

**TAMPEREEN AMMATTIKORKEAKOULU**  
**Tampere University of Applied Sciences**

**POTILAAN HENKILÖKOHTAISEN TILAN  
SÄILYMINEN TEHOHOIDOSSA**

Maarit Koivisto  
Hanna-Mari Lahtela

Opinnäytetyön  
Maaliskuu 2010  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto  
Tampereen ammattikorkeakoulu

## TIIVISTELMÄ

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Hoitotyön koulutusohjelma  
Hoitotyön suuntautumisvaihtoehto

KOIVISTO, MAARIT & LAHTELA, HANNA-MARI:  
Potilaan henkilökohtaisen tilan säilyminen tehohoidossa

Opinnäytetyö 64s., liitteet 13 s.  
Maaliskuu 2010

---

Tämä opinnäytetyön aihe syntyi erään yliopistollisen sairaalan teho-osaston henkilökunnan ehdotuksen pohjalta. Teho-osastolla toteutetussa potilastyytyväisyyteen liittyvässä kyselyssä oli ilmennyt, että potilaat ja omaiset kokivat, ettei yksityisyydensuoja toteutunut riittävästi tehohoidossa. Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa miten potilaiden yksityisyydensuoja toteutuu eri hoitotilanteissa teho-osastolla. Opinnäytetyön tutkimustehtävinä oli kuvata hoitotyötä teho-osastolla, kartoittaa mitä potilaan yksityisyys tarkoittaa tehohoitotyössä sekä selvittää miten potilaan henkilökohtaisen tilan eri osa-alueiden huomioiminen näkyy hoitajien toiminnassa teho-osastolla. Opinnäytetyön tavoitteena on antaa teho-osaston henkilökunnalle tietoa potilaan henkilökohtaisen tilan suojaamiseen liittyvistä tekijöistä teho-osastolla ja sitä kautta auttaa kehittämään toimintaa potilaiden yksityisyydensuojan parantamiseksi.

Tämän opinnäytetyön teoreettiseksi lähtökohdiksi valittiin tehohoito, tehohoitotyö, yksityisyys sekä henkilökohtainen tila ja sen eri osa-alueet. Opinnäytetyössä sovellettiin kvantitatiivista metodologiaa. Aineisto kerättiin havainnoimalla hoitotoimenpiteitä erään sairaalan teho-osastolla aamuvuoron aikana yhteensä viitenä päivänä. Havainnoituja tilanteita kertyi 47 (N=47). Havainnoinnin apuvälineenä käytettiin kaavaketta, jonka laadinnassa sovellettiin Erika Rosqvistin tutkimuksia henkilökohtaisesta tilasta. Havainnoimalla kerätty aineisto analysoitiin SPSS for Windows sovellusta hyödyntäen. Tulokset esitettiin prosentti ja frekvenssi jakaumina.

Tutkimustulosten mukaan potilaiden yksityisyydensuojassa havaittiin puutteita. Parhaiten henkilökohtaisen tilan osa-alueista säilyi hajuaistiin perustuva olfaktorinen tila, jossa tulosten mukaan ilmeni vain vähän puutteita. Merkittävää tuntoaistiin perustuvan taktilisen tilan säilymisen kannalta oli, että suurimmassa osassa toimenpiteitä potilaalle annettiin ennako informaatia niin tulevasta toimenpiteestä kuin kosketuksesta. Potilaiden reaktioiden perusteella epämiellyttävintä kosketusta oli koskettaminen suuhun ja kasvoihin. Kuuloaistiin perustuvan auditiivisen tilan säilyminen teho-osastolla oli puutteellista koska teho-osasto ympäristönä on varsin meluisa. Näköaistiin perustuvan visuaalisen tilan säilymisessä havaittiin paljon puutteita. Etenkin välioverhojen käyttö oli puutteellista, sillä tajuissaan olevalla potilaalla oli usein näköyhteys toiselle potilaalle tehtävään hoitotoimenpiteeseen. Jatkotutkimuksen aiheita voisi olla esimerkiksi tutkimus henkilökunnan asenteista sekä tietosuojan toteutuminen. Kehittämisehdotuksena on yhteisten toimintaperiaatteiden luominen henkilökohtaisen tilan säilymiseksi osastolle ja niiden noudattaminen.

---

Asiasanat: Tehohoito, tehohoitotyö, yksityisyys, henkilökohtainen tila

## ABSTRACT

Tampereen ammattikorkeakoulu  
Tampere University of Applied Sciences  
School of Health Care  
Degree Programme in Nursing and Health Care

KOIVISTO, MAARIT & LAHTELA, HANNA-MARI:  
Preservation of patient's personal space in intensive care nursing

Bachelor's thesis 64 pages, appendices 13 pages  
March 2010

---

This Bachelor's thesis was based on a patient satisfaction survey conducted on a university hospital's intensive care unit. The patients and their family experienced that the privacy in the intensive care unit was not satisfactory. The purpose of this Bachelor's thesis was to describe nursing in the intensive care unit, to define what patient's privacy in intensive care means, as well as to examine how the various aspects of personal space are maintained by nurses working on the intensive care unit. The aim of this Bachelor's thesis was to provide the nursing staff of the critical care unit with information on factors affecting a patient's personal space and its preservation. This information can be used to improve patients' privacy during the intensive care.

The theoretical bases of this Bachelor's thesis were: intensive care, intensive care nursing, privacy and the different areas of personal space. Data collection was carried out by means of structured observation (N=47). The topics of interest were the interactive situations between the members of nursing staff and patient in the intensive care unit during the early shift on a total of five days altogether. The observation was carried out with a device form based on Erika Rosqvist's study about personal space and the whole theoretical basis was created by applying Rosqvist's study (2003). The data was analyzed with the software SPSS for Windows. The results were presented as frequency and percentage distributions.

According to the results of this study there were limitations in the preservation of patients' personal space. The most preserved area of personal space was the olfactory space. A central result in preservation of tactile space was that patients were usually given information about upcoming treatments and touch. According to patients' reactions touching the mouth and face caused most discomfort to the patient. Patients' auditory space was poorly preserved because the intensive care environment is so noisy. The visual space was also poorly preserved. Especially the use of screens and curtains was lacking. Quite often a conscious patient had visual connection to a co-patient's bed during treatments. Further study topics could be quantitative or qualitative analysis of nursing staff's attitudes and the informational privacy. A proposal for improving the preservation of patient's privacy in the intensive care unit is creating common practices on preserving of patients' personal space, following and maintaining them.

---

Keywords: Intensive care, intensive care nursing, privacy, personal space

## SISÄLLYS

1. JOHDANTO .....	4
2. OPINNÄYTETYÖN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT.....	6
2.1. Tehohoito .....	6
2.1.1. Hoitotyö teho-osastolla .....	8
2.1.2. Potilas tehohoidossa.....	11
2.2. Yksityisyys.....	14
2.2.1. Henkilökohtainen tila.....	15
2.2.1.1. Taktiilinen tila.....	16
2.2.1.2. Audittiivinen tila .....	17
2.2.1.3. Visuaalinen tila .....	18
2.2.1.4. Olfaktorinen tila.....	18
2.3. Henkilökohtaisen tilan toteutuminen tehohoidossa .....	19
3. TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE.....	22
4. TUTKIMUKSEN MENETELMÄ JA TOTEUTUS.....	23
4.1. Kohderyhmän ja osaston kuvaus.....	23
4.2. Kvantitatiivinen menetelmä .....	23
4.3. Aineiston keruumenetelmä .....	24
4.4. Havainnointikaavakkeen testaus .....	25
4.5. Havainnoinnin toteutus .....	25
4.6. Kerätyn aineiston analysointi menetelmä .....	25
5. OPINNÄYTETYÖN TULOKSET .....	27
5.1. Verbaaliset ja nonverbaaliset viestintäkeinot potilaan ja hoitajan välisessä vuorovaikutuksessa .....	31
5.2. Taktiilisen tilan säilyminen.....	33
5.3. Visuaalisen tilan säilyminen .....	36
5.4. Audittiivisen tilan säilyminen .....	38
5.5. Olfaktorisen tilan säilyminen .....	39
6. POHDINTA .....	40
6.1. Tutkimusmenetelmän tarkastelu .....	40
6.2. Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset.....	40
6.3. Tutkimuksen eettisyys.....	46
6.4. Tutkimuksen reliabiliteetti ja validiteetti .....	47
6.5. Kehittämisen- ja jatkotutkimusehdotukset.....	48
LÄHTEET .....	50
LIITTEET .....	53

## 1. JOHDANTO

Tehohoito on vaikeasti sairaiden potilaiden hoitoa, jossa potilasta tarkkaillaan ja hänen elintoimintojaan tuetaan tarvittaessa erikoislaittein. ([www.sthy.fi](http://www.sthy.fi)) Hoitotyö on ammatillista hoitotyön tekijän toteuttamaa hoitamista eli toimintaa, jonka tavoitteena on hyvä terveys (Leino-Kilpi, Välimäki 2008, 9). Haasteena hoitotyössä teho-osastolla on nopeasti muuttuvat tilanteet, jatkuvasti kehittyvä teknologia sekä vaativan lääkehoidon toteutus. Haasteita hoitotyöhön luo myös potilaiden ja omaisten henkisen selviytymisen tukeminen äkillisen kriisin kohdatessa. (Blomster, Mäkelä, Ritmala-Castrén, Säämänen & Varjus, 2001, 61-63)

Yksityisyydellä tarkoitetaan yksilön vapautta määrittää yksinoloa ja yhdessäoloa muiden kanssa, haluttua ääni- ja näkösuojaa sekä omaa henkilökohtaista aluettaan (Tuhkanen 2006, 20). Yksityisyydellä tarkoitetaan myös yksilön kykyä itse kontrolloida käyttäytymistään (Hupli, Leino-Kilpi & Salanterä 2002, 8). Yksityisyys jaetaan fyysiseen, psyykkiseen, sosiaaliseen ja tiedolliseen yksityisyyteen. Henkilökohtainen tila on yksi fyysisen yksityisyyden suojakeinoista. (Rosqvist & Rosqvist, 1999, 16, Rosqvist, 2003, 15-27)

Tehohoidossa yksityisyyden mahdollistaminen on erityisen haasteellista. Hoitajan tehtävänä on huomioida potilaan yksityisyyden tarve ja auttaa häntä suojaamaan yksityisyyttään sekä selviytymään vähentyneestä yksityisyydestä sairaalahoidon aikana (Rosqvist & Rosqvist 1999, 7, Tuhkanen 2002, 20). Henkilökohtainen tila on yksilön keino säädellä yksityisyyttään (Rosqvist 2003, 15). Se on kullekin ihmiselle yksilöllinen luonteva etäisyys muista ja se antaa yksilölle turvallisuutta ja varmuutta vuorovaikutustilanteissa (Rosqvist & Rosqvist, 16, Hupli, Leino-Kilpi & Salanterä 2002, 10, Rosqvist 2003, 15).

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa miten potilaiden henkilökohtainen tila säilyy eri hoitotilanteissa erään sairaalan teho-osastolla. Opinnäytetyön tutkimustehtävinä on kuvata hoitotyötä teho-osastolla, kartoittaa mitä potilaan henkilökohtainen tila tarkoittaa tehohoitotyössä sekä selvittää miten potilaan henkilökohtaisen tilan eri osalueiden huomioiminen näkyy hoitajien toiminnassa teho-osastolla. Opinnäytetyön tavoitteena on antaa teho-osaston henkilökunnalle tietoa potilaan henkilökohtaisen tilan

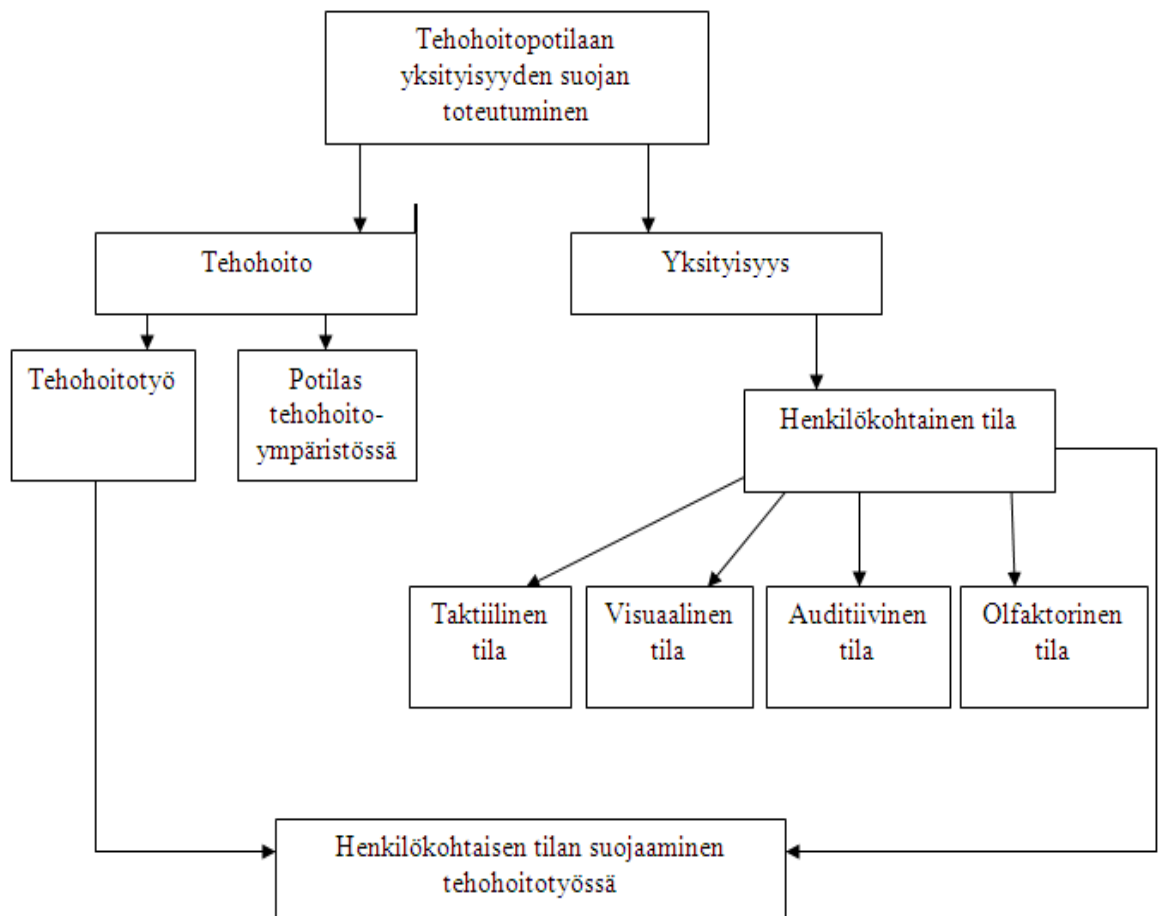
suojaamiseen liittyvistä tekijöistä teho-osastolla ja sitä kautta auttaa kehittämään toimintaa potilaiden yksityisyydensuojan parantamiseksi.

Tässä opinnäytetyössä sovelletaan kvantitatiivista menetelmää. Aineisto kerätään havainnoimalla hoitotoimenpiteitä erään sairaalan teho-osastolla. Havainnoimalla kerätty aineisto analysoidaan SPSS for Windows ohjelmistoa hyödyntäen. Tulokset esitetään graafisin kuvaajin. (Kiikkala, Krause 1996, 119, Pelkonen, Perälä 1993, 157, Nummenmaa, 2004, 44, Vilkkä, 2006, 37)

Opinnäytetyömme aihe syntyi erään yliopistollisen sairaalan teho-osaston henkilökunnan ehdotuksen pohjalta. Teho-osastolla toteutetussa potilastyytyväisyyteen liittyvässä kyselyssä oli ilmennyt, että potilaat ja omaiset kokivat, ettei yksityisyydensuoja toteutunut riittävästi tehohoidossa. Oma kiinnostuksemme aiheeseen heräsi, koska olemme molemmat kiinnostuneet tehohoidosta ja akuutista hoitotyöstä ja koemme tämän aiheen olevan meille hyödyllinen tulevassa työssä.

## 2. OPINNÄYTETYÖN TEOREETTISET LÄHTÖKOHDAT

Opinnäytetyön aiheena on tehohoitopotilaan yksityisyydensuojan toteutuminen, joten keskeisiksi teoreettisiksi lähtökohdiksi nousevat tehohoitotyö ja potilaan yksityisyys (Kuvio 1).



KUVIO 1. Viitekehys

### 2.1. Tehohoito

Tehohoito on kehittynyt poikkeustilanteissa. Yksi tällainen oli 1950-luvun alussa pohjoisessa levinnyt polio-epidemia, jonka seurauksena kuolleisuus hengityshalvaukseen oli suuri. Tapahtuma vauhditti hengityskoneiden kehittymistä. Suomen ensimmäiset teho-osastot perustettiin Kuopioon ja Helsinkiin 1960-luvulla. Nykyään tehohoitoa an-

netaan kaikissa yliopistosairaaloissa ja keskussairaaloissa sekä joissain aluesairaaloissa. Erityisosaamisen keskittämällä pienempiin yksiköihin pyritään takaamaan vaativan erityishoidon saatavuus ja siten parantamaan potilaan ennustetta. Tällaista osaamista vaativien potilaiden lukumäärä on pieni ja näin ollen potilaat hyötyvät omasta erityisyksiköstä. Esimerkkinä tällaisesta toiminnasta on palovamma-yksikkö Helsingissä. (Isokoski, 1996, 3-4)

Suomen tehohoitoyhdistys määrittelee tehohoidon olevan vaikeasti sairaiden potilaiden hoitoa, jossa potilasta tarkkaillaan keskeytymättä ja hänen elintoimintojaan valvotaan ja tarvittaessa pidetään yllä erityislaittein. Tehohoidon tarkoituksena on auttaa potilas turvallisesti sairautensa kriittisen vaiheen yli, estää sairauteen liittyvien komplikaatioiden synty ja siten parantaa potilaan ennustetta ja vähentää sairastuvuutta ja kuolleisuutta. (www.sthy.fi, Isokoski, 1996, 3). Tehohoidon tavoitteena on äkillisen kuolemanvaaran välttäminen ja elämänlaadun palauttaminen vähintään entiselle tasolle (Ala-Kokko, Laurila & Ohukainen, 2003, 1899). Ominaista tehohoidolle on, että se toteutetaan moniammatillisena yhteistyönä. Potilaan elintoimintojen ollessa vakavasti uhattuna korostuu lääketieteellinen hoito. (Isokoski, 1996, 1)

Suurin osa teho-osaston potilaista tarvitsee tehohoitoa vain muutaman päivän ajan ja heidän toipumisensa sairautta edeltävään terveyden tilaan tapahtuu nopeasti (Ala-Kokko, Laurila & Ohukainen, 2003, 1899). Tehohoitoa voidaan tarvita esimerkiksi trauman, vaikean infektion, verenkierron romahtamisen tai suuren elekttiivisen leikkauksen seurauksena. Tehohoitoon valikoituvat potilaat, joiden tila vaatii välttämättömien elintoimintojen valvontaa ja tukihoidoja. Potilaiden elintoimintojen häiriöiden on oltava tilapäisiä ja toipumisen tulee olla todennäköistä. Potilaat, joiden toipuminen ei ole todennäköistä eivät kuulu tehohoitoon. Joskus tehohoitoa joudutaan rajaamaan toivottomasti sairaan, huonoennusteisen potilaan kohdalla. Tehohoidon rajaamisella tarkoitetaan potilaan elintoimintoja tukevista hoidoista pidättäytymistä tai aloitetuista hoidoista luopumista. (Lyytikäinen, 2002, 10, www.sthy.fi) Tavallisimmat elintoimintojen tukitoimet tehohoidossa ovat hengityslaitehoito, sydämen ja verenkierron vajaatoiminnan lääkehoito sekä munuaistoiminnan korvaushoidot. Näiden tukitoimien tavoitteena on varmistaa elimistölle riittävä hapentarjonta elintoimintojen pysyvien vaurioiden välttämiseksi. Riittävän varhain aloitetuilla verenkierron ja hengityksen tukihoidoilla voidaan estää monielinvaurion kehittyminen ja tehohoidon pitkittyminen. Elintoimintojen onnis-



tunut tukihoido edellyttää tehohoitoon perehtynyttä lääkärikuntaa, erikoiskoulutettua hoitohenkilökuntaa ja korkeatasoista laitteistoa. (Ala-Kokko & Laurila, 2003, 1285-1287)

Tehohoidossa on kuusi eri vaihetta: arviointi-, stabilointi-, ylläpito-, vieroitus-, siirto- ja osastovaihe. Arviointivaihe alkaa, kun potilasta tarjotaan teho-osastolle. Se sisältää potilaan tilan tarkistuksen sekä hoidontarpeen arvion. Stabilointivaihe tarkoittaa potilaan hengenvaaran torjuntaa ja sen aikana potilaalle asetetaan kaikki tehostetun hoidon ja tarkkailun toteutukseen tarvittavat laitteet ja aloitetaan lääkitykset. Ylläpitovaihe tarkoittaa potilaan vitaalinelintoimintojen ylläpitoa sen jälkeen kun potilaan tila on vakiintunut. Ylläpitovaiheessa kiinnitetään erityistä huomiota erilaisten komplikaatioiden ehkäisyyn. Vieroitusvaiheessa potilas vieroitetaan tehohoidosta. Tässä vaiheessa potilaan tila on niin vakaa, että potilaan hoidossa käytetyt tukihoidot voidaan purkaa. Siirtovaiheessa potilas siirtyy vuodeosastolle, potilas ei enää tarvitse hengityksen tai verenkierron tukihoidoja eikä monitorivalvontaa. Osastovaiheessa potilaan kuntouttaminen jatkuu. Kuntoutumisen edetessä selvitetään jatkohoitopaikka. (Mykkänen, 1997, 9-12)

### 2.1.1 Hoitotyö teho-osastolla

Hoitotyö on ammatillista hoitotyöntekijän toteuttamaa hoitamista eli toimintaa, jonka tavoitteena on hyvä terveys (Leino-Kilpi, Välimäki 2008, 9). Tehohoitotyössä korostuu henkilökunnan tietotaito, tehokkuus ja tilanteiden hallinta sekä hoidon viiveettömyys. Henkilökunnan koulutukseen ja perehdytykseen käytetään paljon aikaa tietojen ja taitojen ylläpitämiseksi ja uudistamiseksi. Tehohoidon luonnetta pidetään yleisesti teknisenä, mikä johtuu käytettävistä valvonta, seuranta ja hoitolaitteista. Tekniikan hallitsemisen korostuminen voi toisaalta johtaa inhimillisyyden katoamiseen tehohoitotyössä. (Isokoski, 1996, 6, Mykkänen, 1997, 63) Ihmisarvon säilyminen ja inhimillisuus ovat keskeisiä hyvän hoidon tunnusmerkkejä ja nämä arvot toimivat suuntaviivoina teho-osastolla tapahtuvalle hoitotyölle. Tehohoidossa tärkeitä on potilaan yksilöllinen, inhimillinen ja kokonaisvaltainen kohtaaminen, päämääränä potilaan hyvä olo muuttuvien tilanteiden keskellä. (Isokoski, 1996, 1) Tehohoitoon liittyvä vuorovaikutuksen erityispiirre on hoitajan jatkuva läsnäolo potilaan luona. Tämä vuorovaikutuksen erityispiirre tuo parhaimmillaan potilaalle turvallisuutta, läheisyyttä ja varmuutta tarvitsemansa avun

saamisesta. Toisaalta hoitajan jatkuva läsnäolo voi olla potilaan mielestä ahdistavaa ja yksityisyyttä loukkaavaa. (Leino-Kilpi, Mäkelä & Suominen, 2000, 62) Tehohoidossa potilas on riippuvainen hänen elintoimintojaan valvovista, tukevista ja ylläpitävistä laitteista (Heino, 1995, 10, Karhe, Laitinen, 2000, 19). Potilaalta tarkkaillaan tehostetusti sydämen toimintaa, verenkiertoa, hengitystä, tajuntaa, eritystoimintaa ja nestetasapainoa sekä kipuja (Adam&Osborne, 2005, 32).

