mitä on potilaan fyysinen yksityisyys tehohoidossa?” saatiin heikosti tietoa, niin suomenkielisistä kuin englanninkielisistäkin tutkimusartikkeleista. Tutkimuskysymykseen ”Miten voidaan turvata potilaan fyysinen yksityisyys tehohoidossa?” saatiin monipuolisemmin tuloksia, verrattuna ensimmäiseen kysymykseen.

Tutkimuskysymyksiin saatiin kattava tieto teoreettisesta viitekehystä. Tämä helpotti kirjallisuuskatsausta tehdessä aineiston läpikäyntiä ja aiheessa pysymistä. Haasteena oli erotella fyysinen yksityisyys muista yksityisyyden osa-alueista. Aihealueet, jotka löydettiin tutkimuksista, jaettiin fyysiseen koskettamiseen, väliverhojen käyttöön, meluun, valoon ja vuorokausirytmiiin. Tämä oli hyvä tapa ryhmitellä tulokset.

Merkittävänä osana fyysiseen yksityisyyteen teho-osastolla kuuluvat ihmisen koskettaminen ja väliverhojen tai muun suojauksen käyttö. Koskettaminen voidaan kokea negatiivisena tai positiivisena. (Rosqvist 2003.) Hoitajat voivat parantaa toimintaa ongelmassa siten, että huomioivat potilaan yksityisyyttä ja itsemääräämisoikeutta. Hoitohenkilökunnan tulee työskennellä siten, että työskentely on hienotunteista, tahdikasta ja hoitotoimenpiteissä käytetään suojaverhoja. Näin hoitohenkilökunta voi työskennellessä lisätä potilaan yksityisyyden toteutumista tehohoidossa. Hoitajan eettisyyden tulee olla läsnä toimiessa jokaisen potilaan kohdalla, jolloin potilaan yksityisyys on turvattu. (Erikson ym. 2005.)

Potilashuoneen oveen koputtaminen ennen huoneeseen astumista koettiin tärkeäksi Turnockin ym. (2001), Rosqvistin (2003) ja Akyüzin ym. (2013) tutkimuksissa. Potilaat toivoivat, että hoitajat koputtaisivat oveen, ennen kuin he astuvat huoneeseen. Oveen koputtamisen avulla potilaat pystyivät varautua hoitajan saapumiseen.

Tällä tavoin hoitaja voi kunnioittaa potilaan yksityisyyttä. Potilaan luvan pyytäminen koskettamiseen ja lähestymiseen nousi esille jo teoreettisessa viitekehysessä.

Potilaat kokivat henkilökohtaisen tilan rikkoutumisen useamman hengen huoneessa (Tuhkanen 2006). Kuitenkin Jafarin ym. (2015) ja Shattellin (2005) tutkimuksissa osalle potilaista toi turvaa hoitajien näköetäisyydellä oleminen. Tämä tukee teoreettisessa viitekehysessä mainittua eroavaisuutta ihmisten oman tilan tarpeesta. Rosqvist (2003) kertoi tutkimuksessa, että edellytyksenä potilaan yksityisyyden toteutumisessa on, että potilaalla on oma alue, oma rauha, intymiteettisuoja ja yksityisten asioiden salassapito. Näiden edellytysten toteutumisesta hoitohenkilökunnalla on suuri vastuu. Yksityisyyden toteutumisesta hankaloitti, että tehohoidossa oleva potilas oli tilassa, jossa oli muita potilaita vain väliverhojen takana. Uudessa Tehostetun hoidon yksikössä Seinäjoella, josta opinnäytetyö on pyydetty, tähän edellytykseen on tartuttu siten, että uusissa tiloissa potilashuoneet ovat yhden hengen huoneita.