Tehohoidossa hoitotyöntekijät suorittavat potilaan tilan edellyttämää tarkkailua, toteuttavat vaativaa potilaan vitaalielintoimintoihin vaikuttavaa lääkehoitoa ja reagoivat tarvittaessa nopeasti potilaan tilan pieniinkin muutoksiin (Isokoski, 1996, 1). Hoitotyö teho-osastolla ei kulminoidu ainoastaan potilaan vitaalielintoimintojen tarkkailuun ja lääkehoidon toteutukseen. Hoitotyö on potilaan kokonaisvaltaista hoitoa, joka pitää sisällään muun muassa ravitsemuksesta ja erityksestä huolehtimisen, asentohoidon, ihon kunnosta ja puhtaudesta huolehtimisen sekä psyykkisen tukemisen ja kivunhoidon hoitotyön keinoin.

Ravitsemuksella on tärkeä merkitys tehohoitopotilaan toipumiseen ja komplikaatioiden ehkäisemiseen. Ravinnottaolo vähentää suoliston verenkiertoa ja altistaa potilaan vakaville infektioille. Bakteerien ja toksiinien translokaatio eli siirtymä suolen limakalvon läpi on merkittävä taustatekijä monielinvauriossa ja yleisinfektiossa. Tehohoidossa olevan potilaan nestemenetyksiä arvioidaan mahdollisimman tarkasti. Virtsaneritystä seurataan tunnin välein, tarvittaessa useamminkin. Kaikki mitattavissa olevat eritteet, kuten uloste, dreeneritteet sekä oksennus mitataan mahdollisimman tarkasti. Potilas menettää nestettä myös haihtumisen kautta. Kuumeilevalla potilaalla haihtuminen korostuu. Potilaan nestemenetykset korvataan yksilöllisen neste- ja ravitsemussuunnitelman mukaan. Ravinnon saanti suun kautta on elimistölle luonnollista, joten suonen sisäisen ravitsemuksen käyttö pyritään minimoimaan. Ruoansulatuskanavan tilan jatkuva seuranta on tehohoitopotilaan hoidon onnistumisen perusta. Tehohoitopotilaan ravitsemus suunkautta tai nenämahaletkuun pyritään aloittamaan mahdollisimman varhain. (Blomster, Mäkelä, Ritmala-Castrén, ym. 2001, 81-85, Ala-Kokko & Laurila, 2003, 1285)

Teho-hoitopotilaan keuhkojen tuuletuksen, verenkierron, ihon, nivelten liikkuvuuden ja kudosten kannalta on tärkeää, että potilaan asentoa vaihdetaan ajoittain. Asentoa tulisi vaihtaa riittävän usein riippuen potilaan yksilöllisistä tarpeista. Pelkästään paikallaan

makaaminen altistaa atelektaasin ja painehaavaumien synnylle. Teho-osastolla on käytävissä erilaisia apuvälineitä asento-hoidon toteuttamiseksi. Esimerkkinä näistä ovat erikoispatjat sekä nostamisen apuvälineet. (Blomster, Mäkelä, Ritmala-Castrén, ym. 2001, 109-111, Kaarlola, Larmila, Lundgrén-Laine, Pyykkö, ym. 2010, 448-449)

Tehohoitopotilaan ihonhoidon tavoitteena on ylläpitää ja edistää ihon terveyttä sekä estää infektioiden ja ihovaurioiden syntyminen. Potilas pestään tai häntä autetaan peseytymään päivittäin. Pesun yhteydessä arvioidaan ihon kuntoa. Ihon kunnosta arvioidaan väriä, rasvaisuutta, kuivuutta, eheyttä ja erityistä sekä mahdollisia alkavia painehaavoja. Ennen potilaan pesujen aloittamista tulee arvioida potilaan kunto ja kunnan edellyttämä lisälääkitys ja tarvittavan henkilökunnan määrä. Pesut ja käännöt rasittavat huonokuntoista tehoitopotilasta, liikuttelu lisää kipuja sekä vaikuttaa hapettumiseen ja hemodynamiikkaan. Ihon lisäksi pesujen yhteydessä tulee huolehtia silmien ja suun puhtautesta. (Kaarlola, Larmila, Lundgrén-Laine, Pyykkö, ym. 2010, 436-437)

Potilaan psyykkinen tukeminen on erittäin tärkeää potilaan toipumisen kannalta. Hoitajan tulisi pyrkiä luomaan hoitosuhde, joka vahvistaa potilaan luottamusta ja lisää hänen turvallisuuden tunnettaan. Tehohoidon aikainen sekavuustila on yleinen komplikaatio ja se hidastaa potilaan toipumista. Tehohoidon aikaisen sekavuustilan laukaisevia tekijöitä voivat olla kipu, lääkeaineet, verenkiertovaje, hengitysvaje, infektiot, aineenvaihdunnan häiriöt sekä traumat. (Blomster, Mäkelä, Ritmala-Castrén, ym. 2001, 99, Kaarlola, Larmila, Lundgrén-Laine, Pyykkö, ym. 2010, 408)

Kivunhoidon tavoitteena on ehkäistä kivusta johtuvat fysiologiset ja psyykkiset häiriöt. Mitä kriittisempi potilaan tila on sitä vakavammat ovat kivun fysiologiset seuraukset. Onnistunut kivunhoito tehoitopotilaalla vaatii hoitohenkilökunnalta kivun tunnistamista, kivun voimakkuuden arviointia sekä kipulääkityksen vaikutusten arviointia. Hoitohenkilökunnan pitää myös tunnistaa kipulääkityksen haittavaikutukset. Onnistunut kivunhoito vaatii moniammatillista yhteistyötä, johon kuuluu lääketieteen mahdollisuudet erilaisten lääkitysten ja puudutusten toteuttamiseksi sekä hoitotyön osuus lääkkeettömien menetelmien toteuttamiseen. Hoitotyön keinoja kivun lievittämiseksi ovat esimerkiksi lämpö- ja kylmähoito, hieronta ja rentoutumisharjoitukset. (Blomster, Mäkelä, Ritmala-Castrén, ym. 2001, s.102-107, Kaarlola, Larmila, Lundgrén-Laine, Pyykkö, ym. 408-420)

Teho-osaston ja tehohoitotyön erityispiirteet edellyttävät hoitotyöntekijältä ammattitaitoa, mikä tarkoittaa nopeaa aistinhavaintojen yhdistämistä ja arviointia sekä muutosten pohjalta toimimista (Kokko, 2000, 10). Potilaan hoito kokonaisuutena fyysiset, psyykkiset ja sosiaaliset tarpeet huomioiden edellyttää hoitajalta hoitotyön perusteisiin kuuluvia laaja-alaisia tietoja sekä monipuolisia ihmissuhdetaitoja (Raatikainen, 2004, 21). Hoitotyön akuutti luonne, intensiivisyys, monialaisuus, jatkuvan ammatillisen kehityksen mahdollisuus sekä mahdollisuus keskittyä yhteen potilaaseen ovat tärkeitä työn merkityksellisyyttä lisääviä tekijöitä tehohoitotyössä. Teho-osastolla työskentelevät kokevat työnsä yleisesti palkitsevaksi. (Blomster, Mäkelä, Ritmala-Castrén, ym. 2001, 63) Hoitotyö teho-osastolla asettaa monenlaisia vaatimuksia siellä työskentelevälle. Se edellyttää hoitajalta kykyä tukea potilaan arkielämää, sekä kykyä työskennellä potilaan omaisten kanssa dramaattisissakin olosuhteissa. Potilaan ollessa kyvytön ilmaisemaan itseään, hoitotyöntekijä toimii potilaan edunvalvojana. Hoitotyöntekijä huolehtii potilaan kokonaisvaltaisesta hyvinvoinnista, toimii potilaan tilanteeseen liittyvän tiedon saajana ja eteenpäin välittäjänä. Siksi onkin tärkeää, että hoitotyöntekijä hallitsee itsensä tilanteissa ja toiminnoissa, jotka liittyvät vakavasti sairaan potilaan hoitamiseen. (Kokko, 2000, 10, Peltonen & Suominen, 2008, 11) Teho-osastolla työn kuormittavuus lisääntyy samassa suhteessa potilaan tilan vakavuuden kanssa, koska vakavasti sairaiden potilaiden hoitoon käytetään enemmän tehohoidon teknologiaa ja lääkkeitä (Raatikainen, 2004, 60). Työn fyysinen raskaus, kuten potilaan liikuttelu lisää työn rasittavuutta (Blomster, Mäkelä, Ritmala-Castrén, ym. 2001, 63). Työskentely teho-osastolla voi olla myös psyykkisesti kuormittavaa ja voi altistaa henkilökunnan työuupumukselle (Heino, 1995, 9).

### 2.1.2. Potilas tehohoidossa

Tehohoito on jokaisella potilaalla yksilöllinen ja ainutkertainen kokemus. Potilaiden kokemukset tehohoidosta riippuvat siitä, minkälaisessa tilassa potilas on hoidon aikana, mitä hän muistaa hoidosta ja mitkä ovat potilaiden etukäteistiedot tehohoidosta (Maunu, 1996, 6-8, Blomster, Mäkelä, Ritmala-Castrén, ym. 2001, 57). Teho-osaston potilaista suurin osa joutuu hoitoon ennalta suunnittelemattomasti, jolloin potilailla ei ole etukäteisinformaatiota tehohoidosta. Seuranta- ja hoitolaitteiden käytön välttämättömyyden selvittäminen potilaalle on tärkeää, koska se ehkäisee ristiriitaisia tunteita. Tiedon riit-

tämättömyys aiheuttaa potilaalle tyytymättömyyttä, pelkoa ja ahdistuneisuutta. (Mykkänen, 1997, 63) Äkillinen vakava sairastuminen tuo kuoleman ja haavoittuvaisuuden konkreettisiksi potilaille ja heidän läheisilleen, mikä voi aiheuttaa heille erilaisia psyykkisiä ja fyysisiä oireita tehohoidon aikana ja sen jälkeen. Näitä voidaan lievittää antamalla potilaalle ja tämän läheisille riittävästi tietoa hoidosta ja käymällä hoitokokemusta läpi potilaan toipumisen erivaiheissa.

Tutkittaessa potilaiden kokemuksia tehohoitovaiheesta (LIITE1), potilaat tuovat korostetusti esiin hoitajan huolenpidon ja välittämisen tärkeyden. Hoitamisella on positiivinen vaikutus ja se auttaa potilasta selviytymään vaikeassa tilanteessa. Potilaiden kokemusten mukaan hoitajat vähensivät heidän pelkojaan ja huoliaan sekä pitivät heitä elossa tehohoitoaiheen ajan. Hoitajien läsnäolon tavalla on merkitystä hoitotyössä. Potilaille tärkeää on aito läsnäolo ja potilaan tilanteen ymmärtäminen. Hoitajan aito läsnäolo vähensi potilaiden pelkoja. Potilaalle toivon kokemisella ja hänen tarpeisiinsa vastaamisella on suora yhteys toipumiseen. Tiedonsaanti ja mahdollisuus osallistua omaan hoitoonsa on potilaiden kokemusten mukaan tärkeää. Maunu kuvaa artikkelissaan kokemuksiaan potilaana teho-osastolla. Maunun mukaan aikakäsitys vuorokausirytmiseen on valtava vaatimus tehohoidossa olevan potilaan kohdalla. Normaali vuorokausirythmi on hoidon akuuttivaiheessa tarpeetonta ja aiheuttaa potilaalle ylimääräistä stressiä. Potilaan ja hoitajan välinen nonverbaalinen viestintä on erityisen korostunutta. (Maunu, 1996, 6-8, Kokko, 2000, 17-18, Eriksson, Ritmala-Castrén & Simani, 2005, 10, Naukarinen, 2008, 121-123, LIITE1)

Ensimmäiset muistikuvat teho-osastolta ovat usein unenomaisia ja epätodellisen tuntuisia. Ajan ja paikan taju sekä asioiden muistaminen ja ymmärtäminen häiriintyvät mahdollisesta tajuttomuudesta tai käytetystä lääkityksestä johtuen. (Maunu, 1996, 6-8, Kokko, 2000, 14, Eriksson, Ritmala-Castrén & Simani, 2006, 9) Eri kommunikointimenetelmien käyttö voi olla potilaalle hänen tilastaan ja muistamattomuudestaan johtuen uuttavaa. Epäonnistunut kommunikointiyritys voi tuntua potilaasta pahalta ja turhauttavalta. (Kokko, 2000, 15-16) Kriittisesti sairastunut potilas ei pysty säätelemään ympäristönsään olevia häiriötekijöitä kuten melua, ääniä, hajuja ja valoja (Heino, 1995, 2). Hoitoympäristö, hoitoympäristön melu ja yksityisyyden puute saattavat lisätä potilaan kipukokemusta (Kaarlola, Larmila, Lundgrén-Laine, Pyykkö, ym. 2010, 408). Potilaan uni keskeytyy jatkuvasti eri aisteja ärsyttävien tekijöiden tai hoitotoimien vuoksi (Karhe,

Laitinen, 2002, 27). Hoito teho-osastolla on kriittisesti sairaalle potilaalle hyvin stressaavaa. Tehohoidossa on monia stressitekijöitä, kuten valvontalaitteita, joita ei voida poistaa. Siksi onkin tärkeää vähentää niitä stressitekijöitä, joihin voidaan vaikuttaa, esimerkiksi potilaan kivut, pelot ja yksityisyyden puute. Vammautuessaan elimistö käynnistää stressireaktion, jonka vaikutukset lyhytaikaisesti ovat tarpeellisia, mutta pitkittyessään estävät paranemista ja huonontavat vastetta hoitoihin. (Adam & Osborne, 2006, 32-33)

Yleisin fyysinen ongelma tehohoidossa olleilla potilailla on yleinen heikkous. Tehohoidossa olleet potilaat ovat voineet menettää jopa puolet lihassmassastaan, josta seuraa vaikea fyysinen invaliditeetti. Fyysisen kunnon palautuminen on hidasta sekä vaatii harjoittelua ja fysioterapiaa. Potilaiden ulkonäkö usein muuttuu sairastamisen tuoman laihutumisen ja hiusten lähdön vuoksi. Potilaalla on myös mahdollisesti arpia leikkausten jäljiltä. Potilaiden voi olla vaikea käsittää, miksi he ovat voimattomia ja kuntoutumista voi haitata myös erialiset psyykkiset oireet. Hoidolla saavutettavissa oleva elämänlaatu on verrannollinen akuutin vaiheen elinöhäiriöiden vakavuuteen. Vakavista monielinvaurioista kärsivät potilaat toipuvat suhteessa huonommin kuin vain yhden elimen vakavasta häiriöstä kärsivät potilaat. (Ala-Kokko, Laurila & Ohukainen, 2003, 1900)

Maunun mukaan hoitosuhteiden pinnallisuus ja tiukka ammattimaisuus pitäisi kyseenalaistaa. Hänen kokemuksensa mukaan on tärkeää, että hoitotyön tekijät puhuvat asioistaan keskenään ja juttelevat myös potilaalle arkipäiväisistä asioistaan. Tämä lisää hoitosuhteen luonnollisuutta ja inhimillisyyttä. (Maunu, 1996, 7-8) Tehohoitotyössä hoitotyöntekijän hyvä käytös ja potilaan kunnioittaminen ovat toiminnan kulmakiviä ja ne edesauttavat hyvään hoitokokemukseen pääsemistä. Tyly käytös jää potilaan mieleen vaikka hoito olisi muuten onnistunut. Hoitotyön kehittämisen kannalta on tärkeää päästä potilaan tasavertaiseen ja asialliseen kohtaamiseen. (Sundman, 2000, 189) Potilaiden yleiset kokemukset tehohoidosta ovat kuitenkin positiivisia, koska he ymmärtävät hoitoon liittyvät toimenpiteet ja laitteet osaksi sitä hoitoa, jonka avulla he ovat selviytyneet kriittisen vaiheen yli (Maunu, 1996, 6-8, Blomster, Mäkelä, Ritmala-Castrén, ym. 2001, 58). Tehohoidossa olleet potilaat korostivat tehohoidon mukanaan tuomaa turvallisuuden tunnetta (Isokoski, 1996, 27).

## 2.2. Yksityisyys

Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992 2§3) säättää, että ”potilaalla on oikeus laadultaan hyvään terveyden- ja sairaanhoitoon. Hänen hoitonsa on järjestettävä ja häntä on kohdeltava siten, ettei hänen ihmisarvoaan loukata sekä että hänen vakaumustaan ja hänen yksityisyyttään kunnioitetaan” (www.finlex.fi). Kulttuurissamme vallitsevan elämäkäsitteen mukaan jokaisella on synnynnäinen ihmisarvo. Ihminen on ainutlaatuinen, itseisarvoinen ja täydet ihmisoikeudet omaava riippumatta siitä miten hän elämänsä elää. (Poikkimäki, 2004, 5) Yksilön kunnioittaminen on yksi perustavista eettisistä periaatteista. Hoitotyössä tämä merkitsee velvollisuutta kunnioittaa potilaan oikeuksia, itsemääräämisoikeutta ja arvokkuutta sekä velvollisuutta edistää potilaan hyvinvointia ja itsemääräämisoikeutta. (Rosqvist, 2003, 20, Naukkarinen, 2008, 123) Potilaan yksityisyyden suojan säilyttäminen sairaalahoidossa on sairaanhoitajan eettinen, moraalinen ja laissa säädetty velvollisuus. Hoitotyöntekijän velvollisuus on kaikissa tilanteissa toimia potilaan edustajana. (Peltonen & Suominen, 2008, 10)

Yksityisyys voidaan määrittää tarkoittavan omaa rauhaa ja yksityisasioita. Yksityisyys tarkoittaa julkisuudesta tai toisten seurasta vetäytymistä. Yksityisyydellä tarkoitetaan myös yksilön yksityiselämää. Se on yksilön kykyä kontrolloida käyttäytymistään ja päämääräänsä itse. Yksityisyys on yksilön mahdollisuus kontrolloida mitä tietoja, milloin, miten, kenelle ja kuinka laajasti antaa itsestään muille. (Hupli, Leino-Kilpi, Salanterä 2002, 8). Yksityisyys erottaa ihmisen toisesta ihmisestä tehden hänestä yksilön (Poikkimäki, 2004, 13). Yksityisyyttä käsitteenä ei ole pystytty yksiselitteisesti määrittelemään, koska henkilökohtaiset yksityisyyden tarpeet ovat yksilöllisiä ja erilaisia eri tilanteissa (Rosqvist & Rosqvist 1999, 5, Hupli, Leino-Kilpi, Salanterä 2002, 9). Yksityisyys on keskeinen käsite jokaiselle hoitotyön ammattilaiselle, koska yksityisyys on olennainen osa potilaiden ja hoitotyötä tekevien vuorovaikutusta (Hupli, Leino-Kilpi, Salanterä 2002, 9). Yksityisyyden käsitteeseen liittyvät läheisesti myös itsemääräämisoikeuden ja autonomian käsitteet, jotka voidaan ohittaa vain erityistapauksissa (Tuhkanen 2002, 20, Naukkarinen, 2008, 19).

Tilanteista ja ympärillä olevista ihmisistä riippuen pidämme eri asioita yksityisinä. Se mikä meille on henkilökohtaista tai yksityistä vaihtelee kulttuureittain ja se myös muuttuu kulttuurissamme jatkuvasti. (Jantunen, Leino-Kilpi, Puumalainen & Suominen,

1994, 1, Rosqvist & Rosqvist, 1999, 7) Potilaan tarve yksityisyyteen korostuu sairaalasaoloaikana. (Hupli, Leino-Kilpi, Salanterä, 2002, 3) Teho-osastolla, jossa samassa potilashuoneessa hoidetaan useita potilaita ja potilaat ovat vähäpukeisia, yksityisyyden suojaaminen korostuu (Peltonen & Suominen, 2008, 12).

### 2.2.1. Henkilökohtainen tila

Oikeus henkilökohtaiseen tilaan ja oikeus tasa-arvoiseen ja inhimilliseen kohteluun sisältyvät ihmisoikeuksiin. Ne liittyvät oleellisesti potilaan oikeuteen säilyttää henkilökohtainen tilansa loukkaamattomana sairaalahoidon aikana. Rosqvistin mukaan henkilökohtainen tila on näkymätön rajavyöhyke ihmisen kehon ympärillä, jolle tunkeutuminen pidetään epämiellyttävänä ja yksityisyyttä loukkaavana. Henkilökohtaiseen tilaan liittyy tietty etäisyys muihin ihmisiin ja tämän etäisyyden säätely on oleellista yksilön fyysiselle ja psyykkiselle hyvinvoinnille. Henkilökohtainen tila ei välttämättä ole kehänmuotoinen eikä se ulotu kaikissa suunnissa yhtä pitkälle. Yksilön tilalliset tarpeet eivät rajoitu ainoastaan hänen kehoonsa. Henkilökohtaisen tilan tarpeeseen vaikuttavat potilaan yksilölliset ominaisuudet, kuten ikä ja sukupuoli. Myös hoitotyöntekijän ominaisuuksilla on merkitystä henkilökohtaisen tilan tarpeeseen. Näitä ominaisuuksia ovat esimerkiksi hoitajan sukupuoli, suhtautuminen potilaaseen ja ammatillinen käyttäytyminen. (Rosqvist, 2003, 19-27)

Henkilökohtaiseen tilaan liittyvä etäisyys on pidempi toisiin ihmisiin kuin elottomiin objekteihin. Yksilö voi säädellä vuorovaikutustilanteiden syntyä etäisyydellä muihin ihmisiin. Kirjallisuuden mukaan fyysinen etäisyys voidaan jakaa neljään eri kategoriaan. Nämä ovat intiimi vyöhyke (0-45 cm), henkilökohtainen vyöhyke (45-120 cm), sosiaalinen vyöhyke (120-360cm) ja julkinen vyöhyke (>360 cm) (Kuuppelomäki & Penttinen, 1987, 59, Rosqvist, 2003, 15) Pois vetäytymällä viestitetään suurempaa yksityisyyden tarvetta ja näin ollen henkilökohtaista tilaa käytetään keinona poistamaan vuorovaikutusväyliä. Henkilökohtaiseen tilaan liittyy vuorovaikutusetäisyyden lisäksi vuorovaikutuksessa olevien henkilöiden sijainti toisiinsa nähden. Esimerkiksi vieraan ihmisen sijainti sivulla koetaan vähemmän epämiellyttäväksi kuin lähellä olo suoraan edessä tai takana.