Rosqvistin (2003) tutkimuksessa väliverhojen käyttäminen toimenpiteiden aikana oli tärkeää sekä potilaalle, jolle hoitotoimenpidettä tehtiin, että potilaille, joilla oli näköyhteys toimenpiteeseen. Myös Turnockin ym. (2001) tutkimuksessa potilaita huolestutti muiden potilaiden toimenpiteiden näkeminen. Eriksonin ym. (2005) tutkimuksessa potilaat luulivat kehon paljastamisen kuuluvan tehohoitoon, eikä näin ollen kokeneet tulleen loukatuksi. Potilaat olivat liian huonokuntoisia murehtiakseen omaa yksityisyyttään osastolla (Turnock & Kelleher 2001). Hoitajan tulee hyväksyä ihmisoikeudet ja hoitaa potilaita ihmisoikeudet mielessä pitäen. Ihmisoikeuksiin ja sitä kautta yksityisyyteen kuuluvat oikeus henkilökohtaiseen koskemattomuuteen ja oikeus tasa-arvoiseen ja inhimilliseen kohteluun. (Rosqvist 2003.)

Melutaso teho-osastolla oli koko ajan yli suositusten Meriläisen (2012) tutkimuksessa. Jafarin ym. (2015) tutkimuksessa yksi kolmesta piti teho-osastoa liian meluisana. Tulosten mukaan häiritsevää ääntä syntyi puhelimista, kelloista, ulkopuolisten keskusteluista, laitteistosta ja hälytyksistä. Huonon äänieristyksen takia monet yksityiset potilaskeskustelut kantautuivat ulkopuolisten korviin. (Latour & Albarran 2012.) Meriläisen (2012) tutkimuksessa potilaille jäi kokonaisuudessaan 7–10 tuntia aikaa levolle ilman, että potilas reagoi ääniin. Meriläisen (2012) mukaan suurin osa melusta olisi vältettävissä, kun henkilökunta rauhoittaisi potilaan ympäristön turhista ärsykkeistä. Ahtaissa tiloissa oleva suuri laitemäärä lisää melua. Jafarin ym. (2015)

tutkimuksessa suositeltiin, että tilat suunniteltaisiin siten, että äänien kontrollointi olisi mahdollista.

Jafarin ym. (2015) tekemässä tutkimuksessa puolet potilaista ei erottanut oliko yö vai päivä. Teho-osastolla päivällä ja yöllä ei ollut suurta eroa. Potilaat reagoivat herkästi valaistusolosuhteiden muutoksiin, kun ajasta riippumatta teho-osastolla joudutaan suorittamaan tarkkuutta vaativia tehtäviä. (Meriläinen 2012.) Pimeässä toimiminen ja koskettaminen koettiin kuitenkin epämiellyttäväksi (Rosqvist 2003). Hoitajien tulisi sopeuttaa potilaan aisteja jatkuvasti orientoimalla potilasta ihmisiin, aikaan ja paikkaan estääkseen houretilan syntymisen ja sen seuraukset. Suositeltavaa on, että tuleviin tiloihin suunnitellaan valaistus niin, että sitä on mahdollista muunnella. (Jafar ym. 2015.) Potilastiloissa tulisi huomioida valaistuksen tarve ja materiaalin heijastusominaisuudet. Hoidon systemaattinen suunnittelu ja henkilökunnan yhteistyö olivat tärkeässä asemassa univajeen kannalta häiritsevien ympäristötekijöiden vähentämisessä. On toivottavaa, että kun potilaat ovat useamman hengen huoneessa, niin tarvittavat toimenpiteet tapahtuisivat samaan aikaan. (Meriläinen 2012.)

Potilaan paranemiseen vaikutti positiivisesti turvallisuuden kokeminen, hoitohenkilökunnan asiallinen käytös ja rauhallinen ilmapiiri. Melu ja turvattomuus lisäsivät stressiä ja pidensivät toipumisaikaa. Pidentynyt toipumisaika lisäsi sairauslomapäiviä ja kustannuksia. Yhteiskunta voisi säästää kustannuksissa huomioimalla tarkemmin potilaan fyysisen yksityisyyden.

Pääpaino kirjallisuuskatsauksen tuloksissa oli hoitajien pienet teot fyysisen yksityisyyden kannalta. Potilaat painottivat useasti henkilökunnan asenteita, tahdikkuutta ja pienten asioiden huomiointia. Tutkimustulosten pohjalta hoitohenkilökunnan tulisi kiinnittää enemmän huomiota suojaverhojen käyttöön, kysyä potilaalta lupaa astua huoneeseen, kertoa mitä aikoo tehdä potilaalle ja paljastaa vain tarvittava kohta potilaasta. Ennen kirjallisuuskatsausta oletettiin, että tilanpuute, melu ja kehon paljastuminen koettaisiin häiritsevämpänä. Tuloksista ilmeni yllätyksenä, että hoitajilla on suuri rooli fyysisen yksityisyyden toteutumiseen, ja kuinka vuorovaikutussuhde hoitajien kanssa vaikutti potilaiden kokemukseen. Näin ollen potilaat arvostivat henkiin jäämistä, hyvää hoitoa ja kunnioittavaa vuorovaikutusta hoitajien kanssa.