Henkilökohtaista tilaa pyritään suojaamaan vuorovaikutustilanteissa verbaalisin ja non-verbaalisin viestein, saavutettu henkilökohtainen tila muodostuu viestinnän onnistuessa tai epäonnistuessa. Jos saavutettu henkilökohtainen tila on sama kuin yksilön haluama tila, on ihminen saavuttanut optimaalisen henkilökohtaisen tilan tasonsa. Jos optimaalista henkilökohtaista tilaa ei saavuteta, yksilön vaihtoehdot ovat joko alistua tai yrittää suojata optimaalinen henkilökohtainen tila uudelleen verbaalisia ja nonverbaalisia viestintäkeinoja käyttäen. Viestinnän epäonnistuessa saavutettu henkilökohtainen tila on liian suuri tai liian pieni yksilön tavoittelemaan henkilökohtaisen tilan tasoon nähden. (Rosqvist & Rosqvist, 1999, 13, Rosqvist, 2003, 24-25) Henkilökohtainen tila muodostuu neljästä eri tilasta eri aistinelinten mukaan. Nämä tilat ovat taktilinen, audittiivinen, visuaalinen ja olfaktorinen tila. (Rosqvist, 2003, 19-27)

#### 2.2.1.1. Taktilinen tila

Taktilinen tila on kosketukseen ja tuntoaistiin perustuva henkilökohtaisen tilan vyöhyke (Rosqvist, 2003, 33). Kosketus on nonverbaalista kommunikaatiota ja osa ihmisen luonnollista käyttäytymistä. Koskettajan ja kosketettavan välinen kontakti tulkitaan joko positiiviseksi, neutraaliksi tai negatiiviseksi viestiksi. Kosketuksen käyttö vuorovaikutuksen keinona korostuu erityisesti silloin kun potilaan kyky kommunikoida sanallisesti on heikentynyt. (Leino-Kilpi, Mäkelä & Suominen, 2000, 61) Kosketus on intiimiä ja se edellyttää tunkeutumista yksilön henkilökohtaiseen tilaan. Kosketus tapahtuu intiimivyöhykkeellä (0-45cm.), jolloin koskettaja on niin lähellä, että hänestä on aistittavissa haju, vartalon lämpö, ääni ja hengitys. Kehon eri osiin kohdistuva kosketus koetaan eritavoin. Kosketus käteen, käsivarteen, olkapäähän tai selkään ei aiheuta hämmennystä, kun taas kasvoja ja jalkoja tulisi lähestyä hienotunteisemmin. (Isokoski, 1996, 3) Kosketus on suuri osa hoitotyötä myös teho-osastolla, jokaiseen toimenpiteeseen sisältyy kosketusta ja jokaisella kosketuksella hoitotyöntekijä tunkeutuu potilaan henkilökohtaiseen tilaan. Taktilinen tila on yleensä varattu intiimeille toiminnoille ja kontakteille, joita potilas normaalisti hallitsee itse. (Rosqvist, 2003, 33-34) Ilman lupaa, yllättäen tapahtuva tai esineellistävä kosketus on potilaalle epämiellyttävää ja aiheuttaa potilaalle negatiivisia tuntemuksia. Tämän vuoksi on tärkeää, että potilasta ei kosketeta yllättäen vaan siihen pyydetään lupa tai annetaan ennakkovaroitus. (Rosqvist, 2003, 92)

Kosketuksen avulla hoitaja voi lyhyessä ajassa luoda kontaktin vakavasti sairaaseen potilaaseen eikä aina tarvitse käyttää sanoja. Kosketus voi viestiä potilaalle välittämistä ja tuottaa turvallisuuden tunnetta. Rosqvistin mukaan suurin osa potilaista ei koe hoitotyöntekijän kosketusta ja lähellä oloa kiusallisena toimenpiteiden aikana. Hoitajan kosketus voi olla hoitotyön toteutumisen kannalta välttämätöntä tai ei-välttämätöntä. Välttämätöntä kosketusta potilaat tietävät sairaalassa olon edellyttävän ja he ymmärtävät ja tietävät sen tapahtuvan heidän parastaan ajatellen. Ei-välttämätöntä kosketusta ilmenee hoitotyöntekijän lähellä olona ja välittämisenä ja sitä esiintyy yleensä spontaaneissa tilanteissa, joissa hoitotyöntekijä esimerkiksi pitää potilasta kädestä. (Heino, 1995, 3, Rosqvist, 2003, 33-34)

Fyysisen kosketuksen yksiselitteinen määrittely on vaikeaa siksi, että kosketuksen luonne ja tapa muuttavat kosketuksen moniulotteiseksi. Kosketus on tilanteenmukaista silloin, kun se on tarpeen jonkin tehtävän suorittamiseksi. Tällaista kosketusta voidaan kutsua myös välttämättömäksi, menetelmälliseksi tai instrumentaaliseksi kosketukseksi. Hoitotyössä fyysistä, hoitotoimenpiteen suorittamiseksi tehtävää kosketusta käytetään auttamismenetelmänä. Inhimillinen kosketus on tunteellista, ilmaisevaa ja spontaania, eikä siihen välttämättä liity tehtävän suorittaminen. Inhimillinen kosketus sisältää empatian ja tunteiden ilmaisemisen. Inhimillistä kosketusta on esimerkiksi lohduttaminen koskettamalla. Teknisen kosketuksen kohteena on eloton esine. Esimerkiksi hoitotyöntekijän kosketus on teknistä silloin, kun hän koskettaa tehohoitopotilaan hoitolaitteita, kuten hengityskoneen letkustoa varmistaakseen hengitysilman esteettömän kulun. Tekninen kosketus ei siis sisällä sosiaalista kanssa käymistä tai inhimillistä kontaktia. (Leino-Kilpi, Mäkelä & Suominen, 2000, 61-63, Blomster, Mäkelä, Ritmala-Castrén ym. 2001, 59)

#### 2.2.1.2. Auditiivinen tila

Melu on WHO:n määritelmän mukaan epätoivottava ja terveydelle haitallinen ääni. Melu rasittaa elimistöä psyykkisesti sekä vaarantaa kommunikaation onnistumisen. Melu vähentää ympäristön viihtyisyyttä ja se on yleisimpiä elinympäristön laatua heikentäviä tekijöitä. Kuuloaisti toimii myös unen aikana. (Starck & Teräsvirta, 2009, 9-11) Auditiivinen tila on kuuloaistiin perustuva henkilökohtaisen tilan vyöhyke. Jo kauan on tie-

detty, että tarpeeton melu haittaa toipumista sairaudesta. Hoitoympäristön rauhallisuus, hiljaisuus ja häiriöttömyys ovat hoitoympäristön mukavuuden osa-alueita. Vaikka yleensä potilaat pitävät sairaalaympäristöä rauhallisena melua voivat aiheuttaa esimerkiksi, osaston ympäristö, sairaalan laitteet sekä hoitohenkilökunnan käyttäytyminen. (Rosqvist, 2003, 35) Äänen kokemiseen vaikuttaa äänen voimakkuus, häiritsevyys ja jatkuvuus. Se, kuinka paljon ääni kutakin yksilöä häiritsee, riippuu fysikaalisten ominaisuuksien lisäksi kuulijan herkkyydestä, aikaisemmista kokemuksista ja asenteista äänilähdettä kohtaan. (Starck & Teräsvirta, 2009, 11)

### 2.2.1.3. Visuaalinen tila

Visuaalinen tila muodostuu potilaan aistimista näköärsykkeistä. Potilaalla tulee olla sairaalassa mahdollisuus olla yksin, poissa katseilta. Visuaalista tilaa voidaan suojata esimerkiksi käyttämällä väliverhoja tai sermejä. Verhojen ja sermien käyttö estää hoitajien ja toisten potilaiden tunkeutumisen yksilön visuaaliseen tilaan ja toisaalta myös suojelee potilasta itseään epätoivotuilta visuaalisilta ärsykkeiltä. Osa potilaista kokee tarvetta nähdä potilashuoneen tapahtumat eikä siksi halua väliverhoja käytettävän. Väliverhot saattavat myös estää hoitohenkilökunnan toteuttamaa tarkkailua tai näkösuojat voivat olla tiellä hoitotoimenpiteissä. Potilaan visuaalista tilaa voidaan loukata myös väliverhojen sisäpuolella hoitotoimenpiteiden aikana. Visuaalisen tilan loukkaamiseen liittyy silmiin tai muualle vartaloon tuijottaminen. Hoitotyön tekijän katse voi olla rankaisevaa tai rohkaisevaa. Visuaalisen tilan loukkausta ei koeta ahdistavaksi silloin, kun potilas voi halutessaan kääntää katseensa pois ja välttää katsekontaktia. Mitä useampi hoitotyöntekijä on mukana hoitotilanteessa, sitä helpommin tapahtuu potilaan visuaalisen tilan loukkaus. (Rosqvist, 2003, 35-41) Sairaalassa potilaan henkilökohtainen tila jää usein varsin pieneksi. Potilashuoneiden ahtauden vuoksi visuaaliseen tilaan tunkeudutaan väistämättä usein. Ahtauden tunteen aiheuttaa henkilökohtaisen tilan ja ympäristön hallinnan puute. (Kuuppelomäki & Hentinen, 1987, 61)

### 2.2.1.4. Olfaktorinen tila

Hajuaistin merkitys ei ole ihmiselle selviytymisen kannalta merkityksellinen. Koska hajuaalue aivoissa kuuluu limbiseen järjestelmään, joka on tunne-elämän keskus, tietyt

hajut saavat aikaan erilaisia tunteita. Näiden tunnetilojen syntyyn vaikuttavat aikaisemmat kokemukset ja elämykset sekä elimistössä vallitseva tila. (Bjälle, Haug, Sand, Sjaastad & Toverud, 1999, 108-109) Olfaktorinen tila muodostuu potilaan aistimista hajuärsykkeistä. Yhtenä hoitotyön peruseriaatteista on jo pitkään ollut säilyttää potilaan hengittämä ilma raikkaana ja puhtaana. Hyvä hengitysilmä on osa potilaan hyvinvointia sairaalassa. Koska potilaat sijoitetaan sairaalassa lähekkäin, potilaat voivat joutua kärsimään potilas tovereista lähteivistä epämiellyttävistä hajuista. Myös ylimääräisten hajusteiden käyttöä tulisi rajoittaa sairaalassa. (Rosqvist, 2003, 36)

### 2.3. Henkilökohtaisen tilan toteutuminen tehohoidossa

Tehohoitoa tulee toteuttaa vain sellaisissa yksiköissä, joissa on riittävät edellytykset osaston sijainnin, huonetilojen, henkilökunnan määrän ja ammattitaidon, välineistön sekä teknisten valmiuksien suhteen (Alahuhta, Lindgren, Olkkola & Takkunen, 2006 31, [www.sthy.fi](http://www.sthy.fi)). Sairaalan fyysinen ympäristö on yleensä suunniteltu mahdollistamaan tehokasta hoitoa ja suunnittelussa on huomioitu vain vähän potilaiden henkilökohtaisia tarpeita (Jantunen, Leino-Kilpi, Puumalainen, Suominen, 1994, 6). Tehohoidon toteuttaminen edellyttää valvonta- ja hoitolaitteita, jotka saattavat olla epämiellyttäviä potilaalle ja estävät vapaan liikkumisen. Teho-osasto ympäristönä voi olla potilaalle sekä psyykkisesti, että fyysisesti rasittavia. Oudot laitteet äänineen, erilaiset hajut, kirkas valaistus sekä yksityisyyden puute lisäävät potilaan epämukavuutta ja kuormittavat potilasta psyykkisesti. Tehohoidossa potilas on täysin riippuvainen hoitoympäristöstään ja hoitajastaan. (Heino, 1995, 8-10).

Potilaan henkilökohtaiseen tilaan joudutaan teho-osastolla tunkeutumaan monissa tilanteissa hoitotoimenpiteiden mahdollistamiseksi. Toistuva tunkeutuminen potilaan henkilökohtaiseen tilaan voi aiheuttaa potilaalle esineellistämisen tunteen. (Rosqvist & Rosqvist, 1999, 20-21). Potilaalla on tarve intimitettisuojaan hoitokontakteissa, hänellä on oikeus siihen, että hänen yksityisyytään kunnioitetaan eikä hänen intimitettiään loukattaisi enempää kuin hoitotoimenpide edellyttää (Rosqvist & Rosqvist, 1999, 24). Potilaan tyytymättömyys hoitoonsa liittyy varsin usein siihen, että hoitohenkilökunta ei ole riittävästi huomionnut potilaan käsityksiä itsestään ja sairaudestaan (Lehtonen, 2001, 200).

Verbaalisen viestinnän merkitys tehohoidossa vaihtelee potilaan tilan mukaan. Hoitotyöntekijän itsensä esittely parantaa hoitajan ja potilaan välistä vuorovaikutussuhdetta ja hoitaja voi näin luoda itsestään miellyttävän kuvan (Rosqvist & Rosqvist 1999, 14). Potilaan verbaaliset viestintäkeinot saattavat olla rajoittuneet sairauden tai sen hoidon vuoksi esimerkiksi hengityskonehoidon aikana (Heino, 1995, 3). Nonverbaalisella viestinnällä hoitaja voi ilmaista kiinnostusta ja sitoutumista potilaan hoitoon (Rosqvist & Rosqvist, 1999, 24). Potilaan käyttämien nonverbaalisten viestien seuraaminen on tärkeää, koska potilas saattaa siten ilmaista esimerkiksi pelkoa tai kipua, jota hän ei pysty muuten ilmaisemaan (Rosqvist, 2003, 37).

Potilaat pitävät tärkeänä, että heidän kehoaan kosketetaan ja sitä hoidetaan kunnioittavasti ja arvostavasti. Tehohoidossa potilaiden koskettamisen määrä lisääntyy, koska potilaat tarvitsevat paljon erilaisia hoitotoimia. Tehohoitotyöhön kuuluu paljon instrumentaalista kosketusta, joka on tarpeen jonkin hoitotoimenpiteen suorittamiseksi. (Mäkelä, Leino-Kilpi & Suominen, 2000, 61) Jokainen potilas kokee hoitotyöntekijän kosketuksen eri tavalla. (Blomster, Mäkelä, Ritmala-Castrén, 2001, 59) Kosketuksen merkitys viestintäkeinona korostuu, kun henkilön verbaalinen viestintä on rajoittunutta. (Rosqvist & Rosqvist, 1999, 24-25) Epämiellyttäväksi tai kiusalliseksi koettu kosketus loukkaa potilaan taktiilista tilaa (Rosqvist, 2003, 40-41). Kosketuksella voidaan fyysisten toimintojen lisäksi tukea potilasta psyykkisesti. Tekninen kosketus on laitteiden ja instrumenttien välillä tapahtuvaa kosketusta. (Leino-Kilpi, Mäkelä & Suominen, 2000, 74)

Tutkimuksen mukaan suuri osa sairaalahoidossa olevista mieltää yksityisyyden omaksi tilaksi, missä saa olla suojassa katseilta. Visuaalisen tilan suojaaminen eli väliverhojen ja sermien käyttö koettiin erityisen tarpeelliseksi hoitotoimenpiteiden aikana. (Jantunen, Leino-Kilpi, Puumalainen, Suominen, 1994, 34) Potilaat pitävät myös kiusallisena tilanteita, joissa he joutuvat näkemään toisille potilaille tehtäviä hoitotoimenpiteitä (Rosqvist & Rosqvist, 1999, 20). Katsekontakti ja sen välttäminen ovat nonverbaalisia viestejä, joita käytetään visuaalisen tilan suojaamiseksi. Visuaalisen tilan loukkaaminen voi tapahtua myös siten, ettei potilas pysty halutessaan katsomaan muualle. (Rosqvist, 2003, 41-42)

Teho-osastolla melun on katsottu olevan eräs merkitsevimmistä aistien toimintaa ärsyttävistä häiriötekijöistä. Suurimpia melun lähteitä ovat henkilökunnan puhe ja toiminta, hoito- ja valvontalaitteiden toiminta sekä hälytysäänet ja puhelimet. (Isokoski, 1996, 27) Tarpeettoman äänekkäästi käyttäytymällä henkilökunta osoittaa potilaiden kunnioituksen puutetta (Rosqvist & Rosqvist, 1999, 20). Potilaan altistuessa toistuvasti häiritseville äänille tapahtuu audittiivisen tilan loukkaus (Rosqvist, 2003, 41).

Olfaktorisen tilan loukkaus liittyy tilanteisiin, joissa potilas joutuu haistamaan epämiellyttäviä hajuja. Tämä voi tapahtua esimerkiksi toisen ihmisen tullessa liian lähelle keskusteltaessa. Olfaktorisen tilan loukkaamista on myös hengittäminen toisen kasvoihin, voimakkaiden hajusteiden käyttö tai tupakan haju. (Rosqvist, 2003, 42) Teho-osastolla epämiellyttäviä hajuja usein aiheutuu potilaan omista tai potilastoverin eritteistä.

### 3. TARKOITUS, TEHTÄVÄT JA TAVOITE

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa miten potilaiden yksityisyydensuoja toteutuu eri hoitotilanteissa erään yliopistollisen sairaalan teho-osastolla.

Opinnäytetyön tutkimustehtävät ovat:

1. Mitä on hoitotyö teho-osastolla?
2. Mitä potilaan henkilökohtainen tila tarkoittaa tehohoitotyössä?
3. Miten potilaan henkilökohtaisen tilan eri osa-alueet säilyvät hoitotyössä teho-osastolla?

Opinnäytetyön tavoitteena on antaa teho-osaston henkilökunnalle tietoa potilaan henkilökohtaiseen tilaan liittyvistä tekijöistä ja sen toteutumisesta teho-osastolla ja sitä kautta auttaa kehittämään toimintaa potilaiden yksityisyydensuojan toteutumisen parantamiseksi.

## 4. TUTKIMUKSEN MENETELMÄ JA TOTEUTUS

### 4.1. Kohderyhmän ja osaston kuvaus

Tämän opinnäytetyön aiheen saimme teho-osastolta, jossa potilastyytyväisyyteen liittyvässä kyselyssä oli noussut esiin intymiteetti kysymykset. Kohderyhmänä tässä opinnäytetyössä on erään sairaalan teho-osaston hoitohenkilökunta. Erityisesti mielenkiinnon kohteena on sairaanhoitajien toiminta.

Teho-osasto koostuu kahdeksasta erikokoisesta potilashuoneesta, joissa on 1-6 potilaspaikkaa. Huoneista kaksi on tehostetun valvonnan huoneita, jotka sijaitsevat erillään varsinaisesta teho-osastosta. Tehostetussa valvonnassa ja teho-osastolla on sama henkilökunta. Teho-osastolla työskentelee noin 100 sairaanhoitajaa, viisi lähihoitajaa ja toistakymmentä lääkäriä.

### 4.2. Kvantitatiivinen menetelmä

Kvantitatiivisessa tutkimuksessa korostuvat objektiivisuus, täsmällisyys ja yksiselitteisyys. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa keskeistä on aineiston soveltuvuus määrälliseen eli numeeriseen mittaamiseen ja aineiston saattaminen tilastollisesti käsiteltävään muotoon. Päätelmien teko tapahtuu kvantitatiivisessa tutkimuksessa tilastolliseen analysointiin perustuen. Kvantitatiivinen tutkimus pyrkii yleistettäviin tuloksiin. Pienestä joukosta, eli otoksesta havainnoidaan tutkittavaan ilmiöön ja tutkimusongelmaan liittyviä asioita. Tutkimustulokset voidaan yleistää koskemaan koko joukkoa. Kvantitatiivinen menetelmä sopii sellaisten asioiden tutkimiseen joista on jo olemassa tutkimustietoa. (Kananen, 2008, 10, Hirsjärvi, Remes & Sajavaara 2007, 135-137) Kvantitatiivinen tutkimus voidaan nähdä prosessina, joka viedään läpi vaihe vaiheelta. Tutkimuksen lähtökohtana on tutkimusongelma, johon haetaan vastausta tai ratkaisua. (Kananen, 2008, 11)

Tähän opinnäytetyöhön valittiin tutkimusmenetelmäksi kvantitatiivinen eli määrällinen menetelmä. Menetelmän valintaan vaikutti se, että haluttiin saada tutkittavasta aiheesta mahdollisimman objektiivista tietoa. Tutkimusmenetelmän valintaan vaikutti myös



opinnäytetyön aihe, koska haluttiin saada tutkimustuloksia potilaan henkilökohtaisen tilan eri osa-alueiden säilymisestä hoitotyöntekijän toteuttamana. Kvantitatiivinen menetelmä oli sopivin opinnäytetyön tutkimusmenetelmäksi, sillä tutkimusaineiston kerääminen perustui havainnointiin ja tapahtumien mittaamiseen. Vastaavia tutkimustuloksia ei olisi saatu käyttämällä kvalitatiivista tutkimusmenetelmää, jonka tavoitteena on pikemminkin tutkimuskohteen omien asenteiden ja mielipiteiden esille nostaminen kuin objektiivinen havainnointi (Aaltola, Valli, 2001, 17).

#### 4.3. Aineiston keruumenetelmä

Havainnointi on tieteellisen tutkimuksen perusmenetelmä ja sitä käytetään materiaalin keräämiseen tutkimuksissa. Havainnointi on tietoista tarkkailua, eikä vain asioiden ja ilmiöiden näkemistä. Tieteellisessä havainnoinnissa ajattelu ohjaa havaintojen tekemistä arkielämää enemmän ja havaintoaineisto työstetään analyysimenetelmän avulla tieteelliseksi johtopäätöksiksi. Havainnoinnilla saadaan tietoa muun muassa siitä, toimivatko ihmiset siten kuin he sanovat tai luulevat toimivansa. Havainnointi on prosessi, jossa tietoa kerätään systemaattisesti luonnollisessa tilanteessa. Luonnollisessa ympäristössä tehtyjen havaintojen etuna on se, että havainto tehdään aina siinä yhteydessä, jossa se ilmenee. Havainnointia tiedonkeruumenetelmänä voidaan soveltaa kvantitatiiviseen tutkimukseen. (Vilkkä, 2006, 37, Aaltola, Valli 2001, 124, Pelkonen, Perälä 1993, 157)

Havainnointi sopii menetelmäksi tutkittaessa yksittäisen ihmisen toimintaa ja hänen vuorovaikutustaan toisten ihmisten kanssa. Tähän opinnäytetyöhön aineiston keruumenetelmäksi valittiin havainnointi, koska se on hyvä keino tuottaa määrällistä aineistoa ja soveltuu erityisen hyvin käyttäytymisen tutkimiseen. (Vilkkä, 2006, s. 38-39) Tässä työssä käytetään havainnoinnin apuna kaavaketta (LIITE2), jonka avulla havainnot voidaan myös saattaa numeeriseen muotoon, kyse on siis strukturoidusta havainnoinnista (Pelkonen, Perälä 1993, 158). Kaavakkeen laadinnassa sovelletaan Eerika Rosqvistin tutkimuksia henkilökohtaisen tilan säilymisestä sairaalassa (Rosqvist & Rosqvist 1999 ja Rosqvist 2003).