6.2 Opinnäytetyön eettisyys ja luotettavuus

Eettisesti katsoen opinnäytetyön aihe oli jo itsessään hyvin eettinen. Eettisyys on toimintaa, joka pohjautuu ajatukselle, mikä on oikein ja mikä väärin, mikä on hyvää ja mikä paha. Opinnäytetyön aihe, yksityisyys, voidaan nähdä monessa eri valossa. Hoitotyössä yksityisyyteen ja sen turvaamiseen voidaan kompastua arkipäiväisissä rutiineissa. (Hirsjärvi ym. 2009, 23–25.) Aihe oli eettisesti valittu niin, että aihe oli merkityksellinen. Opinnäytetyöstä hyötyvät muutkin tahot kuin opinnäytetyön tekijät, jotka ovat aidosti kiinnostuneita aiheesta. Tutkimus ei tuottanut vaaraa organisaatiolle, jota tutkimus koskee. Tutkimuksessa ei käytetty henkilökohtaisia, eikä kehenkään liitettäviä mielipiteitä. Opinnäytetyön tekijät toimivat objektiivisesti, jotka pyrkivät toimimaan kollegiaalisesti ja ammattitaitoisesti. Eli tutkimusetiikka tarkastellen opinnäytetyö näyttäytyy seuraavasti: työhön paneuduttiin aktiivisesti ja tunnollisesti, lähteet merkittiin tarkasti, joten opinnäytetyössä ei syyllistytty vilpin käyttöön, opinnäytetyöllä ei loukattu ihmisarvoa ja kollegoja, saaduilla tiedoilla edistettiin niin omaa, kuin muun hoitoalalla työskenneltävien ammatillisuutta.

Opinnäytetyössä käytettäviä lähteitä oli syytä valikoida kriittisesti, että saatiin mahdollisimman luotettavaa tietoa. Etsiessä tietoa otettiin huomioon kirjoittaja ja oliko hän tunnettu. Aineistojen ikä ja alkuperä otettiin huomioon. Opinnäytetyössä pyrittiin käyttämään enintään 10 vuotta vanhoja lähteitä, mutta joitakin poikkeuksia tehtiin tietyn kriteerein. Lähteiden kustantajat ja julkaisijat kritisoitiin ja valittiin tarkoin. Lähteistä oli osattava katsoa, että lähde oli puolueeton ja totuuden mukainen. Näin voitiin varmistaa mahdollisimman luotettava tulos opinnäytetyölle. Aineistoa etsiessä tarkasteltiin löytynyttä tietoa kriittisesti, että tieto oli mahdollisimman luotettava. Tiedon haussa käytettiin tiettyjä hakukoneita hyvän aineiston löytämiseksi. Löydetystä aineistoista valittiin käyttöön vain yliopistotasoisia tutkimuksia, esimerkiksi Pro gradu- tutkielmia. Opinnäytetyöhön ei kopioitu suoraan tietoa, vaan poimittiin oleellinen tieto tutkijoita kunnioittaen.

Usein kvalitatiivista tutkimusta, johon kirjallisuuskatsaus luetaan, tehdään yksin. Jolloin luotettavuus on koetuksella, koska työn tekijä voivat sokeutua omalle tekstilleen. (Kankkunen & Vehviläinen-Julkunen 2010, 159.) Opinnäytetyössä tekijöitä oli kaksi

ja opinnäytetyö annettiin ulkopuolisten luettavaksi, että luotettavuus on mahdollisimman hyvää. Opinnäytetyössä hyödynnettiin opponenteja ja tekijöiden perheitä, jotka lukivat opinnäytetyötä mielellään ja antoivat siitä palautetta.

Tulosten uskottavuuden parantamiseksi tehtiin taulukko, jossa on yhteenveto tutkimusartikkelien tuloksista opinnäytetyöhön liittyen. Työssä avattiin aineistoa laajasti ja mahdollisimman selkeästi, että jokainen lukija pystyy löytämään oleelliset ja tärkeät tiedot opinnäytetyöstä ja kirjallisuuskatsauksesta. Teho-osastoilta luotettavien tutkimustulosten saaminen voi olla haasteellista. Haasteellisuuteen vaikuttaa, että potilaiden muistikuvat tehohoitojaksolta olivat heikkoja. Muistikuviiin vaikutti, että potilailla oli käytössä useita kipulääkkeitä, potilaat olivat huonokuntoisia ja potilaiden stressitaso oli korkea. Osa potilaista oli tajuttomana suurimman osan osastolla ollessaan. Haasteista huolimatta tutkimusten tulokset tukivat toisiaan, eikä ristiriitaisuuksia juurikaan löytynyt.

6.3 Pohdintaa opinnäytetyöprosessista ja jatkotutkimushaasteet

Alkuperäinen suunnitelma työn toteuttamisesta muokkautui jo heti alussa, kun työelämän taholta ilmoitettiin, että opinnäytetyö olisi kirjallisuuskatsaus. Opinnäytetyö muokkautui prosessin etenemisen myötä. Suunnitelma opinnäytetyöstä lähetettiin Seinäjoen keskussairaalan hallintoylihoitajalle, joka hyväksyi opinnäytetyön aiheen ja myönsi luvan suunnata opinnäytetyö Seinäjoen tehostetun hoidon toimintayksikölle.

Opinnäytetyöprosessi kesti kokonaisuudessaan puolitoista vuotta siitä, kun aihe saatiin. Yhteinen opinnäytetyöprosessi alkoi tutustumalla toinen toisiinsa, koska opinnäytetyön tekijät olivat ventovieraita toisilleen. Tämä alkuhaaste osoittautui antoisaksi asiaksi. Aikataulutus ja tapaamisten sovittaminen toivat haasteita, mutta töitä jakamalla saatiin vietyä työtä eteenpäin ja sovittua yhteisiä tapaamisia.

Opinnäytetyöprosessi oli opettavainen ja kasvattava kokemus. Opinnäytetyö vaati paljon itsenäistä työskentelyä ja itseohjautuvuutta, joka opetti vastuullisuutta oman työn onnistumisesta. Opinnäytetyöprosessi auttoi ammatillisessa kasvussa sairaanhoitajana. Opinnäytetyön avulla saatiin kattavasti tietoa aiheesta potilaan fyysisen

yksityisyyden turvaamisesta tehohoidossa, jota tekijät voivat soveltaa työssään eri osastoilla tulevaisuudessa. Prosessin myötä opittiin, mistä ajankohtaista tutkittua tietoa voi löytää itsensä kehittämiseen sairaanhoitajana. Saadaan kiittää perheitä ja läheisiä saadusta tuesta ja avusta, jota tarvittiin opinnäytetyöprosessin aikana. Suuret kiitokset opiskelijatovereille, joilta saatiin työtä tehdessä vertaistukea tarvittaessa.

Jatkotutkimushaasteena olisi hyvä saada lisää tietoa ja tehdä uusia tutkimuksia potilaan fyysisen yksityisyyden turvaamisesta tehohoidossa Suomessa. Tämä olisi tärkeää, koska kulttuurilliset erot ovat suuria. Suomalaisten tutkimusten anti aihetta kohtaan oli hyvin heikkoa. Toisena jatkotutkimushaasteena ehdotetaan tutkimusta siitä, kuinka potilaan fyysisen yksityisyyden turvaaminen toteutuu uusissa Evicures-hankkeen tehostetun hoidon toimintayksiköissä. Etenkin yhden hengen huoneiden vaikutuksesta potilaan hoitoon ja yksityisyyteen.