#### 4.4. Havainnointikaavakkeen testaus

Ennen varsinaista havainnointia on syytä suorittaa, sekä havainnoinnin apuvälineenä käytettävän kaavakkeen (LIITE2) testaus, että havainnoitsijoiden keskinäisen reliabiliteetin, eli arviointien yhtenevyyden testaus (Pelkonen, Perälä 2003, s. 158), jonka perusteella kaavaketta voidaan hieman muuttaa tai tarkentaa. Käytännössä testaus tapahtuu siten, että tutkijat menevät osastolle havainnoimaan samaa hoitotilannetta. Testausta varten tehdään useampi testihavainnointi ennen varsinaista aineistonkeruuta. Testihavainnoinnissa huomioidaan kaavakkeessa olevien havainnointikohteiden asettelu, kattavuus ja sopivuus tilanteisiin sekä tutkijoiden havaintojen yhtenevyys. Tutkijoiden tekemien havaintojen yhteneväisyyteen pyritään kiinnittämään erityistä huomiota, koska sillä on merkitystä tutkimustulosten luotettavuuden kannalta.

#### 4.5. Havainnoinnin toteutus

Havainnointi toteutettiin sairaalan teho-osastolla kahden viikon aikana marraskuussa 2009. Havainnoinnin tarkoituksena oli kerätä tietoa sairaanhoitajien toiminnasta potilaiden yksityisyyden suojaamiseksi hoitotilanteissa. Havainnoinnin suoritti kaksi henkilöä käyttäen samaa havainnointi kaavaketta (LIITE2). Kussakin havainnoitavassa hoitotilanteessa oli mukana vain yksi havainnoitsija. Aineiston analyysin tutkijat suorittivat yhteistyössä. Mielenkiinnon kohteena olivat henkilökohtaisen tilan neljä osa-aluetta visuaalinen, auditiivinen, olfaktorinen ja taktilinen tila. Hoitotilanteissa havainnoitiin muun muassa hoitotyöntekijän vuorovaikutustaitoja, hoitotyöntekijän antamaa informaatiota kosketuksesta tai mahdollisesta kivusta sekä hoitotyöntekijän käyttämiä konkreettisia keinoja esimerkiksi näkyvyyden peittämiseksi.

#### 4.6. Kerätyn aineiston analysointi menetelmä

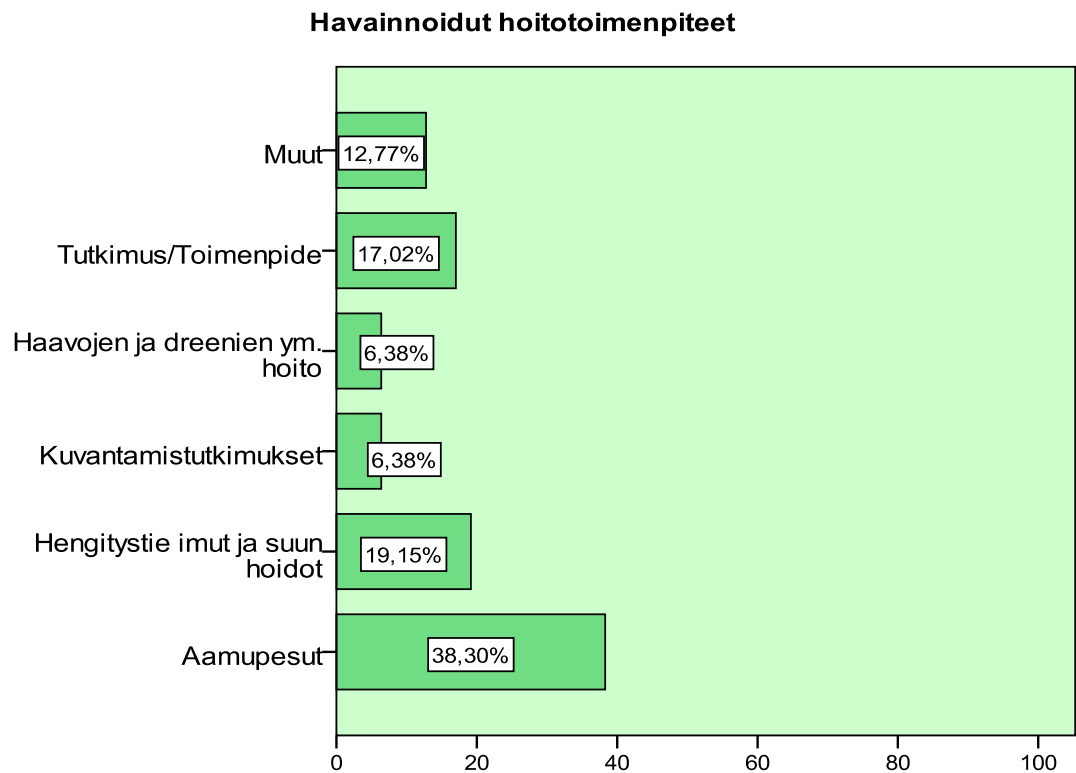
Määrällisen aineiston analyysissä käytetään tilastollisia kuvailu- ja analyysimenetelmiä. Menetelmien valintaan vaikuttavat tutkimusongelmien lisäksi aineiston luonne, laatu, mittaamistaso, muuttujien lukumäärä ja jakaumien muoto. (Kiikkala, Krause 1996, 119) Tilastollisten analyysien tekeminen käsin laskemalla on aikaa vievää, joten tässä työssä

hyödynnetään SPSS for Windows-ohjelmaa. SPSS for Windows-ohjelma koostuu kolmesta erillisestä osasta, joita ovat dataeditori, muuttuja editori ja tulostusikkuna. Dataeditorin avulla tutkimusaineisto syötetään sovellukseen, sitä voidaan muokata ja siitä voidaan tehdä tilastolliset analyysit ja piirtää kuvaajia. Muuttujaeditorissa tehdään muuttuja määrittelyt, kuten muuttujien nimeämiset ja mitta-asteikot. Tulostusikkunassa näkyvät tehtyjen analyysien tulokset ja kuvaajat. (Nummenmaa, 2004, 44) Tämän tutkimuksen aineisto on niin suppea, että ainoa käyttökelpoinen tilastollinen menetelmä on aineiston kuvailu. Aineiston kuvailuun käytetään frekvenssi- ja prosenttijakaumia. Frekvenssi- ja prosenttijakaumat tarkoittavat lähes samaa, kumpikin kuvaa sitä kuinka monta minkäkin tyyppistä havaintoa aineistoon kuuluu (Nummenmaa, 2004, 54). SPSS for Windows-ohjelman laskenta kapasiteetti on suuri, joten se tuottaa tuloksiksi lukuja useiden desimaalien tarkkuudella. Näin suuri tarkkuus on kuitenkin tätä aineistoa käsiteltäessä tarpeetonta, joten tulosten tarkastelussa tyydytään pyöristämään tulokset tasalukuihin.

## 5. OPINNÄYTETYÖN TULOKSET

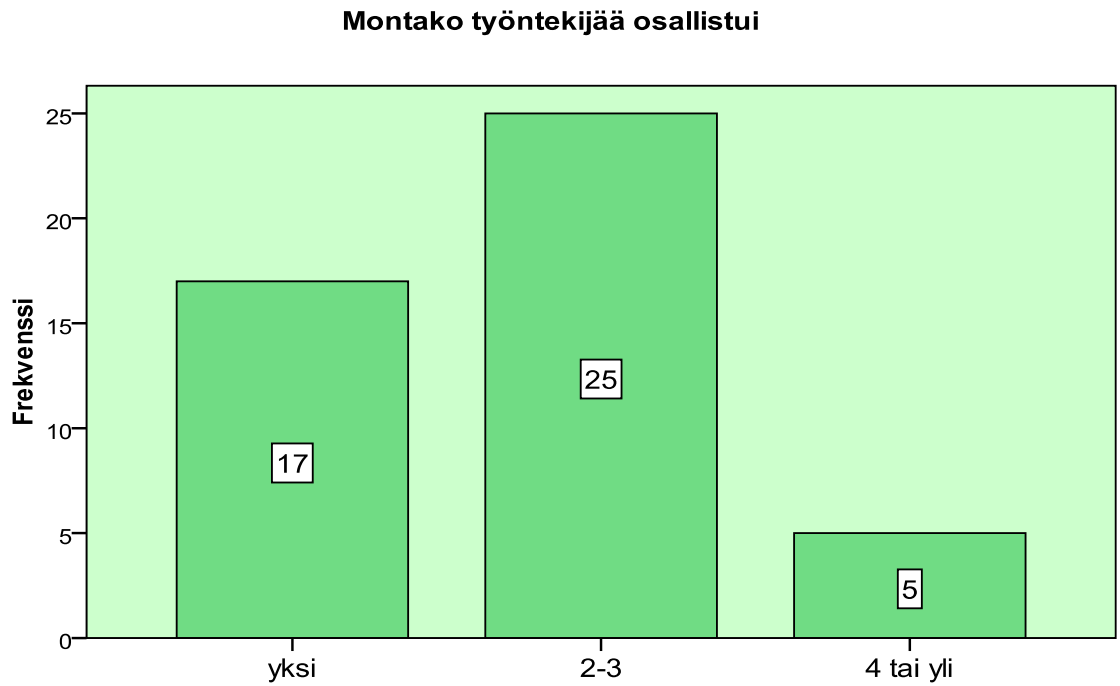
Tässä tutkimuksessa perusjoukkona, johon tulokset ovat yleistettävissä, ovat erään sairaalan teho-osaston kaikki hoitotilanteet. Otoksena toimii satunnainen joukko aamuvuoron aikana havainnoituja hoitotilanteita (N=47), jotka valikoituivat tilanteisiin osallistuneiden hoitotyöntekijöiden vapaaehtoisuuteen perustuen.

Havainnoituja hoitotoimenpiteitä kertyi yhteensä 47 (N=47) tilannetta. Kaikki havainnoinnit suoritettiin aamuvuoron aikana. Havainnoitsija oli aina yhtenä päivänä yhdessä huoneessa. Potilashuoneessa oli samanaikaisesti useampi potilas ja useampi hoitotyöntekijä. Havainnoiteja suoritettiin yhteensä viitenä päivänä. Kuviossa 2 on esitetty havainnoidut hoitotoimenpiteet prosenttijakaumana. Eniten havainnoituja hoitotoimenpiteitä olivat aamupesut. Aamupesut pitivät sisällään potilaan konkreettisen pesemisen lisäksi lakanoiden ja sairaalavaatteiden vaihdon sekä ihon kunnosta huolehtimisen. Toiseksi eniten havainnoituja tilanteita olivat hengitystie imut ja suun hoidot. Nämä toimenpiteen suoritettiin yleensä samalla kertaa jolloin niiden erottelu olisi ollut vaikeaa. Tutkimusten ja toimenpiteiden kategoriaan lukeutuivat muun muassa arteriakanyylin laitto, intubaatio, hengitysteiden tähytys, aivosähkökäyrän ottaminen sekä tajunnantason tutkimisen Glasgow`n pisteytyksellä. Kategoriaan muut kokosimme yksittäiset toimenpiteet joita olivat asennonvaihto potilaalle, potilaalle annetun tukihoidon toteutus ja potilaan siirto teho-osastolta.

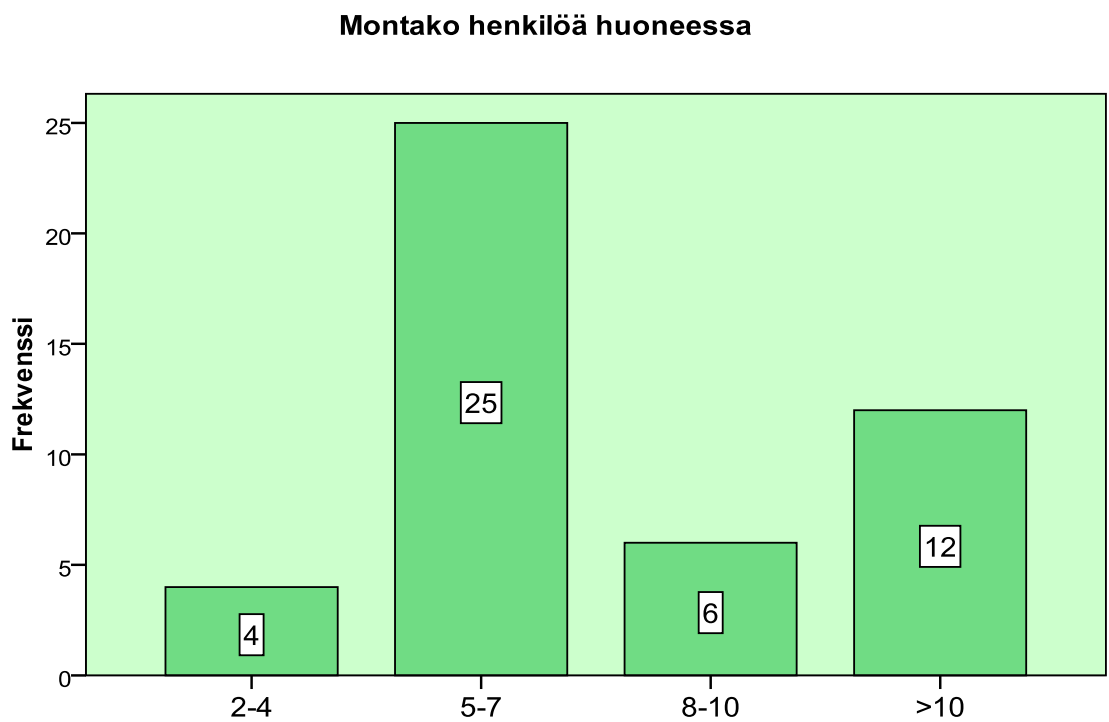


KUVIO 2. Havainnoidut hoitotoimenpiteet prosenttiosuuksina (N=47).

Havainnointitilanteissa kirjattiin ylös hoitotilanteisiin osallistuneiden ja yhteensä huoneessa olleiden henkilöiden lukumäärä. Hoidon kohteena ollutta potilasta ei laskettu mukaan. Kuvio 3 nähdään, että 25 hoitotilanteessa hoitoon osallistui 2-3 henkilöä. Tämä selittyy sillä, että suurin osa havainnoista tilanteista oli aamupesuja, jolloin hoitotilanteessa tarvittiin useampi hoitaja. Jopa 12 havainnoissa hoitotilanteessa huoneessa oli läsnä yli kymmenen henkilöä. Nämä tilanteet tulivat esiin lääkärin kierron aikana. Yleisimmin huoneessa oli läsnä 5-7 henkilöä hoidettavan potilaan lisäksi. (KUVIO 4)

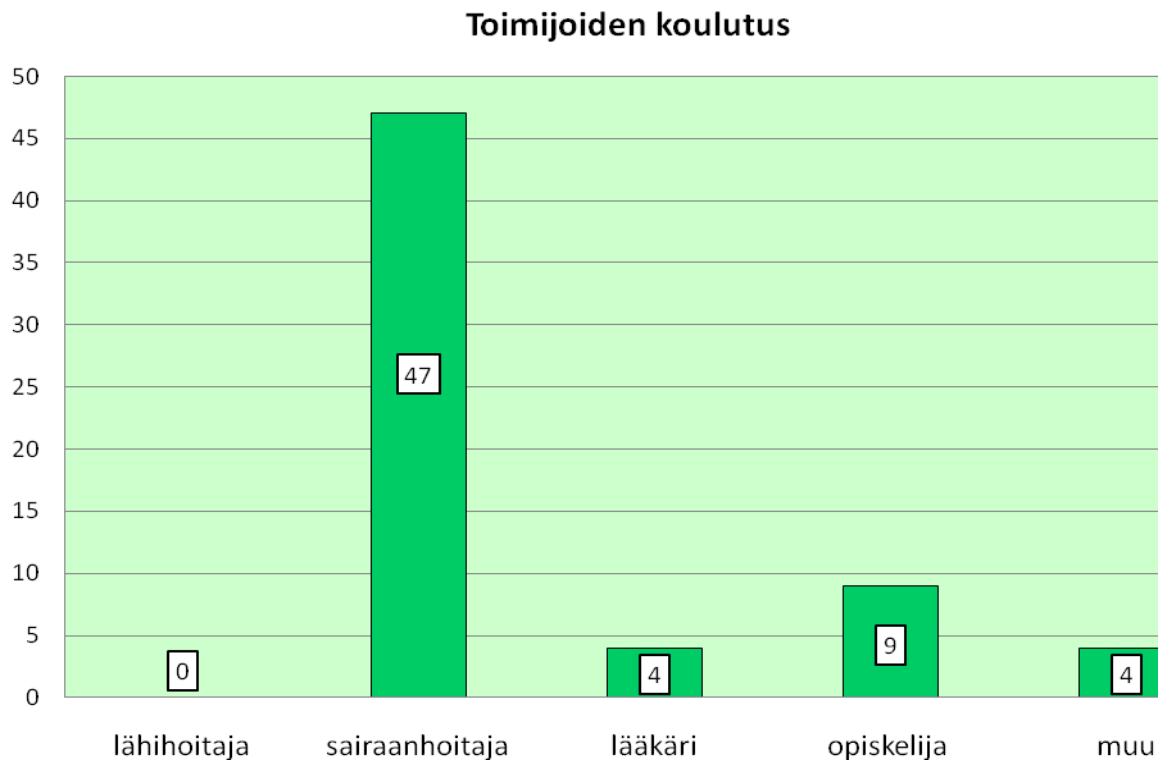


KUVIO 3. Hoitotilanteeseen osallistuneiden hoitoyöntekijöiden lukumäärä (N=47).



KUVIO 4. Potilashuoneessa hoitotilanteen aikana olleiden henkilöiden lukumäärä (N=47).

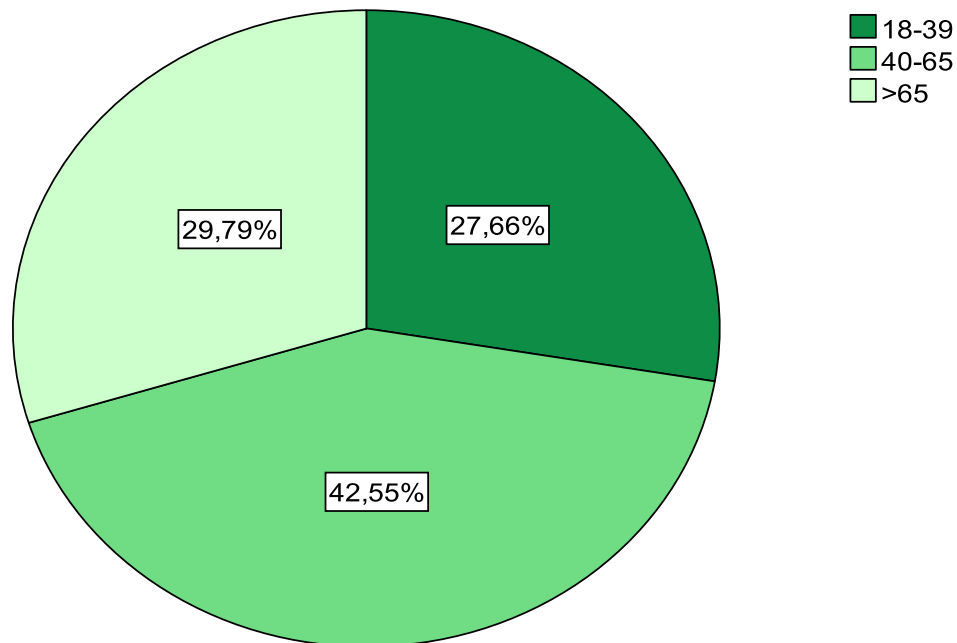
Vaikka pääasiallisena mielenkiinnon kohteena tässä tutkimuksessa olivat sairaanhoitajat, kirjattiin ylös myös muiden tilanteisiin osallistuneiden koulutus. (KUVIO 5) Kaikissa havainnoiduissa tilanteissa oli mukana sairaanhoitajia. Lähihoitajia ei ollut ollenkaan. Ammattiryhmään muut lukeutuivat laboratoriohenkilökunta, röntgenhoitajat sekä sairaala-avustajat. Havainnoiduissa hoitotilanteissa olleista hoitotyöntekijöistä noin 70% oli naisia.



KUVIO 5. Hoitotilanteisiin osallistuneiden koulutus (N=47).

Havainnoiduissa tilanteissa mukana olleista potilaista 60% oli miehiä ja 40% naisia. Potilaiden ikäjakauma on esitetty kuviossa 6, josta nähdään, että havainnoiduissa tilanteissa enemmistö potilasta (n. 40%) oli iältään 40-65-vuotiaita. Ikäryhmissä 18-39-vuotta ja yli 65-vuotta oli molemmissa noin 30% kaikista potilasta.

### Havainnoiduissa hoitotoimenpiteissä mukana olleiden potilaiden ikäjakauma



KUVIO 6. Potilaiden ikäjakauma havainnoiduissa hoitotilanteissa prosentuaalisesti esitettynä (N=47)

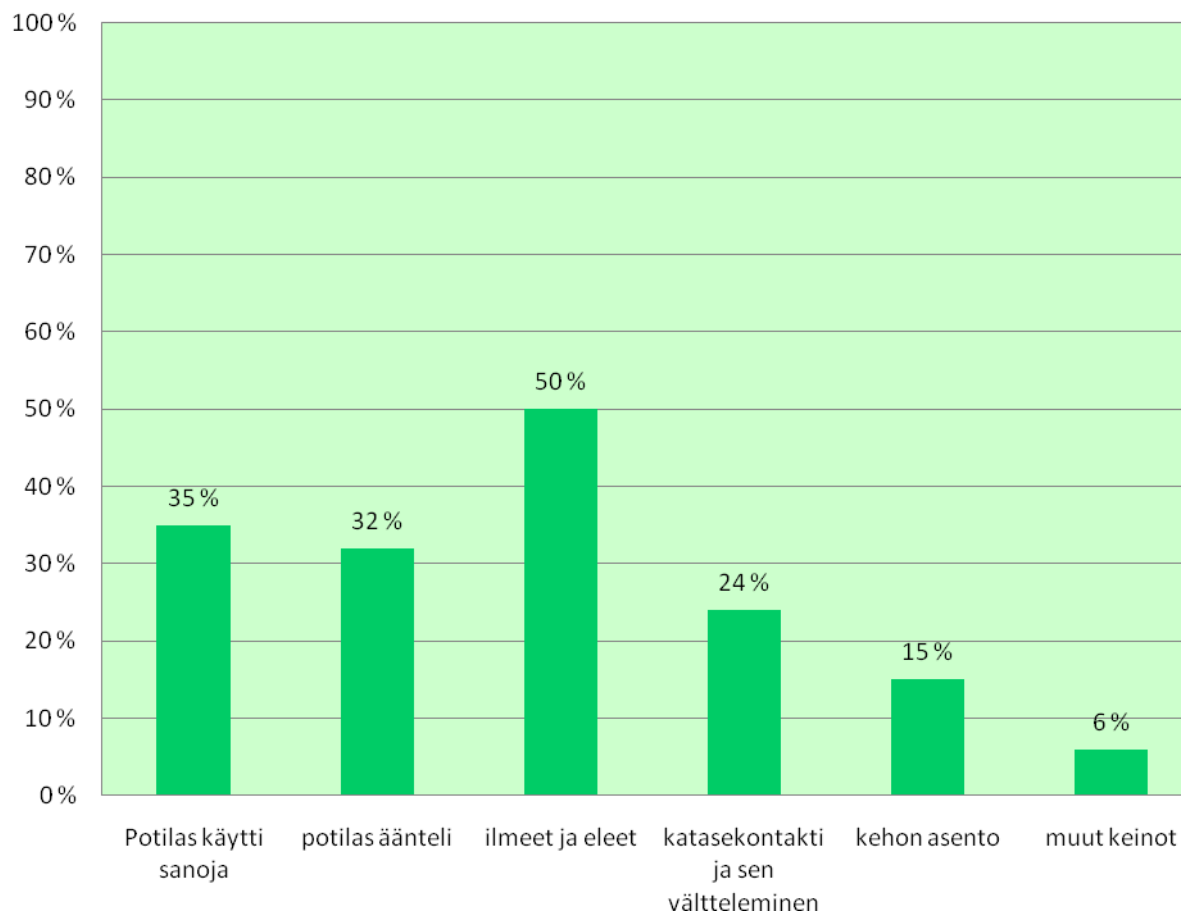
#### 5.1. Verbaaliset ja nonverbaaliset viestintäkeinot potilaan ja hoitajan välisessä vuorovaikutuksessa

Teho-osastolla olevat potilaat ovat huonokuntoisia. Tämän vuoksi havainnointiin liitettiin kohdat, joissa tutkittiin potilaan kykyä osallistua hoitotoimenpiteisiin ja potilaiden kykyä ilmaista omia mielipiteitään. Noin 60% potilasta ei kyennyt osallistumaan hoitoonsa millään tavalla. Tämä selittyy sillä, että potilaat olivat kuntonsa vuoksi sedatoituina tai tajuttomia. Tutkimustulosten mukaan noin 40%:ssa havainnoiduista tilanteista potilas kykeni ilmaisemaan mielipiteensä jollain keinolla. Näitä keinoja olivan muun muassa kehon liikuttelu ja ilmeet. Tähän tulkitsimme mielipiteen ilmaisuksi selkeän reaktion puhutteluun, kosketukseen tai kipuun. Tällaisia tilanteita tuli esille esimerkiksi, kun potilaalle tehtiin hengitystie imua. Tilanteissa potilas reagoi imuun kurtistamalla kulmiaan, rimpuilemalla tai äänтелеlemällä.



Tässä tutkimuksessa havaittiin, että vain 25%:ssa havainnoiduista tilanteista potilas käytti sanallista viestintää. Havainnoiduissa tilanteissa potilaat olivat usein tilansa vuoksi kykenemättömiä käyttämään sanoja. Sen sijaan käytetyin viestintäkeino olivat ilmeet ja eleet jota esiintyi 36%:ssa kaikista tapauksista (N=47). 50% potilaiden viestinnästä tapahtui ilmein ja elein (n=34). Kohtaan muut viestintäkeinot on luokiteltu esimerkiksi käsien liikuttelu tai kädestä puristaminen pyydettyessä. Sellaisia tapauksia, joissa viestintäkeinoja ei yksinkertaisesti ollut havaittavissa oli peräti 28% kaikista havainnoiduista tilanteista (N=47). Tilanteita joissa potilas pystyi viestimään havainnoitiin yhteensä 34 (n=34). Potilas saattoi käyttää useaa eri viestintäkeinoa samassa havainnoidussa tilanteessa. Potilaan käyttämät havaitut viestintäkeinot on esitetty kuviossa 7.

### Potilaan käyttämät viestintäkeinot



KUVIO 7. Potilaan käyttämät viestintäkeinot tilanteissa, joissa potilas pystyi viestimään (n=34)

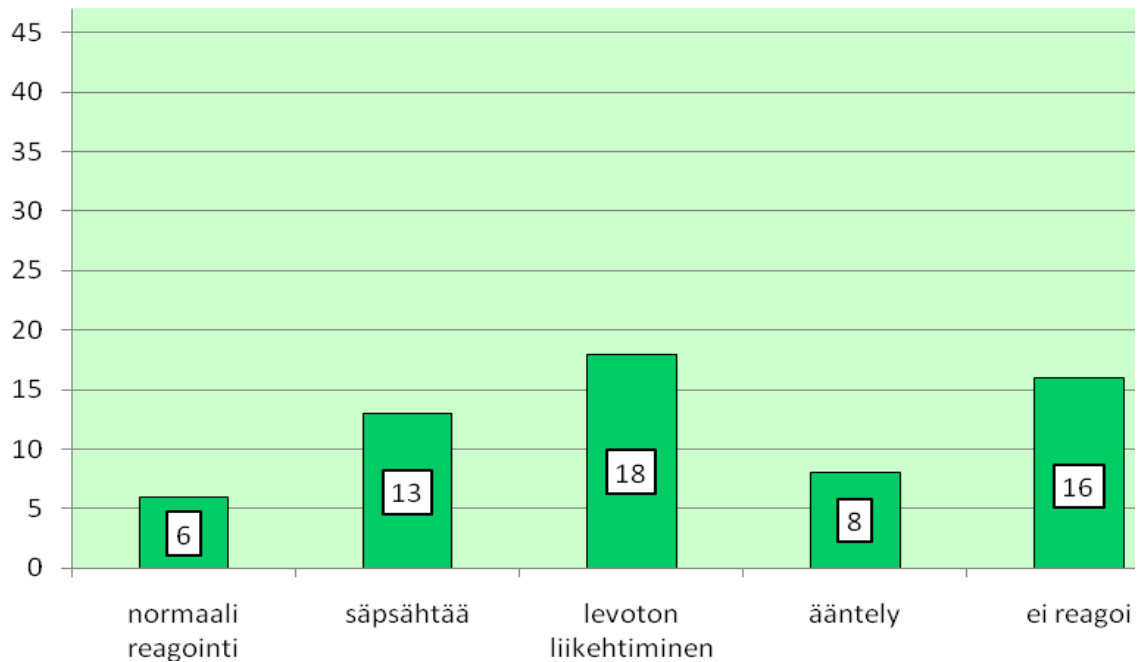
Tässä tutkimuksessa havainnoitiin hoitotyöntekijän toimia kokonaisvaltaisesti. Tämän vuoksi havainnoitiin myös viestinnässä keskeisenä seikkana olevaa katsekontaktia. Tutkimustulosten mukaan vain 34%:ssa havainnoiduista tapauksista hoitotyöntekijä säilytti katsekontaktin koko ajan puhuessaan potilaalle Hieman yli 4%:ssa tapauksista hoitotyöntekijä ei puhunut potilaalle mitään hoitotoimenpiteen aikana. Tutkimuksessa havainnoitiin teitittelikö hoitotyöntekijä potilasta. Tulosten mukaan potilaiden teitittely oli yleisintä ikäryhmässä jossa potilaat olivat yli 65-vuotiaita. Tällöin potilaita teiteltiin 50% tapauksista. Yleensä teho-osaston hoitotyöntekijät sinuttelivat potilaita. Tutkimuksessa myös havainnoitiin hoitotyöntekijän tervehtimistä silloin, kun hän oli aloittamassa hoitotoimenpidettä. Tulosten mukaan 60%:ssa havainnoiduista tilanteista potilasta tervehdittiin hoitotoimenpiteen aluksi. Tutkimuksessa havainnoitiin kerrottiinko potilaalle mitä aiottiin tehdä ja annettiinko kosketuksesta ennakkovaroitusta potilaalle. Havainnoiduista toimenpiteistä 70%:ssa potilaalle kerrottiin tulevasta toimenpiteestä.

Koska havainnoimme potilaan hoitoa kokonaisvaltaisesti, otimme huomioon myös potilaan mukavuuden hoitotoimenpiteen jälkeen. Tähän kohtaan sisältyivät potilaan ympäristön siisteys, liinavaatteiden ja potilaan vaatteiden puhtaus, peitteiden käyttö sekä potilaan hyvä asento. Yleisesti ottaen potilaan mukavuus huomioitiin hyvin. Lähes aina potilas autettiin hyvään asentoon ja huomioitiin hoitoympäristön siisteys hoitotoimenpiteen jälkeen.

## 5.2. Taktiilisen tilan säilyminen

Tässä tutkimuksessa tuli ilmi, että aina kun potilaalle annettiin tietoa tehtävästä toimenpiteestä, hänelle myös kerrottiin kun häntä aiottiin koskettaa. Kosketuksesta annettu ennakko-informaatio havainnoitiin 70%:ssa hoitotilanteista. Tutkimuksessa havainnoitiin myös potilaiden reaktioita kosketukseen. Erilaisia reaktioita ovat olleet normaali reagointi, jolloin potilas oli tajuissaan ja orientoitunut, ääntely, levoton liikehtiminen, säpsähtäminen tai säikähtäminen ja reagoimattomuus. Potilas ei reagoinut kosketukseen mitenkään 34%:ssa havainnoiduista tilanteista (N=47). Tällöin potilas oli sedatoitu tai syvästi tajuton. Levotonta liikehtimistä, mikä oli yleisin reaktio kosketukseen havaittiin 38%:ssa tilanteista (N=47). Kuviossa 8 on esitetty kaikki havaitut reaktiot kosketukseen. Potilas saattoi reagoida monella eri tapaa samaan tilanteeseen.

### Potilaan reagointi kosketukseen

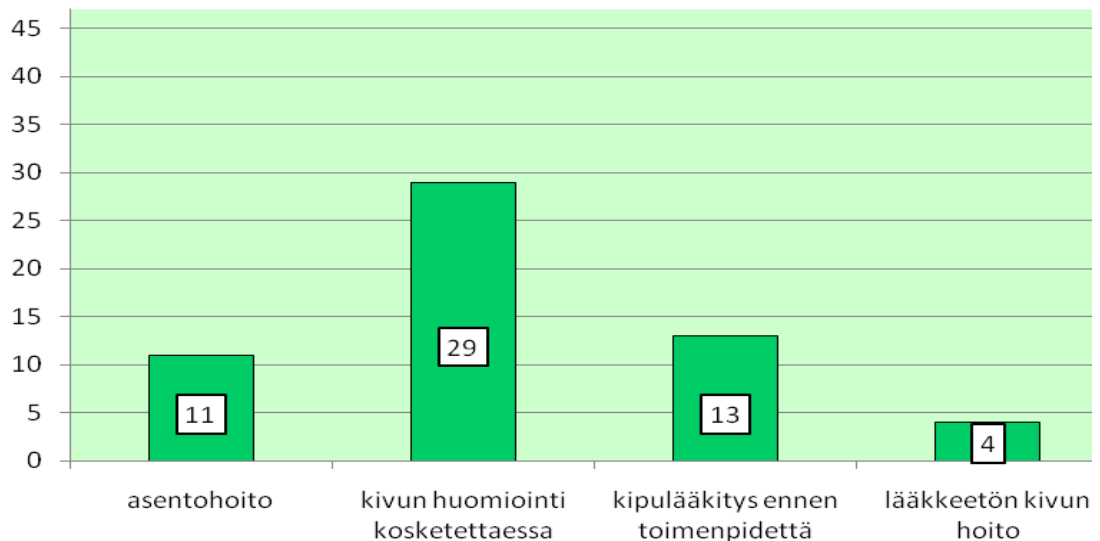


KUVIO 8. Potilaan reaktioiden frekvenssi jakauma havainnoituissa hoitotilanteissa (N=47)

Tässä opinnäytetyössä pyrittiin havainnoimaan kosketuksen laatua. Kosketuksen laatua havainnoitiin luokittelemalla kosketus toimenpidekeskeiseksi, turhaksi, lohduttavaksi tai rauhoittavaksi. Rauhoittavalla kosketuksella tarkoitetaan tässä tapauksessa esimerkiksi pelokkaan potilaan olon helpottamiseksi tapahtuvaa kosketusta. Tutkimuksessa pyrittiin myös havainnoimaan oliko kosketus tilanteenmukaista, hellävaraista vai fyysistä pakottamista. Fyysisellä pakottamisella tässä tapauksessa tarkoitetaan hoitotyöntekijän voimakkaita otteita ja hellävaraisella kosketuksella taas tarkoitetaan hoitotyöntekijän tavanomaista pehmeämpiä otteita. Lähes 80%:ssa havainnoituista tilanteista (N=47) kosketus oli tilanteenmukaista. 17%:ssa tilanteista (N=47) kosketus oli hellävaraista, useimmiten kuolevan tai erityisen kivuliaan potilaan kohdalla. 4%:ssa tilanteista (N=47) kosketus oli fyysistä vallankäyttöä ja tällöin kyseessä oli useimmiten levottoman potilaan kiinnipitotilanne. 98%:ssa tilanteista (N=47) hoitaja kosketti potilasta vain tehdäkseen toimenpiteen, joten lohduttavaa, rauhoittavaa tai turhaa kosketusta ei juuri esiintynyt.

Koska havainnoiduista tilanteista 34%:ssa potilaat olivat täysin reagoimattomia, koettiin tärkeäksi ottaa tutkimukseen mukaan kivun huomioimiseen sekä kivusta tiedottamiseen liittyvät asiat. 58%:ssa havainnoiduista tilanteista (N=47) potilaalle kerrottiin toimenpiteeseen mahdollisesti liittyvästä kivusta. 11% kaikista hoitotilanteista oli sellaisia, joihin ei oletettavasti liity minkäänlaista kipua, esimerkiksi hoitolaitteiden käsittelyyn liittyvät tilanteet. Tutkimuksessa havainnoitiin hoitotyöntekijän toimia kivun ehkäisemiseksi, jotka on esitetty kuviossa 9. Yleisin käytössä ollut kivun ehkäisy keino oli kivun huomioon ottaminen kosketettaessa, jota esiintyi 70%:ssa hoitotilanteista (N=47). Lääkkeettömiin kivunhoitokeinoihin lukeutui esimerkiksi potilaan pelkojen lievittäminen keskustelulla.

**Hoitotyöntekijän toiminta kivun ehkäisemiseksi hoitotilanteissa**

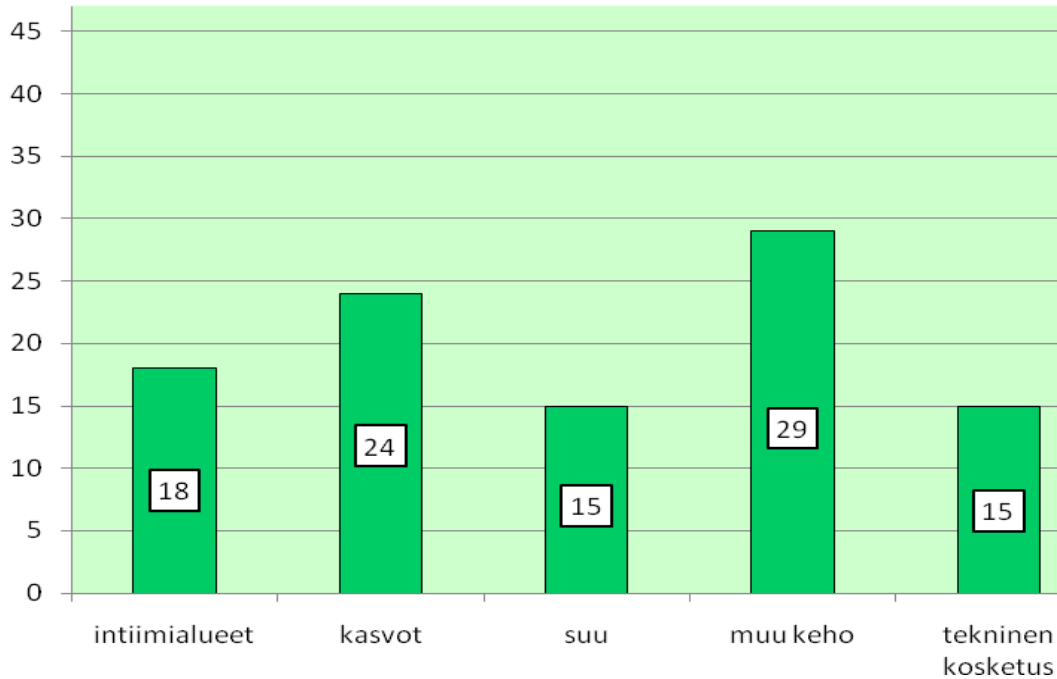


**KUVIO 9.** Hoitotyöntekijöiden toiminta potilaan kipujen ennaltaehkäisemiseksi havainnoiduissa hoitotilanteissa (N=47)

Havainnoitujen kosketusten jakautuminen eri kehonosien välillä on esitetty kuviossa 10. Tutkimukseen otettiin mukaan tekninen kosketus, sillä useissa hoitotilanteissa potilasta kosketettiin instrumentin välityksellä, esimerkiksi suoritettaessa limanimua intubaatioputkesta. Yleisimmin havainnoiduissa tilanteissa potilasta kosketettiin muualle kehoon kuin kasvoihin, suuhun tai intiimialueille. On kuitenkin huomattava, että useimmissa havainnoiduista tilanteista potilasta kosketettiin usealle eri alueelle saman hoitotoimenpiteen aikana. Ristiintaulukoimalla muuttujat potilaan reagointi kosketukseen ja mihin potilasta kosketettiin, havaittiin, että eniten reaktioita potilaassa aiheutti kosket-

taminen kasvoihin ja suuhun. Taulukosta havaittiin myös, että intiimialueille tai muualle kehoon koskettamiseen potilaat eivät reagoineet erityisen voimakkaasti tai ollenkaan.

### Mihin potilasta kosketettiin



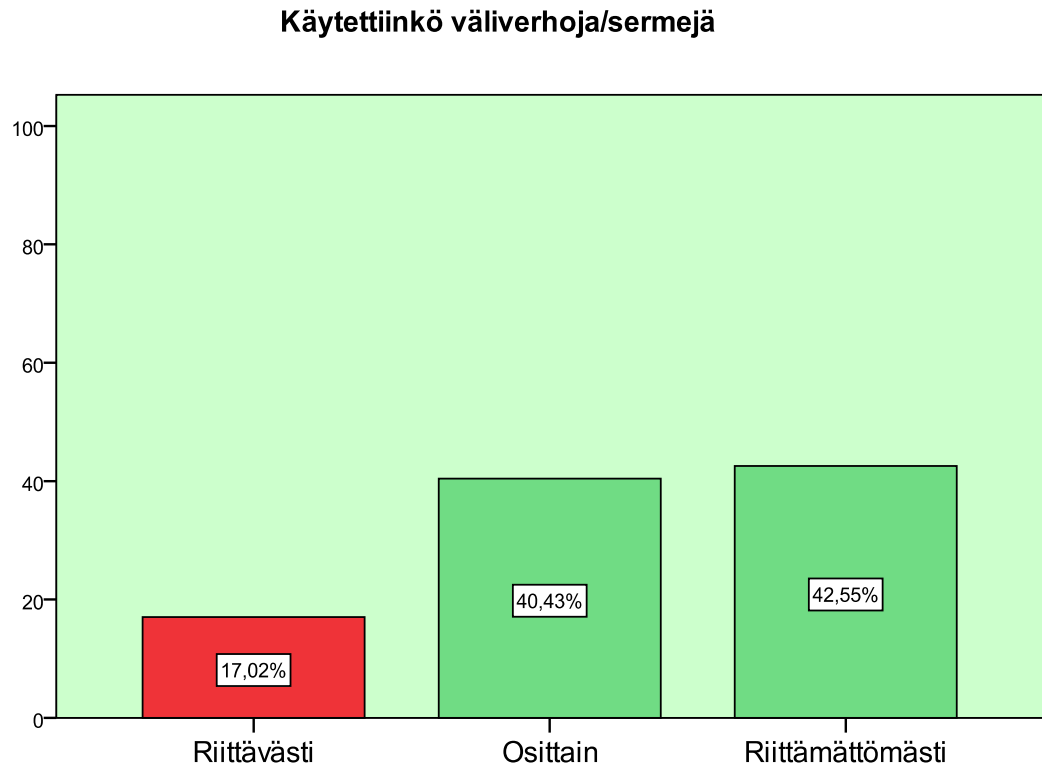
KUVIO 10. Potilaan eri kehon osiin kohdistuneiden kosketusten frekvenssi jakauma havainnoiduissa hoitotilanteissa (N=47)

### 5.3. Visuaalisen tilan säilyminen

Havainnoiduista hoitotoimenpiteistä lähes 90%:ssa potilaan kehoa paljastettiin. Lähes 70%:ssa näistä tilanteista potilaan kehon paljastaminen oli tarpeen hoitotoimenpiteen tai tarkkailun suorittamiseksi. Lopuissa tapauksissa potilaan kehoa paljastettiin tarpeettomasti tai osittain tarpeettomasti. Osittain tarpeetonta kehon paljastamista oli esimerkiksi se jos potilas joutui odottamaan vähissä vaatteissa pidempään kuin olisi ollut tarpeen.

Yksi tärkeimmistä tekijöistä visuaalisen tilan säilymisen kannalta on erilaisten näköes- teiden käyttö. Näitä ovat esimerkiksi väliverhot ja sermit sekä ovien ja ikkunaverhojen sulkeminen. Tässä tutkimuksessa havainnoiduista hoitotilanteista (N=47) vain 17%:ssa käytettiin väliverhoja ja sermejä riittävästi (KUVIO 11). Taulukossa 17 on esitetty prosentuaalisesti väliverhojen ja sermien käyttö havainnoiduissa hoitotilanteissa (N=47). Kuviossa osittain tarkoittaa sitä, että väliverhoja ja sermejä käytettiin vain osan aikaa ja

riittämättömästi tarkoittaa sitä, että väliverhoja ja sermejä ei käytetty tai ne oli sijoitettu epätarkoituksenmukaisesti.



KUVIO 11. Väliverhojen ja sermien käyttö havainnoituissa hoitotilanteissa (N=47) prosentuaalisesti esitettynä.

Neljänneksessä (24%) hoitotilanteista (N=47) potilaalla oli näköyhteys toiseen potilaaseen hoitotoimenpiteen aikana. Näköyhteydeksi ei laskettu tilanteita, joissa kaikki samassa huoneessa hoidetut potilaat olivat tajuttomia, vaikka väliverhoja ei olisikaan käytetty. Tilanteessa jossa huoneessa oli sekä tajuttomia, että tajuissaan olevia havainnoitiin hereillä olevien potilaiden näkökenttään tulevat asiat.