LÄHTEET

- Anttila, K., Kaila- Mattila, T., Kan, S., Puska, E-L. & Vihunen, R. 2015. 18.painos. Hoitamalla hyvää oloa. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Blomster, M., Mäkelä, M., Ritmala-Castrén, M., Säämänen, J. & Varjus, S-L. 2001. Tehohoitotyö. Tampere: Tammi.
- EPSHP. Ei päiväystä. Tervetuloa Tehostetun hoidon toimintayksikön kotisivuille. [Vekkosivu] [Viitattu 14.4.2016] Saatavana: http://www.epshp.fi/1/yksikoiden_sivut/operatiivinen_toiminta/tehostettu_hoito
- ETENE-julkaisuja 1. 2001. Terveystuollon yhteinen arvopohja, yhteiset tavoitteet ja periaatteet. [Verkkajulkaisu] [Viitattu 20.4.2015] Saatavana: <http://etene.fi/documents/1429646/1559098/ETENE-julkaisuja+1+Terveystuollon+yhteinen+arvopohja%2C+yhteiset+tavoitteet+ja+periaatteet.pdf/4de20e99-c65a-4002-9e98-79a4941b4468>
- Herrala, H., Kahrola, T. & Sandström, M. 2008. Psykofyysinen ihminen. Helsinki: WSOY.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P.2013. Tutki ja kirjoita. Helsinki: Tammi.
- Janhonen, S., Kuokkanen, R., Kääriäinen, S. & Matikka S-L. 1992. Kehittyvä hoitotyö. Porvoo: WSOY.
- Kaarlola, A., Larmila, M., Lundgrén-Laine, H., Pyykkö, A., Rantalainen, T. & Ritmala-Castrén, M. (toim.) 2010. Teho- ja valvontahoitotyön opas. Helsinki: Duodecim.
- Kankkunen, P. & Vehviläinen-Julkunen, K. 2010. 1-2.painos. Tutkimus hoitotieteessä. Helsinki: WSOYpro Oy.
- Kylmä, J. & Juvakka, T. 2007. Laadullinen terveystutkimus. Helsinki: Edita.
- Kyngäs, H. & Vanhanen, L. 1999. Sisällönanalyysi. Hoitotiede 11 (1), 3–12.
- Kääriäinen, M. & Lahtinen, M. 2006. Systemaattinen kirjallisuuskatsaus tutkimustiedon jäsentäjänä. Hoitotiede 18 (1), 37–45.
- L 17.8.1992/785. Laki potilaan asemasta ja oikeuksista.
- L 25.7.1986/585 Potilasvahinkolaki.

L 21.12.2004/1224 Sairausvakuutuslaki.

L 11.6.1999/731. Suomen perustuslaki.

Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2009. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY.

Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen, S. 2013. Hoitotyön taidot ja toiminnot. Helsinki: Sanoma Pro Oy.

Rosenberg, P., Alahuhta, S., Lindgren, L., Olkkola, K. & Ruokonen, E. 2014. Anestesiologia ja tehohoito. Helsinki: Kustannus Oy Duodecim.

Sarvimäki, A. & Stenbock-Hult, B. 2009. Hoitotyön etiikka. Helsinki: Edita.

Suomen Tehohoitoyhdistyksen eettiset ohjeet. 1997. [Verkkajulkaisu]. [Viitattu 12.4.2016] Saatavana: <http://www.sthy.fi/system/files/sivut/eettiset.pdf>

Teho-osasto. Ei päiväystä. Pohjois-Karjalan Sairaanhoido- ja sosiaalipalvelujen kuntayhtymä. [Verkkosivu]. [Viitattu 12.4.2016]. Saatavana: <http://www.pkssk.fi/teho-osasto>