Tässä tutkimuksessa havainnoitiin ikkunaverhojen ja oven sulkemista hoitotoimenpiteiden ajaksi potilaiden visuaalisen tilan suojaamiseksi. Tulosten mukaan ikkunaverhot olivat auki 90%:ssa havainnoituista tilanteista (N=47). Ovi pidettiin kiinni koko hoitotoimenpiteen ajan vain 30%:ssa havainnoituista hoitotilanteista (N=47). Koska kaikki havainnoinnit tapahtuivat aamuvuoron aikana, ovia auottiin usein esimerkiksi lääkärinkiertojen ja kuvantamistutkimuksien vuoksi. Potilashuoneiden valaistus oli lähes kaikis-

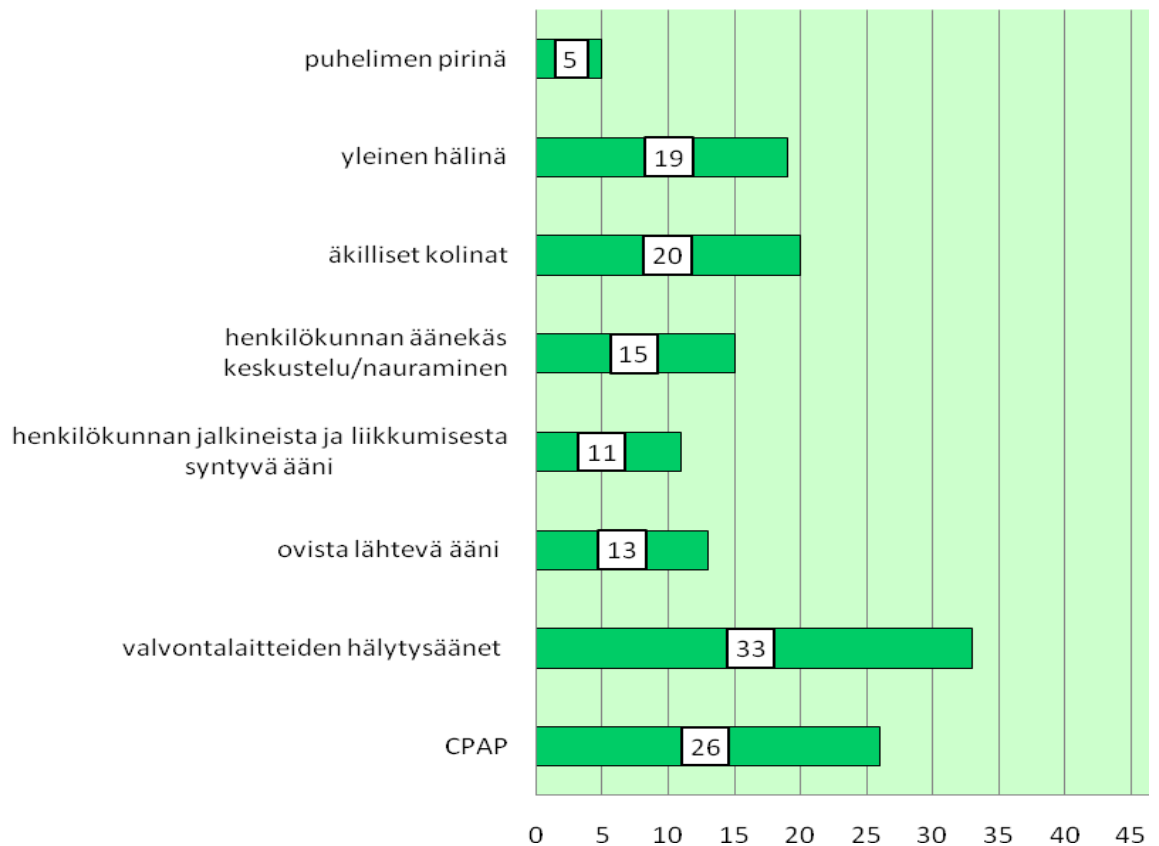
sa havainnoiduista tilanteista kirkas. Tähän vaikutti vuorokauden aika, koska havainnoinnit suoritettiin aamupäivän aikana. Vain muutamassa tilanteessa valaistus oli hämärä, jolloin kyseessä oli esimerkiksi ultraäänitutkimus.

#### 5.4. Auditivisen tilan säilyminen

Tässä tutkimuksessa havainnoiduista tilanteista hoitajien äänenkäyttö oli sopivaa 87%:ssa tilanteista (N=47). Tulosten mukaan hieman yli 4%:ssa havainnoiduista hoitotilanteista hoitotyöntekijä ei puhunut hoitotilanteen aikana potilaalle mitään. Tutkimuksessa havainnoitiin hoitotyöntekijöiden keskustelun sisältöä hoitotoimenpiteiden aikana. Noin 80%:ssa havainnoiduista tilanteista hoitotoimenpiteen aikainen keskustelu liittyi potilaan hoitoon. Joissain tilanteissa keskusteltiin myös muista kuin potilaan hoitoon liittyvistä asioista.

Teho-osasto hoitoympäristönä on yleensä varsin levoton ja äänekäs ja tämän vuoksi tutkimuksessa havainnoitiin potilashuoneessa olleita häiritseviä ääniä hoitotoimenpiteen aikana (KUVIO 13). Häiritsevistä äänistä ehdottomasti yleisin oli valvontalaitteista lähtevät äänet. Toiseksi yleisin oli ylipainehappimaskista lähtevä kohina. Vain yhdessä havainnoiduista tilanteista ei ollut mitään häiritseviä ääniä, kun taas useimmissa tilanteissa äänilähteitä oli useampia.

### Potilashuoneessa oleva häiritsevät äänet



KUVIO 13. Potilashuoneessa olleiden häiritsevien äänien frekvenssijakauma havainnoituissa hoitotilanteissa (N=47)

#### 5.5. Olfaktorisen tilan säilyminen

Olfaktorisen tilan säilymistä pyrimme tutkimaan havainnoimalla erilaisia hoitotilanteissa olevia hajuja. Valitsimme havainnoinnin kohteeksi kolme olfaktoriseen tilaan liittyvää muuttujaa: hoitohenkilökunnasta lähtevät epämiellyttävät hajut, potilastoverista lähtevät epämiellyttävät hajut sekä potilaasta itsestään lähtevät epämiellyttävät hajut. Koska havainnoitsija ei osallistunut hoitoon eikä näin ollen ollut kovin lähellä potilasta, oli hajujen havainnointi haasteellista. Kahdessa tilanteessa oli hajut jätetty kokonaan arvioimatta. Vain muutamissa tilanteissa oli selvästi havaittavissa epämiellyttäviä hajuja. Epämiellyttäviä hajuja oli esimerkiksi tilanteessa, jossa potilas oli oksentanut sänkyynsä.



## 6. POHDINTA

### 6.1. Tutkimusmenetelmän tarkastelu

Kvantitatiivisen tutkimuksen avulla olemme pystyneet vastaamaan opinnäytetyömme tutkimustehtäviin. Menetelmä on tarjonnut mahdollisuuden asioiden numeeriseen esittämiseen ja tilastolliseen analyysiin. Kvantitatiivisen tutkimuksen avulla pystyimme selvittämään, miten henkilökohtaisen tilan eri osa-alueet huomioitiin erään sairaalan teho-osastolla.

Kvantitatiivinen tutkimus sopii tilanteisiin, joissa kuvataan tietyn osaston toimintaa. Erään sairaalan teho-osastolta saatu opinnäytetyön aihe on osa tehosairaanhoidajan käytännön työtä. Havainnoimalla saimme objektiivisempaa tietoa tästä aiheesta kuin kysely- tai haastattelututkimuksella. Havainnointitutkimuksen etuina olivat myös tutkimusympäristön luonnollisuus tutkimuksen kohteina olleille henkilöille sekä tiedonkeruu havainnoitavien asioiden tapahtuma hetkellä. (Vilka, 2006, 37) Havainnoinnin aikana huomasimme, että osa teho-osaston hoitajista muutti käytöstään hetkellisesti meidät nähdessään. Hoitohenkilökunnan asenne tutkimusta kohtaan vaihteli suuresti.

### 6.2. Tulosten tarkastelu ja johtopäätökset

Tämän opinnäytetyön tarkoituksena oli kartoittaa miten potilaiden henkilökohtaisen tilan eri osa-alueet toteutuvat eri hoitotilanteissa erään sairaalan teho-osastolla. Opinnäytetyön tuloksina saatiin tietoa potilaan henkilökohtaisen tilan eri osa-alueiden huomioon ottamisesta tehohoitotyössä. Lisäksi saatiin tietoa potilaan ja hoitajan välisestä vuorovaikutuksesta tehohoitotyössä.

Potilaan henkilökohtaisen tilan säilymiseen liittyvät haasteet ja puutteet tulivat hyvin esille tässä tutkimuksessa. Potilaan ja hoitajan väliseen viestintään teho-hoito loi omat haasteensa. Henkilökohtaisen tilan eri osa-alueet teho-osastolla huomioitiin eri tavoin eri hoitajien toimesta. Tulokset vastasivat pääpiirteittäin ennakkokäsityksiämme potilaan henkilökohtaisen tilan säilymisestä teho-osastolla, mutta eroavaisuuksiakin

havaittiin. Tutkimustulosten tarkastelu etenee loogisesti samassa järjestyksessä kuin opinnäytetyön tulokset.

Tämän opinnäytetyön tulokset tukivat aikaisempaa teoreettista tietoa teho-hoitotyöstä ja teho-osastosta hoitoympäristönä. Teho-osastolla olevissa potilas huoneessa tulee olla riittävästi tilaa. Potilaiden sijoittelussa tulee ottaa huomioon potilaiden monitoroinnin esteettömyys sekä tarvittaessa nopea henkilökunnan ja välineistön liikkuvuus. (Blomster, Mäkelä, Ritmala-Castrén ym. 2001, 9, Adam & Osborne, 2005, 22) Tehohoidon toteutus edellyttää riittävästi moniammatillista, erikoiskoulutettua henkilökuntaa sekä korkeatasoista laitteistoa (Ala-Kokko & Laurila, 2003, 1285-1287). Tässä tutkimuksessa samassa huoneessa oli yleisimmin 2-3 potilasta yhtä aikaa, mikä tarkoitti sitä, että henkilökunnan kokonaismäärä oli yleisimmin 2-4. Henkilökunnan kokonaismäärä saattoi hetkellisesti nousta hoitotoimenpiteen aikana useaan kymmeneen, johtuen lääkärin aamukierroista. Potilaiden huonokuntoisuuden vuoksi useimpiin hoitotilanteisiin tarvittiin useampi kuin yksi hoitaja. Nämä tulokset tukevat ennakkokäsitystä teho-osaston hektisyydestä sekä henkilökunnan määrän vaatimuksista.

Rosqvistin mukaan potilaat käyttivät henkilökohtaisen tilansa suojaamiseksi eniten verbaalista viestintää (Rosqvist, 2003. s.80). Tässä tutkimuksessa havaittiin, että vain noin 25% potilaiden käyttämistä viestintäkeinoista oli sanallista viestintää. Tämä johtuu siitä, että havainnoituissa tilanteissa potilaat olivat usein tilansa vuoksi kykenemättömiä käyttämään sanoja. Sen sijaan käytetyin viestintäkeino olivat ilmeet ja eleet. Maunu toteaa artikkelissaan (Maunu, 1996, 7), että nonverbaalinen viestintä korostuu tehohoissa. Hänen mielestään potilaalle ei ole mitään merkitystä sillä, mitä hoitotyöntekijä sanoo verbaalisesti, jos verbaalinen ja nonverbaalinen viestintä ovat ristiriidassa. Potilas on jokaisessa hoitotoimenpiteessä läsnä, toiset enemmän aktiivisena osallistujana kuin toiset. Nonverbaalisen viestinnän merkitystä tehohoitotyössä tulee korostaa. Tutkimustulosten mukaan vain 34%:ssa havainnoituista vuorovaikutustilanteista hoitotyöntekijällä oli katsekontakti potilaaseen koko keskustelun ajan. Lisäksi 4%:ssa tilanteista hoitotyöntekijä ei puhunut mitään. Tämä tulos viittaa siihen, että potilas helposti esineellistetään, kun tämä ei kykene viestimään (Rosqvist, 2003, 94). Rosqvistin tutkimuksen mukaan hoitotyöntekijän puhumattomuus lisää potilaiden epämu-kavuuden tunnetta (Rosqvist, 2003. s.73). Tulosten tulkinnassa täytyy ottaa huomioon se, että suuri osa potilasta ei kyennyt viestimään sanallisesti tai ollenkaan.

Tervehtimistä pidetään tärkeänä suomalaisessa kulttuurissa. Tervehtimisen laiminlyönti viestittää välinpitämättömyyttä ja haluttomuutta vuorovaikutukseen (Rosqvist, 2003, s.71-73). Tässä tutkimuksessa valtaosa hoitotyöntekijöistä tervehti potilasta aloittaessaan toimenpiteen. Tilanteet, joissa tervehtimistä ei esiintynyt, liittyivät useimmiten siihen, että havainnointi suoritettiin myöhemmin vuoron aikana, jolloin hoitotyöntekijä oli jo ehtinyt tervehtiä potilasta, esimerkiksi työvuoronsa aluksi. Teitittely suomalaisessa kulttuurissa mielletään kunnioittavaksi, erityisesti puhutellessa itseään vanhempaa henkilöä. Tässä tutkimuksessa havaittiin, että yleensä tehohoitajat eivät teitelleet potilaita, jos teitittelyä ilmeni, potilas oli yleensä yli 65-vuotias. Rosqvistin tutkimuksen mukaan teitittelyä ei pidetty erityisen tärkeänä ikääntyneiden potilaiden keskuudessa. Vain n. 5% vastanneista yli 65-vuotiasta pitivät teitittelyn puuttumista loukkaavana. Tutkimustulokset siis osoittavat, että teitittely ei ole kovin tärkeää potilaan yksityisyydensuojan toteutumisen kannalta. (Rosqvist, 2003. s.73).

Koska havainnoitiin potilaan hoitoa kokonaisuutena, otettiin tutkimuksessa huomioon myös potilaan mukavuus hoitotoimenpiteen jälkeen. Yleisesti ottaen mukavuus huomioitiin hyvin. Muun muassa potilaan asento sekä ympäristön siisteys huomioitiin käytännöllisesti katsoen aina, mutta joskus potilas joutui odottamaan. Joskus potilas, joutui pyytämään peitteitä, ennen kuin sai ne ja oli myös tilanteita, joissa potilas odotti vähissä vaatteissa tai huonossa asennossa pitkiä aikoja hoitotoimenpiteen keskeytyessä.

### *Taktiilinen tila*

Rosqvistin tutkimuksen mukaan potilaat kokevat merkitykselliseksi, että hoitotyöntekijät kertovat ennen hoitotoimenpidettä, mitä aikovat tehdä. Kukaan Rosqvistin tutkimukseen osallistuneista potilaista ei kokenut asiaa merkityksettömäksi. Rosqvistin tutkimustuloksissa kävi ilmi, että potilaiden ollessa nuorempia heille kerrottiin tulevasta toimenpiteestä useammin kuin iäkkäämmille potilaille. Hoitotyöntekijän luvan kysyminen ennen potilaaseen koskettamista on tärkeää potilaan henkilökohtaisen tilan säilymisen kannalta. Rosqvistin tutkimuksen mukaan potilaat kokevat odottamattoman kosketuksen eritavoin riippuen potilaan sukupuolesta, iästä, koulutustasosta sekä perhekoosta. Naiset kokevat kosketuksesta kertomatta jättämisen epämiellyttävämpänä kuin miehet. (Rosqvist, 2003, s. 74-76) Tässä tutkimuksessa tuli ilmi, että teho-osaston hoitohenkilökunta aina kertoessaan potilaalle mitä tehdään, myös antoi

ennakkovaroituksen kosketuksesta. Tämä tapahtui 70%:ssa havainnoiduista tilanteista. Tämän tuloksen perusteella voidaan olettaa, että jos hoitotyöntekijä oli halukas muodostamaan vuorovaikutussuhteen potilaan kanssa ennen hoitotoimenpiteen alkamista, hän verbaalisin keinoin antoi potilaalle informaatiota tulevasta. Potilaan tajunnan aste vaikuttaa hänen saamansa tiedon määrään ja siihen paljonko hän siitä ymmärtää. Aineiston pienuuden vuoksi ei voitu arvioida potilaan iän vaikutusta taktiilisen tilan toteutumiseen. Potilaan itsemääräämisoikeus ei toteudu, jos potilaalle ei kerrota mitä tehdään (Heino, 1995, 44).

Rosqvistin tutkimuksessa kosketuksen laatua tutkittiin laajasti. Kosketus voi olla tarpeellonta, lohduttavaa, rauhoittavaa tai toimenpidekeskeistä. Kaikki Rosqvistin tutkimukseen osallistuneista potilaista oikeuttivat hoitotyöntekijän kosketuksen hoitotoimenpiteiden yhteydessä. Suurin osa potilaista koki hoitotyöntekijän kosketuksen tilanteen mukaiseksi ja kivut huomioon ottavaksi. Hoitotyön tekijän kosketus koettiin useimmiten arvostavaksi ja kunnioittavaksi. (Rosqvist, 2003, s. 76-80) Tässä opinnäytetyössä havainnoitiin potilaan reagointia kosketukseen. Hoitotyöntekijän toiminnasta havainnoitiin kosketuksen laatua, tehtäväkeskeisyyttä ja kipujen huomiointia. Positiivista oli huomata se, että varsin usein potilaalle annettiin ennaltaehkäisevää kipulääkitystä ennen toimenpidettä, vaikka potilas ei vaikuttanut kivuliaalta. Yleisimmin kipu huomioitiin kosketuksessa, muun muassa koskettaen varoen jos potilas oli kivulias. Kosketuksen laatu oli lähes poikkeuksetta tilanteenmukaista. Havainnoiduissa hoitotilanteissa lähes kaikki kosketus oli instrumentaalista eli liittyi hoitotoimenpiteiden suorittamiseen.

Yleisimmin havainnoiduissa tilanteissa potilasta kosketettiin muualle kehoon kuin kasvoihin, suuhun tai intiimialueille. On kuitenkin huomattava, että useimmissa havainnoiduista tilanteista potilasta kosketettiin usealle eri alueelle saman hoitotoimenpiteen aikana. Eri kehonosien koskettaminen aiheuttaa kiusallisuuden tunnetta potilaille eri tavalla. Kosketuksen kiusallisuuteen vaikuttaa valaistus. Erityisen epämiellyttävää on pimeässä tai hämärässä tapahtuva kosketus. (Rosqvist, 2003, 102) Tässä tutkimuksessa lähes kaikki hoitotilanteet tapahtuivat kirkaassa valaistuksessa. Rosqvist & Rosqvist tutkivat eri kehonosiin kohdistuvan kosketuksen epämiellyttävyyttä, tutkijat olivat jaotelleet kehon 12 eri alueeseen. Tutkimuksessa yli puolet potilasta koki kosketuksen intiimialueelle epämiellyttävänä. Kasvoihin koskettamista epämiellyttävänä piti neljännes tutkimukseen osallistuneista. Tutkimukseen osallistuneista naiset kokivat kasvoihin

koskettamisen huomattavasti epämiellyttävämpänä kuin miehet. (Heino, 1995, 45-46, Rosqvist & Rosqvist, 1999, s.81-84) Tässä opinnäytetyössä havaittiin, että tehohoidossa potilaat kokivat kasvoihin koskemisen epämiellyttävämpänä kuin esimerkiksi intiimi-alueiden koskettamisen. Tässä tutkimuksessa useimmat potilaat eivät reagoineet intiimi-alueiden koskettamiseen mitenkään, kun taas useimmat potilaat liikehtivät levottomasti kosketuksesta kasvoihin. Myös kosketus suuhun tai kosketus instrumentin välityksellä aiheutti potilaassa reaktion useammin kuin koskettaessa muualle kehoon. Yhteenvetona voidaan todeta, että potilaille epämiellyttävimpiä hoitotilanteita reaktioiden perusteella olisivat tilanteet, joissa kosketetaan suuhun ja kasvoihin. Nämä tilanteet liittyivät useimmiten suunhoitoon ja hengitystieimuihin. Maunun kokemusten mukaan hampaiden pesu ja suunhoito ovat kokemuksena niin voimakkaita ja epämiellyttäviä, että potilas rekisteröi ne syvänkin unen läpi (Maunu, 1996, 7).

#### *Auditiivinen tila*

Valtaosa potilaista kokee auditiivisen tilan loukkaamisen epämiellyttäväksi sairaalassa. Erityisesti auditiivista tilaa loukkaavaa on hoitohenkilökunnan tarpeettoman kovaääninen keskustelu potilashuoneessa. (Jantunen, Leino-Kilpi, Puumalainen & Suominen, 1994, 15, Rosqvist, 2003, s.90-91) Tässä opinnäytetyössä havaittiin, että suurin osa hoitajista puhui hoitotilanteisiin sopivalla äänellä. Suurin osa hoitotoimenpiteiden aikaisesta keskustelusta liittyi potilaan hoitoon. Maunun kokemusten mukaan on hyvä, jos hoitotyöntekijät keskustelevat potilaan läsnä ollessa muustakin kuin potilaan hoidosta (Maunu, 1996, 7).

Maunun kokemusten mukaan kaikki potilashuoneessa olevat kolinat ja hälytysäänet aiheuttivat potilaalle ahdistusta (Maunu, 1996, 8). Tämän opinnäytetyön tulosten perusteella teho-osaston potilashuoneet ovat varsin meluisia ja rauhattomia. Häiritsevistä äänistä ehdottomasti yleisin oli valvontalaitteista lähtevät äänet. Toiseksi yleisin oli ylipainehappimaskista lähtevä kohina. Yhdessä havainnoiduista tilanteista ei ollut mitään häiritseviä ääniä, kun taas useimmissa tilanteissa äänilähteitä oli useampia. Osa häiritsevistä äänistä on väistämättömiä, mutta osaa meluhaitasta voidaan lieventää esimerkiksi säätämällä valvontalaitteiden hälytysääniä hiljaisemmalle. Äänen kokeminen meluksi on riippuvainen siitä kuinka toivottua ääni on tai kuinka pitkäkestoista altistuminen ää-

niärsykkeelle on (Starck & Teräsvirta, 2009, 10). Melujen aiheuttamaa häiriötä potilaiden kannalta oli mahdotonta arvioida havainnoimalla.

### *Visuaalinen tila*

Rosqvistin mukaan valtaosa potilaista koki erittäin merkitykselliseksi suojautua väliverhojen avulla hoitajien ja muiden potilaiden katseilta. Hoitoaikojen pidentyessä väliverhojen käyttö väheni. Rosqvistin havaintojen perusteella hoitotyöntekijät käyttivät väliverhoja vain harvoin. Jos potilaat pystyivät itse käyttämään väliverhoja, tärkeimmät syyt siihen olivat potilastoveri tai vierailijat huoneessa sekä omiin tai potilas toverin päivittäisiin toimintoihin liittyvät asiat. (Rosqvist, 2003, s. 82) Teho osastolla potilaat eivät terveydentilansa vuoksi pysty itse käyttämään väliverhoja. Tutkimusten mukaan tehohoidossa olleet potilaat kokivat visuaalisen tilansa hyvin suojatuksi. Tehohoidon jälkeen haastatellut potilaat olivat pääsääntöisesti tyytyväisiä yksityisyytensä säilymiseen tehohoidon aikana. Erikssonin ym. tutkimus tulosten mukaan potilaat kokivat visuaalisen tilansa paremmin suojatuksi, kuin se tässä opinnäytetyössä havainnoituna toteutui. (Eriksson, Rimala-Castrén & Simani, 2005, 9)

Havaituissa hoitotilanteissa väliverhoja ja sermejä ei käytetty riittävästi. Ovien ja ikkunaverhojen sulkemiseen ei kiinnitetty tarpeeksi huomiota. Väliverhojen ja sermien puutteellinen käyttö selittyy osin sillä, että potilaisiin ja tarkkailumonitoreihin on hoitohenkilökunnalla oltava jatkuva näköyhteys. Tässä tutkimuksessa havainnoitiin tarkasti sitä, olivatko väliverhot ja sermit käytössä riittävästi suojaamaan potilaan visuaalista tilaa koko hoitotoimenpiteen ajan. Potilaiden visuaalinen tila hoitotoimenpiteiden aikana rikkoutui myös potilastoverin läsnäolosta. Nämä opinnäytetyön tulokset herättävät ajatuksia hoitotyöntekijöiden kunnioituksesta potilaan yksityisyyttä kohtaan. Väliverhoja ja sermejä potilashuoneissa tällä havainnoidulla teho-osastolla oli käytettävissä riittävästi. Käyttöä voitaisiin lisätä helposti jos koko henkilökunta, mukaan lukien muut ammattikunnat, sitoutuisivat siihen. Opinnäytetyön tulosten mukaan havaittiin puutteita visuaalisessa tilassa usein silloin kun hoitotoimenpiteeseen osallistui useita eri ammattikuntien edustajia. Visuaalisen tilan ylläpitäminen teho-osastolla on haaste muun muassa nopeasti muuttuvien tilanteiden vuoksi (Blomster, Mäkelä, Rimala-Castrén, ym. 2001, 69).