KIRJALLISUUSKATSAUKSEN LÄHTEET

- Akyür, E. & Firdevs, E. 2013. Surgical patients' and nurses' opinions and expectations about privacy in care. *Nursing Ethics* 20(6), 660–671.
- Erikson, E., Ritmala- Castrén, M. & Simani, L. 2005. Ihmisarvon kunnioittaminen, vastuullisuus ja oikeudenmukaisuus tehohoitotyössä. *Tutkiva Hoitotyö*. 3(2)2005, 4–11.
- Jafar, A., Nazih, A. & Muayyad, M. 2015. Patients' experience of being in intensive care units. *Journal of Critical Care*, vol. 30 (4), 2015.
- Kaarlola, A., Larmila, M., Lundgrén-Laine, H., Pyykkö, A., Rantalainen, T. & Ritmala-Castrén, M. 2010. Teho- ja valvonta hoitotyön opas. Helsinki: Duodecim.
- Kristoffersen, N., Nortvedt, F. & Skaug E-A. Suom. Nieminen, P. 2006. Hoitotyön perusteet. Tanska: Narayana Press.
- L 11.6.1999/731. Suomen perustuslaki.
- Latour, J. & Albarran, J. 2012. Privacy, dignity and confidentiality: a time to reflect on practice. *Nursing in Critical Care*, (2012) vol. 17, No. 3, 109–110.
- Meriläinen, M. 2012. Tehohoitopotilaan hoitoympäristö; Psykkinen elämänlaatu ja toipuminen. Väitöskirja. Oulun yliopisto. Lääketieteellinen tiedekunta.
- Rautava-Nurmi, H., Westergård, A., Henttonen, T., Ojala, M. & Vuorinen S. 2013. Hoitotyön taidot ja toiminnot. Helsinki: Sanoma Pro Oy.
- Rosqvist, E. 2003. Potilaiden kokemukset henkilökohtaisesta tilastaan ja sen säilymisestä sisätautien vuodeosastoilla. Oulun yliopisto. Väitöskirja. (Päivitetty 9.2.2010).
- Shattel, M., Hogan, B. & Thomas, S. 2005. ”It's the People that Make the Environment Good or Bad” The Patient's Experience of the Acute Care Hospital Environment. *AACN Clinical Issues*, vol. 16, number 2, 159–169.
- Starck, J. & Teräsvirta, L. 2009. Melu. Työterveyslaitos. Tampere: Esa Print Oy.
- Tuhkanen, M-L. 2006. Asiakkaan yksityisyyden turvaaminen hoitotyössä. *Sairaanhoitaja- Sjuksköterskan*, 3/2006 vol. 79, 20–22.
- Turnock, C. & Kelleher, M. 2001. Maintaining patient dignity in intensive care settings. *Intensive and Critical Care Nursing* (2001) 17, 144–154.

LIITTEET

LIITE 1. Kirjallisuuskatsaus

LIITE 1. Kirjallisuuskatsaus

| Tekijät: | Artikkeli: | Julkaisu: | Keskeiset tulokset: |
|---|---|--|--|
| Turnock Christopher & Kelleher Michael | Maintaining patient dignity in intensive care settings | Intensive and Critical Care Nursing (2001) | <p>Potilaiden yksityisyyden suojaus toteutui melkein yhdestä kolmessa tapauksessa.</p> <p>Potilaiden intiimialueet paljastuivat yli 40 prosenttia tapauksista.</p> <p>Verhoilla täysin suojattuna potilaiden paljastuksia tapahtui yli yhdellä kolmesta tapauksessa. Naiset ja nuoret paljastuivat todennäköisemmin.</p> <p>Vanhemmat potilaat olivat vähiten suojattuina.</p> |
| Rosqvist Eerika | Potilaiden kokemukset henkilökohtaisesta tilastaan ja sen säilymisestä sisätautien vuodeosastolla | Väitöskirja, Oulun yliopisto (2003) | <p>Potilaat kokivat hoitajien kosketuksen vieraana ja epämiellyttävänä.</p> <p>Henkilökohtaisen tilan kokemiseen oli yhteydessä sukupuoli, ikä, potilashuoneen koko, selviytymiskyky sairaalassa, hoitokertojen määrä ja mieliala.</p> <p>Potilaiden henkilökohtainen tila tuli loukatuksi tuntoaistillisesti, kuuloaistillisesti ja hajuaistillisesti.</p> <p>Väliverhojen käyttäminen toimenpiteiden aikana oli tärkeää potilaalle.</p> <p>Suurin osa potilaista halusi, että hoitaja koputtaa oveen huoneeseen tultaessa.</p> |
| Shattell Mona, Hogan Beverly & Thomas Sandra P. | "It's the people that make the environment good" | AACN Clinical Issues (2005) | Potilaat määrittelivät hoidon laadun heidän suhteesta hoitajiin. |