Rosqvistin tutkimuksessa osa tutkimukseen osallistuneista potilaista koki epämiellyttäväksi hoitotyön tekijän pimeässä tai hämärässä tapahtuvan kosketuksen. Hämärässä valaistuksessa henkilökohtaisen tilan tarve kasvaa. (Rosqvist, 2003, 102). Opinnäytetyössä havaittiin, että potilashuoneet olivat teho-osastolla lähes poikkeuksetta kirkkaasti valaistuja. Potilaan visuaalista tilaa voidaan loukata myös tilanteissa, joissa potilas joutuu riisuutumaan hoitotyöntekijän läsnä ollessa (Rosqvist, 2003, 41). Tässä tutkimuksessa havaittiin, että potilaan kehon paljastaminen liittyi useimmiten hoitotoimenpiteiden ja tarkkailun suorittamiseen eikä tarpeetonta visuaalisen tilan rikkoutumista näin tapahtunut.

### *Olfaktorinen tila*

Rosqvistin tutkimuksessa (Rosqvist, 2003, 103) potilaat kuvasivat olfaktorisen tilansa loukkaamista sairaalassa erittäin epämiellyttäväksi. Useimmiten epämiellyttäväksi koettiin hoitohenkilökunnasta lähtevät hajut kuten tupakka ja hiki. Rosqvist ei tutkimuksessaan tuo esille lainkaan potilaiden eritteistä lähteviä hajuhaittoja. Tässä opinnäytetyössä pyrimme tutkimaan olfaktorisen tilan säilymistä potilaan kannalta. Koska opinnäytetyön tekijät eivät osallistuneet potilaan hoitoon vaan havainnoivat tilanteita sivusta, hajujen havainnointi jäi puutteelliseksi. Osaston tehokkaan ilmanvaihdon vuoksi hajuhaitat selvästi vähenivät. Selvästi havaittavia epämiellyttäviä hajuja ilmeni havainnoinnin aikana hyvin harvoin. Esiintyneet hajut olivat peräisin eritteistä.

### 6.3. Tutkimuksen eettisyys

Tämän opinnäytetyön aihe on itsessään eettinen. Opinnäytetyön aihe käsittelee jokaisen ihmisen oikeutta henkilökohtaiseen tilaan ja sen kunnioittamiseen. Tehohoidossa potilaat joutuvat erilaisiin tutkimuksiin ja hoitotoimenpiteisiin, jotka saattavat olla heidän yksityisyyttään loukkaavia. Hoitohenkilökunnan toiminnan selvittäminen henkilökohtaisen tilan toteuttamisesta ja sitä loukkaavista tilanteista on tärkeää, jotta hoitotyöntekijöiden asenteita ja hoitokäytäntöjä voidaan kehittää potilaiden yksityisyyden tarpeita kunnioittavammaksi. Tutkimuseettisesti ongelmallista on se, että havainnointitutkimuksessa tutkija rikkoo tutkimuskohteen yksityisyyttä olemalla läsnä. Vaikka tässä tutkimuksessa tutkimuskohteena eivät olleetkaan potilaat, haittasivat tutkijat silti osaltaan potilaan yksityisyyden toteutumista. Tutkimuksessa haluttiin saada tuloksia potilaan

henkilökohtaisen tilan eri osa-alueiden säilymisestä, mutta havainnointi tutkimusmenetelmänä rikkoi potilaiden tiedollista yksityisyyttä, kun tutkijat kuulivat asioita, joita ei tutkimuksen kannalta olisi ollut tarpeen kuulla. Tutkimuksen tuloksia raportoitaessa huolehdittiin kuitenkin tutkimuskohteiden tietosuojasta eikä yksittäistä tutkimukseen osallistujaa voida raportin perusteella erottaa.

Tutkimusta tehdessä tulee tutkimuksen kohteelle kertoa mitä tutkitaan ja miten tutkimusta käytetään. Havainnointi tutkimuksessa tulee tutkittavilta ja heihin olennaisesti liittyvältä yhteisöltä kysyä lupa havainnointiin. (Aaltola, Valli, 2001, 133) Tutkittavien kohteiden luottamus myös saavutetaan parhaiten kertomalla heti tutkimuksen aluksi mahdollisimman paljon tutkimuksen luonteesta ja kohteesta (Vilka, 2006, 57). Hyvän tutkimusetiikan mukaisesti tässä tutkimuksessa pyydettiin tutkimukseen osallistuneiden hoitajien kirjallinen suostumus tutkimukseen ja selvitettiin, että tutkittavilla on mahdollisuus missä tahansa tutkimuksen vaiheessa keskeyttää osallistumisensa. Ennen tutkimuksen aloittamista anottiin lupa sairaanhoitopiiriltä tutkimuksen tekemiseen (LIITE 3). Koko osastoa myös informoitiin tutkimuksesta ennen tutkimuksen aloittamista. Ennen havainnoinnin aloittamista huoneessa olevia potilaita informoitiin, mikäli se oli mahdollista. Tutkimustulosten luotettavuuden kannalta olisi ollut otollisempaa jos tutkimuksen kohteet eivät olisi tienneet tutkimuksen aihetta, tämä olisi kuitenkin synnyttänyt eettisen ongelman. (Kuula, 2006, 117-118)

#### 6.4. Tutkimuksen reliabiliteetti ja validiteetti

Tutkimuksen luotettavuudella eli reliabiliteetilla tarkoitetaan tulosten tarkkuutta. Tutkimuksen tulokset eivät voi olla sattumanvaraisia ja luotettavalta tutkimukselta vaaditaan sen toistettavuus samanlaisin tuloksin aina olosuhteiden ollessa samanlaiset. Tutkijan on oltava koko tutkimuksen ajan tarkka ja kriittinen. Tutkimusvirheitä voi sattua missä tahansa tutkimuksen vaiheessa, esimerkiksi tuloksia käsiteltäessä. Tärkeää onkin tulkita tulokset oikein ja käyttää vain tutkijan hallinnassa olevia analyysimenetelmiä. Kvantitatiivisessa tutkimuksessa tärkeää on tutkijoiden puolueettomuus eli objektiivisuus. Tutkija ei saa antaa omien mielipiteidensä vaikuttaa tutkimustuloksiin. (Heikkilä, 2008, 30-32)



Havainnointi tutkimusmenetelmänä vaikuttaa osaltaan tutkimustulosten luotettavuuteen. Havainnoija vaikuttaa aina jossain määrin havainnoitavan käyttäytymiseen koska tämä tietää olevansa havainnoinnin kohteena (Rosqvist, 2003, 109). Tässä tutkimuksessa tutkimuksen luotettavuuteen oleellisesti vaikutti se seikka, että hoitotyöntekijät tiesivät ennalta havainnoitavan aiheen. Osa hoitotyöntekijöistä saattoi muuttaa käytöstään radikaalistikin tutkijan läsnä ollessa. Jos havainnointi olisi suoritettu ilman hoitohenkilökunnan etukäteisinformaatiota, tutkimustulokset olisivat olleet vielä luotettavampia, toisaalta tällöin tutkimuksen eettisyys olisi kärsinyt.

Tutkimuksen validiteetti tarkoittaa sitä, että tutkimus mittaa sitä mitä sen oli tarkoituskin selvittää. Validius tarkoittaa karkeasti ottaen sitä, että systemaattista virhettä ei ole eli validilla mittarilla mitatut tulokset ovat keskimäärin oikeita. Tutkimuksen validiteettia on vaikea tarkastella jälkikäteen ja se onkin otettava huomioon jo tutkimusta suunniteltaessa. Validin tutkimuksen edellytyksenä on käsitteiden ja muuttujien tarkka määrittely. Tutkimuslomakkeen kysymysten tulee mitata oikeita asioita yksiselitteisesti ja kattavasti. (Heikkilä, 2008, 30) Tässä opinnäytetyössä käytetty havainnointi kaavake (LIITE 2) esitettiin valitun mittarin validiteetin varmistamiseksi. Testauksella varmistettiin myös tutkijoiden keskinäinen reliabiliteetti eli havaintojen yhtenevyys. Tutkimukseen valitut teoreettiset käsitteet määriteltiin ennen tutkimuksen aloittamista.

### 6.5. Kehittämisen- ja jatkotutkimusehdotukset

Tässä tutkimuksessa tuli ilmi, että tehohoidossa olevan potilaan henkilökohtaisen tilan eri osa-alueet huomioitiin hoidossa, mutta osin puutteellisesti. Eniten puutteita oli visuaalisen tilan osa-alueella, joka tarkoittaa näköaistimukseen perustuvaa henkilökohtaista tilaa. Näkösuojien käyttö ja ovien kiinni pito tulisi huomioida hoitotyössä paremmin. Toiseksi eniten puutteita tutkimustulosten mukaan esiintyi auditiivisella alueella eli kuuloaistimukseen perustuvassa tilassa. Myös tutkimukseen osallistuneiden hoitajien välillä havaittiin eroja henkilökohtaisen tilan huomioinnissa ja eri ammattiryhmien välillä havaittiin eroavaisuuksia. Tutkimuksen perusteella voidaan ehdottaa kehityskohdiksi seuraavia asioita. Teho-osastolle olisi hyvä muodostaa yhteiset toimintaperiaatteet potilaan henkilökohtaisen tilan suojaamiseksi ja koko henkilökunnan pitäisi kunnioittaa näitä periaatteita. Auditiivisen tilan säilyttämiseksi tulisi huomioida entistä paremmin

eri melulähteet potilashuoneissa. Etenkin tulisi huomioida sellaiset melunlähteet jotka voidaan poistaa, esimerkiksi monitorien tarpeettoman kovat hälytysäänet.

Aiheeseen liittyvää kvantitatiivista jatkotutkimusta voisi tehdä esimerkiksi kyselyllä tai strukturoidulla haastattelulla. Myös kvalitatiivisella tutkimuksella voisi selvittää hoito-henkilökunnan mielipiteitä ja asenteita potilaan intymiteettiin liittyvissä kysymyksissä. Tällä teho-osastolla hoidettujen potilaiden kokemuksia intymiteetin ja henkilökohtaisen tilan säilymisestä olisi myös mielenkiintoista tutkia. Yksi mielenkiintoinen jatkotutkimusaihe olisi myös tietosuojan toteutuminen, joskin sen tutkiminen on varsin haasteellista.

## LÄHTEET

- Aaltola, J. & Valli, R. 2001. Ikkunoita tutkimusmetodeihin I. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Adam, S. K. & Osborne, S. 2006. Critical care nursing, science and practice. 2nd edition. New York: Oxford University Press Inc.
- Alahuhta, S., Lindgren, L., Olkkola, K., Rosenberg, P & Takkunen, O. 2006. Anestesiologia ja tehohoito. 2. uudistettu painos. Jyväskylä: Gummerus kirjapaino Oy.
- Ala-Kokko, T. & Laurila, J. 2003. Elintoimintojen tukihoidot tehohoidossa. Suomen Lääkärilehti. 58(11)2003, 1285-1288
- Ala-Kokko, T., Laurila, J. & Ohukainen, J. 2003. Elämänlaatu tehohoidon jälkeen. Suomen Lääkärilehti. 58(16-17)2003, 1899-1901
- Bjälje, J.G., Haug, E., Sand, O, Sjaastad, Ø.V. & Toverud, K.,C. 1999. Ihminen, fysiologia ja anatomia. Helsinki: WSOY.
- Blomster, M., Mäkelä, M., Ritmala-Castrén, M. Säämänen, J. & Varjus, S-L. 2001. Tehohoitotyö. Tampere: Tammi.
- Eriksson, E., Ritmala-Castrén, M. & Simani, L. 2005. Ihmisarvon kunnioittaminen, vastuullisuus ja oikeudenmukaisuus tehohoitotyössä. Tutkiva Hoitotyö. 3(2)2005, 4-11
- Heikkilä, T. 2008. Tilastollinen tutkimus. Helsinki: Edita Prima Oy.
- Heino, T. 1995. Hoitajan ja hengityskonepotilaan välinen viestintä. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.
- Hirsjärvi, S., Remes, P. & Sajavaara, P. 2007. Tutki ja kirjoita. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Hupli, M., Leino-Kilpi, H. & Salanterä, S. (toim.) 2002. Potilaan yksityisyys terveydenhuollossa. Turku: Digipaino Turun yliopisto.
- Isokoski, M. 1996. ”...hetkekskään ei jätetty, siinä oli koko ajan vierellä joku hoitaja...” Kuvaileva tutkimus hoitotyöstä teho-osastolla hengityslaittehoidossa olevan ihmisen kokemana. Tampereen yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu –tutkielma.
- Jantunen, K., Leino-Kilpi, H., Puumalainen, A., & Suominen, T. 1994. Onko sairaalassa yksityisyyttä? Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja A:5/1994
- Kaarlola, A., Larmila, M., Lundgrén-Laine, H., Pyykkö, A., Rantalainen, T. & Ritmala-Castrén, M. (toim.) 2010. Teho- ja valvontahoitotyön opas. Tallinna: Kolofon Baltico OÜ.

- Kananen, J. 2008. Kvantti, kvantitatiivinen tutkimus alusta loppuun. Jyväskylä: Jyväskylän yliopistopaino.
- Karhe, L. & Laitinen H. 2000. Hyvän hoitotyön kirja. Helsinki: Monila Oy.
- Kiikkala, I. & Krause, K. 1996. Hoitotieteellisen tutkimuksen peruskysymyksiä. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Kokko, A. 2000. Hoitaminen teho-osastolla potilaan näkökulmasta. Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveystieteiden laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Kuula, A. 2006. Tutkimusetiikka. Jyväskylä: Gummerus Kirjapaino Oy.
- Kuuppelomäki, M. & Hentinen, M. 1987. Yksityisyys sairaala ympäristössä. Teoksessa: Sairaanhoidon vuosikirja 1987, 57-72. Forssa: Forssan kirjapaino Oy.
- Laki potilaan asemasta ja oikeuksista (785/1992 2§3). [www.finlex.fi](http://www.finlex.fi). Luettu 11.6.2009.
- Lehtonen, L. 2001. Potilaan yksityisyydensuoja. Helsingin yliopisto. Julkisoikeuden laitos. Väitöskirja.
- Leino-Kilpi, H., Mäkelä, M. & Suominen, T. (toim.) 2000. Tehohoitotyön tutkimus - tehohoitopotilaan ja -hoitajan parhaaksi. Turun yliopisto. Hoitotieteen laitoksen julkaisuja. Tutkimuksia ja raportteja. Sarja A27
- Leino-Kilpi, H. & Välimäki, M. 2008. Etiikka hoitotyössä. Helsinki: WSOY Oppimateriaalit Oy.
- Lyytikäinen, H. 2002. Sairaanhoidtajien ja lääkäreiden yhteistyö tehohoidon rajaamisen päätöksenteossa. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.
- Maunu, M. 1996. Minä olin potilas. Sairaanhoidtaja. 69(9)1996, 6-8.
- Mykkänen, M. 1997. Hoitohenkilökunnan käsitykset pitkittävän tehohoidon laadun osatekijöistä. Kuopion yliopisto. Terveystieteiden ja talouden laitos. Tutkielma.
- Naukkarinen, E-L. 2008. Potilaan itsemääräämisen ja sen edellytysten toteutuminen terveydenhuollossa. Kuopion yliopisto. Hoitotieteen laitos. Väitöskirja. Kuopion yliopiston julkaisuja E. Yhteiskuntatieteet 157.
- Nummenmaa, L. 2004. Käyttäytymistieteiden tilastolliset menetelmät. Vammala: Vammalan kirjapaino Oy.
- Pelkonen, M. & Perälä M-L. (toim.). 1992. Hoitotyön laadunvarmistuksen perusteet. Tampere: Tammer-Paino Oy.
- Peltonen, P. & Suominen, T. 2008. Sairaanhoidtaja tehohoitopotilaan edustajana. Tutkiva Hoitotyö. 6 (2)2008, 10-16
- Poikkimäki, I. 2004. Ihmisarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus ja yksityisyys potilaan hoidossa. Tampereen yliopista. Hoitotieteen laitos. Pro gradu -tutkielma.

Raatikainen, S-L. 2004. Sairaanhoidajien työtyytyväisyys ja työn kuormittavuus teho-  
hoidossa. Kuopion yliopisto. Hoitotieteenlaitos. Pro gradu –tutkielma.

Rosqvist, E. & Rosqvist, J. 1999. Potilaan henkilökohtainen tila ja siihen tunkeutuminen  
sairaalassa – Säilyykö yksityisyys? Oulun yliopisto. Hoitotieteen ja terveyshallinnon  
laitos. Pro gradu tutkielma.

Rosqvist, E. 2003. Potilaiden kokemukset henkilökohtaisesta tilastaan ja sen säilymisestä  
sisätautien vuodeosastolla. Acta universitatis Ouluensis D174. Oulun yliopisto.

Starck, J. & Teräsvirta, L. 2009. Melu. Työterveyslaitos. Tampere: Esa Print Oy.

Sundman, E. (toim.) 2002. Potilaan asema ja oikeudet. Tampere: Tammer-Paino Oy

Suomen tehohoitoyhdistyksen eettiset ohjeet 1997. <http://www.sthy.fi/> Luettu 8.7.2009.

Tuhkanen, M-L. 2006. Asiakkaan yksityisyyden turvaaminen hoitotyössä. Sairaanhoidaja. 3/2006, 20-22.

Vilka, H. 2006. Tutki ja havainnoi. Vaajakoski: Gummerus Kirjapaino Oy.

## LIITTEET

## AIHEESEEN LIITTYVIÄ TUTKIMUKSIA

## LIITE 1(1):7

Tekijät (vuosi), Työn nimi, Työn luonne	Tarkoitus/tavoite, tehtävät	Menetelmä	Keskeiset tulokset
Naukkarinen (2008), Potilaan itsemääräämisen ja sen edellytysten toteutuminen terveydenhuollossa, Väitöskirja	Kuvata ja selittää täysikäisten 18 vuotta täyttäneiden potilaiden itsemääräämisen ja sen edellytysten toteutumista hoitoketjun aikana terveyskeskuksen vastaanotolta keskussairaalan kirurgian ajanvaraus poliklinikalle.	Kvantitatiivinen  Poikkileikkaus tutkimus joka toteutettiin kyselytutkimuksella.  Tutkimuskohteena potilaat (N=1446) ja hoitoon osallistuva henkilöstö (N=169).	Potilaiden itsemääräämisen edellytykset toteutuivat kokonaisuudessaan hyvin.  Potilaat arvioivat itsemääräämisoikeutensa toteutuneen kokonaisuudessaan hyvin ja paremmin kirurgian poliklinikalla kuin terveyskeskuksessa.  Potilaiden elämäntilanteeseen tyytyväisyyden ja itsemääräämisen toteutumisen välillä havaittiin yhteys.
Peltonen & Suominen (2008), Sairaanhoidaja tehohoitopotilaan edustajana	Kuvata sairaanhoitajan toimintaa potilaan edustajana teho-osastolla.	Kvalitatiivinen  Sairaanhoidajien ryhmähaastattelu (N=14)  Analyysimenetelmänä sisällön analyysi	Sairaanhoidajan toimintaa kuvattiin eniten tiedonantamisen vastavuoroisena tapahtumana.  Potilaan edustaminen korostuu kokonaisvaltaisena huolenpitona.
Eriksson, Ritmala-Castrén & Simani (2005), Ihmisarvon kunnioittaminen, vastuullisuus ja oikeudenmukaisuus tehohoitotyössä	Kuvata ihmisarvon kunnioittamisen, vastuullisuuden ja oikeudenmukaisuuden toteutumista tehohoitotyössä.	Kvantitatiivinen ja kvalitatiivinen  Potilaiden (N=89) haastattelu strukturoidun kyselylomakkeen avulla  Aineiston analyysi kuvailuin ja tilastollisin menetelmin	Potilaiden mielestä arvot toteutuivat kokonaisuudessaan hyvin, parhaiten oikeudenmukaisuus.  Potilaat saivat ymmärrettävää ja rehellistä tietoa omasta hoidostaan ja voinnistaan, mutta ei riittävästi.  Potilaat kokivat etteivät voineet osallistua hoitoa koskevaan päätöksen tekoon vaikka olisivat halunneet myös palautteen kysyminen oli puutteellista.
Poikkimäki (2004), Ih-	Selvittää miten hyvin on	Kvantitatiivinen	Potilaiden ja hoitajien

<p>misarvon kunnioittaminen, itsemääräämisoikeus ja yksityisyys potilaan hoidossa, Pro gradu -tutkielma</p>	<p>toimittu hoitotyön arvojen mukaisesti potilaiden ja hoitohenkilöstön arvioimana. Tehtävänä oli selvittää miten hoitotyössä kohdellaan, kunnioitetaan ja arvostetaan potilaita ja kuinka paljon potilaat ovat saaneet tietoa omaa hoitoa koskevista asioista pystyäkseen osallistumaan omaa hoitoaan koskevaan päätöksentekoon sekä miten potilaan yksityisyys otetaan huomioon hoidon aikana.</p>	<p>Kysely tutkimus potilaille(N=80) ja hoitajille(N=111)</p>	<p>kokemusten mukaan potilaita kohdeltiin, arvostettiin ja kunnioitettiin melko hyvin hoitotyössä.</p> <p>Potilaat olivat useammin kuin hoitajat sitä mieltä että heidät oli vastaanotettu kiireettömästi, keskusteltu hoitoon liittyvistä asioista, autettu tarvittaessa, järjestetty mahdollisuus ottaa läheisiin, toimittu heidän etujensa mukaisesti ja hoitajilla oli hyvin aikaa kuunnella heitä.</p>
<p>Raatikainen (2004), Sairaanhoitajien työtyytyväisyys ja työn kuormittavuus tehohoidossa, Pro gradu- tutkielma</p>	<p>Kuvata ja analysoida millainen on tehohoidon osastojen sairaanhoitajien työtyytyväisyys ja työn kuormittavuus sekä millainen yhteys sairaanhoitajien työtyytyväisyydellä oli työn kuormittavuuteen.</p>	<p>Kvantitatiivinen  Poikkileikkaus tutkimus, joka toteutettiin strukturoituna kyselynä.  Tutkimuskohteena tehosastojen sairaanhoitajat (N=402)</p>	<p>Teho-osastojen sairaanhoitajat olivat tyytyväisiä toimintaympäristöjensä yhteistyön toimivuuteen.</p> <p>Oman työn kontrollointi ja organisatoristen piirteiden toimivuus olivat keskinkertaisella tasolla.</p> <p>Heikoimmaksi hoitajat arvioivat hoitotyön autonomian toteutumisen.</p> <p>Esimiehiltä ja sairaalan johdolta saatavaan tukeen ja palkkaukseen oltiin tyytymättömiä.</p>
<p>Rosqvist (2003), Potilaiden kokemukset henkilökohtaisesta tilastaan ja sen säilymisestä sisätautien vuodeosastolla, Väitöskirja</p>	<p>Kuvata suomalaisten potilaiden kokemuksia yksityisyyden säätelystä sairaalassa henkilökohtaisen tilan avulla.  Tuottaa uutta suomalaista tietoa potilaiden henkilökohtaisesta tilasta ja sen säilymisestä sairaalassa sekä tehdä tunnetuksi henkilökohtaisen tilan ilmiöön liittyviä tekijöitä ja käsitteitä.</p>	<p>Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen  Strukturoitu haastattelu (N=250) ja havainnointi (N=25)</p>	<p>Potilaiden itsemääräämisoikeus suhteessa omaa kehoa koskeviin hoitotoimenpiteisiin toteutui parhaiten nuorten ja enemmän koulutettujen potilaiden kohdalla.</p> <p>Potilaat käyttivät henkilökohtaisen tilansa suojaamiseksi erilaisia kipuun ja itsemääräämisoikeuteen liittyviä ver-</p>

			baalisia viestejä ja kehon asentoihin, eleisiin, ilmeisiin, katsekontaktiin ja sen välttämiseen sekä väliverhojen käyttämiseen liittyviä non-verbaalisia viestejä.
Aatsinki (2002), Potilaan yksityisyys röntgentutkimusten yhteydessä	Kuvailla ja selvittää potilaiden yksityisyyden toteutumista lanneranka- ja thoraxröntgentutkimusten yhteydessä.	Kvantitatiivinen Strukturoitu kysely  Perusjoukkona aineistonkeruu paikoissa lanneranka- ja thoraxröntgentutkimuksiin osallistuneet yli 15-vuotiaat potilaat (N=124)	Fyysisen, psyykkisen, sosiaalisen ja tiedollisen yksityisyyden toteutumisessa kokonaisvaltaisesti röntgen tutkimuksen aikana ei vastaajien mielestä ollut epäkohtia.
Lyytikäinen (2002), Sairaanhoitajien ja lääkäreiden yhteistyö tehohoidon rajaamisen päätöksen teossa. Pro gradu -tutkielma	Selvittää sairaanhoitajien ja lääkäreiden yhteistyötä tehohoidon rajaamisen päätöksen teossa sekä sairaanhoitajien päätöksen tekoon osallistumista edistäviä tai estäviä tekijöitä	Kvantitatiivinen Strukturoitu kysely  Perusjoukkona erisairaaloiden teho-osastoilla työskentelevät sairaanhoitajat (N=364).	Sairaanhoitajien ja lääkäreiden kommunikaatio oli avointa ja heillä oli potilaan hoitoa koskevat yhteiset tavoitteet.  Lähes aina sairaanhoitajat luottivat lääkärin läsnäoloon, tiettyihin tietoihin ja taitoihin tehohoidon rajaamisen päätöksen teossa.
Nieminen (2002), Potilaan tiedollinen yksityisyys laboratoriotutkimuksissa	Tarkoituksena on kuvata laboratoriossa asioivien potilaiden kokemuksia henkilökohtaisten tietojensa salassa pysymisestä ja siinä mahdollisesti esiintyvistä ongelmista	Kvantitatiivinen Strukturoitu kysely  Perusjoukkona yhden yliopistollisen keskussairaalan laboratoriossa tiettyinä ajan jaksona asioineet potilaat (N=250).	Potilaat kokivat henkilökohtaisten tietojensa pysyneen hyvin salassa laboratoriossa asioidessaan eikä ongelmia esiintynyt.  Tausta muuttujista vain vastaajien koulutustasolla oli merkitystä siihen luottivatko he tietojen salassa pysymiseen sähköisessä tietojärjestelmässä.
Lehtonen (2001), Potilaan yksityisyyden suoja, Väitöskirja	Kuvata hoitosuhteen käsite lääkintäoikeudellisena peruskäsitteenä.  Määritellä hoitosuhteen liittyvä potilaan yksityisyyden suoja	Suomalaisen ja ulkomaisen lääkintäoikeuteen liittyvän lainsäädännön tarkastelu sekä vertaaminen eri oikeuksien päätöksiin.	Keskeiset normit suomalaisessa lääkintäoikeudessa liittyvät terveystietojen rekisteröinnin edellytyksiin, potilasrekisterin käyttöön, tutkimukseen ja tilastointiin, oikeuteen vastustaa ar-



	<p>Tarkastella potilaan yksityisyydensuojaa osana suomalaista perusoikeusjärjestelmää</p> <p>Analysoida hoitosuhteen liittyvää yksityisyyden suojaa eri intressitahoja vastaan oikeuksien kollisiotilanteessa</p>		<p>kaluonteisten tietojen rekisteröintiä, terveydentilatietojen asianosaisuus julkisuuteen, potilastietojen käyttöön rikostutkinnassa ja kuolleen henkilön potilas tietoihin.</p>
<p>Kokko(2000), Hoitaminen teho-osastolla potilaan näkökulmasta, Pro gradu</p>	<p>Kuvata potilaiden kokemuksia hoitamisesta teho-osastolla.</p>	<p>Kvalitatiivinen</p> <p>Teemahaastattelu, haastateltiin kuutta (N=6) teho-osastolla hoidossa ollutta potilasta.</p> <p>Aineisto analysoitiin laadullisella sisällön analyysillä.</p>	<p>Hoitaminen teho-osastolla oli potilasta varten olemista sekä toiminta ympäristön ja vaativien tilanteiden hallintaa.</p> <p>Hoitaja toimi potilakeskeisesti potilaan tilan ymmärtäen. Tärkeää: toipumisen tukeminen, kannustaminen, läsnä olo ja potilaan voinnin helpottaminen.</p>
<p>Korhonen &amp; Routsalo (2000), Kosketus postoperatiivisessa tehohoidossa havainnointi ja kysely aineiston pohjalta tarkasteltuna</p>	<p>Selvittää miten ja kuinka paljon hoitaja koskettamalla potilasta on vuorovaikutuksessa tehohoito potilaan kanssa joko suoraan tai välillisesti hoidossa käytettyjen apuvälineiden kautta.</p>	<p>Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen</p> <p>Sydänleikattujen potilaiden havainnoiminen (N=20) ja heitä hoitaneiden hoitajien (N=28) kysely.</p>	<p>Hoitajan kosketus liittyi joko fyysisiin elämän toimintojen tukemiseen ja avustamiseen tai potilaan psyykkiseen tukemiseen.</p>
<p>Leino-Kilpi &amp; Mäenpää (2000), Hoitosuhde teho-osastolla –hoitajan suhde potilaaseen ja hänen läheisiinsä sairaanhoitajan näkökulmasta</p>	<p>Kuvata hoitajan ja potilaan sekä hoitajan ja potilaan läheisten välistä suhdetta tehohoitotyössä sairaanhoitajan näkökulmasta.</p>	<p>Kvalitatiivinen</p> <p>Tutkimus aineisto kerättiin viiden eri teho-osaston sairaanhoitajilta vapaaehtoisina essee kirjoituksina (N=29).</p>	<p>Sairaanhoitajan, potilaan ja hänen läheistensä suhteisiin liittyy monta tekijää.</p> <p>Hoitosuhde on ihmishuhde johon vaikuttaa eriosapuolten yksilölliset ominaisuudet.</p>
<p>Mäkelä (2000), Sairaanhoitajan ja lääkärin yhteistyö teho-osastolla</p>	<p>Kuvata tehohoidossa tapahtuvaa hoitajan ja lääkärin välistä yhteistyötä sairaanhoitajan näkökulmasta.</p>	<p>Kvalitatiivinen</p> <p>Tutkimus aineisto kerättiin viiden eri teho-osaston sairaanhoitajilta vapaaehtoisina essee kirjoituksina (N=29).</p>	<p>Hoitajien ja lääkärin yhteistyötehohoidossa ilmeni yhdessä tekemisenä.</p> <p>Tiimityötä pidetään tehohoidon perusasiana jota ilman ei onnistunut tehohoito toteudu.</p>
<p>Rosqvist &amp; Rosqvist</p>	<p>Selvittää ja kuvata ai-</p>	<p>Kvantitatiivinen</p>	<p>Suurin osa potilaista piti</p>

<p>(1999), Potilaan henkilökohtainen tila ja siihen tunkeutuminen sairaalassa – säilyykö yksityisyys? Pro gradu</p>	<p>kuisten kirurgisten potilaiden näkemyksiä ja kokemuksia sairaalassa olon aikana yksityisyytensä säilymisestä. Tavoitteen parantaa potilaiden hoitoa tulosten avulla</p>	<p>Kysely tutkimus kirurgian klinikan vuodeosastojen aikuispotilaille (N=118) potilaiden ollessa vuodeosastolla</p>	<p>mahdollisuutta yksityisyyteen sairaalassa tärkeänä</p> <p>Tärkeimpiä yksityisyyden mahdollistavia tekijöitä olivat fyysinen ympäristö, väliverhot, mahdollisuus yksin oloon, itseä koskevan tiedon hallinta ja yksilöllisyys ja inhimillisyys</p> <p>Tilanteet joissa potilaat kokivat henkilökohtaisen tilansa tulleen eniten loukatuksi liittyivät esineellistämiseen hoidossa</p>
<p>Mykkänen (1997), ”Hoitohenkilökunnan käsitykset pitkittyvän tehohoidon laadun osatekijöistä” Tutkielma</p>	<p>Selvittää hoitohenkilökunnan käsityksiä pitkittyvän tehohoidon laadun osatekijöistä ja saada tietoa pitkittyvän tehohoidon laadun sisällöstä ja siihen vaikuttavista tekijöistä.</p>	<p>Delfiteknikka, kolme kysely kierrosta, joista ensimmäisen vastaukset analysoitiin sisällön analyysillä ja toisen ja kolmannen vastaukset esitettiin keskimääräisinä prosentuaalisina osuuksina. Tutkimuksen osallistujat teho-osaston henkilökuntaa (N=10)</p>	<p>Pitkittyvän tehohoidon laatu muodostuu potilaaseen, henkilökuntaan, omaisiin ja palvelu ja ohjausjärjestelmään kohdentuvista tekijöistä.</p>
<p>Isokoski (1996), ”...hetkekskään ei jätetty, siinä oli kokoajan vierellä joku hoitaja...” Kuvaileva tutkimus hoitotyöstä teho-osastolla hengityslaittehdossa olevan ihmisen kokemana Pro gradu</p>	<p>Saada tietoa ja lisätä ymmärrystä ihmisestä siinä ainutkertaisessa elämäntilanteessa, jossa hän hengityslaittehdon aikana on.</p>	<p>Kvalitatiivinen Hengityslaittehdossa olleiden avoin haastattelu (N=6)</p>	<p>Hengityslaittehdon aikaiseen elämismaailmaan keskeisesti liittyvät kokemukset olivat sairastuminen, hengityslaittehdossa herääminen ja hengityslaittehdon toetuminen. Näihin kokemuksiin sisältyi sekä pahaa että hyvää oloa ilmentäviä tunteuksia. Tunteukset eivät olleet toisiaan poissulkevia vaan ne ilmenivät yksilöllisesti siten, että tutkittavat niiden kautta loivat suhteen omaan todellisuuteensa.</p>
<p>Heino (1995), Hoitajan ja hengityskonepotilaan välinen</p>	<p>Selvittää hoitajan ja tehohoidossa olevan aikuisen hengityskonepotilaan</p>	<p>Kvalitatiivinen Osallistuva havainnointi</p>	<p>Potilaan tullessa tehosaastolle hänelle selvitetään, miksi hengitysko-</p>

<p>viestintä Pro gradu</p>	<p>välisessä viestinnässä käytettäviä menetelmiä ja sitä helpottavia tekijöitä. Tavoitteena on kuvata, miten teho-osastolla työskentelevä hoitaja ja hengityskone potilas viestivät keskenään</p>	<p>ja haastattelu (N=13)</p>	<p>neeseen kytkeminen on välttämätöntä, kuinka kauan hengityskonehoito kestää ja mikä on tehohoidon tarkoitus. Paras viestintä keino on kirjoittaminen, muita keinoja viestin arvaaminen, kirjain- ja kuvataulut, omaiset. Kosketus ja hoitajan jatkuva läsnäolo voivat helpottaa viestintää.</p>
<p>Jantunen, Leino-Kilpi, Puumalainen &amp; Suominen (1994), Onko sairaalassa yksityisyyttä?</p>	<p>Kuvata potilaiden ja hoitohenkilökunnan näkemyksiä potilaan yksityisyydestä ja yksityisyyden säätelystä sairaalaympäristössä</p>	<p>Kvalitatiivinen ja kvantitatiivinen kyselytutkimus, jossa kaksi empiiristä osaa potilas tutkimus (N=218) ja hoitohenkilökuntatutkimus (N=188)</p>	<p>Potilaat ja hoitohenkilökunta kuvasivat sekä yksityisyyttä että yksityisyyden säätelyä yleisimmin itseä koskevan tiedon hallinnaksi ja territoriaalisuudeksi. Henkilökohtaiseen tilaan liittyviä asioita tuli esille vain vähän henkilökohtaiseen tilaan puuttumista ei yleensä pidetty yksityisyyttä loukkaavana. Molempien tutkimustulosten mukaan yksityisyys sairaalassa liittyykin ensisijaisesti potilaiden välisiin suhteisiin.</p>

1. Hoitotilanne: \_\_\_\_\_

---

2. Montako hoitotyöntekijää tilanteeseen osallistui: \_\_\_\_\_

3. Montako henkilöä huoneessa oli paikalla: \_\_\_\_\_

4. Toimijoiden koulutus:

- 1) Lähihoitaja
- 2) Sairaanhoitaja
- 3) Lääkäri
- 4) opiskelija
- 5) muu

5. Hoitajien sukupuoli:

- 1) mies
- 2) nainen
- 3) molempia

6. Potilaan ikä:

- 1) 18-39v. 2) 40-65v. 3) >65v.

7. Potilaan sukupuoli:

- 1) mies 2) nainen

8. Potilas pystyi osallistumaan:

- 1) kyllä 2) ei

9. Potilas pystyi ilmaisemaan mielipiteensä:

- 1) kyllä 2) ei

10. Potilaan käyttämät viestintä keinot:

- 1) Potilas käytti sanoja
- 2) Potilas äänteli
- 3) Ilmeet ja eleet
- 4) Katsekontakti ja sen vältteleminen
- 5) Kehon asento
- 6) muut keinot

(jatkuu)

11. Hoitotyöntekijä tervehti potilasta: LIITE2:2(4)  
1)kyllä 2)ei
12. Hoitotyöntekijä teititteli potilasta:  
1)Kyllä 2)Ei
13. Potilaan kehon paljastaminen:  
1)tarpeettomasti  
2)osittain tarpeettomasti  
3)koska hoito/tarkkailu vaati sitä
14. Käytettiinkö väliverhoja/sermejä:  
1)Riittävästi  
2)Osittain  
3)Puutteellisesti
15. Muut näkyvyyden esto keinot:  
1)Ikkunaverhot kiinni  
2)Ovi kiinni käytävälle
16. Potilaalla oli suora näköyhteys toiseen potilaaseen:  
1)kyllä 2)ei
17. Huoneen valaistus:  
1)Kirkkaasti valaistu  
2)Luonnonvalo  
3)Hämärä  
4)Pimeä
18. Hoitajalla oli potilaaseen katsekontakti keskusteltaessa:  
1)Keskustelun ajan  
2)Osan aikaa  
3)Ei lainkaan  
4)Vältteli katsekontaktia
19. Potilaalle kerrottiin mitä aiottiin tehdä:  
1)kyllä 2)ei
20. Potilaalle kerrottiin kun häntä aiottiin koskettaa:  
1)kyllä 2)ei

21. Hoitaja kosketti potilasta:

LIITE2:3(4)

- 1) Ilman selvää syytä
- 2) Lohduttaakseen
- 3) Rauhoittaakseen potilasta
- 4) Vain tehdäkseen hoitotoimenpiteen

22. Mihin potilasta kosketettiin:

- 1) Intiimialueille
- 2) Kasvoihin
- 3) Suuhun
- 4) Muualle kehoon
- 5) Tekninen kosketus

23. Kosketuksen laatu:

- 1) Fyysinen pakottaminen
- 2) Tilanteenmukainen
- 3) Hellävarainen

24. Potilaan reagointi kosketukseen:

- 1) ei reagoi
- 2) säpsähtää
- 3) liikehtii levottomasti
- 4) äänтелеe
- 5) reagoi normaalisti

25. Potilaalle kerrottiin toimenpiteeseen mahdollisesti liittyvästä kivusta:

- 1) kyllä
- 2) ei

26. Hoitajan toiminta kivun ehkäisemiseksi:

- 1) Asentohoito
- 2) Kivun huomioon ottaminen koskettaessa
- 3) Lääkitys ennen toimenpiteitä
- 4) Lääkkeettömät kivunhoito keinot

27. Hoitajien äänen käyttö:

- 1) Äänekäs
- 2) Sopiva
- 3) Liian hiljainen
- 4) Ei puhunut mitään

(jatkuu)

## 28. Toimenpiteen aikainen keskustelu:

LIITE2:4(4)

- 1)Puhuttiin potilaan hoitoon liittyvistä asioista
- 2)Puhuttiin muusta kuin potilaan hoitoon liittyvistä asioista
- 3)Puhuttiin jonkun toisen potilaan hoitoon liittyvistä asioista

## 29. Huoneessa olevat muut häiritsevät äänet:

- 1)Radio/TV tms.
- 2) Valvontalaitteiden hälytysäänet
- 3)Ovista lähtevä ääni
- 4)Jalkineista ja henkilökunnan liikkumisesta syntyvät äänet
- 5)Henkilökunnan äänekäs keskustelu/nauraminen
- 6)Äkilliset kolinat
- 7) Yleinen hälinä
- 8)Puhelimen pirinä
- 9) CPAP

## 30. Huoneessa olevat häiritsevät hajut:

- 1)Potilaasta itsestään lähtevä epämiellyttävä haju
- 2)Potilas toverista lähtevä epämiellyttävä haju
- 3)Hoitohenkilökunnasta lähtevä epämiellyttävä haju

## 31. Potilaan mukavuuden huomioiminen toimenpiteen jälkeen:

- 1)Potilaan ympäristön siisteys
- 2)Potilaan liinavaatteet ja vaatteet puhtaat
- 3)Potilaalla sopivasti peitteitä
- 4)Potilaan hyvä asento

## TUTKIMUSLUPAHAKEMUS

LIITE3:1(2)

HAKEMUS / LUPA

Ylihoitajan myöntämä lupa opinnäytetyölle /  
hoitotieteelliselle tutkimukselle

Opiskelijat / tutkijat täyttää ja vastaa allekirjoitusten hankkimisesta

Opiskelijan/opiskelijoiden nimet Hanna-Mari Lahtela	Osoite Asemantie 475, 36100 Kangasala AS.	Sähköposti hanna-mari.lahtela@piramk.fi	Puhelin 0408489857
Maarit Koivisto	Sarvijaakonkatu 16 A 9, 33540 Tampere	maarit.koivisto@piramk.fi	0407767837
Oppilaitos Pirkanmaan ammattikorkeakoulu	Koulutusohjelma/suuntautumisvaihtoehto hoitotyön ko./ hoitotyön sv.		
Opinnäytetyön / tutkimuksen nimi Tehohoitoptilaan yksityisyydensuojan toteutuminen			
Mihin vastuualueen/yksikön kehittämishankkeeseen opinnäytetyö / tutkimus liittyy			
Opinnäytetyön / tutkimuksen tavoitteet ja lyhyt kuvaus toteutuksesta Opinnäytetyön tarkoituksena on kartoittaa miten hoitajat huomioivat tehohoitopotilaan yksityisyyden suojan eri hoitotilanteissa yliopistollisen sairaalan teho-osastolla. Kartoitus on tarkoitettu toteuttaa havainnoimalla hoitajien työskentelyä teho-osastolla.			
Opinnäytetyön / tutkimuksen aikataulu Työn on suunniteltu valmistuvan huhtikuussa 2010.			
Opinnäytetyön tekijällä on opinnäytetyöhönsä tekijänoikeus. Pirkanmaan sairaanhoitopiiri saa opinnäytetyöhön käyttöoikeuden omassa toiminnassaan. Käyttöoikeudesta ei suoriteta palkkiota.			
Kustannuksista vastaa _____ (pvm ja nimi)			
<input checked="" type="checkbox"/> opiskelija / tutkija <input type="checkbox"/> vastuuyksikkö, josta sovittu _____ kanssa			
Opinnäytetyön / tutkimuksen raportointi			Raportoinnin ajankohta
<input type="checkbox"/> Raportti toimitetaan ylihoitajalle			
<input checked="" type="checkbox"/> Raportista pidetään osastokokous			kevät 2010
<input type="checkbox"/> Jokin muu tapa, mikä _____			
<b>Työryhmä</b>			
Oppilaitos	Ohjaajan allekirjoitus ja nimenselvennys	Puhelin	
PIRANK	 Anne Vesanto	050-3132655	
Sairaala/ osasto	Ohjaajan allekirjoitus ja nimenselvennys	Puhelin	
	 IRIS NIEMINEN	03 31165307	
	Osastonhoitajan allekirjoitus ja nimenselvennys	Puhelin	
	 HISA KARI	03 31165829	
Pvm ja allekirjoitus (hakijan tai ryhmästä yhden henkilön)			
29.9.2009 			



## LIITE3:2(2)

## YLIHOITAJAN PÄÄTÖS

Lupa opinnäytetyöhön / tutkimukseen myönnetään

- hakemuksen mukaisesti  
 seuraavin edellytyksin

*Potilaita ja omaisia intermeidaan korttikäntä teiden kavainnaini-*

- Hakemus palautetaan korjattavaksi seuraavin muutoksin *sesta ja pyydetään tähän suut-*  
*lisen suostumus. Informaationa*
- Hakemus hylätään, miksi  *tulee antaa selkeästi kavainnain-*  
*nin kohderyhmä ja tarkoitus.*

Pvm ja allekirjoitus

*9/10-2009*

*Katja Luojus*

Katja Luojus  
 Opetusylihoitaja  
~~Sairaanhoidon~~ sairaanhoitopiiri

Kopio myönnetystä luvasta liitteineen lähetetään vastuuyksikön osastonhoitajalle ja opetuskoordinaattorille