| | | | |
|---|---|---------------------------------|--|
| | or bad” The Patient’s Experience of the Acute Care Hospital Environment | | Tutkimuksen tuloksena merkityksellistä ei ollut ympäristö vaan ihmissuhteet. |
| Eriksson Elina, Ritmala-Castrén Marita & Simani Laura | Ihmisarvon kunnioittaminen, vastuullisuus ja oikeudenmukaisuus tehohoitotyössä. | Tutkiva Hoitotyö (2005) | <p>Potilaiden mielestä arvot toteutuivat hyvin, oikeudenmukaisuus parhaiten.</p> <p>Potilaat eivät saaneet tarpeeksi tietoa voinnistaan ja hoidostaan.</p> <p>Potilaille ei annettu mahdollisuutta osallistua hoitoaan koskevaan päätöksentekoon</p> <p>Vastaajien ikä, osaston koettu kiireellisyys ja ennen leikkausta saatu tieto oli yhteydessä potilaiden kokemaan ihmisarvon kunnioittamiseen, vastuullisuuteen ja oikeudenmukaisuuteen.</p> |
| Tuhkanen Marja-Leena | Asiakkaan yksityisyyden turvaaminen hoitotyössä | Sairaanhoitaja (2006) | <p>Monen hengen huone rikkoo potilaan yksityisyyttä.</p> <p>Väliverhojen käyttö oli heikkoa päivittäisissä toiminnoissa.</p> <p>Tehohoidossa käytettävä välineistö haittaa potilaan yksityisyyden toteutumista.</p> <p>Potilas tuhlaa fyysistä ja psyykkistä energiaa yksityisyyden turvaamiseksi.</p> |
| Latour Jos M. & Albarran John W. | Privacy, dignity and confidentiality: a time to reflect on practice | Nursing in Critical Care (2012) | <p>Hätätilanteissa potilaiden yksityisyys jäi huomiotta.</p> <p>Kolme pääkohtaa: potilaan kehon paljastaminen, intimitteetti tai intimitteetin ja suojaamisen puute.</p> |

| | | | |
|---|--|-------------------------------------|--|
| | | | <p>Hoitajien asenne on yhteydessä potilaan fyysisen yksityisyyden suojaamiseen.</p> <p>Tuloksena on se, että potilaan yksityisyys ja arvokkuus rikkoutuvat tehohoidossa.</p> |
| Meriläinen Merja | Tehohoitopotilaan hoitoympäristö; psyykkinen elämänlaatu ja toipuminen | Väitöskirja, Oulun yliopisto (2012) | <p>Vuorokaudessa potilas reagoi epäsuoraan kommunikointiin 9–57 kertaa.</p> <p>Levolle jää vuorokaudessa kokonaisuudessaan 7–10 tuntia, joka ei ole yhtäjaksoista. Päivä- ja yörytmin sekoittuminen lisää sekavuutta ja johtaa univajeeseen.</p> <p>Hoidon systemaattinen suunnittelu ja henkilökunnan yhteistyö ovat tärkeässä asemassa univajeen kannalta häiritsevien ympäristötekijöiden vähentämisessä.</p> |
| Akyüz Elif & Erdemir Firdevs | Surgical patients' and nurses' opinions and expectations about privacy in care | Nursing Ethics (2013) | <p>Potilaat olivat enimmäkseen tyytyväisiä yksityisyytensä kunnioittamiseen.</p> <p>Sairaanhoitajien näkökulmasta puutteita oli tiedollisen yksityisyyden toteutumisessa.</p> <p>Hoitajat keskittyivät suojaamaan potilasta fyysisesti, kun taas potilaat olivat enemmän huolissaan tiedollisesta ja fyysisestä yksityisyydestä ja psykososiaalisesta ulottuvuudesta.</p> |
| Jafar Alasad A., Nazih Abu Tabar & Muayyad Ahmad M. | Patients' experience of being in intensive care units | Journal of Critical Care (2015) | <p>Potilaista 85 prosenttia mukaan hoito oli ollut</p> |

| | | | |
|--|--|--|--|
| | | | <p>niin hyvää kuin mahdollista.</p> <p>Potilaista 56 prosenttia ei pitänyt liian meluisana.</p> <p>Potilaista 46,8 prosenttia ei tiennyt oliko päivä vai yö.</p> |
|--|--|--|--|